UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR-II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em Politicas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde

A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA
- O Caso Particular da Insuficiência Renal Crónica –
Na Região Alentejo

Dissertação de Mestrado apresentada por

Maria Elisa Elias Brissos

Orientador:

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

ÉVORA

Junho 2007

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR-II Série, nº 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de Especialização em Politicas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde

A GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA
- O Caso Particular da Insuficiência Renal Crónica –
Na Região Alentejo

Dissertação de Mestrado apresentada por

Maria Elisa Elias Brissos

Orientador:

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

ÉVORA

Junho 2007

RESUMO

O objectivo da presente pesquisa é a avaliação do estado actual das práticas organizacionais relacionadas com a prestação de cuidados de saúde aos doentes com Insuficiência Renal Crónica. A metodologia da pesquisa foi baseada num estudo retrospectivo por questionário que investiga hospitais e centros de saúde que integram a rede de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo e que abordam a doença crónica objecto desta investigação. Recorrendo a um modelo de análise baseado no Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) (cf. Guerra, 2002), incorporando nele os princípios teóricos da Gestão da Doença, foi feita uma avaliação pluridimensional de dados relacionados com as categorias essenciais do continuum de cuidados crónicos que incidem sobre a estrutura e o processo subjacentes às práticas de cuidados de saúde. Este modelo, constitui o quadro de referência conceptual que orienta a investigação e evidência as seis áreas essenciais de intervenção e avaliação do continuum de cuidados crónicos preconizados neste modelo: Organização dos cuidados de saúde, Ligações aos recursos da comunidade, Suporte à Auto-Gestão, Desenho do Sistema de Prestação, Suporte à decisão, Sistemas de Informação (Bonomi et al., 2000). Baseado nestas referências teóricas, sem negligenciar a vivência no âmbito da minha actividade profissional, colocou-se como hipótese que "Os diferentes grupos profissionais (médicos e enfermeiros) tem perspectivas semelhantes sobre a gestão da doença crónica no caso particular da Insuficiência Renal Crónica". Recorrendo à análise quantitativa dos dados, com técnicas estatísticas descritiva e inferencial para a análise dos mesmos, entre os quais testes paramétricos para a análise das diferenças de médias respeitantes às seis categorias do questionário, tendo em conta o grupo profissional e as sub-regiões incluídas no estudo.

Em face dos resultados alcançados conclui-se a inexistência da GD, tornando-se necessária e urgente a revisão do actual modelo de cuidados, já que o estudo demonstrou que o mesmo, é inadequado para responder às necessidades dos IRC.

Palavras-chave: Doença Crónica, Gestão da Doença, Modelo de Cuidados Crónicos, Cuidados de Saúde, Insuficiência Renal Crónica.

Chronic Disease Guidance – The particular case of Chronic Kidney Failure (IRC) in the Alentejo Region

ABSTRACT

The purpose of this research is to evaluate the current state of organizational practises related with health care to patients with Chronic Kidney Failure. The research methodology was based on a retrospective survey by questionnaire that analyses hospitals and health centres included in the health care network of the Alentejo region SNS (National Health Service), which approach the chronic disease under present research. Taking a model of analysis based on the Chronic Care Model (MCC) (cf. Guerra, 2002), merging the theoretical principles of Disease Guidance, a multidimensional evaluation has been made for data related with the essential categories of the chronic care *continuum*, which influence the structure and process underlying health care practises. Such model establishes the conceptual reference view that guides the research and demonstrates the 6 essential areas of interference and evaluation of the chronic care *continuum* preconised in this model: Health Care organization, Connection to the community resources, Self-Guidance support, Assistance System Design, Support to the decision, Information Systems (Bonomi et al., 2000). Based on these theoretical references and on the experience of my professional activity, following assumption arose: "The several Professional groups (doctors and nurses) have similar views over the chronic disease guidance in the particular case of Chronic Kidney Failure". Taking the descriptive method with quantitive data analysis, descriptive and inferential statistics methods have been used for the same analysis, as well as parametric tests for analysis of the differences of averages regarding the 6 categories in the questionnaire, considering the professional group and sub-regions included in the survey.

Facing respective results, ones conclude the inexistence of GD (Disease Guidance) and the urgent need to review the current care model, as the survey demonstrated such model does not comply with the IRC (Chronic Kidney Failure Patients) needs.

Key-Words: Chronic Disease, Disease Guidance, Chronic Care Model, Health Care, Chronic Kidney Failure

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho teria sido mais difícil sem a ajuda, apoio e colaboração de algumas pessoas que não posso deixar no anonimato, a todos devo o meu reconhecido agradecimento.

Dirijo o primeiro agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, pelos ensinamentos, a objectividade e pelas orientações dadas e que fizeram superar as dificuldades iniciais e simultaneamente contribuíram para prosseguir e concluir esta investigação.

Uma palavra de apreço e agradecimento ao Doutor João Luís de Morais Guerra, pela amabilidade e prontidão em disponibilizar o Questionário, e interceder junto da Robert Wood Johnson Foundation, no sentido de autorizar a sua utilização neste estudo. Expresso também aqui o meu apreço e profundo agradecimento às minhas amigas, Enfermeira Maria Manuel Varela do Hospital do Espírito Santo-Évora e à Professora Vitória Casas Novas, docente na Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, pelo apoio incondicional e sincero dispensado nos momentos de angústia vividos ao longo da trajectória desta investigação.

A persecução e a conclusão deste estudo, realizado num esforço de conciliação permanente com as actividades profissionais, só foi possível pelo apoio incondicional da minha família, a eles o meu profundo e sincero obrigado. Ao Dias e ao Ricardo a quem roubei tempo e carinho agradeço a sua compreensão.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACIC – Assessment of Chronic IIIness Care

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DC – Doença Crónica

DMAA – Disease Management Association of América

DP – Diálise Peritoneal

DPCA – Diálise Peritoneal Continua Ambulatória

EDTNA – European Dialiyses and Transplant Nurses Association

ERA/EDTA – European Renal Association/European Diáliysis and Transplant Association

EUA – Estados Unidos da América

GD – Gestão da Doença

ICC – Insuficiência Cardíaca Congestiva

ICIC – Programa Nacional suportado por Robert Wood Johnson Foundation

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira

IRC – Insuficiência Renal Crónica

IRCT – Insuficiência Renal Crónica Terminal

JCAHO – Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations

MCC – Modelo de Cuidados Crónicos

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

NCQA – National Committee for Quality Assurance

OPCS – Organizações de Prestação de Cuidados de Saúde

RIS – Rede de Informação da Saúde

SI – Sistema de Informação

SINUS – Sistema de Informação para as Unidades de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SPSS – Statistical Package for Social Science

STI – Sistemas e Tecnologias de Informação

USF – Unidades de Saúde Familiares

UCC – Unidades Cuidados Continuados

USP – Unidades Saúde Pública

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

INTRODUÇÃO

A urbanização, a industrialização e a expectativa de vida das populações são factores que contribuem para o aumento das doenças crónicas degenerativas as quais acabam por constituir motivo de grande preocupação quer para profissionais de Saúde quer para as famílias, não só pelos seus aspectos limitativos mas também pelas consequências do seu tratamento, que embora em ambulatório acabam por se tornar num desgaste e sofrimento para o doente e para a família.

Actualmente existe evidência de que as Doenças Crónicas (DC) também designadas como doenças não comunicáveis, de que são exemplo as doenças cardiovasculares, o cancro e a diabetes constituem para os sistemas de Saúde em geral, os principais problemas em termos de peso da doença.

A prevalência das Doenças Crónicas está a aumentar drásticamente e Portugal não foge à regra; estima-se que em 2020 elas contribuirão com mais de 60% do peso global da doença, en conformidade com WHO - European Health Report (2001).

Em Portugal não existem disponíveis dados nacionais precisos sobre o peso global das DC, contudo existe a percepção de que não estamos libertos da pressão exercida pelo peso destas nos Sistemas de Saúde em geral.

No actual quadro assistencial do Sistema Nacional de Saúde (SNS), os doentes com Doenças Crónicas recorrem prioritariamente aos centros de saúde e referencialmente aos hospitais das respectivas áreas de residência, quando são confrontados com agudização da sua doença. Desta forma, os centros de saúde assumem no actual sistema de Saúde, "as estruturas organizacionais vocacionadas não só para o tratamento da doença, mas também para a promoção de cuidados continuados na reabilitação da saúde, em termos individuais e colectivos" (Silva, 1996:15). Contudo os aspectos dos cuidados relacionados com esta área de actuação parecem não assumir a importância merecida, assistimos diáriamente ao encaminhamento do doente para os cuidados de saúde diferenciados, faltando elementos de ligação. A este propósito, Graça Carapinheiro (1998) refere que nas "estruturas e instituições concretas da Saúde, práticas de cuidados em que os cuidados primários se desarticulam com os cuidados diferenciados, em que se sobrepõem competências entre a rede de cuidados primários e a rede hospitalares em que a procura de serviços de Saúde é constantemente canalizada para as estruturas hospitalares sempre com uma taxa saturada de utilização dos recursos

e sempre a funcionar acima das suas capacidades" (Carapinheiro, 1998:20). Esta realidade acontece e tal facto pode ser constatado nas estatísticas publicadas nestes últimos tempos sobre a distribuição de recursos de Saúde e sua utilização.

Também o Dec-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro em que foi aprovada a rede de cuidados continuados, esta visa garantir um regime de complementaridade e estreita articulação entre as redes de cuidados de saúde primários e os hospitalares. Esta rede é constituída por "todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de Cuidados de Saúde destinadas a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença de Doença Crónica ou degenerativa...." (Dec-Lei nº 281/2003). Contudo e apesar de todos os diplomas legais, parece não existir uma resposta estruturada e de forma integrada às necessidades dos doentes com Doença Crónica por parte das entidades competentes, ou seja em última instância o SNS.

Pelas razões apontadas, considera-se pertinente estruturar uma investigação que incida sobre os cuidados de saúde praticados por organizações de prestação de cuidados de saúde integradas no SNS, tendo como alvo a Doença Crónica, neste caso em particular a Insuficiência Renal Crónica (IRC).

Assim e no âmbito da revisão bibliográfica efectuada, não foram encontrados estudos sobre Doença Crónica, vocacionados para a área da Gestão e Prestação de Cuidados aos IRC, mas apenas em algumas das vertentes da problemática em estudo. É de referir que se pode constatar no âmbito da bibliografia revisada, a ausência de publicações nacionais sobre DC numa perspectiva pluridimensional dos Cuidados Crónicos, com excepção de uma investigação baseada na Gestão das DC no SNS encontrada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Assim, o objectivo da presente pesquisa situa-se ao nível do diagnóstico actual das práticas organizacionais relacionadas com a prestação de cuidados de saúde aos doentes com IRC.

Neste sentido, e à luz do estudo desenvolvido por Guerra (2002) toda a investigação é centrada nos conhecimentos e nos princípios teóricos da Gestão da Doença consubstanciados num Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), o qual recomenda intervenções baseadas na evidência em 6 áreas reconhecidas como potencial para melhorar o processo dos cuidados e os resultados dos doentes, são elas: a organização do sistema de saúde, desenho do sistema de prestação, suporte à decisão,

sistema de informação, ligações à comunidade e suporte à auto-gestão. Este modelo ao fazer incidir as acções sobre estas áreas dos Cuidados Crónicos vai gerar interacções produtivas entre os doentes que tomarão parte activa nos seus cuidados e os profissionais com os seus recursos e competências, podendo este ser aplicado a uma variedade de DC e a diferentes contextos de cuidados de saúde e populações alvo.

Tendo em vista avaliar o estadio em que se encontra a abordagem da Insuficiência Renal Crónica, dá-se à presente investigação um carácter de natureza exploratória, incidindo ao nível da estrutura, do processo e das práticas organizacionais da prestação de cuidados de saúde, produzida no espaço sócio-geográfico da Região Alentejo (Sub-Região de Saúde Beja, Évora e Portalegre). Face às dimensões definidas e à população em análise, optei como método de pesquisa o paradigma quantitativo e como técnica de recolha de dados, o inquérito por questionário.

Assim, a presente dissertação está fundamentalmente estruturada em seis capítulos para além da presente introdução que está orientada no sentido da justificação e escolha do tema. No primeiro capítulo, é efectuada a sistematização da problemática da investigação, a contextualização da pesquisa, o objectivo e a hipótese de estudo; no segundo capítulo é apresentado o quadro conceptual e o enquadramento teórico que orientou e forneceu os princípios conceptuais necessários para fundamentar a problemática nortear a colheita de dados e interpretar os resultados; no terceiro capítulo discute-se a perspectiva metodológica e os instrumentos de análise e de interpretação dos dados recolhidos; o quarto diz respeito à apresentação dos resultados remetendo-se para o quinto, a análise e discussão dos resultados da investigação. No sexto capítulo são apresentadas as considerações finais, onde se encontra uma síntese dos resultados alcançados e onde se faz algumas recomendações. Por último, é efectuada a fundamentação e apresentação de um Plano de Intervenção Sócio-Organizacional.

Face à ausência de publicações de estudos de investigação ou trabalhos desenvolvidos na linha de interesse desta investigação, espero que o presente estudo possa contribuir para um melhor conhecimento da gestão das doenças crónicas (no caso particular da IRC), podendo desta forma vir a contribuir para uma mudança de atitude na forma de olhar e planear os cuidados crónicos. Acreditar na mudança e na inovação rumo à melhor prestação de cuidados, é o espírito que dinamiza esta investigação.

1 - DA PERCEPÇÃO DA REALIDADE À PROBLEMÁTICA E À HIPÓTESE DO ESTUDO

No contexto das Doenças Crónicas, a IRC é assumida com uma grande preocupação pelos profissionais de saúde, devido ao peso significativo que ela coloca aos indivíduos, à comunidade e aos serviços de Saúde.

Descrita por Richard Bright no século XIX, a IRC caracterizou-se até 1960 por apresentar invariavelmente um mau prognóstico, altura em que na sequência dos trabalhos de Thomas Graham, a diálise foi aplicada regularmente aos doentes crónicos. De acordo com dados da European Dialiyses and Transplant Nurses Association (EDTNA), em 1965 existiam na Europa 277 doentes em Hemodiálise, subindo este número para 6164 em 1970. Em 1996, cerca de 760.000 doentes receberam diálise em todo o mundo, destes, 19,7% eram da Europa; 28,3% dos EUA, 1,4% do Canadá; 11,2% do Extremo Oriente; 9,5% da América Latina; 21,8% do Japão e 8,1% do resto do mundo. No ano 2000, o número global de doentes de diálise em todo o mundo estava estimado em mais de 1 milhão de pessoas (Editorial Spotlight, 2000). Segundo o mesmo editorial, assiste-se actualmente a um aumento anual de cerca de 7-10% do número de doentes que sofrem de Insuficiência Renal.

Portugal não foge à regra, estimando-se que existam cerca de 13 mil insuficientes renais, dos quais 7 mil estão em programa de Hemodiálise ou Diálise Peritoneal, o número de novos casos de IRC cresce todos os anos, implicando anualmente mais de 5000 consultas de Nefrologia por milhão de habitantes. De acordo com os primeiros dados disponíveis pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia em 2004, a população tratada por hemodiálise aumentou de 7.559 para 8.065 doentes, um aumento de 6,7%. Em contrapartida a população tratada por diálise peritoneal diminuiu de 398 para 389 doentes, uma redução de 2,3%.

As razões deste aumento são múltiplas, mas devem-se essencialmente a uma maior escolha das oportunidades de tratamento e aos avanços verificados no desenvolvimento das modalidades terapêuticas, permitindo aos doentes serem tratados durante décadas.

Para Pedro Ponce (2004), a velocidade de crescimento da prevalência da IRC varia conforme a qualidade da cobertura de cuidados médicos primários de cada comunidade, que como sabemos, nem sempre é a mais adequada, o que se traduz no

número elevadíssimo de doentes em que a IRC é detectada pela 1ª vez em meio hospitalar já numa fase terminal, obrigando-os a entrar em programa de substituição da função renal.

O tratamento substitutivo da função renal está regulamentado pelo Despacho nº 17 de 26 Maio de 1986, e determina o acesso dos Insuficientes Renais Crónicos ao tratamento dialítico em centros convencionados. Este despacho referencia que compete aos serviços de Nefrologia dos hospitais da rede oficial a prescrição da necessidade de diálise e articulação com médico de família do centro de saúde da área de residência, com vista a que lhe seja garantido o tratamento em unidade convencionada e o apoio social adequado.

De salientar, que em termos normativos e no "plano dos objectivos organizacionais, "cabe aos centros de saúde a implementação da política de prevenção da Saúde de uma forma integrada, com cuidados compreensivos e dirigidos ao utente, em termos individuais ou colectivos" (Silva, 1996:21). Foi neste contexto, e de forma a possibilitar uma gestão de recursos mais próxima dos destinatários que se acentuou o papel das regiões de saúde. Assim em 1993, foram criadas pelo actual Estatuto Nacional de Saúde, as cinco Administrações Regionais de Saúde (A.R.S), sendo estas regulamentadas pelo Decreto-Lei n.º 335/93 de 29 de Setembro.

A Região de Saúde do Alentejo integra três Sub-Regiões, Beja, Évora e Portalegre e está inserida numa área geográfica de 23680,2 Km2, correspondendo a mais de um quarto (cerca de 26%) da área do território nacional (91985 Km2).

A Sub-Região de Saúde de Beja cuja área de intervenção, corresponde à área de delimitação administrativa do Distrito de Beja, com cerca de 10223 Km. Sediada na capital do Distrito, a Coordenação da Sub-Região de Saúde de Beja dista cerca de 81 km de Évora (sede da Região de Saúde do Alentejo) e cerca de 192 Km de distância de Lisboa. Actualmente, a rede de infra-estruturas de prestação de cuidados de saúde é composta por uma área hospitalar, com dois hospitais, um Geral em Beja e um de Nível 1 em Serpa, e ainda pelos serviços de cuidados de saúde primários com 14 Centros de Saúde, distribuídos nos concelhos de Aljustrel, Almodôvar, Alvito, Barrancos, Beja, Castro Verde, Cuba, Ferreira do Alentejo, Mértola, Moura, Odemira, Ourique, Serpa e Vidigueira.

A Sub-Região de Saúde de Évora cuja área de intervenção, corresponde à área de delimitação administrativa do Distrito de Évora, com cerca de 7393 Km2. A

Coordenação da Sub-Região de Évora encontra-se sediada na capital de Distrito, situando-se a cerca de 150 Km de distância de Lisboa. Na actualidade as diferentes infra-estruturas de prestação de cuidados de saúde são compostas por uma área hospitalar, com um hospital Geral em Évora e pelos serviços de cuidados de saúde primários com 14 Centros de Saúde, distribuídos nos concelhos do seu espaço geográfico ou seja no Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa.

A Sub-Região de Saúde de Portalegre cuja área de intervenção, corresponde à área de delimitação administrativa do Distrito de Portalegre, com cerca de 6064 Km2. A Coordenação da Sub-Região de Portalegre encontra-se sediada na capital do Distrito, situando-se a cerca de 131 Km de distância de Évora e cerca de 231 Km de distância de Lisboa. Actualmente a rede de infra-estruturas da Sub-Região de Portalegre é composta por uma área Hospitalar, com dois Hospitais, um Geral em Portalegre e outro em Elvas, e pelos serviços dos cuidados de saúde primários com 16 Centros de Saúde distribuídos nos concelhos do seu espaço geográfico ou seja Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Montargil, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

Importa ainda salientar que, o Alentejo constitui a região mais envelhecida de todo o território nacional, registando a maior proporção de idosos: 22,3% e simultâneamente, a mais baixa de jovens (13,7%).

Com o envelhecimento demográfico, o aumento da esperança média de vida e a melhoria das tecnologias, assistimos hoje, ao número crescente de doentes IRC e considerando que estes, constituem um grupo vulnerável da sociedade e que a IRC tem sérias consequências para a qualidade de vida dos indivíduos, das respectivas famílias e para a comunidade, torna-se urgente a criação de respostas organizadas entre as diferentes organizações prestadoras de cuidados de saúde, de forma a tornar possível a gestão racional da doença por todos os profissionais de saúde envolvidos. Neste contexto, de salientar ainda que no quadro das "Estratégias para Obter mais Saúde para Todos" definida no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a abordagem à gestão integrada da doença visa "o desenvolvimento de programas de gestão da doença que conduzirão a implementar a abordagem da prevenção destas doenças e operacionalizar e desenvolver a rede de cuidados continuados, criando respostas intermédias efectivas

entre os centros de saúde e hospitais de agudos, dirigidas a pessoas com situações crónicas agudizadas que não requeiram alta tecnologia diagnostica e terapêutica Hospitalar...".

Assim e de acordo com a revisão da literatura, a Gestão da Doença parece surgir como a solução mais adequada para resolver de uma forma estruturada a complexa problemática das DC.

Apesar de um enquadramento legal, que formaliza e legitima algumas regras e procedimentos das equipas de Saúde, na prática, não encontramos difundida uma lógica de gestão integrada da doença na generalidade das organizações de Saúde, sejam elas centros de saúde ou organizações hospitalares. Nestas organizações do SNS, enquanto profissional de saúde verifico, que não se encontram respostas adequadas à especificidade das necessidades da doença crónica. Neste contexto, a promoção da saúde e a prevenção da doença não assumem a importância devida e o tratamento surge como o resultado de um somatório de episódios descontínuos resolvidos em cada momento, faltando elementos de ligação entre as diversas componentes do continnum de cuidados. Assim, e face aos factos empíricos (cuidados de saúde a doentes crónicos) observados na Unidade de Nefrologia da organização onde se exerce funções, na área de actuação da Gestão, pretende-se com este trabalho procurar a compreensão da seguinte questão:

- "Quais são os padrões de funcionamento que estão subjacentes à gestão das práticas organizacionais, ao nível da estrutura e do processo, nas diferentes Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde e se os mesmos concorrem para dar resposta às necessidades especificas dos Insuficientes Renais Cónicos?"

Face à questão de partida, perspectivou-se a presente investigação no sentido de procurar o exame dos factos, inquirindo os profissionais de saúde responsáveis pela dinâmica funcional nos centros de saúde e hospitais, a fim de compreender as práticas organizacionais no contexto da estrutura e do processo subjacentes às práticas dos cuidados de saúde, na abordagem da doença crónica. Neste sentido, o estudo reside ao nível do quadro da estrutura e dos processos para o diagnóstico do estado actual das práticas organizacionais, relacionadas com a prestação de cuidados aos Insuficientes Renais Crónicos e na intenção de saber se os mesmos incorporam e acompanham a legis artis na abordagem das doenças crónicas, e neste contexto o problema da investigação remete na procura de identificar se as organizações estudadas estão a abordar a IRC,

segundo práticas baseadas na evidência cientifica e na legis artis (GD), com vista não só à aplicação de intervenções mais custo-efectivas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao IRC, mas também reduzir implícitamente o peso desta doença no SNS.

Radicando, o objectivo fulcral da presente pesquisa ao nível do diagnóstico actual das práticas Organizacionais relacionadas com a prestação de Cuidados de Saúde aos doentes com IRC, subjaz a este objectivo genérico, a hipótese central de que **"Os diferentes grupos profissionais (médicos e enfermeiros) têm perspectivas semelhantes sobre a gestão da doença crónica no caso particular da Insuficiência Renal Crónica"**

2 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. OS CONTEXTOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A 1ª Lei Orgânica da Saúde em Portugal, foi criada em 1837 e conjuntamente com a reforma de 1868 constitui as primeiras tentativas de actualização do País, no que diz respeito ás questões da Saúde. A instituição de um sistema de promoção da saúde e combate à doença surge apenas em 1899 com o Dr. Ricardo Jorge a reorganizar os serviços de saúde. Regulamentados em 1901 os "Serviços de Saúde e Beneficiência Pública" entram em vigor em 1903 com um modelo de prestação de cuidados de saúde de clínica livre, em que o Estado apenas prestava a assistência aos pobres e mendigos.

A Direcção Geral da Saúde é criada em 1911, mas é em 1946 que é estabelecido um quadro legal para a criação de um padrão de organização dos serviços de saúde regionalizados, sendo criada a Federação das Caixas de Previdência.

O Ministério da Saúde é criado em 1958, contudo não se verificaram alterações significativas. O Estado exerce ao longo de décadas uma função mais supletiva mas é a partir dos anos 60 que intervém mais activamente na saúde pública. Em 1968 é publicado o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais (Decretos-Lei nº 48357 e 48358 de 27 de Abril) cujo objectivo era o de disciplinar o funcionamento dos Hospitais Oficiais e das Misericórdias e regulamentar as carreiras.

Em 1971, no período que antecede a criação do Serviço Nacional de Saúde foram introduzidas modificações conceptuais e organizacionais, reestruturados serviços centrais, regionais, distritais e locais. Com normas administrativas e meios de trabalho dotados de recursos humanos e financeiros, foram criadas duas estruturas funcionais: os **Centros de Saúde** e os **Hospitais**. Cabendo ao Ministério, a orientação de toda a política de saúde e o controlo da execução contudo, o Estado mantém a posição supletiva, contudo vislumbrando-se já o direito à saúde.

O desenvolvimento do sistema de saúde português na década de 70 apresentava já, uma estratégia de mudança no sentido de remover as concepções de assistência médico-sanitária de carácter caritativo, dominante desde o início do século, com o "Estado assumindo apenas uma função supletiva às iniciativas privadas, traduzidas na organização da Previdência Social segundo os princípios corporativos do Estado Novo"

(Carapinheiro, 1998:20). Não obstante já se observarem melhores indicadores de saúde (maior esperança de vida à nascença, redução da mortalidade infantil), estava longe o reconhecimento do direito à saúde de todos os cidadãos. A distribuição assimétrica das unidades e cuidados de saúde, a cobertura irregular da população e a falta de coordenação entre as diferentes instituições de saúde aparecem como nota dominante.

Mas é em 1974 que modificações radicais surgem na política de saúde em Portugal, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) consagrado em 1979, os cidadãos passam a usufruir do direito à saúde garantido pelo governo, universal e gratuito, financiado pelo Estado.

Em 1989, o SNS passa a ser tendencialmente gratuito, contudo apesar da evolução a "tradicional dicotomia entre os cuidados de saúde primários e diferenciados revela-se inadequada e geradora de disfunções organizativas, impondo-se a articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, como a intervenção mais equilibrada e cooperante" (Augusto, Berta et al., 2002:56). Assim na década de 90, o SNS passa a dispor de estatuto próprio, englobando todos os serviços públicos, unificados numa única estrutura organizacional e de forma descentralizada, acentuando-se o papel das regiões de saúde. As Unidades Integradas surgem aqui na tentativa de ultrapassar a dicotomia entre cuidados de saúde primários e diferenciados.

A lei de bases da Saúde- Lei nº 48/90, de 24 de Agosto refere a este propósito "o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades e deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes". Com o objectivo de articular centros de saúde e hospitais, permitindo desta forma a gestão adequada de recursos e uma garantia de continuidade de cuidados, surgem as Unidades de Saúde no âmbito do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde com o Dec - Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro.

O desenvolvimento das Unidades Funcionais de Saúde como verdadeiros "Sistemas Locais de Saúde" tem a sua origem na opção estratégica dos Serviços de Saúde em Portugal 1998-2002, emanada pelo Ministério da Saúde em 1997. Submetido, a várias reformulações desde 1996, o conceito de "recursos de saúde articulados na base da complementaridade" obtém tradução legislativa no Dec-Lei nº 156/99. Entenda-se por Sistema Local de Saúde /Unidade Funcional, um conjunto de recursos

de Saúde (Hospital Central, Hospitais Concelhios e Centros de Saúde) articulados e organizados segundo um critério geográfico-populacional, implantado tanto em zonas urbanas como rurais, desenhado a partir das necessidade definidas em termos de risco de uma comunidade finita, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais (Estratégia de Saúde, 1998-2002). A melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, a promoção da continuidade dos cuidados e utilização eficiente dos recursos, são sem dúvida os argumentos que melhor fundamentam o Sistema Local de Saúde "O estado deve garantir ao cidadão o acesso fácil e tanto quanto possível, directo aos cuidados de saúde" (Antunes, 2001:62). Importa recordar que no Acordo de Concertação Estratégica (1997-1999), tanto o Governo como os parceiros sociais subscritores já "consideravam fundamental melhorar o nível de acessibilidade dos utentes aos serviços de saúde, através de uma rede de prestação de cuidados funcionalmente hierarquizada e racionalmente distribuída".

Em síntese, o Sistema Nacional de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da Saúde, assim como todas as entidades privadas e todos os profissionais livres em concordância com a primeira, a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades (Ministério da Saúde, Lei de Bases da Saúde, 1990). O Sistema Nacional de Saúde está assim baseado numa hierarquia de cuidados dividida em três níveis: Cuidados de Saúde Primários, Secundários e Terciários. E embora as estruturas hospitalares dediquem um tempo significativo da sua actividade a cuidados a doentes crónicos, sabemos que a maior parte das consultas por problemas crónicos são feitas por médicos de cuidados de saúde primários.

Em Portugal os cuidados de saúde primários são prestados por *mix* de serviços de prestadores públicos e privados e cobrem todos cuidados de saúde realizados fora da rede hospitalar. No que respeita ao sector público são maioritáriamente apetrechados por centros de saúde públicamente geridos e financiados, cobrindo cada um deles em média 28.000 pessoas (Guerra, 2002). Na óptica do autor, à medida que as organizações como os hospitais ou clínicas se tornam autónomas, o sistema de prestação de serviço corre risco de se tornar "fragmentado". Esta fragmentação pode ocorrer entre configurações similares de prestadores ou entre os diferentes níveis de

cuidados, com consequências negativas quer para a eficiência quer para a equidade do sistema de referência.

Pelo contexto delineado e considerando que a Gestão da Doença Crónica exige a articulação efectiva entre os diferentes níveis de cuidados dos Sistemas de Saúde, assiste-se com regularidade à falta de mecanismos formais que garantam a articulação efectiva entre os diferentes níveis dos cuidados e entre os vários actores da rede de prestação de cuidados, resultando "improdutivos muitos dos encontros entre doentes e os prestadores" (Guerra, 2002:50). A este propósito o Programa Operacional Saúde subordinado ao tema "Saúde XXI-Mais e melhor saúde" identificou várias deficiências, ao admitir a "a inexistência de estruturas próprias de resposta intermédia entre internamento hospitalar e a reintegração no domicílio" e uma "deficiente articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados" bem como entre prestador público e os restantes prestadores (Antunes, 2001).

Em sintese, o sistema de saúde, como serviço centrado no cidadão, tem de aprimorar uma gestão integrada que elimine barreiras e garanta a facilidade nos circuitos que o utente ou doente necessitam de percorrer ao longo dos cuidados primários, hospitalares ou dos cuidados continuados. As normas de articulação provisória entre hospitais e centros de saúde são fixadas no Despacho 24/94, de 9 Junho. A indissolubilidade da saúde, por um lado e a criteriosa gestão de recursos, por outro, decretou a aplicação desse modelo, em que radica um dos aspectos essenciais da nova orgânica e filosofia do Serviço Nacional de Saúde.

2.1.1. Rede de Cuidados Hospitalares

O Hospital é uma organização complexa, produz serviços altamente diferenciados exigindo dos seus profissionais competências e habilidades igualmente diferenciadas, actualizadas e especializadas (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 1998). Assegurando à população cuidados de saúde diferenciados 24 horas por dia, o hospital público português presta cuidados de saúde de alta qualidade e contribui para a formação de todos os grupos profissionais.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, a rede hospitalar do Sistema Nacional de Saúde em 2000, era composta por um total de 90 hospitais (13 centrais, 39

distritais, 24 nível 1 e 14 especializados) com uma capacidade de internamento variável (hospitais com cerca de 50 camas até outros com 1500) num total de 23.861 camas. Cerca de 74% das camas pertencem à rede pública que inclui o SNS e as regiões autónomas, 3% a área oficial não pública e 23% a outros estabelecimentos, destes 79% das camas pertencem ao sector social e 21% ao sector privado com fins lucrativos. Em suma, 80% das camas hospitalares estão no sector público e 85% dos internamentos verificam-se em hospitais estatais. A "utilização do hospital, medida pelos doentes com alta, aumentou em 66% entre 1980 e 1995" (Pereira JÁ, 1997 cf. Guerra, 2002:52).

Na lógica de Antunes (2001), só uma rede geograficamente equilibrada de centros de saúde poderá contribuir para diminuir a pressão sobre as camas hospitalares, tendo em conta o princípio de que "os doentes tratam se não se internam" (Antunes, 2001:29). Nos últimos trinta anos, nas organizações hospitalares assistimos a um ambiente fortemente influênciado pelo impacto tecnológico que determina uma elevada instabilidade e turbulência, actividades onde a inovação e capacidade técnico-científica são cada vez mais importantes. Contudo, o crescimento e a complexificação de hospitais, a incorrecta distribuição geográfica das camas hospitalares, polarizadas em três grandes centros absorvendo cada vez maior número de recursos humanos e tecnológicos, mais não gera, do que uma assistência desigual mais precisamente no que respeita à acessibilidade das populações do mundo rural (Silva, 2001).

Assim, as orientações estratégicas e intervenções necessárias propostas no Plano Nacional de Saúde no quadro das "Estratégias para a Gestão da Mudança" apontam no sentido de reestruturar os cuidados hospitalares, desta forma "Definir-se-ão critérios objectivos para a existência das unidades. Não se devem criar unidades, expandir hospitais ou criar outras unidades de saúde sem haver uma justificação concreta e mensurável" e "será feita a avaliação das unidades hospitalares existentes, de forma a adequar a oferta de serviços à procura e à capacidade instalada" bem como definir "claramente o papel de cada hospital ao nível dos cuidados a prestar e dotação dos meios humanos, técnicos e financeiros adequados ao cumprimento das suas funções e uma eficaz articulação em rede". Neste contexto e segundo os autores consultados Campos (1997); Delgado (1999); Reis (1999); Sakellarides (2000), o hospital português tem que ser capaz de assegurar:

- O doente no centro principal de atenção
- O envolvimento de representantes da comunidade

- A eficiência e a produtividade (sistema de incentivos, cultura de mérito)
- A responsabilidade dos serviços e de cada profissional (cumprimento dos desempenhos e dos horários
- A recompensa e responsabilização dos gestores (dos diversos níveis)
- A contratualização da produção, por objectivos pré-estabelecidos
- A adequação da produção às necessidades (contrato /programa)
- O reforço da racionalidade do processo de cuidados (protocolos, orientações cientificas/técnicas/humanas)
- Mecanismos de avaliação individual, dos serviços e das instituições
- O incentivo da inovação e criatividade
- O desenvolvimento de sistemas de informação e informação e informatização internos
- Um plano anual de informação/comunicação às populações
- Auditorias de qualidade
- A satisfação dos utentes, profissionais e comunidade em geral (avaliação sistemática)
- Tarefas administrativas a pessoal administrativo

Em suma, a eficiência dos cuidados hospitalares parece estar dependente do modo de funcionamento dos seus diversos serviços, incluindo os centros de produção tecnológica, ao responderem atempadamente às solicitações internas e externas.

2.1.2. Rede de Cuidados de Saúde Primários

Considerando o conceito e as características definidos na Conferência Internacional dos Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (1978) poderemos dizer que em Portugal nos últimos trinta anos os cuidados de saúde primários conheceram várias fases. Em 1971, foi criada a "primeira geração" de centros de saúde integrando múltiplas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, organizadas de modo vertical, numa rede orientada e inserida nas comunidades locais. A sua actuação era prioritariamente ligada à prevenção e ao acompanhamento de grupos de risco, ocupando um espaço muito restrito, o tratamento das doenças agudas e de forma

genérica os cuidados ditos curativos. Estes centros de saúde perduraram até à criação dos centros de saúde pós-SNS. Em 1983, após a criação do SNS e da nova carreira médica de clínica geral, tiveram início a "segunda geração" de centros de saúde, chamados de centros de saúde integrados que foram resultado da mistura das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares pré-existentes nomeadamente: centros de saúde, postos dos serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios. Na prática este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal e na optimização dos recursos, mas não resultou numa melhoria do que eram as principais virtudes dos componentes integrados, por um lado a acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias, por outro, a programação de actividades com objectivos de saúde (Branco, A.G. e Ramos, V., 2001). Em 1999, o Decreto-Lei n.º 157 de 10 de Maio, veio legislar os centros de saúde de "terceira geração" legitimando as mudanças decorrentes da simplificação normativa de um processo complexo. Com o início em 1996-1997 os projectos "Alfa", constituíram um primeiro impulso para desfazer o marco burocrático do SNS e de alguma forma libertar as ideias e iniciativas já latentes.

A reorganização estrutural prevista no Decreto-Lei n.º 157/99, contempla as unidades de saúde familiar (USF) que visam aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e equipa e as unidades de cuidados na comunidade (USP) que são uma inovação estrutural e constituem a parte mais visível da reorganização dos centros de saúde. Ambas combinam duas abordagens complementares, uma privilegia a liberdade de escolha do médico, contudo pode levar a uma dispersão geográfica, a outra permite melhor conhecimento e intervenção por pequenas áreas geográficas. Por seu lado as unidades de saúde pública (USP) cumprem a vocação populacional e de preocupação com a saúde colectiva, estabelecendo o elo de ligação e de entrosamento com os centros de saúde e com a restante rede infra-estrutural da saúde pública.

Os projectos "Alfa", regime remuneratório experimental, centros de saúde de terceira geração e convenção contratualizada em medicina familiar, introduziram um processo de mudança progressiva e coerente. Nesta linha de pensamento e segundo Correia de Campos (2005) as unidades de saúde familiares (USF) são o "desenvolvimento lógico do projecto de Regime Remuneratório Experimental, iniciado em 1998, e que todas as avaliações efectuadas demonstram ser um dos caminhos a seguir." Nesta perspectiva, as unidades de saúde familiar (USF) que se pretendem criar,

contextualizadas num âmbito mais vasto que é o centro de saúde, constituem a linha da frente de um sistema "acessível, eficiente e equitativo" (Correia de Campos, 2005).

Em Janeiro de 2004, um relatório da Organização Mundial de Saúde confirma através da evidência disponível, que sistemas de saúde activamente orientados para os cuidados primários "obtêm melhores resultados de saúde para a população, maior equidade, utilização mais adequada dos serviços, maior satisfação dos utilizadores a um baixo custo" (Pisco, 2005).

