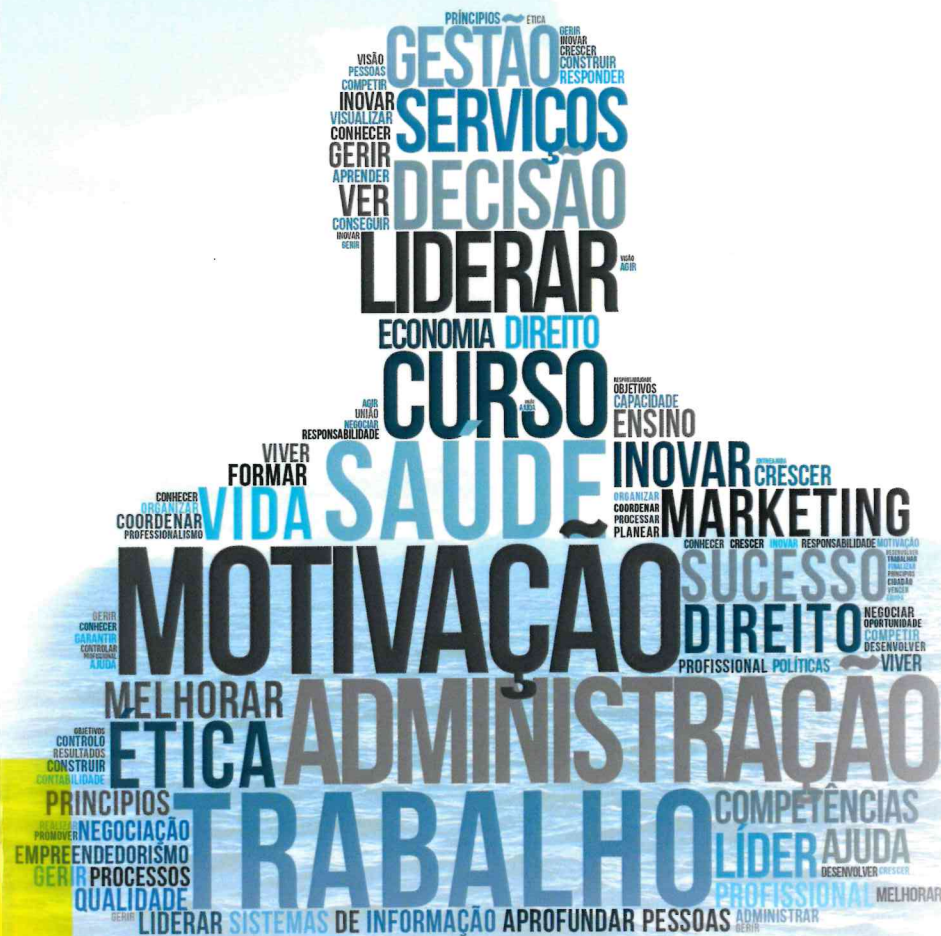


ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE

Henrique Lopes Pereira
(Coordenação)



Administração e Gestão em Saúde

Coletânea de textos I

Henrique Lopes Pereira

(Coordenação)

2015

FICHA TÉCNICA

TÍTULO: Administração e Gestão em Saúde

CORDENAÇÃO: Henrique Lopes Pereira

EDIÇÃO: Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha
Portuguesa de Oliveira de Azeméis

Rua da Cruz Vermelha - Cidacos
3720-126 Oliveira de Azeméis
e-mail: esenfcvpoa.eu

www.esenfcvpoa.eu

FOTOCOMPOSIÇÃO: Manuela Castro

CAPA: Diogo Araújo

1ª edição

Impressão e acabamento:

Realbase, Lda
Albergaria-a-Velha

Depósito Legal: 398573/15

ISBN: 978-989-98837-1-0

O conteúdo de cada texto é da responsabilidade
dos respetivos autores

Cuidados de Saúde Primários na Região Autónoma da Madeira: Compromissos com o Cliente

*Cisaltina Sousa Pinto
Maria Goreti Andrade
António Gonçalo Jardim
Pedro Rodrigues Gouveia
Soraya Gonçalves Machado*

Desde a Conferência de Alma – Ata (1978), diversas definições surgiram sobre os Cuidados Primários de Saúde (CPS), podendo ser definidos como um conjunto de valores - direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade, de princípios - responsabilidade governamental, sustentabilidade, participação de diversos sectores, como o comunitário e o social, além de um conjunto de recursos estruturantes que são considerados como atribuições do sistema de saúde. Estes são descritos como acessibilidade - serviços disponíveis para suprir as necessidades dos clientes; integralidade - atenção integral a nível biopsicossocial no processo saúde doença e suas ações; longitudinalidade - fonte continuada de atenção e utilização dos serviços, com intensa relação entre os utentes e profissionais, coordenação entre os serviços, orientação familiar e comunitária, e não menos importante a atribuição de competências aos clientes para que estes possam participar nas questões associadas à promoção da sua saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (2011), quando elaborou o “Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro de cuidados gerais”, no domínio B2, item 37 (p.16) refere que este “Atua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e a comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis”. O presente texto tem como objetivos promover uma abordagem aos CSP na Região Autónoma da Madeira (RAM) e refletir

sobre as estratégias futuras a serem desenvolvidas.

