

Escola de Sociologia e Políticas Públicas

**O Papel das Tecnologias de Informação e Comunicação na (reforma) do
sector da saúde em Portugal**

Rita Veloso Mendes

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de:

Doutora em Sociologia

Orientador:

**Professor Doutor Gustavo Cardoso, Professor Auxiliar com Agregação
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa**

Co-orientador(a):

**Professora Doutora Rita Espanha, Professora Auxiliar Convidada
Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa**

Novembro, 2011

AGRADECIMENTOS

Estas são as últimas palavras que escrevo neste trabalho. Porém, importa reconhecer que a sua realização não se deve única e exclusivamente à candidata: se estou agora a escrever estas palavras finais, devo-o a inúmeras pessoas que de forma consciente e directa ou inconsciente e indirecta, presente ou ausente, contribuíram para este desfecho com a sua motivação, apoio, inspiração ou simplesmente por *estar lá* com um sorriso ou um olhar de compreensão.

Em primeiro lugar, por serem os mais directos “lesados” pelo tempo e enclausuramento emocional que a dedicação a este trabalho exigiu, quero agradecer à minha família: ao Carlos, com quem partilho uma vida e que viveu de forma muito próxima todas as angústias, avanços e recuos que o processo de investigação implica, sempre com um sorriso ou uma palavra de ânimo; à Matilde, que reconheceu no computador um sério rival da atenção da mãe e ao Manuel, que só agora vai saber o que é uma mãe “sem-tese-para-fazer”.

Em segundo lugar, agradeço ao meu irmão, à minha mãe e ao meu pai, por terem contribuído de forma muito presente no avançar dos trabalhos: ao meu irmão por me ter ouvido vezes e vezes sem fim, sempre com interesse e sentido crítico; à minha mãe, que para além de ser a melhor revisora de texto que conheço, sempre me apoiou de forma incondicional, mesmo quando os momentos de mau-humor se tornam mais frequentes, e por fim, mas não em último, ao meu pai, por toda a compreensão e preocupação demonstrada. Devo ainda uma palavra de agradecimento à minha tia Marília e ao meu tio Fernando pelo interesse pelo tema e pela possibilidade de o poder discutir com eles, de forma aberta e construtiva e à Catarina Yañez, por sempre ter achado *passageiras* as fases em que julguei nunca conseguir acabar este trabalho.

Agradeço à Fundação para a Ciência e Tecnologia por ter financiado este trabalho, através da atribuição de uma bolsa de doutoramento. Sem esta bolsa teria sido impossível não só a realização deste trabalho, mas também todo o meu percurso profissional nos últimos 5 anos.

Um obrigada ao Gustavo Cardoso, meu orientador, por toda a disponibilidade e, claro, à Rita Espanha, minha co-orientadora, por ter sempre acreditado neste projecto, por todo o método e organização que lhe incutiu. Ela foi uma peça imprescindível no desenrolar deste processo.

Há que agradecer também a todos que, no decorrer do tempo de realização desta tese, comigo trabalharam e partilharam os variados episódios do seu – e meu – desenvolvimento. Assim, na equipa do CIES, um especial obrigada ao Rui Brito da Fonseca e ao Tiago Correia.

Na ENSP, não posso deixar de agradecer à Sílvia Lopes, ao Paulo Boto, à Patrícia Marques, ao Rui Santana e à Teresa Magalhães pela troca de experiências de diferentes perspectivas e formas de trabalhar. Este contacto próximo, permitiu-me constatar que perante várias formas de estudar a mesma realidade e diferentes metodologias disponíveis, o mais importante é o rigor científico aplicado à investigação.

Há ainda duas pessoas que, mesmo sem o saberem, contribuíram de forma activa, marcando presença ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

A Anália Torres, amiga, colega, alguém que está presente nos momentos bons e menos bons do meu percurso, por me ter ensinado que “cada um fala sempre do lugar de ocupa”. Lição de que me sirvo permanentemente, e que tem sido uma espécie de fio condutor nos diversos obstáculos que vou encontrando.

O Carlos Costa com o seu constante sentido de humor e bom gosto musical, porque há uns anos, nas provas escritas de admissão ao Curso de Especialização em Administração Hospitalar da ENSP, através das palavras de Lewis Carroll, fez com que se me tornasse óbvio que só importa por onde vamos se soubermos onde queremos chegar. Esta é outra lição que me acompanha em todos os dias e que contribuiu, sem dúvida, para a perspectiva defendida neste trabalho.

Uma última palavra especial a todos os profissionais de saúde entrevistados, pelo seu tempo, testemunho e partilha das suas percepções. Sem eles, este trabalho seria, por certo, bastante mais pobre. Do mesmo modo agradeço ao INE nas pessoas da Dra. Alda Carvalho e da Dra. Sofia Pacheco, por me ter permitido aceder às bases de dados relativas ao uso da TIC nos hospitais.

RESUMO:

O trabalho aqui apresentado assume como principal enfoque o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no sector na saúde. Visa especificamente perceber o papel das TIC no sector da saúde em função de um contexto específico, o da sociedade comunicacional em rede, onde o indivíduo, dotado de (in)capacidade de reflexão e acção, a partir das suas experiências, interage com o contexto, podendo assimilá-lo e posteriormente, convertê-lo em estrutura.

A análise do papel do uso das TIC no sector da saúde é desenvolvida através da articulação de três níveis de análise.

Num nível macro, as políticas do sector da saúde foram consideradas como parte integrante das políticas (de reforma) da Administração Pública (AP), entendida como braço executante do Estado. A integração do sector da saúde e das TIC no Estado, advém do facto de sermos um país de inspiração beveridgiana, onde parte do financiamento da saúde provem do OGE, mas também por teoricamente haver uma forte identificação com a (des)promoção do uso das TIC por parte do Estado. A nível *meso* considerou-se o uso hospitalar das TIC. O *micro* nível corresponde à voz dos profissionais de saúde que profissionalmente usam as TIC.

Concluiu-se que as TIC têm um lugar específico, mas pouco trabalhado ou consolidado nas políticas de saúde e com maior destaque nas da AP, que o seu uso nacional tem vindo a aumentar e apresenta singularidades e dinâmicas próprias e que, ainda que com algumas resistências (in)conscientes, os profissionais de saúde utilizam as TIC, tendo-se identificado alguns factores críticos ou facilitadores da sua implementação.

PALAVRAS-CHAVE:

Tecnologias de Informação e Comunicação; Políticas de Saúde; Saúde em Rede; Hospitais

ABSTRACT:

This research focused at the usage of Information and Communication Technology in the health sector. It intends to understand the role of ICT in health related with the specific context of the communicational and net society where each person have the (un)ability to reflect and act, and considering their own experiences, assimilate the context and convert it in structure.

The role of ICT usage in the health sector is developed in 3 levels.

At a macro level, we considered the health sector policies as a part of the Public Administration reform policies wich we assume as an executive arm of the State, once we are a beveridgerian nation, where a part of the health funding comes from the state budget, but also because of a theoretical approach that defends that the State assume an important role in the (des)promoting the ICT usage at a national level. At the meso level, we looked specifically to the ICT usage in the Portuguese hospitals. At the micro level, we considered the testimony of the health professionals that use ICT in their daily professional life.

We concluded that the ICT have a special place in the health policies, but are unlaboured and undeveloped, with a higher highlight on the Public Administration; that the national hospital use is increasing and reveal specific trends, and that the health professionals use the ICT, albeit with some (un)conscient resistances, having been identified some critical factors for its implementation.

KEY WORD:

Information Communication Technology; Health Policies; Health Network; Hospitals

Apoio:
FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia
Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

*Porém a verdade é que não a sabemos, nem sabemos como sabê-la.
Tal que nos não é verdade é ela; e esta, que dissemos, a única regra da vida, parece-nos,
que o nosso desconhecimento pode talhar com conhecimento.*

Fernando Pessoa (2007), *Prosa íntima e de Autoconhecimento*, Assírio Alvim, pp. 423.

ÍNDICE GERAL

1. AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA SAUDE: UM PONTO DE PARTIDA	1
2. A SOCIEDADE COMUNICACIONAL: O CONTEXTO.....	5
2.1. Sociedade, a Tecnologia e Informação	5
2.2. A Sociedade Comunicacional: mudança de paradigma teórico-social	7
2.3. Sociedade Comunicacional, trabalho e o emprego	16
2.4. Sociedade Comunicacional, Estado e Poder	19
2.4.1. Sociedade Comunicacional: indivíduo, reflexividade e risco	27
3. AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA SAÚDE.....	41
3.1. A Construção do objecto teórico.....	41
3.1.1. A emergência de novos conceitos	47
3.1.2. As Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde: alguns exemplos	51
3.1.3. A barreira do financiamento.....	53
3.1.4. A barreira dos recursos humanos	54
3.1.5. A criação de informação/conhecimento na saúde: uma necessidade?	55
3.2. As políticas de qualidade em saúde e as TIC.....	56
4. PERGUNTAS DE PARTIDA E HIPÓTESES DE TRABALHO.....	61
4.1. Definição da problemática e modelo de análise.....	62
5. NOTAS METODOLÓGICAS	67
5.1. Análise dos Programas dos Governos Constitucionais.....	67
5.1.1. Área da Saúde	69
5.1.2. Área da Administração pública.....	69
5.2. Levantamento de indicadores diversos sobre saúde.....	69
5.3. Inquérito sobre a Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais	69
5.4. Estudos de caso.....	70
6. A SAÚDE NA SOCIEDADE EM REDE: UM NOVO PARADIGMA.....	73
6.1. As percepções histórico-sociais da medicina, da saúde e da doença	73
6.1.1. A Perspectiva histórica.....	73
6.1.2. A Perspectiva da sociologia da saúde	78

6.2. O Paradigma biomédico na partilha da responsabilidade social da doença: da saúde particular à universal.....	81
6.3. O modelo biomédico perante o actual contexto tecnológico e de saúde.....	84
6.4. Da saúde na sociedade industrial à saúde na sociedade em rede	87
7. SOCIEDADE COMUNICACIONAL NA (REFORMA DA) ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	95
7.1. Causas e Origens da Reforma da Administração Pública.....	100
7.2. A Nova Administração Pública e o New Public Management	105
7.3. As reformas da administração pública em Portugal: os Programas dos Governos Constitucionais.....	110
7.4. A importância da ética e dos valores na reforma da administração pública	120
8. A SOCIEDADE COMUNICACIONAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE.....	127
8.1. As Tecnologias de Informação e Comunicação na Administração Pública e na saúde	139
8.2. As Políticas de Saúde em Portugal: uma análise retrospectiva.....	141
8.2.1. As Políticas de Saúde entre 1979 e os anos 80	143
8.2.2. As Políticas de Saúde na década de 1985 a 1995.....	147
8.2.3. As Políticas de Saúde de 1995 a 2001.....	151
8.2.4. As Políticas de Saúde de 2002 a 2005.....	157
8.2.5. As Políticas de Saúde de 2005 a 2009.....	162
8.3. As políticas de Saúde em Portugal: a qualidade e os ganhos em saúde.....	166
9. A ADOÇÃO E O USO DAS TIC NOS HOSPITAIS PORTUGUESES	169
9.1. Inquérito à Utilização de Tecnologias Informação e Comunicação nos Hospitais: uma análise transversal e comparada (2004, 2006 e 2008).....	169
9.1.1. Utilizadores, computadores, equipamentos, serviços e segurança.....	173
9.1.2. Ligação à Internet e banda larga	184
9.1.3. Principais áreas da informatização dos serviços na rotina organizacional.....	190
9.1.4. O uso da Internet nos Hospitais	197
9.1.5. Principais razões para o uso de Internet no âmbito profissional	203
9.1.6. Actividades desenvolvidas por telemedicina	207
9.1.7. Presença dos hospitais na Internet.....	210
9.1.8. Informações disponibilizadas no site institucional.....	213

9.2. A Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais Portugueses: o enfoque em 2008.....	219
9.3. O uso das TIC nos hospitais: os principais contributos	225
9.3.1. Utilização dos Profissionais de saúde	225
9.3.2. Ligações à Internet	225
9.3.3. Áreas de informatização.....	225
9.3.4. Uso da internet	225
9.3.5. Telemedicina	226
9.3.6. A presença dos hospitais na Internet.....	226
10. O USO DE DIFERENTES TIC EM DIVERSOS HOSPITAIS: ANÁLISE DE 6 ESTUDOS DE CASO	227
10.1. Hospital Pulido Valente: Gestão de doentes e Circuito do medicamento/Receituário Electrónico (intra-hospitalar).....	229
10.1.1. Gestão de doentes.....	230
10.1.2. Circuito do medicamento	233
10.1.3. HPV: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde	237
10.2. Instituto Português de Oncologia: Construção do site institucional (e uso da intranet).....	239
10.2.1. Causas e razões	241
10.2.2. Estratégias de implementação/utilização	243
10.2.3. Resultados da utilização: principais obstáculos e estratégias.....	245
10.2.4. Do <i>bottom</i> ao <i>up</i> : as expectativas dos profissionais	246
10.2.5. IPO: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde.....	247
10.3. Hospital José Maria Grande: Receituário electrónico.....	249
10.3.1. Causas e razões	250
10.3.2. Estratégias de implementação	251
10.3.3. Resultados da implementação/utilização: principais obstáculos.....	252
10.3.4. Projectos futuros: expectativas dos profissionais.....	254
10.3.5. HJMG: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde	256
10.4. Hospital Infante Dom Pedro: Rede Telemática da Saúde (RTS).....	257
10.4.1. Causas e razões	258
10.4.2. Estratégias de implementação	260
10.4.3. Resultados da implementação/utilização: principais obstáculos.....	262

10.4.4. HIDP: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde.....	264
10.5. Unidade Local de Saúde de Matosinhos: SONHO, SINUS, SAM e SAPE – articulação dos cuidados prestados nos centros de saúde com os hospitalares.....	265
10.5.1. Causas e razões	268
10.5.2. Estratégias de implementação	268
10.5.3. Resultados da implementação/utilização: principais obstáculos.....	271
10.5.4. Quando a necessidade aguça o engenho: um médico, um serviço, uma aplicação	274
10.5.5. ULSM: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde	275
10.6. Hospital da Arrábida: RisPacs	276
10.6.1. Causas e razões	278
10.6.2. Estratégias de implementação	278
10.6.3. Resultados da implementação/utilização: principais obstáculos.....	280
10.6.4. Hospital da Arrábida: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde.....	283
10.7. Principais conclusões a retirar dos estudos de caso:	285
11. A APROPIAÇÃO TECNOLÓGICA E ACÇÃO REFLEXIVA NA SAÚDE: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	289
12. BIBLIOGRAFIA.....	301
ANEXOS	I
Anexo 1.....	III
Anexo 2.....	IX
Anexo 3.....	XI
Anexo 4.....	XIX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 6.1.: Despesas totais em saúde no PIB, nos países da OCDE de 1960 a 2000	90
Figura 7.1.: Intenção de actuação dos Governos Constitucionais no âmbito da reforma da Administração Pública (categorias)	115
Figura 7.2.: Intenção de resposta às necessidades dos cidadãos	118
Figura 7.3.: A Nova Administração Pública: ilustração da intenção de actuação dos Governos Constitucionais	119
Figura 8.1.: Intenções de actuação dos Governos Constitucionais no sector da saúde	129
Figura 9.1.: Tipo de entidade.....	170
Figura 9.2.: Modalidade do Hospital.....	170
Figura 9.3.: N° de pessoas ao serviço do hospital que utilizavam regularmente computador.....	174
Figura 9.4.: N° de pessoas ao serviço que utilizavam regularmente computador por tipo de entidade	174
Figura 9.5.: N° de pessoas ao serviço que utilizavam regularmente computador por modalidade	175
Figura 9.6.: Número de computadores de que o Hospital dispunha.....	176
Figura 9.7.: Número de computadores de que o Hospital dispunha por tipo de entidade.....	176
Figura 9.8.: Número de computadores de que o Hospital dispunha por modalidade.....	177
Figura 9.9.: Equipamentos informáticos utilizados pelo Hospitais (%).....	179
Figura 9.10.: Equipamentos informáticos utilizados pelos Hospitais por tipo de entidade (%).....	180
Figura 9.11.: Equipamentos informáticos utilizados pelos Hospitais por modalidade hospitalar (%).....	181
Figura 9.12.: Serviços informáticos utilizados pelos Hospitais (%).....	182
Figura 9.13.: Serviços informáticos utilizados pelos Hospitais por tipo de entidade (%).....	183
Figura 9.14.: Serviços informáticos utilizados pelo Hospitais por modalidade hospitalar (%)	183
Figura 9.15.: Capacidade máxima de débito da ligação à Internet (%).....	185
Figura 9.16.: Capacidade máxima de débito da ligação à Internet por tipo de entidade (%).....	185
Figura 9.17.: Capacidade máxima de débito da ligação à Internet por modalidade hospitalar(%).....	186
Figura 9.18.: Ligação à Internet por parte do Hospital.....	188
Figura 9.19.: Ligação à Internet por parte do Hospital por tipo de entidade hospitalar (%).....	189
Figura 9.20.: Ligação à Internet por parte do Hospital por modalidade hospitalar (%).....	189
Figura 9.21.: Informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital(%).....	192

Figura 9.22.: N° de pessoas ao serviço do hospital que utilizavam regularmente a Internet nas suas actividades profissionais.....	198
Figura 9.23.: N° de pessoas ao serviço do hospital que utilizavam regularmente a Internet nas suas actividades profissionais por tipo de entidade hospitalar	199
Figura 9.24.: N° de pessoas ao serviço do hospital que utilizavam regularmente a Internet nas suas actividades profissionais por modalidade hospitalar	199
Figura 9.25.: N° de computadores com acesso à Internet.....	200
Figura 9.26.: N° de computadores com acesso à Internet por tipo de entidade hospitalar	201
Figura 9.27.: N° de computadores com acesso à Internet por tipo modalidade hospitalar	201
Figura 9.28.: Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades (%).....	204
Figura 9.29.: Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades por tipo de entidade hospitalar (%).....	205
Figura 9.30.: Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades por modalidade hospitalar (%)	206
Figura 9.31.: Realização de actividades de Telemedicina (%).....	208
Figura 9.32.: Realização de actividades de telemedicina por tipo de entidade hospitalar (%).....	209
Figura 9.33.: Realização de actividades de telemedicina por modalidade hospitalar (%)	209
Figura 9.34.: Presença do Hospital na Internet geral, por tipo de entidade e por modalidade hospitalar (%)	211
Figura 9.35.: Razões para o Hospital não ter presença na Internet (%)	212
Figura 9.36.: Razões para o Hospital não ter presença na Internet por tipo de entidade hospitalar (%)	212
Figura 9.37.: Razões para o Hospital não ter presença na Internet por modalidade hospitalar(%)	213
Figura 9.38.: Estado de disponibilização de várias funcionalidades do Website do Hospital (em funcionamento)	215
Figura 9.39.: Estado de disponibilização de várias funcionalidades do Website do Hospital (em funcionamento) por tipo de entidade hospitalar (%).....	216
Figura 9.40.: Estado de disponibilização de várias funcionalidades do Website do Hospital (em funcionamento) por modalidade hospitalar (%).....	218

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1.: Novos Paradigmas: paradigma da tecnologia de informação, Paradigma Comunicacional e Paradigma Cultural	13
Quadro 3.1.: Domínios de aplicação das TIC no sector da saúde com base na Internet, segundo o IOM.....	44
Quadro 3.2.: Interacção e sistematização dos conceitos, níveis de análise e domínios de aplicação.....	51
Quadro 7.1.:Problemas da Administração Pública.....	98
Quadro 7.2.: Problemática da relação entre Administração Pública e o Estado	98
Quadro 7.3.: Sistematização dos processos de reformas da Administração Pública.....	101
Quadro 7.4.: Modelos de reforma da administração pública (ideal-tipo).....	105
Quadro 7.5.: Dimensão mais referida ao nos Governos Constitucionais analisados	112
Quadro 7.6.: Média das ocorrências em cada dimensão	113
Quadro 7.7.: Desvio-padrão das ocorrências em cada dimensão	113
Quadro 7.8.: Intensidade da intenção de actuação dos Governos Constitucionais no âmbito da reforma da Administração Pública.....	116
Quadro 8.1.: Média das ocorrências em cada dimensão	131
Quadro 8.2.: Desvio-padrão das ocorrências em cada dimensão	131
Quadro 8.3.: Intensidade da intenção de actuação dos Governos Constitucionais no âmbito do sector da saúde.....	134
Quadro 8.4.:Top 2 dos Governos Constitucionais em cada dimensão.....	136
Quadro 8.5.: A dimensão mais referida no âmbito das políticas de Saúde em cada Governo Constitucional.....	138
Quadro 8.6.: A dimensão mais referida na reforma da AP e da Saúde em cada Governo Constitucional.....	139
Quadro 8.7.:As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa.....	143
Quadro 8.8.: Procura dos serviços (até 1985)	144
Quadro 8.9.: Médicos e Enfermeiros (até 1985).....	145
Quadro 8.10.: Gastos em saúde (até 1985).....	145
Quadro 8.11.: O orçamento do SNS no OGE (até 1985).....	146
Quadro 8.12.: Decomposição dos custos do SNS (até 1985).....	146

Quadro 8.13.: As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa.....	147
Quadro 8.14.: Procura dos serviços (de 1985 até 1995).....	149
Quadro 8.15.: Médicos e Enfermeiros (de 1985 até 1995)	149
Quadro 8.16.: Gastos em saúde (de 1985 até 1995).....	150
Quadro 8.17.: O orçamento do SNS no OGE (de 1985 até 1995)	150
Quadro 8.18.: Decomposição dos custos do SNS (de 1985 até 1995)	151
Quadro 8.19.: As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa.....	151
Quadro 8.20.: Procura dos serviços (de 1995 a 2000).....	154
Quadro 8.21.: Médicos e Enfermeiros (de 1995 a 2000)	155
Quadro 8.22.: Gastos em saúde (de 1995 a 2000).....	156
Quadro 8.23.: O orçamento do SNS no OGE (de 1995 a 2000)	156
Quadro 8.24.: Decomposição dos custos do SNS (de 1995 a 2000)	157
Quadro 8.25.: As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa:	157
Quadro 8.26.: Procura dos serviços (de 2002 a 2005).....	159
Quadro 8.27.: Médicos e Enfermeiros (de 2000 a 2005)	160
Quadro 8.28.: Gastos em saúde (de 2000 a 2005).....	161
Quadro 8.29.: O orçamento do SNS no OGE (de 2000 a 2005)	161
Quadro 8.30.: Decomposição dos custos do SNS (de 2000 a 2005)	162
Quadro 8.31.: As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa:	162
Quadro 8.32.: Procura dos serviços (de 2005 a 2009).....	163
Quadro 8.33.: Médicos e Enfermeiros (de 2005 a 2009)	164
Quadro 8.34.: Gastos em saúde (de 2005 a 2009).....	165
Quadro 9.1.: Comparação das dimensões de cada IUTICH aplicado bienalmente	171
Quadro 9.2.: Média do nº de computadores - nº de utilizadores, por modalidade e tipo de entidade	177
Quadro 9.3.: Valores do V de Cramer – Equipamentos	181
Quadro 9.4.: Valores do V de Cramer – Serviços, Segurança e Redes	184
Quadro 9.5.: Valores do V de Cramer – Capacidade máxima de ligação à Internet	186

Quadro 9.6.: Valores do V de Cramer – Formas de ligação à Internet.....	190
Quadro 9.7.: Informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital por tipo de entidade hospitalar (%)	193
Quadro 9.8.: Informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital por modalidade hospitalar (%)	195
Quadro 9.10.: Média do nº de computadores - nº de utilizadores, por modalidade e tipo de entidade.....	202
Quadro 9.11.: Valores do V de Cramer – Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades	207
Quadro 9.12.: Valores do V de Cramer – Utilização da Telemedicina	210
Quadro 9.13.: Valores do V de Cramer – Funcionalidades disponibilizadas no Website do Hospital....	218
Quadro 9.14.: Funcionários com acesso remoto às TIC do hospital onde trabalham	219
Quadro 9.15.: Disponibilização de computadores (com ou sem Internet) aos doentes internados	220
Quadro 9.16.: Videoconferência para aulas	220
Quadro 9.17.: Disponibilização de computadores (com ou sem Internet) a acompanhantes e visitas	220
Quadro 9.18.: Telemedicina.....	221
Quadro 9.19.: Recurso às TIC para encomendar e comprar	222
Quadro 9.20.: Razões para não comprar on-line	223
Quadro 9.21.: Tipo de compra on-line	224
Quadro 9.22.: Recurso ao outsourcing e a responsabilização intra-hospitalar	224
Quadro 10.1.: Sistematização dos entrevistados por instituição visitada	228
Quadro 10.2.: Resumo Hospital Pulido Valente	238
Quadro 10.3.: Resumo Instituto Português de Oncologia de Lisboa	249
Quadro 10.4.: Resumo Hospital José Maria Grande:.....	257
Quadro 10.5.: Resumo Hospital Infante Dom Pedro.....	265
Quadro 10.6.: Resumo Unidade Local de Saúde de Matosinhos	275
Quadro 10.7.: Resumo Hospital da Arrábida	284
Quadro 10.8.: Sistematização da realização das entrevistas	286

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamentos de Centro de Saúde

ACSS – Administração Central dos Sistemas de Saúde

ANF – Associação Nacional de Farmácias

AP – Administração Pública

APDSI – Associação para o Desenvolvimento da Sociedade de Informação

BD ou BD's – Base de Dados

CA – Conselho de Administração

CIES-IUL – Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa

CIPE – Codificação Internacional da Prática de Enfermagem

CPC – Companhia Portuguesa de Computadores, Health Care Solutions, S.A.