O Grupo Técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários, criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005 de 7 de Abril, refere-se aos centros de saúde como a base institucional dos cuidados de saúde primários e o pilar central de todo o sistema de saúde, assumindo ainda, que a finalidade da ***reforma dos cuidados de saúde primários*** é contribuir para a melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde. O Programa do XVII Governo Constitucional para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) abarca um conjunto de áreas e medidas nomeadamente:

- Reconfiguração Organizacional dos CS, com ênfase em pequenas Unidades de saúde familiar;
- Autonomia Progressiva do CS e desenvolvimento da gestão pela qualidade nos CSP;
- Reestruturação e reforço dos Serviços de Saúde Pública;
- Criação e/ou reforço de equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados;
- Melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares;
- Modernização de instalações e apetrechamento tecnológico dos CS;
- Política adequada recursos humanos, incluindo atracção de profissionais para os CS e sistemas retributivos incentivadores;
- Sistemas adequados de informação clínica e para a gestão;
- Integração dos sectores cooperativos, social e privado/convencionado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população
- Sintonização de todas as acções com o Plano Nacional de Saúde.

Em suma, os centros de saúde são os pontos de entrada preferencial no sistema de saúde e devem assegurar a cobertura dos cuidados essenciais a prestar à população, de forma personalizada e continuada, de acordo com as suas características e

necessidades. Nesta óptica, o Programa do XVII Governo Constitucional dá particular ênfase aos cuidados de saúde primários, reconhecendo o seu papel de pilar central no sistema de saúde. Com efeito e ainda que temporalmente distante, a Declaração de Alma-Ata da OMS "Saúde para todos no ano 2000" (1985), "subscrita pelos países membros, ao perfilhar a ideia de que os cuidados de saúde primários constituem a placa giratória para a potenciação e alcance dos objectivos de saúde para todos, não perdeu a actualidade como proposta interessante para o desenvolvimento da saúde" (Silva, 1996:25).

É neste sentido, que a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) criada na dependência directa do Ministro da Saúde por Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005 de 12 de Outubro, tem em mãos uma complexa tarefa, a da criação de suportes legais e operacionais que permitam a "recentragem" do sistema de saúde Português nos CSP e simultaneamente acompanhar o desenvolvimento desta metodologia de organização dos cuidados.

2.1.3. Rede de Cuidados Continuados

As várias transformações operadas na sociedade, nomeadamente, o aumento progressivo da esperança média de vida e a alteração dos equilíbrios sociais, determinam novas necessidades de cuidados de saúde para alguns grupos de pessoas, entre elas os idosos e os indivíduos com patologias de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes, exigindo na generalidade uma forte componente de apoio psico-social, ao que designamos de cuidados continuados.

Os cuidados continuados destinam-se assim, a colmatar uma lacuna existente no que diz respeito à escassez de respostas adequadas que satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde decorrentes de situações de dependência, resultantes de evolução de doença prolongada. Neste sentido, em 1998 o Ministério da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, aprovou e divulgou as orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas em situação de dependência, através da criação das respostas integradas "Apoio Domiciliário Integrado" e "Unidade de Apoio Integrado" (Despacho Conjunto nº 407/98 de 18/06/1998), com o objectivo de promover a sua autonomia e o reforço das capacidades

e competências das famílias para lidar com essas situações, privilegiando a prestação de cuidados no domicílio. Neste âmbito, Marks defendeu que a prestação domiciliária de cuidados aos doentes de diálise era um excelente exemplo de uma alternativa clínicamente segura, administrativamente exequível e financeiramente viável ao tratamento hospitalar (Thomas Nicolas, 2005).

A prestação de cuidados continuados é assim um direito fundamental consagrado na Carta de Direitos e Deveres dos Doentes (1999) já que refere no seu ponto 4 "que o doente tem direito à prestação de cuidados continuados" devendo existir das várias instituições uma resposta pronta e eficiente que lhes proporcione o necessário acompanhamento até ao seu restabelecimento. O Decreto- Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro vem aprovar a Rede de Cuidados Continuados, constituída por "todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos, em consequência de doença crónica ou degenerativa (...)" Neste contexto, a "promoção e prevenção da saúde, sob uma perspectiva de cuidados continuados, são hoje entendidas como medidas que poderão induzir o auto cuidado do utente" (Silva, 2001:25). Tendo sido legislada a Rede de Cuidados Continuados, visa "garantir um regime de complementaridade e estreita articulação entre todas as redes de cuidados de saúde nos sectores primários e hospitalares". A articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados está hoje num novo rumo, já que a par de um diagnóstico e tratamento cada vez mais se priviligia a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Mais recentemente, é criada pelo Dec-Lei nº 101/2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, cujo objectivo geral é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Baseada num modelo de "intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social", sendo a prestação de cuidados continuados integrados assegurada por: a) Unidades de internamento; b) Unidades de ambulatório; c) Equipas Hospitalares; d) Equipas domiciliárias. De acordo com o nº 1 do artigo 32.º o ingresso nesta Rede faz-se através de proposta das equipas prestadoras de cuidados continuados integrados ou das equipas de gestão de altas, na decorrência de diagnóstico da situação de dependência.

Em síntese, os cuidados de saúde continuados são uma área prioritária a nível nacional, tendo em especial atenção, os objectivos de saúde e as prioridades imediatas. A escassez de respostas organizadas para os doentes com dependências ou que foram tratados em serviços de saúde e que necessitam cuidados continuados vêem a componente social, ao contrário da clínica, passar a ter importância predominante.

2.2 – UM OLHAR SOBRE OS CUIDADOS DE SAÚDE NEFROLÓGICOS

2.2.1 – Definição e Características da Insuficiência Renal Crónica (IRC)

A Insuficiência Renal Crónica (IRC) é definida como um "síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal" (Ramos, A., 1997:27), independentemente da respectiva causa. Uma vez instalada a doença renal, a deterioração da função é progressiva e conduz à insuficiência renal crónica terminal (IRCT) num período variável de tempo.

De acordo com a bibliografia são descritos sucessivos estadios de deterioração renal, assim numa fase inicial a função renal está apenas ligeiramente reduzida mantendo-se intactas as funções excretora e reguladora do rim; no estadio subsequente, surgem já alguns sinais de incapacidade do rim em manter a composição interna do meio interno. E por último, a função renal deteriora-se provocando um conjunto de sinais e sintomas que constituem o chamado síndrome urémico, cujas consequências metabólicas se começam a manifestar comprometendo os vários sistemas, originando sintomatologia variável e progressiva, resultante das alterações nas funções excretora, reguladora e endócrina do rim (Ramos, 1997; Barros et al., 1999).

A insuficiência renal crónica é a consequência normal da evolução das várias doenças que afectam o rim de forma difusa e irreversível. As glomerulonefrites, a nefropatia diabética, as nefropatias vasculares, as doenças quísticas e as nefropatias intersticiais, são as doenças que mais frequentemente conduzem à insuficiência renal terminal. De salientar que nos últimos anos temos vindo a assistir a um aumento considerável da nefropatia diabética e das causas vasculares, designadamente a hipertensão arterial e a arteriosclerose, que nalguns países já ultrapassa os 50% das causas de IRC. Actualmente os doentes diabéticos constituem cerca de 20-25% dos

doentes de diálise na Europa, e mais de 50% nos EUA (ERA/EDTA Registry 1999, US Renal Data System (USRDS), 1999). Portugal não foge à regra e em 2002, 20% dos dois mil doentes renais que entraram em programa de diálise eram diabéticos (Vinhas, 2004), na óptica deste nefrologista, a melhor maneira de prevenir e tratar a doença renal é sem dúvida a prevenção e o tratamento da diabetes e da hipertensão. Ainda segundo este especialista, a doença renal crónica verifica-se um pouco em todas as faixas etárias, contudo, afecta na sua maioria as pessoas mais idosas. Na nossa população 11% das pessoas com mais de 65 anos apresenta insuficiência renal crónica. Esta tendência verifica-se também em muitos outros países, já que os perfis demográficos dos indivíduos que fazem actualmente diálise crónica na Europa são de: 58% para mais de 65 anos de idade; cerca de 30% para os que tem 46-65 anos e apenas 10% para os que tem 15-45 anos. De salientar ainda que cerca de 10% do grupo dos 58% têm mais de 80 anos de idade, segundo o Registo da European Renal Association/European Diáliysis and Transplant Association (ERA/EDTA, 1999).

Importa recordar que, face às melhores condições de trabalho e devido aos melhores serviços de saúde as pessoas vivem mais do que no passado, daí que o número de doentes idosos tenha aumentado à medida que avançamos no tempo. Anualmente cresce em cerca de 7-8% o número de pessoas com mais de 65 anos (Thomas, 2005). Este facto implica estar atento às necessidades deste grupo especial de doentes, que precisam de cuidados diferenciados e mais complexos. Os cuidados mais complexos significam "competências avançadas de prestação de cuidados, tempo de prestação aumentado e custos mais elevados" (Thomas, 2005:471).

Percebe-se, assim, que há de facto um grande esforço a ser iniciado não só por os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) mas também pelos doentes, na prevenção da doença renal e na paragem da progressão de uma eventual IRC, já que a redução em 30% na taxa de declínio da função renal permitiria poupar cerca de 60 biliões de dólares só nos EUA, até ao ano 2010 (Ponce, 2004).

2.2.2 - Modalidades Terapêuticas de Substituição da Função Renal

Nos doentes que estão numa fase precoce da sua insuficiência renal e seguidos em ambulatório, a terapêutica médica visa essencialmente retardar a evolução da doença. Assim, a ênfase terapêutica consiste fundamentalmente no tratamento da doença de base, no controlo rigoroso da tensão arterial e na prescrição de uma dieta hipoproteica (Ramos, 1997; Barros et al., 1999). Contudo a terapêutica conservadora deixa de ser eficaz, quando a função renal diminui abaixo de 10% da sua capacidade, sendo necessário iniciar tratamento substitutivo, já que o problema principal da população com uma função renal de menos de 15%, é a sua elevada mortalidade.

A terapêutica substitutiva da função renal surge assim no último estadio do ciclo, quando existe incapacidade do tratamento conservador para manter a qualidade de vida do doente sem prejuízos nutricionais ou agravamento das complicações, recorrendo a instrumentos de intervenção médica que procuram substituir a função renal nas suas vertentes: reguladora do meio interno, excretora e endócrina.

Estes doentes permaneceram sem qualquer perspectiva terapêutica até 1960, apenas algumas modalidades dialíticas foram utilizadas como tratamento temporário, salvando a vida de alguns doentes com insuficiência renal aguda. Apenas na década de sessenta e na sequência do trabalho realizado pelo doutor Scriber com a introdução do shunt como acesso vascular, foi possível aplicar a diálise com regularidade aos doentes crónicos.

Actualmente com os avanços da técnica, é possível encontrar como modalidades de intervenção terapêutica: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o transplante renal. Em Portugal à semelhança de outros países, a hemodiálise é de longe a técnica de substituição da função renal mais comum, entre os doentes insuficientes renais crónicos, em programa terapêutico. De acordo com os dados recentemente publicados no relatório anual do gabinete de registo do tratamento da Insuficiência Renal Crónica Terminal, da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, no ano 2006 cerca de 64 % do total da população IRCT encontrava na hemodiálise a sua terapêutica de substituição da função renal, em segundo lugar surgia o transplante renal com 33 % e por fim a diálise peritoneal com apenas 3 %.

No que respeita ao tratamento, a escolha da terapêutica para um determinado indivíduo, num dado momento, "é afectada pela viabilidade de modalidades existentes,

considerações sociais, doenças coexistentes e pela percepção da eficácia das diferentes técnicas" (Ribeiro, S., 1997:38). Segundo esta especialista, a diálise nas suas duas vertentes: hemodiálise e diálise peritoneal, constitui para alguns doentes uma terapêutica temporária de duração imprevisível, até serem submetidos a transplante renal, sendo para outros a única terapêutica substitutiva renal (Ribeiro, S., 1997).

Todavia, recentemente tem sido preconizada a chamada "diálise precoce" já que a mesma parece evitar complicações metabólicas e nutricionais, diminuir a morbilidade e acelerar o processo de reabilitação. Contudo, a diálise constitui um substituto imperfeito da função renal, pois não obstante ser onerosa, remove de forma indiscriminada os solutos e é incapaz de substituir a função hormonal e metabólica do rim, exigindo ainda uma terapêutica médica e uma restrição dietética em simultâneo (Thomas, 2005; Ribeiro, S., 1997).

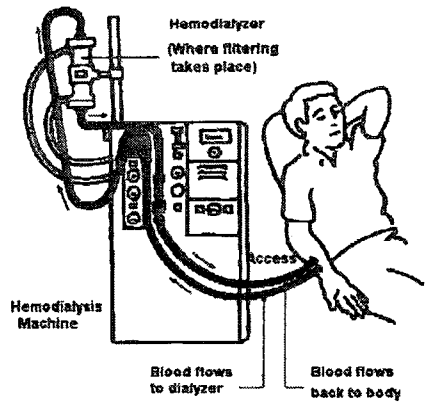
*** Hemodiálise**

Esta modalidade terapêutica de substituição da função renal é a mais utilizada nos países desenvolvidos e define-se como " um processo de transferência de massa baseado na difusão entre sangue e líquido de diálise, modulado por uma membrana semi-permeável" (Barros et al., 1999:444). Assim, através de um circuito extra corpóreo, impulsionado por uma bomba, um sistema de fornecimento de liquido de diálise e um filtro com uma membrana semi-permeável (dialisador) no qual o sangue e o líquido de diálise se encontram, permitindo a remoção de solutos e água por difusão.

Assistimos nos últimos anos a um considerável desenvolvimento dos tipos de membranas disponíveis no mercado, sendo estas mais eficazes na remoção de moléculas de maior peso molecular e mais biocompatíveis. O uso de membranas mais biocompatíveis pode reduzir as reacções de hipersensibilidade, conferindo desta forma melhor morbilidade e menor taxa de mortalidade (Thomas, 2005; Ribeiro, S., 1997).

Os monitores de hemodiálise possuem equipamento que controlam e monitorizam vários parâmetros, garantindo com segurança a circulação sanguínea no circuito extracorporal e possibilitando as trocas metabólicas e dinâmicas, que ocorrem entre o plasma sanguíneo e o dialisante no interior do dialisador.

Figura 1 – Doente IRCT em hemodiálise



Fonte: End-Stage Renal Diesase: Choosing a Treatment That's Right For You. Ed. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (*NKUDIC*)

O líquido de diálise regenera-se continuamente através da mistura de uma solução electrolítica concentrada e uma quantidade de água purificada, efectuada pelo monitor de hemodiálise. A composição do dialisante pode ser adaptada individualmente às necessidades específicas do doente, sendo frequente encontrar níveis aumentados de potássio, sódio ou glicose na solução que percorre o dialisador, e que serão transferidos por diálise do dialisante para o plasma sanguíneo.

O sucesso da terapêutica hemodialítica depende quase exclusivamente de um fluxo de sangue adequado, pelo que é necessário realizar um acesso vascular, através da inserção de um cateter numa veia ou construindo preferencialmente uma fistula arterio-venosa, todavia, por vezes é necessário recorrer a próteses sintéticas, sobretudo nos idosos e diabéticos. Desta forma "a criação e manutenção de um acesso de longo prazo continua a ser um dos aspectos mais desafiadores da prestação de cuidados aos insuficientes renais" (Thomas, 2005:187).

Por norma, a hemodiálise é praticada em regime ambulatório em centros especializados ou em unidades hospitalares, em menor frequência é ainda possível encontrar soluções terapêuticas de hemodiálise domiciliar. No que diz respeito a esta ultima modalidade ela requer que o doente possua todo um conjunto de competências que lhe permitam assumir uma autonomia responsável, conhecimentos teóricos, capacidade financeira e tecnologia adaptada. Segundo Vinhas (2004) "esta não é uma opção viável em Portugal, já que implica a aquisição de equipamentos muito caros,

como a máquina de diálise ou sistema de tratamento de água" não existindo qualquer tipo de reembolso por parte do sistema de segurança social.

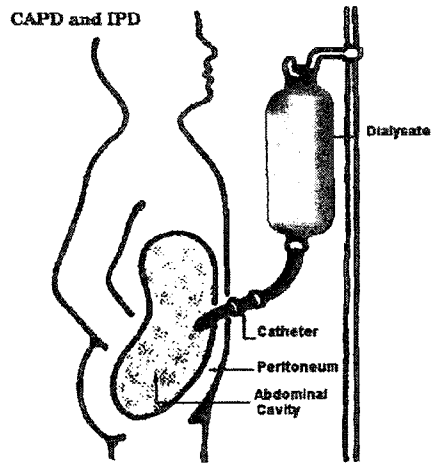
Em regra, um doente IRCT submetido a um regime terapêutico em ambulatório desloca-se ao centro de hemodiálise cerca de três vezes por semana permanecendo em média quatro horas para cumprimento do programa terapêutico, do qual passa a depender a sua vida. Todavia, a incerteza, a insegurança, a perda de autonomia, as exigências do tratamento, o sentimento de incapacidade e a alteração de papéis, produzem efeitos profundos e devastadores nestes doentes, já que interferem nas diversas áreas da sua vida – psicológica, familiar, social e profissional – alterando todo um plano de vida (Fonseca, 1997; Thomas, 2005; Almeida, J., 1995).

*** Diálise Peritoneal**

A diálise peritoneal é uma modalidade de diálise na qual uma solução hipertónica é infundida na cavidade peritoneal e ocorre transporte transcapilar de água e solutos, por ultrafiltração e difusão, através da membrana peritoneal, funcionando esta como uma membrana semi-permável reutilizável. Introduzida na terapêutica da IRCT no final dos anos 70 do século XX, tem vindo a ser desenvolvida com sucesso como opção de 1 ª escolha na diálise domiciliária. Não sendo necessário a presença regular num centro especializado de hemodiálise, sujeito a um programa terapêutico fixo, esta modalidade vai permitir ao IRCT um plano de vida sem estar sujeito aos constrangimentos de um programa terapêutico que condiciona a sua vida pessoal, profissional e social.

Existem várias modalidades de diálise peritoneal, sendo as mais utilizadas a diálise peritoneal continua ambulatória (DPCA) e a diálise peritoneal cíclica continua (DPCC), em todas estas modalidades o princípio é o mesmo: a infusão do líquido no peritoneu.

Figura 2 – O doente IRCT em diálise peritoneal



Fonte: End-Stage Renal Diesase: Choosing a Treatment That's Right For You. Ed. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (*NKUDIC*)

A Diálise Peritoneal Continua Ambulatória (DPCA) exige a colocação de um cateter colocado cirurgicamente para acesso à cavidade peritoneal, através do qual é infundido entre 1500 ml e 3000 ml de uma solução dialisante na cavidade peritoneal permanecendo 4 a 6 horas antes de ser drenado. A remoção de solutos ocorre por difusão, gerada por um gradiente de concentrações, através do peritoneu que acaba actuando como uma membrana semi-permeável. De um modo geral, a troca de líquido é processada em três fases - entrada ou infusão, permanência e drenagem da solução.

Na diálise peritoneal as trocas são repetidas em períodos fixos de tempo, conforme a modalidade utilizada, assim na DPCA o líquido peritoneal é trocado entre 3 a 5 vezes por dia, sendo a última troca efectuada antes de deitar. No caso da DPCC ocorrem 3 a 5 remoções do líquido durante a noite por meio de um dispositivo mecânico. Apesar dos avanços técnicos e dos novos sistemas de conexão recentemente desenvolvidos, a peritonite embora com menor frequência, continua a ser a principal complicação, pelo que o doente que opte por esta solução terapêutica deve estar habilitado a reconhecer a importância da assepsia e reunir as condições pessoais para executar a técnica autonomamente.

Contudo, podemos destacar várias dimensões que permitem privilegiar a DPCA relativamente à hemodiálise como opção terapêutica. Segundo Ribeiro (1997) este

processo terapêutico é reconhecidamente mais fisiológico do que a hemodiálise, já que se trata de um processo contínuo, simulando desta forma uma das características do rim. Não obstante ser pouco dispendiosa e com maior estabilidade cardiovascular, a aplicação desta modalidade terapêutica não tem aumentado na Europa e nomeadamente entre nós. Se nalguns países a DPCA é a solução dominante como a Nova Zelândia, no Reino Unido a percentagem de IRCT em DPCA está estimada em 24,5%, em França nos 5,8% e em Portugal ficamos apenas nos 2% (Valderrábano et al., 1996).

Embora, sejam já muitos os doentes que realizam diálise peritoneal entre a população que é assistida nas unidades públicas, não são ainda o suficiente para alterar a percentagem global, já que o sistema de prestação de cuidados de diálise é quase exclusivamente privado. De acordo com dados disponibilizados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia em 2004, mostram que passaram de 398 para 389 o número de doentes a fazer esta modalidade terapêutica. Contudo os dados mais recentes apontam para um ligeiro aumento do número de doentes nesta modalidade tearpêutica, assim e de acordo com o relatório anual do gabinete de registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em 2006 existiam em diálise peritoneal 481 doentes, apesar deste aumento o número de doentes não ultrapassa os 3% dos doentes em tratamento substitutivo da função renal. Esta realidade, pode estar relacionada, com o facto de no panorama privado a opção pela diálise peritoneal não existir dado que não está previsto o reembolso a estas unidades para este tipo de tratamento.

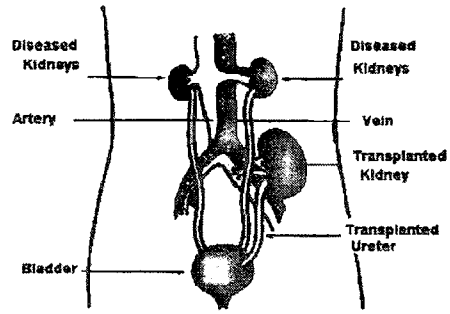
*** Transplante Renal**

No início da década de 50, foram realizados em Paris e Boston os primeiros transplantes de dadores vivos e de cadáveres, oferecendo não só uma melhor qualidade de vida como uma menor taxa de mortalidade face à população em hemodiálise. Contudo, nem todos os IRCT são passíveis de serem sujeitos a transplante, existem riscos inerentes ao transplante que não podem ser assumidos por doentes com infecções crónicas, problemas cardíacos, antecedentes de neoplasias e outras, em que os riscos da intervenção são superiores aos eventuais benefícios do transplante.

A difusão e o sucesso do transplante renal passaram necessariamente pelo desenvolvimento da imunossupressão farmacológica e biológica e das tipagens teciduais

em 1958. A descoberta da Ciclosporina A por Jean Borel na última década e as novas modalidades terapêuticas para a rejeição aguda, vieram permitir anular uma gama importante das contra indicações desta forma de terapêutica da função renal.

Figura 3 – Doente IRCT com órgão transplantado



Fonte: End-Stage Renal Diesase: Choosing a Treatment That's Right For You. Ed. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (*NKUDIC*)

Embora se tenha assistido nestas duas últimas décadas a um aumento progressivo do número de transplantes efectuados em todo o mundo, cerca de 3000 doentes a nível mundial aguardam mais de três anos por um transplante renal. No Reino Unido a lista de espera para transplante renal tem mais de 5000 doentes, em média fazem 1700 transplantes renais por ano. Todavia, dados publicados pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia mostraram que, em Portugal, se fazem em média, 350 transplantações renais por ano, considerando que o número de transplantados renais representam cerca de um terço dos doentes em terapêutica de substituição da função renal (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante). Contudo, a principal dificuldade resulta da escassez de oferta de órgãos, o que determina o aparecimento de listas de espera de doentes IRCT a aguardar por órgãos para transplante renal.

O transplante é apontado como a opção terapêutica mais rentável, sendo muito menos onerosa que a diálise. Contudo, estes doentes estão sujeitos aos efeitos colaterais da terapêutica imunossupressora a longo prazo, como o desenvolvimento de neoplasias, complicações cardiovasculares e músculo-esqueléticas e o aparecimento de infecções. A rejeição crónica é de facto a principal causa de perda tardia do enxerto, segundo dados divulgados pela United Networks of Organs Sharing e da UCLA Transplant Registry a

sobrevida do enxerto atinge cerca de 80-85% no 1º ano, sendo inferior a 50% aos 10 anos (Ribeiro, 1997:41).

Contudo, importa referir que em termos de realização da função renal o transplante apresenta vantagens indiscutíveis, sendo de longe a terapêutica de substituição renal que mais se aproxima da actividade normal do rim original. O grau de satisfação, o retorno à actividade profissional, bem como o bem-estar físico e psicológico são significativamente superiores nos transplantados renais, já que "liberta o doente das dificuldades práticas e psicológicas e restrições da diálise prolongada: libertação da dependência de uma máquina, saco de líquido ou parceiro; libertação das restrições hídricas e dietéticas; recuperação do funcionamento sexual e da fertilidade com a possibilidade de paternidade/maternidade; recuperação de um estilo de vida quase normal" (Thomas, 2005:364).

2.2.3. Dados Epidemiológicos

No mundo mais de um milhão de pessoas sobrevivem graças ao tratamento por diálise ou transplantação, destas, 90% vivem na Europa Ocidental ou EUA. Em Portugal, nas últimas décadas, verificou-se um crescimento assinalável do número de IRCT em tratamento de substituição da função renal. De salientar que em 1977 existiam em Portugal 160 doentes, mas segundo o Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, no ano de 1997 havia em Portugal 5710 IRCT vivos em Hemodiálise, 2667 doentes com transplante renal funcionante e 206 IRCT em DP. No ano em análise (1997), iniciaram tratamento substitutivo da função renal 1630 novos doentes, dos quais 1531 IRCT tiveram hemodiálise como solução terapêutica e apenas 91 IRCT a DP e ainda com menor expressão o transplante "pré-emptive" 8 IRCT.

Em 2000, o total de doentes em tratamento substitutivo era já de 10268, dos quais 6701 em programa de Hemodiálise e 311 em DP, o número de doentes vivos com transplante renal funcionante era de 3.256. De acordo com o relatório Anual de 2004 da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, em apenas um ano, ou seja de 2003 para 2004, o número de doentes em diálise aumentou de 7.957 para 8.454 doentes, observando-se um aumento de 6,2%. A população tratada por diálise peritoneal diminuiu de 398 para 389 doentes, ou seja uma redução de 2,3%. Em contrapartida, a população tratada em

Hemodiálise aumentou de 7.559 para 8.065 doentes, aumentou de 6,7%, a percentagem de doentes em DP em relação ao total da população dialisada, diminuiu de 5,0% para 4,6%. O total de doentes em tratamento substitutivo em 2004 era então de 12607.

De acordo com Gabinete de Registos da Sociedade Portuguesa de Nefrologia os dados relativos ao ano 2005, apontavam já para um aumento de 4,1% da população em diálise em relação a 2004, houve um aumento de 8467 para 8816 doentes. A população em diálise peritoneal viu aumentar os seus números, de 390 no final de 2004 para 437 a 31 de Dezembro de 2005, correspondendo a um aumento de 12,1%. Segundo estes dados, os doentes em hemodiálise aumentou 3,7%, aumentando de 8077 em 2004 para 8379 no final de 2005. Em 2006, os resultados globais do tratamento substitutivo da função renal eram de: 8708 doentes em HD, 481 doentes em DP e 4538 doentes com transplante funcionante, perfazendo um total de 13727 doentes em tratamento substitutivo.

Como podemos constatar, o ritmo de crescimento de doentes em tratamento substitutivo da função renal verificado na última década tem sido exponencial, e para isso parecem ter contribuído alguns factores desencadeantes da insuficiência renal que estão hoje mais presentes, particularmente a diabetes ganhando cada vez mais peso entre as etiologias da Nefrologia. Não menos verdade é o facto que os critérios de acesso dos IRCT a programas terapêuticos não decorrem de critérios universais, alguns países oferecem barreiras, o que de alguma forma pode constituir a divergência no número de novos doentes em tratamento. Apesar de alguns autores terem previsto ganhos marginais decrescentes no ritmo de crescimento da população IRCT em tratamento de substituição da função renal, a verdade é que não vislumbra para breve esse cenário.

2.2.4. Provisão de Cuidados Substitutivos da Função Renal

As unidades prestadoras de cuidados de saúde na área Nefrológica, surgem em Portugal em 1996 nos hospitais. Contudo, num curto espaço de tempo a capacidade de prestar cuidados de saúde ficou esgotada, o que implicou a deslocação dos doentes ao estrangeiro para garantir a sua sobrevivência.

Mas é em 1973, que surge a primeira iniciativa privada com fins lucrativos na área da prestação de serviços de diálise, pela mão do Dr. Filipe Vaz, médico visionário e

grande empresário da medicina. Este facto permitiu trazer de volta grande parte dos doentes que tinham sido obrigados a emigrar para realizar tratamento. Segundo Pedro Ponce (2004) a iniciativa privada sempre assumiu ao longo dos anos, "um papel fundamental nas responsabilidades e encargos do programa nacional de tratamento da IRC terminal, face a um sector público incapaz ou não vocacionado para este tipo de investimento". Desde os anos 70, que o número de unidades de hemodiálise como propriedade de entidades privadas com vocação para prestar cuidados a doentes IRCT em programas terapêutico ganhou uma posição privilegiada. Segundo a Associação Nacional de Centros de Diálise (Anadial) em 1977 existiam em Portugal 5 unidades de Hemodiálise de propriedade estatal e apenas uma unidade de hemodiálise de propriedade privada, em 2000 o número de hospitais públicos com capacidade para prestar serviços de hemodiálise já atinge os 26 e o número de centros de hemodiálise criados por entidades privadas cifra-se em 63. Segundo, Martins Prata (2007), em Janeiro, existiam 102 clínicas de diálise no continente a tratar perto de 9000 doentes,

Desta forma e ainda que todos os cuidados sejam suportados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), apenas 8 a 9% dos doentes são submetidos a diálise na rede hospitalar pública. A maioria dos doentes é tratada em unidades de hemodiálise de iniciativa privada, que pelo seu número acabam por ocupar uma posição determinante na provisão da terapêutica substitutiva da função renal a doentes IRCT em regime ambulatório. Estas entidades de capital privado, que no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) prestam serviços de hemodiálise fazem-no nos termos de uma convenção que instituiu um contrato tipo que rege a relação contratual entre o SNS e as unidades de hemodiálise.

De facto, o SNS tem para Pedro Ponce (2004) o inegável mérito de providenciar " uma cobertura universal do tratamento da insuficiência renal crónica para todos os doentes segundo a prescrição livre dos seus Nefrologistas, a cobertura total dos custos de transporte dos doentes para as suas unidades de diálise, bem como a gratuitidade de um cabaz de medicamentos mais onorosos e/ou considerados indispensáveis".

Actualmente Portugal dispõe no terreno de uma cobertura de serviços de Nefrologia hospitalares próximos do ideal, um serviço por cada 400 a 500 mil habitantes, que oferecem diálise crónica gratuitamente, a uma distância aceitável do seu domicílio, para todos os doentes com indicação clínica para o tratamento (Pedro Ponce, 2004). Assim e segundo os especialistas, o aparecimento progressivo de centros de

hemodiálise extra-hospitalares implantados progressivamente por todo o país, fazem de Portugal um dos países com maior taxa de cobertura nacional em hemodiálise.

2.3. A GESTÃO INTEGRADA DA DOENÇA CRÓNICA

2.3.1. Doença Crónica

O século XIX caracterizou-se pela expansão da ciência, transformou os conhecimentos em evidencias demonstráveis, dando origem desta forma ao modelo biomédico de concepção da doença que perdurou ao longo do século XX. Este modelo define a doença como a alteração de parâmetros biológicos e subestima os aspectos psicológicos, sociais e comportamentais. O modelo biomédico continua a ser a abordagem paradigmática da doença na sociedade actual embora a sociedade pós moderna ponha em causa as teorias que reduzem cada doença a um mecanismo biológico de causa-efeito.

Neste contexto, Engel GL citado por Guerra (2002), considera o modelo biomédico como um dogma básico no mundo ocidental por razões de ordem psicológica, social e cultural, as fronteiras entre doença e a saúde estão longe de se clarificar, este autor propõe um "modelo biopsicosocial" para substituir o modelo tradicional de doença. Na linha de pensamento do autor, a unidade psicobiológica do homem requer que o médico aceite a responsabilidade de identificar os problemas que o doente apresente e seja capaz de o aconselhar referenciando outros profissionais.Desta forma, os conhecimentos e as competências do médico devem abranger a componente psicológica, social e biológica, já que as decisões e as acções do doente incorporam estas componentes.

Na terminologia anglo-saxónica a definição de doença assenta na distinção entre *diasease* e *illness* assumindo significados diferentes. Assim a *disease* é caracterizada como enfermidade definida, envolvendo sintomas próprios, causas patológicas, possíveis complicações e sequelas, é diagnosticada em termos de agentes causais e tratada com base em sintomas físicos ou psíquicos. Designa-se por *illness*, a falta de saúde por consciência subjectiva dos seus efeitos e não por sintomas físicos ou

psíquicos definidos, significando sensação de desconforto psicossocial na interacção do indivíduo com o meio que o rodeia (Ferreira G, 1998).

A doença crónica é habitualmente definida, por a doença que apresenta evolução lenta e duração indefinida, associada a um certo grau de incapacidade, e que se estende por muitos meses ou anos, caracterizada por períodos de remissão e exacerbação. O seu início pode ser insidioso e acompanhado de um agravamento discreto, que cresce com o tempo, chegando algumas vezes a ser grave e irreversível, com incapacidade parcial ou total para certas funções, segundo os órgãos afectados.

Ao longo dos tempos têm sido feitos esforços no sentido de desenvolver definições mais precisas de doença crónica, recentemente, o Dec-Lei 101/2006 no seu artigo 3º, alínea j) define-a como sendo "a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspectos multidimensonais, potencialmente incapacitante, que afecta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correcção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afectada"

A doença crónica, engloba uma diversidade de doenças que diferem substâncialmente umas das outras na sua causa, na forma de tratamento, nos sintomas e na maneira como ela afecta a vida dos doentes. (Guerra, 2002).

Segundo a proposta de Conrad, as doenças crónicas estão separadas em três grupos: a) "as doenças com as quais se vive"; b) "as doenças mortais"; c) "as doenças de risco". As doenças do primeiro grupo não oferecem ameaça para a vida e segundo este autor, as pessoas devem "adaptar-se e aprender a viver com elas", como exemplo destas, temos a diabetes, a asma, a artrite e a epilepsia. Apesar de serem doenças com diferente sintomatologia, os problemas e as estratégias a desenvolver podem ser muito semelhantes, daí a sua inclusão no mesmo grupo. As doenças do segundo grupo (doenças mortais), apresentam ameaça para a vida, na óptica do autor estas retiram as pessoas da sua vida diária, apresentando sintomas ou mesmo ameaça de morte. Se para a maioria das doenças do primeiro grupo não existe cura, algumas das doenças mortais podem ter cura. Como exemplo deste grupo de doenças temos o cancro e as doenças cardiovasculares. No terceiro grupo (doenças de risco), não é a doença em si que constitui o problema mas sim o risco da doença. Faz parte deste grupo a hipertensão arterial. Segundo este autor, estas categorias não são mutuamente exclusivas, podendo a

mesma doença assumir formas ligeiras a graves e diferentes estadios, o que a torna num determinado momento em "mortal" e noutro "em risco" ou ainda em " doença com a qual se vive" (Conrad, 1987 cf. Guerra, 2002:12-13).

Em síntese, a principal diferença entre doenças crónicas e doenças agudas é a ausência de cura para as doenças crónicas, conduzindo obviamente a tratamentos diferentes. Enquanto o objectivo da doença aguda é a cura, na doença crónica a sua inexistência modifica completamente a vida do doente, implicando responsabilidades. Torna-se importante que o doente conheça a sua patologia e saiba reconhecer qualquer alteração ou sintomatologia de forma a poder geri-la da forma mais adequada. O Insuficiente Renal Crónico vê-se frequentemente confrontado com esta realidade e com alterações nas suas relações sociais e de trabalho, desencadeando problemas do foro emocional. Face a todas estas consequências, tanto o doente como o médico tem que desenvolver estratégias e efectuar a gestão destas componentes, para isso, importa "compreender as tendências ou a trajectória do padrão da doença e a velocidade dessas tendências no tempo. Na medida em que a cura não pode ser atingida através do tratamento, o propósito deste é o de ajudar ou redirigir a trajectória da doença" (Guerra, 2002: 14).

Neste contexto e de acordo com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, "O aumento das doenças crónicas potencialmente incapacitantes e do número de doentes portadores destas doenças, tendem a contrariar o elevado potencial de saúde da idade adulta, levantando questões específicas, nomeadamente, em relação à adequação da prestação de cuidados às características particulares dos adultos portadores de doenças crónicas autocontroláveis". Em suma, a abordagem das doenças crónicas assume características distintas das da abordagem praticada nas doenças agudas, não fazendo qualquer sentido planear estratégicamente os cuidados crónicos separados por doenças.

2.3.2. A Gestão da Doença e o Impacto nos Cuidados de Saúde

A Gestão da Doença é frequentemente confundida com a chamada gestão de caso (case management), a gestão de utilização, a gestão da procura (demand management), ou ainda com a educação para a saúde. Contudo, segundo Jackson SD a gestão da doença é "uma estratégia abrangente e sinérgica que incorpora cada uma

destas funções, promovendo a continuidade e a coordenação dos cuidados" (Jackson, SD., 2001 cf. Guerra, 2002:33).

A nível mundial, é cada vez mais consensual que a gestão da doença surge como uma resposta sistemática estruturada, e inserida numa estratégia global para um conjunto de problemas que são evidentes, em maior ou menor escala, em todos os serviços de saúde.

A associação americana de Gestão da Doença (Disease Management Association of América, 2001) é a primeira organização internacional exclusivamente dedicada a questões relacionadas com as doenças crónicas define a gestão da doença como "um sistema de intervenções e de comunicações coordenadas de cuidados de saúde para populações com condições nas quais os esforços de auto-cuidados são significativos" Segundo a DMAA, a gestão da doença suporta:

1. Apoios ao plano de cuidados e à relação médico doente.
2. Ênfase na prevenção de exacerbações e complicações utilizando guidelines práticas baseadas na evidência e estratégias de *empowerment* dos doentes.
3. Avaliação de resultados clínicos, humanísticos e económicos, numa base contínua e com o objectivo de melhorar a saúde global.