Cuidados de saúde primários na RAM

A RAM é um arquipélago português, dotado de autonomia política e administrativa, que decorre do Estatuto Político Administrativo da RAM previsto na Constituição da República Portuguesa. A autonomia regional, prevista na Constituição da República Portuguesa de 1976, pressupõe a criação de estruturas adequadas à sua efetivação, criando-se assim a Secretaria Regional para os Assuntos Sociais e Saúde (Decreto Regional nº2/76). Esta região Autónoma apresenta condições específicas que determinaram o seu próprio estatuto e que impuseram a criação de órgãos de apoio ao governo regional, como a Direção Regional de Saúde (Decreto Regional 11/76, p.1), cujos objetivos eram *“a promoção e vigilância da saúde e prevenção das doenças, e o diagnóstico e tratamento dos indivíduos doentes e reabilitação dos diminuídos”*. Também na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), na Base VIII podemos confirmar a regionalização do Sistema de Saúde na RAM, nos seus artigos 1 e 2 referindo que *“a política de saúde é definida e executada pelos órgãos do governo próprio, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei (...) que devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde”*. A primeira revisão do Estatuto Político-Administrativo da RAM (Lei nº 13/91, p. 1.) reforça, no artigo 2, que *“O regime autonómico próprio da RAM fundamenta-se nas suas características geográficas, económicas, sociais e culturais e nas históricas aspirações autonomistas do seu povo.”* Ainda neste documento salienta-se que *“A regionalização de serviços e a transferência de poderes prosseguem de acordo com a Constituição e a lei, devendo ser sempre acompanhadas dos correspondentes meios financeiros para fazer face aos respetivos encargos”* (Artº 12, p 12).

Em 2003, surge o Decreto Legislativo Regional nº 9/2003, que legisla a orgânica e o regime do Serviço Regional de Saúde e cuja principal alteração reside na união dos dois institutos públicos autónomos existentes – Centro Regional de Saúde e Centro Hospitalar do Funchal. Com o novo Estatuto do Sistema Regional de Saúde, verteram-se novos valores e princípios orientadores da reforma do setor, bem como a criação

de uma unidade integrada de cuidados orientados para a obtenção de ganhos em saúde. Implementaram-se novos métodos de gestão, *“que promovam a competência, a responsabilização, a eficácia e a garantia da melhoria contínua da qualidade”* (2003, p.1). O Serviço Regional de Saúde foi transformado numa entidade pública empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com uma gestão de tipo empresarial, fazendo frente às normas tradicionais da Administração Pública que se revelavam burocráticas e centralizadoras, reclamando a utilização de instrumentos, técnicas e métodos flexíveis. O Decreto Legislativo Regional nº 23/2008 revê e efetua alterações no regime e orgânica do Serviço de Saúde da RAM, abreviadamente designado por SESARAM, entidade pública ou empresarial (E.P.E).

O Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. é uma unidade integrada de prestação de cuidados de saúde, articulando os centros de saúde e os hospitais, sendo responsável pela prestação de cuidados aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais. O Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. (2014), tem como visão *“alcançar uma elevada promoção e proteção da saúde das pessoas e populações, tido como importante fator da sua prosperidade, através de um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficiência, e humanidade no quadro dos recursos disponíveis e das capacidades instaladas”*. E, como missão (2014):

- a) Prestar cuidados de saúde, cuidados e tratamentos continuados, cuidados paliativos à população, designadamente aos beneficiários do Serviço Regional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com aquele contratem tais cuidados e a todos os cidadãos em geral, de forma integrada, através de uma rede de serviços de fácil acesso, com uma eficiência técnica e social de elevado nível que permita a obtenção de ganhos em saúde;
- b) Desenvolver atividades de investigação e formação, tanto nos seus serviços, como em unidades específicas;
- c) Garantir o apoio técnico e logístico ao desenvolvimento dos programas de saúde de âmbito regional, promovidos pelo Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP- RAM, em termos a celebrar por protocolo.

Quadro 1 – Análise SWOT da Saúde na RAM

Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)
- Orientação para a inovação - Dotação significativa de equipamentos e estruturas básicas e avançadas - Exploração máxima do potencial produtivo da capacidade instalada no sector público - Liderança na operacionalização das linhas de mudança negociadas - Diferenciação de respostas em CSP e Cuidados Continuados Integrados	- Indefinição dos circuitos de articulação entre serviços - Carência de recursos especializados - Insuficiência dos sistemas e redes de informação - Falta de alinhamento organizacional - Baixos níveis de comunicação - Desconhecimento interinstitucional - Iniciante governação clínica - Financiamento da saúde assente em processos e produção
Oportunidades (O)	Constrangimentos (T)
- Reprogramação sociocultural em tempo de crise económica e financeira - Reorganização da oferta de serviços e cuidados de saúde - Competências para respostas em emergências - Disponibilidade de sistemas de informação no mercado	- Restrições legais à contratação e manutenção de recursos humanos - Crise económico-financeira e consequentes restrições orçamentais - Imprevisibilidade de acontecimentos em saúde (Ex. pandemia da gripe) e de ordem natural como aluviões, ondas de calor e incêndios de dimensões consideráveis - Responsabilização do cidadão pouco expressiva na utilização dos serviços de saúde e na gestão da sua própria saúde - Inclusão restritiva da saúde/dos conceitos de políticas públicas saudáveis nos outros sectores - Envelhecimento demográfico - Mortalidade precoce por algumas doenças crónicas

Fonte: A Saúde com as pessoas, Plano Regional de Saúde 2011-2016

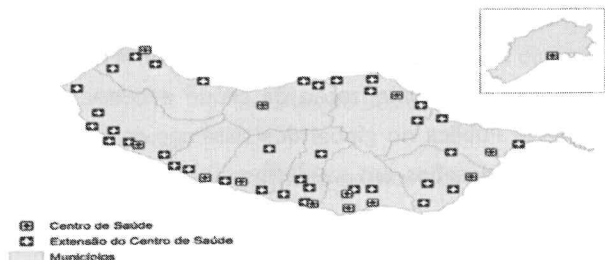
O Plano Regional de Saúde 2011-2016 realiza uma análise ao ambiente interno e externo do serviço regional de saúde, definindo estratégias de intervenção para este sector e de apoio na sua relação com a vida pública. A nível dos CSP, o referido Plano salienta a promoção e valorização da saúde e bem-estar da comunidade, posicionando a Saúde Pública no global dos sistemas de saúde, como a garantia de resposta aos novos desafios em saúde, assegurando a promoção da saúde e prevenção da doença.