DGS – Direcção Geral da Saúde

EPE – Entidades Pública Empresarial

GDH – Grupo de Doentes Homogéneos

HA – Hospital da Arrábida

HIDP – Hospital Infante Dom Pedro

HJMG – Hospital José Maria Grande

HPV – Hospital Pulido Valente

IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

IOM – Institute of Medicine

IPO – Instituto Português de Oncologia

ISCTE-IUL – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

IUTICH – Inquérito sobre a Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais

JAMA – Journal of the American Medical Association

LAN – Local Area Network – rede local que cobre uma área relativamente pequena. A maioria das LANs restringe-se a um único ou a um grupo de edifícios. Uma rede que interligue os computadores pessoais num edifício terá a designação de LAN

MCDT – Meio complementar de diagnóstico e terapêutica

MCTES – Ministério da Ciência da Tecnologia e do Ensino Superior

OCDE – Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Económico

OGE – Orçamento Geral do Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

OnP – Hospitais oficiais não públicos

OP – Hospitais oficiais

OPET – Observatório de Prospectiva da Engenharia e da Tecnologia

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

Pacs – Picture Archiving and Communications System

Part. – Hospitais particulares

PEN – Prescrição Electrónica Nacional

PIB – Produto Interno Bruto

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos

Ris – Radiology Information System

ROR – Registo Oncológico Nacional

RSE – Registo de Saúde Electrónico

RTS – Rede Telemática da Saúde

RUS – Registo Único de Saúde

SA – Sector Administrativo

Sa – Sociedade anónima de capital público

SAM – Sistema de Apoio ao Médico

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SEI – Saúde na Era da Informação

SI – Sistemas de Informação

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SONHO – Sistema de Informação Administrativa e Financeira Hospitalar

SPA – Sector Público administrativo

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos

UMIC – Unidade Missão Inovação e Conhecimento

USF – Unidade de Saúde Familiar

WAN – Wide Area Network

1. AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA SAUDE: UM PONTO DE PARTIDA

Este trabalho visa aprofundar o conhecimento científico na área das Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde.

Teoricamente integrado na sociedade contemporânea, comunicacional e em rede, o papel das TIC foi analisado à luz das intenções políticas, dos usos efectivos nos hospitais portugueses e ainda através da auscultação directa dos profissionais de saúde que utilizam – ou não – as TIC no seu quotidiano profissional.

Dado o actual contexto de grandes restrições impostas a todos os sectores da sociedade, incluindo o da saúde, importa cada vez mais não apenas fazer cortes no financiamento, mas saber otimizar os custos dispendidos, evitando erros e reduzindo desperísios. Ou seja, é determinante aumentar a eficiência e a eficácia, tratar mais ou igual número de doentes, mantendo a qualidade da prestação de cuidados e gastar o mesmo ou, se possível, menos verbas.

Neste âmbito, o recurso às TIC no sector da saúde pode assumir um papel importante, potenciando a criação de uma cadeia de valor no sector da saúde, dependendo da forma como são operacionalizadas. Porém, a sua adopção, implementação e manutenção não são processos de “chave-na-mão” nem se estruturam, regulam ou mantêm por eles próprios, sobretudo quando aplicados no sector da saúde, uma área complexa, cheia de particularidades e externalidades que devem ser consideradas permanentemente.

A discussão do papel das TIC no sector da saúde é assim essencial para que a partilha de experiências, o confronto de diferentes perspectivas, tendo em conta os interesses dos profissionais envolvidos, a par das orientações governamentais, possam ser conjugados com o fim último de servir, da melhor forma os utentes – entendidos enquanto cidadãos, eleitores e contribuintes.

Este trabalho ainda que assuma a forma tradicional de uma tese de doutoramento, tem algumas particularidades. Devido à opção de comando da teoria assumida, tem duas partes distintas ainda que intimamente interligadas. Num primeiro momento (do primeiro ao quinto capítulo) é discutido todo o contexto teórico considerado oportuno para a problemática em causa e enunciadas as perguntas que guiaram a pesquisa. É também aqui que se explicam as opções metodológicas assumidas. Numa segunda fase, são apresentadas as análises dos objectos empíricos escolhidos¹ em função da construção teórica inicial e na procura de resposta às questões elencadas. Porém, também aqui serão desenvolvidos pequenos enquadramentos teóricos específicos, uma vez que como já se referiu, neste trabalho a teoria suporta sempre a acção de pesquisa.

¹ A saber: medidas definidas para o âmbito da reforma da Administração Pública e para o âmbito da saúde, enunciadas nos Programas de Governo Constitucionais (do V ao XVIII Governo Constitucional), levantamento de indicadores que reflectissem as medidas analisadas na área da saúde; o Inquérito à Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais (IUTICH); 76 entrevistas realizadas a profissionais de saúde sobre o uso das TIC na sua actividade profissional.

Assim, no primeiro capítulo² identifica o contexto teórico considerado para este trabalho. Aqui, dá-se conta da emergência de várias propostas de modelos de análise para a sociedade contemporânea – considerando sobretudo o risco, o indivíduo e a reflexividade – onde os indivíduos influenciam e são influenciados pelo uso das TIC, dada a disseminação do uso destas a todas as esferas do social³.

Continuando no enquadramento teórico, o segundo ponto do trabalho⁴ dá conta da emergência de um campo científico que integra o uso das TIC e SI no sector da saúde. Para além da análise de alguns exemplos destas utilizações, foram ainda definidos conceitos importantes neste enfoque teórico.

Delimitado o contexto e o âmbito teórico deste trabalho, no terceiro ponto⁵ é definida a problemática em causa e são elencadas as perguntas de partida que o orientaram. É também aqui que se apresenta esquematicamente a estrutura desta pesquisa, bem como os objectos empíricos escolhidos para a desenvolver. Aqui são também identificadas as abordagens teóricas complementares à estrutura teórica adoptada e que serão devidamente exploradas no quinto ponto deste trabalho⁶.

O quarto capítulo⁷ explicita todas as especificidades e opções metodológicas assumidas no tratamento dos objectos empíricos.

Passando para a apresentação dos resultados da análise do real, o sexto ponto⁸ inclui inicialmente um pequeno enquadramento da problemática da evolução das políticas da Administração Pública (AP), passando depois à exposição dos resultados apurados na análise das medidas dos vários Programas de Governo Constitucionais no âmbito da reforma da AP⁹ (do V Governo Constitucional, iniciado em 1979, ao XVIII Governo Constitucional, que começou em 2009). Aqui a promoção do uso das TIC foi uma das dimensões construídas, para que se percebesse o peso desta intenção no cômputo geral da AP.

De forma análoga a este último capítulo, o sétimo ponto¹⁰ refere-se à análise das intenções dos executivos para a área da saúde. Aqui, os mesmos Programas de Governo Constitucionais foram novamente investigados e as medidas para o sector da saúde categorizadas, sendo a orientação para o uso das TIC mais uma dimensão de análise, para que de novo se percebesse o peso realtivo desta dimensão face às restantes. De forma a identificar possíveis reflexos das orientações políticas na realidade, fez-se ainda um levantamento de indicadores de saúde (demográficos, de produção, de recursos humanos e financeiros) que foram cronologicamente comparados com as intenções políticas apuradas.

² Intitulado “A Sociedade Comunicacional: o Contexto”.

³ No momento em que escrevo estas linhas prestam-se tributos a Steve Jobs, fundador da Apple, que exemplifica esta dupla influencia: a tecnologia quando apropriada pelos utilizadores, leva a que estes a usem de forma única e em função das suas próprias necessidades, querendo (ou esperando) sempre a melhor forma de a instrumentalizar para responder ao que precisam. Os aperfeiçoamentos e criações de novas TIC, surgem assim entre a paradoxalidade da evolução do mercado e o dar resposta às necessidades dos cidadãos.

⁴ “As Tecnologias da Informação e Comunicação e Sistemas de Informação na Saúde”.

⁵ Intitulado “Perguntas de Partida e Hipóteses de Trabalho”.

⁶ Consideram-se os contributos da história, da sociologia da saúde, nomeadamente à luz do paradigma biomédico.

⁷ “Notas Metodológicas.”

⁸ Intitulado “A Saúde em Rede: Um novo Paradigma”.

⁹ “Sociedade Comunicacional na (Reforma da) Administração Pública”.

¹⁰ “A Sociedade Comunicacional nas Políticas de Saúde.”

O oitavo capítulo¹¹ apresenta os resultados da análise estatística do Inquérito à Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais (IUTICH), aplicado bienalmente pelo INE. Aqui foram analisadas diversas questões relacionadas com a temática deste trabalho, como sejam a utilização de computadores e da internet pelos profissionais de saúde dos hospitais portugueses, a presença dos hospitais na Internet, principais serviços informatizados, uso da telemedicina, entre outras.

O nono capítulo¹² é dedicado à análise dos estudos de caso. A partir das 76 entrevistas realizadas aos profissionais de saúde de diversas carreiras, distribuídos por 6 hospitais, procurou-se perceber como os profissionais que usam as TIC no exercício das sua actividade diária percebem este uso, bem como outros aspectos relacionados com a sua implementação – nomeadamente escolha, manutenção – e adesão – do próprio, do grupo profissional, dos outros profissionais.

Ainda que no fim de cada capítulo – sobretudo os de análise empírica – vão surgindo pequenas súmulas dos principais resultados parciais, no décimo e décimo primeiro capítulos são apresentadas as ideias e/ou as articulações das sínteses que se mostraram mais importantes e mais pertinentes em função das questões inicialmente levantadas, mas também considerando todo o percurso percorrido na realização deste trabalho.

Sendo uma preocupação pessoal a retribuição à sociedade da bolsa de doutoramento de que este trabalho foi beneficiário, no décimo ponto apresentam-se alguns indícios para a acção que, não sendo conclusões, nem pistas para futuras investigações, são sugestões práticas que se considera convictamente serem importantes na prosecução da melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde, no que se relaciona com o uso da TIC na área da saúde.

O décimo primeiro¹³ ponto contém as principais conclusões de todo o trabalho. Aqui os resultados empíricos são articulados com a discussão teórica desenvolvida ao longo do trabalho, para que, à luz da teoria, se confirme, infirme, ou confronte a realidade observada.

Os resultados apurados poderiam ser outros se o caminho seguido tivesse sido outro, se tivesse sido desenvolvido noutra tempo ou noutra contexto. As ciências sociais deparam-se com este facto: as pessoas pensam, reflectem, sentem, agem, enquadram-se num tempo e numa região, não são imutáveis como os números ou as fórmulas. A falta de exactidão pode ser considerada como uma limitação na leitura do real, na verdade terá as suas limitações. Porém, mais do que perceber as tendências dos números, há que perceber o que as origina, e mais, sendo os número uma forma de linguagem, só os indivíduos percebem os números e percebem o valor deles. Opta-se assim pela perspectiva mais humana e menos numérica. Neste sentido, assume-se toda e qualquer responsabilidade pela informação e conclusões apresentadas, garantindo-se o rigor da análise de todos os dados – qualitativos e quantitativos – elaborada de forma própria neste trabalho.

¹¹ Denominado “A Adopção e o Uso das TIC nos Hospitais Portugueses.”

¹² “O Uso de Diferentes TIC em diversos hospitais: Análise de 6 Estudos de Caso.”

¹³ “A apropriação Tecnológica e acção reflexiva na saúde: Conclusões e Recomendações”.

2. A SOCIEDADE COMUNICACIONAL: O CONTEXTO

2.1. SOCIEDADE, A TECNOLOGIA E INFORMAÇÃO

As tecnologias de informação e comunicação, que surgiram de forma mais expressiva e massiva na segunda parte do séc. XX, fruto da Revolução Tecnológica, não pararam, desde então, de se recriar, quer em inovação, qualidade e aperfeiçoamento, como em quantidade de produção, introduzindo alterações profundas no quotidiano de toda a sociedade: mudaram a noção de tempo e espaço, ligaram de forma imediata todos os pontos do universo através de pequenos terminais móveis (computadores, telemóveis, etc), possibilitaram novas relações entre as TIC, as tecnologias de computação e a sociedade, gerando a comunicação de massa, e agora em rede¹⁴, que ocupa o lugar central no actual paradigma da comunicação, podendo reforçar o fosso existente entre os países mais e menos desenvolvidos.

Estruturalmente implicam uma mudança global na sociedade uma vez que as tecnologias de informação e comunicação permitiram metamorfosear a informação – desde a sua criação, posse, acumulação e difusão – em fonte de controlo/poder social, simbólico, económico e político. Atente-se no exemplo de George Orwell (2004) num contexto social global, às aplicabilidades organizacionais possibilitadas pela acumulação de informação diversa num âmbito institucional, ou empresarial, ou ao bio-poder defendido por Foucault, onde as tecnologias de informação e comunicação podem catalisar o controlo social efectivo e simbólico do Estado. Aqui, especificamente, a mortalidade passa a ser mais importante que a morte, a natalidade que o nascimento, tornando-se a tendência mais valorizada que o caso particular de cada ser humano.

A informação, ao adquirir valor de transacção, (re)lança um novo paradigma económico articulando a inovação técnica e tecnológica com o aumento da capacidade produtiva de dispositivos necessários às tecnologias de informação e comunicação, nomeadamente no domínio da computação, da informática e da electrónica levando à descida dos preços de produção e à massificação destes produtos.

A aposta na inovação científica e tecnológica permitiu a evolução das tecnologias de informação e comunicação para a sua forma actual e potencia a sua futura optimização, uma vez que se procura que, no âmbito do meio académico, através de investigadores individuais e de algumas empresas, mas sobretudo sob a orientação do Estado, projectem, promovam, incentivem e desenvolvam as respostas às necessidades sociais e económicas.

Neste sentido, para Castells (2002) e Lyon (1992) entre outros autores, o Estado assume um papel de “catalisador” do desenvolvimento tecnológico ou, pelo contrário, de “anular” da sua ocorrência, uma vez

¹⁴ Assim, de um interlocutor que se apropriava de um *meio* e enviava uma mensagem a um número ilimitado de pessoas, passa-se para um número (i)limitado de emissores que transmite uma mensagem a um número (i)limitado de receptores, sendo os canais cada vez mais desenvolvidos tecnologicamente, permitindo um maior acesso e uma disponibilidade que ultrapassa as barreiras do tempo e do espaço. Neste processo a mediação reveste-se de uma importância extrema, uma vez que é o processo de reflexividade que permite que cada indivíduo se aproprie do social e (re)crie a sua concepção do real, que será integrada na rede comunicacional nas mensagens e nas formas que este emissor utilizar.

que “a capacidade ou incapacidade das sociedades dominarem a tecnologia, em particular as tecnologias que são estrategicamente decisivas em cada período da história, traça o seu destino a ponto de se poder afirmar que, embora por si mesma não determine a evolução histórica e a mudança social, a tecnologia (ou ausência dela) molda a capacidade de transformação das sociedades, assim como os usos que aquelas, através de um processo conflitual, resolveram dar ao seu potencial tecnológico” (Castells, 2002: 8; Espanha, 2009a 32).

Por outro lado, o facto de as tecnologias de informação se terem desenvolvido sobretudo no sector militar – no contexto de uma prolongada Guerra Fria – e comercial – associando jogos a linhas de programação e a combinações de diversos *softwares* e *hardwares* – faz com que as tecnologias de informação possam ser “um atraente meio de tentar garantir o futuro simultaneamente em diversas frentes; as mesmas tecnologias que permitiram reforçar o poder militar poderão também rejuvenescer economias periclitantes e, ao mesmo tempo, ajudar a consolidar o poder estatal” (Lyon, 1992: 40), permitindo contribuir para a consolidação do poder económico e político, pela necessidade de coordenação do desenvolvimento comercial e distribuição das tecnologias de informação.

O acompanhamento histórico da emergência e apogeu das grandes potências mundiais¹⁵ levou diversos investigadores (Needham, 1988, 1969, 1981; Quian, 1985; Jones, 1988; Mokyr, 1990; citados em Castells, 2002: 10), a concluir que o papel do Estado e sua orientação política têm um papel importante na alavancagem da inovação ou, pelo contrário, na manutenção do conservadorismo tecnológico de cada país.

O papel do Estado descontinuando, impulsionando ou orientando a inovação tecnológica é decisivo “na medida em que expressa e organiza as forças sociais dominantes num determinado espaço e época. Em grande parte, a tecnologia expressa a capacidade de uma sociedade impulsionar o domínio tecnológico por intermédio das suas instituições sociais, nomeadamente o Estado. O processo histórico em que esse desenvolvimento de forças produtivas ocorre marca as características da tecnologia e da sua inter-ligação com o social.” (Castells, 2002: 15).

Assim, a penetrabilidade das tecnologias da informação em todos os domínios e sectores da sociedade, a que o Estado e o *poder* efectivo ou simbólico não são alheios, têm vindo a introduzir um novo (ou alternativo) sistema de organização económico e social onde os modos de produção¹⁶ e os modos de desenvolvimento¹⁷ se articulam, sendo decisivos na análise das dinâmicas sociais, das relações de poder e da relação Estado-Sociedade.

¹⁵ Nomeadamente a China, Japão, Estados Unidos da América, Europa e dentro desta a Inglaterra, a Alemanha e a França.

¹⁶ Segundo Castells tal caracteriza o Capitalismo ou o Estatismo. O capitalismo visando a maximização do lucro (aumento do excedente apropriado pelo capital e no controlo privado), separa os meios de produção dos produtores e apropria-se e distribui o excedente pelos capitalistas, visando assim a produção a transformação do trabalho em bem e a posse privada dos meios de produção. Já o estatismo visando a maximização do poder do aparelho militar e político para impor os seus objectivos ao maior número de indivíduos, caracteriza-se pelo controlo estatal do excedente, ficado à margem da economia. (Castells, 2002: 17)

¹⁷ Para Castells caracteriza o Industrialismo ou o Informacionalismo. O Industrialismo visa o aumento da economia e a maximização da produção. Já o informacionalismo visa o desenvolvimento tecnológico, ou seja concentração de conhecimento e a complexificação do sistema processamento da informação. Pode resultar no “apuramento” do processo produtivo em função da matéria-prima usada, uma vez que é a procura de conhecimento e informação que orienta o processo de produção tecnológico. (Castells, 2002: 21)

Neste contexto, as mudanças dão-se em todos os domínios do social, são rápidas e profundas, não deixando quaisquer dúvidas: “a globalização é um fenómeno diversificado que está a reestruturar profundamente as nossas formas de viver enquanto humanidade e enquanto indivíduos, a vários níveis – economia electrónica global, ciência e tecnologia, relações interpessoais (casamento, sexualidade, família), cultura e tradição, religião e política” (Giddens, 2005: contra-capla), ainda que de formas diferentes em função dos contextos (Lyon, 1992:162).

Mas, como todos os processos de mudança, também este tem vindo a ser questionado e alvo de profundas reflexões, fruto não só do crescente mal-estar social global, reflexo do aumento do desemprego, da actual crise económica-financeira mas também pela alteração de valores sociais que *tradicionalmente*¹⁸ contribuía para o bem-estar dos indivíduos pela segurança que simbolicamente representavam. Neste sentido, as tecnologias de informação e comunicação contribuía para as transformações culturais e para a emergência de diferentes formas do indivíduo se considerar a si mesmo, ao outro e de estabelecer uma interacção social.

Touraine, reflectindo sobre a catastrófica época apocalíptica do “fim do social” ou de uma sociedade “não-social”, conclui que “as transformações que estamos a viver não são mais profundas do que aquelas que vivemos ao longo dos últimos séculos e não é mais aterrador evocar o fim do social e, em particular, o enfraquecimento das categorias sociais de análise e de acção, do que noutros tempos o foi o fim das sociedades propriamente políticas e, ainda antes disso, o fim das sociedades religiosas” (Touraine, 2005: 11).

Encontramo-nos pois, num inquestionável período de mudanças, onde “os padrões de trabalho, a vida familiar, os tempos livres e divertimento e, até, o modo como nos reconhecemos como seres humanos são realidades vulneráveis à alteração resultante da difusão social das chamadas tecnologias de informação” (Lyon, 1992:ix).

O percurso da evolução da Humanidade, prenhe de mudança, integra todos estes processos, imbuídos tanto de carácter tecnológico como de social: se a tecnologia surge da e na sociedade, a sociedade reestrutura-se através da tecnologia que, de modo isolado ou combinado, transforma domínios tão abrangentes como a auto e hetero percepção do ser humano, que “começa a ver-se como um «processador de informação» e a encarar a natureza como «informação passível de processamento».” (Lyon, 1992: 19).

Neste contexto o conceito de Sociedade da Informação reúne uma aceitação mundial e reflecte “uma nova fase no desenvolvimento histórico das sociedades avançadas. Não se trata de simplesmente da emergência de uma sociedade “pós-industrial”, mas sim do advento de novos padrões sociais em consequência de uma segunda revolução industrial” (Lyon, 1992:163).

2.2. A SOCIEDADE COMUNICACIONAL: MUDANÇA DE PARADIGMA TEÓRICO-SOCIAL

¹⁸Como o papel de uma crença por exemplo. Nesta referência à tradição, o que está em causa é a existência de uma força “apólfnea” que permita suportar a “dionisiaca”(Nietzsche, 1995).

Castells, Touraine e Cardoso reconhecem que a emergência das TIC implica uma flexibilidade social e uma análise da vida colectiva, onde cada indivíduo estrutura o social e é por ele estruturado, convergindo também na negação do determinismo tecnológico da sociedade de comunicacional.

Porém Castells centra o novo paradigma nas tecnologias de informação, entendido na dualidade da capacidade e da técnica difusora e na informação enquanto matéria-prima, Touraine defende a mudança para um paradigma cultural, onde as tecnologias de comunicação, entendidas não como um fim mas como um meio, permitem aos sujeitos devolver a capacidade de (re)criação de si mesmos e a construção de uma identidade cultural desenvolvida individual e colectivamente e Cardoso centra-se na organização e globalização da comunicação da sociedade em rede, para analisar as relações sociais, as formas e os conteúdos comunicacionais numa sociedade em que a inovação tecnológica, sobretudo através das tecnologias de informação e comunicação de massa e interpessoais, permite uma interactividade permanente, sustentando e promovendo a rede comunicacional em que assenta este novo paradigma.

Parafraseando Christopher Freeman que conjuntamente com Perez e Dosi analisaram o paradigma clássico das revoluções científicas de Kuhn à luz das inovações tecnológicas, Castells assume que o “paradigma económico e tecnológico é um agrupamento de inovações técnicas, organizacionais e administrativas inter-relacionadas, cujas vantagens devem ser descobertas não apenas numa nova gama de produtos e sistemas, mas também e sobretudo na dinâmica da estrutura dos custos relativos a todos os possíveis inputs para a produção. (...) A mudança contemporânea de paradigma pode ser vista como uma transferência de uma tecnologia baseada principalmente em inputs económicos de energia para uma outra predominantemente de inputs económicos de informação resultantes do avanço da tecnologia em micro-electrónica e telecomunicações” (Freeman, 1988a:10 citado em Castells, 2002: 86).

Neste sentido, perante a edificação deste paradigma, Castells (2002) assume que este novo modelo tem como matéria-prima a informação sendo que sob os efeitos das novas tecnologias consegue “penetrar” em todos os domínios da sociedade e, ainda que não determine todos os processos produtivos, confere-lhes uma forma específica e tipificada, actuando as tecnologias sobre a informação e a informação sobre a tecnologia. Tem implícita uma lógica de redes, que segundo Castells (2002) e Kelly (1995) é o único modelo capaz de representar o “poder confuso da complexidade” e de “fomentar um crescimento sem preconceitos e aprendizagem sem guias” (Kelly, 1995: 25-7 em Castells, 2002: 87), sendo a *rede* o único modelo capaz de estruturar o não estruturado – entendido como a alavanca da inovação na actividade humana.

A flexibilidade é outra característica fundamental no paradigma da tecnologia da informação. Permitindo a reversibilidade, a alteração e a reorganização de processos, organizações e instituições confere-lhe uma capacidade decisiva no contexto actual de permanente mudança e fluidez organizacional. Isto é, torna possível mudar as regras de uma instituição sem a destruir, uma vez que a base material – o seu histórico – pode ser reprogramado ou reequipado.

Porém atrás desta plasticidade, pode estar “uma forma libertadora como uma tendência repressiva, se as regras forem sempre ditas pelos poderes instituídos” (Castells, 2002: 88). Neste sentido é importante

distanciar a avaliação do aparecimento de novas formas e processos sociais catalisados pelas novas tecnologias e a avaliação das consequências potenciais e reais desses avanços *na e para a* sociedade, sendo apenas na observação e análise empírica que se pode determinar as consequências da interação entre novas tecnologias e as formas sociais que as instrumentalizam.

Este paradigma caracteriza-se ainda pela convergência das tecnologias particulares num sistema integrado, onde as antigas trajetórias se tornam imperceptíveis e indetectáveis. Neste sentido, cria-se uma interdependência entre o biológico¹⁹, o tecnológico e o microelétrico, tanto a nível dos materiais, como dos processos e dos métodos de produção²⁰. Desta forma, este paradigma resulta dum processo de convergência multidisciplinar e multitecnológico na produção de informação.

Castells, confirmando que o paradigma da tecnologia de informação não é um sistema fechado mas uma rede com múltiplos acessos e que a abrangência e a complexidade são as suas principais características, resume este modelo como sendo “forte e impositivo na sua materialidade, mas adaptável e aberto no seu desenvolvimento histórico” (Castells, 2002: 94).