As componentes da gestão da doença incluem (DMAA, 2001):

1. Processos de identificação de populações;
2. *Guidelines* práticas baseadas na evidência;
3. Modelos de prática colaborante que incluam o médico e prestadores de serviços de apoio;
4. Educação do doente para a auto-gestão (devendo incluir a prevenção primária, programas de modificação comportamental e de adesão/vigilância);
5. Gestão, avaliação e medição de indicadores de processo e de resultados;
6. Relatórios de rotina/informação de retorno (devendo incluir comunicação com o doente, médico, plano de saúde, serviços auxiliares e perfis de prática).

Só a inclusão da totalidade das componentes, torna um serviço completo de programas de Gestão da Doença. Os programas que consistam num menor número do

que as seis componentes, constituem apenas serviços de apoio à Gestão da Doença (DMAA, 2001).

A definição de GD preconizada pela DMAA, chama a atenção para dois aspectos essenciais: a) introduz uma diferença entre as organizações que praticam a gestão da doença de uma forma compreensiva, das que fazem a provisão limitada de serviços de gestão da doença; b) enfatiza a ideia de um "sistema coordenado de cuidados". Neste sentido e segundo Villagra, a palavra-chave é **sistema**, "querendo com isso enfatizar que a gestão da doença organiza uma variedade de serviços à volta de uma doença ou combinação de doenças que coexistam num mesmo indivíduo e que esta organização e coordenação elevam o nível dos cuidados que essa pessoa recebe" (Villagra, 2001 cf. Guerra, 2002:31-32).

Neste contexto, a Gestão da Doença surge como uma resposta estruturada à existência de um conjunto fragmentado e não coordenado de pólos prestadores de cuidados de saúde. Subjacente à teoria da Gestão da Doença Hunter DJ, refere que, "os recursos podem ser usados mais efectivamente se o doente se tornar o pivot à volta do qual o sistema de saúde se organiza" (Hunter, DJ., 1999 cf. Guerra, 2002:32).

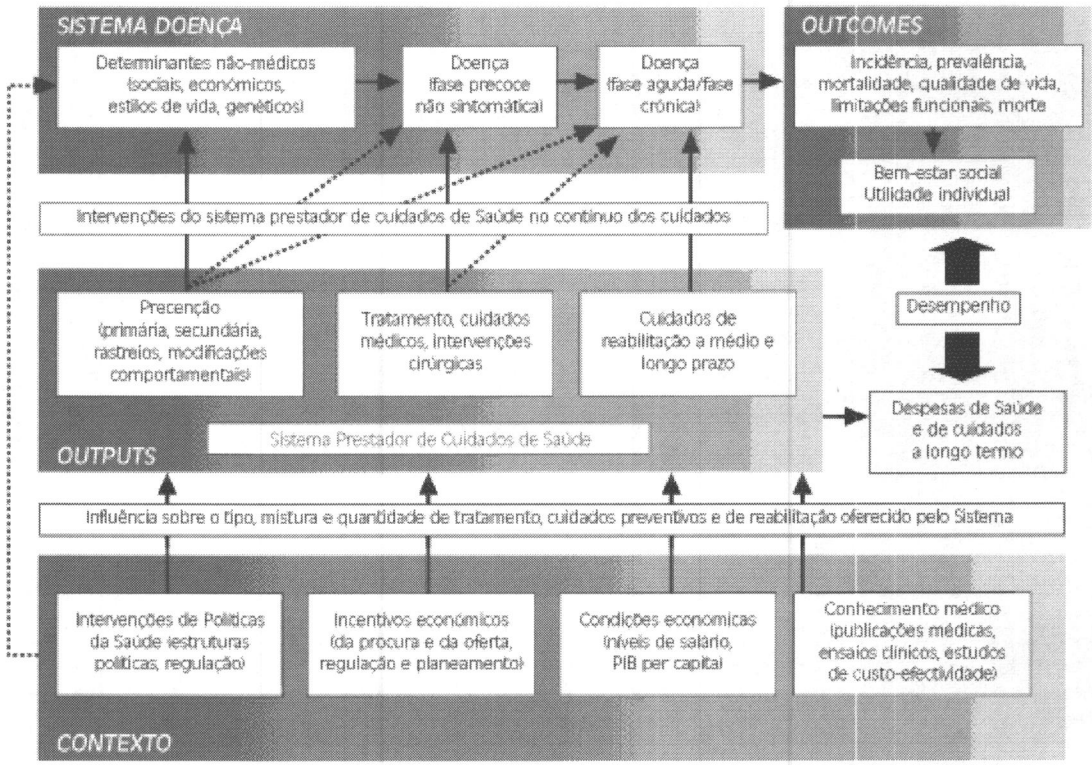
Entenda-se assim, que o objectivo da Gestão da Doença ainda e segundo Hunter DJ, é o de coordenar recursos através do sistema de prestação de cuidados. Em termos estritos, em vez de divisões funcionais, tais como as que existem entre cuidados primários e hospitalares ou entre diferentes especialidades clínicas, as divisões passam a ser entre doenças. Uma única organização conduz a prevenção, o despiste de saúde, o diagnóstico, o tratamento e o seguimento de uma determinada doença. (Guerra, 2002).

A Gestão da Doença aplica-se especialmente em doenças crónicas e de evolução prolongada, em que existam grandes variações nas actividades desenvolvidas pelos profissionais, e em que exista uma descoordenação de cuidados. Na ausência de um modelo integrado de Gestão da Doença, a abordagem contínua das necessidades individuais dos doentes crónicos, tais como a prevenção das complicações e manutenção da saúde podem ver-se comprometidas.

Neste sentido há que melhorar o acesso dos doentes crónicos não só à informação que os habilite a um melhor auto-controlo, mas também a materiais de auto-vigilância da doença, tornando-os capazes de tomar as decisões e simultaneamente aumentar o grau de responsabilidade, individual e social sobre a evolução da sua doença.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, no quadro das "Estratégias para obter mais Saúde para Todos" faz uma abordagem à Gestão Integrada da Doença, salientando o desenvolvimento de planos e programas, criação de normas e de sistemas de monitorização e vigilância, com vista a criar um contexto que torne possível a gestão mais racional da doença por todos os que nela estão envolvidos: doentes, gestores, médicos hospitalares, médicos de saúde pública, enfermeiros, e outros profissionais, como os de reabilitação (Figura 4).

Figura 4 - Modelo de Referência para o Sistema de Saúde Baseado na Doença



Fonte: OECD (2003). A Disease-based Comparison of Health Systems: What is Best and at What Cost? OECD. ISBN 92-64-09981-6 in Plano Nacional de Saúde 2004-2010

Neste contexto, a Gestão da Doença deve ser vista como uma abordagem multidisciplinar, baseada no *continuum* da prestação de cuidados de saúde que proactivamente identifica populações com ou em risco de desenvolver doenças crónicas (Coons SJ, 1996).

Com efeito, o desenvolvimento de programas de Gestão da Doença, conduzem à implementação de uma "abordagem sistematizada da prevenção destas doenças e a operacionalizar e desenvolver a rede de cuidados continuados, criando respostas intermédias efectivas, entre os centros de saúde e os hospitais de agudos, dirigidas a pessoas com situações crónicas agudizadas, que não requeiram alta tecnologia diagnóstica e terapêutica hospitalar, ou com situações incapacitantes, que requeiram elevado investimento de reabilitação e de recuperação global" (Plano Nacional de Saúde, 2004-2010: 38).

A crescente necessidade da promoção de cuidados partilhados entre cuidados de saúde primários e hospitalares, outros profissionais da comunidade e o próprio doente e família, conduzem a que os médicos de família para lidar com esta realidade implementem um modelo de cuidados direccionados à pessoa. Neste sentido, é necessária uma mudança de orientação de um modelo tradicional baseado numa abordagem por doença para um modelo de cuidados crónicos (Sousa, J., 2005).

Neste contexto, a Gestão da Doença assume uma abordagem mais centrada no doente, para a provisão de todas as componentes dos cuidados e o tratamento de doenças múltiplas (Coons, SJ., 1996). A produção de resultados de saúde com qualidade é o objectivo último da Gestão da Doença.

Segundo Coons SJ (1996), a melhoria da coordenação que se verifica na Gestão da Doença contribui para assegurar que os doentes crónicos recebem os tratamentos de acordo com a leges artis e ensina-os a serem participantes activos nos seus cuidados de saúde através da educação para a saúde. Doente informado com um papel activo no controlo da sua saúde e prestadores preparados e suportados por recursos estabelecem uma interacção mais produtiva. Neste contexto, e utilizando a "evidência cientifica como a linha de base para os cuidados ao doente, prestadores e doentes podem trabalhar em conjunto para delinear os planos de tratamento que sejam adequados para a comunidade e para o doente" (Guerra, 2002:35).

Assim, na óptica de Sousa, J. (2005), os desafios que se colocam nas próximas décadas "implicam a preparação de equipas e de profissionais equipadas com meios técnicos, recursos humanos e modelo organizacional capazes de responder às necessidades de saúde da população apoiadas em normas de orientação clínica baseadas em evidência com interesse para o doente" (Sousa, J., 2005:534).

Segundo Todd (1998), os objectivos da Gestão da Doença incluem:

1. Encorajamento da prevenção da doença;
2. Promoção do planeamento de um diagnóstico e tratamento correctos;
3. Maximização da efectividade das intervenções clínicas;
4. Eliminação dos cuidados e intervenções desnecessárias e não efectivas;
5. Eliminação dos esforços de duplicação;
6. Utilização apenas de diagnósticos e terapêuticas custo-efectivas;
7. Maximização da eficiência da prestação de cuidados de saúde e manutenção de padrões de qualidade apropriados;
8. Melhoria contínua de resultados do processo e do próprio processo.

Face a estes objectivos, a Gestão da Doença contribui para reduzir a necessidade de consultas e internamentos hospitalares dispendiosos por agudização, capacitando e preparando os doentes para gerirem a sua própria saúde, através de técnicas de auto vigilância, da acessibilidade médica e orientação individualizada, a serem agentes activos no controlo da sua doença (Guerra, 2002). Neste contexto, enquanto os médicos gerem os cuidados médicos, o doente está proactivamente envolvido na prevenção dos episódios agudos, diminuindo desta forma os internamentos e os custos de tratamento. A redução da utilização de serviços hospitalares com custos elevados, só é possível com a participação de estruturas próximas da comunidade como é o caso dos serviços de apoio domiciliário e comunitário, fornecendo um apoio alargado, sistemático e continuado, quer na prevenção quer no tratamento.

Em suma, a construção de um programa de Gestão da Doença "exige uma diversidade de recursos e de competências que são difíceis de encontrar numa única organização. Claramente, poucas organizações têm os recursos e a perícia para, sozinhas, desenhar com sucesso, desenvolver e implementar sistemas verdadeiramente orientados para um programa de Gestão da Doença" (Guerra, 2002:37).

Em regra, os programas de Gestão da Doença são desenhados para: a) apoiar a relação médico-doente e o plano de cuidados; b) desenvolver equipas que podem incluir médicos, enfermeiros, farmacêuticos e peritos em comunicação; c) enfatizar a prevenção de exacerbações e complicações utilizando guidelines práticas custo-efectivas e baseadas na evidência e a melhor evidência científica sobre os processos de diagnóstico e terapêutica susceptíveis de atingir com maior probabilidade a optimização

de resultados no doente; d) enfatizar o uso de estratégias de capitação do doente, tais como os instrumentos de auto-gestão; e) avaliar resultados clínicos, económicos e humanísticos com o objectivo de melhorar a saúde global; f) fixar objectivos e avaliar medidas de resultados com os stakeholders no processo de Gestão da Doença; g) gerar o feedback necessário para a modificação do comportamento e reforço dos novos comportamentos aprendidos pelos doentes e profissionais; h) medir sistematicamente a efectividade das intervenções (Coons, SJ., 1996;).

Ao considerar aqui que a Gestão da Doença enfatiza a utilização das guidelines e a avaliação de resultados, ela acaba por estar associada às iniciativas de melhoria da qualidade. Neste contexto a "National Committee for Quality Assurance (NCQA) e a Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organnnizations (JCAHO) incluem a Gestão da Doença nos seus padrões, no processo de acreditação das organizações de cuidados" (Guerra, 2002:39).

Não obstante a Gestão da Doença constituir "uma resposta estratégica para resolver com qualidade e de forma custo-efectiva o peso que as doenças representam para os sistemas de saúde, as promessas dos seus benefícios só recentemente começaram a revelar os primeiros resultados" (Guerra, 2002:40). A revisão da literatura demonstra que as estratégias de Gestão da Doença que centram tanto no controlo como na prevenção dos ataques agudos de asma, por exemplo, apresentam um menor número de ataques, uma melhoria do bem-estar, maior produtividade e uma diminuição dos custos dos cuidados de saúde.

Porém, e apesar da Gestão da Doença evidenciar muitas vantagens para a melhoria dos cuidados de saúde e para a redução dos custos globais, existem ainda alguns obstáculos à implementação e aceitação da mesma. Holford DA, citado por Guerra (2002), aponta quatro dos principais factores que podem bloquear o desenvolvimento de um programa de Gestão da Doença:

1. A estrutura do sistema de cuidados de saúde, como consequência da orientação de curto-prazo dos prestadores e pagadores. Por exemplo, se uma organização interessada em desenvolver um programa de Gestão da doença avaliar a performance do seu director de farmácia de acordo com o atingir de objectivos orçamentais focalizados nas drogas, sem ter em conta os custos

globais dos cuidados, provavelmente não poderá favorecer a implementação de tal programa;

2. Necessidades de informação: a informação necessária para avaliar adequadamente os programas de Gestão da Doença não está muitas vezes disponível ou acessível num formato útil, encontrando-se, por vezes, demasiado fragmentada. Mesmo que o sistema de informação médica seja totalmente integrado, há ainda limitações inerentes ao uso das bases de dados de pedidos (de farmácia por exemplo) para uma medicina baseada na população. Por exemplo, pode ser difícil avaliar adequadamente o uso de doseadores inalatórios pelos asmáticos por causa da oferta de amostras cedidas fora do controlo médico;

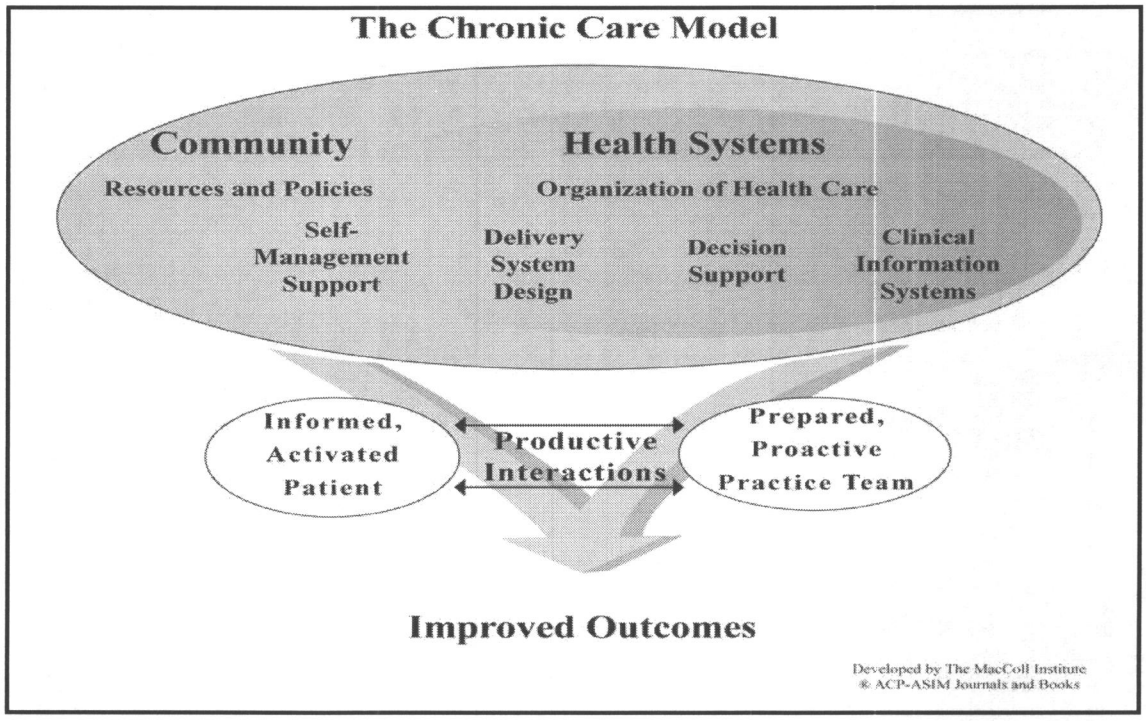
3. Problemas de parcerias: estes problemas podem incluir riscos (económicos, competitivos e legais) de estabelecer alianças, disputas sobre o controlo global do programa e dos dados, falta de confiança entre parceiros e objectivos incompatíveis;

4. Limitações nos acordos contratuais: os contratos para programas de Gestão da Doença são tidos como válidos, mas podem surgir problemas decorrentes de diferenças das culturas organizacionais dos parceiros (Holford, DA., 1996 cf. Guerra, 2002:45).

2.3.3 - O Modelo de Cuidados Crónicos

O Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) reconhece os elementos essenciais de um sistema de Cuidados de Saúde que estimulam a melhoria do processo de cuidados e os resultados dos doentes, são eles: organização do sistema de saúde, desenho do sistema de prestação, suporte à decisão, sistema de informação, ligações à comunidade e suporte à auto-gestão (Wagner Eh e al, 1996, 1999; Glasgow RE, Orleans CT, Wagner EH et al., 2001). É o resultado da transformação de um sistema essencialmente reactivo que responde essencialmente a episódios agudos, para a um sistema proactivo e focalizado em manter a pessoa tão saudável quanto possível.

Figura 5 - Modelo de Cuidados Crónicos



Fonte: GUERRA, João L. Morais. (2002). **A Gestão das Doenças Crónicas no Sistema de Saúde**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese de Mestrado em Gestãode Serviços de Saúde).

Este modelo foi desenvolvido por uma equipe do Instituto MacColl para a inovação de Healthcare, extraindo da literatura disponível as intervenções mais promissoras para a Gestão da Doença Crónica e ainda com base na opinião de um

grande painel de peritos nacionais. O modelo pode ser aplicado a uma variedade de doenças crónicas e a diferentes contextos de saúde e populações alvo.

Ao ocorrerem acções sobre as seis áreas do Modelo de Cuidados Crónicos, este gera interacções produtivas entre os doentes informados que tomarão parte activa nos seus cuidados e os prestadores sustentados pelos recursos e competências. Através da figura 5 (cuja reprodução foi gentilmente autorizada por American College of Physicians - Anexo I), podemos visualizar com maior pormenor a influência das interacções produzidas entre os doentes e os prestadores, visando a melhoria do processo de cuidados e os resultados dos doentes.

O Modelo de Cuidados Crónicos invoca mudanças necessárias, no sistema de saúde com vista á melhoria dos cuidados crónicos. (Wagner EH, Austin BT, Vonkorff, 1996; Wagner EH, Davis C, Schaefer J, ET AL, 1999).

Em síntese, as componentes do Modelo (Anexo II) assentam essencialmente, na capacidade de mobilizar os recursos da comunidade que vão ao encontro das necessidades dos doentes, na capacidade de criar uma cultura, organização e mecanismos que promovam a qualidade dos cuidados, no apoio à auto-gestão da doença habilitando os doentes para gerirem os cuidados e a sua própria saúde, na concepção de um sistema de prestação de cuidados eficaz, eficiente e auto-suficiente, na promoção de cuidados baseados na evidência científica e nas preferências dos doentes e por último na organização de um sistema de informação clínica que facilite cuidados eficientes e efectivos. (Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K, 2002). De salientar, que o suporte à auto-gestão é reconhecido neste modelo como um elementos básico para melhorar o processo de cuidados, o doente informado assume aqui um papel central, desencadeando interacções produtivas entre o doente e o prestador. O planeamento dos cuidados requer dos prestadores e dos doentes, um trabalho conjunto para a identificação dos problemas, estabelecimento de prioridades e definição dos objectivos e estratégias de tratamento, a solução dos problemas está centralizada no doente.

As decisões do tratamento devem ser suportadas por guidelines baseadas na evidência da prática clínica, a diabetes e a ICC são as duas doenças crónicas que fizeram parte da segunda aplicação experimental do Modelo de Cuidados Crónicos, por terem guidelines de cuidados baseados na evidência (Guerra, 2002: 48)

A partilha de guidelines e da informação com o doente promovem a sua participação nos cuidados de saúde. Na óptica de Guerra (2002) a orientação de

mudança no sistema de cuidados é necessária para "promover e encorajar a educação inicial e continua do doente para a auto-gestão e para facilitar os comportamentos de auto-gestão dos doentes num contexto de prática colaborativa" (Guerra, 2002:49). Na linha de pensamento deste autor, o aspecto inovador deste Modelo consiste essencialmente na ênfase dada às seis áreas dos cuidados crónicos (com destaque à área da auto-gestão) e ao menor realce dado ao modelo tradicional de avaliação da efectividade dos cuidados (Guerra, 2002).

Sendo assim e à semelhança de Guerra (2002) a adopção do Modelo de Cuidados Crónicos como modelo orientador da investigação, resulta no facto do mesmo constituir um quadro de referência verdadeiramente alargado de intervenções com grande potencial de efectividade, que são capazes de oferecer respostas ao problema e à questão desta investigação.

2.4. A GESTÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

2.4.1. Abordagem Organizacional

Nas sociedades complexas do mundo actual, as organizações constituem a unidade social dominante. Neste contexto, as organizações formam-se como resposta a uma "necessidade social", pelo que "A organização é uma entidade social conscientemente coordenada gozando fronteiras relativamente bem delimitadas que funciona numa base relativamente continua no tempo" (Bilhim, 1996:21). Estando a função da organização materializada sob a forma de objectivos, enquanto instrumentos orientadores da própria organização, digamos que funcionam como um guia orientador que permanentemente chama a atenção, fornece pistas e orienta o caminho a seguir. Os objectivos organizacionais, são ainda importantes, porque "afectam a estrutura, proporcionam legitimidade à actividade de gestão e servem de padrão e de unidade de medida para avaliação dos resultados" (Caetano at al., 2001: xxxi). Para Bilhim (1996), a estrutura organizacional acaba definindo como devem ser destinadas as tarefas, especificando quem depende de quem e ainda definindo os mecanismos formais; em suma constitui um conjunto de variáveis complexas, sobre as quais os administradores e gestores fazem escolhas e decisões. Neste sentido, a estrutura de uma organização pode definir-se como "o total da soma dos meios utilizados para dividir o trabalho em tarefas distintas e em seguida assegurar a necessária coordenação entre as mesmas" (Mintzberg, 1995:20).

Independentemente do ponto de vista ou da perspectiva seguida pelos diferentes autores na definição de organização, qualquer que seja a sua dimensão, esta pode definir-se, como um conjunto de duas ou mais pessoas inseridas num sistema aberto ao meio externo, trabalhando conjuntamente e de forma coordenada para atingir os objectivos propostos. Na verdade, "qualquer organização é composta de duas ou mais pessoas que interagem entre si, através de relações recíprocas para atingir objectivos comuns" (Chiavenato, 1982:35). Segundo o autor, no que diz respeito à estrutura as organizações podem ser classificadas como formais e informais:

a) A organização formal - é baseada na divisão do trabalho, na diferenciação e integração, é representada pelas regras, regulamentos e condições formalmente

reconhecidas, que determinam os papeis dos seus actores de forma a alcançar as metas pretendidas. É a organização planeada;

b) A organização informal - é a que surge espontaneamente entre as pessoas da organização formal. Forma-se com o surgimento de grupos informais através de interacções e relacionamentos sociais (Chiavenato, 1982).

A primeira é criada pela organização na tentativa de dar resposta à concretização dos objectivos organizacionais, habitualmente materializada através da estrutura, não possui a exclusividade dos seus membros pois, os mesmos pertencem em simultâneo a outros enquadramentos sociais. A segunda é de facto de geração espontânea e habitualmente surge em grande número no seio da organização, caracteriza-se também pela não exclusividade dos seus membros e revela-se com grande poder de influência sobre os comportamentos individuais e grupais (Caetano et al., 2001).

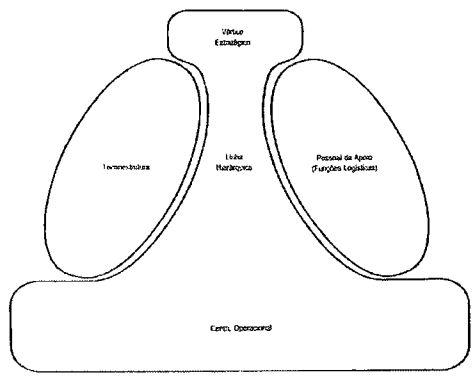
Segundo Mintzberg (1995), a estrutura organizacional compreende tanto meios formais como informais para dividir e coordenar o seu trabalho de forma a criarem padrões estáveis de comportamento. Assim fazem parte das estruturas organizacionais os seguintes elementos: a) **a especialização do trabalho** representada pelo número de tarefas que fazem parte de uma função de controlo realizado pelo trabalhador sobre as mesmas; b) **a formalização do comportamento** é o parâmetro de concepção pelo qual os processos de trabalho da organização são estandartizados; c) **formação e socialização** enquanto que a formação é o processo através do qual se transmitem os conhecimentos e as competências para o trabalho, a socialização é o processo através do qual se adquirem as normas da organização; d) **agrupamento de unidades** diz respeito a um processo de aglomerações sucessivas numa dada unidade agrupando-se a outras unidades maiores, que por fim vão dar origem a uma outra onde está contida toda a organização; e) **a dimensão das unidades** diz respeito ao número de cargos ou indivíduos que fazem parte desta; f) **os sistemas de controlo e planeamento,** o plano tem como finalidade especificar um resultado que se deseja obter num dado momento, o objectivo do controlo é o de determinar se esse "padrão" foi realizado ou não. Nesta perspectiva o controlo não pode existir sem planeamento prévio e os planos perdem a sua influência se não forem acompanhados por controlos; g) **os mecanismos de ligação** têm a ver com uma série de mecanismos para encorajar os contactos de ligação entre os indivíduos permitindo desta forma o entendimento ao nível interno e de interligação com todas as unidades que compõem a organização; h) **descentralização vertical** diz

respeito à dispersão do poder formal no sentido descendente da hierarquia; i) **descentralização horizontal** corresponde à passagem dos processos de decisão para as pessoas situadas fora da linha hierárquica, isto é que não ocupam posições de chefia.

Sintetizando, a estrutura é centralizada quando todos os poderes de decisão estão centrados num único ponto da organização, e é descentralizada sempre que o poder se encontra disperso por várias pessoas. A centralização é o mecanismo mais forte de coordenação das decisões dentro da organização, nesta perspectiva a organização é tanto mais centralizada, quanto mais o decisor controlar todos os processos de decisão, permitindo desta forma manter uma visão mais adequada da organização.

Na identificação do tipo de desenho organizacional, Mintzberg identifica cinco componentes básicas da organização (figura 6), tendo por base os elementos internos e de situação às estruturas organizacionais.

Figura 6 – As cinco Componentes Básicas da Organização



Fonte: Mintzberg Henry - Estrutura e Dinâmica das Organizações 1995:84

No **vértice estratégico** - podemos encontrar todos os elementos responsáveis pela direcção global da organização, assim, como todo e qualquer quadro dirigente com responsabilidades globais. A sua função é "assegurar que a organização cumpra a sua missão eficazmente, assim como a servir as necessidades de todas as pessoas que controlam ou que de qualquer maneira exerçam poder sobre as organizações" (Mintzberg, 1995: 44). Segundo este autor, isto implica três conjuntos de deveres: a) a supervisão directa, isto é, o mecanismo de coordenação das responsabilidades do trabalho; b) a gestão das condições de fronteira da organização, isto é, as relações que se estabelecem com o meio exterior; c) o desenvolvimento da estratégia da organização,

esta pode ser vista como uma força mediadora entre a própria organização e o ambiente exterior.

A **linha hierárquica** – situada a um nível intermédio, liga o vértice estratégico (topo da organização) ao centro operacional (a base) pela cadeia de quadros da linha hierárquica com autoridade formal. Em regra, o quadro intermédio desempenha os papéis de gestão do quadro dirigente, só que no contexto da sua própria unidade, neste sentido à medida que descemos do topo para a base, o trabalho de gestão torna-se pormenorizado e elaborado.

O **centro operacional** – compreende todos os operacionais que executam o trabalho relacionado directamente com a produção de bens e serviços da organização. Estes desempenham quatro tarefas essenciais: 1) procuram o que é necessário para a produção; 2) transformam os "inputs" em "outputs"; 3) distribuem os "outputs"; 4) oferecem apoio directo às funções de "input", de transformação e de "output".

Segundo Mintzberg, o centro operacional situa-se no âmago da organização, sendo a parte crucial da organização que produz os resultados essenciais e onde a estandartização é levada mais longe.

Na **tecnoestrutura** - encontramos os membros que estão afastados do fluxo do trabalho operacional, podem conceber planear ou assegurar a formação dos operacionais, não executando o trabalho propriamente dito. Recorrendo a técnicas analíticas para tornar o trabalho dos outros mais eficaz, temos os analistas preocupados com a adaptação às mudanças da envolvente, e outros preocupados com o controlo, isto é, com a estabilização e a estandartização das actividades dentro da organização. Os analistas de controlo da tecnoestrutura efectuam a estandartização na organização.

Por último, a componente intitulada **pessoal de apoio - funções de apoio logístico** identificam-se como unidades especializadas que prestam apoio à organização, fora do fluxo de trabalho operacional. Encontram-se nos diversos níveis da hierarquia, dependendo da necessidade dos serviços, muitas destas unidades constituem mini organizações, com o seu próprio centro operacional. Contudo, as mudanças sociais, económicas e culturais, implicaram que as organizações adoptassem uma perspectiva sistémica.

2.4.2. As Organizações de Saúde e a Gestão dos Cuidados de Saúde

Não obstante as organizações mais representativas das sociedades modernas serem as empresas ligadas à actividade económica, no quadro geral da diferenciação estrutural e funcional das sociedades modernas há ainda que referir, todas as instituições e organizações directamente relacionadas com a produção de bens e serviços que são primordiais para a concretização dos objectivos. São exemplo de organizações relevantes da sociedade moderna, as instituições prestadoras de Cuidados de Saúde.

Para Silva (2004) longe vão os tempos, em que as lógicas de desenvolvimento e as componentes fortemente tecnológicas marcaram uma oferta de Cuidados de Saúde que era sobretudo impessoal e de elevados custos. Desta forma assistimos hoje, à "necessidade de renovação da gestão dos serviços de Saúde não só para a contenção de custos, mas também para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados, tendo o utente (doente/cliente) no centro do sistema produtivo na saúde" (Silva, 2004: 17). Segundo o autor, trata-se de uma nova era, marcada pela inovação e onde a proximidade do utente e a reorganização do trabalho com maior envolvimento dos trabalhadores na prática da equipa, representam "o ideal de excelência de qualquer unidade de produção de cuidados de saúde" (Silva, 2004:17).

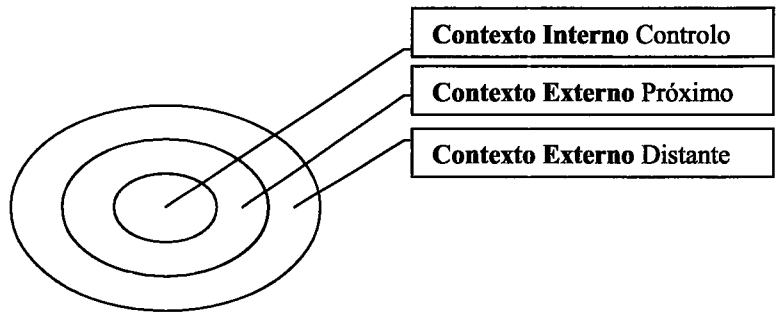
Cada profissional tem um papel a desempenhar na prestação de cuidados de saúde, contudo, como trabalhamos em equipas multidisciplinares devemos desenvolver abordagens de garantia da qualidade como equipa. Obviamente, que os cuidados de saúde de qualidade não serão mantidos se os elementos de uma mesma equipa estiverem a trabalhar a diferentes níveis, nesta perspectiva "tem de existir um nível previamente acordado ao qual todos aspiram, em ordem a assegurar a recepção, por parte dos doentes ou utentes, de cuidados e serviços de boa qualidade" (Sale, 1998: 9).

Os novos desafios que o Sistema de Saúde Português atravessa devido ao crescimento dos cuidados de saúde aliado às fortes restrições financeiras, conduzem a uma maior exigência por parte da gestão que garanta uma organização adequada, com uma eficiente afectação de recursos. Face a este contexto, o desafio das próximas décadas implica a preparação de equipas e de profissionais equipados com meios técnicos, recursos humanos e sobretudo modelos organizacionais capazes de responder às reais necessidades de saúde da população.

Segundo Carapinheiro (1998), no sistema de saúde o hospital "é o lugar principal da produção de cuidados médicos e é também o principal contexto da sua produção. O mecanismo de poder que lhe é específico deriva dos saberes centrais, funcionalmente necessários para o desenvolvimento das suas actividades, respectivamente os conhecimentos médicos a partir dos quais se organizam os sistemas de tratamento, e os conhecimentos de gestão hospitalar que procuram planear e racionalizar as actividades hospitalares de forma a rendibilizar os recursos materiais, técnicos e humanos" (Carapinheiro, 1998:75).

Contudo, as organizações de saúde enquanto sistemas complexos caracterizados por um grande número de factores endógenos e exógenos e por uma extraordinária interacção e interligação de acontecimentos, têm que se adaptar às novas realidades e adoptar processos de gestão e tomadas de decisão que não se enquadram mais nos tradicionais métodos de análise. Estas organizações não estão isoladas, elas fazem parte de uma vasta e complexa rede onde estão incluídos os utentes dos serviços e as equipas de tratamento, os fornecedores, os concorrentes e as entidades reguladoras. Sujeitas ao impacto da economia, das tendências sociais e das inovações tecnológicas têm naturalmente que adoptar uma reacção pró-activa e dinâmica face às exigências do meio ambiente. Segundo Henderson et al. (2004), esta complexa rede é representada sob a forma de três contextos (Figura 7).

Figura 7 - Esquema da relação dinâmica entre os três contextos das organizações



Fonte: HENDERSON, Euan et. al. (2004) – Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais

O **contexto interno** é composto pelo quadro de pessoal, pelos recursos e pelas instalações da organização. Estas componentes podem ser controladas – em grande

parte, pelo menos – pelos gestores da organização. O contexto interno é contudo influenciado, pelos contextos próximo e externo que não é possível à organização controlar.

O **contexto externo próximo** inclui doentes, utentes e as equipas que prestam tratamentos, empreiteiros, fornecedores e os concorrentes. Incluem-se aqui os políticos, as outras organizações locais associadas que prestam também serviços e os grupos locais de pressão. Estas componentes do contexto estão próximas da organização e interactuam com ela das formas mais diversas. Não podem ser controladas pela organização mas podem ser influenciadas por ela.

As componentes do **contexto externo distante** são aquelas que não podem ser controladas nem influenciadas pela organização. Incluem-se uma vasta gama de factores de natureza social, tecnológica, económica, ambiental e politica. Todas as Organizações têm de dar resposta ao impacto destes factores externos. Algumas respondem de forma mais solícita, rápida e com sucesso, enquanto outras não. (Henderson, et. al., 2004: 74).

Numa perspectiva sistémica "a organização implica uma fronteira definida através da qual flúem entradas e saídas do e para o ambiente"(Clegg, 1998:58). Neste contexto, as organizações fazem escolhas quando definem as suas fronteiras de intervenção, existindo uma interdependência dinâmica entre as organizações e o ambiente, ocorrendo a "importação de recursos e energia do ambiente, tendo em vista a sua utilização em benefício do sistema interno" (Clegg, 1998:58). Neste sentido Carlos da Silva com base na tese de Reed defende que " uma organização não depende única e exclusivamente do exterior, mas é a sua capacidade de estruturação a nível interno que contribuirá para a forma como consegue sobreviver" (Silva, 2001:221). Contudo, qualquer que seja o tipo de ambiente em que a organização esteja a operar, os seus gestores terão sempre que utilizar os seus recursos de forma eficiente, produzindo bens e serviços que satisfaçam os seus clientes da melhor maneira (Teixeira, 1998).

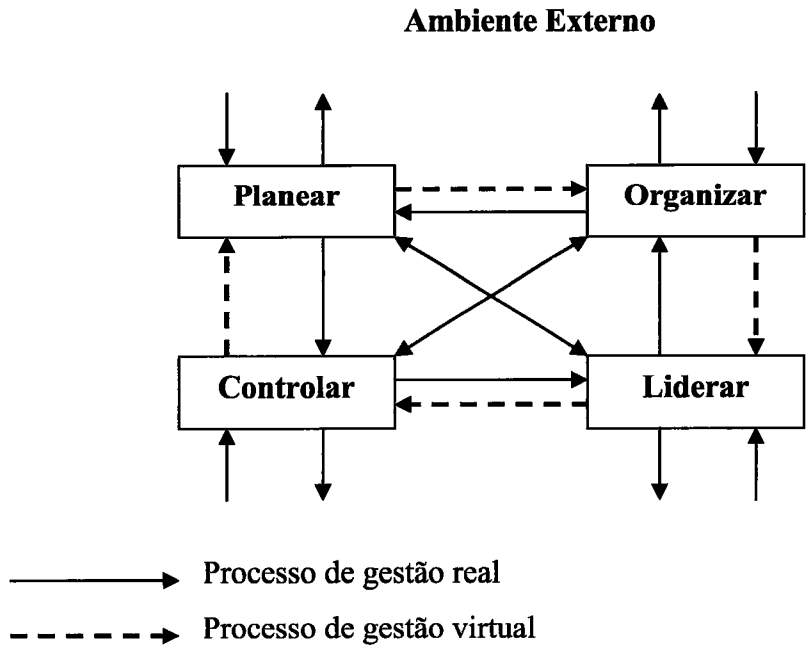
Em síntese, um dos maiores desafios dos gestores é de facto a constante mudança de condições ambientais, num ritmo cada vez mais acelerado, implicando por isso uma monitorização do ambiente externo tentando prever as mudanças que irão afectar a organização (Teixeira, 1998; Stoner e Freeman, 1995). Apesar das teorias organizacionais que se têm vindo a desenvolver serem mais representativas das as organizações ligadas à actividade industrial e dos serviços, a convergência de pontos com as organizações do sector da saúde são inúmeros. Contudo não obstante os esforços

desenvolvidos para mudar a forma de pensar as organizações, a concepção tradicional da organização encontra-se ainda fortemente enraizada no sector da saúde, conduzindo a alguns erros no processo de gestão.