Características da população dos centros de saúde

Acompanhando a realidade mundial, na RAM, também ocorre o aumento da expectativa de vida das pessoas. A crise mundial que assola diversos países Europeus fez com que a população deixasse de procurar frequentemente os serviços privados de saúde, procurando maioritariamente os serviços públicos. Esta realidade é observada pelos Centros de Saúde quando realizam os seus relatórios anuais. O aumento da procura é evidente, porém os dados estatísticos são específicos de cada Centro de Saúde e do domínio do Conselho de Administração do SESARAM-EPE, para a elaboração de estratégias de intervenção nas diversas áreas e municípios da RAM.

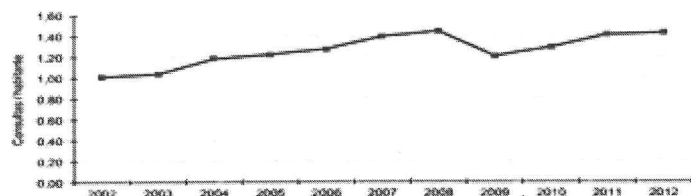
Seguidamente apresentamos alguns dados constantes no documento elaborado pela Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM) publicado em Março de 2014, que apresenta um estudo no período compreendido entre 2002-2012, e descreve o número de médicos e de enfermeiros, além das consultas realizadas neste período e os tipos de procura nos serviços de saúde.

A RAM possui 13 Centros de Saúde (8 com serviço de urgência e 2 com internamento) e 36 extensões.

Figura 1 - Centros de Saúde e Extensões por Município (2012)

Fonte: DREM (2014) [www.http://estatistica.gov-madeira.pt](http://estatistica.gov-madeira.pt)

De acordo com o referido documento, podemos analisar que houve um aumento da procura das consultas dos Centros de Saúde correspondendo a 1,4 consultas por habitante.

Gráfico 1 - Consultas realizadas nos ambulatórios dos Centros de Saúde por habitante

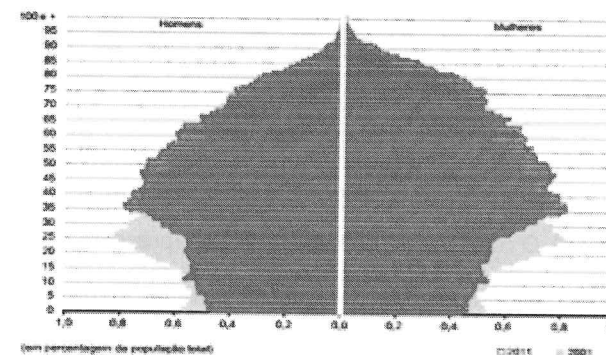
Fonte: DREM (2014) [www.estatistica.gov-madeira.pt](http://estatistica.gov-madeira.pt)

A procura dos serviços de saúde foi maioritariamente na área da medicina geral e familiar/clinica geral de adultos, na saúde do recém-nascido, criança e adolescente, no planeamento familiar e do acompanhamento de doentes no domicílio pelos profissionais de saúde, sendo maioritariamente realizado pela equipa de enfermagem. O stress, as doenças infetocontagiosas, relacionadas com as atitudes e comportamentos inadequados, o aumento das doenças crónicas e degenerativas são problemas que ameaçam o potencial de saúde da população na idade adulta, além dos gastos exorbitantes para o seu tratamento. Esta situação

exige de todos (população e governantes), uma adoção de medidas que invertam a tendência crescente destas patologias. As atividades de educação para a saúde são fundamentais em todas as áreas de intervenção dos profissionais de saúde, sendo estas direcionadas tanto ao cliente como à família/cuidador. Nesta vertente, temos o importante papel do enfermeiro de família, que com a sua intervenção, tem uma maior visibilidade dos problemas de saúde que acometem a população. Sempre que necessário existe a partilha de informação entre os diversos elementos da equipa, onde ocorrem referenciações para os enfermeiros especialistas, o médico de família, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros técnicos de saúde.

Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida da população, conduzem a alterações que vão afetar diretamente as estruturas familiares, os serviços de saúde e a segurança social, que precisam de se adaptar às necessidades desta população quer a nível físico, psicológico e social (Machado, 2012). De acordo com Instituto Nacional de Estatística (2011), Portugal mantém a tendência do envelhecimento demográfico com a inversão da pirâmide etária, no período entre 2001 e 2011.

Gráfico 2 – Pirâmide etária de Portugal 2001 e 2011

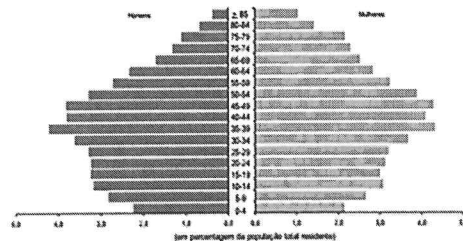
Fonte: www.ine.pt (Estatísticas demográficas, p.21)

Perante estas alterações, o índice de envelhecimento aumentou de 103 para 128

idosos por cada 100 jovens (0-14 anos), entre 2001 e 2011, a nível nacional. A RAM e a Região Autónoma dos Açores, são as regiões do país com menor índice de envelhecimento apresentando, 91 e 74 respetivamente, em contrapartida, o Alentejo e o Centro, são as regiões com valores mais elevados (179 e 164 respetivamente). A população idosa é maioritariamente feminina, cuidadora informal e muitas vezes viúva.

Em 31 de dezembro de 2012, de acordo com a DREM, a população residente na RAM foi estimada em 263.091 pessoas, das quais 123.139 eram homens e 139.952 eram mulheres. Os municípios apresentaram em 2012, taxas de crescimento populacional efetivo negativo, com exceção de Santa Cruz, único a registar uma variação positiva, de 10,2%. Os municípios do Porto Moniz, Santana e São Vicente foram os que registaram os maiores decréscimos populacionais, com percentagens de - 23,3%, -18,6% e -12,8%, respetivamente.