Touraine também defende a emergência de um novo paradigma para analisar a sociedade num momento em que o paradigma político e o paradigma económico-social perderam capacidade explicativa e analítica devido à cisão do poder económico e do capitalismo, pela globalização, ou seja, pela velocidade vertiginosa a que se dão trocas materiais e financeiras, pelo aumento da capacidade dos sistemas produtivos e de distribuição e o afastamento económico do poder social e político.

Este paradigma centra-se em novos conflitos e reconhece à dimensão cultural uma importância determinante. Nesta perspectiva as tecnologias de informação distinguem-se como uma forma privilegiada de estabelecer uma comunicação, catalisando o fenómeno de “desdobramento criador” (Touraine, 2005: 238) em cada sujeito, articulando o *ser empírico* com o *ser de direitos*, que procura a sua liberdade de acção.

O novo paradigma resulta da capacidade dos sujeitos ultrapassarem a queda dos valores políticos e sociais reafirmando a sua identidade individual e particular num todo universal propiciado e promovido pela globalização a que a sociedade industrial nos conduziu.

Esta afirmação, num contexto de modernidade²¹, pressupõe o reconhecimento, a aceitação da diferença e o pensamento racional permitindo a articulação da vida pessoal com a colectiva, não se anulando culturas. Da universalidade da globalização, através da afirmação dos direitos, práticas e modos individuais, emerge uma nova forma de analisar a sociedade através da cultura.

¹⁹ Consideram-se aqui que os avanços na biologia só se puderam realizar pela articulação com o desenvolvimento tecnológico.

²⁰ “em termos de sistemas tecnológicos, um elemento não pode ser imaginado um sem o outro: os microcomputadores dependem da arquitectura do computador. As telecomunicações agora são apenas uma forma de processamento da informação; as tecnologias de transmissão e ligação são, simultaneamente, cada vez mais diversificadas e integradas na mesma rede operada por computadores” (Castells, 2002: 89)

²¹ Note-se que Touraine não tece juízos sobre a pertença, afastamento ou proximidade da modernidade enquanto evolução positiva: “não devemos considerar uma população que avança para a modernidade como se avançasse necessariamente para nós. Mesmo que todos os caminhos vão dar a Roma, essa Roma é composta por bairros muito diferentes uns dos outros: não é unicamente a capital do antigo império romano ou a sede do papado” (Touraine, 2005: 186).

Assim, se a comunicação electrónica instantânea – resultado do aperfeiçoamento constante do código de Morse ao longo de dois séculos – deixa de ser apenas uma forma ultra-rápida de transmitir informações e se integra no quotidiano dos indivíduos, influenciando aspectos íntimos e pessoais de cada indivíduo, sustentando o processo de globalização, esta passa a ser a “razão que leva ao reaparecimento das identidades culturais em diversas partes do mundo” (Giddens, 2005: 24)

Desta forma os indivíduos têm um duplo papel estruturante e estruturado, sendo necessário para o desempenho dos dois papéis que “eles próprios contribuam com juízo crítico sobre a sua experiência histórica, as suas práticas culturais. Não se trata, aqui, de uma pura relação recíproca com o outro, de um reconhecimento de um pelo outro, mas de um julgamento sobre si e sobre o outro do ponto de vista de uma modernidade na qual uns estão mais próximos que outros, mas que não pertence a ninguém e não se confunde com nenhuma realidade histórica particular” (Touraine, 2005: 187).

Já Cardoso defende que num contexto onde a inovação tecnológica dos instrumentos de mediação e os diferentes modos de apropriação social de cada utilizador implica uma instrumentalização em função das suas necessidades, é necessário analisar a realidade social através de um novo paradigma comunicacional, onde de uma comunicação de massas – um emissor comunica com um número ilimitado de receptores – se passa para uma comunicação em rede – múltiplos emissores comunicam com múltiplos receptores – através de uma adequação do canal mais apropriado à mensagem, estando em causa já não apenas o conteúdo a transmitir, mas a forma de o fazer. Esta nova organização em rede permite articular a dimensão tecnológica, a dimensão económica e a apropriação social através da tecnologia digital uma vez que “a tecnologia permitiu a vários sistemas de hardware, que eram usados separadamente pelo consumidor final, convergirem em unidades tecnológicas” (Cardoso, *et all*, 2009:17), possibilitando a comunicação e o trabalho em rede através de diversas tecnologias que combinam mecanismos interpessoais de mediação e mecanismos de mediação de massa.

É através destes processos de mediação, que invadem o nosso quotidiano, que reflexivamente interpretamos e incorporamos a informação necessária à tomada de decisões (Giddens, 2001, citado em Cardoso, *et all*, 2009:21) individuais ou colectivas²², estando a cultura da nossa sociedade a evoluir para uma cultura da virtualidade real (Castells, 2000, citado em Cardoso, *et all*, 2009:21), onde a mediação passa a ser determinante na captação de informação decorrente da informação.

Assim, se no séc. XX o paradigma económico se alterou em função da sociedade comunicacional, uma vez que a economia informacional implica uma livre circulação de informação no mercado, protagonizada pela produção de comunicação no sector industrial, actualmente a reflexividade permitida pelas tecnologias de informação e comunicação no quotidiano social permite concluir que é um elemento-chave nos processos de tomada de decisão individual ou colectiva, evidenciando também que não agimos apenas em função do desenvolvimento tecnológico ou da inovação científica, mas em função da apropriação social dos instrumentos de mediação por eles proporcionados.

²² Note-se a este respeito que Manuel Villa-Verde Cabral numa intervenção a propósito das comemorações do 30 aniversário do SNS referiu que quanto menos conhecimento um indivíduo tiver sobre uma temática mais ele irá adoptar a “perspectiva” mediada pela comunicação social, pelo que a mediação adquire um papel de importante relevo, no controlo e exercício de poder nas sociedades actuais.

Note-se que, segundo Cardoso, *et all* (2009), Giddens (1991, citado em Cardoso, *et all*, 2009) e Silverstone (2005, citado em Cardoso, *et all*, 2009), o conceito de “sociedade comunicacional” é mais rigoroso do que “sociedade de informação”, uma vez que identifica com maior precisão a fusão das tecnologias de informação, comunicação e computação com uma sociedade em mudança, ou por outras palavras é ao comunicarmos com os outros que as TIC se evidenciam numa existência social.

O paradigma da comunicação em rede, por referência aos paradigmas comunicacionais anteriores²³, distingue-se por ter uma nova concepção espaço temporal, articulando a mobilidade a acessibilidade, por se centrar na imagem em movimento, uma vez que o visual tem vindo a ganhar mais importância que as mensagens textuais, por possibilitar novas dinâmicas e formas no acesso à informação quer ao nível dos filtros informacionais (in)existentes ou moldáveis por cada indivíduo, como ao nível da produção de software livre e livre acesso à informação.

No contexto de mediação e reflexividade caracterizador deste paradigma comunicacional, os utilizadores ganham uma nova dimensão: a da utilização reflexiva, uma vez que a escolha e apropriação social dos instrumentos de mediação tem implicações directas no mercado e na inovação tecnológica, gerando-se uma relação dialéctica entre os padrões de uso e consumo e a inovação tecnológica, tendo o utilizador um papel na aprovação ou reprovação de uma tecnologia, num novo desenvolvimento ou possibilidade de inovar.

Os processos de inovação surgem como “an idea whose time has come; a new combination of existing ideas and production processes” (Plamping, Gordon e Pratt, 2009:8), não se circunscrevendo apenas ao aparecimento de novos produtos, mas de uma forma mais abrangente à identificação de necessidades. Segundo Schumpeter inovar inclui “the introduction of new commodities, [...] technological change in the production of commodities already in use, the opening up of new sources of supply, taylorization of work, improved handling of material, the setting up of new business organization in the realm of economic life” (Schumpeter, 1939: 84).

Assim, “os utilizadores tornam-se os principais inovadores na sociedade em rede, mas os utilizadores são também muito diferentes uns dos outros. Podemos, assim, caracterizar uma das tendências principais do novo paradigma comunicacional como a inovação desempenhada pelos utilizadores, mas temos de compreender que utilizadores específicos inovam em áreas específicas, aquelas em que a comunicação é tida como mais importante para eles” (Cardoso, *et all*, 2009:43, baseando-se em Silverstone, 2005 e Lull, 2007), podendo recair esta “escolha” sobre diversas áreas desde o entretenimento ao quotidiano profissional, uma vez que as tecnologias de informação e comunicação são – cada vez mais – parte integrante do nosso dia-a-dia.

Neste sentido, nas sociedades contemporâneas, a reflexividade proporcionada e permitida pelas tecnologias de informação e comunicação resulta como parte integrante e indissociável dos processos de autonomia dos indivíduos, impulsionando a capacidade de cada indivíduo afirmar o seu pensamento e agir

²³ O primeiro modelo de comunicação a ser identificado foi a comunicação interpessoal, o segundo a comunicação de um emissor para muitos receptores, o terceiro a comunicação em massa, onde há um emissor e um número ilimitado de receptores. (Cardoso, *et all*, 2009: 56)

em função dos seus próprios critérios éticos, valores, objectivos e esforços. (Espanha, 2009a:iii) e paralelamente criando novas formas de organização do social, nomeadamente as organizações e o trabalho.

O quadro que se segue resume as principais características e perspectivas propostas em cada paradigma, assumindo enfoques mais económicos, sociais ou culturais, situando contextualmente a emergência de cada um deles por referência ao seu autor.

Quadro 2.1.: Novos Paradigmas: paradigma da tecnologia de informação, Paradigma Comunicacional e Paradigma Cultural

	Paradigma da tecnologia da informação	Paradigma da comunicação em rede	Paradigma cultural
Contexto	<ul style="list-style-type: none"> - Revolução tecnológica²⁴ permite a captação, retenção e troca de informação e comunicação; - Globalização; - Valorização crescente da informação e comunicação; - Emergência da sociedade informacional e da ligação em rede; - Queda de barreiras geográficas temporais; - Nova forma de poder - temida pela mutabilidade e pela ausência de controlo; 	<ul style="list-style-type: none"> - Resulta da combinação do processo de globalização com uma rede massificada e a difusão dos media pessoais, originando uma estrutura de mediação em rede. - Destaque da inovação tecnológica e da mediação na sociedade por substituírem crescentemente o contacto face-a-face, ainda que privilegiando a forma da imagem em movimento; - Da comunicação de massas passa-se à comunicação em rede; 	<ul style="list-style-type: none"> - Economia global; - Individualismo triunfante; - Erosão das “categorias sociais”; - Queda do paradigma político²⁵ e do paradigma económico-social²⁶; - Revolução tecnológica dissocia a técnica das relações sociais e de produção e flexibiliza os sistemas de informação; - Governos enfraquecidos e sem reacção;

²⁴ Que segundo Castells, estrategicamente depende do apoio do estatal de respectivo país.

²⁵ Que emergiu no séc. XVIII-XIX com a constituição das repúblicas e caiu pela emergência da importância da indústria, da produção, do lucro, da consciencialização do proletariado e da luta de classes.

²⁶ Que surgiu no séc. XIX-XX com a Revolução Industrial, cai com a ausência de “categorias sociais” (Touraine, 2005:10).

	Paradigma da tecnologia da informação	Paradigma da comunicação em rede	Paradigma cultural
Características	<p>– Assente na revolução tecnológica é um modelo globalmente abrangente; flexível (permite uma sociedade permanentemente reformulável, sem necessidade de se destruir para se reconstituir, em função da orientação do poder), complexo (a comutação de circuitos e a microelétrica articula com as revoluções biológicas e mudanças sociais) que se dispõe em rede, onde a tecnologia age sobre a informação - permitindo fluxos de conhecimento e a criação de redes e relações sociais globais.</p>	<p>– A emergência do sistema de <i>media</i> não resulta apenas da convergência tecnológica mas também da sua organização em rede e em várias dimensões: tecnológica, organização económica e apropriação social.</p> <p>– Destaca a importância do processo de mediação na escolha dos instrumentos, uma vez que desta apropriação do social resulta a (re)criação do processo de mediação, transformando os utilizadores em inovadores, com capacidade e poder interventivo e interactivo. Valoriza a imagem em movimento, as novas formas de aceder à informação, influenciando formas organização do trabalho, produção, distribuição, mas também os conteúdos noticiosos ou de entretenimento²⁷.</p>	<p>– Assume como pressupostos a modernidade²⁸ – onde se entende o sujeito²⁹ como princípio de análise universal e se lhe reconhece uma capacidade “reflexiva” – a adesão ao pensamento racional complementado pela subjectivação³⁰ – centrada no conceito de cidadania – e o respeito dos direitos individuais, que transcendem os direitos comunitários. Desta forma o indivíduo (trinomialmente considerado) perante um contexto global massificador, não anula a sua pertença social e ganha liberdade em agir de forma livre e criativa, permitindo salvaguardar uma existência individual e singular.</p>

²⁷ Apostando sobretudo no “desfocar de fronteiras entre os géneros tradicionais de programas e novas abordagens a valores sociais, como a privacidade, a reserva, e alterações no domínio do tempo, do espaço e da ética, todos eles reflectidos nas formas como as histórias são contadas e os guiões escritos” (Cardoso, *et all*, 2009:57).

²⁸ Que corresponde à *modernidade reflexiva* de Giddens e Lash (Beck, 2000).

²⁹ Touraine na discussão sobre o trinómio indivíduo, sujeito e agente, define sujeito enquanto “controlo exercido sobre a vivência para que ela tenha um sentido pessoal, para que o indivíduo se transforme em agente inserido nas relações sociais, transformando-as, mas sem nunca se identificar por completo com um grupo” Touraine, 1994: 247

³⁰ O processo de subjectivação corresponde à separação dos comportamentos pessoais do desempenho de papéis sociais através do qual o sujeito humano emerge como liberdade e criação. A tensão dicotómica entre racionalização e subjectivação não resulta da anulação da segunda pela primeira. Touraine defende mesmo que “ao invés de considerar que a racionalidade técnica e económica destrói cada vez mais a subjectividade, ela mostra de que modo a modernidade produz o Sujeito, que não é, nem o indivíduo nem o Si-mesmo (*Self*) construído pela organização social, mas o trabalho pelo qual um indivíduo se transforma em agente capaz de transformar a sua situação em vez de a reproduzir através dos seus comportamentos” (Touraine, 1994: 442).

	Paradigma da tecnologia da informação	Paradigma da comunicação em rede	Paradigma cultural
Perspectiva	<ul style="list-style-type: none"> – Num processo contínuo de convergência de campos tecnológicos, de que resulta a produção e difusão de informação, este paradigma é um sistema aberto, uma rede com múltiplos acessos onde “a dimensão social da revolução da tecnologia de informação parece destinada a cumprir lei sobre a relação entre tecnologia e sociedade” (Castells, 2002:94). – Aqui a interacção das forças tecnológicas com as sociais numa complexa matriz são interpretadas como indutoras e facilitadoras de novas formas e processos sociais, defendendo-se relativa precaução na construção de juízos de valor sobre o poder, os impactos e as consequências desta interacção uma vez que esta tanto pode ser uma “força libertadora como uma tendência repressiva” (Castells, 2002: 88). 	<ul style="list-style-type: none"> – Gerado na Sociedade Informacional onde o modelo de organização social é a articulação em rede, sustentada pela comunicação em rede, este modelo visa articular os modelos de comunicação anteriores – comunicação interpessoal, comunicação um-para-muitos e comunicação de massa – de forma a produzir novos formatos de comunicação, novas formas de <i>empowerment</i> e de autonomia comunicativa. É “um modelo comunicacional caracterizado pela fusão da comunicação interpessoal e em massa, ligando audiências, emissores e editores sob uma matriz de <i>media</i> em rede, que vai do jornal aos jogos de vídeo, oferecendo aos seus utilizadores novas mediações e novos papéis” (Cardoso, <i>et all</i>, 2009:57) Papeis estes extensíveis a novas formas de organização social e organizacional, implicando novas formas de trabalho. 	<ul style="list-style-type: none"> – Numa sociedade global encontra na cultura³¹ e na afirmação cultural particular de cada sujeito a reposição de um factor orientador da sociedade. Tem como pressuposto o respeito pela diferença³² sustentado num pensamento racional onde o estado não tem (ou não deveria ter) capacidade de actuação. É na afirmação identitária (através da cultura) que se centra este novo paradigma, numa sociedade massificada, globalizada, onde a pressão para o consumo e a velocidade de troca de informação “esmagam” o sujeito, este (re)utiliza os canais que permitiram a queda dos valores sociais para recriar uma transformação individual e colectiva onde cada um tem especificidades únicas.

Fonte: Castells, Manuel (2002), A Sociedade em Rede – A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian; Cardoso, Gustavo, Rita Espanha e Vera Araújo (orgs.) (2009), Da Comunicação de Massa à Comunicação em Rede, Porto, Porto Editora e Touraine, Alain (2005), Um Novo Paradigma Para Compreender o Mundo de Hoje, Trad. Armando Pereira da Silva, Lisboa, Instituto Piaget

³¹ Entendido enquanto forma de actuar, pensar e interagir com os outros, mas também pela capacidade de se analisar a si e ao outro de forma não exclusiva mas inclusiva, proporcionando um posicionamento distinto de um face ao outro.

³² Defendido já em 1994, com “O que é a Democracia?”.

2.3. SOCIEDADE COMUNICACIONAL, TRABALHO E O EMPREGO

Avançando entre as críticas optimistas ou negativistas, Lyon afirma que “o enorme abismo de credibilidade entre as previsões e fantasias futuristas e as duras realidades de envolvimento de governos, empresas transaccionais e militares nas TI exige uma certa urgência do tratamento da problemática da sociedade de informação. O reconhecimento desse abismo, permite ainda realçar o papel vital da inclusão de uma análise social séria nos processos de tomada de decisão, análise que não deverá restringir-se à construção de meros cenários pessimistas ou optimistas” (Lyon, 1992: 23).

Durante as últimas décadas assistimos a diversas evoluções técnicas, tecnológicas e científicas que permitiram desenvolver as tecnologias de informação que nos conduziram à Sociedade Comunicacional através de progressivas mudanças sociais, não havendo uma contribuição única ou exclusiva para este desenvolvimento.

Desta forma, tal como as tecnologias de informação não devem ser analisadas fora do seu contexto social, uma vez que não são um processo autónomo, cujos impactos se abatam sobre a sociedade, também as mudanças sociais relacionadas com as inovações tecnológicas não se podem, redutoramente, conceptualizar como impactos tecnológicos, mas como uma “subtil e complexa interpenetração³³” entre a tecnologia e a sociedade” (Lyon, 1992: 46).

Uma das principais interpenetrações das novas tecnologias na sociedade desenvolve-se no âmbito do trabalho e das qualificações dos trabalhadores. Neste sentido, a afirmação deste novo sector na sociedade implica “trabalhadores da informação” – a que corresponde mão-de-obra mais qualificada, a diminuição de postos de trabalho através da automação ou a desqualificação dos empregos – que passam a ser um factor económico dominante das sociedades avançadas, diluindo cada vez mais as fronteiras entre a gestão e o trabalho produtivo, esbatendo as hierarquias e símbolos estatutários pelo que Lyon conclui: “A hierarquia, em conjunto com outros padrões tradicionais nas relações industriais, parece bem entrincheirada, daí resultando que a introdução de novas tecnologias seja frequentemente acompanhada por conflitos laborais. As mudanças ocorridas nas diversas situações de trabalho e de emprego parecem gerar medo e ansiedade, em lugar de introduzirem o desafio e conduzirem a novas oportunidades” (Lyon, 1992: 74)

As tecnologias de informação afectam o mercado de trabalho a todos os níveis desde a perda global de postos de trabalho, à reestruturação das oportunidades de emprego. Assim, ainda que o elevado número de desempregados não se deva em exclusivo às tecnologias de informação, as primeiras não lhe são completamente alheias, tal como às futuras perspectivas do emprego futuro.

Assim, se nas décadas de 1960 e 1970, o sector público e dos serviços absorveram os movimentos populacionais oriundos da indústria transformadora, actualmente, nas economias avançadas, a contracção das empresas públicas leva a que a capacidade empregadora deste sector seja muito inferior.

³³ Que Lyon simbolicamente caracteriza como casamento entre os computadores e as novas comunicações, onde a micro-electrónica, através do chip de silício assume o papel de Cupido. (Lyon, 1992: 27)

Paralelamente, o investimento dos governos locais e centrais em sistemas informatizados e em redes de telecomunicações e sistemas computacionais evidencia um regime orientado para a poupança de mão-de-obra decorrente do processamento informático de dados, desenvolvendo a noção de escritório-fábrica, em que a informação outrora retida na cabeça dos trabalhadores passa a ser registada e acumulada em terminais computacionais, passando estes a ser meros depositadores de dados e perdendo a noção global do processo de produção (Lyon, 1992: 86).

A introdução de processos computacionais tem subjacente a reestruturação da organização do trabalho transversais a todas as dimensões das relações de trabalho, desde a melhoria da qualidade de algumas tarefas, a (re)definição dos processos produtivos – que implica uma separação entre o trabalhador e o produto ou o trabalhador e os seus companheiros – a mudanças nas formas de organização do trabalho em equipa ou no aumento do controlo dos trabalhadores por parte da gestão, permitindo que, segundo autores como Berman, se implementasse o Taylorismo nos escritórios e nos serviços, exponenciando a separação da concepção da tarefa da sua execução contribuindo para um capitalismo sustentado por uma gestão científica (Lyon, 1992: 82).

Estas perspectivas, defendidas sobretudo por forças sindicais, inflamaram a conflitualidade entre empregados e empregadores em função da crescente adopção das tecnologias de informação, temendo-se que as tecnologias de informação viessem substituir e retirar a qualificação dos postos de trabalho, uma vez que a sua adopção, sobretudo no sector público, poderia sujeitar o empregado de escritório aos ritmos maquinicistas, reduzindo o poder de decisão e autonomia fragmentando, fragilizando e desqualificando o posto de trabalho.

Mas se a automação dos postos de trabalho pode ser considerada um risco, por outro lado, tomar por garantida a coesão e actuação capitalista das classes gestoras bem como a incapacidade dos esforços de resistência por parte dos trabalhadores, podem ser formas demasiado redutoras de analisar esta realidade.

Assim, “a bem conhecida tendência para uma crescente rotinização do desempenho laboral por máquinas está a intensificar-se com a adopção galopante das tecnologias de informação; sem estarmos, contudo, perante um processo uniforme: as experiências variam de indústria para indústria, de firma para firma, de país para país” (Lyon, 1992: 83).

Neste sentido, perante trabalhadores ameaçados pela desqualificação dos seus postos de trabalho e pelo esbatimento das hierarquias e dos símbolos estatutários, há uma gestão que recorre a conceitos de eficiência para legitimar tecnicamente a sua actuação e as consequências, superando o lado técnico, colocam-se no âmbito social.

Paralelamente, em jeito de antítese à perspectiva de Berman (1974), Rosenbrock (1984) defende que a desqualificação dos postos de trabalho, mesmo que vise o aumento da subordinação dos profissionais às máquinas, e o aumento do controlo sobre os processos produtivos, tem implícita a optimização das capacidades humanas como objectivo produtivo mais elevado do que o aproveitamento das máquinas.

A este propósito escreve Lyon: “tendo presente as várias motivações da gestão, bem como os diferentes graus de sucesso da resistência dos operadores às novas tecnologias, na maioria dos casos é impossível monitorizar as tarefas a partir de uma sala de controlo. O mais provável é assistirmos a uma “redistribuição” das qualificações e não à sua simples destruição com a emergência do controlo numérico personalizado” (Lyon, 1992: 85).

Desta forma o que emerge como mais importante na adopção de tecnologias de informação é a forma como as máquinas e os processos são introduzidos, não sendo as consequências da técnica a razão exclusiva no impacto (Lyon, 1992). Esta perspectiva coloca os grupos sindicais e os empregadores/gestores no âmago na construção das relações laborais, empresariais e até industriais.

O facto de as tecnologias de informação serem transversais a todos os domínios da sociedade, contribuindo para a reestruturação local e global da economia, não se circunscreve apenas a alterações dos postos de trabalho ou mercado de emprego. De facto, reflecte-se na estrutura da sociedade, em todos os sectores industriais, na reorganização das classes sociais, na lei da oferta e da procura, no exercício de poder e controlo empresarial, governamental, ou de novos grupos emergentes como os *media*.

Neste contexto, a lealdade e a total dedicação aos objectivos empresariais, instigada por técnicas de gestão, podem agilmente reduzir resistências por parte dos trabalhadores, mas de uma forma geral, a introdução de novas tecnologias, sobretudo em períodos de crise económica, que se tem vindo a observar nos últimos anos, gera suspeitas e receios que podem ou não ser atenuados por estratégias negociais, que impedem o desenvolvimento de planos a médio-longo prazo. A este propósito afirmam Williams e Moseley “as consequências a longo prazo de uma transição para a sociedade da informação parecem-nos frequentemente remotas se as compararmos com as preocupações com o dia-a-dia” (Williams e Moseley, 1982; citados por Lyon, 1992: 92).

Ainda que passados 15 anos sobre estas conclusões, é incontornável o facto de as tecnologias de informação concentrarem um enorme potencial e afectarem os sistemas sociais e económicos em todas as suas dimensões: são um contributo global para a melhoria da qualidade das vivências laborais, do aumento da produção e dos resultados, sendo também evidente que em muitos casos, não se pode delimitar ou atribuir em exclusivo esta melhoria às tecnologias de informação, uma vez que para estas alterações, concorrem várias dimensões na organização dos processos e desempenho das tarefas. Porém, este processo pode implicar a perda e a desqualificação de postos de trabalho, contribuindo para perpetuar as clivagens sociais.