2.4.2.1. Processo de Gestão

Básicamente, a gestão é definida como o processo de planear, organizar, liderar e controlar todos os esforços realizados por todos os intervenientes da organização com o fim de atingir os objectivos estabelecidos (Mintzberg, 1995; Teixeira, 1998; Stoner e Freeman, 1995). Este processo está ilustrado na figura 8, é um modelo simplificado desenvolvido nos finais do séc. XIX e que ainda hoje vigora nas nossas organizações.

Figura 8 – Natureza Interactiva do Processo de Gestão



Fonte: Adaptado STONER James A.F; FREEMAN R. Edward. (1995) – Administração

As quatro funções básicas de gestão representadas neste processo interactivo são:

Planear – Significa definir estratégias e objectivos. Constituindo o plano um instrumento de diálogo e de informação, catalisador da mudança em qualquer organização, funcionando como um guião, estabelece a forma como a organização

obtém e aplica os recursos exigidos para alcançar os objectivos pretendidos, fazendo a sua monitorização de forma a serem introduzidas medidas correctivas se necessário (Mintzberg, 1994; Stoner e Freeman, 1995; Teixeira, 1998). O primeiro passo no planeamento é a definição de objectivos genéricos para a organização como um todo e de objectivos específicos para cada uma das unidades que a integram. Na óptica de Teixeira (1998), estes devem ser claros e precisos, explícitados de forma bem concreta e apresentar as seguintes características:

- Hierarquia: nem todos os objectivos tem a mesma prioridade, há objectivos que são mais importantes que outros que lhe estão subordinados e o doseamento do esforço para os conseguir atingir deve ter isso em conta;
- Consistência: os objectivos, que por regra são múltiplos, devem harmonizar-se entre si;
- Mensurabilidade: sendo os objectivos constituídos por desejos ou aspirações há, que verificar à posteriori até que ponto foram ou não atingidos;
- Calendarização: ou seja, reportar os objectivos ao tempo – um período bem definido ou uma série de fases;
- Desafios atingíveis: no sentido de que devem ser realistas, isto é, deve existir a real possibilidade de poderem vir a ser alcançados, mas simultaneamente obrigarem a um esforço, traduzindo-se assim num verdadeiro desafio que quando se ganha, proporciona satisfação e estimulo para novas lutas. (Teixeira, 1998:34).

Ainda na linha de pensamento do autor, a determinação de um objectivo não dá garantia de que o mesmo seja cumprido, para que tal aconteça torna-se necessária a elaboração de planos que são "os documentos que expressam a forma como os objectivos irão ser cumpridos" (Teixeira, 1998: 37). Os planos são elaborados por todo e qualquer gestor e são guias de orientação permanente por períodos mais ou menos longos e podem assumir a forma de políticas, procedimentos e regulamentos.

No âmbito da saúde, o planeamento é fundamentalmente um auxiliar na tomada de decisão permitindo uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde, sempre tão escassos, independentemente do país ou do sistema de saúde adoptado (Tavares, 1990).

Quanto à tipologia, são considerados habitualmente três níveis de planeamento: estratégico, táctico e operacional. O planeamento estratégico é o processo através do qual a gestão de topo faz a análise das condições ambientais externas, a análise organizacional interna, define a missão, os objectivos e a forma de os alcançar, formulando alternativas estratégicas, está fundamentalmente voltado para o longo prazo, implementado nos níveis de gestão intermédio e operacional, dão origem aos planos tácticos e operacionais. O planeamento táctico processa-se ao nível da gestão intermédia, determina objectivos gerais e específicos, estrutura e programa actividades e recursos, e está predominantemente voltado para o médio prazo. Por último, o planeamento operacional diz respeito essencialmente às operações ligadas ao nível operacional determinando objectivos operacionais (metas), com um carácter imediatista, está voltado para optimização dos resultados, focalizado no curto prazo e com ênfase nos meios (Tavares, 1990; Teixeira, 1998).

Organizar – Significa integrar de forma harmoniosa os recursos humanos, técnicos e financeiros de modo a optimizar a consecução dos objectivos. Objectivos diferentes requerem a existência de princípios organizacionais explícitos, relacionados com os objectivos, são um factor determinante de qualidade da estrutura organizativa. O modelo a adoptar deve ter como meta essencial a integração das actividades dos profissionais e da gestão num corpo coerente e global de objectivos, ou seja " assegurar que a pessoa certa, com as qualificações certas, está no local e no tempo certos para que melhor sejam cumpridos os objectivos" (Teixeira, 1998: 4).

Neste contexto, o desenho organizacional é definido como um conjunto de mecanismos que permitem a divisão do trabalho em tarefas para assegurar a sua coordenação processando-se em cinco etapas básicas: a estandardização das tarefas, a sua formalização, o desenho dos instrumentos de planificação e controlo, a definição dos níveis a que são tomadas as decisões e por fim a configuração estrutural que a organização adoptará (Mintzberg, 1995; Teixeira, 1998; Silva, 2004).

Liderança - É o processo de dirigir e influenciar outros por forma a conseguir actuar no sentido da prossecução dos objectivos. Ao conceito de liderança está fortemente associado o **poder** e a **influência**, já que um dos aspectos da liderança é "a capacidade de usar as diferentes formas de poder para influenciar de vários modos o

comportamento dos seus seguidores"(Stoner e Freedmen, 1995: 344). Nesta linha de pensamento Jesuino (1999) refere que "a liderança não seria mais do que o exercício do poder por parte de um actor sobre um grupo. É esta especificação de grupo, enquanto destinatário do exercício do poder, que constitui uma das características básicas, e geralmente reconhecidas, do conceito de liderança (...) o poder é um conceito mais genérico e denota a capacidade de um actor alcançar os seus objectivos independentemente da natureza da relação em causa" (Jesuino, 1999:9).

A importância que a liderança assume para a gestão e a sua estreita relação nas organizações, tendem a confundir-se frequentemente, contudo liderança e gestão não são o mesmo conceito ou seja, nem todos os líderes são gestores, da mesma forma que nem todos os gestores só porque são gestores, são líderes. (Stoner e Freedmen, 1995; Teixeira, 1998).

A liderança constitui assim uma das mais importantes influências que se podem exercer em relação ao desempenho das pessoas, é um processo complexo. Os estudos realizados na tentativa de compreender a liderança conduziram à identificação de diferentes estilos de liderança, definidos como "os vários padrões de comportamento preferidos pelos líderes durante o processo de dirigir e influenciar os trabalhadores" (Stoner e Freedmen, 1995: 346).

Das diferentes abordagens, as três mais discutidas prendem-se com: a combinação dos traços pessoais consistindo na avaliação e selecção de lideres com base nas suas características físicas, mentais, sociais e psicológicas; a segunda enfatiza o comportamento do líder sugerindo que determinados comportamentos específicos diferenciam os líderes dos não líderes; e por último a terceira que pressupõe que as condições que determinam a eficácia da liderança variam com as situações ou circunstâncias concretas em que o líder se encontra (Gil, 1994; Teixeira, 1998).

Uma das abordagens mais divulgadas sobre a definição dos estilos de liderança é a chamada grelha de Gestão desenvolvida por Robert Blake e Jane Mouton (1964), este modelo identifica uma gama de comportamentos administrativos baseada nos vários modos de estilos orientados para tarefas e os estilos orientados para os subordinados, cada uma destas duas dimensões corresponde a uma variável representada em cada um dos dois eixos ortogonais que constituem a grade e cada qual expresso como um continuum numa escala de 1 a 9, e do qual resultam 81 posições diferentes (Stoner e Freedmen, 1995; Teixeira, 1998; Jesuino, 1999). Segundo Blake e Mouton, os gestores

que adoptavam o estilo de liderança 9,9 (o estilo que corresponde ao grau mais elevado de preocupação quer com as tarefas quer com as pessoas) obtinham, melhores índices de desempenho (Teixeira, 1998).

A abordagem contingencial por sua vez tenta identificar das variáveis situacionais qual é mais importante e prever que estilo de liderança será mais eficaz numa determinada situação. Paul Hersey e Kenneth Blanchard desenvolveram uma teoria situacional da liderança com grande aceitação por parte de um elevado grupo de gestores. Estes autores defendem que um líder eficaz "é aquele que consegue diagnosticar correctamente a situação e o nível de maturidade dos subordinados e adoptar o estilo de liderança que mais se apropria" (Teixeira, 1998: 152).

No concerne às teorias da liderança a maioria diz respeito à liderança transaccional em que o líder motiva os seus subordinados na direcção dos objectivos definidos clarificando a sua função. As perspectivas mais recentes enfatizam o papel dos líderes transformacionais, são líderes com forte convicção e capacidades de liderança, comportamentos fora do comum e considerados agentes de mudança.

A liderança é de facto uma função orientadora, condutora, que implica prever, decidir, organizar, e que utiliza a comunicação e a motivação como instrumentos privilegiados.

Controlo – É o processo de comparação entre o desempenho actual da organização e os padrões préviamente definidos com vista á execução de medidas correctivas se for caso disso. Neste contexto, a sua finalidade é a de evitar erros, mais do que corrigi-los à posteriori.

O controlo é uma das funções de gestão a que o gestor dá atenção cuidada e consta essencialmente das seguintes fases: a) estabelecer padrões de desempenho; b) medir o desempenho actual; c) comparar esse desempenho com os padrões estabelecidos; d) caso sejam detectados desvios, executar acções correctivas. O controlo e o planeamento são de factos duas funções concomitantes, podendo dizer-se que "estão um para o outro como duas faces da mesma moeda" (Teixeira, 1998: 183). Assim, numa perspectiva de amplitude ou abrangência do controlo, e à semelhança da classificação efectuada para o planeamento, podemos considerar três tipos de controlo:

O **Controlo estratégico** processa-se ao nível institucional da gestão de topo, de uma forma genérica e sintética, está habitualmente associado a longos períodos e abarca a globalidade da organização;

O **Controlo Táctico** processado pelos gestores de nível de intermédio, é menos genérico, mais pormenorizado, e diz respeito a um prazo menos longo, incidindo sobre uma área específica da empresa;

O **Controlo Operacional** executado por gestores de nível operacional é mais analítico e pormenorizado, tem como horizonte temporal o curto prazo, e incide sobre tarefas ou operações realizadas numa determinada unidade operacional (Teixeira, 1998:187-188).

Ainda que os fundamentos do controlo de gestão se mantenham, as técnicas ao dispor dos gestores para esse fim, têm evoluído significativamente ao longo dos tempos. As técnicas de controlo são, concomitantemente, técnicas de planeamento como já foi referido anteriormente, e cujo objectivo é fazer com que o plano seja bem sucedido, são referidas como as principais: o controlo orçamental, o controlo de "stocks" e o controlo de qualidade. Enquanto que o controlo orçamental é feito com base em orçamentos determinando antecipadamente os resultados em termos financeiros ou não financeiros, o Controlo da qualidade pretende traduzir o nível de satisfação das especificações previamente definidas, ou melhor em que medida um produto ou um serviço faz aquilo que supostamente deve fazer. Relativamente à qualidade qualquer gestor tem como objectivo não só os custos da falta de qualidade mas também os custos em que se incorre para terem, determinados níveis de qualidade.

No controlo de stoks, a questão fundamental reside em conseguir o equilíbrio entre o nível mais reduzido possível do volume de existência em armazém e a ausência de ruptura, e desta forma evitar "empates" de capital e simultaneamente problemas de paragem de produção. A falta de uma gestão correcta dos stocks é a responsável por as lacunas e ineficiências encontradas e que se traduzem em elevados custos. (Stoner e Freedmen, 1995; Teixeira, 1998).

Em suma, as organizações de saúde colocam-se entre as mais complexas da sociedade moderna e caracterizam-se por uma divisão de trabalho extremamente saturada e por uma refinada gama de aptidões técnicas. Nesta perspectiva, a organização tem que ser enquadrada e entendida tanto no seu contexto externo como no contexto interno. Estas organizações situam-se numa área de intervenção vasta, complexa e mutável, em que se movem uma multiplicidade de outras organizações de grupos e

indivíduos, desta forma e enquanto sistemas dinâmicos tendem-se a adaptar-se, ajustar-se e a reorganizar-se, como condição básica da sua sobrevivência num ambiente de constantes mudanças.

Neste contexto, os gestores são os principais responsáveis pelo desenvolvimento organizacional e consequentemente, os principais agentes de mudança. O seu potencial de mudança, existe em maior ou menor grau, mas a acção dos gestores distingue-os dos restantes membros, já que estão capacitados para exercer uma maior liderança ao mesmo tempo que vêem reduzir o seu poder relacionado com a sua posição hierárquica. Assistimos, actualmente a um maior interesse nas questões relacionadas com a saúde e nos seus custos por parte de alguns segmentos da sociedade exigindo cada vez mais um melhor atendimento e uma oportunidade de participar no seu tratamento. Este facto remete-nos para a participação no processo de tomada de decisão. Os autores sugerem que não obstante a participação na tomada de decisão seja frequentemente pensada como "a dicotomia entre o envolvimento ou não das pessoas na tomada de decisões que as afectam, pode-se de facto pensar na participação como um processo que reflecte quer as diferentes formas de acesso que os membros das organizações têm nos de tomada de decisão, quer o grau de influência que os mesmos podem exercer sobre determinada decisão" (Silva, 2004:25). Ainda segundo Silva (2001), o facto das Organizações funcionarem e se manterem ao longo do tempo, significa que os objectivos dos actores sociais podem ser repartidos, postos em comum e partilhados ou, pelo menos, esses actores tenham interesse em manter a Organização uma vez que ela constitui o meio onde são organizadas e estruturadas as relações de Poder.

2.4.3. *Empowerment* na Estrutura dos Sistemas de Saúde

Um dos princípios fundamentais da filosofia da Saúde para Todos, é que a participação no planeamento e na tomada de decisão é um processo importante através do qual os indivíduos e famílias, podem contribuir para o seu próprio desenvolvimento, assim como o das comunidades em que vivem, trabalham e mantêm relações sociais (...) (WHO – Regional Office for Europe: 1986).

Na actualidade, o conceito de participação/envolvimento do cidadão e da comunidade no sector da saúde, ganha maior relevância, no sentido de uma maior

responsabilização sobre a própria saúde e da comunidade, enquanto agentes de desenvolvimento com o direito a participarem nas decisões relativas ao seu tratamento e um *empoderamento* desenvolvido através de uma estratégia de Gestão da Doença. Todavia, para que as pessoas participem nas decisões individuais sobre a própria saúde, necessitam de ter conhecimento sobre as opções relevantes. Contudo a "evidência escassa sugere que os consumidores individuais não podem, em geral, confiar nas organizações profissionais e nas burocracias para lhes facilitarem esta compreensão". Se considerarmos as informações fornecidas pelas "próprias organizações ou pelas autoridades de saúde, constata-se que estas raramente prestam informações validadas ou isentas: a maior parte delas parece apostada em fazer com que os doentes condescendam, em vez de ajudá-los a escolher o serviço prestador ou os cuidados certos" (Plano Nacional de Saúde, 2004-2010: 21). Face a este contexto, e à semelhança de outros países da Europa onde se têm multiplicado experiências sobre mecanismos de participação no sector da saúde, o Ministério da Saúde está decidido em desenvolver estratégias objectivas que conduzam à participação e empowerment dos cidadãos no sector da saúde, bem como dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil promovendo o empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo.

Tal como nos é referido pela WHO – World Health Organization (1998), qualquer estratégia de *empowerment* deverá ter em conta os seguintes princípios: **a)** As escolhas individuais e colectivas, dependem de um ambiente social e económico favorável, assim como da acessibilidade a serviços e à informação/formação para a saúde. **b)** A implementação de estratégias de *empowerment* deve ser feita a nível local e nacional assim como em casa, na escola, no local de trabalho e noutros locais comunitários. Dirigidas para o cidadão e para os " fazedores de políticas", devendo ser utilizados todos os canais disponíveis e credíveis para " agitar " o valor pessoal e social da saúde. **c)** Os cidadãos e as comunidades devem conhecer e poder escolher os comportamentos que podem afectar a sua própria saúde da sua família ou comunidade. Tão importante como a comunicação de conhecimentos sobre a saúde, é a promoção nos indivíduos da capacidade de reconhecer crenças, atitudes, opiniões e competências que influenciam estilos de vida saudáveis. **d)** A participação do cidadão em acções de saúde a nível comunitário é essencial. Para tal deve ser ajudado a desenvolver competências sociais e políticas para negociar, lobbying, técnicas de resolução de problemas e

networking. Mobilizando recursos de acordo com as suas necessidades e aspirações de forma a influenciar as condições de ambiente físico, social e cultural que afectam a sua saúde. O *empowerment,* pode funcionar como um mecanismo de preparação do cidadão para a acção comunitária para a saúde, ajudando-o a criar entusiasmo, convicção e compromissos com o bem-estar comunitário. **e)** Os cidadãos devem ter o controle sobre a sua saúde, tornando-se parceiros nos sistemas que podem ajudá-los a liderar estilos de vida saudáveis (Mesquita, A., 2002:35).

Aliás, no âmbito do paradigma da Promoção da Saúde, há muito tempo, que vários documentos evidenciam claramente a importância e a necessidade de criar o empowerment do cidadão nos serviços de saúde. A este respeito a Declaração de Alma-Ata em 1978 (WHO – Regional Office for Europe, 1997), refere no seu ponto IV que: as pessoas têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde. E ainda que no âmbito dos cuidados de saúde primários, é assumido que os métodos e tecnologias devem ser disponibilizados universalmente aos indivíduos e famílias da comunidade através da sua plena participação, mantendo em todos os estádios do seu desenvolvimento, um espírito de auto-confiança e auto-determinação, fazendo pleno uso dos recursos individuais, locais e nacionais, através da participação comunitária.

Em 1987, a carta de Ottawa (First International Conference on Health Promotion) refere já a capacitação dos cidadãos no sentido de fazerem escolhas saudáveis "As pessoas não podem adquirir o máximo do seu potencial de saúde, a não ser que sejam capazes de controlar os determinantes da sua saúde, sendo elas o principal recurso da sua própria saúde, da saúde dos seus familiares, sendo a comunidade onde se inserem a voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem estar" (First International Conference on Health Promotion, 1987).

Também a Declaração de Jakarta (WHO – World Health Organization, 1997), reafirma a noção de que a Promoção da saúde é um processo que possibilita não só melhorar como aumentar o controlo sobre a sua saúde " a educação para a saúde é levada a cabo por e com as pessoas, e não sobre ou para elas. Ela melhora a capacidade dos cidadãos actuarem, e a capacidade dos grupos, organizações e comunidades influenciarem os determinantes de saúde" (WHO – World Health Organization, 1997:2). No âmbito nacional, e de acordo com o quadro legislativo, podemos verificar que a Constituição da República Portuguesa (1994), no seu artigo 64º, faz alusão ao Serviço

Nacional de Saúde (SNS) como um serviço nacional com gestão descentralizada e participada, desta forma implica assim que, "o entendimento deste mesmo dispositivo organizacional se baseie numa perspectiva dinâmica, onde todos os componentes têm um papel a desempenhar, para a satisfação dos objectivos propostos: serviços mais eficientes, e por inerência, cuidados de saúde de melhor qualidade"(Mesquita, A., 2002:47). No artigo 9º, alínea c) da Constituição, podemos ainda ler que é tarefa do estado "assegurar e incentivar a participação democrática dos cidadãos na resolução dos problemas nacionais" a Administração Pública de acordo com o artigo 267º, nº 1, deverá "apresentar uma estrutura que permita aproximar os serviços das populações, de modo a assegurar a participação dos interessados na sua gestão efectiva". A participação vê-se assim contemplada a um nível superior, na pirâmide das leis nacionais, tendo subjacente vários documentos de carácter legislativo, nomeadamente:

A Lei nº 48/90 de 24 de Agosto – Lei de bases da saúde, onde se refere que os cidadãos, enquanto utentes, devem ter um papel activo na promoção da própria saúde, fazendo valer os seus direitos e cumprindo os seus deveres.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde – Dec-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro, onde no artigo 10º e 11º se criam respectivamente os conselhos regionais de saúde, e as comissões concelhias de saúde, como órgãos consultivos dos conselhos de administração das respectivas Administrações Regionais de Saúde (ARS) onde se inclui a participação de representantes dos municípios e dos interesses dos utentes.

O Decreto Regulamentar 3/88 de 22 de Janeiro, nos termos da alínea c) do artigo 25º, capitulo V, prevê a participação de um membro da liga de utentes no Conselho Geral dos Hospitais; o Decreto-Lei 156/99 de 10 de Maio, que cria a Comissão Nacional de Acompanhamento dos Sistemas Locais de Saúde prevê a integração de um representante das autarquias locais; também, o Decreto-Lei 157/99 de 10 de Maio, nos termos da alínea 3, do artigo 4º, refere que os Centros de Saúde devem promover a participação dos cidadãos e da comunidade, estando prevista a sua participação no conselho consultivo.

Ainda que não constituindo um documento de carácter legal, a **"Estratégia para o virar do século 1998-2002"**, publicada pelo Ministério da Saúde em 1999, vemos explicitada toda uma estratégia governamental para a saúde, onde o sistema de saúde deve assumir "a centralidade do cidadão como vector a desenvolver e integrar" (Ministério da Saúde, 1999).

Não obstante, a literatura apontar para uma definição de um quadro conceptual de intervenção para a Promoção da Saúde ou Gestão da Doença, constata-se que a implementação prática dos grandes princípios, nos serviços de saúde permanece ainda na generalidade das situações, com mero conceito. Embora o quadro normativo-legal, preveja a representação do cidadão nas hierarquias do SNS por um elemento que na generalidade personaliza um membro da autarquia local, a sua participação reveste-se habitualmente de um carácter meramente consultivo. Apesar da descentralização regional, a nível dos municípios não se vislumbram correspondências, nem políticas conjuntas no âmbito da gestão da saúde (Mesquita, A., 2002)

Com efeito, na prática possuímos ainda um SNS fortemente dominado por um modelo centralizador, apesar de a sua legislação específica deixar transparecer com alguma clareza a definição de descentralizado já que "O SNS se caracteriza por ter uma organização regionalizada e gestão descentralizada e participada, sendo que esse serviço é tutelado pelo Ministro da Saúde e é administrado a nível de cada região de saúde pelo Conselho de Administração da respectiva Administração Regional de Saúde" (Lei 48/90). Além deste, vários são os documentos legislativos, onde se pode ver referido a autonomia administrativa e financeira, sob superintendência e tutela do Ministro da Saúde. Na maioria dos estados europeus, a descentralização administrativa é actualmente aceite, já que a mesma "consiste num garante das liberdades locais, servindo de base a um sistema pluralista de administração pública, constituindo ainda, uma forma de limitação do poder político central; proporciona a participação dos cidadãos na tomada de decisões públicas, em matérias do seu interesse; facilita mobilização de iniciativas e energias locais para a realização do bem comum (...)" (Mesquita, A., 2002:50).

Neste contexto, e segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, torna-se igualmente importante dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil (associações dos utentes dos serviços, comunicação social, sindicatos e outros) já que estas têm mais capacidade de influenciar o comportamento dos prestadores de saúde, das organizações profissionais e da administração pública de saúde em geral, na consecução dos seguintes objectivos:

a) Fortalecer a posição do indivíduo na sua relação com os prestadores;

b) Denunciar, de uma forma construtiva, erros na prestação de cuidados de saúde;

c) Dar assistência, mobilizando e canalizando os recursos apropriados para o apoio às acções que conduzem a uma acção correctiva desses erros;

d) Colaborar na melhoria da prestação de cuidados de saúde;

e) E, principalmente, colaborar na reforma das políticas de saúde.

O reforço do papel que as associações e os municípios podem desempenhar na promoção da saúde das populações e a sua natural vocação para mobilizar as energias e as vontades locais, deve constituir uma aposta na articulação entre administração central e as autoridades locais" (Plano Nacional de Saúde, 2004-2010: 22).

O associativismo poderá desenvolver um importante papel nas dinâmicas políticas do nosso sistema de saúde, contudo, a descentralização só será possível quando a nível operacional, os gestores se tornarem parte integrante no processo de tomada de decisão e não serem apenas meros executores das políticas emanadas superiormente.

2.4.4. A Doença Crónica e o Empowerment

A Insuficiência Renal Crónica determina uma série de alterações na organização do quotidiano do indivíduo. As implicações físicas, emocionais e financeiras que a doença representa, retiram ao doente muita da sua energia, dos seus recursos, que poderia, caso não adoecesse, aplicar noutros objectivos mais produtivos como sejam o seu emprego, as suas obrigações familiares e comunitárias.

Na verdade, o Insuficiente Renal experimenta uma profunda deterioração do seu bem-estar: fadiga acentuada, anemia e hipertensão são sintomas frequentes, e ainda complicações tais como retenção de líquidos, dispneia e anorexia conduzem o doente a um estado de fragilidade extrema. Associado aos sinais e sintomas que apresentam, surgem restrições alimentares e hídricas, a necessidade de interromper as suas actividades para se deslocar ao Centro onde irá fazer diálise, a dependência crónica a um monitor de diálise para sobreviver, são tudo factores que podem levar o indivíduo ao desânimo. Este é, o momento em que "o recurso a estratégias de empowerment se torna fundamental, contribuindo para compensar as perdas sofridas, a compreensão da doença, e reforço dos mecanismos de controlo que permitem ao doente evitar ou ultrapassar a depressão, adaptando-se melhor ao processo terapêutico instituído" (Mesquita, A., 2002:59).

Quando o indivíduo desencadeia uma Insuficiência Renal Aguda e é imediatamente inserido num programa de Diálise, não existe tempo para prepará-lo para a fase seguinte da sua vida. O indivíduo é confrontado de uma forma abrupta para uma realidade que não esperava. A adaptação à hemodiálise torna-se assim, num processo complexo e multidimensional, incluindo aspectos médicos, sociais e psicológicos. Vários são os estudos que revelam uma má adesão à terapêutica instituída, sendo condicionador da qualidade de vida não só a médio prazo como a longo prazo (Cristóvão, 1998).

A adaptação do doente, vai depender não só de factores individuais, mas também de factores familiares e sociais. De facto, "a incerteza, a insegurança, a perda de autonomia, o sentimento de incapacidade e a alteração dos papéis até então desempenhados, podem constituir factores de ruptura no equilíbrio do indivíduo IRC" (Fonseca, M., 1997:207). Face a esta realidade, o IRC tem que desenvolver um conjunto de competências básicas, por forma a manter o equilíbrio físico e psicológico, sendo por isso necessário adquirir um determinado nível de conhecimentos sobre a sua doença. Existe uma grande prevalência de pessoas idosas em programa regular de Hemodiálise, sabe-se que mais de 50% dos doentes que fazem diálise são idosos. Estudos publicados, revelam que "a maioria destes doentes têm falta de informação para o auto cuidado e que muitos têm diminuição da capacidade cognitiva, que pode estar associada à insuficiência renal e/ou à idade avançada" (Redman, B., 2001:217).

Este é o grupo que apresenta maiores dificuldades, vivem habitualmente em condições de grande dependência ou de carência de apoios, vivendo em isolamento e com dificuldades de comunicação, com grandes dificuldades em promoverem as suas necessidades básicas (alimentação, higiene, locomoção, etc), assim, nestes casos há que desencadear todo o tipo de apoio por parte de alguns organismos oficiais ou particulares de acção social, de forma a dar-lhes uma melhor qualidade de vida (Fonseca, 1997). Neste contexto, também o envolvimento da família no processo de cuidados se torna essencial, a sua inclusão no processo é inquestionável, a família é pois confrontada com novas exigências para as quais em regra não está preparada. Este facto conduz a um novo paradigma das relações família-profissionais de saúde, no qual se considera que a família constitui o centro dos cuidados e as interacções com os profissionais de saúde são de colaboração (Polly, 1999).

Iniciar um plano de ensino, logo que a diálise comece, será importante, pois muitos destes doentes irão enfrentar falta de capacidade de tomada de decisão. Em suma, os programas de Educação para a Saúde "necessitarão de ser ajustados a estas características demográficas, adoptando métodos de ensino que sejam repetitivos e continuados" (Redman, B., 2001:217). Num estudo realizado sobre a qualidade de vida destes doentes, verificou-se que as estratégias de Coping mais utilizadas para lidar com a sua doença, consistiam em: "saber mais sobre o assunto", "tentar exercer algum controlo sobre a situação", "analisar objectivamente os problemas" e "tentar resolver os problemas com soluções alternativas" (Cristóvão, 1998:264). Neste contexto, vislumbram-se algumas das premissas subjacentes ao empowerment.

Os programas de Educação para a Saúde também podem incidir nas restrições de dieta e de fluidos, no treino de exercício e em lidar com o impacto psicossocial da insuficiência renal crónica. A experiência demonstrou que doentes submetidos a estas intervenções, tinham revelado melhor humor e menos ansiedade e incapacidade funcional do que os outros que não tinham sido alvo de ensino. Neste contexto, o "conhecimento da auto-eficácia percebida pelos doentes (o seu nível de empowerment individual), assume especial relevância para o entendimento das suas dificuldades/incapacidades e desenho de estratégias eficazes e pró-activas ao nível do sistema" (Mesquita, A., 2002: 62).

A literatura, refere que alguns estudos têm demonstrado que "doentes que recebem ensino possuem o potencial de atrasar o início do tratamento da Doença Renal em estádio final é melhor potencial de reabilitação, para além da diminuição dos custos de tratamento e de tempo de hospitalização no início do mesmo" (Redman, B., 2001:217).

2.4.5. Os Sistemas de Informação

Numa altura em que são exigidas aos responsáveis dos Cuidados de Saúde, novos conceitos e novas práticas de gestão com o objectivo de oferecer maior qualidade assistencial e uma gestão dos recursos técnicos e humanos, a informação surge como um recurso crítico, estratégico e económico na dinâmica da Gestão Organizacional.

Segundo Zorrinho (1995), a informação aparece como uma representação simbólica por natureza, em código convencionado, de acontecimentos, objectos ou fluxos que constituem o real perceptível. Conjugando assim, "um conjunto de registos em linguagem simbólica (dados), interpretados de acordo com um determinado (padrão)". (Zorrinho, 1995:15). Nesta óptica de pensamento, a informação é definida como um "objecto formatado, criado artificialmente pelo homem, tendo como finalidade a representação de um tipo de acontecimento perceptível por ele no mundo real"(Le Moigne 1978: citado por Almeida 1992:116).

Entenda-se assim, que tudo o que diminua o grau de incerteza no processo decisório ou que contribua para a estabilização organizacional e funcional de uma unidade económica, é informação (Oliveira, 1994:34). Naturalmente que a complexidade Organizacional, a globalização da economia e dos fenómenos sociais, a necessidade de produzir em maior escala e de enfrentar de forma continua a competitividade, veio colocar em primeiro plano a necessidade de dispor de informação e do conhecimento como um recurso essencial às funções de produção e de gestão. Desta forma, há que reconhecer "a importância crescente da informação e do conhecimento como factores competitivos e dos mecanismos de circulação de dados e de aplicação de saberes como fontes de valor, teve assim, um impacto fundamental na forma como se devem gerir as Organizações actuais" (Zorrinho, Serrano, Lacerda, 2003:67).

Em suma, a Informação é aquele conjunto de dados que quando fornecido de forma e a tempo adequado, melhora o conhecimento da pessoa que o recebe, ficando ela mais habilitada a desenvolver determinada actividade ou tomar determinada decisão (Sequeira, 2001: 27). Neste contexto, a existência de um sistema que permita resumir, compor e organizar os dados que são gerados de forma a se construir um quadro suficientemente informativo de apoio ao processo de tomada de decisão, tornou-se uma necessidade latente nas Organizações de Saúde. Esta é uma questão essencial, segundo Zorrinho (1991), o sistema de informação assume um papel de apoio à articulação entre os vários subsistemas externos à própria Organização, permitindo o processamento e a integração de dados significativos, tornando-os perceptíveis pelo sistema de gestão e suporte da tomada de decisão. Num contexto global de grande turbulência e de acelerado ritmo de mudança, a importância da informação, dos Sistemas e das Tecnologias de informação para o desenvolvimento organizacional, é hoje, um facto

indiscutível. Para além de constituir um recurso económico, a informação é ainda, assumida como um factor estruturante de apoio à gestão, tornando-se num garante de vantagens competitivas para as organizações (Zorrinho, 1991; Almeida, F., 1992).

Nos últimos anos, os Sistemas de Saúde têm sido confrontados com uma série de alterações profundas nas suas estruturas e no seu relacionamento com a sociedade, exigindo das suas Organizações uma gestão eficaz dos recursos de informação, a qual seria quase impossível sem as novas tecnologias de Informação. A utilização de tecnologias de informação assume neste contexto, uma importância significativa pois, permite suportar automáticamente muitos procedimentos, possibilitando ainda a geração de modelos simplificados da realidade complexa, como o Sistema de Saúde. "As tecnologias de informação, enquanto meios de produção, organização, interpretação e transmissão de dados significativos, no espaço do sistema-empresa e dos sistemas que o envolvem condicionam a percepção da realidade pela empresa e geram rede de fluxos de dados, ou seja, relações entre os componentes ou partes duma organização" (Zorrinho, 1991:50).

No cenário de competitividade crescente que caracteriza actualmente as organizações, a utilização de um processo de implementação e gestão de um sistema de informação, deve funcionar como instrumento de mudança estratégica. Desta forma, "numa organização informada a localização do controlo muda dos gestores para os níveis inferiores que têm agora mais acesso à informação necessária para um desempenho efectivo" (Serrano, António; Fialho, Cândido 2003: 144).

Assim, recorrendo a um conjunto de técnicas e ferramentas específicas, os Sistemas de Informação garantem, aos utilizadores de uma organização, as tarefas de recepção, armazenamento, processamento e produção de informação atempada, condicionando de forma indiscutível o sucesso ou insucesso, no alcance dos objectivos impostos ao seu funcionamento.

Os Sistemas de Informação das organizações de saúde públicas, em geral, são cada vez mais confrontados com a necessidade de enfrentar desafios da Sociedade da Informação, que passa pela utilização de novas tecnologias de Informação e Comunicação. Neste contexto, a constituição de bases de dados de utentes e a sua utilização pelas redes informáticas, vem criar expectativas acrescidas de melhorias das comunidades (referenciação) e da eficiência dos serviços de saúde, nomeadamente pelas partilhas da informação e "continuidade de cuidados" que possibilita aos diversos

utilizadores, independentemente das circunstâncias de tempo e de lugar. Desta forma os SI são instrumentos poderosos que podem e devem contribuir para a concretização de uma melhor política de saúde, a realização de uma melhor gestão das instituições do SNS, uma maior acessibilidade, encaminhamento e gestão dos utentes/doentes do SNS e em última análise, uma melhor prestação de Cuidados de Saúde. A introdução do cartão de utente do SNS constitui o primeiro passo num projecto de desenvolvimento dum sistema de saúde, permitindo a partilha dos dados de identificação e de natureza clínico/social, com melhoria na personalização, continuidade e efectividade dos cuidados. A constituição de base de dados de Grupos de Diagnóstico Homogéneos, Diabetes Care, Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência de Cuidados de Enfermagem, representa passos importantes para informação e gestão dos serviços hospitalares.

Existe em Portugal, uma rede de informação da saúde (RIS), tratando-se de uma rede privada para a saúde que assegura as comunicações inter-institucionais. A informação gerada a partir dos utentes, nos Centros de Saúde e nos Hospitais, constitui as bases locais integradas respectivamente no Sistema de Informação para Unidade de Saúde (SINUS) e no Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), a partir das respectivas interfaces de comunicações, estes dados flúem para o sistema de informação da Sub-Região. A base de dados, a nível distrital, da Sub-Região é constituída pelo conjunto dos output's pré-definidos das Unidades de saúde que a integram. A informação flúi então, da base de dados das Sub-Regiões para as ARS, de acordo com a relação ascendente na hierarquia estrutural do SNS.

Uma vez criada a infra-estrutura e a estrutura básica do SI, seria legítimo esperar que estivessem obtidas vantagens para a continuidade de cuidados inter-institucional através da partilha de informação em tempo real. Contudo, e segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, assistimos actualmente a uma inadequada conceptualização do SI da Saúde, a uma falta de normalização de conceitos, uma deficiente coordenação da recolha e análise dos dados, divulgação de informação e apoio à decisão e ainda uma incipiente e inadequada recolha de informação sobre a prestação de Cuidados de Saúde. Assistimos de igual modo, à desactualização das infra-estruturas informáticas, a uma implementação limitada do SINUS, a normalização do SONHO, bem como a utilização limitada do potencial associado ao cartão do utente e à ausência de uma gestão integrada das bases de dados existentes.

3 – METODOLOGIA DO ESTUDO

O sucesso da investigação nas ciências sociais exige à partida uma reflexão aprofundada da metodologia a adoptar. De facto a "eleição de uma estratégia de estudo e o desenho da matriz das fases de uma investigação dependem fundamentalmente do nível de conhecimentos existentes sobre a temática" (Silva, 1996:51).

A metodologia pode então ser definida como a "arte de aprender a descobrir a analisar os pressupostos e processos lógicos implícitos da investigação, de forma a pô-los em evidência e a sistematizá-los" (Almeida e Pinto, 1995:24). A este propósito Judith Bell argumenta que a metodologia " procura explicar como a problemática foi investigada e a razão porque determinados métodos e técnicas foram utilizados" (Bell, 1997:190).