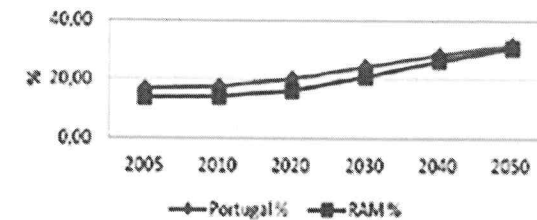
Gráfico 3 – Pirâmide etária da RAM por género e faixa etária



Fonte: www.drem@ine.pt

O fenómeno do envelhecimento populacional foi mais acentuado nas zonas rurais, com particular incidência nos municípios de Santana (189,6), Porto Moniz (187,2) e São Vicente (182,1). O concelho de Câmara de Lobos apresenta por seu lado, o valor mais baixo (51,6).

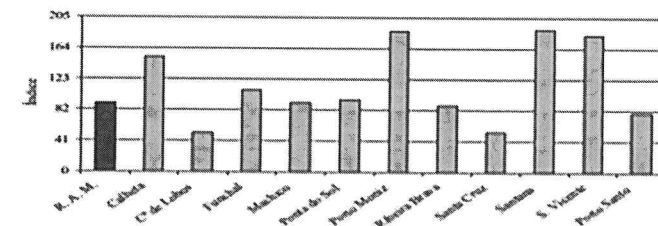
Gráfico 4 – Índice de envelhecimento por Município (2012)



Fonte: www.drem@ine.pt

O envelhecimento demográfico demonstra a redução do número de jovens (-3,0%), verificada entre 2011 e 2012 como resultado da redução da natalidade e, o crescimento da população idosa de 1,0%, ocorrido pelo aumento da esperança de vida. De acordo com o Plano Gerontológico da RAM: Viver mais, viver melhor, 2009-2013” cerca de 33% das famílias apresentavam elementos idosos.

Gráfico 5 – Projeção da população residente com idade ≥ 65 anos Continente e RAM, 2005-2050



Fonte: Plano Gerontológico da RAM 2009-2013

Podemos observar que a projeção da população idosa praticamente é a mesma, a nível nacional e regional, para o ano de 2050.

Tabela 1 – População residente na RAM por género e grupo etário (atualizado 20/11/2012)

Período de referência dos dados	Local de residência (à data dos Censos 2011)	População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário: Decenal															
		M								F							
		Grupo etário								Grupo etário							
		Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total	0 - 14 anos	15 - 24 anos	25 - 64 anos	65 e mais anos	Total
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
2011	Região Autónoma da Madeira	267 785	44 012	33 091	150 784	39 898	126 268	22 554	16 776	72 687	14 251	141 517	21 458	18 315	78 097	25 647	

População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário: Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Fonte: www.ine.pt

O envelhecimento populacional tem produzido inúmeras discussões de ordem sociológica, económica e política, devido aos elevados custos que acarreta. Machado (2014), refere que: “Envelhecer com qualidade de vida em nossa sociedade contemporânea requer preparação para enfrentar os desafios existentes, como a manutenção da capacidade funcional que surgirá como um conceito em saúde, particularmente valioso no contexto de um novo modelo trazido pelo envelhecimento saudável ou bem-sucedido, resultante da integração multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária e inclusão social” (pp.80-81). Desta forma cabe ao sistema de saúde fomentar estratégias de acompanhamento da população idosa, implementando programa preventivos, para que a equidade e eficiência em saúde seja uma realidade.

Intervenção do enfermeiro

As mudanças sociais têm provocado alterações profundas no âmbito da saúde. O crescente desenvolvimento das políticas da saúde e consequentemente dos cuidados de saúde conduziram a uma evolução do exercício profissional da enfermagem, tanto a nível concetual como técnico, reafirmando e valorizando o papel do enfermeiro. No passado, a centralidade da decisão na gestão dos cuidados de saúde, era do

profissional que pela sua formação e saber, escolhia o que ia ao interesse do doente. Progressivamente, a autonomia e capacidade de decisão da pessoa foi aumentando e os profissionais têm vindo a trabalhar no sentido de tornar o doente o elemento central no seu processo de saúde. (Nunes, 2004). Ao nível das competências do domínio da prestação e gestão de cuidados, o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, refere que o enfermeiro “promove cuidados de saúde interprofissionais”, e “assume um papel de interlocutor privilegiado da equipa pluriprofissional estando no centro dos cuidados”. Este refere-se ao desenvolvimento e à valorização do profissional, salientando, nesta abordagem, a importância dos saberes para uma adequada atuação dentro das equipas de trabalho, onde “o enfermeiro assume o seu papel imprescindível nos cuidados de saúde aos cidadãos, criando e dando visibilidade ao seu espaço de trabalho pluriprofissional, assumindo a liderança dos processos sempre que for o profissional melhor colocado para tal” (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, 2012, p. 22).

Pretende-se que o enfermeiro participe no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas. Para tal o enfermeiro deverá demonstrar conhecimentos sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes, sendo capaz de estabelecer e manter relações de trabalho construtivas e, contribuir para um trabalho de equipa multidisciplinar eficaz, promovendo a valorização dos papéis e das capacidades de cada membro da equipa de saúde. O enfermeiro participa ativamente com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão, na definição e avaliação dos cuidados necessários, tomando “em conta a perspetiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional” (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, 2012, p.21). No mesmo documento constata-se, ainda, que o enfermeiro atua como um recurso para os indivíduos para as famílias e para a comunidade que enfrentam desafios de saúde, com planos de ação que atendam às políticas de saúde e sociais, bem como aos recursos disponíveis no contexto em que está inserido. No âmbito da educação para a saúde, o enfermeiro é chamado a dotar os cidadãos de conhecimentos, capacidades, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas ao seu projeto de saúde (2012). Para que isto aconteça, o enfermeiro deverá aplicar as políticas de saúde e sociais, trabalhando em colaboração com

outros profissionais e atendendo ao indivíduo, família e comunidade, tendo em conta as múltiplas determinantes da saúde. Deverá ainda atuar no sentido de capacitar os indivíduos, fornecendo informação relevante para os ajudar a atingirem o nível de saúde desejado. O conhecimento e a identificação clara do papel e competências do enfermeiro permitirão uma melhor tomada de posição para se afirmar junto do poder político e outras instâncias.