Desta forma, as relações de poder e a actuação conjunta das dinâmicas individuais e colectivas com o potencial das novas tecnologias de informação articulam-se de forma a restringir ou facilitar a adopção das tecnologias de informação no quotidiano de cada um.

Assim, “se por um lado, pensamos que, em sociedades em que o sistema económico encoraja o interesse individual, as novas tecnologias podem efectivamente liquidar ou desqualificar certos empregos, por outro também reconhecemos que há várias alternativas viáveis ao nosso alcance”

(Lyon, 1992: 97), como por exemplo as que permitem desenvolver de forma complementar as capacidades humanas e tecnológicas contribuindo para a melhoria dos resultados.

Trata-se desta forma de um processo relacional com efeitos tanto positivos como negativos, que actua de forma estrategicamente concertada, procurando o equilíbrio entre a eficácia económica e produtiva, a prossecução dos interesses ideológicos e políticos e os sociais.

2.4. SOCIEDADE COMUNICACIONAL, ESTADO E PODER

Situamo-nos cronologicamente num período em que a conceptualização do tempo e do espaço adquirem novas formas variáveis em função das tecnologias utilizadas e da capacidade operacional destas. Assim, se a máquina a vapor, os relógios e o telefone marcaram a passagem para a Sociedade Industrial, actualmente as redes 2.0, os computadores, a internet, os telemóveis e a banda larga, I-Pods, I-Pads, etc., colocam-nos na Sociedade Comunicacional, onde a permanente contatibilidade e disponibilidade informacional e comunicacional tecem a rede global em que nos movemos.

É sobre as tecnologias de informação que recai actualmente a pressão do concretizar o sonho do “potencial democrático”, seguindo-se aos caminhos-de-ferro – que permitiriam ligar geograficamente todos os pontos do mundo – e ao telefone – que permitiu que a comunicação quebrasse as fronteiras da distância e do tempo. No entanto, não esqueçamos que a tecnologia permite-nos usar melhor o tempo, não forçosamente de uma forma mais rápida. (Webster, 1994).

Neste contexto, as tecnologias de informação e comunicação permitem, paradoxalmente, contribuir para a criação de uma sociedade mais democrática e igualitária, contudo mais totalitária.

Mais democrática e igualitária porque: 1) permitem acumular e concentrar informação disponibilizando-a a toda a população nos mais diversos serviços públicos e privados, 2) potenciam a ligação de todos os cidadãos, permitindo a comunicação entre si, sem barreiras temporais ou espaciais, 3) no âmbito de uma democracia participativa, facilitam e agilizam a troca de informação e o esclarecimento dos cidadãos e a participação destes nos sufrágios, através de um voto mais esclarecido³⁴ e “depositado” electronicamente. (Lyon, 1992)

Tecnologicamente, perante todo o potencial virtual e consólio real de dados, as soluções técnicas surgem de forma cada vez mais célere – num ritmo a que a sociedade não acompanha –fazendo com que o potencial das tecnologias de informação não seja aplicado na íntegra e que os governos³⁵ não se assumam – consciente ou inconscientemente – como entidades reguladoras com plena consciência das suas formas de uso.

Uma vez que actualmente os dispositivos técnicos e os avanços tecnológicos permitem responder a praticamente todas as funcionalidades desenhadas para o âmbito do sector público ou privado, os

³⁴ Uma vez que podem promover o desenvolvimento de referendos e sondagens e aproximar a governação da população em geral, melhorando a defesa da causa pública, tornando-se mais bem conhecidas as necessidades a que se deve dar resposta.

³⁵ Está aqui em causa o Estado com capacidade governativa, reguladora e legisladora de um país.

limites colocam-se sobretudo nas ameaças à privacidade individual que advém da acumulação de informação e dos dados pessoais em virtude do bem comum.

O papel do Estado/Governo neste domínio tem sido amplamente debatido, sendo os resultados mais lentos que os avanços tecnológicos. No âmbito desta problemática têm sido dadas à estampa teses com diversas orientações (liberais, conservadoras ou radicais), discutindo-se a actuação estatal com maior ou menor protagonismo no âmbito da utilização, instrumentalização estatal e da regulação das tecnologias de informação em geral (Sola Pool, 1983; Segal, 1985; Castells, 2002; Lyon, 1992, Cardoso, 2009 entre outros).

Assim, se por um lado o controlo das tecnologias de informação pode ameaçar a liberdade de expressão e questionar o facto de, actualmente, as sociedades estarem, na sua maioria, estruturalmente organizadas em função das tecnologias de informação, por outro a ausência de mecanismos capazes de instrumentalizar esta forma de poder, monitorizar e disciplinar o seu uso, pode fomentar o controlo e o poder totalitário extremado e consubstanciado numa ditadura informacional.

Desta forma, as tendências sociais impulsionadas pelas tecnologias da informação, como a apropriação e utilização política das tecnologias de informação nas sociedades ocidentais ou o seu contributo para a criação de um público informado, não podem ser ignoradas.

A apropriação e utilização política das tecnologias de informação permite dar uma nova dinâmica à política que se tem verificado sob várias formas desde: 1) a cobertura televisiva, em directo, das sessões das assembleias de diversos países, disponibilizado em serviço de televisão – em canal aberto ou por cabo; 2) ao recurso a sistemas de envio de *e-mails* e de anúncios televisivos nas campanhas eleitorais; 3) ao acompanhamento das sondagens para desenvolver estratégias de marketing político, muitas vezes em ambiente eleitoral; 4) voto electrónico; 5) utilização de redes sociais, como o *twitter*, o *facebook*, o *hi-five* ou o *second life*, para uma maior aproximação dos cidadãos nas campanhas eleitorais (Cardoso, 2009).

Com vista à criação de um público informado têm sido sistematizada informação diversa e desenvolvidas bases de dados com informação múltipla, mas se “por um lado, a informação pública é disponibilizada sob a forma de mercadoria; por outro as fontes privadas da informação estão a transformar-se em monopólios” (Lyon, 1992: 105). Um exemplo paradigmático desta situação é o facto de os Institutos ou as Entidades Públicas responsáveis pela recolha de informação nacional disponibilizarem a informação através da sua venda, questionando a noção de depósito legal público³⁶.

Desta forma, a apropriação e instrumentalização das tecnologias de informação por um lado serve os propósitos democráticos ao levar toda a informação a todos, é corroída pelos factores

³⁶ Lyon dá o exemplo do Museu Britânico de Londres transformado num armazém do conhecimento usando as palavras do director do marketing do museu: “Tivemos de entrar apressadamente neste esquema devido ao actual clima político, segundo o qual todos os rendimentos têm de ser transformados em lucro. Agora, quando já nos mentalizámos para fazer dinheiro e começamos a aobter os primeiros frutos, é que nos apercebemos da vantagem desta nova atitude” (Lyon, 1992: 106).

erosivos da economia ilustrados pelas palavras de director de marketing de um museu “Agora, quando já nos mentalizámos para fazer dinheiro e começamos a obter os primeiros frutos, é que nos apercebemos das vantagens desta nova atitude” (Lyon, 1992: 106).

Paralela à polémica da protecção de dados pessoais ou da comercialização de informação, a relação das tecnologias de informação com o Estado permite criar, como já foi referido, regimes totalitários. A questão do controlo e do poder, descrita pormenorizadamente por George Orwell (2004), surge como outra das problemáticas sociais inerentes à adopção e utilização das tecnologias e informação. O temor do *Big Brother* mantém-se sem que nos apercebamos que, subliminarmente, já vivemos, em muito, sob este controlo quando no nosso dia-a-dia para além da formalização de todos os registos civis, sociais e contributivos obrigatórios, os títulos de propriedade, os contratos de água, luz e electricidade, usamos cartões multibanco ou de crédito como forma de pagamento – permitindo saber onde estamos e quanto gastámos – quando usamos a via verde nas portagens ou nos parques de estacionamento dos centros comerciais – permitindo saber por onde nos deslocamos – quando usamos os cartões de descontos dos supermercados – permitindo saber tudo o que compramos – quando usamos o telemóvel, o computador ou qualquer outro aparelho passível de ser detectado e localizado por satélite – permitindo saber o que fazemos, com quem falamos e o que dizemos, ou quando vamos ao médico, permitindo saber a que especialidade e o que nos foi receitado.

A única diferença para a ficção de George Orwell reside no facto de não haver (ainda) uma central de informações com capacidade de cruzar as informações oriundas de tantas fontes.

Importa, assim, indagar sobre o que é passível saber a nosso respeito, por quem e quando, e quais as consequências da formulação e do conhecimento desse perfil, para evitar que um sistema *user friendly* assuma contornos de *user unfriendly* e se subordine a uma forma de poder e controlo descrita por Kafka n’ *O Castelo* ou no *Processo*.

Socialmente, se as tecnologias de informação potenciadas pelo acelerado desenvolvimento técnico permitem a um pequeno grupo – seja ele um governo, uma minoria populacional ou um grupo privado – “controlar” uma maioria através do poder da gestão da informação, ainda que permita a cada país desenvolver sistemas de segurança mais eficazes na luta contra o crime ou contra o terrorismo, importa promover o desenvolvimento de mecanismos legais que respondam às necessidades sociais, sobretudo no que diz respeito à preservação da informação sobre a sua individualidade.

As sociedades constituídas sob processos humanos estruturados por relações de *produção*, *experiência* e de *poder*, têm como “veículo” as instituições da sociedade, considerando-se um instrumento de reforço das relações de poder através do controlo, dos limites impostos, dos contratos sociais estabelecidos nas lutas de poder”. (Castells, 2002: 17)

Considerando a *produção* como o “resultado da acção humana sobre a matéria-prima, para dela se apropriar e a transformar em produtos que usa parcialmente em seu proveito, sendo a orientação e

lucro resultante do excedente utilizada em função dos fins sociais e ideológicos determinados” (Castells, 2002: 17); a *experiência*³⁷ como “a acção reflexiva dos indivíduos sobre si próprios e sobre o contexto social e natural que os rodeia em função das suas características culturais” (Castells, 2002: 17); e por fim, o *poder* como uma “coação das acções de um grupo de indivíduos por intenção de outros, através da violência física ou simbólica, real ou latente.

Nesta forma de organização do social, considera-se que a *produção* se forma em relações de classe posicionando os sujeitos na partilha e no uso dos resultados do processo produtivo, ou seja quanto ao consumo e ao investimento realizado, influenciando indirectamente a relação que se estabelece contextualmente com a sociedade e com os outros indivíduos através da *experiência*, em que se reflecte também as relações familiares, de género, educacionais, concentrando todas as formas de relações e interacções reais e simbólicas com o social.

É também na *experiência* que o conceito de *poder* de Castells se pode articular com o poder simbólico³⁸ de Bourdieu, uma vez que este é o “poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a acção sobre o mundo, portanto o mundo” (Bourdieu, 2001: 14), não se definindo em sistemas simbólicos mas em cada relação específica, e por esta mesma, permitindo uma coerção idêntica à do uso da força através da comunicação – mensagem, meio e do seu emissor – onde são (re)conhecidos e transformadas as diferentes espécies de capital em capital simbólico garantido a “verdadeira transubstanciação” das relações de força que, através da ignorância ou do reconhecimento da violência, representam e conferem poder ao simbólico.

Os sistemas simbólicos, enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação, são considerados estruturas estruturantes e estruturadas, só podendo ser estruturantes porque são estruturados, estruturantes porque são “instrumentos de conhecimento e de construção do mundo dos objectos” (Bourdieu, 2001: 8) e estruturados porque visam “apreender a lógica específica de cada uma das formas simbólicas” (Bourdieu, 2001: 9).

Assim, os sistemas simbólicos são considerados instrumentos da “integração social”, possibilitando o “*consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social” (Bourdieu, 2001: 10).

Para este autor, a dominação exercida por uma cultura dominante, resulta de um efeito ideológico de (re)conhecimento exterior, onde a comunicação é instrumentalizada e fundamental na difusão de uma cultura que une, separa e que legitima diferentes posicionamentos de cada cultura – ou sub-cultura – definida em função da aproximação ou distanciamento face à cultura dominante.

Transversalmente presente em todas as esferas sociais encontram-se formas de *poder* que simbólica, directamente, legitimado ou não – pelo Estado através das suas instituições, ou por outras

³⁷ Encontra-se algum paralelismo entre a noção de *experiência* de Castells e de *habitus* de Bourdieu, uma vez que este último se define na capacidade criadora e criativa do agente em acção como resultado da existência de um capital, uma predisposição incorporada (Bourdieu, 2001: 61).

³⁸ Considerado como o “poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem *gnoseológica*: o sentido imediato do mundo (e, em particular, do mundo social)” (Bourdieu, 2001: 9).

formas – são exercidas sobre os indivíduos sujeitando-os a deveres (in)formais e a formas de violência real, simbólica ou latente.

Esta noção de omnipresença está também implícita no conceito de biopoder em Foucault, que emerge no séc. XVIII-XIX, a par da Revolução Industrial, onde às relações de poder e à dominação exercida através de um modelo jurídico³⁹ disciplinar assente em leis⁴⁰, que funciona com instituições próprias e autónomas de vigilância, acresce uma nova técnica de poder: a biopolítica da espécie humana (Foucault, 2006:259).

Assim, nas palavras de Foucault “a nova tecnologia⁴¹ que se instala dirige-se à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem a corpos⁴², mas na medida em que essa multiplicidade forma, pelo contrário, uma massa global, afectada por processos de conjunto ligados à vida, processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença, etc.

Portanto, temos uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez no registo da individualização e uma segunda tomada de poder que não é individualizante, mas se quiserem, massificante, e que já não se faz na direcção do homem corpo, mas do homem-espécie” (Foucault, 2006: 258-59).

Desta forma, da heterogeneidade da tripartição do poder – em sujeito, unidade de poder e lei – e dos efeitos de subjugação que permitem procedimentos de dominação e se materializam nas relações e nos grandes aparelhos de poder, importou para Foucault, analisar especificamente as relações de dominação, os operadores e os dispositivos de dominação, uma vez que visava “apreender o poder do lado da extremidade cada vez menos jurídica do seu exercício. (...) [o poder] nunca está localizado aqui ou além, nunca está nas mãos de alguns, nunca é possuído como uma riqueza ou um bem. O poder funciona. O poder exerce-se em rede e, nessa rede, os indivíduos não só circulam como estão sempre em posição de suportar e também de exercer esse poder. Eles nunca são o alvo inerte ou consentidor do poder, são sempre pontos de passagem. Por outras palavras, o poder transita pelos indivíduos, não se aplica a eles” (Foucault, 2006: 42-43).

Neste sentido, o biopoder ou a biopolítica da espécie humana, surge sob a égide da dominação disciplinar, mas com uma forma não disciplinar, não se exercendo de forma “directa”, ou

³⁹ A propósito do papel do direito na sociedade Bourdieu defende que este é o discurso actuante que melhor produz efeitos. Assim, se ele contribui para o mundo social, o mundo social também faz o direito. É na discussão das condições sociais e dos limites desta eficácia que Bourdieu se afasta de Foucault, na medida em que “os actos simbólicos de nomeação propõem princípios de visão e de divisão objectivamente ajustados às divisões pré-existentes de que são produto, que tais actos têm toda a sua eficácia de enunciação criadora que, ao consagrar aquilo que enuncia, o coloca num grau de existência superior, plenamente realizado, que é o da instituição instituída” (Bourdieu, 2001: 238). A crítica deste autor a Foucault reside no facto de este último desenvolver análises que assentam num nominalismo radical.

⁴⁰ Considerando Teoria da Soberania, através da triangulação Sujeito, Unidade de Poder, Lei. (Foucault, 2006: 256)

⁴¹ Note-se que Foucault, ao utilizar a expressão nova tecnologia refere-se não a equipamentos, invenções ou modos de produção inovadores, mas à emergência de uma nova técnica de exercício de poder/dominação das sociedades: o biopoder.

⁴² Esta concepção assenta no princípio do poder soberano que tem o “direito” sobre a vida ou a morte dos indivíduos. (Foucault, 2006: 256)

“fisicamente directa”. Tal como a dominação disciplinar visa regular o social mas funciona como forma de poder complementar, que pode ou não ser articuladas entre si.

Desta forma, o poder da biopolítica sobre a população⁴³ faz-se através da “regularização e consiste, ao invés, em «fazer» viver e «deixar» morrer” (Foucault, 2006: 263), uma vez que o que está em causa no biopoder não é o fenómeno da morte, mas da mortalidade, passando a ser entendido como uma estatística e não como um facto social isolado.

Para Foucault a emergência do biopoder nasce na inoperância política e económica do poder soberano face a uma sociedade em industrialização e é acelerado pelo crescimento demográfico, a que actualmente se acrescenta a evolução técnica e tecnológica da sistematização e articulação das bases de dados da sociedade da informação.

Desta forma, como afirma Poster (1984), o indivíduo vive “normalizado” em função dos padrões sociais impostos directa ou indirectamente não sendo apenas os indivíduos institucionalizados (presos ou os doentes) sujeitos à presença deste controlo, mas toda a sociedade.

A acumulação e aperfeiçoamento das técnicas e métodos desenvolveram uma rede que interliga e cria o sistema com capacidade de envolver todas as actividades da sociedade levando a que se desenvolva o conceito de *computador carcereiro* – “tendo em conta o importante papel que este dispositivo tecnológico desempenha no melhoramento das capacidades de vigilância, tanto na esfera pública (leia-se locais de trabalho) como na privada (leia-se nas nossas casas)” (Lyon, 1992, 114) – em que o Estado, de forma consciente ou não, promove uma organização e conduta sociais promovidas pelo acesso e acumulação da informação, transformando as tecnologias de informação e comunicação em tecnologias de poder.

Neste sentido, as tecnologias de informação e comunicação têm vindo a assumir no sector económico e social um papel duplo e paradoxal: se por um lado organizam a sociedade em torno da detenção e acumulação da informação, passando a ser um bem com valor reconhecido no mercado, tanto podem servir o sonho democrático e difundir igualmente a informação como contribuir para a criação de estados totalitários.

As formas de resistência e minimização da ameaça da vigilância electrónica, enquanto ultima manifestação do controlo social, como o aumento das perspectivas em que todos os problemas sociais parecem ter uma solução informática, têm-se manifestado de forma cada vez mais activa na agenda social, desafiando a teoria social e a prática política.

Aqui tanto a subavaliação da capacidade de inteligibilidade e como a de consciencialização individual – inerente às perspectivas de totalitarismo informacional – como o potencial da regulação democrática e reorientação social – defendida pelas perspectivas mais optimistas – colocam obstáculos à consciencialização humana, contribuindo simultaneamente, para aumentar o poder dos que se encontram em posições dominantes.

⁴³ Para Foucault é a no séc. XVIII-XIX que emerge a “noção” de população. “Creio que é nesse momento que aparece a biopolítica como forma de lidar com a população, e a população como problema político, como problema ao mesmo tempo científico e político e, como problema biológico e de poder” (Foucault, 2006: 261).

Neste sentido, o poder soberano (Foucault, 2006) que recorre inicialmente à disciplina – poder sobre o corpo individual com vigilância e adestramento em pólos locais como as escolas, os hospitais, as fábricas – num segundo momento recorre aos fenómenos globais e populacionais, processos biológicos ou bio-sociológicos, implica uma coordenação e centralização de órgãos sociais, assentes em mecanismos reguladores do Estado

Neste “novo” contexto, fenómenos como a doença, e demência mental, a sexualidade, a criminalidade e a velhice⁴⁴ ganham importância na dominação do Estado enquanto “regulador” da população⁴⁵ levando mesmo a que o Estado, através do biopoder, “chega ao ponto de fazer viver no preciso momento em que deviam estar biologicamente mortas há muito tempo” (Foucault, 2006: 265).

A medicina passa, assim, a ser um *saber* associado a um *poder* social crescente⁴⁶, onde a apropriação biológica⁴⁷ é assumida como uma forma de fragmentar a sociedade e uma forma de graduar e de desnivelar um grupo face a outros (Foucault, 2006: 271). Esta forma de discriminação – ou de racismo evolucionista na terminologia de Foucault – das sociedades modernas encontra-se latente em toda a sociedade capitalista – organizada sob o princípio económico da industrialização com a problemática do tipo de propriedade e dos modos de produção – mas também nos regimes mais socialistas: “o tema do biopoder, desenvolvido no final do séc. XVIII e durante todo o séc. XIX, não só não foi criticado pelo socialismo, como, de facto, foi retomado por ele, desenvolvido, reimplantado, modificado em certos pontos, mas, de algum modo, reexaminado nas suas bases e nos seus modos de funcionamento” (Foucault, 2006: 278). Especificamente aqui, Foucault não se refere à apropriação da morte, mas da capacidade de o Estado deter o poder (ou o direito) de desqualificar, acto assumido como uma forma de racismo ou de discriminação não étnica, mas com fundamentos evolucionistas ou biológicos⁴⁸.

⁴⁴ Aliás temas amplamente analisados e discutidos por Foucault ao longo da sua vida académica, ver por exemplo “Le Pouvoir psychiatrique”, curso de 1973-1974; “Les Anormaux,” curso de 1974-1975, os três volumes da “Histoire de la Sexualité”, 1974-1986.

⁴⁵ Note-se que Foucault a propósito da medicina afirma: “são estes os fenómenos que começam a ser levados em consideração no final do séc. XVIII e que levam à instauração de uma medicina que passará a ter a função fulcral da higiene pública, com os organismos de coordenação dos cuidados médicos, centralização da informação, normalização do saber, e que adquire também os contornos de campanha de aprendizagem da higiene e de tratamento médico da população” (Foucault, 2006: 260).

⁴⁶ Parafrazeando o discurso de Foucault, “compreendereis porquê e como um saber técnico como a medicina, ou melhor o conjunto formado pela medicina e pela higiene, será no séc. XIX, um elemento, não o mais importante, mas de importância considerável, devido ao laço que estabelece entre os pontos de aplicação da ciência sobre os processos biológicos e orgânicos (ou seja sobre a população e o corpo), e, ao mesmo tempo, os seus próprios efeitos de poder, na medida em que a medicina irá ser uma técnica política de intervenção. A medicina é um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre o corpo e a população, sobre o organismo e os processos biológicos, e que irá, portanto, ter efeitos disciplinares regularizadores” (Foucault, 2006: 269).

⁴⁷ Foucault, na sua análise dos funcionamentos do Estado, dos modos de produção e das respectivas economias geradas pelos dispositivos de biopoder e dominação social, conclui através do exemplo da emergência e manipulação do racismo – ponto último que o biopoder pode evocar para matar e fazer matar os “dominados” fazendo os “dominantes” dar a vida por essa causa – como uma extrapolação “evolucionista”.

⁴⁸ O exemplo da União Soviética ilustra esta ocorrência ao isolar socialmente as doenças mentais, os criminosos, os adversários políticos, tendo um comportamento análogo – ainda que com outras proporções – ao Estado de Ditadura Nazi.

A noção de biopoder de Foucault, considerada na sua maior abrangência conceptual, relaciona-se directamente com a dominação exercida pelo Estado sobre toda a sociedade, não distinguindo a interferência no domínio público ou privado⁴⁹, fazendo os indivíduos “reféns” de uma estrutura rigorosa de deveres formais e ofensas informais, latentes ou virtuais, perpetuado pelo Estado – independentemente da sua orientação capitalista ou socialista em Foucault e independentemente de uma sociedade estatista ou capitalista⁵⁰ em Castells.

Esta noção de biopoder assume-se como implícita em toda a análise da sociedade do séc. XVIII e XIX, sendo as perspectivas dos dois autores, ainda que sob prismas e orientações díspares, complementares: enquanto um visita cronologicamente, o passado à luz das inovações tecnológicas e das mudanças sociais nelas implicadas e que elas implicaram, o outro foca as relações de dominação e poder para perceber as relações de poder e as relações de força no contexto dos saberes e das lutas reais.

Mas na realidade, a noção de biopoder – nascida do conhecimento da população como um todo – ganha uma nova visibilidade e uma maior coacção (ou abrangência) com as inovações tecnológicas⁵¹ como os processadores de dados, e o desenvolvimento da análise estatística assistida por computadores, de que puderam resultar a elaboração de estatísticas que implicam uma organização complexa ao nível da coordenação dos órgãos centrais, focando-se a biopolítica em previsões, estimativas, estatísticas, medidas globais, actuando não ao nível do indivíduo enquanto fenómeno particular, mas ao nível das determinações desses fenómenos gerais, no que esses fenómenos têm de global.

Assim, se sob um modo Shakespeareano () há teatro dentro do teatro, também aqui, parece que uma e outra formulação teórica se entrelaçam ganhando visibilidade uma na outra, ou por outras palavras o desenvolvimento tecnológico, sobretudo através do desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, tem permitido aumentar o controlo sobre os indivíduos, quer na globalidade da abrangência como no detalhe da informação e no simbolismo latente neste decurso.

Desta forma tal como defende Castells (2002), no processo de apropriação tecnológica, há uma redefinição desta, tendo como resultado o enriquecimento tecnológico e a potenciação dos objectivos iniciais da apropriação.

⁴⁹ Note-se a intervenção ou “regulação” da sexualidade, da escola, da medicina, no acompanhamento das taxas de natalidade e mortalidade, etc.