Desta forma e tendo por base a investigação realizada por Guerra (2002) a mesma obedecerá a uma estratégia tendo subjacente a teoria da Gestão da Doença, o Modelo de Cuidados Crónicos e as práticas exercidas no âmbito dos Cuidados Crónicos. Os métodos de pesquisa constituem "formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados" (Quivy e Campenhoudt, 2003:25). Considera-se adequada a adopção do método descritivo para a presente investigação, já que se vai proceder a uma recolha retrospectiva de dados, cujo objectivo é o de diagnosticar através de um questionário a situação da Doença Crónica neste caso a IRC no SNS. Judith Bell considera que "a abordagem adoptada e os métodos de recolha de informação seleccionados dependerão da natureza do estudo e do tipo de informação que se pretende obter" (Bell, 1997:20). Entenda-se assim, que adopção do método se justifica já que, o uso mais frequente deste método visa responder a questões nunca antes formuladas ou a recolher informação inexistente sobre determinado objecto de investigação (Reto, L., Nunes F., 1999).

Quanto à doença objecto de estudo IRC, e segundo Coons S.J. (1996), esta reúne teoricamente as características que determinam a sua abordagem pela Gestão da Doença:

1) É uma doença crónica;

2) Representa um custo elevado para o Sistema de Saúde;

3) Apresenta uma variabilidade nas suas práticas de tratamento;

4) Os doentes têm um grande empowerment através da educação

3.1. AMOSTRA

O universo em estudo é constituído por Hospitais e Centros de Saúde do SNS. A amostra é constituída por 47 organizações, das quais 3 são hospitais e 44 são Centros de Saúde da área geográfica da Administração Regional de Saúde do Alentejo.

A selecção obedece a um critério de conveniência e propositivo ou seja, as organizações seleccionadas devem ter consulta/atendimento do doente com a doença objecto de estudo (IRC) e os Centros de Saúde seleccionados devem articular-se com os hospitais em causa. (Quadro 1).

Quadro 1 – *Rede Hospitalar e os Centros de Saúde da ARS Alentejo que Integram a Amostra*

Sub-Região de Saúde de Beja	**Sub-Região de Saúde de Évora**	**Sub-Região de Saúde de Portalegre**
Hospital de Beja	**Hospital de Évora**	**Hospital de Portalegre**
C. S. Aljustrel	C. S. Alandroal	C. S. Alter do Chão
C. S. Almodôvar	C. S. Arraiolos	C. S. Arronches
C. S. Alvito	C. S. Borba	C. S. Avis
C. S. Barrancos	C. S. Estremoz	C. S. Campo Maior
C. S. Beja	C. S. Évora	C. S. Castelo de Vide
C. S. Castro Verde	C. S. Montemor-Novo	C. S. Crato
C. S. Cuba	C. S. Mora	C. S. Elvas
C. S. Ferreira do Alentejo	C. S. Mourão	C. S. Fronteira
C. S. Mértola	C. S. Portel	C. S. Gavião
C. S. Serpa	C. S. Redondo	C. S. Marvão
C. S. Odemira	C. S. Reguengos	C. S. Monforte
C. S. Ourique	C. S. Vendas Novas	C. S. Nisa
C. S. Moura	C. S. Viana Alentejo	C. S. Montargil
C. S. Vidigueira	C. S. Vila Viçosa	C. S. Ponte de Sôr
		C. S. Portalegre
		C. S. Sousel

A autorização respectiva foi obtida através de carta dirigida pela ARSA aos directores das instituições. Embora heterogénea, a amostra comunga o facto de serem

organizações da prestação de Cuidados do SNS, com recursos e populações também elas heterogéneas, nas quais são tratados doentes com diferentes DC, incluindo a que constitui objecto de estudo, sendo este o segundo critério de inclusão das unidades de estudo. Os hospitais incluídos na amostra são do sector público e os três são distritais, a selecção dos centros de saúde obedeceu ao critério de área de articulação.

3.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Em termos das técnicas para a presente investigação recorre-se à utilização do questionário, como instrumento de colheita de dados. Este possibilita atingir um grande número de casos, garante o anonimato das respostas, não expõe os inquiridos à influência do pesquisador e permite que respondam no momento que lhe seja conveniente.

O questionário a ser utilizado, no original americano é designado como "Assessment of Chronic Illness Care" (ACIC), o qual foi desenvolvido para ajudar as equipas das organizações de prestações de Cuidados a identificar as áreas de melhoria da qualidade dos cuidados para as DC e avaliar o nível e a natureza das melhorias introduzidas nos seus sistemas (Bonomi et al., 2000).

Este instrumento de colheita de dados (Anexo III) foi utilizado por Guerra (2002) no seu trabalho de investigação, tendo sido traduzido pelo mesmo, de acordo com os seguintes critérios:1) garantir a equivalência semântica (significado) conceptual (mesmo fenómeno) e normativa (convenções sociais que influência comportamentos) dos conteúdos do questionário de forma a não prejudicar a sua validade global (Guerra, 2002:71) e a quem foi pedida a devida autorização para a sua utilização.

O questionário está baseado em 6 áreas (também designadas como categorias ou partes) de mudança nos Sistemas de Saúde que integram o Modelo de Cuidados Crónicos (MCC), o qual constitui o quadro de referência conceptual que orienta a investigação.

Estruturalmente constituído por perguntas fechadas, com scores identificados numa escala ordinal com 4 níveis, com 6 áreas de conteúdo e 31 itens, com uma ordem fixa das questões e auto-administrado.

As 6 categorias de conteúdo, representam aspectos chave dos Cuidados Crónicos (no original e na tradução designadas como partes [variáveis não directamente medidas]), estão baseadas na evidência e nos princípios da Gestão da Doença e foram identificados por um painel de peritos. As variáveis directamente mensuráveis são os componentes (itens) que integram cada uma das categorias.

A versão original do questionário apresenta 28 itens que cobrem as 6 áreas do conteúdo do Modelo de Cuidados Crónicos (MCC) e que está ilustrado no Quadro 2.

Quadro 2 – *Estrutura do Questionário*

Categorias/Partes	Áreas de Conteúdo	Total de Itens
1ª	Organização dos Cuidados de Saúde	6
2ª	Ligações aos Recursos da Comunidade	3
3ª	Suporte à Auto-Gestão	4
4ª	Mecanismos de Suporte à Decisão	4
5ª	Organização do Sistema de Prestação	6
6ª	Sistemas de Informação	8

As respostas para cada item distribuem-se em 4 níveis descritivos de implementação variando numa margem de 0 a 11, em que o valor mais elevado indica que a acção descrita está plenamente desenvolvida e implementada.

Desta forma, a operacionalização das variáveis baseia-se numa escala ordinal com um score de 0 a 11, em que o nível mais baixo ou de quase ausência de Cuidados é representado pelo zero (0), (score 0-2) e o nível mais elevado, de excelência de Cuidados está representado pelo onze (11), (score 9-11).

Os quatro níveis de um continnum de Cuidados em que a escala está desdobrada estão organizados da seguinte forma: D (0-2), C (3-5), B (6-8), e A (9-11).

Para a sua utilização, Guerra (2002) obteve autorização formal junto dos autores do modelo, tendo ainda com a sua autorização efectuado alterações pontuais adaptadas aos objectivos da investigação, tendo introduzido mais três itens na última categoria do questionário, relativamente à avaliação da componente de custos, já que o original não comtemplava esta componente. Desta forma, a categoria que no questionário original se designava por "Sistemas de Informação Clínica" passou a designar-se na versão traduzida por "Sistemas de Informação" incorporando não só a componente clínica mas

também a dos custos.Refere ainda, que este questionário é um dos primeiros instrumentos abrangentes especificamente focalizado sobre a organização dos Cuidados para as DC, que atribui menos ênfase às medidas de "produtividade ou de indicadores de processo" (Guerra, 2002:71).

Na tradução do questionário este autor utilizou a técnica de tradução directa simples, no pressuposto de que a aplicação do mesmo, traduzido ao contexto dos Cuidados de Saúde portugueses mantivesse razoávelmente os critérios de fiabilidade e de validade, permitindo efectuar o diagnóstico das OPCS do SNS ao abordar as DC.

3.3. PRÉ -TESTE DO QUESTIONÁRIO

A fidelidade e validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. Segundo Fortin " é importante não ter em conta os conceitos de fidelidade e de validade unicamente no caso de novos instrumentos de medida, mas igualmente no caso de instrumentos traduzidos de uma outra língua ou utilizados em populações diferentes daquelas para as quais o instrumento foi concebido" (Fortin, 1999:225).

Dada a natureza das variáveis em estudo, observa-se o envolvimento de uma inferência entre as áreas de conteúdo não mensuráveis (as 6 categorias) que se querem avaliar e as componentes mensuráveis (itens) do questionário que se quer medir, segundo Guerra (2002) é sobre essa inferência que incide a validade.

Alguns autores referem que um inquérito tem validade de conteúdo se cobre o domínio das áreas de conteúdo do assunto em questão. De facto e tendo em conta que as áreas de conteúdo foram elaboradas por um painel de peritos em DC, os quais se basearam na evidência recolhida na literatura universal disponível, esses factos sustentam por si, a validade de conteúdo do questionário em causa (Guerra, 2002).

O autor da investigação acabou por realizar um pré-teste não extensivo dado que o questionário não era nem extenso nem complexo, tendo para tal recorrido a um serviço hospitalar de cardiologia e a um centro de saúde da área desse mesmo hospital.

Na óptica de Guerra "a familiarização com os aspectos técnicos dos conteúdos e itens das perguntas para o questionário, foi considerada uma condição para reduzir a

margem de erro na interpretação das perguntas e aumentar a validade interna do instrumento de recolha de dados" (Guerra, 2002: 75).

Todavia e considerando os aspectos técnicos das áreas de conteúdo sobre as DC, os respectivos itens e os destinatários da investigação em causa, optei por realizar um pré-teste, tendo para tal recorrido a um grupo de peritos em Nefrologia, do serviço hospitalar e a um centro de saúde da área deste mesmo hospital.

De salientar ainda, que as respostas ao questionário não suscitaram qualquer dúvida sobre as áreas de conteúdo, no preenchimento, ou registo de questões não respondidas. Não houve ainda contributos a registar no que diz respeito ao pedido de sugestões para a melhoria do questionário.

3.4. ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Após a autorização oficial da Srª Presidente da ARS Alentejo, (Anexo IV) contactei as três Sub-Regiões que constituíam a amostra, tendo em seguida optado pela entrega pessoal dos questionários a todos os Enfermeiros Chefes dessas organizações. Foi transmitida verbalmente alguma informação no que respeita ao preenchimento do questionário, embora a mesma consta-se da folha de instruções. Foram entregues entre Outubro e Dezembro de 2005, dois questionários por organização, um para o Director de serviço e outro para o Enfermeiro Chefe, num total de 94 Questionários. Com os questionários, foi ainda entregue um envelope de retorno pré-enderessado e com franquia prévia para a respectiva devolução, já que a distância não facilitava a recolha directa.

Esta técnica de sondagem por correio está indicada para populações específicas e homogéneas, sendo os níveis de resposta mais elevados nas populações cujo nível de instrução é elevado, estando igualmente indicado quando se pretende garantir a total confidencialidade (Guthier, 2003). Segundo este autor a principal desvantagem relaciona-se com a taxa de resposta, podendo oscilar entre 10 e 80% dependendo do tipo de estudo, também Marconi e Lakatos (2003) consideram que apenas 25% dos inquéritos por questionário são devolvidos.

O tempo de resposta, variou entre uma semana e três meses, apesar de alguma pressão exercida, o tempo foi mais do que era esperado tendo-se verificado não

respostas. Assim, a taxa de resposta optida foi de 56.38 %, é de salientar que nos hospitais, as respostas aos questionários foi de 100%.

3.5. PROCEDIMENTO PARA A ANÁLISE DE DADOS

Atendendo às características do estudo, cujo interesse se situa num quadro analítico- descritivo, com uma abordagem quantitativa, importa descrever os critérios que presidiram aos procedimentos estatísticos efectuados. Numa primeira etapa, procedeu-se à preparação de uma base de dados informática onde se registou a informação relativa aos 31 itens de cada um dos 53 questionários realizados. A base de dados foi construída com recurso ao SPSS (Statistical Package for Social Sciencies) versão 14.0. A adopção de uma estratégia de análise, básicamente centrada nos resultados dos questionários, implicou um conjunto de acções preliminares entre as quais a codificação das variáveis.

O início do tratamento estatístico inicia-se pela análise univariada que segundo Pestana e Gageiro (2005), atende uma abordagem estatística da distribuição de frequências e representação gráfica da distribuição, bem como a utilização das estatísticas apropriadas ao resumo dos dados. Assim e numa segunda etapa, após a análise exploratória de dados segundo as técnicas da estatística descritiva simples, recorreu-se à apresentação dos dados em tabelas de frequências. O principal objectivo desta análise exploratória é não só sumariar os dados no sentido de descobrir singularidades e alguns pormenores que os caracterizem, mas também encontrar sugestões para uma análise mais completa.

Na terceira etapa, recorreu-se à inferência estatística utilizando-se testes paramétricos como os testes t de diferença de médias e o teste Anova, este trata-se de um teste que permite a análise da variância como o próprio nome indica (*analysis of variance*), e ainda *Post-hoc* ou comparação múltipla é um teste que se efectua normalmente depois da Anova nos mostrar a existência de diferenças significativas entre variáveis, nesta investigação foi utilizado o teste *Tukey B* comparando médias e identificando grupos homogéneos.

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo reporta-se à apresentação dos resultados que provêm dos factos observados no decorrer da colheita de dados, tendo como objectivo organizar e sumariar os dados, com a possibilidade de fornecer respostas ao problema de investigação proposto. Procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados e apresentamo-los de acordo com uma sequência lógica, para que esta investigação se torne perceptível para aqueles que a ela tenham acesso.

A apresentação dos resultados é efectuada em duas etapas, uma primeira onde é feita uma breve caracterização da amostra e a análise descritiva dos dados, a segunda etapa com a análise inferencial dos mesmos.

Na análise inferencial, começa-se por considerar a base de dados total, verificando se existiam diferenças estatisticamente significativas, para cada categoria do questionário. Prossegue-se analisando descritivamente de forma sumária, que diferenças foram encontradas entre grupos. De seguida, determina-se através da aplicação de Post-Hoc ou comparação múltipla, a identificação de grupos homogéneos.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Em termos de distribuição por grupos profissionais, podemos observar na (Quadro 3) que a maior expressão percentual da amostra pertence à área de enfermagem (67,9 %) seguida da área médica com (32,1%).

Quadro 3 – *Distribuição da Amostra segundo o Grupo Profissional*

Grupo Profissional	N	%
Médico	**17**	**32,1**
Enfermeiro	**36**	**67,9**
Total	**53**	**100**

Fonte: Questionário

Das 47 Organizações de Saúde da Região Alentejo que foram englobadas no estudo, 26,4% dos inquiridos pertencem à Sub-Região de Beja, 32,1% à Sub-Região de Évora e 41,5% à Sub-Região de Portalegre, tal como podemos observar no (Quadro 4).

Quadro 4 – *Distribuição da Amostra segundo a Sub-Região*

Sub-Região	N	%
Beja	**14**	**26,4**
Évora	**17**	**32,1**
Portalegre	**22**	**41,5**
Total	**53**	**100**

Fonte: Questionário

De acordo com a análise da (Quadro 5) verifica-se que para a Sub-Região de Évora o grupo profissional dos médicos é o que apresenta menor percentagem (23,5%) seguido da Sub-Região de Beja com 29,4%. Quanto ao grupo profissional dos enfermeiros é na Sub-Região de Portalegre que se verifica a maior percentagem (38,9%) seguida da Sub-Região de Évora com 36,1% e finalmente a Sub-Região de Beja com (25,0%). De salientar que a Sub-Região de Portalegre se destaca das outras Sub-regiões, com maior percentagem quer no grupo médico (47,1%) quer no grupo de enfermagem com (38,9%) dos inquiridos.

Quadro 5 – *Distribuição da Amostra segundo a Sub-Região e o Grupo Profissional*

Grupo Profissional	Médico		Enfermeiro	
Sub-Regiões	N	%	N	%
Beja	**5**	**29,4**	**9**	**25,0**
Évora	**4**	**23,5**	**13**	**36,1**
Portalegre	**8**	**47,1**	**14**	**38,9**
Total	**17**	**100**	**36**	**100**

Fonte: Questionário

4.2. ANÁLISE DESCRITIVA DOS DADOS

4.2.1 Análise por Itens de cada Categorias do Questionário

4.2.1.1. Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde

No que diz respeito à Liderança Organizacional Global dos Cuidados para as DC (1° item da categoria), 13,2% dos inquiridos encontra-se no nível mais baixo (0 a 2) conforme se pode observar na tabela 1 (Anexo V). No nível mais elevado (9 a 11) encontra-se apenas 1,9%, enquanto que 66,1% se encontra num nível intermédio (3 a 5). Quanto aos Objectivos Hospitalares/Centros de Saúde para Cuidados Crónicos (2° item da categoria) de salientar que não se encontram resultados no nível mais elevado da escala (A), encontramos 51% dos inquiridos no nível intermédio alto (nível C), apresentando o nível mais baixo (0 a 2), 32,1% dos inquiridos (tabela 2, Anexo V).

No que se refere à Melhoria Estratégica para os Cuidados da DC (3° item da categoria), conforme se pode observar na tabela 3 (Anexo V), 88.7% dos inquiridos encontram-se em níveis intermédios (níveis C e B) com 58.5% e 30.2% respectivamente. No nível mais baixo (0 a 2) encontram-se 7,6% e apenas 3,8% no nível mais elevado (nível A).

Quanto ao (4° item da categoria), Incentivos e Normas do Hospital/Centro de Saúde para Cuidados de DC, é de salientar que 54,6% dos inquiridos se encontram no nível mais baixo da escala (0 a 2), apresentando o nível médio baixo (3 a 5) 24,4% e no nível médio alto (6 a 8) apenas 17% dos inquiridos (tabela 4, Anexo V).

No que respeita aos Gestores de Topo (5° item da categoria) pode verificar-se pela tabela 5 (Anexo V) que não se encontram valores no nível mais baixo (D) ou seja, 55,8% dos inquiridos encontram-se no nível médio baixo (C) e no nível médio alto (B) 36,5%, no nível mais elevado da escala (A) encontram-se apenas 7,6%.

Quanto aos Benefícios (6° e último item da categoria), os valores distribuem-se pelos níveis intermédios da escala (C e B) com 53,8% e 42,4% respectivamente, no nível mais elevado da escala (A) encontra-se apenas 3,8% dos inquiridos (tabela 6, Anexo V).

4.2.1.2. Ligações aos Recursos da Comunidade

No que se refere às Ligações dos doentes a Recursos Externos (1º item da categoria), de salientar que 66% dos inquiridos se situa no nível médio baixo (C) ou seja, distribuem-se entre o valor (3 e 5) da escala (tabela 7, Anexo V). Ao nível mais elevado da escala (A), situam-se apenas 9,4% com valores que não ultrapassam o nível 10.

Quanto às Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre os sectores do Sistema de Nacional de Saúde (2º item da categoria) de salientar que 50% dos inquiridos apresentam valores da escala entre (6 e 8) ou seja, situam-se no nível médio alto (B), situando-se 38,5% no nível médio baixo (C) e nível baixo da escala (D). No nível mais elevado (A), aparece 11.3% dos inquiridos (tabela 8, Anexo V).

No que diz respeito ao Impacto dos planos ou Programas de Saúde Nacionais/Regionais nas Organizações (3º item da categoria), verifica-se (tabela 9, Anexo V) que 73,6% dos inquiridos se situa nos níveis intermédios da escala (C e B) com valores entre os (3 e 8). No nível mais elevado da escala (A) aparece apenas 5,7% dos inquiridos.

4.2.1.3. Apoio à Auto-Gestão do Doente

Quanto à Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão (1º item da categoria), pode observar-se na (tabela 10, Anexo V) que 48,1% dos inquiridos se situa no nível mais baixo da escala (D), seguido do nível intermédio baixo (C) com 42,3%. De salientar que não de verificam resultados no nível mais elevado (A). No que se refere ao Apoio à Auto-Gestão (2º item da categoria), de salientar que 69,2% não ultrapassam o nível mais baixo (D) ou seja, valores na escala de (0 e 2). Os níveis intermédios (C e B) apresentam respectivamente 17,3% e 9,7% dos inquiridos. No nível mais elevado (A) apenas 3,8% (tabela 11, Anexo V).

No que diz respeito (3º item da categoria) ou seja às Preocupações com Doentes e Familiares, pode verificar-se na (tabela 12, Anexo V) que 82,8% se situam nos níveis intermédios da escala, correspondendo ao nível (C) 61,6% e ao nível (B) 21,2%. No nível mais baixo (D) 11,5% e no nível mais elevado (A) apenas 5,7% dos inquiridos.

Na tabela 13 (Anexo V), são apresentados os valores para o (4º item da categoria) o Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e Apoio dos Pares, destacam-se os níveis intermédios (C e B) com 51% e 25,5%. A 17,6% corresponde o nível mais baixo (D) e ao nível mais elevado (A) correspondem os restantes 5,9%.

4.2.1.4. Mecanismos de Suporte à Decisão

No que se refere aos mecanismos de Suporte à Decisão, (tabela 14, Anexo V), ou seja, as Normas de Orientação Baseadas na Evidência (1º item da categoria), verifica-se que 53,8% dos inquiridos se situam nos níveis intermédios baixo e alto, com 26,9% em um dos níveis (B) e (C). De salientar que 44,2% se situam com valores da escala entre (0 e 2) correspondendo ao nível (D) e que no nível mais elevado (A) aparece apenas 1,9% dos inquiridos.

Quanto ao Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários (2º item da categoria) destaca-se um elevado valor percentual (76,0%) no nível mais baixo da escala (D). Ao nível intermédio (C e B) correspondem respectivamente 14,0% e 8,0% e apenas 1,9% no nível mais elevado da escala (tabela 15, Anexo V).

No que respeita ao (3º item da categoria) ou seja, a Educação do Prestador para Cuidados de Doenças Crónicas pode verificar-se na (tabela 16, Anexo V), que o nível médio baixo (C) apresenta 54,9% dos inquiridos, e que no nível mais baixo da (D) se encontram 39,2%. De salientar que no nível médio alto (B) e no nível mais elevado (A) aparecem apenas 5,7% dos inquiridos.

Quanto à Informação dos Doentes sobre as Normas de Orientação (4º item da categoria) verifica-se que o nível médio baixo (C) apresenta 56,9% e que o nível mais baixo da escala (D) 21,6%. O nível médio alto (B) e o nível mais elevado (A) perfazem 21,5%, correspondendo a este último apenas 3,8% (tabela 17, Anexo V).

4.2.1.5. Organização do Sistema de Prestação

No que se refere ao Funcionamento e Prática da Equipa (1º item da categoria), podemos observar (tabela 18, Anexo V), que 53,7% dos inquiridos se situam nos níveis

intermédios (C e B) com 38,4% e 15,3% respectivamente. De assinalar que o nível mais baixo da escala (D) apresenta 42,3% e que o nível mais elevado (A) apresenta mais uma vez apenas 3,8%.

Na tabela 19 (Anexo V), verifica-se para a Liderança e Prática de Equipa (2º item da categoria) que, 51,2% dos inquiridos apresentam valores entre (3 e 5) correspondendo ao nível médio baixo da escala (C), seguido do nível mais baixo (D) com 28,8%. O nível médio alto (B) aparece com 17,2% e o nível mais elevado (A) com apenas 1,9% dos inquiridos.

Quanto ao Sistema de Marcação de Consultas (3º item da categoria) podemos observar (tabela 20, Anexo V), que 53,8% dos inquiridos se situam no nível médio baixo (C) e que o nível médio alto (B) apresenta 21,1%. No nível mais baixo da escala (D) aparecem 19,2% e apenas 5,8% no nível mais elevado da escala (A).

No que diz respeito ao (4º item da categoria) ou seja, ao Seguimento, observa-se (tabela 21, Anexo V), que 63,4% dos inquiridos se situam no níveis intermédios (C e B) com 48,1% e 15,3% respectivamente. Com 24,9% aparece o nível mais baixo da escala (D) e ao nível mais elevado (A) corresponde 11,5% dos inquiridos.

Quanto ás Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas (5º item da categoria) verifica-se que nos níveis intermédios (C e B) se situam 57,7% dos inquiridos, com 24,9% e 32,6% respectivamente (tabela 22, Anexo V), de salientar ainda que, quer o nível mais baixo da escala (D) quer o nível mais elevado da escala (A) apresentam igual valor, ou seja, 21,1%.

No que se refere à Continuidade dos Cuidados (6º item da categoria), destacam-se novamente os níveis intermédios (C e B) com 90,4% dos inquiridos (com valores respectivos de 55,8% e 34,6%). O nível mais baixo da escala (D) apresenta 7,7% dos inquiridos e o nível mais elevado (A) apresenta apenas 1,9% (tabela 23, Anexo V).

4.2.1.6. Sistema de Informação

No que diz respeito ao Registo (1º item da categoria) salienta-se a ausência de valores no nível mais elevado da escala (A). O nível médio baixo (C) apresenta o maior valor percentual 61,6%, seguido do nível mais baixo da escala (D) com 36,6%. O nível médio alto (B) apresenta apenas 1,9% (tabela 24, Anexo V).

Quanto ao (2º item da categoria) ou seja, os Sinais de Lembrança para os Prestadores, de realçar que o nível mais baixo da escala (D) apresenta 52,9% dos inquiridos (tabela 25, Anexo V). O nível médio baixo (C) com 39,2% e com igual valor (3,8%) estão o nível médio alto (B) e o nível mais elevado da escala (A).

Na tabela 26 (Anexo V) verifica-se que na Informação de Retorno (3º item da categoria), o nível mais elevado da escala (A) não apresenta valores. O nível mais baixo da a escala (D) apresenta 49% dos inquiridos e os níveis intermédios (C e B) apresentam 37,2% e 13,8% respectivamente.

No que se refere à Informação sobre Subgrupos Relevantes de Doentes a necessitar dos Serviços (4º item da categoria) novamente se verifica a ausência de valores no nível mais elevado (A). O nível mais baixo da escala (D) apresenta o maior valor percentual, ou seja, 42,0%, apresentando o nível médio baixo (C) 38,0% e o nível médio alto (B) 20,0% dos inquiridos (tabela 27, Anexo V).

Quanto aos Planos de Tratamento dos Doentes (5º item da categoria) verifica-se que se destaca o nível médio baixo (C) com 60,3% dos inquiridos (tabela 28, Anexo V). O nível mais baixo da escala (D) apresenta 22%, seguido do nível médio alto com 10% e com apenas 4% o nível mais elevado da escala (A).

Ao nível da Informação de Custos (6º item da categoria) de salientar que 76;5% dos inquiridos se situam no nível mais baixo da escala correspondendo ao nível D. Os níveis intermédios (C e B) apresentam 21,6% e 2,0% respectivamente. Verifica-se ainda a ausência de valores no nível mais elevado da escala (tabela 29, Anexo V).

Quanto ao (7º item da categoria) ou seja, se Gestão de Dados Fornece Informação sobre Padrões de Prática Individual/ Melhores Práticas, verifica-se novamente que o maior valor percentual se situa no nível mais baixo da escala (D) com 68,0% (tabela 30, Anexo V). O nível médio baixo (C) com 22,0% e o nível médio alto (B) com apenas 10,0% dos inquiridos. De salientar que mais uma vez não se verificam valores no nível mais elevado da escala (A).

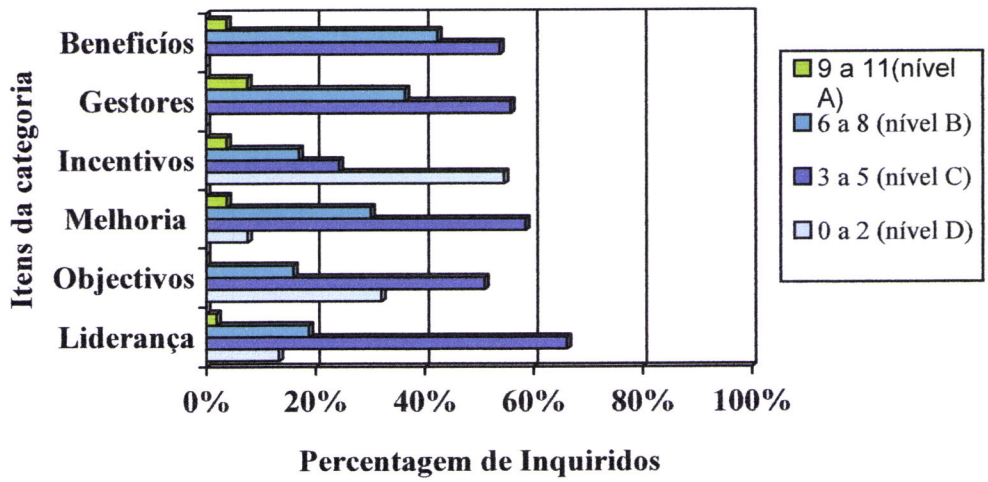
No que diz respeito à Informação sobre os Resultados Económicos Identifica Eventos como: Consultas, Internamentos (8º item da categoria) verifica-se que 52,0% dos inquiridos se situam no nível mais baixo da escala (D). Os níveis intermédios (C e B) apresentam igual valor, ou seja, 22,0% enquanto que o nível mais elevado da escala (A) apresenta apenas 4% dos inquiridos (tabela 31, Anexo V).

4.3. UMA BREVE SÍNTESE SOBRE A ANALISE DESCRITIVA

Da análise descritiva às 6 categorias do questionário verifica-se:

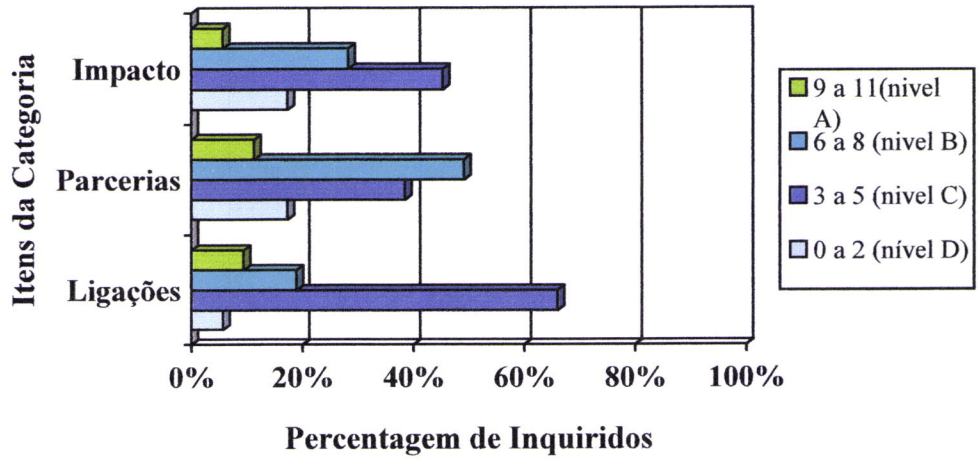
- No que diz respeito à 1ª categoria ou seja à Organização do Sistema de Cuidados de Saúde (Gráfico1), os valores da maioria dos itens situa-se entre (3-5) correspondente ao nível C. De salientar a ausência de valores no nível mais baixo da escala (D) nos itens relativos aos Gestores de Topo e aos Benefícios. Verifica-se ainda a ausência de valores no nível mais elevado da escala (A), para o item Objectivos Hospitalares/Centro de Saúde para Cuidados Crónicos, em que os valores não ultrapassaram os (8).

***Gráfico 1* - Organização do Sistema de Cuidados de Saúde**



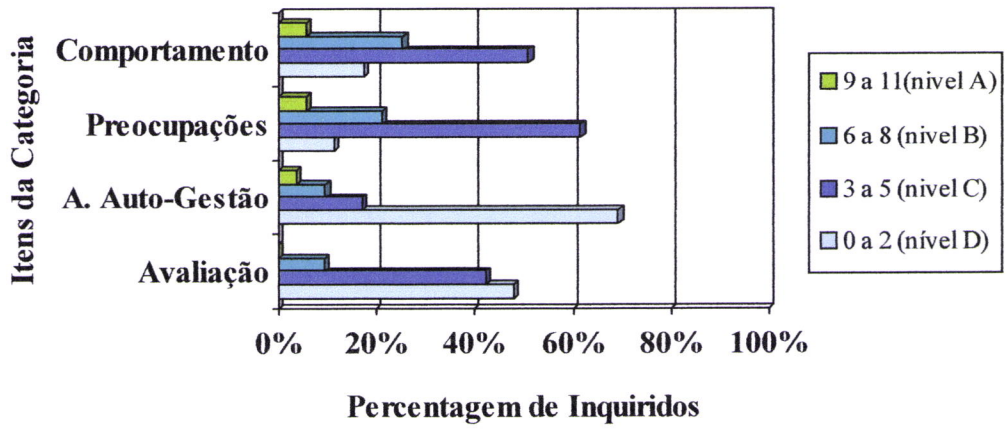
- No que diz respeito à 2ª categoria, as Ligações aos Recursos da Comunidade ou seja, a interacção e coordenação entre os três níveis do sistema prestação de cuidados/ prática de prestadores e recursos existentes na comunidade (Gráfico 2), o valor da maioria voltou a situar-se no nível (C) com valores entre (3-5) à excepção do 2º item (Parcerias entre as Organizações Comunitárias) que se encontram entre valores (6 e 8) o que corresponde ao nível (B).

Gráfico 2 – **Ligações aos Recursos da Comunidade**



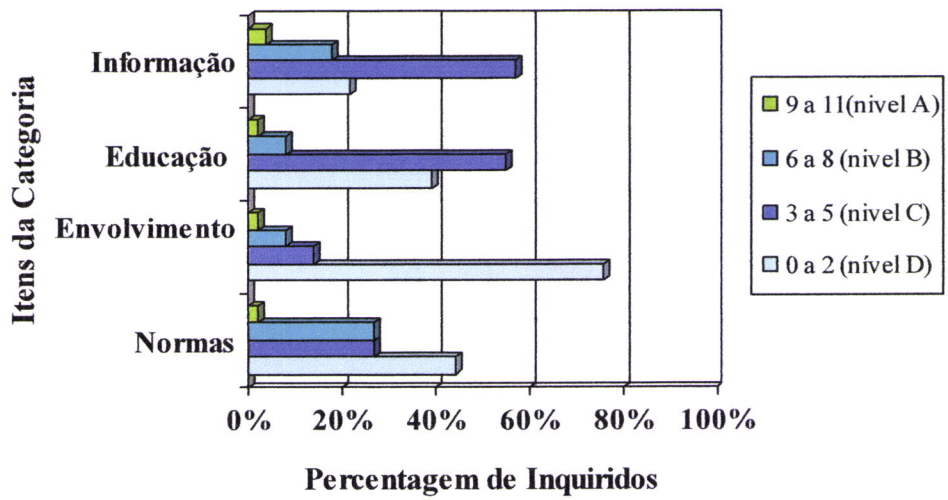
- No que diz respeito à 3ª categoria, ou seja, o Apoio à Auto-Gestão do Doente (Gráfico 3), de salientar que no 1º item, os valores não ultrapassam o (7) na escala de 0 a 11, ou seja não existem valores no nível mais alto da escala (A). De salientar ainda, que o 2º item (Apoio à Auto-Gestão) a maior percentagem situa-se entre (0 e 2) ou seja no nível mais baixo da escala (D), tal como o 1º item da categoria. Nos restantes dois itens da categoria, a maioria da percentagem situa-se entre os valores (3 - 5) o que corresponde ao nível (C) da escala.

Gráfico 3 – **Apoio À Auto -Gestão**



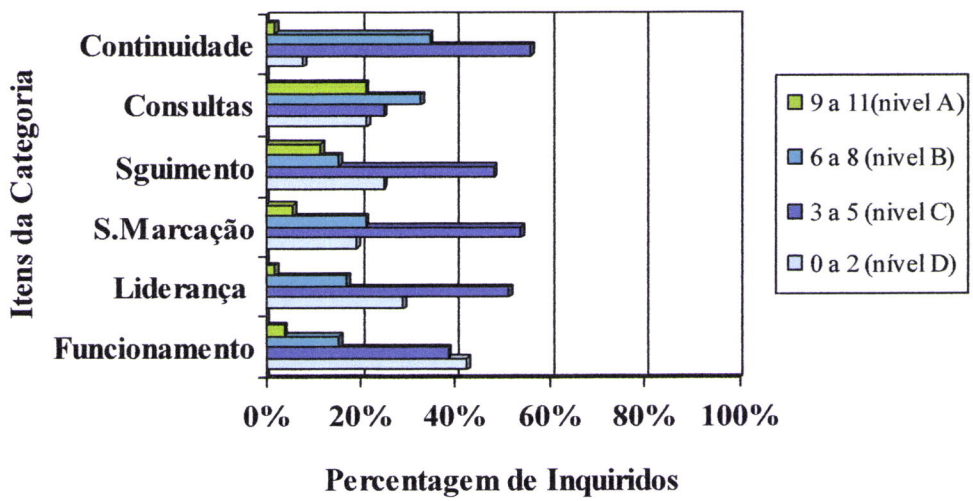
- No que diz respeito à 4ª categoria, ou seja, os Mecanismos de Suporte à Decisão (Gráfico 4), os itens da Norma de Orientação Baseados na Evidência e do Envolvimento de Especialistas na melhoria dos Cuidados Primários obtiveram a maior percentagem de inquiridos correspondendo ao nível (D), associado a valores entre (0 - 2). Nos outros itens da categoria mais de 50% dos inquiridos situou-se no nível médio baixo (C) com valores entre (3 - 5).