Os CPS são reconhecidos como a base de todo o sistema de saúde, onde as unidades de saúde familiar se constituem como unidades elementares de prestação de cuidados de saúde. O enfoque no papel do enfermeiro de família expresso no Documento Saúde XXI foi reforçado pela Conferência de Munique (Nunes, 2012), distinguindo-o como elemento fundamental numa equipa multiprofissional e responsável pela continuidade de cuidados de saúde. As suas áreas de atuação envolvem a promoção e proteção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos, centrando a sua atuação na família. A reforma dos CPS, com a sua aposta em novos modelos de organização de cuidados, incidiu sobretudo no desenvolvimento do trabalho em equipa nuclear de saúde familiar e a corresponsabilidade pela qualidade do desempenho e resultados atingidos. De acordo com o Ministério da Saúde, o enfermeiro de família deve ser um profissional de referência e suporte qualificado que em complementaridade funcional e numa perspetiva de intervenção em rede, responde às necessidades familiares, tais como a identificação precoce de determinantes da saúde com efeitos na dinâmica familiar; o reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor de saúde; a gestão da saúde da família, organizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia; a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, garantindo a equidade no acesso aos cuidados de saúde, particularmente aos de enfermagem; a mediação na definição das políticas de saúde dirigidas à família. O enfermeiro de família atua a partir de um método organizado e sistematizado de pensamento crítico, de modo a identificar problemas, formular diagnósticos e objetivos, planeando as adequadas intervenções. Na implementação dos planos de ação, negocia com os elementos do agregado familiar e com os recursos de apoio da comunidade, os melhores cuidados para garantir a estabilidade familiar. É um prestador de cuidados que combina a promoção da saúde, a prevenção da doença, com a atuação e responsabilidade clínica dirigida aos membros da família.

É o gestor e organizador de recursos com vista ao máximo de autonomia das pessoas alvo da sua intervenção. Ao gerir os recursos de saúde promove ao mesmo tempo a aprendizagem de modo a aumentar os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde.

No planeamento e na operacionalização dos cuidados de enfermagem à família, o profissional deverá ter em conta determinadas referências e modelos de qualidade. O documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2012) descreve seis enunciados que ajudam a precisar o papel do enfermeiro, na procura permanente da excelência no exercício profissional: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado; a reabilitação funcional e a organização dos cuidados. As intervenções do enfermeiro de família são sempre desenvolvidas em articulação e complementaridade de funções com outros profissionais dos CPS, potenciando as sinergias entre os diferentes cuidados na obtenção de melhores resultados. A prestação de cuidados de saúde globais exige, segundo Nunes (2004), uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional à qual deverão estar subjacentes quatro princípios para a sua efetivação, a articulação, a complementaridade, a corresponsabilidade e o respeito pelos limites das competências de cada profissão. A mudança do papel dos enfermeiros nos serviços de saúde passa por estratégias de revalorização, pela autonomia ou pelo crescente domínio de competências especializadas que reforcem a interdependência.

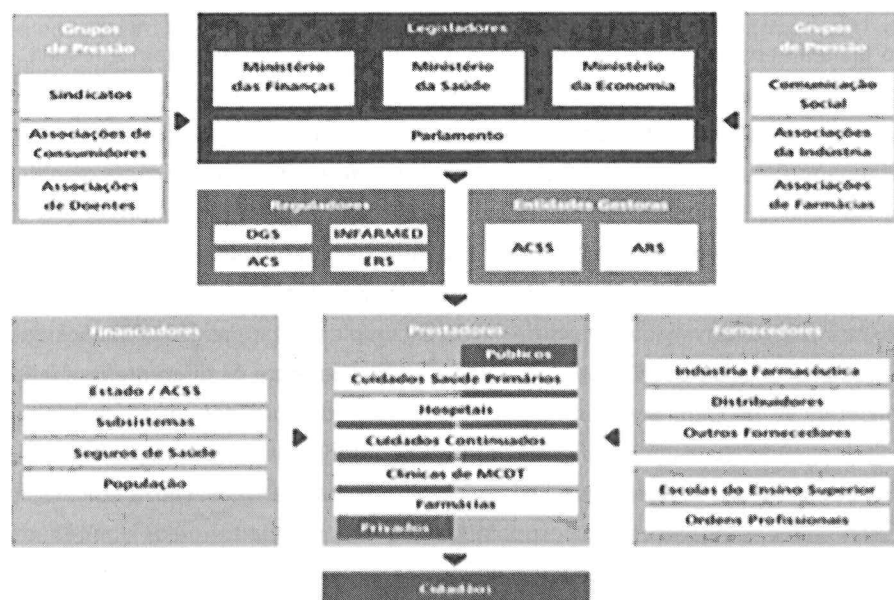
Na RAM, a implementação da enfermagem familiar encontra-se ainda em fase de desenvolvimento, de acordo com os padrões definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Apesar de já ter sido iniciado este processo com a divisão do número de famílias por cada enfermeiro, o acompanhamento regular e fundamentalmente do utente como membro do sistema familiar, é um trabalho que carece de maior atenção e desenvolvimento.

Parceiros sociais

Os intervenientes na área da saúde são unânimes em afirmar que os CPS são o primeiro nível de contacto com o sistema de saúde, para todos os utentes, famílias e comunidade. Hoje em dia há um grande desafio aos *stakeholders* para a definição

de um modelo de funcionamento da saúde, onde impere a livre escolha por parte do doente, em que haja um contrato social na saúde, adequado e consensual.

Figura 2: Principais *stakeholders* no sector da saúde em Portugal



Fonte: Saúde em Análise, Delloite, 2011.