⁵⁰ Relembre-se que para Castells, o capitalismo visando a maximização do lucro (aumento do excedente apropriado pelo capital e no controlo privado), caracteriza-se como o meio de produção onde há uma separação dos produtores e dos seus meios de produção e a apropriação e distribuição do excedente por parte dos capitalistas, visando assim a produção a transformação do trabalho em bem e a posse privada dos meios de produção, distribuição e circulação e o estatismo visando a maximização do poder do aparelho militar e político para impor os seus objectivos ao maior número de indivíduos, caracteriza-se pelo controlo estatal do excedente, ficado à margem da economia. (Castells, 2002: 17)

⁵¹ Entendidas sob a perspectiva de Castells.

A sociedade tem vindo a estruturar-se sob um novo paradigma tecnológico⁵² onde o biopoder emerge como uma forma de dominação – directa, simbólica e virtual – é potenciado tecnologicamente pela emergência da sociedade informacional estruturada pela produção, pelo processamento e difusão da informação, nomeadamente através da sua influência no exercício do poder e nos modos de produção; implica a quebra de barreiras “naturais” como a distância geográfica ou o tempo, conduz a novas interações entre a sociedade, os indivíduos e as tecnologias de comunicação, desenvolvendo uma memória social (ou colectiva) – que o constante registo de dados permite – tecendo uma teia complexa entre a identidade individual, colectiva e cultural, e novas forma de relação dos indivíduos com o poder, potenciando novos canais e formas de exercer poder na sociedade.

Na verdade a necessidade do Estado registar informação sobre cidadãos, como forma de estabelecer a ordem social, remonta a épocas pré-modernas. Giddens afirma a este propósito que “a acumulação de informações relevantes sobre pessoas diferentes e geograficamente dispersas tornou-se imperiosa para todos os governos que pretendessem assegurar o seu domínio no interior das fronteiras estabelecidas do estado-nação” (Giddens, 1979).

Com a evolução técnica e tecnológica os instrumentos postos à disposição do Estado – mas também de grupos privados – para supervisionar postos e locais de trabalho têm vindo a aumentar, permitindo em muitos casos uma coordenação que dispensa a presença física. No séc. XIX as técnicas estatísticas permitiram conhecer e acompanhar macro tendências sociais como os nascimentos, os casamentos, os óbitos.

Desta forma, e sem assumir o determinismo de algumas perspectivas, a temática das tecnologias de informação e comunicação, a partir do momento em que surgem e sustentam o paradigma da sociedade comunicacional, têm impactos tanto sociais como políticos e económicos – sendo directa a influência de um domínio na causa/efeito dos outros, criando um ciclo fechado, mas de impactos difusionais – destaca-se por permitir reforçar estruturalmente a organização da sociedade em torno dos princípios do capitalismo e da unificação dos sistemas administrativos – burocracia – que surgem no séc. XIX.

Actualmente, o crescimento tecnológico da informática e computação à escala global denuncia a emergência e importância dos processos de autonomia, com os planos culturais e comunicacionais, actualmente determinante para o desenvolvimento económico, político e cultural de cada país, contribuindo para aumentar ou reduzir o hiato entre os países desenvolvidos e os em vias de desenvolvimento, estando os problemas analíticos gerados por esta situação cronicamente interligados com prementes questões éticas e políticas de grande complexidade social.

2.4.1. Sociedade Comunicacional: indivíduo, reflexividade e risco

⁵² “a tecnologia tem-se afirmado na sociedade como a materialização da relação entre mão-de-obra e matéria-prima, implicando alterações na relação entre Homens e a Natureza, na comunicação simbólica entre os Homens, na relação entre a produção e o consumo”

2.4.1.1. O indivíduo

Mas, perante a emergência de novos paradigmas onde a relação e interação estabelecida com o outro implica uma comunicação cada vez mais “veiculada” pelas de tecnologias de informação e comunicação, e onde as comunidades virtuais começam a ser uma forma paralela de relacionamento e interação social onde se situa e como se constrói a identidade individual⁵³? Será este o princípio do esbatimento da importância do indivíduo e a ênfase da rede global?

Para Castells (2002), Touraine (1996 e 2005), Cardoso, *et all* (2009), (Beck, 2000) o indivíduo continua a ser o princípio organizador e (re)criador da sociedade, sendo as relações sociais definidas em relação ao outro com base em predicados culturais que particularizam a identidade. Na segunda modernidade – ou na pós modernidade – o indivíduo transforma-se assim na unidade básica da reprodução social, passando a individualização a estruturar socialmente a sociedade de uma forma não-linear, aberta, com elevada ambivalência e como um processo *continuum*, por oposição à estrutura social sistémica de Parsons.

Neste âmbito, as tecnologias de informação e comunicação e a sociedade informacional estruturam e são estruturadas pela sociedade, podendo também ser uma forma de apropriação do social e integrando a sociedade a recriação social cada utilizador faz em particular.

Desta forma Castells define identidade como o processo pelo qual um actor social se reconhece a si próprio e constrói um significado, sobretudo, através de um dado atributo cultural ou conjunto de atributos culturais determinados, a ponto de excluir uma referência mais ampla e outras estruturas sociais” (Castells, 2002: 26).

Assim, a afirmação da identidade não pressupõe a incapacidade de relacionamento com o outro⁵⁴, mas a sua definição através dos atributos culturais específicos que a definem, sendo desta forma a identidade resultado da diversidade dos atributos culturais.

Também em Touraine o indivíduo continua a ser a unidade de análise do social. Desta forma, procurando contribuir para a reconstrução do espaço político e da democracia num contexto ideológico “justo”⁵⁵ e defendendo que ao nível do actor social concreto, indivíduo ou grupo, a reconstrução social deve articular “a razão instrumental, indispensável num mundo de técnicas e de trocas, e a memória ou a imaginação criadora, sem as quais não existem actores a produzir a história,

⁵³ A propósito da construção identidade individual, Thomas Mann em *José e os seus irmãos*, escreve na sequência de um diálogo entre José e Eliezer: “Este, em vez que empregar «eu», deveria propriamente empregar a terceira pessoa. Mas qual será a significação exacta de «propriamente»? Será o «eu» de uma pessoa qualquer coisa presa dentro de si mesma, que rigorosamente não exceda os limites da carne e do tempo? Acaso muitos dos elementos que o constituem não pertencem a um mundo que está na sua frente e fora dele? A ideia de que cada pessoa é ela própria e não pode ser outra será algo mais do que uma convenção que arbitrariamente deixa de levar em conta todas as transições que prendem a consciência individual à geral? A concepção de individualidade pertence afinal à mesma categoria de concepções a que pertence a de unidade e inteireza, o conjunto e o todo. Na Antiguidade, a distinção entre o espírito em geral e o espírito individual não exercia na mente o mesmo poder de hoje. É muito mais significativo o facto de naqueles dias não haver expressões que nos dessem a ideia de «personalidade» e «individualidade», a não ser as de ordem externa, como credo e religião” (Mann, 1972: 106-107).

⁵⁴ Para uma abordagem mais detalhada sobre o impacto mais “perverso” das tecnologias de informação e comunicação ver Goleman, Daniel (2006), “Inteligência Social – A nova ciência do relacionamento humano”, trad. Mário Dias Correia, Lisboa, Editora Temas e Debates, págs. 15-18 e 258-59.

⁵⁵ que não privilegie nem os mais poderosos nem contribua para gerar regimes totalitários e repressivos.

mas apenas agentes que reproduzem uma ordem fechada em si mesma” (Touraine, 1996: 9), define sujeito⁵⁶ “como o esforço de integração destas duas faces da acção social. Neste contexto a informação do sujeito não se processa num vazio social. Ela assenta na luta contra a lógica dos aparelhos dominantes, requer condições institucionais que são a própria definição de democracia, e conduz à combinação da diversidade cultural com a referência de todos à unidade da lei, da ciência e dos direitos do homem” (Touraine, 1996: 9)

Neste sentido, a tecnologia contribui para o “desmantelamento” da “antiga” concepção e organização do mundo – nomeadamente a estrutura económica e social assente na tecnologia mecânica e industrial – apresentando formas alternativas de organização e interacção social (Barglow, 1994, citado por Castells, 2002), ou seja “a crise da modernidade resulta de nos não sentirmos já senhores do mundo que construímos: ele impõe-nos a sua lógica, a do lucro, ou a da força” (Touraine, 1996: 184), defendendo que um dos factores conducentes à crise da modernidade advém da dificuldade dos indivíduos reconhecerem o seu espaço nos diversos contextos em que se movem e nas interacções que estabelecem⁵⁷, levando à destruição dos modos de vida “tradicionais” e à imposição de formas moldadas pelos interesses do mercado político e não de interesses democráticos.

Aqui, definido pela produção de sentido a partir da actividade do indivíduo e pela transformação de um facto em acção e em produção de si próprio, o sujeito tende a desvanecer-se em favor da separação do mundo dos objectos – material – do da cultura, emergindo as ligações sociais e culturais por um lado e por outro o mercado e os sistemas técnicos.

Neste sentido, Touraine defende uma democracia assente na liberdade criadora do indivíduo, na sua capacidade de agir socialmente, de modificar e ser modificado pelo meio envolvente, mas não reduz esta acção a um mercado político aberto, nem à obsessão pela identidade ou retorno à “tradição”, evidencia que se dum lado está a circulação acelerada de dinheiro e de informação, do outro está o radicalismo multicultural, movendo-se a sociedade actual entre estas duas tensões.

Conclui que o processo de modernização se apoia ao mesmo tempo na racionalidade instrumental e na identidade pessoal ou colectiva, num objectivo universal e numa mobilização pessoal, que é ao mesmo tempo corpo e alma, passado e futuro e onde a democracia, tendo um lugar central, permite criar um espaço institucional que combina a particularidade de uma experiência, de uma cultura, de uma memória com o universalismo da acção científica e técnica e o das regras de organização jurídica e administrativa.

A comunicação assume assim um papel central na defesa de um modelo democrático, uma vez que não é o “simples reconhecimento do outro, da sua cultura, dos seus valores morais ou da sua experiência estética; é o diálogo com aquele ou com aquela que organiza de modo diferente do meu a combinação dos elementos cuja interdependência define a condição e a acção humanas” (Touraine,

⁵⁶ “O sujeito é a vontade de um indivíduo em agir e ser reconhecido como agente” (Touraine, 1994:246).

⁵⁷ Touraine fala em “massas que o enquadram” (Touraine, 1996:184).

1996: 276), importando não o consenso⁵⁸ que reúne mas as diferenças que reconhece e a possibilidade de estabelecer ou permitir diálogo entre estas experiências pessoais e culturais, procurando compreender o seu sentido, mesmo que afastadas temporal ou geograficamente.

Touraine afirma assim que a discussão, a compreensão e o respeito do outro – ou seja tudo o que combina a diferença e implicitamente a comunicação com o outro – contribui para uma cultura democrática, sendo a imposição de valores, normas e práticas comuns diferencialismos ou individualismos extremos, factores que sucumbem aos mecanismos do mercado e aos aparelhos de gestão e se tornam numa ameaça à democracia (Touraine, 1996: 277).

Desta forma, se “entre a confiança cega nos mercados e o fanatismo comunitário, há que defender a liberdade política, a democracia, e pô-las ao serviço de um pluralismo cultural e político que se combina-se com a unidade da cidadania, da lei e da acção racional” (Touraine, 1996: 277), num contexto de destruturação e deslegitimação das organizações e enfraquecimento dos movimentos sociais, observa-se uma divisão entre o instrumentalismo universal e abstracto e as identidades particulares temporal e historicamente situadas, que “as nossas sociedades estruturam-se cada vez mais em torno de uma oposição bipolar entre a Rede e o *self*⁵⁹” (Castells, 2002: 4), uma vez que quando a Rede se desliga do *self*, também este, individual ou colectivamente (re)constrói o seu significado sem esta referência instrumental global, tornando o processo de desconexão recíproco.

Neste sentido, segundo Touraine (2005) após a substituição de um paradigma político⁶⁰ por um económico e social⁶¹, devido ao capitalismo e à mundialização das trocas e da produção e sobretudo, à separação da esfera económica das instituições sociais e políticas, que perderam o controlo sobre a primeira, dá-se uma fragmentação⁶² da sociedade, entendida enquanto tal, uma vez que a globalização reforça “forças” não sociais e os valores sociais entram em decadência, sendo preteridos para um individualismo emergente.

As categorias sociais que poderiam integrar o novo paradigma social e económico – como a luta dos trabalhadores e dos direitos sociais – passam a assumir contornos pouco tradutores das

⁵⁸ Touraine neste aspecto opõe-se à perspectiva de Bourdieu que através da função social do simbolismo se centra na procura de “*consensus*” no estabelecimento e reprodução da ordem social: “os símbolos são os instrumentos por excelência da «integração social»: enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação (...), eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social” (Bourdieu, 2001: 10).

⁵⁹ Note-se que a este propósito Beck refere mesmo que na modernização reflexiva “mesmo o *self*, já não é apenas o *self* inequívoco, fragmentou-se em discursos contraditórios do *self*” (Beck, 2000: 8).

⁶⁰ Assente na análise de conceitos como ordem, desordem, soberania, autoridade, nação, revolução. (Touraine, 2005: 237)

⁶¹ Que emerge após a revolução industrial e se centra nas classes, no lucro, na concorrência, no investimento e nas negociações colectivas. (Touraine, 2005: 237)

⁶² A este propósito, situando-se numa sociedade cosmopolita global, Giddens afirma “Somos a primeira geração a viver nesta sociedade, cujos contornos ainda mal conseguimos vislumbrar. É ela que está a agitar a nossa actual forma de viver, qualquer que seja o local em que habitamos. Ainda não se trata, pelo menos de momento, de uma ordem global conduzida por uma vontade humana colectiva. Em vez disso está a emergir de forma anárquica, ao acaso, movida por uma mistura de influências” (Giddens, 2000: 29).

experiências vividas pelos sujeitos⁶³ sendo que o sujeito só existe como princípio de análise se a sua natureza for universal.

Este facto resulta das mudanças sociais, económicas e políticas que se desenvolveram, pois se no conceito clássico de *modernidade* Touraine (1994) destaca o triunfo da razão como factor libertador e revolucionário, advindo do facto das sociedades procurarem mais uma ordem que um movimento, implicando a rejeição das relações duais do mundo (do corpo e da alma, da razão da emoção, prazer e gosto) e “Tem como tema central a identificação do agente social com as suas obras, a sua produção, quer seja pelo triunfo da razão científica e técnica quer pelas respostas racionalmente dadas pela sociedade às necessidades e aos desejos dos indivíduos” (Touraine, 1994: 42), já numa sociedade racional governada por escolhas racionais emergem poderes e conflitos orientados por vontades nacionais e/ou revoluções sociais, dando-se a separação da sociedade civil do Estado que assume cada vez mais o seu papel de modernizador, ou seja racionalista.

Esta distância entre modernidade e modernização, entre capitalismo e nacionalismo, desmantelou a sociedade moderna que em vez da razão viu triunfar a violência e a luta pelo poder. Assim, o conceito de modernidade não encontra a sua “força” no positivismo mas na sua função crítica, mantida como resistência ao passado, e onde as práticas, a satisfação de necessidades e as particularidades culturais se incluem: “A crítica da ideologia modernista não deve trazer de volta aquilo que destruiu” (Touraine, 1994: 47). Actualmente, a concepção da *modernidade* implica a ruptura e o distanciamento perante os subsistemas da sociedade como a política da religião e a política da economia e a ciência da arte, anulando as formas de controlo social que permitiam a permanência de uma ordem e contrariam a mudança, resultando da tensão entre a razão – sob a forma de um mundo regido por leis, por categorias e ordens impessoais – e o sujeito que age em liberdade, que detém uma identidade própria e exerce controlo sobre as suas próprias acções perante uma situação e um percurso específico, podendo haver um aparente triunfo do individualismo sobre a representação social da sociedade.

Este individualismo se por um lado é permeável aos estímulos e às influências externas, como os *media*, tornando o “eu individual” numa unidade pouco independente face às técnicas e formas de produção, de consumo e de comunicação, por outro permite esboçar estratégias sobre a afirmação de uma existência individual singular, através da sua capacidade reflexiva.

Assim, se de formas de organização social mais tradicionais se passa à modernidade e da modernidade à modernidade *reflexiva*⁶⁴, o poder da *reflexividade*, que caracteriza o momento actual, pode catalisar novas interpretações do social e orientá-las para uma *boa sociedade* – onde há a coincidência entre o bem-estar individual e o colectivo (Mozzicafreddo, 2003: 28) – como defende

⁶³ Tal como em Touraine (2005: 238), a utilização do conceito “sujeito” tem subjacente a vontade do actor em ser protagonista da sua própria existência de uma forma “voluntária”.

⁶⁴ Sendo apenas atingida com a queda social do social, ou seja com “a crise da família nuclear e a auto-organização das histórias de vida, com o declínio da influência das estruturas de classe sobre os agentes – no comportamento de voto, nos padrões de consumo, na afiliação sindical, com a destituição da produção restringida por regras através da flexibilidade no trabalho e com a nova desconfiança ecológica e a crítica da ciência institucionalizada” (Giddens, 2000a: 110)

Scott Lash ao afirmar que: “Se a inversão totalizante dos direitos sociais do projecto do Iluminismo da modernização simples é a impessoalidade do Estado de bem-estar burocrático, então, o seu contrário reflexivo entende que os serviços de bem-estar são uma co-produção centrada no cliente, e defende um conjunto alternativo de arranjos de bem-estar social potenciadores de cidadania” (referenciado por Giddens, 2000a: 108).

A reflexividade, ou seja a capacidade de realizar e formular pensamentos sobre a realidade e de reflectir sobre os indivíduos e sobre a própria acção social leva que se caracterize a relação entre *Rede* e *Self* como bipolar, segundo Castells (2002: 4); se utilize a capacidade reflexiva dos sujeitos para aludir à capacidade de “libertação” dos indivíduos numa sociedade global, informacionalizada e capitalista, segundo Lash (Giddens, 2000a: 108) ou que se a descreva como um “desdobramento criador”, uma vez que “faz nascer ao lado do ser empírico um ser de direitos, que procura constituir-se em actor livre através da luta pelos seus direitos” (Touraine, 2005: 238).

Assim, o paradigma social proposto por Touraine assenta no eixo cultural expresso na defesa de atributos particulares e visa a protecção e a promoção de um sentido universal. Este pressuposto tem como génese o crescimento rápido e imparável dos fluxos e trocas internacionais. Assim, se na sociedade industrial a democracia visava combater as desigualdades, actualmente a produção, o consumo e a comunicação criaram a sociedade de massas, trespassando-a, tornando mais complexa a garantia da pluralidade cultural indispensável à democracia. É neste sentido que surge a proposta de Touraine, defendendo o reconhecimento e a importância de princípios fundamentais como a afirmação da pluriexistência de direitos pessoais que nem a sociedade ou o Estado possam infringir.

Mas, numa sociedade que reconhece nos direitos culturais o núcleo central da modernidade e onde o princípio da afirmação dos direitos individuais e a crença no pensamento racional se impõe, resulta necessário a independência da sociedade política, fazendo com que a mudança de paradigma ocorra no âmbito cultural.

Este paradigma propõe assim identificar condições de compatibilização entre “os princípios fundamentais da modernidade com a diversidade das culturas e das suas formas de intervenção na vida pessoal e colectiva” (Touraine, 2005: 186). Não se trata de por uma e outra face-a-face, comparar ou criar uma homogeneização, mas de avaliar a possibilidade de reconhecer a afirmação de uma crença, religião ou ideologia numa sociedade actual⁶⁵.

Ou seja, se é verdade que a sociedade comunicacional – ou sociedade pós-social para Touraine (2005:209) – contribui para um afastamento dos indivíduos, para um fechamento sobre eles mesmos e para uma difusão de informação em massa instrumentalizável pela dominação e pelo exercício de poder; por outro lado possibilita a (re)criação, a (re)afirmação e a partilha de identidades e culturas numa rede global onde o direito a uma identidade tem vindo a ganhar um poder crescente, permitindo a emergência e coexistência de novas culturas simbólicas, ideológicas, religiosas. Desta

⁶⁵ Touraine defende que há diversos modos e processos de modernização e que cada país ou sociedade apresenta um percurso específico, contribuindo para esta especificidade a articulação dos princípios universais com memórias históricas diversas (Touraine, 2005: 186).

forma a apropriação das tecnologias de informação e comunicação, que para Castells implicam uma redefinição das mesmas, permite em Touraine a afirmação e coexistência cultural que sustentam o novo paradigma.

Já Gustavo Cardoso (et all. 2009) sustenta a necessidade do paradigma comunicacional pela emergência de novos sistemas de *media*, ou seja de novas relações entre as tecnologias de informação e comunicação, computação e a sociedade, geradas pelo facto de resultarem de uma comunicação em rede e já não de uma comunicação de massas. Assim, de um interlocutor que se apropriava de um *meio* e enviava uma mensagem a um numero ilimitado de pessoas, passa-se para um número (i)limitado de emissores que transmite uma mensagem a um número (i)limitado de receptores, sendo os canais cada vez mais desenvolvidos tecnologicamente, permitindo um maior acesso e uma disponibilidade que ultrapassa as barreiras do tempo e do espaço. Neste processo a mediação reveste-se de uma importância extrema, uma vez que é o processo de reflexividade que permite que cada indivíduo se aproprie do social e (re)crie a sua concepção do real, que será integrada na rede comunicacional nas mensagens e nas formas que este emissor utilizar.

Assim, a sociedade informacional mostra-se simultaneamente imparável e ambivalente, servindo da mesma forma minorias dominadas e maiorias dominadoras, uma vez que a cada indivíduo dá a possibilidade de ser reconhecido na sua particularidade através de uma identidade construída por referência ao outro, numa rede cultural e comunicacional que, sem barreiras temporais ou geográficas, permite um registo e uma comunicação global, não necessariamente apenas entre culturas, mas antes entre “conjuntos históricos que, por um lado, devem ser definidos pela sua relação com a modernidade e, por outro, pela especificidade da sua via de modernização” (Touraine, 2005: 209).

2.4.1.2. *Sociedade do risco e a reflexividade*

Actualmente, as sociedades contemporâneas vivem tempos de mudança em que perspectivas teóricas centradas apenas na política, no social ou no económico deixaram de ser suficientes para realizar uma análise social compreensiva, uma vez que a globalização, através das esferas sociais e políticas determina a capacidade produtiva e padrões de consumo. Este é um fenómeno inquestionável e complexo que está reestruturar a forma de viver em sociedade em diversos domínios como a cultura, a tradição, religião e política e, enquanto indivíduos, nas interacções como outro.

Sem cortar com o passado⁶⁶, a emergência de novos paradigmas sociais evidencia a necessidade pensar a sociedade sob novas formas, perspectivas, discursos. Até porque, sendo o futuro opaco (Cardoso *et all*; 2009: 25; Giddens, 2000a: 55) as consequências da modernização arrastam consigo riscos individuais e colectivos – havendo uma interpenetrabilidade entre os dois – que sendo imprevisíveis e incalculáveis, podem tanto ser benéficos como malignos, estar ao serviço da

⁶⁶ Tal como Touraine, defende-se neste trabalho que “só se faz o novo com o novo e o velho ao mesmo tempo” (Touraine, 2005:239).

democracia ou do autoritarismo, permitindo a afirmação da identidade individual ou anulando-a, aproximando os indivíduos através das redes ou tornando-os mais isolados⁶⁷, eliminando minorias ou contribuindo para a sua existência, contribuindo para a melhoria da eficiência dos processos produtivos e servir melhor a sociedade ou, capaz de inverter a orientação da sua gênese: servir a sociedade e promover o bem público.

Desta forma, estamos perante uma sociedade global – sendo o processo de globalização de difícil retorno ou paragem – onde o sistema social só pode ser entendido sob a perspectiva de tendências mundiais, onde a dimensão do risco social ganha relevo, havendo mesmo áreas onde a imprevisibilidade nasce das tentativas de controlo. “É nestas circunstâncias que ocorrem grandes transformações na vida quotidiana, no tipo da organização social e na estruturação de sistemas globais. As tendências que se dirigem para o intensificar da globalização interagem com a vida quotidiana, condicionando as mudanças que se operam a esse nível.” (Beck, 2000: viii).

Desta forma, associada à reflexividade que caracteriza a modernidade e que compele a sociedade de forma não planeada para a ruptura com as premissas da sociedade industrial (Beck, 2000), surge a incerteza e a angústia social, que ao invés de ser atenuada ou eliminada pela acção da reflexividade, é exponenciada no contexto em se desenvolve. Num processo de “modernização da modernização”, a velocidade a que ocorrem as mudanças assume consequências tão profundas que as certezas e a estabilidade associadas à “tradição” se desvaneceram⁶⁸.

A noção de risco nasce da invasão do futuro pelo desconhecido e da incalculabilidade dos resultados da acção humana e tecnológica (Giddens, 2000a: 55), cujo dinamismo e desenvolvimento pode resultar em consequências opostas às da sua gênese. Neste sentido, a diversidade cultural e religiosa – vivida de forma mais ou menos radical – a pobreza, a crise ecológica e a possibilidade de ocorrência de revoluções e acidentes catastróficos resultam numa tensão social em que a importância do risco social ganha pertinência analítica e lança novos desafios à comunidade em geral, e à política e ao Estado em particular.

A implicação da política e do Estado na sociedade do risco é determinante uma vez que “este conceito designa uma fase de desenvolvimento da sociedade moderna em que os riscos sociais, políticos, económicos e individuais tendem, cada vez mais, a escapar às instituições de monitorização e protecção da sociedade industrial” (Beck, 2000: 5). Isto, porque se por um lado a tomada de decisões se orientam – e são orientadas – sob os padrões da sociedade industrial, as organizações de interesses, o sistema judicial e a política já se encontram mesclados pelo dinamismo da sociedade de risco.