***Gráfico 4* – Mecanismos de Suporte à Decisão**



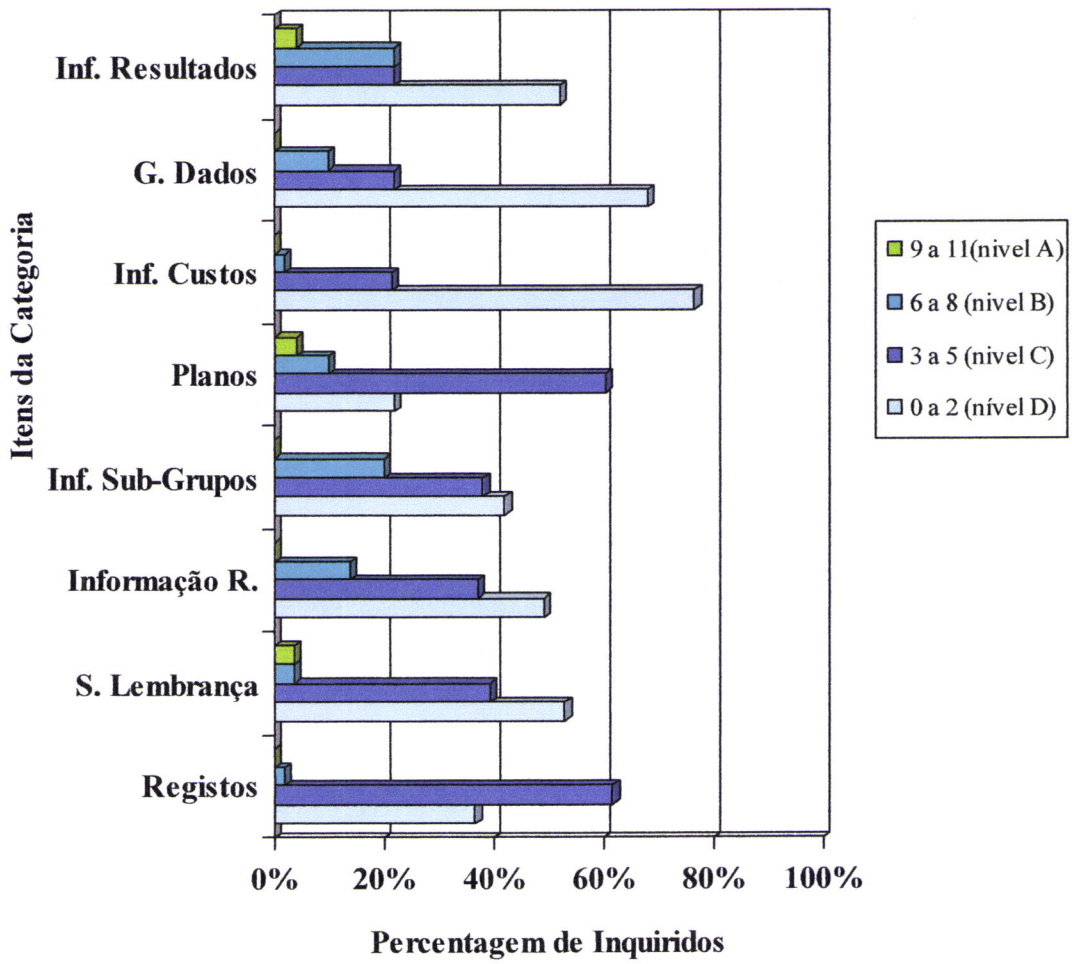
- No que diz respeito à 5ª categoria, ou seja à Organização do Sistema de Prestação (Gráfico 5), em todos os itens da categoria os níveis intermédios da escala, contemplam mais de 50% dos inquiridos correspondendo a valores entre (3-5) e (6-8). O nível mais baixo, da escala (D) igualou em valores percentuais o nível mais elevado da escala (A) no 5º item da categoria.

***Gráfico 5* – Organização do Sistema de Prestação**



- No que diz respeito à 6ª e última categoria, Sistemas de Informação (Gráfico 6) ou seja, a informação útil em tempo oportuno acerca de doentes individuais e de populações de doentes com doenças crónicas, salienta-se a ausência de valores atribuídos ao nível mais elevado da escala (A) relativamente aos Registos, à Informação de Retorno, à Informação sobre Sub-Grupos Relevantes de Doentes a Necessitar dos Serviços, à Informação de Custos e à Gestão de Dados. Ao nível da Informação dos Custos (itens 6, 7 e 8) verifica-se que mais de 50% dos inquiridos se situa no nível mais baixo da escala (D) com valores entre (0 - 2). O Sistema de Informação ao nível da análise de custos na escala de (0 – 11), não ultrapassa 6, o que corresponde ao nível (B) da escala.

***Gráfico 6* – Sistema de Informação**



4.4. A ANÁLISE INFERENCIAL

Com vista a analisar se as diferenças observadas são estatísticamente significativas, aplicaram-se testes de diferenças de médias. De seguida, utilizando o teste de Levene para a igualdade de variância, verificou-se o pressuposto de homogeneidade das variâncias. Admitimos, como hipótese nula que não existem diferenças significativas entre as médias dos dois grupos, a um nível de significância de 5%. Como se pode observar no (Quadro 6), os resultados obtidos sugerem que as posições expressas pelos dois grupos (médicos e enfermeiros) em relação aos itens: Apoio à Auto-Gestão, Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados, no Funcionamento e Prática de Equipa e ainda no Seguimento, violam o princípio de homogeneidade de variância, Levene' s Test for Equality of Variances: (F = 4,092; p = 0,048); (F = 7,009; p = 0,011); (F = 6,27; p = 0,016); (F = 4,438; p = 0,040).

Quadro 6 - *Resultado do Teste t para Comparação de Valores Médios dos Itens das 6 Categorias*

		Leven's Test for Equality of Variances		T – Test for Equality of Means						
		F	Sig	t	df	Sig 2-tailed	Mean Differ	Std. Erro Differ	95% Confidence Lower	95% Confidence Upper
Apoio à Auto-Gestão	Equal Variences assumed	4,092	**,048**	,884	50	,381	,556	,628	-,706	1,818
	Equal Variences not assumed			,775	21,931	**,447**	,556	,717	-,932	2,043
Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários	Equal Variences assumed	7,009	**,011**	1,408	48	,166	,829	,589	-,355	2,012
	Equal Variences not assumed			1,144	18,141	**,268**	,829	,724	-,692	2,350
Funcionamento e prática de equipa	Equal Variences assumed	6,272	**,016**	2,585	50	,013	2,604	1,008	,581	4,628
	Equal Variences not assumed			1,895	16,830	**,075**	2,604	1,374	-,297	5,505
Seguimento	Equal Variences assumed	4,438	**,040**	2,556	50	,014	3,417	1,337	,731	6,102
	Equal Variences not assumed			1,830	16,364	**,086**	3,417	1,867	-,535	7,368

Fonte: Questionário

Pelo contrário, em relação a todos os outros itens das seis categorias do questionário existe uma adequada homogeneidade de variância, no seio dos dois grupos. Já que na categoria Organização do Sistema de Cuidados de Saúde, em relação à Liderança Organizacional Global dos Cuidados para doenças de Crónicas; Objectivos Hospitalares /Centro de Saúde para Cuidados Crónicos; Melhoria Estratégica para Cuidados de Doença; Incentivos e Normas do Hospital / Centro de Saúde para Cuidados Crónicos, Gestores de Topo e Benefícios, para o teste de Levene o p-value é respectivamente: ($p = 0,479$; $p = 0,787$; $p = 0,777$; $p = 0,675$; $p = 0,289$; $p = 0,493$) um valor superior 0,05 logo não se rejeita a hipótese nula de igualdade das variâncias.

Quanto à categoria Ligações à Comunidade no que diz respeito às Ligações dos doentes a Recursos Externos; Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre os sectores do Sistema Nacional de Saúde e o Impacto dos planos ou Programas Nacionais/Regionais nas Organizações, para o teste de Levene o p-value é respectivamente: ($p = 0,904$; $p = 0,932$; $p = 0,193$), superior 0,05, logo não se rejeita a hipótese nula de igualdade das variâncias.

Na categoria apoio à Auto-Gestão, em relação á Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão; Preocupações com Doentes e Familiares e Comportamento Efectivo para a Intervenções de Mudança e de Apoio dos Pares, para o teste de Levene o p-value é respectivamente: ($p = 0,58$; $p = 0,910$; $p = 0,128$) um valor superior 0,05, mais uma vez não se rejeita a hipótese nula de igualdade das variâncias.
No que respeita a categoria de Suporte à Decisão, em relação às Normas de Orientação Baseadas na Evidência; Educação do Prestador para Cuidados de Doença s Crónicas e a Informação dos Doentes sobre as Normas de Orientação, para o teste de Levene o p-value é respectivamente: ($p = 0,328$; $p = 0,998$; $p = 0,769$; $p = 0,769$) um valor superior 0,05, pelo que não se rejeita a hipótese nula de igualdade das variâncias.

No que se refere à categoria Organização do Sistema de Prestação, em relação à Liderança e Prática de Equipa; Sistema de Marcação de Consultas; Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas e Continuidade dos Cuidados, para o teste de Levene o p-value é respectivamente: ($p = 0,294$; $p = 0,832$; $p = 0,318$; $p = 0,525$), superior a 0,05, logo não se rejeita a hipótese nula de igualdade das variâncias.

Quanto à última categoria do questionário ou seja Sistemas de Informação, em relação ao Registo (listas de doentes com doenças crónicas específicas); Sinais de Lembrança para aos prestadores; Informação de Retorno; Informação sobre Sub-grupos

Relevantes de Doentes a Necessitar dos Serviços; Planos de Tratamentos dos Doentes; Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao Doente; A Gestão de Dados Fornece Informação sobre Padrões de Prática Individual/Melhores Práticas; Informação sobre os resultados Económicos Identifica Eventos como: Consultas, Internamentos, Demoras Médias, Recursos ao Serviço de Urgência, para o teste de Levene o p-value é respectivamente: (p = 0,609; p = 0,940; p = 0,296; p = 0,756; p = 0,384; p = 0,283; 0,918; p = 0,398), um valor superior a 0,05, pelo que, não se rejeita a hipótese nula de igualdade das variâncias. Para todas as situações não se verifica a presença de diferenças significativas entre os dois grupos, a diferença apenas é significativa na categoria Organização do Sistema de Prestação no item " Sistemas de Marcação de Consultas".

No quadro 7, podemos observar o resultado, com um t - value (3,567); df (50); 2 Tail Sig (0,001); CI for Diff (3,170; 3206), pelo que se rejeita a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa. Para os restantes itens rejeitam-se todas as hipóteses alternativas em prol das hipóteses nulas (p> 0,05). Desta decisão, conclui-se que parece não existir diferença significativa, entre médicos e enfermeiros no que respeita aos valores médios nos itens das 6 categorias do questionário.

Quadro 7 – *Resultado do Teste t para Comparação de Valores Médios do Sistema de Marcação de Consultas, para Médicos e Enfermeiros*

		Leven's Test for Equality of Variances		T – Test for Equality of Means						
		F	Sig	t	df	Sig 2-tailed	Mean Differ	Std. Error Differ	95% Confidence Lower	95% Confidence Upper
Sistema de Marcação de Consultas	Equal Variences assumed	,045	**,832**	3,567	50	**,001**	2,028			
	Equal Variences not assumed			3,525	28,068	**,001**	2,028			

Fonte: Questionário

Ao pretendemos comparar valores médios de mais de duas populações não é adequado usar repetidas vezes o teste t para amostras independentes e fazer sucessivas comparações dos valores médios dois a dois. O mais adequado é testar simultaneamente a igualdade de todos os valores médios. O método de análise de variância simples, não é

mais do que a generalização a mais de duas populações do teste t para a comparação de valores médios em amostras independente. Cconhecido como o teste ANOVA com um factor (ANOVA one-way), este é um método paramétrico que deve ser aplicado depois de se verificar as seguintes condições de aplicabilidade a) as amostras são provenientes de populações com distribuição normal; b) a homogeneidade das variâncias populacionais.

Admitimos como hipótese nula que não existem diferenças significativas nas médias de respostas entre os diferentes distritos, a um nível de significância de 5%.

Através da análise de variância, verifica-se que não existe diferença significativa entre os mesmos no seio dos diferentes grupos de inquiridos, excepto em relação aos itens correspondentes aos Incentivos e Normas do Hospital/Centro de Saúde para Cuidados de Doenças Crónicas; Ligações dos doentes a Recursos Externos; Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e de Apoio dos Pares; Liderança e Prática de Equipa; Sistema de Marcação de Consultas e Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas (Quadro 8)

Quadro 8 - *Resultados do Teste Anova para Comparação de Valores Médios nos Itens*

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Incentivos e normas do Hospital/Centro de Saúde para Cuidados de Doenças Crónicas	Between Group	53,284	2	26,642	4,633	0,014
	Within Groups	287,508	50	5,750		
	Total	340,792	52			
Ligações dos Doentes Recursos Externos	Between Group	41,819	2	20,909	5,253	0,008
	Within Groups	199,011	50	3,980		
	Total	240,830	52			
Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e de Apoio dos pares	Between Group	70,172	2	35,086	8,372	0,001
	Within Groups	201,161	48	4,191		
	Total	271,333	50			
Liderança e Prática de Equipa	Between Group	31,319	2	15,659	4,391	0,018
	Within Groups	174,739	49	3,566		
	Total	206,058	51			
Sistema de Marcação de Consulta	Between Group	26,280	2	13,140	3,248	0,047
	Within Groups	198,239	49	4,046		
	Total	2224,519	51			
Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas	Between Group	51,392	2	25,696	3,428	0,040
	Within Groups	367,300	49	7,496		
	Total	418,692	51			

Fonte: Questionário

Ao rejeitarmos a hipótese nula no teste de análise de variância, conclui-se que existe diferença significativa entre os valores médios de pelo menos, duas populações. Face a esta situação vamos realizar um teste de comparação múltipla (post hoc) para determinar quais os grupos que tem valores médios distintos. Utilizando o teste Tukey B[a] fomos comparar médias e identificar grupos homogéneos, neste caso o grupo de distritos.

Da leitura dos resultados, verificamos no que diz respeito ao item Incentivos e Normas do Hospital/Centro de Saúde para Cuidados de Doenças Crónicas, que existe diferença significativa entre Beja e Évora, sendo Portalegre equidistante (p α = 0,05). A média de Évora é significativamente maior do que Beja (Quadro 9).

Quadro 9 - *Incentivos e Normas do Hospital/Centro de Saúde para Cuidados de Doenças Crónicas*

Sub-Regiões	**N**	**Subset for alpha = .05**	
		1	**2**
Beja	14	2,00	
Portalegre	22	2,82	2,82
Évora	17		4,53

Fonte: Questionário

Nota: Tukey B[a]

Quanto ao item, Ligações dos doentes a Recursos Externos, existe diferença significativa entre Beja e Évora e entre Beja e Portalegre. Portalegre e Évora formam um grupo homogéneo o que se distingue de Beja por terem médias mais elevadas (Quadro 10).

Quadro 10 – *Ligações dos Doentes a Recursos Externos*

Sub-Regiões	**N**	**Subset for alpha = .05**	
		1	**2**
Beja	14	3,57	
Portalegre	22		5,09
Évora	17		5,88

Fonte: Questionário

Nota: Tukey B[a]

Relativamente ao item, Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e de Apoio dos Pares, verifica-se diferença significativa entre Beja e Évora e Beja e Portalegre. Portalegre e Évora formam um grupo homogéneo o que se distingue de Beja por terem médias mais elevadas (Quadro 11).

Quadro 11 – *Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e de Apoio dos Pares*

Sub-Regiões	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Beja	13	2,69	
Portalegre	16		5,06
Évora	22		5,55

Fonte: Questionário

Nota: Tukey B[a]

Quanto ao item Liderança e Prática de Equipa, existe diferença significativa entre Beja e Évora e Beja e Portalegre. Portalegre e Évora formam mais uma vez um grupo homogéneo o que se distingue de Beja por terem médias mais elevadas (Quadro12).

Quadro 12 – *Liderança e Prática de Equipa*

Sub-Regiões	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Beja	13	2,54	
Portalegre	22		4,18
Évora	17		4,47

Fonte: Questionário

Nota: Tukey B[a]

Relativamente ao item Sistema de Marcação de Consultas, verifica-se diferença significativa entre Beja e Évora, sendo Portalegre equidistante (p α = 0,05). A média de Évora é significativamente maior do que Beja (Quadro 13).

Quadro 13 – *Sistema de Marcação de Consultas*

Sub-Regiões	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Beja	13	3,54	
Portalegre	17	4,47	4,47
Évora	22		5,32

Fonte: Questionário

Nota: Tukey B[a]

No item Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas, existe diferença significativa entre Beja e Évora e Beja e Portalegre, sendo Portalegre equidistante (p α = 0,05). A média de Évora é significativamente maior do que Beja (Quadro 14)

Quadro 14 – *Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças*

Sub-Regiões	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Beja	13	3,92	
Portalegre	17	5,76	5,76
Évora	22		6,41

Fonte: Questionário

Nota: Tukey B[a]

5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados alcançados evidenciam de alguma forma a caracterização do estado actual das práticas organizacionais dirigidas aos Insuficientes Renais Crónicos no âmbito do SNS na Região Alentejo.Tendo o Modelo de Cuidados Crónico, inspirado na teoria da gestão da doença, servido de referência conceptual para a orientação desta investigação. Decorrente do referido modelo, foi aplicado um questionário de avaliação de cuidados, baseado na evidência e nos princípios da teoria da gestão, sobre as áreas e componentes da estrutura e dos processos organizacionais que são consideradas efectivas no âmbito dos cuidados crónicos.

E embora, na presente investigação tenha utilizado o Modelo de Cuidados Crónicos e o questionário pré-existente como recolha de dados, este estudo afastou-se quer do estudo original desenvolvido num contexto de melhoria da qualidade dos cuidados crónicos nas organizações estudadas e que foi desenvolvido em duas fases, uma inícial que consistiu na avaliação dessas organizações e uma segunda fase com formação direccionada às lacunas detectadas no âmbito dos cuidados crónicos, quer da investigação desenvolvida por Guerra (2002), que tendo como referência conceptual o mesmo modelo e o mesmo objectivo primário, contemplou no seu estudo três doenças crónicas em simultâneo (a Asma, a Diabetes e a Insuficiência Cardíaca Crónica).

Face ao contexto profissional e às considerações resultantes da revisão da literatura, convém relembrar não só, que a problemática em estudo nos remete na procura de identificar se as organizações estudadas estão a abordar a IRC, segundo práticas baseadas na evidência cientifica e na legis artis (GD), com vista não só à aplicação de intervenções mais custo-efectivas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao IRC, reduzindo implícitamente o peso desta doença no SNS, mas também para uma resposta à questão:

"Quais são os padrões de funcionamento que estão subjacentes à gestão das práticas organizacionais, ao nível da estrutura e do processo, nas diferentes Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde e se os mesmos concorrem para dar resposta às necessidades especificas dos Insuficientes Renais Crónicos?"

Como se verificou no capitulo da apresentação dos resultados, recorreu-se à inferência estatística utilizando-se testes paramétricos como os testes t de diferença de médias e o teste Anova e ainda *Post-hoc* ou comparação múltipla é um teste que se efectua normalmente depois da Anova nos mostrar a existência de diferenças significativas entre variáveis, nesta investigação foi utilizado o teste *Tukey B* comparando médias e identificando grupos homogéneos.

Para a confirmação/não confirmação da hipótese em estudo, optou-se pela definição de pressupostos baseados nos seguintes critérios:

1. Considerar como critério de resposta positiva, os cuidados crónicos para os níveis A (score 9 a 11) e B (score 6 a 8) e como resposta não positiva para os níveis C (score 3 a 5) e D (score 0 a 2);
2. Considerar o nível da escala obtido por cada item de cada categoria em separado;
3. Considerar o nível obtido da escala para resultados, de valor igual ou superior a 50%.

Desta forma, como podemos observar através do Quadro 15, o nível obtido para a Organização do Sistema de Cuidados de Saúde é idêntico para todos os itens à excepção do item Incentivos e Normas do Hospital/C Saúde para Cuidados de Doenças Crónicas, contudo, também este evidencia uma resposta não positiva, pelo que os resultados confirmam a hipótese para esta categoria. Este facto parece ficar a dever-se: a uma Liderança Organizacional reflectida nas declarações de visão e nos planos de actividade, contudo não existindo recursos e não sendo responsabilizado pessoal específico; à existência de objectivos que não sendo cumpridos activamente nem revistos por rotina, também não fazem parte dos planos de melhoria estratégica destas organizações, utilizando abordagens ad hoc para problemas alvo à medida que surgem; em que os incentivos e as normas para os cuidados à doença crónica, não existem ou não são utilizados para motivar os prestadores a apoiar os objectivos dos cuidados ao doente; já que para aos gestores de topo as melhorias para os cuidados de doenças crónicas não constituem uma prioridade; nem os benefícios encorajam nem desencorajam a auto gestão do doente ou mudanças no sistema.

Quadro 15 – *Síntese do Nível da Escala Obtido por cada Item da Categoria Organização do Sistema de Cuidados de Saúde*

CATEGORIAS	ITENS	NÍVEL OBTIDO	SCORE
Organização do Sistema de Cuidados de Saúde	Liderança Organizacional global dos Cuidados para as doenças crónicas	C	(3 – 5)
	Objectivos Hosp/ Centro de saúde para cuidados crónicos	C	(3 – 5)
	Melhoria Estratégica para Cuidados de doença crónica	C	(3 – 5)
	Incentivos e Normas do Hospital/C. Saúde Para Cuidados de Doenças Crónicas	D	(0 - 2)
	Gestores de Topo	C	(3 – 5)
	Benefícios	C	(3 – 5)

Fonte: Questionário
Nota: tabelas 1, 2, 3,4, 5 e 6

Em suma, no quadro das organizações de prestação de cuidados de saúde que integram o SNS, estes resultados sugerem que por um lado a organização da prestação de serviços parece não gerir com efectividade a doença crónica e que por outro a gestão da estrutura e dos processos actuais dos cuidados, não estão orientados positivamente para a satisfação das necessidades do Insuficiente Renal Crónico nos seus diferentes contextos.

Quadro 16 - *Síntese do Nível da Escala obtido por cada Item da Categoria Ligações aos Recursos da Comunidade*

CATEGORIAS	ITENS	NÍVEL OBTIDO	SCORE
Ligações aos Recursos da Comunidade	Ligações dos doentes a Recursos externos	C	(3 - 5)
	Parcerias entre organizações comunitárias e sectores do SNS	*B	(6 - 8)
	Impacto dos Planos ou programas Saúde Nacionais/Regionais nas Organizações	C	(3 - 5)

Fonte: Questionário
Nota: tabelas 7, 8, e 9

Como se pode observar no Quadro16, a leitura conjunta dos níveis de concordância (score 3 - 5), apenas para os itens Ligações dos doentes a Recursos externos estando limitada a uma lista de recursos comunitários identificados num formato acessível e no Impacto dos Planos ou Programas de Saúde Nacionais/Regionais em que foi considerado algum grau de coordenação de normas de orientação, medidas ou recursos de cuidados na prática, mas não foi reconhecida a implementação de mudanças. Porém, para o item Parcerias entre as organizações comunitárias e os sectores do SNS, verificamos pelo nível obtido B (score 6 - 8), que evidencia uma resposta positiva, já que os inquiridos consideram que estas parcerias estão formadas e visam desenvolver um apoio a programas e políticas.

Segundo os resultados da análise aos scores obtidos, denota-se essencialmente a presença de uma diferença significativa ao nível do item (Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre os Sectores do SNS), contudo a opinião expressa pelos diferentes inquiridos é semelhante, pelo que os resultados confirmam a hipótese para esta categoria.

Com efeito, apesar da presença de opiniões favoráveis à existência de parcerias entre as organizações comunitárias e os sectores do SNS, não existe uma opinião positiva no que se refere, à ligação dos doentes a recursos externos nem no que diz respeito ao impacto dos planos ou programas de Saúde Nacionais/Regionais, tal facto

parece evidenciar um fraco nível de articulação e coordenação entre as várias instituições. Nesta lógica, poder-se-à deduzir que as OPCS não estarão a responder de forma positiva às necessidades destes doentes, essencialmente no que diz respeito à continuidade dos cuidados nos diferentes contextos. Nesta perspectiva, denota-se assim, que o SNS se comporta como um sistema fragmentado na prestação de Cuidados Crónicos.

Da leitura do Quadro 17, podemos verificar que apesar de os inquiridos não se situarem no mesmo nível obtido para todos os itens da categoria, os resultados evidenciam uma resposta não positiva D (Score 0 - 2) e C (Score 3 - 5) para todos os itens, pelo que mais uma vez se confirma a hipótese relativamente a esta categoria.

Podemos ainda extrair da leitura deste quadro, a noção de um peso relativo das concordâncias conjuntas, revelando que os diferentes inquiridos consideram, que não são efectuadas a avaliação e documentação de actividades e necessidades de Auto-Gestão, e que o apoio à Auto-Gestão está apenas limitado à distribuição de panfletos e brochuras como informação.

Quadro 17 - *Síntese do Nível da Escala obtido por cada item da Categoria Apoio à Auto-Gestão do doente*

CATEGORIAS	ITENS	NÍVEL OBTIDO	SCORE
Apoio à Auto-Gestão do Doente	Avaliação e Doc. de actividades e necessidades de Auto-gestão	D	(0 - 2)
	Apoio à Auto-Gestão	D	(0 - 2)
	Preocupações com Doentes e Familiares	C	(3 - 5)
	Comportamento Efectivo p/Intervenção de Mudança e de Apoio dos Pares	C	(3 - 5)

Fonte: Questionário
Nota: tabelas 10, 11, 12 e 13

Quanto à preocupação com os doentes e familiares os inquiridos revelam ainda que estas se verificam apenas para doentes e famílias específicas por referenciação e que o comportamento efectivo para intervenções de mudança e de apoio dos pares, não está prontamente disponível e não faz parte integrante da rotina de cuidados, estando mais uma vez limitado à distribuição de panfletos brochuras ou outra informação escrita. O apoio efectivo à auto-gestão pode e deve ajudar os doentes e as famílias a enfrentar os desafios do que é viver com uma doença crónica, contribuindo desta forma para reduzir os sintomas e as complicações, porém os resultados evidenciam que os nossos doentes crónicos ou seja, com IRC não beneficiam ainda de apoios efectivos à auto-gestão da sua doença. Com efeito, a auto-gestão da doença é sem dúvida uma importante componente dos cuidados crónicos, mantendo-se ainda num nível baixo de desenvolvimento, representando assim uma das áreas mais carenciadas dos cuidados de longo-prazo para doentes crónicos.

Quadro 18 - *Síntese do Nível da Escala Obtido por cada Item da Categoria Mecanismos de Suporte à Decisão*

CATEGORIAS	ITENS	NÍVEL OBTIDO	SCORE
Mecanismos de suporte à Decisão	Normas baseadas na evidência	D	(0 - 2)
	Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários	D	(0 - 2)
	Educação do Prestador para Cuidados de doenças Crónicas	C	(3 - 5)
	Informação do doente sobre as Normas de Orientação	C	(3 - 5)

Fonte: Questionário
Nota: tabelas 14, 15, 16 e 17

Como se observa no Quadro 18, o nível (D) obtido para os dois primeiros itens diferenciam-se do nível (C) obtido para os dois itens seguintes, contudo apesar de se

denotar a presença de uma diferença de opiniões expressas pelos diferentes inquiridos, todas elas revelam uma resposta não positiva, pelo que os resultados confirmam a hipótese formulada. Da leitura conjunta dos níveis de concordância para o (Score 0-2) permite identificar que os inquiridos manifestam uma opinião de que normas de orientação baseadas na evidencia não estão disponíveis e que o envolvimento de especialistas na melhoria dos Cuidados Primários se processa primáriamente através da referenciação tradicional. Podemos ainda extrair da leitura do quadro, no que diz respeito à concordância manifestada no (Score 3-5), os inquiridos revelam que a educação do prestador para os cuidados de doenças crónicas é fornecida sistematicamente através de métodos tradicionais e que a informação dos doentes sobre as normas de orientação apenas acontece se for a pedido. Este facto, evidencia não só que, as decisões para tratar doentes crónicos não são com base no acesso à informação baseada na evidência, bem como não estão optimizados os benefícios da aplicação dos resultados das melhores práticas relacionadas com os cuidados crónicos.

Em suma, a aplicação de guidelines e protocolos baseados na melhor evidência científica parecem não estar a beneficiar os cuidados crónicos, com repercussões no nível de desempenho das organizações.

Quadro 19 - *Síntese do Nível da Escala Obtido por cada Item da Categoria Organização do Sistema de Prestação*

CATEGORIAS	ITENS	NÍVEL OBTIDO	SCORE
Organização do Sistema de Prestação	Funcionamento e Prática de Equipa	D	(0 - 2)
	Liderança e Prática de Equipa	C	(3 - 5)
	Sistema de Marcação de Consultas	C	(3 - 5)
	Seguimento	C	(3 - 5)
	Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas	C	(3 - 5)
	Continuidade de Cuidados	C	(3 - 5)

Fonte: Questionário. (Nota: tabelas 18, 19, 20, 21, 22 e 23)

Como se pode ver no Quadro 19, o nível obtido é idêntico para todos os itens da categoria, à excepção do primeiro item (funcionamento e prática de equipa). Apesar de existir mais uma vez, a presença de uma diferença entre as opiniões expressas pelos diferentes inquiridos relativamente aos itens, existe uma concordância no que diz respeito à resposta não positiva para os níveis D (score 0-2) e C (score 3- 5), pelo que novamente está confirmada a hipótese para esta categoria.

A evidência sugere que a gestão efectiva das doenças crónicas envolve mais do que o simples acrescentar de intervenções adicionais a um sistema focalizado para cuidados agudos. Porém, segundo os resultados, os inquiridos revelaram que não se verifica um funcionamento e uma prática de equipa, e que a liderança e a prática de equipa é assumida pela organização para actuar em situações específicas.

Por outro lado o sistema de marcação de consultas assegura apenas o seguimento programado de doentes crónicos o que não inclui uma organização dos cuidados que facilite a observação do doente por prestadores múltiplos, o seguimento por sua vez é programado pela prática concordante com as normas de orientação, quanto às consultas planeadas para cuidados de doenças crónicas são usadas ocasionalmente para doentes complicados. Quanto à continuidade de cuidados os inquiridos consideraram que esta depende da comunicação escrita entre os prestadores dos cuidados primários e os especialistas, ou prestadores de outros sectores do SNS.

Com efeito, as necessárias mudanças nas práticas organizacionais que tenham impacto na provisão dos cuidados parecem não se verificar nas organizações estudadas, estando as mesmas ainda vinculadas a um modelo biomédico, que é por todos reconhecido como inadequado para responder às expectativas e às necessidades dos doentes com doença crónica. Neste contexto, podemos deduzir que a introdução da Gestão da Doença no SNS não encontra actualmente um terreno favorável à sua implementação, essencialmente no que diz respeito à estrutura, aos processos e às práticas das organizações de prestação de cuidados.

Como se observa no Quadro 20, o nível (D) é obtido para a maioria dos itens diferenciando-se do nível (C) obtido para o item (Registo) e para o item (Planos de Tratamento dos Doentes), contudo apesar de se denotar a presença de uma diferença de opiniões expressas pelos diferentes inquiridos, todas elas revelam uma resposta não positiva, pelo que os resultados confirmam novamente a hipótese formulada.

Quadro 20 - *Síntese do Nível da Escala Obtido por cada Item da Categoria Sistemas de Informação*

CATEGORIAS	ITENS	NÍVEL OBTIDO	SCORE
Sistema de Informação	Registos (lista de doentes com doenças crónicas especificas	C	(3 - 5)
	Sinais de Lembrança para os prestadores	D	(0 - 2)
	Informação de Retorno	D	(0 - 2)
	Informação sobre Grupos Relevantes de Doentes	D	(0 - 2)
	Planos de Tratamento Dos doentes	C	(3 - 5)
	Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao doente	D	(0 - 2)
	A Gestão de dados fornece Informação sobre Padrões de Prática Individual/Melhores Práticas	D	(0 - 2)
	Informação sobre os result. económicos. Identifica Eventos: Consulta, Inter. Demora Média	D	(0 - 2)

Fonte: Questionário
Nota: tabelas 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 e 31

Da leitura conjunta dos níveis de concordância para o (Score 3-5) os inquiridos revelaram, que os registos incluem o nome, o diagnóstico, informação de contacto e data do último contacto quer em registo de papel quer em base de dados informatizada e

que os planos de tratamento são conseguidos através de uma abordagem padronizada, o que significa que os mesmos, não são estabelecidos com base em colaboração, nem incluem auto-gestão e gestão clínica. No que concerne aos restantes itens da categoria, todos eles com (Score 0-2), os inquiridos consideraram que não estão disponíveis os sinais de lembrança para os prestadores, nem a informação de retorno ou então esta não é especifica da equipa, tal como a informação sobre grupos relevantes de doentes a necessitar dos serviços.

Por outro lado, é ainda percebido pelos inquiridos, que estas organizações estudadas não têm disponível, a informação de custos variáveis de prestação de cuidados ao doente, a gestão de dados, bem como a informação sobre resultados económicos identificando eventos tais como: consultas, demoras médias, recursos ao serviço de urgência. Este facto, parece evidenciar mais uma das lacunas da área dos cuidados crónicos existentes nas OPCS que integram o SNS. Aliás, a própria literatura se refere a esta lacuna, como um dos principais obstáculos à implementação da gestão da doença em qualquer sistema de saúde.

Sendo a informação útil, em tempo oportuno acerca dos doentes individuais e de populações de doentes com doenças crónicas um factor crítico para os programas de gestão de doenças crónicas, especialmente se estes usarem uma abordagem baseada na população, verificamos segundo os resultados obtidos, que esta é a componente individual dos cuidados crónicos que apresenta maior défice de desenvolvimento nas organizações estudadas. De facto, torna-se inquestionável que a limitação do sistema de informação, coloca às organizações um obstáculo estrutural a ser ultrapassado para a implementação da gestão da doença.

Em conformidade com os resultados obtidos, ressalta com evidência que na globalidade das categorias dos cuidados crónicos submetidas à apreciação dos inquiridos, estes situaram a maioria das suas opiniões nos níveis D (Score 0-2) e C (Score 3-5), deixando perceptível que as OPCS estudadas, no que diz respeito à prestação de serviços não estão a responder de forma positiva às necessidades dos seus doentes crónicos com insuficiência renal. Em termos globais, tendo em conta o conjunto da amostra, o enquadramento conceptual e os pressupostos definidos, verificamos que os resultados sugerem que estas organizações de saúde, face aos recursos disponíveis não estão a utilizar as intervenções mais custo-efectivas para melhorar a qualidade e optimizar os custos com os cuidados crónicos, porém, se o objectivo da gestão da

doença incide na qualidade e nos custos globais, a abordagem efectuada, em nada vai contribuir para atingir o objectivo.

Se associarmos os resultados da categoria relativa à Ligações à Comunidade com os relativos à categoria Organização do Sistema de Prestação, é perceptível que o SNS está estruturalmente fragmentado, não garantindo a continuidade de cuidados, nem tão pouco evidenciam esforços ou mudanças no sentido de uma integração efectiva dos cuidados crónicos. Porém, não podemos esquecer que a fragmentação do sistema de prestação de serviços, tem consequências negativas quer na eficiência quer na equidade do sistema de referência. Por outro lado, e com base na literatura todos sabemos que a gestão da doença não é exequível sem um consistente e estruturado sistema de informação que proceda de forma sistemática à medição objectiva dos resultados. Contudo, através da análise dos resultados obtidos para esta categoria, denota-se que o sistema de informação nas organizações em estudo, constitui um aspecto crítico.

Em suma, parece que a razão comum subjacente à resposta não positiva para todas as categorias, poderá estar relacionada com a forma com os profissionais de saúde encaram por um lado a problemática das doenças crónicas, por outro, a forte ligação ao modelo biomédico da prática clínica existente ainda nas nossas organizações de saúde. Face aos resultados, emerge a necessidade de mudança do actual paradigma dos cuidados, para um novo modelo, mais centrado na gestão da doença do que na cura da doença, e em cuidados continuados mais do que em cuidados episódicos, verdadeiramente capaz de responder às expectativas e necessidades globais dos doentes crónicos, tal como nos sugere a evidência.

Com base nos testes de diferença de médias da análise inferencial, os resultados revelam que para todas as áreas avaliadas dos cuidados crónicos, não existe qualquer diferença significativa entre as opiniões expressas pelos dois grupos de inquiridos, excepto em relação ao Sistema de Marcação de consultas correspondente à categoria 3 (Organização do Sistema de Prestação).

Contudo, quando analisados os dados por sub-regiões, os resultados revelam uma diferença significativa no que se refere a alguns dos itens, das componentes dos cuidados crónicos (Quadro 21). No conjunto das 6 categorias essenciais dos cuidados crónicos, esta diferença apenas não se acentua, quando consideramos as categorias Sistemas de Informação (categoria 6) e Mecanismos de Suporte à Decisão (categoria 4) em nenhum dos seus itens.

Quadro 21 – *Síntese da Relação entre as Categorias e os Respectivos Itens*

CATEGORIAS	ITENS
Organização do Sistema de Cuidados de Saúde (categoria 1)	▪ Incentivos e Normas do Hospital/ Centro de Saúde para cuidados de doenças crónicas
Ligações à comunidade (categoria 2)	▪ Ligações dos doentes a recursos Externos
Apoio à Auto-Gestão do doente (categoria 3)	▪ Comportamento efectivo para Intervenientes de Mudança e Apoio dos pares
Organização do Sistema de Prestação (categoria 5)	▪ Liderança e Prática de Equipa ▪ Sistema de Marcação de Consultas ▪ Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas

Fonte: Questionário

Nota: Análise da variância simples (ANOVA)

Quando se procede à análise separada de cada uma destas categorias dos cuidados crónicos, verificamos em relação à Organização do Sistema de Prestação de Saúde (categoria 1), que o item Incentivos e normas do Hospital/Centro de Saúde, foi o único desta categoria que apresentou resultados mais baixos da escala (nível D), facto que parece estar em concordância com a falta de definição de uma estratégia e política de incentivos e normas, que deveriam ser utilizados para motivar os prestadores a apoiar os objectivos dos cuidados ao doente.

Sobre as Ligações à comunidade (categoria 2), verificamos que o item Ligações dos doentes a recursos Externos apresenta um a resposta negativa (nível C), estando limitada a uma lista de recursos comunitários identificados num formato acessível. Este facto parece evidenciar a falta de uma política activa de cuidados continuados, que não obstante estar contemplada num quadro legislativo, carece de ser perseguida por as organizações em estudo.

A categoria de Auto-Gestão do Doente (categoria 3), revela para o item Comportamento efectivo para Intervenientes de Mudança e Apoio dos pares, uma

resposta negativa (nível C), já que não está prontamente disponível e não fazem parte integrante da rotina dos cuidados.