Em todo este sistema podem existir as “forças de pressão” e interesses instalados, há várias associações e organizações como os Sindicatos Profissionais (Médicos, Enfermeiros, entre outros), Associação Nacional de Farmácias, a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, entre outras que assumem a defesa dos interesses associativos e corporativos e oferecem muitas vezes o seu apoio técnico e científico. Na defesa do cidadão surgem cada vez mais comissões de utentes e várias Associações de Doentes que promovem e defendem os interesses específicos dos seus associados, não existindo uma organização oficial na defesa dos cidadãos. A comunicação social é também um importante grupo de pressão, nomeadamente a de carácter generalista, que exerce uma forte influência sobre o poder político. Relativamente ao sector da saúde e como já anteriormente referido, na população portuguesa verifica-se uma grande melhoria ao longo dos anos, destacando-se os significativos aumentos na esperança média de vida (em 2000 era de 80,2 anos e

em 2008 atingia já os 82,4 anos). Outro exemplo diz respeito, à taxa de mortalidade infantil de 3,3 por 1.000 nados vivos, que está na média da União Europeia¹⁵ e melhor que países como o Reino Unido, Espanha ou Holanda (Delloite, 2011).

O sistema de saúde de um país e a sua organização são fatores determinantes do estado de saúde da sua população. Em Portugal, o sistema de saúde inclui prestadores públicos, privados e sociais. O SNS tem especial relevância porque tem um carácter universal. Como tal, melhorar a eficiência e a eficácia do SNS tem estado na base de um conjunto vasto de medidas e reformas que foram implementadas nos últimos anos.

Esta secção visa abordar nomeadamente a reorganização da oferta de cuidados (com foco nos CSP).

Na RAM foi após o 25 de Abril de 1974 que se deu o *boom* de desenvolvimento dos centros de saúde por toda a Madeira. Foram construídos centros de saúde em todas as freguesias da Madeira, mesmo nas mais rurais e com pouca população, facilitando o acesso aos CSP por toda a população da região. Os CSP na RAM estão e sempre estiveram centrados no Governo Regional, na tutela da Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. O seu financiamento é feito através do orçamento do governo regional. A crise económica e política que se instalou nos últimos anos fez com que se dê ênfase à cura e se descure a prevenção. Com todos estes constrangimentos financeiros que são impostos à região em virtude do seu Programa de Ajustamento Económico e Financeiro, tem sido muitas as notícias na comunicação social de falta de recursos humanos e materiais nos centros de saúde e hospitais. A população reclama por mais e melhor saúde, e nalgumas situações sem ter em conta os vários fatores que levaram a esta incapacidade de resposta às suas expectativas, sejam eles de natureza económica, financeira ou outras. Na região o acesso aos CSP nos centros de saúde, faz-se sem taxas moderadoras, e consequentemente sem custos para o utente. É nos CSP e na promoção da saúde, que o governo deverá apostar para que haja mais e melhor saúde para a sua população. Para isso são essenciais as parcerias com as autarquias e outras entidades públicas e ou privadas, repensando também o modelo de financiamento dos CSP na RAM. Estes são os desafios dos *stakeholders*, para otimizar os recursos existentes à realidade local.

No Orçamento de Estado para 2015, é o próprio Estado a assumir a necessidade de descentralizar, transferindo funções e competências para mais próximo dos cidadãos, afirmando que na saúde, nomeadamente nos CSP, as parcerias com as autarquias levariam a uma melhoria dos serviços de saúde, através de uma gestão de proximidade, com soluções flexíveis em função da realidade local. No documento de orientação estratégica regional chamado de “Compromisso Madeira@2020”, está plasmado a ambição de se transformar gradualmente o modelo de financiamento do desenvolvimento regional, onde se inclui o Sistema Regional de Saúde. O sucesso requer e depende do esforço de todos, plurais e singulares, para que melhore a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população. Está na hora de repensar as formas de envolver outros intervenientes da nossa sociedade, associativos e públicos, no setor da saúde em geral e nos CSP em particular.

Se defendemos que a saúde é um bem, que deve estar acessível a todos de forma gratuita e em tempo útil, também é nossa responsabilidade dotar as instituições de meios para que esse desiderato seja uma realidade. É aqui que entra a discussão de quem deve ser chamado a colaborar, e de que forma, no bem mais precioso do ser Humano, a sua saúde.

Na RAM o sistema de saúde tem várias parcerias, com a segurança social, com as autarquias e outras associações. As autarquias, pela sua proximidade e conhecimento das populações, devem ser um parceiro ativo no planeamento e na definição das políticas de saúde para as pessoas da sua abrangência. Podem ser parceiros ativos na educação para a saúde, nos vários programas de melhoria ou manutenção de saúde para todos, nas diferentes faixas etárias. A Segurança Social é outro dos parceiros que mais colabora com a saúde e tem por finalidade assegurar direitos básicos dos cidadãos e a igualdade de oportunidades, bem como, promover o bem-estar e a coesão social para todos os cidadãos. Tem por objetivo principal promover a melhoria sustentada das condições e dos níveis de proteção social e o reforço da respetiva equidade. Há também a Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, que é constituída por um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas em situação de dependência, tanto na sua casa como em contexto de internamento. Existe um conjunto de associações, como por exemplo a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer, que prestam apoio aos utentes e famílias na

nossa sociedade e, que têm parcerias com a saúde.

As instituições de ensino superior podem e devem ser integradas na rede de cuidados em saúde, como parceiros ativos, pois podem ter uma atuação na intervenção comunitária, na educação para a saúde, na capacitação em saúde, na literacia em saúde e na comunicação em saúde. No planeamento em saúde deverá existir a promoção e apoio às instituições de ensino superior na intervenção comunitária e no incrementar de parcerias em saúde (poder local, organizações da sociedade civil, organizações da sociedade científica, associações de doentes), com a finalidade de potenciar a equidade e a acessibilidade aos cuidados de saúde. Os cuidados de saúde devem estar tão próximo quanto possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham. Os serviços de saúde têm de ser partilhados de igual forma pelas pessoas, independentemente da sua capacidade financeira e todos têm de ter acesso aos serviços de saúde.

Os CSP são o núcleo do sistema de saúde e deve desenvolver-se no centro das comunidades. Na Região espera-se que os CSP continuem a melhorar e que as parcerias sejam efetivas, com uma gestão de proximidade para a realidade local.