Identificando e confronto das consequências das ameaças da sociedade industrial, sobretudo relacionados com o capitalismo e a distribuição de bens, a sociedade de risco, dotada de

⁶⁷ Note-se a este propósito que a mediação e a emergência das tecnologias de informação e comunicação, contribuindo para a cidadania e democracia, promovem e acentuam a exclusão social por parte dos info-excluídos.

⁶⁸ “A tradição mantinha em *stasis* alguns aspectos centrais da vida social (incluindo a família e a identidade sexual)” (Giddens, 2000:53).

reflexividade, se torna paralelamente “um tema e um problema para si mesma” (Beck, 2000: 8), fazendo do sujeito um sujeito de direito mas também de obrigações⁶⁹, até porque a definição do perigo resulta de uma construção cognitiva e social

O processo de crescente consciencialização – reflexividade – da sociedade de risco resulta numa sociedade industrial que quebrou as expectativas construídas sobre ela – nomeadamente ao nível das respostas à necessidade do bem-estar em geral, como o apoio social, os cuidados de saúde, a educação, a estabilidade económica, a crença no Estado, nas instituições públicas e na política – levando a um processo de “desencanto” crescente em que o indivíduo é tido apenas como um sujeito de direitos e obrigações sociais, pelo que Beck defende que são os sectores de acção política e da tomada de decisão que são a principal causa das ameaças e do risco por problemas auto-gerados.

Neste contexto, sob um processo de individualização também ele novo⁷⁰, as trajectórias de cada indivíduo resultam da percepção e do assumir de vários riscos a nível pessoal e global – podendo ser mesmo mutuamente contraditórios – cabendo a cada indivíduo a capacidade de “gerir” o risco associado a cada “oportunidade arriscada” (Beck, 2000: 8).

Assim, enquanto na sociedade industrial resulta claro que é ao Estado e à ordem civil que cabe a responsabilidade estruturante da vida social pela instrumentalização da racionalidade, já na sociedade do risco os efeitos (im)previsíveis, directos, secundários e posteriores a esta forma de controlo social tornam-se permeáveis à incerteza e à ambivalência que já se considerava ultrapassada ou controlada na sociedade industrial, estando a sociedade do risco permanentemente exposta à autocrítica de cada indivíduo. Na sociedade do risco os problemas já não se colocam ao nível da ordem social, mas do risco, apresentando-se sem soluções inequívocas e únicas, mas ambivalentes, ou seja, enquanto os problemas da ordem estão orientados para a clareza e a capacidade de decidir, já os do risco se situam num desenvolvimento intenso que contribui para a crescente falta de clareza e sobreposição da técnica sobre a sociedade (Beck, 2000: 9, citando Bonss, 1993).

Se o risco surge da racionalidade técnica e nos orienta não para o que deve ser feito, mas para o que se deve evitar, conduzem-nos para um “reconhecimento da ambivalência” (Beck, 2000: 10, citando Bauman, 1991), onde mais que tomar decisões importa restabelecer as regras e rever as bases da decisão, sendo tendencialmente o resultado de uma sociedade autocrítica: “os políticos encontram a resistência dos grupos de cidadãos, e a gestão industrial defronta-se com boicotes organizados por consumidores moral e politicamente motivados. As administrações são criticadas por grupos de auto-ajuda” (Beck, 2000: 11).

A sociedade industrial é assim confrontada com conflitos constantes, opondo dicotómica mas mutuamente o seguro ao inseguro. Perante a incommensurabilidade e a incalculabilidade do risco e a ausência de ordem, surge assim uma forma de (re)pensar e (re)agir socialmente assente na aceitação

⁶⁹ A este propósito, Beck refere como exemplo “as fortes exigências de mobilidade no mercado de trabalho e relações de trabalho com uma legislação avançada”. (Beck, 2000: 7).

⁷⁰ Segundo Beck, difere das perspectivas de Simmel, Durkheim ou Weber pelo facto de actualmente os indivíduos não estarem a ser libertos das “certezas feudais e religioso-transcendentais para o mundo da sociedade industrial, mas sim da sociedade industrial para a turbulência da sociedade global em risco” (Beck, 2000: 7)

da ambivalência que se repercute em todas as áreas do social, existindo cada vez menos formas e papéis sociais que integrem ou gerem segurança. Neste sentido, surge uma nova forma de acção básica orientada para a tomada de decisões provisórias e sem certeza associada, apenas com risco inerente e associado.

A partir deste panorama apocalíptico, em que tudo se apresenta com um risco determinado e associado, como sobreviver num estado de aparente caos, em que se parece retomar a anomia social durkheimiana?

Segundo Beck, é através da individualização, entendida como processo social em que cada indivíduo quer ter “a life of one’s own” (Beck, 2003), que se torna possível ao indivíduo a capacidade de acção livre, orientada por uma vontade própria. Na verdade, contrapondo as definições de isolamento ou incapacidade de relacionamento, para Beck a individualização é um processo de descontextualização que implica uma recontextualização cujas acções “não ocorrem ao acaso, nem individualmente, nem voluntariamente, nem por meio de diversos tipos de condições históricas, mas sim tudo de uma só vez e sob as condições gerais do Estado de bem-estar na sociedade” (Beck, 2000: 14).

Deste modo, a individualização não significa a anulação do indivíduo, mas sua reafirmação sob a criação de novas formas, tanto para si como para o(s) outro(s), apresentando-se assim a par da globalização, paradoxalmente como as duas faces da mesma moeda, isto é a individualização é uma característica estrutural das sociedades diferenciadas que não periga a integração. Pelo contrário, torna-a possível, uma vez que “the individual creativity which release is seen as creating space for renewal of society under conditions of radical change. In developed modernity – to be quite blunt about it – human mutuality and community rests no longer on solidly established traditions, but, rather on a paradoxical collectivity of reciprocal individualization” (Beck, 2003: xxi).

Giddens a este propósito defende a “biografia reflexiva” enquanto abstracção teórica capaz de conceptualizar o processo que resulta de todas as opções e decisões associadas a cada indivíduo, dos compromissos assumidos das diferentes fases e experiências de vida, da relação estabelecida com o Estado de bem-estar e com todos os sistemas (in)formais, como o educativo, o direito, o mercado laboral, a saúde, etc. (reflexões de Giddens em Beck, 2000: 178)

Desta forma todas as decisões – tomadas constante e permanentemente – de cada indivíduo conferem-lhe um percurso, uma especificidade e uma identidade única e ao mesmo tempo também um risco pessoal único, assumido em função das opções tomadas (Beck, 2000: 15-16) ainda que em constante relação com Estado (seja ele entendido como forma reguladora ou promotora de bem-estar ou no sentido de Estado Providência).

Paradoxalmente e em última instância, pode-se considerar que a “individualização” de Beck, o “desdobramento criador” de Touraine (2005) a relação bipolar entre rede e o self de Castells (2002), a capacidade reflexiva de Lash (2000) e a biografia reflexiva de Giddens (2000) são processos que têm implícito o binómio afirmação/isolamento uma vez que estes autores, ainda que com suportes e

enfoques teóricos diferentes, centram a análise social no indivíduo e na sua capacidade em agir em função dos seus interesses, valores, objectivos, critérios e avaliações éticas. Estas construções teóricas denunciam uma tensão entre o individual e o colectivo, ou seja são processos individuais onde as “decisões que não se podem decidir, que, certamente, não são livres, mas forçadas pelos outros e arrancadas a si próprios, de acordo com modelos que conduzem a dilemas (...) Talvez contra a sua vontade o Estado de bem-estar é uma combinação experimental para o condicionamento de modos de vida egocentrados” (Beck, 2000:16), o que em si mesmo implica uma tensão com o social e a assumpção individual de maior ou menor de risco. Neste sentido, quanto maior a capacidade de autonomia enquanto indivíduo, sujeito e agente (Touraine, 1994: 247), maior o risco associado à tomada de decisão perante a erosão das formas tradicionais de promoção e garantia de segurança e bem-estar – simbólico, latente, físico ou virtual – ainda que seja esse o “processo” para que a vida social e o indivíduo alcancem um equilíbrio nas diversas dimensões da vida como a família, política, trabalho pago ou realização de actividades públicas.

É perante este contexto de globalização, de enunciação da necessidade de mudar os paradigmas sociais de referência, de tensão entre o individual e o colectivo, de risco e incertezas, que importa integrar e perceber a adopção e integração das tecnologias de informação no sector saúde, enquanto sector integrante da administração pública, e portanto ligado à concepção e orientação do Estado-nação, mas também enquanto um sector social específico constituído por organizações – hospitais – e profissionais que lidam directamente e quotidianamente com os cidadãos em geral e com os mais fragilizados – física e muitas vezes psicologicamente – em particular, criando uma relação assimétrica com uma dinâmica de poder onde, segundo Graça Carapinheiro, os médicos podem exercer um domínio, verificando-se “um específico regime disciplinar do poder médico” (Carapinheiro, 1993: 281).

Por outro lado, sendo o sector da saúde uma área de excelência do Estado para a promoção do bem-estar público, e vivendo na era da globalização, a penetração das tecnologias de informação e comunicação neste sector da administração pública torna-se um processo imparável, ainda que com consequências observáveis e analisáveis.

Para além disto, a abordagem do sector da saúde através das tecnologias da informação e comunicação resulta do facto de, como se apresentou anteriormente, as tecnologias de informação e comunicação cruzarem transversalmente os novos paradigmas sociais que estão a surgir como conceptualização analítica da sociedade da segunda modernidade onde a organização de um sector que se deseja ser abrangente, eficiente, eficaz e seguro tem que dar resposta a novos desafios sejam eles doenças, celeridade de tratamento, melhoria nos procedimentos e qualidade ou responder melhor às expectativas dos cidadãos e doentes que tendem a ser cada vez mais informados enquanto tri-actores: cidadãos, contribuintes e eleitores. Nesta rede global, estes objectivos podem ser potenciados pela convergência tecnológica.

Retomando a noção de biopoder de Foucault desenvolvida anteriormente, é também através da área da saúde que o Estado pelo poder de “deixar morrer” ou “de fazer viver no preciso momento em

que deviam estar biologicamente mortas há muito tempo” (Foucault, 2006: 263-5) pode exercer o papel regulador dos fenómenos globais e populacionais, dos processos biológicos ou bio-sociológicos, implicando uma coordenação e centralização de órgãos sociais, assentes em mecanismos reguladores do Estado. Aqui fenómenos como a doença – física ou mental – e a velhice destacam-se como factores de dominação do Estado, através da medicina sendo esta “um saber-poder que incide ao mesmo tempo sobre corpo e a população, sobre o organismo e os processos biológicos, e que irá, portanto, ter efeitos disciplinares regularizadores” (Foucault, 2006: 269).

Esta articulação é legitimada por Graça Carapinheiro e Paula Page onde se enquadra a saúde pública no âmbito de continuadas reformas, sob uma perspectiva tradicional: “tipicamente, a evolução da saúde pública é considerada como integrando uma série de «descobertas» científicas e técnicas: reformas sanitárias consideram-se como resultantes das descobertas de agentes contaminantes do ambiente físico; as regras de higiene resultaram da descoberta de micro-organismos; e, mais recentemente, as prescrições de «estilos de vida» e as mudanças ambientais e sociais emergem do conhecimento pessoal e social dos «factores de risco»” (Peterson e Lupton (1996), em Carapinheiro e Page, 2002: 112-113)

Assim, importa neste trabalho começar por aprofundar as mudanças ocorridas nas políticas da administração pública, num contexto de reforma, dando especial enfoque ao papel das tecnologias de informação e comunicação neste processo, para perceber concretamente o seu posicionamento no processo de globalização e nas formas de interacção permanente com os cidadãos, onde se estabelecem as relações sociedade-indivíduo-sociedade.

Posteriormente, depois da descrição da evolução das políticas de saúde em Portugal e de as integrar nas dinâmicas das reformas da administração pública, será analisada a integração das tecnologias da informação e comunicação na saúde.

Será que as políticas da Administração Pública em geral e as da saúde em particular, actuando através das instituições estatais se afastam das necessidades que imperam do social e dos sujeitos em particular?

Perante esta situação paradoxal, escreve Touraine acerca do posicionamento do Estado na sociedade: “Quanto ao Estado, ele já não plana acima da sociedade; está no seio dela, construindo para si um espaço onde se defrontam a vida económica, as formas de dominação social e os apelos ao sujeito. Já não suportamos as construções intelectuais que explicam todos os nossos comportamentos pela nossa relação com o poder ou pelo nosso lugar na divisão do trabalho” (Touraine, 2001: 14).

Assim, numa sociedade em rede, onde a informação e a comunicação desempenham um papel fundamental⁷¹ (Castells, 2002) as tecnologias de informação e comunicação são entendidas como uma expressão latente na (re)descoberta e na (auto)confrontação (Beck, 2000; Giddens, 2000a) do

⁷¹ Relembre-se a este propósito a sociedade informacionalista assentes nos pressupostos do capitalismo, apresentados anteriormente.

indivíduo com o social e do social com o Estado através das suas políticas de administração públicas em geral e neste trabalho em concreto com as de saúde em particular, será a adopção e utilização das tecnologias de informação e comunicação pelas próprias instituições de saúde um reflexo do binómio da tensão da dominação e “libertação”? Surgirá a utilização de tecnologias de comunicação e informação no domínio da saúde como reflexo do isolamento ou afastamento do social, ou como uma forma de “resgate” do sujeito à alienação no consumo e à sociedade massificada, confirmando a afirmação de Touraine “as grandes instituições sociais têm o papel central de permitir e reforçar [...] a liberdade do sujeito” (Touraine, 2001: 12)?

Perante o processo de globalização mundial a que assistimos, onde a comunicação e cultura assumem um papel determinante na sociedade (Castells, 2002; Giddens, 2000a; Touraine, 2005), sendo ao mesmo tempo determinada por esta através da emergência da *biografia reflexiva* (Giddens, 2000a), da “individualização” (Beck, 2000), do “desdobramento criador” (Touraine, 2005), da relação bipolar entre rede e o *self* (Castells, 2002) ou da capacidade reflexiva (Lash, 2000), a utilização das tecnologias de informação e comunicação na saúde emerge neste trabalho como uma ligação ao Estado, através das políticas de administração pública e das instituições (neste caso específico hospitais), às formas de poder, dominação ou regulação da sociedade, adoptando as perspectivas dos novos paradigmas emergentes numa *sociologia do sujeito*, “dando cada vez mais importância à ética relativamente à política, que é, do outro lado ultrapassada pela economia mundializada pelas técnicas em erupção” (Touraine, 2001: 14).

3. AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO NA SAÚDE

3.1. A CONSTRUÇÃO DO OBJECTO TEÓRICO

A sociedade da informação comunicacional surge da articulação da dimensão social com a inovação tecnológica, ainda que a tecnologia não seja exterior ao social: resulta da própria sociedade.

Desta forma, as tecnologias não podem ser observadas como formas de acção *sobre* a sociedade, como se fossem entidades “*outsiders*”. Do mesmo modo, a sociedade é um produto tecnológico com vários níveis de integração e assimilação, pelo que também seria precipitado moldar o futuro do social pela inovação tecnológica.

A sociedade da informação comunicacional não resulta apenas do fruto de um relacionamento unilateral entre a tecnologia e a sociedade, com a perspectiva redutora da análise do impacto social da tecnologia, mas numa relação bidireccional onde a dimensão tecnológica e a social influenciam e estimulam reciprocamente, não sendo neutras nem indiferentes uma à outra.

Cardoso (2009), através da análise dos estudos de Poster (1995) e McLuhan (1997) observa a não neutralidade tecnológica, defendendo que os “*media* tecnologicamente diferentes são fruto da sociedade em que surgem e que promovem, através do seu uso, realidades socioculturais diferenciadas” (Cardoso, *et all*, 2009:25)

Emergindo no seio de uma sociedade imbuída em valores sociais cristãos, como o *bem*, o *certo* e o *justo* e com uma forte crença na tecnologia, enquanto resultado do avanço positivista científico, poderia resultar óbvio que “o novo “tipo de sociedade” gerado pelas TI (tecnologias de informação) é algo desejável” (Lyon, 1992:xi).

Porém, sem fundamentos concretos para este tipo de conclusão, no contexto da sociedade de informação comunicacional, de acordo com Lyon (1992) a questão analítica deve ser considerada a par da ética social e normativa, para que a “crença tecnológica” ou “cepticismo estrutural à mudança” surjam temperados pelo realismo analítico.

Assim, a tecnologia, assumindo um papel de grande responsabilidade nas tomadas de decisão e (re)organização no âmbito político, institucional ou organizacional, não representa a solução única para os problemas estruturais a nível social, institucional ou organizacional, pelo que analiticamente “as questões cruciais relacionadas como o *modo* como as TI são desenvolvidas e aplicadas” (Lyon, 1992:xi) ganham especial pertinência.

Desta forma, articulando as questões normativas e as escolhas éticas, as tecnologias assumem um papel central, ainda que não exclusivo, na reestruturação das economias das sociedades mais

avanzadas, estando subjacente à sociedade de informação a vontade do Estado – através das orientações políticas e opções ideológicas.

Para Poster (1984) esta relação resulta do facto das novas formas de interacção social se apoiarem em dispositivos electrónicos de comunicação, substituindo as relações sociais tradicionais e se alastrarem à governação, à educação, à esfera doméstica e aos locais de trabalho, criando relações complexas entre a política, a economia e o Estado⁷².

O facto de na sociedade comunicacional as tecnologias de informação serem apropriadas ou instrumentalizadas pelo poder, sob uma determinada orientação ideológica, implica que se desenvolva um interesse sectorial apostado em controlar o desenvolvimento das tecnologias de informação levando a que o expoente máximo da democracia explícito no *clichet* “as tecnologias de informação garantem a todos o acesso à informação” seja moderado pela especialização necessária para interpretar a informação disponibilizada bem como pela detenção e acesso ao hardware e ao software que possibilitem o tal acesso (Hamelink, 1986 citado por Lyon, 1992: 19).

Na sequência do que vem sendo defendido por Katz e Rice (2006), Espanha considera que a comunicação em saúde é “um campo de análise que faz a interface entre comunicação e saúde e que tem vindo a ser progressivamente reconhecido como um elemento necessário para melhorar a saúde tanto pessoal como pública” (Espanha, 2009a: 39).

Muitos são os autores que defendem que a prestação de cuidados de saúde integra e reflecte, ainda que a níveis diversos, a relação entre as tecnologias da informação e comunicação com a estrutura social (Thomas, 2006; Fieschi, 2002; Berg, 2001; Plesk, 1999; Haux, 1999 e 2006; Van der Lei, 2002; Grimson, 2002; Ammenwerth *et al.*, 2003; Haux *et. al.*, 2002; Lupiañez, 2009).

As tecnologias da informação e comunicação surgem assim como factores de inovação que visam promover a melhoria dos cuidados prestados a vários níveis.

Reflectindo sobre esta problemática, Thomas (2006) conclui que a comunicação em saúde ocorre em 5 níveis em que a comunicação em saúde, potenciada pelos canais e plataformas das tecnologias de informação e comunicação e sistemas de informação podem exponenciar os efeitos da prevenção da doença, da promoção da saúde e da melhoria da prestação de cuidados.

São eles o nível individual, a rede social, as organizações, a sociedade e, por fim, as normas, as práticas e os valores que estruturam a sociedade.

Este efeito de potenciação deve-se ao facto de estarmos a viver na era da comunicação em rede e já não da comunicação em massa (Cardoso *et al.*, 2009: 15).

Assim, se a comunicação em massa se caracteriza por um interlocutor que se apropria de um *meio* e envia uma mensagem a um número ilimitado de pessoas, actualmente um número (i)limitado de emissores transmite uma mensagem a um número (i)limitado de receptores, sendo os canais cada vez mais desenvolvidos tecnologicamente, permitindo um maior acesso e uma disponibilidade que

⁷² Como é o caso da relação das empresas relacionadas com as inovações tecnológicas (IBM, Siemens, Exxon, Mitsubishi, entre outras) com a economia e a política

ultrapassa mesmo as barreiras do tempo e do espaço (Cardoso *et all*, 2009: 56). Neste processo a mediação reveste-se de uma importância extrema, uma vez que é no processo de reflexividade através do qual cada indivíduo se apropria do social e (re)cria a sua concepção do real, que será integrada na rede comunicacional, nas mensagens e nas formas que este emissor utiliza, ou não fosse o que nós conhecemos do real sempre real nas suas consequências (Espanha, 2009a: 38 citando Berger e Luhman, 2004).

O primeiro nível de análise referido por Thomas é o individual. Aqui o indivíduo é o principal visado, podendo a comunicação em saúde afectar a disposição, os conhecimentos, a atitude bem como a capacidade de mudança. Recorde-se que também Touraine, Beck e Castells referem que cada indivíduo através da sua capacidade reflexiva e, enquanto unidade, se apropria da realidade através das várias interacções que estabelece e através da tensão que este confronto pode gerar.

O segundo nível de análise é a rede social, onde os programas específicos de comunicação em saúde poderão influenciar consumos e estilos de vida.

As organizações são o terceiro nível de análise. Thomas (2006) considera que as organizações podem ser locais de transmissão de mensagens de saúde aos seus membros, fomentar comportamentos individuais e implementar mudanças políticas que impliquem mudanças individuais.

Num quarto nível, a comunidade – através de escolas, empresas, organismos de saúde, associações, grupos comunitários ou departamentos governamentais – reflecte o bem-estar colectivo, sustentado ou não por estruturas políticas promotoras de estilos de vida saudáveis

Por fim, o último nível refere-se à sociedade como motor de influência dos comportamentos individuais tanto nas normas, valores atitudes e opiniões, como nas leis, medidas políticas, contexto económico, cultural.

Estes níveis – ainda que sem uma hierarquia valorativa associada – permitem ajudar a compreender a percepção da saúde de cada indivíduo bem como na dos seus familiares, mas também auxiliar na identificação das necessidades da comunidade, para que uma actuação possa visar a maximização das práticas de bem-estar.

Haux (2006), analisando o desenvolvimento dos sistemas de informação que, com base na evolução informática, emergiram na área da saúde dos últimos 60 anos identifica sete etapas distintas que correspondem a linhas de mudança dos sistemas de informação da saúde.

A sua sucessão não corresponde a uma ordem cronológica, podendo ocorrer de forma articulada ou concomitante uma vez que cada instituição ou mesmo país tem um percurso e calendário próprio, derivado de dinâmicas sociais, culturais e políticas. Os ciclos elencados por Haux (2006: 271-275) podem acontecer, e acontecerão de certeza, de forma arritmica em instituições, sistemas de saúde ou serviços nacionais de saúde.

A primeira fase corresponde à passagem da organização baseada em papel para os sistemas com base no processamento e sistematização de informação digitalizada.

A segunda corresponde à disseminação e articulação dos sistemas de informação hospitalares a vários níveis: local, regional e global.

A terceira fase refere-se ao descentramento das tecnologias de informação e comunicação e os sistemas de informação na saúde nos profissionais de saúde – médicos, administrativos e enfermeiros. Durante este período os sistemas de informação na saúde são desenvolvidos para apoiar os doentes, os seus familiares e, de uma forma mais ampla, o cidadão em geral, esclarecendo dúvidas sobre saúde, consumos e serviços de saúde.

Na quarta fase, a informação das bases de dados, que até então apenas serviam princípios administrativos, de gestão e controlo, passam a ser instrumentalizados na prestação dos cuidados de saúde. Inicialmente no planeamento das actividades e mais tarde na investigação clínica influenciando as metodologias, os desenhos das pesquisas mas também os resultados das investigações epidemiológicas e médicas.

A quinta fase é exemplificada pelo facto de nos últimos 15 anos, os sistemas de informação e tecnologia serem desenvolvidos para dar resposta a questões estratégicas e à gestão organizacional, deixando de se centrar apenas na exequibilidade técnica e tecnológica. Ou seja, refere-se à capacidade das TIC e SI poderem colaborar para atingir ou integrar objectivos tacitamente definidos.

O sexto momento centra-se na complexidade dos sistemas integrados e na diversidade da informação e dos dados que se transferem: dados alfanuméricos, imagens, dados moleculares, etc.

A sétima e última fase refere-se à actual capacidade das tecnologias de informação e comunicação digitalizarem informação diversa e articularem com redes interactivas permitindo acompanhar os doentes fora de portas, isto é, fora das organizações de saúde, ou seja interação pela comunicação em rede

Sem fazer uma análise retrospectiva, estabelecer níveis de análise ou identificar momentos evolutivos, o Institute of Medicine (2008), a partir da tipologia apresentada pelo National Research Council (2000), defende que aplicação dos sistemas de informação na saúde suportados pelas TIC, nomeadamente a Internet, se organiza em 6 domínios: o consumo de saúde; os cuidados clínicos; as transacções financeiras e administrativas; as questões de saúde pública; a educação dos profissionais e por último, o domínio dos serviços de saúde, dos resultados de investigação clínica e biomédica, como se pode ver na tabela que se segue.

Quadro 3.1.: Domínios de aplicação das TIC no sector da saúde com base na Internet⁷³, segundo o IOM

Domínio da aplicação	Tipos de aplicação
Consumidor de saúde	Pesquisa on-line de informação sobre saúde

⁷³ Ainda que nem todas as aplicações de saúde usadas em hospitais, centros médicos ou por grupos de profissionais sejam centradas na internet, correspondendo a aplicações construídas em torno de centrais cujo legado histórico e informação acumulada tem que ser integrada (Turban *et al*, 1996), O IOM prevê que pela flexibilidade e possibilidades de partilha, de futuro, as aplicações em saúde sejam desenvolvidas apenas em ambiente Web (IOM, 2001).