A categoria relacionada com a Organização do Sistema de Prestação (categoria 5), apresenta resultados mais uma vez com resposta negativa (nível D e C) para os itens: Liderança e Prática de Equipa; Sistema de Marcação de Consultas; Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas. Este facto pode traduzir-se, na prática clínica, pela não existência de uma liderança garantida por nomeação de um chefe de equipa que assegure que os papeis e responsabilidades com os cuidados das doenças crónicas estão claramente definidos, a não utilização de um sistema flexível e inovador de marcação de consultas e ainda o facto destas não serem usadas por todos os doentes crónicos nem ser dado ênfase às intervenções preventivas e atenção à auto-Gestão.

Ainda com base nos resultados da análise inferencial, quando procuramos como é que as populações diferem, verificamos que na sub-região de Évora os resultados apresentam, uma média significativamente maior do que Beja, para todos os itens, formando com Portalegre um grupo homogéneo no que diz respeito às Ligações dos doentes a recursos externos, no Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e de Apoio dos Pares, e na Liderança e Prática de Equipa.

A aplicação dos métodos de análise inferencial permitiu-nos detectar diferenças estatísticamente significativas entre alguns dos itens das categorias dos cuidados crónicos. Contudo, ressalta o facto, que para a totalidade das componentes dos cuidados crónicos, os resultados demonstraram que tendem a concentrar-se apenas nos dois níveis mais baixos da escala de ordenação (níveis D e C), apresentando uma resposta não positiva para todos os itens de todas as categorias. Este facto, sugere que em termos organizacionais, hospitais e centros de saúde parecem não estar a responder positivamente aos doentes com Insuficiência Renal Crónica, ou melhor, a nível Regional a resposta das OPCS do Alentejo é insatisfatória face às necessidades dos Insuficientes renais crónicos.

Numa primeira análise, estes dados sugerem a ausência de uma estratégia e de uma política de gestão de topo destas organizações, centrada nas DC, contribuindo desta forma para que não seja atingido um nível a excelência dos cuidados prestados. Neste contexto, podemos admitir que "não é possível atingir um nível de excelência de cuidados crónicos sem o redesenho do sistema centrado no doente crónico e sem que

esse processo de mudança se enquadre num modelo de cuidados crónicos" (Guerra, 2002:136).

Da análise dos resultados referentes à globalidade das componentes do modelo de cuidados crónicos, verifica-se que as categorias essenciais dos cuidados crónicos que requerem maior atenção dos decisores políticos e dos gestores, continuam a ser relativas à Organização do Sistema de Prestação de Cuidados/ Ligações à Comunidade/Apoio à Auto-Gestão. Em relação à Organização do Sistema de Prestação de Cuidados, as componentes que exigem maior atenção são as que estão relacionadas com a liderança, objectivos, melhoria estratégica do sistema de marcação de consultas e ainda incentivos e normas para os cuidados crónicos. No que se refere às Ligações à Comunidade isto significa, de forma mais clara as ligações dos doentes a Recursos Externos, no sentido de ser estabelecida uma coordenação activa entre o SNS, o sector privado, o sector social e os recursos comunitários. E ainda no que diz respeito ao Apoio à Auto-Gestão, deve ser equacionado o Comportamento efectivo para Intervenientes de Mudança e Apoio dos pares.

Apesar de se poder constatar, um certo confronto de opiniões no seio do grupo dos inquiridos, devido essencialmente às clivagens socioprofissionais, médicos e enfermeiros revelaram perspectivas semelhantes face à problemática da gestão da doença crónica, neste caso particular no que diz respeito à Insuficiência Renal Crónica.
Tal como a maioria das investigações, também este estudo revelou algumas limitações, a pequena dimensão da amostra e a não inclusão de instituições privadas, não permite a generalização das conclusões deste estudo para o SNS. Assim, toda e qualquer generalização dos resultados a outras organizações de Saúde com características similares, devem ser encaradas com certa reserva. Contudo, atendendo às características do estudo, ao enquadramento conceptual, ao instrumento de recolha de dados, considero que os resultados reflectem de forma objectiva a realidade das práticas organizacionais dos cuidados crónicos prestados nas organizações do estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O núcleo central da investigação centrou-se nos aspectos positivos e não positivos do continuum dos cuidados crónicos praticados nas organizações de saúde do Sistema Nacional de Saúde. Adoptando o Modelo de Cuidados Crónicos, delineou-se um modelo analítico centrado na Gestão da Doença, este modelo de cuidados recomenda intervenções baseadas na evidência em seis áreas (organização do sistema prestação de cuidados de saúde, ligações a comunidade, apoio à auto-gestão, mecanismos de suporte à decisão, organização do sistema de prestação e sistemas de informação) aceites como tendo potencial para melhorar o processo de cuidados, e que constituiu não só o quadro de referência conceptual que orientou esta investigação, mas sustentou igualmente a hipótese de estudo de que os diferentes grupos profissionais (médicos e enfermeiros) têm perspectivas semelhantes sobre a Gestão da Doença no caso particular da IRC.

Os principais resultados alcançados pela análise, relacionam-se concretamente com o posicionamento dos inquiridos apenas nos dois níveis mais baixos da escala de ordenação (níveis D e C), apresentando uma resposta não positiva para todos os itens de todas as categorias dos cuidados crónicos. Este facto sugere, em geral, a existência de um desfasamento considerável, no que diz respeito, às práticas Organizacionais e ao que o Modelo de Cuidados Crónicos preconiza. A partir desta leitura, foi possível criar ainda uma objectivação do que é o entendimento dos profissionais na questão da Gestão da Doença Crónica, fazendo emergir a noção de que a GD, pode e deve ser encarada como um instrumento prático de integração efectiva do sistema de cuidados crónicos.

No quadro dos resultados, denota-se que o Sistema de Informação é das 6 categorias essenciais dos cuidados crónicos a que está menos desenvolvida, não só nos aspectos clínicos mas essencialmente nos aspectos relacionados com os custos. Este facto é coerente com os dados da literatura e com um estudo recente sobre a situação actual dos STI na saúde, já que existe unanimidade em considerar que é a mais difícil de implementar e a que requer maiores custos de investimento.

Um outro aspecto que parece relevante, prende-se com a ineficiente coordenação entre Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Hospitalares, condicionada por uma abordagem predominantemente episódica e reactiva da doença IRC, não assegurando a

continuidade dos cuidados. A crescente necessidade da promoção de cuidados partilhados entre cuidados de saúde primários e hospitalares, outros profissionais da comunidade e o próprio doente e família para lidar com esta realidade, conduz à necessidade de implementar um modelo de cuidados direccionados à pessoa, é urgente e necessária uma mudança de orientação de um modelo tradicional baseado numa abordagem por doença, para um modelo de cuidados crónico, já que este privilegia uma interacção produtiva entre os doentes e os prestadores para produzir os melhores cuidados e melhoria dos resultados.

Com base nos testes de diferenças de médias da análise inferencial, foram detectadas diferenças estatisticamente significativas no que respeita às áreas relacionadas com a Organização do Sistema de Cuidados, a Ligação à Comunidade, o Apoio à Auto-gestão e com Organização do Sistema de Prestação. Não se detectaram diferenças estatísticamente significativas para as restantes áreas.

A um nível mais detalhado, verificou-se que em relação à Organização do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde, a componente em que foi detectada diferença estatísticamente significativa está relacionada com os Incentivos e Normas do Hospital/ Centros de Saúde. A nível prático eles não existem ou então não são usados para influenciar objectivos de performance clínica. Quando se procura interpretar os resultados relacionados com as Ligações à Comunidade, verifica-se que a ligação dos doentes aos recursos externos, não é feita sistematicamente, ou então está limitada a uma lista de recursos comunitários identificados, este facto revela a inexistência de uma verdadeira integração e coordenação entre o sistema de prestação de cuidados e os recursos existentes na comunidade. Uma outra ilacção que se retira da análise dos dados prende-se com o Apoio à Auto-Gestão, este apoio efectivo pode ajudar os doentes e as famílias a enfrentar os desafios e complicações da IRC, contudo a nível prático, o comportamento efectivo para a intervenção de mudança e apoio dos pares, está apenas limitado à distribuição de panfletos, brochuras ou outra informação escrita.

A nível prático, a Organização do Sistema de Prestação de Cuidados a liderança e prática de equipa, sistema de marcação de consulta e consultas planeadas para cuidados de doenças crónicas, parece não contemplar mudanças nas práticas organizacionais com vista a uma gestão efectiva da insuficiência renal crónica, já que a liderança e prática de equipa não é garantida por um chefe que assegure que os papeis e responsabilidades para com os cuidados a estes doentes, estejam claramente definidos, o

sistema de marcação de consultas assegura o seguimento programado, contudo não inclui uma organização dos cuidados que torne fácil a observação do doente pelos múltiplos prestadores numa única consulta, e finalmente as consultas planeadas não são usadas por todos os doentes crónicos e não incluem uma avaliação regular nem intervenções preventivas e atenção à auto-gestão.

Com base na aplicação do teste Tukey B, verificou-se ainda que Portalegre e Évora formaram um grupo homogéneo no que diz respeito: às Ligações dos Doentes a Recursos Externos, ao Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e Apoio dos Pares e na Liderança e Prática de Equipa.

De forma explícita, os resultados desta investigação apontam para a confirmação da hipótese de estudo, ao colocar em evidência o Modelo de Cuidados Crónico e a Gestão da Doença, as perspectivas de médicos e de enfermeiros assumem um carácter homogéneo no que diz respeito à Insuficiência Renal Crónica

Em síntese, e segundo a perspectiva dos profissionais de Saúde, na Região Alentejo, as OPCS apresentam um fraco desenvolvimento no que diz respeito ao Sistema de Informação e nas restantes áreas dos cuidados crónicos o nível de desenvolvimento está longe de se considerar satisfatório. Embora exista o reconhecimento da necessidade, não existe uma abordagem para a gestão da doença, na prática, parece existir a falta de explicitação de uma estratégia e políticas centralizadas nas doenças crónicas, por parte dos órgãos de tutela. Entende-se assim, que as componentes do modelo de cuidados crónicos requerem uma maior atenção por parte dos gestores e dos nossos decisores políticos, tornando-se urgente e necessária, a revisão do modelo de cuidados existente e que o estudo efectuado, parece ter demonstrado ser inadequado para responder às expectativas e necessidades dos insuficientes renais crónicos. Neste contexto, os resultados invocam a necessidade de se romper com o velho paradigma dos cuidados e de se caminhar para um novo modelo, em que a prevenção e a promoção da saúde sejam equiparadas ao nível de importância das intervenções de tratamento, em qualquer dos contextos em que o doente esteja, em suma, um modelo mais capacitado para responder às expectativas e às necessidades globais dos insuficientes renais crónicos.

Apesar das limitações, este estudo contribuiu não só para aprofundar e explícitar com alguma profundidade o significado do peso das doenças crónicas para o sistema de saúde em geral, mas também produzir informação sobre a gestão da doença no caso

particular da Insuficiência Renal Crónica. Contudo, admite-se, para aprofundar a fiabilidade dos resultados e o reforço teórico- metodológico delineado, a necessidade do de uma amostra mais alargada e de âmbito nacional. Considera-se, ainda, que devem ser estimuladas linhas de investigação, nomeadamente no âmbito de cada uma das categorias que integram o modelo de cuidados crónicos, para aprofundar e aclarar com maior profundidade analítica cada uma dessas componentes, bem como estudos desenvolvidos na perspectiva dos utilizadores do SNS, nomeadamente os IRC.

Considerando, que médicos e enfermeiros têm perspectivas semelhantes, face à problemática em estudo, os resultados alcançados admitem algumas implicações nas organizações de saúde estudadas. A necessidade de mudanças estruturais nas organizações alvo do estudo, parecem justificar recomendações aos seus órgãos de gestão, no sentido de adoptarem uma visão e princípios para reorientar o processo dos cuidados crónicos. Desta forma, sugere-se uma política de **Cuidados Centrados no Doente,** cuidados que respeitam as necessidades explicitadas pelo doente e família, os seus valores e as suas preferências, o sistema deve por assim dizer encorajar as tomadas de decisão partilhadas, tendo ainda como componentes adicionais a coordenação dos cuidados continuados, ou seja os doentes crónicos devem receber cuidados sempre que deles necessitem, o acesso aos cuidados pode e deve ser provido por outros meios e não apenas com o recurso às consultas convencionais. Em segundo lugar, recomenda-se a **Constituição de Parcerias,** não só com os doentes, mas também com outros cuidadores e com a comunidade para a prestação de cuidados efectivos, que incluem a partilha de poder e o envolvimento do doente e da família em todos os aspectos dos seus cuidados de saúde, a perspectiva comunitária dos cuidados assume aqui um papel preponderante.

Em terceiro lugar, deve ser encarada como uma prioridade a remodelação do **Sistema de Informação,** como forma de avaliar continuamente os processos, o sistema deve ser capaz de disponibilizar informação meticulosa sobre os doentes, tão necessária ao apoio contínuo de muitos destes, a utilização das novas tecnologias de informação e comunicação devem servir para aproximação dos doentes aos vários cuidadores e estes entre si. Por último, recomenda-se a implementação de **Sistemas de Gestão da Qualidade**, como forma de melhorar a segurança para os doentes e crescer a eficiência dos serviços prestados. Estas são as áreas de competência indispensáveis à prestação de cuidados de saúde efectivos a doentes crónicos, sugere-se assim, que a linha de actuação das organizações de saúde devem radicar essencialmente nestas competências.

A. PLANO DE INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL

A.1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas representam mais de 60 por cento da morbilidade mundial e canalizam cerca de 60-80 por cento dos recursos globais investidos na Saúde. A incidência das doenças crónicas é crescente e aumenta com a idade, assistindo-se actualmente a um aumento anual de cerca de 7-10% do número de doentes que sofrem de Insuficiência Renal.

As doenças crónicas tendem assim a ocupar uma parte substancial da actividade dos profissionais de saúde em todo o mundo e Portugal não foge à regra. Sabemos, que compete ao Serviço Nacional de Saúde promover a implementação de programas de gestão de doenças crónicas e monitorizar os seus efeitos na melhoria da qualidade de vida dos doentes. Contudo, e considerando as perspectivas dos médicos e enfermeiros, face à problemática em estudo, verifica-se a necessidade de implementar estratégias, que visam promover a melhoria da qualidade de vida dos Insuficientes Renais Crónicos. Desta forma, importa recomendar à Administração Regional de Saúde do Alentejo, aos Conselhos de Administração dos Hospitais e Centros de Saúde do estudo em causa, a definição de um plano de intervenção sócio-organizacional assente em três eixos prioritários:

Eixo Prioritário I – Promover protocolos de Articulação dos Cuidados de Saúde Primários /Cuidados Diferenciados

Eixo Prioritário II – Promover a Constituição de Parcerias

Eixo Prioritário III – Promover Programas de Educação/Formação

Existe uma crescente necessidade da promoção de cuidados partilhados entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, outros profissionais da comunidade, e o próprio doente e a sua família. Para lidar com esta realidade, os profissionais de saúde que acompanham os doentes crónicos necessitam de adequar as intervenções de gestão da doença ao nível de complexidade de cada situação em concreto, daí a importância de orientações técnicas e protocolos que visam melhorar as práticas dos profissionais.

Também, o plano Nacional de Saúde integra políticas de saúde e políticas de segurança social que permitem "desenvolver acções mais próximas das pessoas em situação de dependência (...); potenciar os recursos locais, criando serviços comunitários de proximidade, e ajustar ou criar respostas adequadas à diversidade que caracteriza o envelhecimento (...)"(Dec-Lei nº 101/2006). Neste contexto, torna-se importante a constituição de parcerias formais entre instituições locais de saúde e outras comunitárias para a colaboração na prestação de cuidados a estes doentes, contribuindo assim para diminuir as desigualdades em saúde, não esquecendo ainda o importante papel que doentes, as suas associações e outros parceiros tem no desenvolvimento de cuidados integrados. Por outro lado, melhorar o acesso dos doentes crónicos não só à informação que os habilite a um melhor auto controlo, mas também a materiais de autovigilância da doença, torna-os capazes de tomar decisões e simultâneamente aumentar o grau de responsabilidade individual e social sobre a evolução da sua doença. Em síntese, o objectivo é dotar o doente de meios que lhe permitam co-responsabilizar-se pelo controlo da sua doença.

A necessidade de formação na área da doença crónica numa perspectiva do modelo biopsicosocial, prende-se essencialmente com o facto de grande parte da formação médica tradicional estar baseada em modelos orientados para a doença ou grupos de doenças, sendo prática dominante nas nossas organizações prestadoras de cuidados de saúde o tradicional modelo biomédico, onde a decisão médica está centrada sobre um episódio agudo de doença. Hoje, torna-se necessário que as equipas de saúde disponham de capacidades e conhecimentos específicos que ultrapassem esta visão do modelo biomédico, desenvolvendo habilidades de interacção eficazes para ajudar o doente a iniciar novas técnicas de autogestão, a aderirem a esquemas terapêuticos complexos, nomeadamente a técnicas de substituição da função renal e ainda a efectuarem mudanças no estilo de vida.

Em suma, só é possível alcançar resultados positivos relativamente às doenças crónicas quando doentes/famílias, os grupos de apoio da comunidade e os profissionais de saúde, estiverem informados, motivados, e capacitados para trabalhar em parceria.

A.2. OBJECTIVOS

Os objectivos correspondem "aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a populção-alvo" (Tavares, 1990:113). Segundo o autor, eles devem ser independentes e sequenciais, neste sentido e tendo em conta a formulação do plano de intervenção, foram definidos os seguintes objectivos:

- Divulgar o estudo efectuado sobre A Gestão da Doença Crónica – O Caso Particular da IRC na Região Alentejo ao nível da ARSA, dos centros de saúde e hospitais envolvidos na investigação;

- Promover a qualidade de vida do Insuficiente Renal Crónico;

- Criar respostas organizadas e articuladas entre vários parceiros (C. Saúde, Hospitais, instituições de solidariedade Social, autarquias locais e outras comunitárias) como processo facilitador na prestação de cuidados;

- Promover o desempenho qualificado dos profissionais de saúde.

A.3. METODOLOGIA

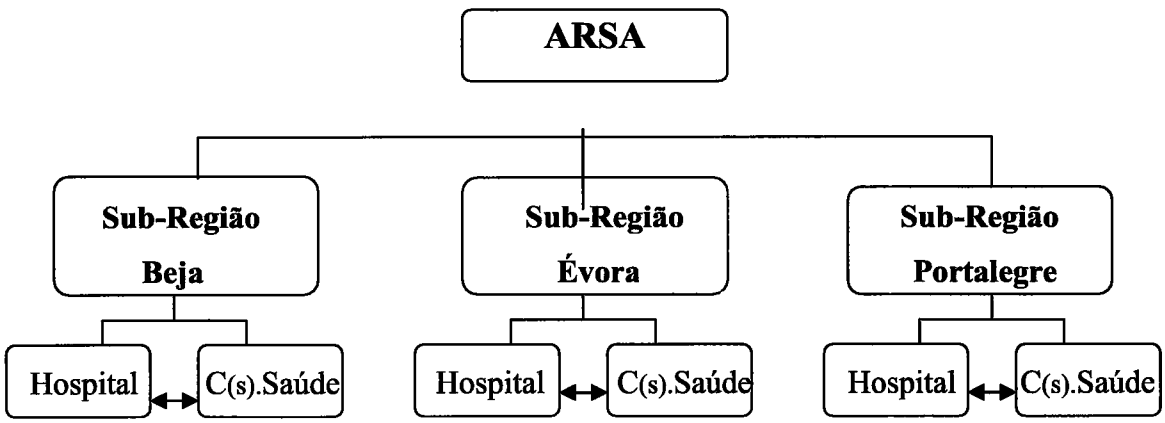
1. A coordenação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional deve processar-se a nível regional e é definida em termos da constituição e competências por Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA).

2. A coordenação operativa do plano, deverá ser assegurada a nível das Sub-Regiões de Saúde de Beja, Évora e Portalegre.

3. A coordenação do plano a nível de cada uma das Sub-Regiões de Saúde deve ser assegurada por uma equipa constituída por um representante da administração regional de saúde, um representante da unidade hospitalar e um representante dos centros de saúde da sub-região. Nestas equipas devem estar integrados médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

4. As equipas coordenadoras das sub-regiões articulam com a coordenação a nível da (ARSA) e devem assegurar a gestão, o controlo e a avaliação do plano de intervenção. No que diz respeito aos recursos humanos, cada serviço ou instituição disponibilizará dentro das suas possibilidade, os técnicos necessários à sua execução.

Figura 9 – Estrutura representativa da coordenação Plano de Intervenção



5. Compete à ARSA promover a divulgação do plano de intervenção e orientar a implementação dos Eixos Prioritários I, II e III, que a seguir se apresentam.

Eixo Prioritário I - Promover protocolos de Articulação dos Cuidados de Saúde Primários /Cuidados Diferenciados

A necessidade das "**entidades prestadoras de cuidados desenvolverem programas e projectos comuns, rentabilizando ao máximo as competências e capacidades de cada parceiro, corresponsabilizando-os no processo de saúde**". (Augusto, et al., 2001: 85), é cada vez mais uma realidade para garantir a continuidade dos cuidados na sua componente técnica e social. Daí a necessidade de articulação interinstitucional, no sentido de se construir uma rede prestadora de cuidados que promova a continuidade dos mesmos, assim deve-se:

- Estabelecer um protocolo de cooperação que tenha por base o compromisso das entidades outorgantes (Hospital/Centros de Saúde) na colaboração e conjugação de esforços mediante a cooperação interinstitucional, no sentido de viabilizar o desenvolvimento de projectos que visem a implementação e rentabilização de respostas e apoios que contribuam para a melhoria da qualidade de vida dos insuficientes renais.
- Proceder à realização periódica de reuniões (fixadas mediante protocolo) a efectuar por especialistas de Nefrologia, nos vários centros de saúde para apresentação, divulgação e discussão de casos associados à patologia renal, já que estes doentes devem receber cuidados com base no melhor conhecimento científico disponível.
- Criar linhas de acesso aos serviços de Nefrologia, permitindo a marcação directa de consultas, o esclarecimento de dúvidas, a orientação e o melhor encaminhamento destes doentes, tendo em conta que os mesmos devem receber os cuidados sempre que deles necessitem e não apenas em consulta em presença física.
- Proceder ao desenvolvimento de projectos no âmbito dos Sistemas de Informação com impacto transversal aos vários sectores, geridos de forma estratégica pelas entidades responsáveis, com um plano estruturado, formalizado e partilhado com os profissionais dos diversos serviços envolvidos.

Eixo Prioritário II – Promover a Constituição de Parcerias

A redução da utilização de serviços hospitalares com custos elevados, só se torna possível com a participação de estruturas próximas da comunidade como é o caso dos serviços de apoio domiciliário e comunitário, fornecendo apoio alargado sistemático e continuado, quer na prevenção quer no tratamento. Desta forma, mobilizar os recursos da comunidade que vão ao encontro das necessidades dos doentes, na capacidade de criar uma cultura, organização e mecanismos que promovam a qualidade dos cuidados de grande qualidade no apoio à autogestão da doença, habilitando os doentes para gerirem os cuidados e a sua própria saúde é hoje uma prioridade.

A natureza multidisciplinar e intersectorial dos cuidados prestados aos Insuficientes Renais Crónicos, privilegiam a articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde e a rede social de apoio, bem como a mobilização dos recursos da comunidade. Face a este contexto, defini como estratégia de intervenção o desenvolvimento de parcerias com diferentes actores, nomeadamente com:

- **Autarquias locais** - Relativamente às condições habitacionais, existem casos em que é necessário alguma intervenção, pela carência de habitação ou pela necessidade de um processo de adaptação habitacional face à técnica dialítica, como por exemplo o doente em programa de diálise peritoneal (DPCA).
- **Lares de 3ª idade e Centros de Dia** – Os contactos precoces e a formação destas instituições em relação ao tipo de assistência a prestar aos idosos em programa de diálise é obrigatório e deverá ser da responsabilidade das unidades.
- **Entidades empregadoras** – É importante motivar, formar, e criar benefícios para as entidades empregadoras no sentido de receberem indivíduos em programa de diálise nos quadros das suas empresas.
- **Escolas** – Podem ser fontes de participação na Reabilitação Renal, os jovens estudantes que iniciam diálise devem ser estimulados a prosseguir os estudos, e a escola tem que estar preparada para lidar com esta situação, às unidades compete flexibilizar os horários da diálise de forma a não constituir barreira.
- **Associação Portuguesa dos Insuficientes Renais** – Sendo uma estrutura reconhecida poderá desenvolver um papel importante nas dinâmicas políticas do Sistema de Saúde.

Eixo Prioritário III – Promover a Educação/Formação

No plano da Educação/Formação dos diversos profissionais de saúde, a Universidade desempenha um papel relevante no desenvolvimento deste processo, nos programas devem estar incluídas áreas temáticas que enquadrem a problemática das doenças crónicas, a gestão da doença, a organização dos cuidados e a insuficiência renal crónica.

A participação e o envolvimento dos Conselhos de Administração na divulgação e promoção de workshops a nível das três Sub-Rgiões, é fundamental do ponto de vista estratégico.

WORKSHOP "A Gestão da Doença Crónica"

1. Objectivos Gerais:

- Proporcionar um aprofundamento do debate sobre a linguagem, os conceitos e as problemáticas das Doenças Crónicas/Gestão da Doença
- Proporcionar informações que permitam aos profissionais de saúde envolvidos desenvolver uma postura assente no modelo biopsicossocial.

2. Destinatários:

Directores de serviço, Enfermeiros Chefes

3. Conteúdos Programáticos:

Modulo 1: - Organização dos Cuidados de Saúde

Modulo 2: - Abordagem da Doença Crónica/Gestão da Doença

Modulo 3: - Insuficiência Renal Crónica

4. Metodologias

Privilegia-se a condução das diferentes componentes de aprendizagem através de exposição oral e de metodologia de interacção psicossocial (fóruns de discussão), apoiadas por meios audio-visuais.

BIBLIOGRAFIA

1 – LIVROS, ARTIGOS E RELATÓRIOS DE INVESTIGAÇÃO

ALMEIDA, João; Pinto José. (1995). A investigação nas ciências sociais, Lisboa: Editorial Presença.

ALMEIDA, José M. F. (1992). **O Conceito de Objecto num sistema de Informação Organizacional,** Revista Economia e Sociologia, nº 54, Gabinete de Investigação e Acção Social do Instituto Superior Económico e Social de Évora.

ANTUNES, Manuel. J.(2001). **A Doença da Saúde**, Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício, 5ª Edição., Lisboa: Quetzal.

AUGUSTO, Berta Maria de Jesus et. al (2002). **Cuidados Continuados – Família, Centro de Saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar,** Coimbra: Ed. Formasau.

BARROS, Elvino et al. (1999). **Nefrologia – Rotinas, Diagnóstico e Tratamento,** Porto Alegre: Artmed 2ª ed.

BELL, Judith. (1997). **Como realizar um projecto de investigação,** Lisboa: Gradiva.

BILHIM, João Abreu de Faria (1996). **Teoria organizacional. Estruturas e pessoas.** Lisboa: ISCSP

BODENHEIMER, T; WAGNER, EH; GRUMBACH, K. (2002). **Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model,** Part 2. Jama. Oct 16.288(15):1909-14.

BONOMI, AE. et al. (2000). **Assessment of Chonic IIIness Care (ACIC): A Pratical Tool to Measure Quality Improvement**, MacCool Institute for Healthcare Innovation – Center for Health Studies, Seattle.

BRANCO, António Gomes e RAMOS Vítor. (2001). **Cuidados de saúde primários em Portugal**, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2, Lisboa, pp. 5-6.

CAETANO, António et al. (2001). **Manual de Psicossociologia das Organizações,** Amadora: McGRAW-HILL de Portugal.

CAMPOS, António Correia. (1997). **Perspectivas e Desafios da Reforma Administrativa em Portugal,** Revista Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Vol. 15 nº 3 (Julho - Setembro), pp 21-25

CAMPOS, António Correia. (2005). **Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**- Missão para os Cuidados de Saúde Primários 2005, Lisboa: Janeiro de 2006.

CARAPINHEIRO, Graça. (1998). **Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**, 3ª ed., Porto: Edições Afrontamento.

CHIAVENATO, Idalberto. (1982). **Administração de Empresas – Uma Abordagem Contingencial**, S. Paulo: McGraw-Hill.

CLEGG, Stewart. (1998). **As organizações modernas**, Oeiras: Celta.

COONS, SJ. (1996). **Disease Management: Definitions and Exploration**, Clin Therap. 18 (6): 1321-1326.

CRISTÓVÃO, Filipe. (1998). **Stress, Coping e Qualidade de vida em doentes com Insuficiência Renal Crónica Terminal em Hemodiálise**, Lisboa:Universidade Católica Portuguesa-Faculdade de Ciências Humanas (Tese de Mestrado).

DA SILVA, Carlos Alberto. (1996). **Centros de Saúde: Cultura Organizacional na Encruzilhada da Cultura e da Identidade Profissional – Estudo de Caso de Três Centros de Saúde do Distrito de Beja,** Évora: Universidade de Évora (Tese de Mestrado em Sociologia).

DA SILVA, Carlos Alberto. (2001). **(Re) Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem. Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo**, Évora: Universidade de Évora (Tese de Doutoramento).

DA SILVA, Carlos Alberto. (2004). **O Labirinto da Enfermagem** – Participação e Profissionalismo, Lisboa: Colibri.

DELGADO, Manuel. (1999). **O Presente e o futuro dos Hospitais Portugueses**. in: Barros, Pedro Pita; Simões, Jorge, **Livro de Homenagem a Augusto Mantas**, Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde. ISBN 972-9425-60-4.

Editorial.Spotlight. Dialysis Transplant. (2000). 29:514-518.

European Renal Association/European Dialysis and Transplant Association. (ERA/EDTA) Registry. (1999). **Report on management of renal failure in Europe**. Availble:erareg@amc.uva.nl

FERREIRA, F.G. (1998). **Sistemas de Sáude e seu Financiamento**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FONSECA, M. (1997). **Os aspectos psicológicos do IRC em hemodiálise,** In: "Clínica de Doenças Renais, Manual de Diálise". Lisboa: Ed. Clínica de Doenças Renais.

FORTIN, Marie. (1999). **O processo de investigação: da concepção à realização,** Loures: Lusociência.

FRIEDBERG, Erhard. (1995). **O poder e a regra – dinâmicas da acção organizada,** Lisboa: Instituto Piaget.

GIL, António. (1994). **Administração de Recursos Humanos,** um Enfoque Profissional, São Paulo: Editora Atlas.

GLASGOW, R.; ORLEANS, CT.; WAGNER, EH. et al. (2001). **Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention?** Milbank Quarterly. 79(4):579-612.

GUERRA, João L. Morais. (2002). **A Gestão das Doenças Crónicas no Sistema de Saúde**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde).

GUTHIER, Benoîte. (2003). **Investigação Social da Problemática à Colheita de Dados,** Loures: Lusociencia – Edições Técnicas e cientificas, Lda.

HENDERSON, Euan; MARTIN Vivien. (2004). **Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais,** Lisboa: M Monitor.

IN CLÍNICA DE DOENÇAS RENAIS (s.d.), **Manual de Diálise**. Lisboa: Ed. Clínica de Doenças Renais.

JESUINO, Jorge Correia.(1999). **Processos de Liderança,** Lisboa:Horizonte Psicologia.

MARCONI, Marina, LAKATOS, Eva. (2003). **Fundamentos de Metodologia Cientifica,** São Paulo: Editora Atlas S.A.

MESQUITA, Ana Cristina. (2002). **Empowerment na doença crónica – Um estudo de caso**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde)

MINTZBERG, Henry. (1995). **Estrutura e Dinâmica das Organizações**, Lisboa: Pub. Dom Quixote.

OLIVEIRA, Almirio. (1994). **O Valor da Informação**, Sistemas de Informação, nº 2.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes. (2005). **Análise de Dados para as Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS**, 4ª ed. Lisboa: Edições Silabo

PISCO, Luis Augusto. (2005). **Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**-Missão para os Cuidados de Saúde Primários 2005, Lisboa: Janeiro de 2006.

POLLY, A. Hulme. (1999). **Family empowerment: A Nursing Intervention with suggested Ouctomes for Families of Children With a Chroooonic Heath Condition**, Journal of Family Nursing. Vol 5, nº.1.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc. (2003). **Manual de Investigação em ciências sociais,** Lisboa: Gradiva.

RAMOS, Aura. (1997). **Insuficiência Renal Crónica,** In Clínica de Doenças Renais, Manual de Diálise. Lisboa: Ed. Clínica de Doenças Renais.

REDMAN, Barbara Klug. (2001). "**A Prática da Educação para a Saúde**" 9ª edição; Lusociência.

REIS, Vasco Pinto. (1999). Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos, in: Barros, Pedro Pita; Simões, Jorge **Livro de Homenagem a Augusto Mantas**, Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde. ISBN 972-8391-01-3.

RETO, L., Nunes, F.(1999). **Métodos como Estratégia de Pesquisa - Problemas Tipo Numa Investigação,** Revista Portuguesa de Gestão. l: 25-31.

RIBEIRO, Sílvia. (1997). **Opções terapêuticas na insuficiência renal terminal,** In Clínica de Doenças Renais, Manual de Diálise. Lisboa: Ed. Clínica de Doenças Renais.

SAKELLARIDES, C. (2000). **Direcção Estratégica e Gestão de Expectativas no Sistema de Saúde Português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde,** in Revista Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Vol. 18, nº 1, (Janeiro/Junho), pp. 27-34.

SALE, Diana. (1998). **Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde** - Para os Profissionais da Equipa de Saúde, 1ª Edição., Lisboa: Principia.

SERRANO, António; FIALHO, Cândido. (2003). **Gestão do Conhecimento - o novo paradigma da Organizações**, Colecção Sistemas de Informação, Lisboa: FCA-Editora de Informática.

SEQUEIRA, Bernardete Dias. (2001). **Influências e Efeitos dos Sistemas de Informação e tecnologias de Informação no Desempenho Profissional,** Évora: Universidade de Évora (Tese de Mestrado em Organização e Sistemas de Informação).

SOUSA, Jaime Correia. (2005). **A doença Crónica e o desafio da Comorbilidade,** Revista Portuguesa de Clínica Geral, 21: 533-4.

STONER, James; FREEMAN, R. (1995). **Administração**, Rio de Janeiro: Pentice Hall do Brasil LTDA.

TAVARES, António (1990), **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde,** Ministério da Saúde-Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional: Lisboa.

TEIXEIRA, Sebastião. (1998). **Gestão das Organizações**, Amadora: McGraw-Hill.

THOMAS, Nicola. (2005). **Enfermagem em Nefrologia**, Lusociência-Edições Técnicas e Cientificas, Lda.

TODD, W.E., et al. (1998). **Choosing a Disease Management Stratesy.** Drug Benefit Trends 10 (9): 35-40, 46.

VALDERRÁBANO, F; BERTHOUS, FC; EHP, Jones; O Mehls. (1996). **Report on managementof renal failure in Europe, XXV, 1994 End stage renal disease and dialysis report,** Nefrol Dial Transplant. 11, Suppl. 1:2-21.

WAGNER, EH. (1996). **The promise and performance of HMOs in improving outcomes in older adults**, JAGS. 44:1251-1257.

WAGNER, EH.; DAVIS, C.; SCHAEFER, J. et al (1999). **A Survey of leading chronic disease management programs : Are they consistent With the literature ?** Managed Care Quarterly. 7(3):56-66.

WAGNER, EH.; AUSTIN, B. ; VON KORFF, M. (1996). **Improving outcomes in chronic illness,** Manag Care Q. 4(2): 12-25.

WHO – Regional Office for Europe. (1986). **Metas de Saúde para todos no ano 2000** Denmark: WHO.

WHO-Regional Office for Europe. (1997). **Declaration of Alma Ata** Disponível:htt://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html.

WHO-World Health Organiztion (1997). **The Jakarta Declaration.** Disponível:www.who.int/hpr/archive/docs/jakarta/english.html.

WHO - World Health Organization. (1998).**Health Promotion and Community Action for Health in Developing Country**, Geneva: WHO.

ZORRINHO, Carlos. (1991). **Gestão da Informação,** Biblioteca de Gestão Moderna, 1ª edição, Lisboa: Editorial Presença.

ZORRINHO, Carlos. (1995). **Gestão da Informação: Condição para Vencer**. IAPMEI.

ZORRINHO, Carlos; SERRANO, António; LACERDA, Palmira. (2003). **Gerir em Complexidade – um novo paradigma da Gestão**, Lisboa: Edições Sílabo.

2 – OUTROS DOCUMENTOS

CONSTITUIÇÃO da Republica Portuguesa. (1994). Lisboa: Europa Editora.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. (1998). **O Hospital Português**, Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral dos Hospitais. ISBN 972-9425-60-4.

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. (1999). Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**. Volume I– Prioridades.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1986). Despacho nº 17/86. Diário da República - II Série nº 120, de 26 de Maio de 1986. (Regulamenta o Tratamento Substitutivo da Função Renal).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1968). Decreto-Lei nº 48357 e 48358. Diário da Repúplica – I Série A, de 27 de Abril (Aprova o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE.(1988). Decreto Regulamentar nº 3/88. Diário da República - I Série nº 18, de 22 de Janeiro. (Órgãos e Funcionamento Global do Hospital e Estrutura dos Serviços).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1990). Lei nº 48/90. Diário da República - I Série A nº 195, de 24 de Agosto (Aprova a lei de Bases da Saúde).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1993). Decreto-Lei nº 335/93.Diário da República – I Série A nº229, de 29 de Setembro (Regulamenta as Administrações Regionais de Saúde).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1993). Decreto-Lei nº 11/93. Diário da República - I Série A nº12, de 15 de Janeiro (Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1994). Despacho nº 24/94 de 9 de Junho (Normas de Articulação entre Hospitais e Centros de Saúde).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1998). Despacho conjunto nº 407/98. Diário da República – II Série nº 138, de 18 de Junho (Apoio Domiciliário Integrado) e (Unidades de Apoio Integrado).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1999). Decreto-Lei nº 156/99. Diário da República - I Série A nº 108, de 10 de Maio (Estabelece o Regime dos Sistemas Locais de Saúde).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1999). Decreto-Lei nº 157/99. Diário da República - I Série A nº 108, de 10 de Maio (Centros de Saúde de Terceira Geração).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1999) – **Saúde um Compromisso, a Estratégia para o virar do Século (1998-2002),** Lisboa: Ed. Ministério da Saúde.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2003). Decreto-Lei nº 281/2003. Diário da República – I Série A de 8 de Novembro (Aprova a Rede de Cuidados Continuados).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005). Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005 de 7 de Abril (Reforma dos cuidados de Saúde Primários).