Empoderamento do cliente

Historicamente existe a noção de um paternalismo que centralizava as decisões terapêuticas nos profissionais de saúde, havendo a “ideia” de que o cidadão apenas teria conhecimentos básicos acerca da saúde/doença e qual a melhor forma de intervir sobre as mesmas. De grosso modo, diríamos que o cidadão teria uma participação meramente consultiva, mas não vinculativa. Mais recentemente têm sido visíveis alterações significativas a nível dos sistemas de saúde, desde a noção de saúde versus doença até às políticas de Saúde a serem adotadas nas instituições governamentais relacionadas com a área da saúde. Atualmente falamos em modelos de Sistemas de Saúde centrados no cidadão, atendendo aos seus direitos e deveres, em que a responsabilização é cada vez mais enfatizada, levando assim a que o foco de decisão passe do prestador de cuidados para o doente/cliente, assumindo estes últimos o controlo do seu próprio projeto de saúde. Assim, é de extrema importância a reflexão crítica sobre a postura a ser tomada face à nossa Saúde e às decisões que

tomamos, ou seja, refletir sobre como é que podemos assumir o controlo sobre a nossa própria saúde, sendo responsabilizados por estas mesmas ações. Deste modo, foi então introduzido o conceito “*Empowerment*” ou, livremente, traduzido em Português, “*Empoderamento*” em Saúde.

Em 1978, na Declaração da Alma-Ata, foi reconhecida a importância das pessoas passarem a ter controlo e responsabilização pela sua saúde, referindo que é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planeamento e na implementação dos seus cuidados de saúde. Também a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que dentro da promoção da saúde deverá haver o aumento da capacidade do cidadão em controlar a sua saúde, nomeadamente, a nível da área dos CPS.

O Empoderamento poderá ser descrito como dar poder às pessoas para as tornar responsáveis pelas suas próprias ações e pelo resultado das mesmas, sendo que, teoricamente, estas competências levarão posteriormente à maior satisfação pessoal do utente. Deste modo podemos ainda acrescentar que o Empoderamento é um “(...) processo pelo qual uma pessoa ... desenvolve, por meio de ações concretas, o sentimento que lhe é possível exercer um maior controlo sobre os aspetos da sua realidade psicológica e social” (Le Bossé & Lavalée, 1993, cit. in Anaut, 2005, p. 77). Segundo a OMS (1998 p. 6), o Empoderamento é um processo social, cultural, psicológico ou político, através do qual os cidadãos e os grupos sociais estão aptos para expressar as suas necessidades, expor as suas preocupações, delinear estratégias para o envolvimento nas tomadas de decisão e concretizar ações políticas, sociais e culturais para alcançar essas mesmas necessidades. Através destes processos as pessoas veem uma próxima correspondência entre as suas metas de vida e o sentido de como chegar até elas, e uma relação entre os seus esforços e resultados subsequentes. A capacitação das pessoas pressupõe a constituição de uma parceria entre profissionais de saúde e a pessoa no sentido de a preparar e ao mesmo tempo inclui-la no processo no planeamento das intervenções a realizar. Esta capacitação leva, também, a que os utentes se tornem cada vez mais conhecedores e do seu papel no âmbito do seu projeto de saúde. Anderson & Fitzgerald et al., (2000), cit. in Leal (2006), propõem quatro passos para formular um modelo de intervenção pelo cliente: identificação das áreas problemáticas pelo próprio; exploração das emoções associadas a essas áreas problemáticas; desenvolvimento de um conjunto de

objetivos e estratégias para superar essas barreiras e atingir os objetivos propostos; determinar o nível de motivação do cidadão para se comprometer com o plano de mudança de comportamentos. Leal (2006) refere que os profissionais de saúde através das suas ações devem capacitar o cidadão para o controlo das suas vidas, ajudando-o a tomar decisões informadas, de modo a atingir os seus objetivos e ultrapassar barreiras. Na capacitação da pessoa está muito presente a necessidade de promoção da saúde, que é tida em conta aquando da elaboração das políticas de saúde (Carvalho, 2004).

Podemos falar de empoderamento individual ou comunitário conforme se trate de uma pessoa, as decisões são tomadas com base naquilo que a essa pessoa diz respeito ou de um grupo de indivíduos por forma a agir em função daquilo que se perspetiva em termos de saúde para essa mesma comunidade (OMS,1998). A propósito do empoderamento comunitário, Laverack (2004), refere que este deve ter como objetivo a ampliação de capacidades da comunidade, melhoria das suas competência e desenvolvimento para que os cidadãos possam ser mais ativos nas decisões e nas ações a serem realizadas. Laverack (2004,) propõe a compreensão das áreas que devem ser tidas em atenção no momento da implementação de políticas de saúde, indicando nove domínios de atenção:

- 1 - Participação – envolvimento dos membros individuais e coletivos da comunidade, na apreciação das suas necessidades e problemas, fazendo posterior planeamento e implementação de soluções, avaliando os efeitos e fazendo reajustes nas metas e programas;
- 2 - Liderança – está ligada com o domínio anterior, na medida em que requer uma sólida base participativa;
- 3 - Estruturas Organizativas – incluem pequenos grupos (comissões, associações), criados com o intuito de garantir a organização e mobilização da comunidade, havendo um sentimento de coesão entre os membros;
- 4 - Apreciação de problemas – ao contrário dos agentes externos (geralmente só pensam nas necessidades), as comunidades identificam os problemas específicos que as preocupam, sendo que se forem as mesmas a identificar a apreciação torna-se mais capacitadora, levando ao comprometimento por parte das partes interessadas;
- 5 - Mobilização de recursos – os recursos podem ser internos (agarrados pela comunidade – dinheiro, terras, pessoas, entre outros) e os externos são o que o

agente externo traz para a comunidade (capital, equipamentos e perícia técnica). Deste modo, torna-se mandatário de uma boa apreciação das necessidades por forma a identificar quais os recursos presentes na comunidade;

6 - Questionar – capacidade de reflexão crítica, discussão acerca das causas contextuais. Para atingir este domínio é importante a educação e emancipação dos indivíduos;

7 - Ligação com outras pessoas e organizações – inclui parcerias, coligações e alianças para a saúde. Podem ser criadas redes de trabalho, cooperação e relações de interdependência entre os membros;