Domínio da aplicação	Tipos de aplicação
	Pesquisa de literatura médica
	“ <i>down-load</i> ” de vídeos educacionais
	Pesquisa de planos de saúde
	Participação em <i>chats</i> e grupos de apoio
	Acesso <i>on-line</i> ao processo clínico individual
	Compilação de resultados de pesquisas de saúde
Cuidados Clínicos	Pesquisa de literatura médica
	Disponibilização de rotinas da prestação de cuidados de saúde (por ex. o horários das visitas) e da gestão das doenças crónicas (por ex. relatórios periódicos com informação médica)
	Sistemas de lembranças e alertas e de apoio à decisão
	Consulta <i>intra</i> médicos (com apoio de imagens digitalizadas)
	Acompanhamento domiciliário de doentes e em unidades de cuidados continuados
	Transferência de processos clínicos e imagens
	Realização de cirurgia à distância e virtual
Transacções administrativas e financeiras	Videoconferências com partilha de documentos em tempo real
	Inscrição de doentes
	Agendamento de consultas
	Facturação dos serviços e pagamentos dos prestadores
	Apoio na credenciação clínica
	Disponibilização de informação sobre planos de saúde, participação dos prestadores, procedimentos e formulário com a cobertura de medicamentos, etc
Saúde Pública	Videoconferências entre os funcionários de saúde pública em situações de emergência
	Reporte sobre a ocorrência de incidentes
	Recolha de informação de departamentos de saúde pública locais
	Vigilância da emergência de doenças ou epidemias
	Transferência de mapas epidemiológicos ou de outras imagens para o controlo da propagação de uma doença
	Envio de alertas ou outra informação para prestadores e trabalhadores de saúde
Educação Profissional	Acesso a material de referência
	Educação à distância com transmissão em tempo real de leituras ou vídeos <i>ré</i> gravados
	Consultas com especialistas, em casos difíceis, em tempo real
	Aulas virtuais, distribuição de projectos e discussões
	Simulação de procedimentos cirúrgicos
	Exploração virtual de aplicações tridimensionais
Serviços de saúde, biomédicos e pesquisa de	Investigação sobre os serviços de saúde utilizando dados administrativos e clínicos
	Pesquisa à distância de bases de dados e de literatura especializada

Domínio da aplicação	Tipos de aplicação
resultados clínicos	Colaboração entre investigadores, pares, realização de conferências virtuais
	Controlo de equipamento experimental (como microscópios electrónicos, retorno visual de instrumentos usados à distância)
	Acompanhamento em tempo real de conformidade com protocolos
	Transferências rápidas de grandes bases de dados para realizar comparações
	Acompanhamento dos indivíduos em ensaios clínicos.

Fonte: Adaptado de Institute Of Medicine (2008), "Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century", pág. 168-169.

Dentro de cada domínio são ainda identificadas diversos tipos de aplicações. Assim, o domínio do consumo de saúde integra as aplicações de investigação on-line, a procura de literatura médica, o *download* de vídeos educacionais, a procura de planos de saúde ou clínicos, a participação em *chats* e grupos de apoio, o acesso on-line ao processo clínico electrónico e a participação em pesquisas médicas. Segundo Cain *et al* (2000) 70 milhões em 90 milhões de americanos que estiveram on-line em Setembro de 1999 procuraram informação sobre saúde. A Internet é também utilizada para obter informações sobre planos e prestadores de saúde e poderá ser um veículo a usar na educação para a saúde (prevenção e sensibilização) da população através do envio de mensagens personalizadas em função do perfil e das necessidades de cada indivíduo.

Em Portugal o uso da Internet para procurar informação sobre saúde e bem-estar encontra-se nos 25,7% da população utilizadora da Internet⁷⁴ (Espanha *et al*, 2011).

Os cuidados clínicos integram as aplicações relacionadas com a procura de literatura médica, a prestação de cuidados de rotina como a realização de "*e-visitas*" e a gestão das doenças crónicas através da elaboração de relatórios médicos periódicos sobre as condições de saúde, a criação de alertas e lembretes e sistemas de apoio à decisão, a consultoria entre médicos, através de resultados de meios complementares de diagnóstico e terapêutica digitalizados, a monitorização à distância de doentes que necessitam de cuidados continuados, a transferência de imagens nos processos médicos e a cirurgia virtual à distância.

A internet ao disponibilizar informação sobre diversos prestadores de cuidados e tipos de cuidados contribui também para escolhas mais esclarecidas e informadas. Disponibiliza ainda o acesso a guidelines quer aos médicos como aos utentes. Os sistemas de alerta e alarme (Alemi *et al*, 1996), as aplicações de telemedicina, teleradiologia, e-mail e prescrições on-line têm também contribuído para melhorar a prestação de cuidados (National Health Policy Forum, 2000; Schiff and Rucker, 1998).

As transacções financeiras e administrativas incluem as aplicações relacionadas com as videoconferências de partilha de documentos em tempo real, o registo de doentes, a marcação de consultas, a facturação de serviços e o pagamento aos prestadores, alguns dos aspectos relacionados

⁷⁴ Cerca de 45% da população nacional (LINI, UMIC Agência para a Sociedade do Conhecimento, 2010).

com a credenciação clínica e a disponibilização de informação de saúde relacionada com planos de saúde aos consumidores, a participação dos prestadores, a elegibilidade dos procedimentos, os medicamentos abrangidos pelos protocolos, etc. Esta tem sido a área onde as tecnologias de informação e comunicação mais têm vindo a ser implementadas. Segundo Starr (1997) e Turban *et al* (1996) têm contribuído para melhor o serviço e a eficiência a nível administrativo e financeiro. Goldsmith (2000) afirma que 65% das 4,6 biliões reclamações sobre os planos de saúde públicos ou privados foram realizados electronicamente.

As aplicações que se integram no domínio da saúde pública são as videoconferências entre as entidades oficiais de saúde em caso de situações de emergência, a divulgação de incidentes, a compilação da informação dos departamentos de saúde locais, a vigilância de doenças emergentes ou epidemias, a transferência epidemiológica de mapas ou outros ficheiros de imagem para acompanhar a propagação da doença e a entrega de alertas e outra informação aos prestadores e profissionais de saúde. Aqui as tecnologias de informação permitem uma maior divulgação dos relatórios e conferências, em situações de emergência permitem um contacto, partilha e actualização de informação epidemiológica permanente, bem como criar redes de prevenção e alertas por parte de médicos e utentes e a par de uma manutenção dos registos, criando a memória do sistema.

No domínio da educação profissional, o IOM inclui as aplicações relacionadas com o acesso ao material de referência, a educação à distância com transmissões dos docentes em tempo real ou pré-gravados, com o acesso a médicos especializados em tempo real, para esclarecimentos de casos difíceis, com as aulas, os projectos de colaboração e as discussões virtuais, com a simulação de procedimentos cirúrgicos e com a exploração virtual dos ambientes tridimensionais.

Por fim, o domínio dos serviços de saúde, integra os resultados de investigação clínica e biomédica, as aplicações relacionadas com a procura de serviços de saúde através da utilização de bases de dados clínicos, com a pesquisa à distância de literatura médica e acesso a bases de dados de forma remoto, com a colaboração entre investigadores e pares através de conferências virtuais e interactivas, com o controlo de equipamento experimental, como microscópios, e a possibilidade de obter resultados destes instrumentos à distância, com o acompanhamento em tempo real de acordos e protocolos, com a rápida transferência de uma grande quantidade de dados entre uma rede de computadores e com o envolvimento da população nos ensaios clínicos. A utilização das tecnologias de informação e comunicação no apoio aos *curricula* académicos passa por disponibilizar os conteúdos on-line, possibilitando a existência de aulas virtuais e de programas que simulem a prática clínica. Ao nível da investigação, promove a existência de uma rede de disseminação e partilha de resultados.

3.1.1. A emergência de novos conceitos

Esta área do conhecimento, que tem vindo a afirmar-se nas últimas décadas, conta com objectos de estudo abstracto e até virtuais, nem sempre fáceis de conceptualizar. Neste sentido, tem sido também

especialmente rica na criação e definição de conceitos que permitem uma maior conceptualização teórica e uma partilha de conhecimento.

3.1.1.1. A e-saúde (e-Health)

Apesar de já haver computadores nos hospitais desde os anos 70, a emergência do conceito de *e-Health*⁷⁵ (*e-saúde*) na década de 1990, no seio dos departamentos de marketing das empresas de tecnologias de comunicação e informação do sector da saúde, tem contribuído para (re)definir este sector. Eysenbach (2001) sistematiza-o como um campo emergente que intercepta a informática, a medicina, a saúde pública e a gestão, referindo-se aos serviços de saúde e informações entregues, em articulação com o recurso às tecnologias de informação e comunicação, nomeadamente a Internet.

Este conceito, no contexto de mudança de paradigma social e na saúde, caracteriza ainda uma forma de pensar e de organizar a prestação de cuidados de saúde em rede, ligando o nível local ao regional, e este à escala mundial, uma vez que a linha de produção dos cuidados de saúde pode ser entendida como uma sucessão (Plesk, 1999) de trocas de informação que derivam do consumo de bens físicos e de serviços.

O conceito de *e-Health* define a interacção da difusão das tecnologias de informação e comunicação com os sistemas de prestação de cuidados de saúde, implicando uma co-transformação nos modos de consumo, mas também nas formas de organização e produção dos serviços de saúde – isto é, reflecte-se tanto na oferta como na procura.

Neste trabalho as tecnologias de informação e comunicação e os sistemas de informação⁷⁶ são abordados sob a perspectiva relacional e sob o enfoque institucional (Lupiañez, 2009). Esta distinção divide as tecnologias de informação e comunicação em dois grandes grupos: o grupo dos sistemas de informação que são sustentados pela Internet e o dos sistemas de informação que estruturam as organizações e permitem desenvolver e suportar o planeamento das actividades em saúde, tomar as decisões de modo informado e adequar a gestão das instituições de prestação de cuidados de saúde às necessidades reais.

A estes dois grupos poder-se-á acrescentar ainda um terceiro, relativo aos sistemas de informação cuja utilização se faz, directamente, nos procedimentos clínicos (médicos ou cirúrgicos).

A apropriação das TIC, nomeadamente através do utilização da Internet, no sector da saúde imprime uma tensão latente entre as dimensões culturais, organizacionais, os agentes tecnológicos e as estruturas dos serviços de saúde, uma vez que para além de implicar reformulações das práticas clínicas, de gestão e administrativas inerentes à prestação de cuidados de saúde, pode potenciar a qualidade dos serviços prestados, as tecnologias de informação e comunicação, em especial através da Internet, estão activamente envolvidas na “recalibração” da relação médico-doente (Hardey,

⁷⁵ Onde o *e* de e-mail remete para a utilização das tecnologias de informação e comunicação, interceptando desta forma, conceptualmente o sector da saúde com o das tecnologias.

⁷⁶ Entendendo-se aqui sistemas de informação como a articulação de diversas tecnologias de informação e comunicação ou como ou da mesma em diferentes locais.

1999; Hardey, 2001, citado em Lupiañez, 2009), uma vez que este último procura estar cada vez mais informado e assume uma postura mais activa perante a saúde, processo em que a Internet tem um papel importante (Harris, 2004, citado em Lupiañez, 2009, Espanha, 2010).

Na sequência da emergência do conceito de e-saúde Ferguson & Frydman, (2004) evocam ao conceito de e-doente para compreender esta forma activa e informada de viver na doença. Verificando-se uma crescente autonomia na auto-gestão da doença por parte dos cidadãos, em muito facultada pela apropriação e utilização das tecnologias de informação e comunicação enquanto doentes, pode-se actualmente falar no fenómeno de *empowerment* dos cidadãos na área da saúde (Espanha, 2009), ainda que, devido à falta de controlo da informação disponibilizada, na procura de informações relacionadas com saúde, os cidadãos estejam expostos a alguns perigos (Lupiañez, 2009).

Perante esta dinâmica social-tecnológica os profissionais de saúde em geral têm vindo a preocupar-se com a qualidade da informação disponibilizada na Internet, uma vez que a falta de controlo sobre a informação disponível pode facilitar a manipulação do público em função de interesses sectoriais, e com a emergência de um tipo específico de doentes informados os “cibercondríacos” (Bessell, McDonald *et al*, 2002; Kiley, 2002; e Smith, 2001, citados em Lupiañez, 2009). A mediação tecnológica nas consultas, sobretudo através da informatização dos registos e do processo clínico, tem sido também alvo de preocupações dos médicos, temendo estes que resulte no aumento da duração das consultas e que contribua para a desumanização das consultas.

3.1.1.2. Da e-saúde à e-organizações de saúde e à e-interacções em saúde

Sendo o conceito *e-saúde* uma concepção abstracta flexível, este trabalho procurou defini-lo ao nível organizacional, da produção e prestação de serviços de saúde, do ensino e da investigação.

Neste sentido, para tornar o âmbito de acção das tecnologias de informação e comunicação mais focado no seu âmbito e conteúdo, considera-se que a abordagem da vertente relacional/interaccional entre as organizações, os profissionais de saúde e os utentes/cidadãos, deve ser considerada especificamente no campo de acção de dois conceitos específicos: o de *e-interacção em saúde* e de *e-organização em saúde*.

O primeiro conceito visa abranger especificamente a relação de mediação das TIC, entre os utentes, os profissionais de saúde e as instituições, e o segundo compreender as dinâmicas dos profissionais, a organização e as culturas organizacionais inerentes ao uso das TIC nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, ou seja cruza transversalmente os dois grupos enunciados por Lupiañez.

Este último conceito pode ainda ter uma componente *clínica*, que diz respeito ao uso específico de tecnologias de informação e comunicação ou de sistemas de informação no âmbito da prática clínica – médica, de enfermagem, terapêutica, de reabilitação, etc. – ou de uma componente *não*

clínica, integrando-se aqui toda a utilização das TIC e SI que não se relacionem exclusivamente com a prática clínica, incluindo-se aqui sobretudo a informação de natureza administrativa e financeira, como por exemplo a relacionada com a codificação⁷⁷ dos episódio clínicos.

Outra especificidade do conceito de *e-organização de saúde* relaciona-se com o impacto das TIC no *ensino* e na *investigação*, uma vez que neste âmbito específico, tal como defende a IOM, as implicações, ainda que sob o enquadramento organizacional e institucional, a comunicação em saúde dota-se de particularidades que importam considerar de forma isolada. Falamos aqui da necessidade de articular os *curricula* dos cursos dos profissionais de saúde – medicina, enfermagem, farmácia, etc. – com as potencialidades e as limitações das TIC no sector da saúde, mas também do uso aplicado das tecnologias de informação e comunicação ao ensino e à promoção da prática científica rigorosa e de qualidade, ou da preparação de profissionais dotados com capacidade de integrar a mudança na sua prática profissional futura.

Tendo em conta os diferentes níveis de análise e defendidos no âmbito da definição de “comunicação em saúde” defendida por inúmeros autores (Espanha, 2009; Bertrand, 2005; Thomas, 2006, entre outros) e articulando com os diversos domínios da aplicação das tecnologias de informação e comunicação em saúde propostos pelo Institute of Medicine (IOM, 2008), distinguem-se nesta pesquisa três áreas de acção, de aplicação e de impacto das tecnologias e informação e comunicação na reforma do sector da saúde: a *e-saúde*⁷⁸; a *e-organizações de saúde* e a *e-interacção em saúde*, decompondo-se esta última em outras quatro sub-áreas: a *e-organização de saúde – clínica*; a *e-organização de saúde – não clínica*; a *e-organização de saúde – ensino* e a *e-organização de saúde – investigação*.

A organização por área de acção encontra-se sistematizada no quadro que se segue.

⁷⁷ Note-se que Portugal o financiamento dos hospitais assenta num sistema de classificação de doentes - um sistema de classificação de doentes tem como objectivo agrupar doentes, ou episódios de doença, tornando compreensíveis as suas semelhanças e diferenças, e permitindo que os que pertençam à mesma classe, sejam tratados de forma semelhante (Urbano e Bentes, 1990) – baseado na medição da produção através de Grupos de Doentes Homogéneos (GDH's). Visando permitir o diálogo entre gestores e médicos, o processo de implementação dos GDH's em Portugal iniciou-se em 1984, aquando do estabelecimento de um acordo entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Yale, no entanto estes só foram introduzidos em Portugal em 1991, com o objectivo principal de servirem de base ao financiamento dos Hospitais Portugueses – subsistemas de saúde cujos beneficiários recorram ao Serviço Nacional de Saúde e a quaisquer entidades públicas ou privadas, responsáveis pelo pagamento dos utentes. Sem certezas sobre se é o melhor sistema de classificação de doentes, esta escolha deste é rodeada de polémica ao nível nacional e internacional, havendo investigadores que propõem outros sistemas que incidem sobre outras informações clínicas (Costa, 1991; Iezzoni, 1995; Hornbrook, 1982). As principais vantagens identificadas são: a aceitabilidade e os baixos custos de implementação e exploração; a forma de financiamento equitativa entre hospitais e o permitir uma análise estatística da actividade hospitalar e comparação entre hospitais. As principais desvantagens apontadas são: o sistema não conter nenhum mecanismo de ponderação da produção pela gravidade, o consumo dos recursos ser obtido através dos cuidados prestados, o consumo de recursos ser medido através da duração de internamento, não sendo a melhor variável para a sua medição; ser um sistema que não apresenta significância clínica; ser um sistema retrospectivo e estar sujeito às potencialidades e limitações da Classificação Internacional de Doenças (CID-9-MC).

⁷⁸ Que está na génese da comunicação em saúde.

Quadro 3.2.: Interação e sistematização dos conceitos, níveis de análise e domínios de aplicação

Área de acção das TIC	Nível de análise (Thomas, 2006)	Domínio da aplicação (IOM, 2008)
<i>e-saúde/e-interacção em saúde</i>	Individual/rede social	Consumidor de saúde
<i>e-interacção em saúde/ e-organizações de saúde (clínica)</i>		Cuidados Clínicos
<i>e-organizações de saúde (não clínica)</i>	Organizações/rede social	Transacções administrativas e financeiras
<i>e-organizações de saúde (ensino)</i>		Educação Profissional
<i>e-organizações de saúde (investigação)</i>		Serviços de saúde, biomédicos e pesquisa de resultados clínicos
<i>e-saúde</i>	Comunidade/rede social	Saúde Pública
	Sociedade/rede social	

Fonte: Institute Of Medicine (2008), “*Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*”, pág. 168-169; Thomas, Richard K. (2006), *Health Communication*, New York, Springer.

Considerando que a comunicação em saúde – entendida como o estudo e a utilização de estratégias de comunicação capazes de influenciar as decisões dos indivíduos no sentido de promover a saúde – para além de interagir entre utentes e cidadãos, também promove interacções entre o Estado, as instituições, os profissionais, entre os profissionais e os utentes, e as instituições, os profissionais e os utentes gerando dinâmicas próprias na promoção da saúde e na prestação de cuidados de qualidade, num dado contexto social, político e económico, o objecto empírico deste trabalho incidirá sobretudo na *e-interacção em saúde* e na *e-organização de saúde*.

Assim, dada a Sociedade comunicacional em que vivemos, onde as TIC promovem interacções em rede, onde cada indivíduo se apropria e recria a utilização destas através da sua diversidade e re-introduz a sua apropriação na rede, onde o Estado tem uma importância redobrada não apenas pelo papel catalisador na promoção do uso das TIC, mas enquanto “corpo-presente” a que pertence o braço da Administração Pública a que o sector da saúde, numa lógica beveridgiana, pertence, este trabalho visa contribuir para o aumento do conhecimento e discussão do papel das TIC no sector da saúde em Portugal.

3.1.2. As Tecnologias de Informação e Comunicação na saúde: alguns exemplos

Bates *et al* (1998) observou que a prescrição médica electrónica trazia diminuição de erros clínicos e a redução de actos desnecessários; numa observação de casos clínicos de 1966 a 1996 Balas *et al* (1997) conclui que a telemedicina ou o acompanhamento telefónico traz benefícios para a prevenção da osteoporose, reabilitação cardíaca e tratamento da diabetes.

Em 1998, Balas e respectiva equipa concluíram que a divulgação de informação sob o suporte informático numa população diabética promove comportamentos mais saudáveis e melhores resultados nos níveis de açúcar encontrados no sangue.

Segundo dados do IOM mais de um milhão de pacientes sofrem por ano consequências devido a múltiplos processos clínicos independentes ou falhas de sistemas (IOM, 2000 e Starfield, 2000).

Nos Estados Unidos, entre 30 a 40 % dos custos em saúde devem-se à utilização errada, duplicação, repetição não necessária, comunicação deficiente e falta de eficiência (Reid *et al.*, 2005), concluindo-se mesmo que os erros médicos matam mais pessoas por ano, do que o cancro da mama, a SIDA e os acidentes de viação juntos.

Pelo menos 1,5 milhões de interações medicamentosas adversas que ocorrem anualmente podiam ser prevenidas (Aspden *et al.*, 2006)

Segundo a Agency for Healthcare Research and Quality, Reducing and Preventing Adverse Drug Events to Decrease Hospital Costs⁷⁹, por ano, há cerca de 500000 in/acidentes clínicos devido a interações com medicamentos e aos seus efeitos adversos que podiam ser evitados se o médico tivesse acesso à informação relativa aos medicamentos que os seus pacientes tomam e para que fim.

O facto da adopção das tecnologias de informação e comunicação no sector da saúde contar já com algumas décadas, faz com que a análise do seu percurso permitisse identificar dinâmicas. Porém, com excepção dos estudos americanos, são poucos, e pouco consensuais, as análises sobre o uso das TIC e dos sistemas de informação na saúde que se tem verificado nos últimos 60 anos (Haux, 2006).

Não havendo análises exaustivas sobre os resultados, a avaliação do impacto das tecnologias de informação e comunicação na saúde – até porque devido à diversidade e crescimento autónomo torna difícil a sua monitorização – tanto há estudos que demonstram que as TIC podem trazer um efeito positivo na qualidade da prestação de cuidados⁸⁰ (Lenz and Reichert, 2005), para além de serem inquestionáveis algumas das potenciais vantagens económicas (Uslu and Stausberg 2008), como os que relatam casos de insucesso, sendo, em muitos outros, as vantagens referidas como marginais.

Transversais são os factores que constroem a adopção das TIC como a falta de financiamento, a existência de ambiguidades legais e a resistência à mudança, sobretudo por parte dos profissionais de saúde⁸¹ (Ribeiro, 2010: 2; IOM, 2008). A deficiente interoperabilidade dos SI existentes, também é apontada como um dos principais motivos para o fracasso (Detmer, 2000; Ellingsen and Monteiro,

⁷⁹ Disponível em <http://www.ahrq.gov/qual/aderia/aderia.htm> consultado pela última vez a 10 de Novembro de 2010.

⁸⁰ Relembre-se que Bates *et al.* (1998) observou que a prescrição médica electrónica trazia diminuição de erros clínicos e a redução de actos desnecessários; numa observação de casos clínicos de 1966 a 1996 Balas *et al.* (1997) conclui que a telemedicina ou o acompanhamento telefónico é benéfico para a prevenção da osteoporose, reabilitação cardíaca e tratamento da diabetes. Em 1998 Balas *et al.* concluíram que divulgação de informação informaticamente numa população diabética promove comportamentos mais saudáveis e melhores resultados nos níveis de açúcar encontrados no sangue.

⁸¹ A mediação tecnológica nas consultas, sobretudo através da informatização dos registos e do processo clínico, tem sido alvo de preocupações dos médicos, temendo estes que aumente a duração das consultas e que contribua para a desumanização das consultas. Para além destes factores, a adopção das TIC no quotidiano profissional levanta ainda outras questões relacionadas das quais se destaca o financiamento da troca de telefonemas, de e-mails ou de sms na relação médico-doente ou da definição dos preços de o

2003), ou seja a falta de capacidade de diversas tecnologias de informação e comunicação e/ou sistemas trocarem informações entre si.

3.1.3. A barreira do financiamento

Os custos são um dos obstáculos à implementação das TIC/SI, sendo muitas vezes os ganhos financeiros (in)directos, podem ocorrer em diversas áreas como na maior acessibilidade – melhor troca de informação para pacientes e profissionais evitando transportar dados e informação por outros meios, mais dispendiosos – no aumento da qualidade – a informação médica disponível para prevenção e diagnóstico, evitando erros de terapia devido à falta de informação – na redução da duplicação de exames (análises laboratoriais ou exames radiológicos dispendiosos), entre outros.

O IOM adverte mesmo que “there is no easy way to shift from such systems to state-of-the-art information systems based on an open client-server architecture, personal computer networks, and more flexible, nonproprietary protocols. These are important considerations for all health care organizations when making decisions about investing in IT.” (IOM, 2008: 14).

Dependendo a prestação de cuidados de saúde da informação e do conhecimento disponível no momento da prestação de cuidados (Haux 2006), se as TIC/SI podem assumir um papel relevante nas unidades de saúde, contribuindo para melhorar a qualidade dos cuidados praticados e ao mesmo tempo torná-los mais eficientes, estes encargos, podem apresentar-se como um foco de consumo imediato de recursos materiais, humanos e de financiamento, sendo o seu retorno dependente da disponibilização de informação necessária e no momento oportuno podendo ser uma entropia dos serviços de saúde, se tal não ocorrer.

O facto de as decisões de aplicação de capital em TIC na área da saúde ocorrerem num ambiente onde os benefícios são difíceis de quantificar, torna complexa a sua implementação e adopção, ainda que a evidência importância da acumulação de informação/conhecimento comece a revelar a sua utilidade nalgumas definições e aplicações (IOM, 2008: 174).