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2005). Resolução do Conselho de Ministros nº157/2005 de 12 de Outubro **(Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) dependência directa do Ministro da Saúde).**

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2006). Decreto-Lei nº101. Diário da República – I Série A nº 109, de 6 de Junho (Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados).

IMPRENSA

PONCE, P. (2004). **Jornal Saúde Pública,** (Especial Nefrologia) nº 14 de 2 de Outubro Expresso n.º 16666.

VINHAS, J.(2004). **Jornal Saúde Pública,** (Especial Nefrologia) nº 14 de 2 de Outubro Expresso n.º 16666.

PRATA, M.(2007). **Jornal Saúde Pública,** (Dossiê Nefrologia) Edição Especial de 5 de Maio.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização da American College of Physicians

ACP
AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS
INTERNAL MEDICINE | *Doctors for Adults*

WAECP0613682

June 28, 2006

Maria Elisa Elias Brissos
Bairro Semhora da Saúde
Rua da escola n°21
Évora, 7000 PORTUGAL

Dear Ms. Elias Brissos:

Thank you for your request to reproduce the following from *Effective Clinical Practice:*

> Figure from Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice* 1998;1:2-4.

Permission is granted to reproduce the preceding material with the understanding that you will give appropriate credit to *Effective Clinical Practice* as the original source of the material. Any translated version must carry a disclaimer stating that the American College of Physicians is not responsible for the accuracy of the translation. This permission grants non-exclusive, worldwide rights for this edition in print format for not-for-profit, educational use only. ACP does not grant permission to reproduce entire articles or chapters on the Internet unless explicit permission is given. This letter represents the agreement between ACP and Maria Elisa Elias Brissos for request WAECP0613682 and supersedes all prior terms from the requestor.

Thank you for your interest in *Effective Clinical Practice.* If you have any further questions or would like to discuss the matter further, please contact me at 215-351-2678 or fax 215-351-2438.

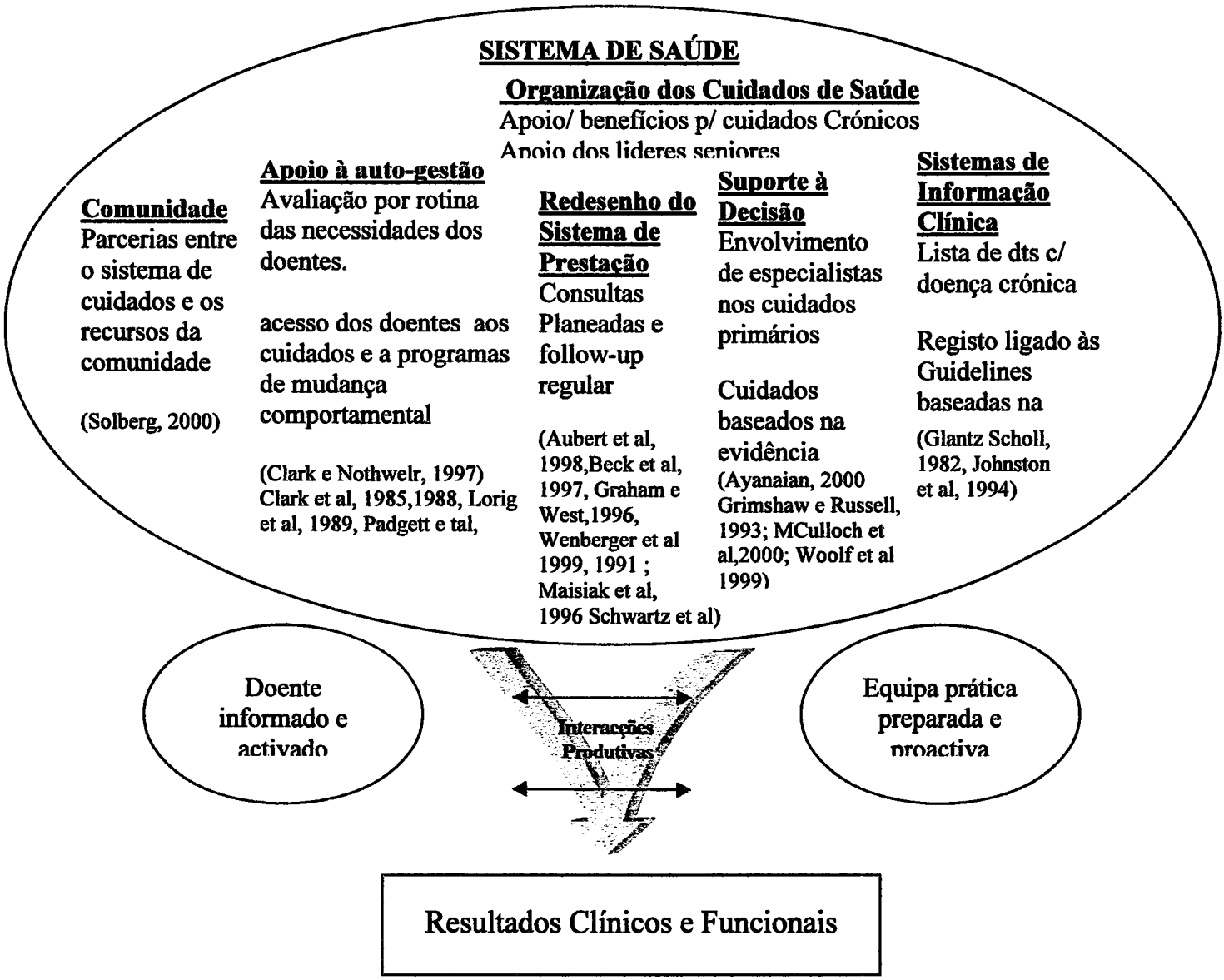
Sincerely,

Susan Klumb
Permissions Coordinator

190 NORTH INDEPENDENCE MALL WEST, PHILADELPHIA, PA 19106-1572, 215-351-2400, 800-523-1546, www.acponline.org

Anexo II – Modelo de Cuidados Crónicos

Modelo de Cuidados Crónicos



Fonte: GUERRA, João L. Morais. (2002). **A Gestão das Doenças Crónicas no Sistema de Saúde**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). pp 165.

ANEXO III - Questionário

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se a colher informação de factos sobre a **estrutura**, o **processo** e as práticas das organizações de prestação de cuidados saúde. A informação recolhida serve apenas para propósitos de investigação, no âmbito da elaboração de uma tese de mestrado em Intervenção Sócio – Organizacional na Saúde da UE/ESTSL.

1 - Por favor, responda colocando em cada fila um círculo no nº que melhor descreve o nível actualmente existente para IRC e o local de Prestação de Cuidados seleccionado (ex: Consulta Hospitalar, Internamento, Centro de Saúde, Hospital de Dia).

2 - As filas representam aspectos chave dos cuidados de doenças crónicas, numa perspectiva de Gestão da Doença. Cada aspecto (componente) está dividido em quatro níveis que revelam vários estadios no processo de evolução da Gestão da Doença e da melhoria dos cuidados de doenças crónicas. Os estadios estão representados por pontos que variam na margem de 0 a 11, o valor mais elevado indica que as acções descritas nessa caixa estão mais desenvolvidas e plenamente implementadas.

Organização:_____	**Grupo Profissional:**
Consulta Hospitalar..... ☐	Médico..... ☐
S. Internamento..... ☐	Enfermeiro..... ☐
Centro de Saúde..... ☐	**Função:**_____
Hospital Dia..... ☐	
	Data: ____/_____/____

Estrutura – são os recursos disponíveis para fornecer o serviço
Processo – " o próprio atendimento", ou seja, o conjunto de procedimentos realizados para concretizar o serviço in Improving Medical, Hospital and Health Services, Berwick DM,Godfrey AB, Roessner J 1995, Makron Books.

PARTE I

Organização do Sistema de Cuidados de Saúde. Os programas de gestão de doenças crónicas podem ser efectivos se a Organização global do sistema de provisão de cuidados estiver orientada de uma forma que permita uma focalização dos cuidados nas doenças crónicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Liderança Organizacional Global dos Cuidados para a Doenças Crónicas	... não existe ou há pouco interesse.	... reflecte-se nas declarações de visão e planos de actividade, mas não há recursos especificamente destinados para executar o trabalho.	... reflecte-se na liderança dos gestores de topo e nos recursos especificamente dedicados (financeiros e recursos humanos).	... é parte de um planeamento estratégico de longo prazo da Organização, recebe recursos necessários e é responsabilizado pessoal específico.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Objectivos Hospitalares/ Centro de Saúde para Cuidados Crónicos	... não existem ou são limitados a uma doença	... existem, mas não são activamente cumpridos nem revistos.	...são mensuráveis, cumpridos e revistos.	...são mensuráveis, revistos por rotina e incorporados em planos de melhoria.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Melhoria Estratégica para Cuidados de Doença	... é ad hoc e não organizada ou consistentemente suportada.	... utiliza abordagens ad hoc para problemas alvo à medida que vão emergindo.	... utiliza uma comprovada estratégia de melhoria para problemas alvo.	... inclui uma comprovada estratégia de melhoria e usa-a proactivamente na satisfação dos objectivos Organizacionais
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Incentivos e Normas do Hospital/Centro de Saúde para Cuidados de Doenças Crónicas	... não existem ou não são usados para influenciar objectivos de performance clínica	... são usados para influenciar a utilização e os custos dos cuidados de Doenças Crónicas.	... usados para apoiar os objectivos dos cuidados ao doente.	..explicítamente usados para motivar os prestadores a apoiar os objectivos dos cuidados ao doente.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Organização do Sistema de Cuidados de Saúde (continuação)

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Gestores de Topo	... são indiferentes ou desencorajam acompanhamento de doentes crónicos.	... não fazem com que as melhorias para os cuidados de doenças crónicas sejam uma prioridade.	... encorajam os esforços de melhoria para os cuidados crónicos	... visivelmente participam nos esforços de melhoria dos cuidados crónicos.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Benefícios	... desencorajam a autogestão do doente ou mudanças no sistema.	... não encorajam, nem desencorajam a autogestão do doente/mudanças do sistema.	... encorajam a autogestão do doente ou mudanças no sistema	... são especificamente designados para promover melhores cuidados crónicos.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

PARTE II

Ligações aos Recursos da Comunidade. As ligações entre o sistema de prestação de cuidados (ou a prática dos prestadores) e os recursos da comunidade desempenham papéis importantes na gestão das doenças crónicas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Ligações dos doentes a Recursos Externos	... não é feita sistematicamente.	... está limitada a uma lista de recursos comunitários identificados num formato acessível	... é realizada através de pessoal designado ou de recursos responsáveis por assegurar que prestadores e doentes fazem o uso máximo dos recursos comunitários	... é realizada através de uma Coordenação activa entre o SNS, o sector privado, o sector Social e os recursos comunitários.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre os sectores do Sistema Nacional de Saúde	... não existem	... estão a ser consideradas mas ainda não foram implementadas.	... estão formadas e visam desenvolver um apoio a programas e políticas.	... são activamente procuradas para desenvolver um apoio formal a programas e políticas através da globalidade do Sistema de Saúde.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Impacto dos planos ou Programas de Saúde Nacionais/ Regionais nas Organizações	... não coordenam normas de orientação, medidas ou recursos de cuidados no nível prático.	... consideram algum grau de coordenação de normas de orientação, medidas ou recursos de cuidados no nível prático, mas não foram ainda implementadas mudanças.	... correntemente coordenam normas de orientação, medidas ou recursos de cuidados em uma ou duas doenças crónicas.	...correntemente coordenam normas de orientação da doença crónica, medidas e recursos de cuidados no nível prático para a maioria das doenças crónicas.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

PARTE III

Nível Prático. Vários componentes que se manifestam ao nível da prática de prestadores individuais (p.e. uma clínica) têm demonstrado ser capazes de melhorar os cuidados das doenças crónicas. Estas características recaem sobre áreas gerais de apoio **a:** 1 - **Auto - Gestão do doente**, 2 - **Questões de Organização do sistema de prestação que directamente afectam a prática**, 3. - **Mecanismos de suporte à decisão**, 4 - **Sistemas de informação**.

3 a): Apoio à Auto-Gestão do Doente. O apoio efectivo à auto-gestão pode ajudar os doentes e as famílias a enfrentar os desafios do que representa viver com e tratar doenças crónicas, contribuindo para reduzir sintomas e complicações.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão	... não são efectuadas.	... são esperadas e efectuadas.	... são completadas de uma forma padronizada.	... são regularmente avaliadas e registadas de forma padronizada e ligadas a um plano de tratamento disponível para ser posto em prática com doentes.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Apoio à Auto-Gestão	... está limitado à distribuição de informação (ex:panfletos e brochuras).	... está disponível por referenciação a aulas sobre auto-gestão ou com o apoio de educadores.	... é fornecido por educadores clínicos treinados que são designados para o apoio à auto-gestão.e que vêm doentes referenciados.	... é fornecido por educadores clínicos familiarizados com cada prática, treinados no "empowerment" do doente e em metodologias de resolução de problemas e vêm a maioria dos doentes crónicos.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Preocupações com Doentes e Familiares	... não se verificam consistentemente.	... verificam-se para doentes e famílias específicas por referenciação.	...são encorajadas e apoiadas pelos pares, grupos e pelos programas disponíveis.	... são uma parte integrante dos cuidados e incluem avaliação sistemática e envolvimento por rotina dos pares, grupos ou programas.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 a): Apoio à Auto-Gestão do Doente (continuação)

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e de Apoio dos Pares	... não existe.	... está limitado à distribuição de panfletos, brochuras ou outra informação escrita.	... existe apenas quando os doentes são referenciados a centros especializados dotados de pessoal treinado.	... prontamente disponível e são parte integrante da rotina dos cuidados
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 b) Mecanismos de Suporte à Decisão. Os programas de gestão de doenças de doenças crónicas efectivos asseguram que os prestadores têm acesso à informação baseada na evidência, necessária para o suporte à decisão para tratar doentes. Isto inclui normas de orientação e protocolos de práticas baseadas na evidência, consultas de especialistas, educação dos prestadores e de informação aos doentes para estimularem as equipas de prestadores a utilizar terapêuticas efectivas.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Normas de Orientação Baseadas na Evidência	... não estão disponiveís.	... disponíveis, mas não integradas na prestação de cuidados.	... disponíveis suportadas pela educação do prestador.	... estão disponíveis, suportadas pela educação do prestador e integradas nos cuidados através de sinais de lembrança e outros métodos comprovados de mudança de comportamento do prestador.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários	... processa-se primariamente através da referenciação tradicional.	... é conseguida através da liderança de especialistas para aumentar a capacidade de todo o sistema na implementação rotineira das normas de orientação.	... inclui liderança de especialistas e especialistas designados que dão treino às equipas de cuidados primários.	... inclui liderança de especialistas e envolvimento de especialistas na melhoria dos doentes dos cuidados primários.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 b) Mecanismos de Suporte à Decisão (continuação)

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Educação do prestador para Cuidados de Doenças Crónicas	... é fornecida esporadicamente.	... é fornecida sistematicamente através de métodos tradicionais.	... é fornecida utilizando métodos optimizados(p.e. detalhe académico)	... inclui treino de todas as equipas práticas em cuidados de doenças crónicas, métodos tais como a gestão baseada na população e o apoio à auto-gestão.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Informação dos Doentes sobre as Normas de Orientação	... não é feita.	... acontece se for a pedido.	... é feita atracvés de material didático específico para o doente e para cada norma de orientação.	... inclui material específico desenvolvido para os doentes que querem saber qual o seu papel na adesão às normas de orientação.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 c) Organização do Sistema de Prestação. A evidência sugere que a gestão efectiva das doenças crónicas envolve mais do que o simples acrescentar de intervenções adicionais a um sistema focalizado para cuidados agudos. Podem ser necessárias mudanças nas práticas organizacionais que tenham impacto na provisão dos cuidados.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Funcionamento e Prática de Equipa	... não se verifica.	... verifica-se e é assegurada pela disponibilidade de indivíduos com treino apropriado em elementos chave dos cuidados de doenças crónicas.	... é assegurado pelo encontro regular de equipas para explicar as normas de orientação, os papeis e responsabilidades e problemas nos cuidados de doenças crónicas.	... é assegurado por equipas que se encontram regularmente e têm papeis claramente definidos incluindo a educação e auto-gestão do doente, follow-up proactivo e coordenação de recursos e outras competências de cuidados crónicos.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 c) Organização do Sistema de Prestação (continuação)

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Liderança e Prática de Equipa	... não é reconhecida localmente ou pela organização (Hospital/Centro de Saúde).	... é assumida pela organização para actuar em situações especificas.	... é assegurada por um chefe de equipa, mas o seu papel nas doenças crónicas não está definido.	... é garantida pela nomeação de um chefe de equipa que assegura que os papeis e responsabilidades para com os cuidados das doenças crónicas estão claramente definidos.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Sistema de Marcação de Consultas	... pode ser usado para consultas urgentes e seguimento.	... assegura o seguimento programado de doentes crónicos.	... é flexível e pode incorporar inovações tais como a duração das consultas de rotina ou consultas colectivas.	... inclui uma organização dos cuidados que facilita a observação do doente pelos prestadores múltiplos numa única consulta.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Seguimento (follow-up)	... é programado pelos doentes ou prestadores de forma ad doc.	... é programada pela prática concordante com as normas de orientação.	... é assegurada pela equipa através da monitorização da utilização do doente.	... é adaptada às necessidades do doente, varia em intensidade e metodologia (telefone, e-mail pessoalmente) e assegura o follow-up das normas de orientação
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas	... não são usadas.	... são ocasionalmente usadas para doentes complicados.	... são uma opção para doentes interessados.	... são usadas por todos os doentes crónicos e incluem uma avaliação regular, intervenções preventivas e atenção à auto-gestão.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 c) Organização do Sistema de Prestação (continuação)

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Continuidade de Cuidados	... não é uma prioridade.	... depende da comunicação escrita entre os prestadores dos cuidados primários e os especialistas, ou prestadores de outros sectores do Sistema Nacional de Saúde.	... entre prestadores dos cuidados primários e especialistas e outros prestadores relevantes, sendo encarada como uma prioridade mas não é sistematicamente implementada.	... é uma alta prioridade e todas as intervenções dirigidas às doenças crónicas incluem coordenação activa entre cuidados primários, especialistas e outros.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 d) Sistema de Informação. A informação útil, em tempo oportuno acerca de doentes individuais e de populações de doentes com doenças crónicas é um aspecto crítico para os programas de gestão de doenças crónicas efectivos, especialmente os que usam uma abordagem baseada na população.

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Registo (lista de doentes com doenças crónicas especificas)	... não disponível.	... inclui o nome, diagnóstico, informação de contacto e data do último contacto quer em registo de papel quer em base de dados informatizada.	... permite fazer perguntas sobre sub-populações por prioridades clínicas.	... está ligado às normas de orientação que fornecem pontos e sinais de lembrança acerca dos serviços necessários.
Score	**0..... .....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Sinais de Lembrança para os Prestadores	... não disponíveis	... incluem a notificação geral da existência de uma doença crónica, mas não descrevem os serviços necessários no momento da consulta.	... incluem indicações dos serviços necessários para populações de doentes através de relatórios periódicos.	... incluem informação específica para sobre a aderência às normas de orientação no momento das consultas individuais.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 d) Sistema de Informação (continuação)

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Informação de Retorno	... não está disponível ou é não específica da equipa.	... é fornecida a intervalos infrequentes e é prestada impessoalmente.	... ocorre a intervalos suficientemente frequentes para monitorizar a performance e é especifica da equipa que segue aquela população.	... é em tempo útil, especifica da equipa, prestada pessoalmente e por rotina por um respeitado líder de opinião para melhorar a performance da equipa.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Informação sobre Subgrupos Relevantes de Doentes a Necessitar dos Serviços	... não disponível.	... só pode ser obtida com reforços especiais ou com programação adicional.	... pode ser obtida a pedido, mas está disponível por rotina.	... é fornecida por rotina aos prestadores para os ajudar a prestar cuidados planeados.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Planos de Tratamento dos Doentes	... não são esperados.	... são conseguidos através de uma abordagem padronizada.	... são estabelecidos com base na colaboração e incluem objectivos de auto-gestão assim como clínicos.	... são estabelecidos com base na colaboração e incluem auto-gestão e gestão clínica. O seguimento e os guias de cuidados ocorrem em todos os locais de prestação de cuidados.
Score	**0..... ....1..... .....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao Doente	... não disponível ou não especifica da equipa.	... é fornecida a intervalos infrequentes e a pedido.	... ocorre a intervalos suficientemente frequentes para monitorizar os custos com efectividade.	... é em tempo útil, prestada por rotina e visando manter o controlo dos custos.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

3 d) Sistema de Informação. (continuação)

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
A Gestão de Dados Fornece Informação sobre Padrões de Prática Individual/ Melhores Práticas	... não disponível.	... é fornecida a pedido e exige grandes esforços.	... ocorre a intervalos suficientemente frequentes para monitorizar o desempenho individual e da equipa que segue aquela população.	... é em tempo útil, prestada por rotina para melhorar os desempenhos individuais e da equipa.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Componentes	Nível D	Nível C	Nível B	Nível A
Informação sobre resultados Económicos Identifica Eventos como: Consultas, Internamentos, Demoras Médias, Recursos ao Serviço de Urgência	... não disponível.	... só pode ser obtida com esforços especiais ou programação adicional.	... pode ser obtida a pedido, mas não está disponível por rotina.	... é fornecida por rotina aos prestadores para os ajudar a prestar cuidados planeados.
Score	**0.....1.....2**	**3.....4.....5**	**6.....7.....8**	**9.....10.....11**

Sugestões:_____

Obrigado pela sua colaboração

Maria Elisa Brissos

ANEXO I V – Pedido de Autorização à Srª Presidente da ARSA para aplicação dos Questionários

ARSA ENTRADA 27.06.05 04979

Autorizado
Deverá ser dado o conhecimento aos responsáveis das instituições envolvidas
05-06-30

Exm.ª Senhora
Presidente da ARS Alentejo
Dr.ª Rosa Zorrinho

Rosa Valente de Matos
Presidente do Conselho de administração

Maria Elisa Elias Brissos, aluna do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional em Saúde da Universidade de Évora /Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, em fase de elaboração da dissertação do Mestrado subordinada ao tema "**A Gestão da Doença Crónica – O caso particular da Insuficiência Renal Crónica na Região Alentejo,**" pretendendo com esta tese procurar a compreensão da seguinte questão: Quais os padrões de funcionamento que estão subjacentes à gestão das práticas Organizacionais ao nível da estrutura e do processo, nas diferentes Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde e se os mesmos concorrem para a satisfação das necessidades específicas dos IRC?

Para o efeito, irei proceder à aplicação de inquérito por questionário destinado a ser preenchido pelos gestores de topo (Director de Serviço/Enfermeiro Chefe ou Responsáveis pelos serviços e consultas da doença crónica objecto desta investigação) das Organizações de Prestação de Cuidados de Saúde, nomeadamente os Hospitais de Beja, Évora e Portalegre e ainda os Centros de Saúde das três Sub-Regiões.

Estou convicta, de que a natureza deste projecto faz com que ele esteja dependente da cooperação das direcções das Administrações dos Hospitais e Centros de Saúde nas questões referentes aos modelos de gestão praticados.

Desta forma, agradeço a Vª Exª que se digne autorizar a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, em nome da investigação académica e no interesse da melhoria da qualidade dos Cuidados de Saúde Prestados.

Com os melhores cumprimentos,

Évora, 27 de Junho de 2005

(Maria Elisa Brissos)

ANEXO V - Tabelas

1ª CATEGORIA (Organização do Sistema de Cuidados de Saúde)

Tabela 1

Liderança Organizacional Global dos Cuidados para as Doenças Crónicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,9	1,9	1,9
	1	3	5,7	5,7	7,5
	2	3	5,7	5,7	13,2
	3	11	20,8	20,8	34,0
	4	17	32,1	32,1	66,0
	5	7	13,2	13,2	79,2
	6	5	9,4	9,4	88,7
	7	1	1,9	1,9	90,6
	8	4	7,5	7,5	98,1
	11	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabela 2

Objectivos Hospitalares/Centro de Saude para Cuidados Crónicos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	13,2	13,2	13,2
	1	1	1,9	1,9	15,1
	2	9	17,0	17,0	32,1
	3	10	18,9	18,9	50,9
	4	11	20,8	20,8	71,7
	5	6	11,3	11,3	83,0
	6	3	5,7	5,7	88,7
	7	2	3,8	3,8	92,5
	8	4	7,5	7,5	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabela 3

Melhoria Estratégica para Cuidados de Doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,9	1,9	1,9
	2	3	5,7	5,7	7,5
	3	8	15,1	15,1	22,6
	4	15	28,3	28,3	50,9
	5	8	15,1	15,1	66,0
	6	7	13,2	13,2	79,2
	7	8	15,1	15,1	94,3
	8	1	1,9	1,9	96,2
	9	2	3,8	3,8	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabela 4

Incentivos e Normas do Hospital/Centro de Saúde para Cuidados de Doenças Crónicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	9,4	9,4	9,4
	1	12	22,6	22,6	32,1
	2	12	22,6	22,6	54,7
	3	4	7,5	7,5	62,3
	4	5	9,4	9,4	71,7
	5	4	7,5	7,5	79,2
	6	5	9,4	9,4	88,7
	7	3	5,7	5,7	94,3
	8	1	1,9	1,9	96,2
	10	2	3,8	3,8	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabela 5

Gestores de Topo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	10	18,9	19,2	19,2
	4	13	24,5	25,0	44,2
	5	6	11,3	11,5	55,8
	6	8	15,1	15,4	71,2
	7	6	11,3	11,5	82,7
	8	5	9,4	9,6	92,3
	9	1	1,9	1,9	94,2
	10	1	1,9	1,9	96,2
	11	2	3,8	3,8	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 6

Benefícios

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	11	20,8	21,2	21,2
	4	14	26,4	26,9	48,1
	5	3	5,7	5,8	53,8
	6	11	20,8	21,2	75,0
	7	6	11,3	11,5	86,5
	8	5	9,4	9,6	96,2
	10	2	3,8	3,8	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

2 ª CATEGORIA (Ligações aos Recursos da Comunidade)

Tabela 7

Ligações dos doentes a Recursos Externos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,9	1,9	1,9
	2	2	3,8	3,8	5,7
	3	11	20,8	20,8	26,4
	4	12	22,6	22,6	49,1
	5	12	22,6	22,6	71,7
	6	5	9,4	9,4	81,1
	7	3	5,7	5,7	86,8
	8	2	3,8	3,8	90,6
	9	1	1,9	1,9	92,5
	10	4	7,5	7,5	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabela 8

Parcerias entre as Organizações Comunitárias e entre os sectores do Sistema Nacional de Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	1,9	1,9	1,9
	2	8	15,1	15,4	17,3
	3	5	9,4	9,6	26,9
	4	2	3,8	3,8	30,8
	5	4	7,5	7,7	38,5
	6	16	30,2	30,8	69,2
	7	8	15,1	15,4	84,6
	8	2	3,8	3,8	88,5
	9	5	9,4	9,6	98,1
	10	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 9

Impacto dos planos ou Programas de Saude Nacionais /Regionais nas Organizações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	5,7	5,7	5,7
	2	8	15,1	15,1	20,8
	3	4	7,5	7,5	28,3
	4	11	20,8	20,8	49,1
	5	9	17,0	17,0	66,0
	6	7	13,2	13,2	79,2
	7	5	9,4	9,4	88,7
	8	3	5,7	5,7	94,3
	9	3	5,7	5,7	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

3ª CATEGORIA (Apoio à Auto-Gestão)

Tabela 10

Avaliação e Documentação de Actividades e Necessidades de Auto-Gestão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	6	11,3	11,5	11,5
	1	3	5,7	5,8	17,3
	2	16	30,2	30,8	48,1
	3	5	9,4	9,6	57,7
	4	7	13,2	13,5	71,2
	5	10	18,9	19,2	90,4
	6	3	5,7	5,8	96,2
	7	2	3,8	3,8	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 11

Apoio à Auto-Gestão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	3,8	3,8	3,8
	1	5	9,4	9,6	13,5
	2	29	54,7	55,8	69,2
	3	4	7,5	7,7	76,9
	4	3	5,7	5,8	82,7
	5	2	3,8	3,8	86,5
	6	1	1,9	1,9	88,5
	7	4	7,5	7,7	96,2
	9	2	3,8	3,8	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 12

Preocupações com Doentes e Familiares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,9	1,9	1,9
	1	1	1,9	1,9	3,8
	2	4	7,5	7,7	11,5
	3	8	15,1	15,4	26,9
	4	7	13,2	13,5	40,4
	5	17	32,1	32,7	73,1
	6	3	5,7	5,8	78,8
	7	4	7,5	7,7	86,5
	8	4	7,5	7,7	94,2
	10	3	5,7	5,8	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 13

Comportamento Efectivo para Intervenções de Mudança e de Apoio dos Pares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,7	5,9	5,9
	1	1	1,9	2,0	7,8
	2	5	9,4	9,8	17,6
	3	6	11,3	11,8	29,4
	4	6	11,3	11,8	41,2
	5	14	26,4	27,5	68,6
	6	7	13,2	13,7	82,4
	7	5	9,4	9,8	92,2
	8	1	1,9	2,0	94,1
	10	3	5,7	5,9	100,0
	Total	51	96,2	100,0	
Missing	88	2	3,8		
Total		53	100,0		

4ª CATEGORIA (Mecanismos de Suporte à Decisão)

Tabela 14

Normas de Orientação Baseadas na Evidência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	9,4	9,6	9,6
	1	4	7,5	7,7	17,3
	2	14	26,4	26,9	44,2
	3	4	7,5	7,7	51,9
	4	4	7,5	7,7	59,6
	5	6	11,3	11,5	71,2
	6	7	13,2	13,5	84,6
	7	5	9,4	9,6	94,2
	8	2	3,8	3,8	98,1
	9	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 15

Envolvimento de Especialistas na Melhoria dos Cuidados Primários

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	3,8	4,0	4,0
	1	5	9,4	10,0	14,0
	2	31	58,5	62,0	76,0
	3	4	7,5	8,0	84,0
	4	1	1,9	2,0	86,0
	5	2	3,8	4,0	90,0
	6	1	1,9	2,0	92,0
	7	1	1,9	2,0	94,0
	8	2	3,8	4,0	98,0
	9	1	1,9	2,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	88	3	5,7		
Total		53	100,0		

Tabela 16

Educação do prestador para Cuidados de Doenças Crónicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,5	7,8	7,8
	1	3	5,7	5,9	13,7
	2	13	24,5	25,5	39,2
	3	7	13,2	13,7	52,9
	4	6	11,3	11,8	64,7
	5	15	28,3	29,4	94,1
	7	1	1,9	2,0	96,1
	8	1	1,9	2,0	98,0
	9	1	1,9	2,0	100,0
	Total	51	96,2	100,0	
Missing	88	2	3,8		
Total		53	100,0		

Tabela 17

Informação dos Doentes sobre as Normas de Orientação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,5	7,8	7,8
	1	3	5,7	5,9	13,7
	2	4	7,5	7,8	21,6
	3	6	11,3	11,8	33,3
	4	5	9,4	9,8	43,1
	5	18	34,0	35,3	78,4
	6	6	11,3	11,8	90,2
	7	2	3,8	3,9	94,1
	8	1	1,9	2,0	96,1
	9	2	3,8	3,9	100,0
	Total	51	96,2	100,0	
Missing	88	2	3,8		
Total		53	100,0		

5ª CATEGORIA (Organização do Sistema de Prestação)

Tabela 18

Funcionamento e Prática de Equipa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	4	7,5	7,7	7,7
	1	5	9,4	9,6	17,3
	2	13	24,5	25,0	42,3
	3	6	11,3	11,5	53,8
	4	5	9,4	9,6	63,5
	5	9	17,0	17,3	80,8
	6	2	3,8	3,8	84,6
	7	4	7,5	7,7	92,3
	8	2	3,8	3,8	96,2
	9	1	1,9	1,9	98,1
	23	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 19

Liderança e Prática de Equipa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,7	5,8	5,8
	1	1	1,9	1,9	7,7
	2	11	20,8	21,2	28,8
	3	7	13,2	13,5	42,3
	4	11	20,8	21,2	63,5
	5	9	17,0	17,3	80,8
	6	6	11,3	11,5	92,3
	7	1	1,9	1,9	94,2
	8	2	3,8	3,8	98,1
	9	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 20

Sistema de Marcação de Consultas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,9	1,9	1,9
	1	2	3,8	3,8	5,8
	2	7	13,2	13,5	19,2
	3	4	7,5	7,7	26,9
	4	10	18,9	19,2	46,2
	5	14	26,4	26,9	73,1
	6	5	9,4	9,6	82,7
	7	4	7,5	7,7	90,4
	8	2	3,8	3,8	94,2
	9	3	5,7	5,8	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 21

Seguimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	3,8	3,8	3,8
	1	2	3,8	3,8	7,7
	2	9	17,0	17,3	25,0
	3	9	17,0	17,3	42,3
	4	8	15,1	15,4	57,7
	5	8	15,1	15,4	73,1
	6	2	3,8	3,8	76,9
	7	5	9,4	9,6	86,5
	8	1	1,9	1,9	88,5
	9	3	5,7	5,8	94,2
	10	2	3,8	3,8	98,1
	33	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 22

Consultas Planeadas para Cuidados de Doenças Crónicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,7	5,8	5,8
	1	1	1,9	1,9	7,7
	2	7	13,2	13,5	21,2
	3	2	3,8	3,8	25,0
	4	5	9,4	9,6	34,6
	5	6	11,3	11,5	46,2
	6	6	11,3	11,5	57,7
	7	6	11,3	11,5	69,2
	8	5	9,4	9,6	78,8
	9	9	17,0	17,3	96,2
	10	2	3,8	3,8	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 23

Continuidade dos Cuidados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1,9	1,9	1,9
	2	3	5,7	5,8	7,7
	3	8	15,1	15,4	23,1
	4	11	20,8	21,2	44,2
	5	10	18,9	19,2	63,5
	6	6	11,3	11,5	75,0
	7	7	13,2	13,5	88,5
	8	5	9,4	9,6	98,1
	9	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

6ª CATEGORIA (Sistema de Informação)

Tabela 24

Registo (lista de doentes com doenças crónicas especificas)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	13,2	13,5	13,5
	1	4	7,5	7,7	21,2
	2	8	15,1	15,4	36,5
	3	12	22,6	23,1	59,6
	4	7	13,2	13,5	73,1
	5	13	24,5	25,0	98,1
	8	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Missing	88	1	1,9		
Total		53	100,0		

Tabela 25

Sinais de Lembrança para os Prestadores

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	7	13,2	13,7	13,7
	1	5	9,4	9,8	23,5
	2	15	28,3	29,4	52,9
	3	9	17,0	17,6	70,6
	4	8	15,1	15,7	86,3
	5	3	5,7	5,9	92,2
	6	1	1,9	2,0	94,1
	7	1	1,9	2,0	96,1
	9	2	3,8	3,9	100,0
	Total	51	96,2	100,0	
Missing	88	2	3,8		
Total		53	100,0		

Tabela 26

Informação de Retorno

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	9,4	10,0	10,0
	1	5	9,4	10,0	20,0
	2	11	20,8	22,0	42,0
	3	5	9,4	10,0	52,0
	4	8	15,1	16,0	68,0
	5	6	11,3	12,0	80,0
	6	5	9,4	10,0	90,0
	7	2	3,8	4,0	94,0
	8	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	88	3	5,7		
Total		53	100,0		

Tabela 27

Informação sobre Subgrupos Relevantes de Doentes a Necessitar dos Serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	5	9,4	10,0	10,0
	1	5	9,4	10,0	20,0
	2	11	20,8	22,0	42,0
	3	5	9,4	10,0	52,0
	4	8	15,1	16,0	68,0
	5	6	11,3	12,0	80,0
	6	5	9,4	10,0	90,0
	7	2	3,8	4,0	94,0
	8	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	88	3	5,7		
Total		53	100,0		

Tabela 28

Planos de Tratamento dos Doentes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	5,7	6,0	6,0
	1	1	1,9	2,0	8,0
	2	7	13,2	14,0	22,0
	3	12	22,6	24,0	46,0
	4	7	13,2	14,0	60,0
	5	13	24,5	26,0	86,0
	6	3	5,7	6,0	92,0
	7	2	3,8	4,0	96,0
	9	1	1,9	2,0	98,0
	10	1	1,9	2,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	88	3	5,7		
Total		53	100,0		

Tabela 29

Informação de Custos Variáveis de Prestação de Cuidados ao Doente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	28,3	29,4	29,4
	1	13	24,5	25,5	54,9
	2	11	20,8	21,6	76,5
	3	5	9,4	9,8	86,3
	4	3	5,7	5,9	92,2
	5	3	5,7	5,9	98,0
	6	1	1,9	2,0	100,0
	Total	51	96,2	100,0	
Missing	88	2	3,8		
Total		53	100,0		

Tabela 30

A Gestão de Dados Fornece Informação sobre Padrões de Prática Individual/ Melhores Práticas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	11	20,8	22,0	22,0
	1	11	20,8	22,0	44,0
	2	12	22,6	24,0	68,0
	3	7	13,2	14,0	82,0
	4	3	5,7	6,0	88,0
	5	1	1,9	2,0	90,0
	6	1	1,9	2,0	92,0
	7	3	5,7	6,0	98,0
	8	1	1,9	2,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	88	3	5,7		
Total		53	100,0		

Tabela 31

Informação sobre resultados Económicos Identifica Eventos como: Consultas, Internamentos,

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	12	22,6	24,0	24,0
	1	4	7,5	8,0	32,0
	2	10	18,9	20,0	52,0
	3	7	13,2	14,0	66,0
	4	3	5,7	6,0	72,0
	5	1	1,9	2,0	74,0
	6	6	11,3	12,0	86,0
	7	1	1,9	2,0	88,0
	8	4	7,5	8,0	96,0
	9	1	1,9	2,0	98,0
	10	1	1,9	2,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	88	3	5,7		
Total		53	100,0		