8 - Papel dos agentes externos – ajuda a comunidade a mobilizar-se e a aceder aos recursos. Estes devem ter em conta a elasticidade dos valores culturais, as resistências das instituições de acolhimento e as capacidades das comunidades;

9 – Gestão do programa – os promotores de saúde devem preocupar-se com a sustentabilidade dos programas de empoderamento comunitário, mas tendo o objetivo de permitir que a comunidade se aproprie destes programas. Num processo desta natureza é necessário a adoção de um modelo de decisão partilhada pelo desenvolvimento de parcerias com os utentes, tendo em vista a partilha na decisão, responder às suas expectativas, avaliar e apresentar as evidências e avaliar o impacto das decisões, através do “follow-up” (Elwyn, 1999). O empoderamento exige que as entidades externas aceitem que o êxito de um programa depende muito do compromisso e do envolvimento das partes interessadas e que é mais provável que elas se comprometam se se identificarem com os problemas e com as soluções encontradas.

Considerações finais

Os CPS na RAM têm evoluído de forma positiva, sempre com a preocupação da satisfação das necessidades dos clientes e da comunidade. Atualmente, e de acordo com o contexto sociológico e económico, algumas das atividades anteriormente realizadas pelos profissionais de saúde, não o estão a ser neste momento. A nível das políticas de saúde regionais, estão contempladas no plano de saúde regional e demais projetos, várias áreas de intervenção prioritárias, como por exemplo o envelhecimento ativo, o controlo e prevenção de doenças crónicas, a alimentação saudável entre outros. Contudo, perante as necessidades diárias e a carência de recursos humanos e materiais, a prevenção tem ficado descurada. Surge nessa vertente a necessidade de parcerias com outras instituições da sociedade (por exemplo a universidade, as autarquias, associações, empresas, entre outras) pela proximidade com a população e por conseguirem suprir algumas das lacunas a nível da saúde, tais como a investigação, a sustentabilidade do sistema de saúde e a manutenção do nível da qualidade, eficiência e equidade dos cuidados prestados.

Valorizamos a importância do enfermeiro de família, como elemento de destaque na equipa de saúde e ainda como elo de ligação com a comunidade e com os *stakeholders*. Este elemento tem como uma das missões fundamentais as medidas preventivas, curativas e de reabilitação dos cuidados de saúde. Ao nível das políticas de saúde o enfermeiro deverá ter um papel mais pró-ativo e com um maior contributo efetivo na discussão, planificação e implementação das estratégias emanadas. Não podemos descurar a importância da participação do enfermeiro em cargos de coordenação, de liderança e de decisão política.

Julgamos que a valorização do profissional de enfermagem e, da sua imagem na sociedade, são fundamentais para atingir os pressupostos anteriores. Este tema leva a muita reflexão acerca do que se pretende no futuro a nível da capacidade do cliente ter maior controlo sobre a sua vida, a nível dos cuidados de saúde e do que deverá ser tido em conta aquando do planeamento estratégico na área da saúde, levando-nos, assim, a levantar algumas questões:

Estarão os profissionais de saúde devidamente capacitados para reconhecer e

respeitar o papel ativo e primordial dos seus clientes, no que concerne às opções e decisões em matéria de saúde a serem tomadas pelos próprios e que os afetam diariamente?

Estarão a ser adotadas estratégias que estimulem a preparação do cidadão para assumir um papel ativo no controlo da sua saúde?

Estarão os cidadãos dispostos a assumir, em primeiro lugar, esse papel ativo no que concerne à própria saúde, bem como a responsabilidade pelas decisões e escolhas efetuadas, na senda da concretização do projeto de saúde que a cada um diz respeito?

Finalmente, gostaríamos de salientar que dar poder não significa que seja sempre o cliente a tomar as decisões finais, passando esse papel para o profissional.

Referências bibliográficas

- Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Ed., 2005.
- Carvalho, R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria "Empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20 (4), 1088-1095.
- Decreto-lei nº 11/76 de 13 de Janeiro de (1976), Criação da Direção Regional de Saúde, Ilha da Madeira. Diário da república I Série, Nº 10 (13-01-1976).
- Decreto Regional nº 2/76 de 8 de Outubro (1976). Criação da Secretaria Regional de Assuntos Sociais e Saúde. Diário da República I Série Nº 236 (8-10-76).
- Decreto Lei nº 13/91 de 05 de junho (1991). Estatuto Político Administrativo da RAM Diário da República I A Série (05-06-1991) 3016-3024.
- Decreto-lei nº 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. Diário da república II Série, 3452-3459 (24-08-1990).
- Decreto Legislativo Regional n.º23/2008/M de 23 de Junho (2008). Alterações do Serviço de Saúde da RAM- SESARAM, EPE. Diário da República Série Nº119 (23-06-2008).
- Delloite: Saúde em análise: Uma Visão para o futuro (2011). Public Sector, Life Sciences & Healthcare. Disponível em: <http://www2.deloitte.com>
- Elwyn, G. et al. (1999). Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*, 319, 753-756. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Lisboa.
- Laverack, G. (2004). *Promoção da Saúde Poder e Empoderamento*. Loures: Lusodidacta, 2008.
- Leal, P. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde*. Coimbra: Ed.Quarteto. 2006.
- Machado, S.C.G. (2012). *Avaliação da sobrecarga do cuidador informal, no desempenho de suas funções, à pessoa idosa dependente, no Concelho de Santana* (Tese de Mestrado, Universidade da Madeira)
- Machado, S.C.G (2014). Cuidador informal no acompanhamento de idosos dependentes no domicílio in Blanck, M., Giannini, T. (eds.), *Úlceras e Feridas: As feridas têm alma: uma abordagem do plano de cuidados e da reconstrução estética*. (cap.11 p.79-88). 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Dilivros. Brasil.

- Nunes, C., et al. (2012). *O Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos Cuidados de Saúde Primários – Pressupostos para a sua implementação*. Ministério da Saúde. Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências Específicas dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Assembleia geral extraordinária da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1978). *Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. URSS. Disponível em: www.who.int _