Neste sentido, por exemplo, os impactos do registo de saúde electrónico e da prescrição electrónica, segundo a Comissão Europeia, (EHR Impact Study, 2010) numa avaliação do retorno socio-económico de 10 programas europeus e um nos EUA demoram entre 4 a 9 anos (em média 7) a ser tangíveis, ou seja para atingir o primeiro ano de benefícios líquidos anuais positivos, podendo conseguir-se retornos de 200% do investimento total aos 9 anos (em média os ganhos rondam os 80 %). O reconhecimento destas vantagens teve uma escala mundial quando, em 2009, o *The Guardian*⁸² publica o discurso de apresentação das políticas de saúde de Barack Obama ao Congresso, onde se pode ler:

“To improve the quality of our health care while lowering its cost, we will make the immediate investments necessary to ensure that, within five years, all of America's medical records are computerized”. “This will cut waste, eliminate red tape and reduce the need to repeat expensive

⁸² Disponível em <http://www.guardian.co.uk/world/2009/sep/10/barack-obama-healthcare-reform-speech-full-text> consultado pela última vez em 11 de Novembro de 2010.

medical tests." "But it just won't save billions of dollars and thousands of jobs; it will save lives by reducing the deadly but preventable medical errors that pervade our health-care system."

3.1.4. A barreira dos recursos humanos

A relação entre TIC e os recursos humanos é uma das mais desafiantes barreiras à aplicação e uso das TIC na prestação de cuidados de saúde, mas também das menos estudadas.

Trata-se da análise da resistência das pessoas que compõem as organizações em “aderir” ou simplesmente “adaptar” as suas soluções informáticas no que quotidiano profissional.

Neste âmbito, a resistência surge não por obstáculos técnicos mas pela dificuldade dos profissionais em entenderem a necessidade de um ambiente integrado ou em partilhar o controlo que detêm de um processo que dominam em benefício da criação de um todo, ou mesmo pela falta de competências para o fazer.

Pode dividir-se em duas áreas na vertente mais ligada à “força de trabalho”, ou seja dos profissionais de saúde, e à relação estabelecida entre médico-doente (cf. área de acção da *e-organização de saúde* e da *e-interacções em saúde*).

A área da “força de trabalho” é muito variável no que toca ao conhecimento, à experiência e à utilização das TIC mas também no que se relaciona com as capacidades de aceitar e de adquirir novas competências para as utilizar no quotidiano laboral.

Neste âmbito, muitos profissionais de saúde podem estar receosos em relação à utilização das TIC no sector da saúde por várias razões que Kassirer (Kassirer, 2000 citado em IOM, 2008: 175) resume 1) na descrença na abrangência e funcionamento das TIC; e 2) em experiências anteriores mal sucedidas, ou seja pelo facto de muitas aplicações, durante a sua fase de aplicação e testes, implicarem a perda de informação, leva também que muitos profissionais de saúde assumam uma posição menos receptiva e mais céptica.

A estas razões podem ainda juntar-se 3) a falta de conhecimento ou domínio do ambiente informático em que as aplicações são construídas – estando em causa a falta de formação e de qualificação dos profissionais – 4) a falta de aceitação/rejeição da mudança das rotinas profissionais, mais relacionadas com as questões da motivação e da liderança e 5) a rejeição das TIC por estas implicarem a obrigatoriedade do registo de toda a prática profissional.

Outro factor para a falta de receptividade por parte dos profissionais, nomeadamente os médicos, relaciona-se com 6) o potencial de permitir estabelecer uma articulação entre diversos profissionais de saúde e várias instituições, podendo implicar uma partilha do poder simbólico ou efectivo dos profissionais. “For example, some have observed that the deeply ingrained economic distrust and cultural conflict between physicians and hospitals has impeded the adoption of IT applications that require Web-based integration” (Kleinke, 2000 citado em IOM, 2008: 175).

Quanto à relação médico-doente, pode-se afirmar que “IT will undoubtedly alter the clinician and patient relationship, and in some cases, these changes may be threatening to clinicians” (IOM, 2008:

175). Na verdade, para além das interações entre médicos e doentes mediadas pelas TIC já descritas anteriormente, pode-se afirmar que a standardização e a automação de vários tipos de informação clínica abre muitas oportunidades à realização de avaliações comparativas por parte dos consumidores de saúde – doentes – que podem assim começar a optar por médicos ou por instituições de saúde, opiniões médicas, reforçando os programas de responsabilização e de supervisão da prestação de cuidados de saúde. (Kleinke, 2000 citado em IOM, 2008: 175).

Note-se porém que, neste ponto, a questão da universalidade no acesso à informação e qualidade da mesma poderá reforçar desigualdades sociais e contribuir para a info-exclusão de certas franjas da sociedade, sobretudo das que não têm acesso à Internet por falta de recursos ou por falta de conhecimentos⁸³.

3.1.5. A criação de informação/conhecimento na saúde: uma necessidade?

Se a saúde é um dos sectores de actividade mais complexos e particulares (Reis, 2007: 63), quando analisado à luz das tecnologias de informação e comunicação – e dos sistemas de informação – esta especificidade longe de se atenuar, mantém-se ou acentua-se.

Observamos que as TIC no sector da saúde “Actuam num cenário pouco estável, muito complexo e diversificado, ainda acolhedor (entre nós) em termos de competição mas crescentemente hostil do ponto de vista da disponibilidade de recursos; são um tipo de instituição antigo (muito antigo mesmo o hospital) e dispõem de um sistema técnico muito regulado, extremamente técnico e muito regulado, extremamente sofisticado e com uma enorme taxa de mutação” (Reis, 2007:63)”

Os conceitos não são unívocos, o estado clínico dos doentes sofre grandes e frequentes alterações, apresenta uma estrutura e uma organização dos processos com uma elevada complexidade e variabilidade, um envolvimento de um número elevado de profissionais com diferentes formações, reúne, actualmente, e cada vez mais, culturas organizacionais diferentes⁸⁴ e carrega a pressão de ter um consumo de recursos financeiros cada vez maiores.

Estas condições, se relacionados com a complexidade da informação e da organização dos processos clínicos, podem gerar riscos elevados no desenvolvimento, implementação e manutenção de soluções informáticas para este mercado (Chu 2005, citados por Ribeiro, 2010: 1).

Aqui, à semelhança dos modelos comunicacionais da sociedade comunicacional proposto por Gustavo Cardoso (Cardoso, 2009: 17), também a criação e a gestão da informação em saúde passa pela dimensão tecnológica, pela económica e pela apropriação do social tendo por isso um papel preponderante no processo de tratamento do doente, tornando-se num recurso crítico com um forte impacto nos resultados obtidos.

⁸³ 40% dos agregados familiares portugueses têm computador com acesso à Internet. Este valor tem sido alvo de um aumento exponencial desde 2002, ano em que apenas 15% das famílias afirmavam ter este tipo de acesso (Obercom, 2007:18-19).

⁸⁴ Como é o caso da criação de centros hospitalares que congregam diversos hospitais numa só organização legal.

Reflectindo sobre a evolução tecnológica das últimas décadas, as diferentes linguagens de programação e plataformas tecnológicas, a implementação de TIC e SI na saúde espelham um contexto hospitalar complexo e uma necessidade emergente de disponibilizar a informação certa, no tempo certo, no local certo, sendo esta necessidade partilhada por vários profissionais, incluindo decisores e gestores, entre os quais há uma percepção crescente dos benefícios da implementação e uso das TIC no sector da saúde (Zviran, Armoni *et all* 1998, citados por Ribeiro, 2010: 1).

Neste sentido, há uma necessidade crescente de informação fidedigna que se pretende completa, homogénea, precisa, actualizada e com interesse clínico para as tomadas de decisão (Bourret, 2004, citados por Ribeiro, 2010: 1).

Num trabalho desenvolvido sobre a realidade hospitalar portuguesa, Ribeiro (2010) constata que existe “um grande número de sistemas dispersos e heterogéneos, desenvolvidos para suportarem necessidades pontuais de determinados departamentos” (Ribeiro, 2010: 1 citando Kitsiou, Manthou *et all* 2006), referindo ainda que “a maioria das organizações de saúde estão, ainda, longe de obter SI baseados em arquitecturas abertas que possibilitem a integração de uma forma genérica de todas as aplicações, sendo mesmo a criação de um SI coeso e integrado uma tarefa mais complicada do que inicialmente esperado” (Ribeiro, 2010: 2 citando Zviran, Armoni *et all* 1998 e Kitsiou, Manthou *et all* 2006).

3.2. AS POLÍTICAS DE QUALIDADE EM SAÚDE E AS TIC

Apesar de em Portugal os indicadores de saúde demonstrarem um aumento real e inquestionável da qualidade de vida dos portugueses, as questões relacionadas com a afectação e o consumo de recursos na saúde, o aumento real da despesa em saúde em Portugal⁸⁵ ou a qualidade dos serviços de saúde prestados, são temas que actualmente se discutem no âmbito da continuidade e sustentabilidade do SNS.

Em relação à qualidade, relembram-se as palavras de Manuel Delgado ao afirmar que “a qualidade dos Serviços de Saúde deve ser encarada como uma questão essencial e intrínseca à prestação de cuidados e não apenas como uma dimensão desejável, mas acessória. Até agora, e após cerca de 20 anos em que o tema da qualidade passou a ser objecto de estudo e de aplicação nalgumas instituições, não foi possível integrá-lo no quotidiano da actividade clínica e na prestação de serviços de saúde em geral” (Delgado, 2009: 45).

Para esta falta de integração contribui a criação e conseqüente extinção do Instituto da Qualidade em Saúde⁸⁶ (IQS) e o enfoque na “produção hospitalar” com a inerente definição de “produtos”, o apelo ao aumento da produção e à eficiência deveria ser acompanhada pela enfatização da importância da área da qualidade técnica das prestações de serviços de saúde e do aperfeiçoamento da noção de “serviço ao cliente”.

⁸⁵ Se analisada a despesa em saúde dos últimos 10 anos, em termos reais – se retirado o valor da inflação – apresenta um ritmo médio de crescimento de 5,3% (Campos, 2009: 26).

⁸⁶ Actualmente integrado na DGS sob a forma do Departamento da Qualidade em Saúde.

No âmbito da melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde na sequência do que já foi exposto anteriormente neste trabalho, nomeadamente nos resultados avançados pelo IOM, as TIC podem ter um papel activo neste processo.

Porém, Manuel Delgado refere-se à realidade nacional como “não há cultura profissional para a qualidade, o conhecimento é incipiente e disperso, e o poder político não tem sabido lidar com esta dimensão, vulgarizando o conceito de qualidade e utilizando-o de forma voluntarista quando mais lhe convém” (Delgado, Idem: ibidem).

Ao esboçar uma estratégia para a área da qualidade dos serviços de saúde que permita sustentar o desenvolvimento de uma nova cultura e organização profissional capaz de dotar os cuidados de saúde de determinados níveis de excelência e segurança, Manuel Delgado avança com algumas recomendações⁸⁷.

Destas, a primeira é a criação do processo clínico, uniforme e único, para toda a rede hospitalar pública: “o processo clínico deve ser electrónico e incluir, de forma integrada, toda a informação clínica do doente. O seu acesso deve estar disponível em qualquer hospital, aos médicos que tenham a seu cargo o respectivo doente, através de *password* adequada” (Delgado, 2009: 51-52)

Também neste sentido vai Henrique Martins. Este autor defende que a qualidade dos cuidados de saúde se deve tanto à qualidade dos sistemas clínicos como dos não clínicos. Nas nove recomendações que também ele tece, todas elas dedicadas à importância das tecnologias de informação e comunicação e dos sistemas de informação na saúde, a primeira tem como especial enfoque a necessidade de “implementação do registo de Saúde Electrónico (RSE) como verdadeiro Registo Único de Saúde⁸⁸ (RUS), contendo informação clínica completa e coerente, assim como a implementação de bases de dados centrais sobre doenças específicas em Portugal” (Martins, 2009: 231).

Como RSE Martins considera “um registo único de toda a informação (clínica e não clínica) relevante à manutenção e restauração da saúde de cada português; acessível em todos os pontos do SNS (e via *web* de qualquer ponto do globo) de uma forma fraccionada em níveis de privacidade e segurança, e com ligação (através da tecnologia *push/pull*) às bases de dados nacionais e segmentares (*disease specific*) que permitam a investigação clínica, auditoria e análise epidemiológica” (Martins, 2009: 230).

A segunda refere-se à necessidade de se garantir a interoperabilidade e a interconexão dos sistemas de informação, de forma a acautelar que a informação seja simples, credível e coerente e sobretudo que possa alimentar a perspectiva de *benchmarking*.

⁸⁷ As recomendações surgem do facto de a obra Governação dos Hospitais ter reunido diversas personalidades no âmbito de diversas áreas de conhecimento em virtude das variadas necessidades em saúde, com o propósito de “produzirem um conjunto de recomendações que foram consensualizadas neste grupo e que se pretende virem a informar a definição futura de políticas de governação, nos diferentes níveis de tomada de decisão” (Borges e Portugal, 2009: 10).

⁸⁸ Actualmente ainda não há enquadramento clínico que promova ou sustente a unificação/standartização do registo clínico (Martins, 2009: 230).

A terceira recomendação vai no sentido de ter que se implementar a Prescrição Electrónica Nacional (PEN). A prescrição electrónica reflecte-se em aumentos significativos na área da segurança, na promoção da eficiência e no controlo de custos e ainda na reconciliação terapêutica uma vez que, desde que haja uma base de dados nacional e única do receituário permite solucionar a incompatibilidade medicamentosa entre especialidades. Se articulada ou integrada no RUS permite ainda conhecer com rigor e modelar o que é prescrito a cada utente, se a medicação é levantada, podendo mesmo ir até ao local do levantamento. Na integração de farmácias hospitalares e de medicamentos de dispensa hospitalar, permite ainda aumentar o acesso ao medicamento, à mobilidade do doente, a segurança do uso de fármacos e custo-utilidade (Martins, 2009: 230-231).

A quarta recomendação refere-se ao papel da ACSS. Para Henriques Martins, esta instituição, ainda que respeitando a inovação e diversidade de cada local e instituição, deve assumir um papel centralizador no desenvolvimento dos Sistemas de Informação, reforçando junto de cada instituição a necessidade de integração e intercomunicação dos sistemas de informação. Um dos requisitos imprescindíveis de todos os *softwares* deveria ser a existência de módulos e auditoria/investigação clínica em todas as aplicações do SNS.

Continuando a envolver a ACSS, quinta recomendação refere-se ao papel essencial que a ACSS deveria assumir no ensino, na investigação e experimentação em informática médica, na promoção das boas práticas e dos exemplos de sucesso nacionais – dentro ou fora do SNS – ou internacionais.

Note-se que, em Portugal, as primeiras iniciativas desenvolvidas com o propósito de partilhar e reflectir sobre as experiências nacionais, como é o caso da realização, em 2009 e 2010, do 1^o⁸⁹ e do 2^o Congresso Nacional sobre os Novos Hospitais⁹⁰ e da organização do Congresso sobre a Interoperabilidade na área da saúde, ou conhecer casos de sucesso a nível internacional⁹¹, ainda que sob o olhar atento de algumas figuras associadas ao governo⁹², não foram da iniciativa da ACSS ou de outras instituições estatais no sector da saúde, mas da sociedade académica e associativa, nomeadamente do Observatório de Prospectiva da Engenharia e da Tecnologia (OPET) e da Associação para o Desenvolvimento da Sociedade de Informação (APDSI) em parceria com o sector empresarial de desenvolvimento e implementação de sistemas de informação e tecnologias de comunicação em diversas áreas do sector da saúde, entidades que supostamente deveriam ser externas à tomada de decisão, mas que encontraram na divulgação dos seus projectos, sobretudo nos casos de sucesso, uma oportunidade para consolidar a sua presença no mercado.

A promoção destes eventos por parte da ACSS veio a acontecer mais tarde e sempre em parceria com o sector empresarial de desenvolvimento e implementação de sistemas de informação e tecnologias de informação e comunicação na saúde.

⁸⁹ Subordinado ao tema Contratação, Projecto, Construção e Gestão.

⁹⁰ Subordinado ao tema Investimento e Tecnologia.

⁹¹ Durante a “International Study Visit Program on Health Information System of Healthcare”, organizada pelo OPET, os casos de sucesso visitados foram o “Hospital Information System” em Oslo e o “Management Information System of Son Llatzer Hospital em Palma de Maiorca”.

⁹² Como a Dra. Maria de Belém Roseira, que era à data Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República, ou o Dr. Manuel Teixeira, à data presidente da ACSS.

A sexta, sétima e oitava recomendações de Henrique Martins relacionam-se com a necessidade de haver, em cada hospital, um planeamento de integração de cada sistema de informação a adquirir. Esta preocupação deve ser tanto ao nível interno “ou quando seja o caso, o seu grau de impacte com vista à modificação de comportamentos e *workflows*” (Martins, 2009: 232), como externo, devendo os hospitais, ou uma entidade externa, ter a preocupação com a capacidade da informação do doente a ser integrada em normas clínicas e pesquisável e com a integração com outros sistemas de informação. É também aqui que se defende a necessidade de estabelecer indicadores de qualidade dos cuidados de saúde sobre o qual o Sistema de informação visa incidir, de forma a projectar a sua utilidade em ganhos de saúde.

A última recomendação vai no sentido da extrema necessidade de haver um gestor de implementação de um novo sistema de informação numa instituição. Cabendo a este “detalhar o processo formal de gestão da mudança, indicadores medidos e mecanismos para assegurar os requisitos de formação, gestão das mudanças organizativas e partilha de boas práticas com outros hospitais” (Martins, 2009: 232).

A garantia da qualidade dos serviços de saúde prestados, bem como a melhoria da organização da sua prestação, em termos clínicos ou administrativos, a optimização dos recursos disponíveis perante as necessidades vigentes em cada situação e instituição, ou até o controlo do despesismo, apresentam-se desta forma intimamente ligadas às tecnologias de informação e comunicação, que no domínio da saúde, à imagem do que se tem vindo a passar em diversos sectores da sociedade (Castells, 2002; Cardoso, 2007a) trouxe uma nova perspectiva, novas possibilidades e oportunidades mas também novos desafios, obstáculos e problemas relacionados nomeadamente os relacionados com o acesso à informação, com a partilha e disponibilização de informação e com a de interoperabilidade de sistemas e informação.

Por outro lado, também os cidadãos/utentes têm um papel importante. Passados a clientes/consumidores no contexto da empresarialização do sector da saúde, os cidadãos são co-responsáveis pela escolha e utilização eficiente dos serviços de saúde públicos, o que de alguma forma pressupõe a orientação do actual modelo de bem-estar europeu para uma cidadania activa e para um envolvimento consciente dos utilizadores dos recursos públicos.

Neste sentido Rita Espanha concluiu que as tecnologias de informação e comunicação na saúde têm, actualmente, um papel muito importante na construção dos processos de autonomia na gestão quotidiana da saúde, quer a nível individual como profissional, uma vez que “sejam quais forem os sistemas de informação e as tecnologias utilizadas, as aplicações de *e-saúde* descentralizadas e interactivas aprecem estar a atingir um papel cada vez mais proeminente nos cuidados de saúde, adaptando-se à forma de utilização dominante da tecnologia da sociedade e cultura em que se insere” (Espanha, 2009a: 9).

Em Portugal, um estudo desenvolvido, em 2007, pela WaterHouseCoopers ao então IGIF, concluiu que no âmbito das TIC no sector da saúde, não havia planeamento, estratégia, gestão

adequada e integrada dos projectos, não havia integração vertical das organizações, nem uma consciência formal e coordenada que permita a criação de contactos, sendo esta facilmente “substituída” pelos contactos informais. (IGIF e PricewaterhouseCoopers, 2007, Definição do Programa dos Sistemas de Informação na Saúde, pág, 41-49.)⁹³

Também Cardoso, num estudo sobre o uso das TIC nos Hospitais, conclui que os hospitais têm uma adesão fragmentada e isolada, não havendo políticas ou estratégias definidas neste sector (Espanha, 2010).

⁹³Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Downloads/Publicacoes/Sist_Inform/PwC_Diagn%C3%B3sticositu%C3%A7%C3%A3oactualSTI_vers%C3%A3op%C3%ABblica.pdf, consultado pela última vez a 10 de Outubro de 2011.

4. PERGUNTAS DE PARTIDA E HIPÓTESES DE TRABALHO

Articulando diversos domínios das ciências sociais e humanas, mas constextualizado na Sociedade Comunicacional, este trabalho visa analisar e discutir o papel das tecnologias de informação e comunicação⁹⁴ na reforma do sector da saúde em Portugal e desta forma contribuir para o aumento do conhecimento sobre a realidade da utilização das TIC no sector da saúde em Portugal, nomeadamente ao nível das políticas, das práticas das instituições e das representações dos profissionais. Neste sentido, são 3 as questões gerais que orientaram este trabalho:

No âmbito da e-saúde, ao nível da comunidade/sociedade (Thomas, 2006) e no âmbito das políticas de saúde pública (IOM), existe uma estratégia nacional de uso e implementação das TIC no sector da Saúde em Portugal, nomeadamente nos hospitais, construída a partir dos valores que orientam o SNS, ou de outros valores pré-determinados? Reflecte uma tendência nacional na Administração Pública ou circunscreve-se à área da saúde?

Considerando as e-interações e as e-organizações de saúde, na sociedade comunicacional em rede (Thomas, 2006), as iniciativas existentes resultam de iniciativas isoladas/locais? Existe um aproveitamento do potencial real da utilização real das TIC na área da saúde – noção de rede hospitalar – em Portugal? Qual a utilização efectiva das TIC na rede hospitalar?

Ainda no domínio das e-organizações de saúde sob o enfoque dos trabalhadores, qual a percepção dos profissionais de saúde dos hospitais sobre o(s) processo(s) de implementação/adopção de tecnologias de informação e comunicação nos seus diversos domínios relacionais, organizacionais e sociais? Como se apropriam os indivíduos destas tecnologias? Como é percebido o seu uso?

Na sociedade comunicacional em rede, onde a informação e a comunicação assumem um papel central (Castells, 2002), as tecnologias de informação e comunicação são entendidas como geradoras de uma expressão latente da (re)descoberta e da (auto)confrontação (Beck, 2000; Giddens, 2000) do indivíduo com o social e do social com o Estado através da suas políticas de administração públicas em geral e, neste trabalho, com as de saúde em particular, em termos específicos tentar-se-á perceber a adopção e utilização das tecnologias de informação e comunicação pelas instituições de saúde um reflexo do binómio da tensão da dominação/libertação? Surgirá a utilização de tecnologias de comunicação e informação, no domínio da saúde, como reflexo do isolamento ou afastamento do social, confirmando que “as grandes instituições sociais têm o papel central de permitir e reforçar [...] a liberdade do sujeito” ? (Touraine, 2001: 12) Como instrumentalizam os utilizadores das TIC a sua reflexividade, parte integrante e indissociável dos processos de autonomia, na afirmação do seu pensamento, forma de acção? Potenciam novas forma de organização e trabalho? Será que a cristalização da hierarquia, em conjunto com outros padrões tradicionais das relações industriais,

⁹⁴ Entendidas aqui como “formas e fluxos de informação digitalizada, nomeadamente dados, sob a forma de texto, som ou imagens, em tempo real que são condensados numa série de zeros e uns e transmitidos através de ondas hertzianas, cabos subterrâneos e redes transnacionais ” (Espanha, 2009: 9 citando Gibson e Ward, 2000).

implica frequentemente conflitos laborais na introdução de novas tecnologias? As mudanças ocorridas nas diversas situações de trabalho e de emprego geram, medo, ansiedade ou são um desafio ou novas oportunidades? (Lyon, 1992: 74)

4.1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA E MODELO DE ANÁLISE

Vivendo actualmente num “tempo nevrálgico em que emerge o indivíduo como agente reflexivo, dotado de autonomia para realizar escolhas” (Carapineiro, 2006: 13; Beck, 2004; Silva, 2006) tendo à sua disposição uma vasta rede de conhecimento propiciada pelas tecnologias de informação e comunicação (Castells, 2006; Cardoso, 2005; Espanha, 2009), a emergência da libertação do indivíduo enquanto unidade consciente, informada e dotada de poder de decisão denuncia que à imagem das mudanças ocorridas na medicina – o recentramento no doente em detrimento da doença – se passe a perceber o indivíduo como principal unidade analítica e como protagonista de vários papéis em função do contexto em causa mas também e, em última análise enquanto contribuinte, eleitor e utente, como conferidor de sentido de uma renovada importância uma noção de *res publica*.

Resultando as tecnologias de informação e comunicação de um percurso social, técnico e tecnológico, político e económico desenvolvido intensamente sobretudo nas últimas décadas, este pode ser mais ou menos activo, em função da “capacidade de uma sociedade impulsionar o domínio tecnológico por intermédio das suas instituições sociais” (Castells⁹⁵, 2002: 15).

Transversais a todas as áreas do social, as TIC correspondem e sustentam uma das partes visíveis do fenómeno da globalização e da comunicação em rede, onde vários emissores correspondem a múltiplos receptores, assumindo esta interacção informação de diferentes formatos e dimensões.

Cruzando o sector da saúde com as características e especificidades da sociedade comunicacional, ao analisar a presença das TIC no sector da saúde, não encontramos um campo teórico exclusivo, mas contributos de vários domínios do saber. Nesta heterogeneidade, é consensual o facto desta articulação se revestir de inúmeras particularidades importantes, podendo estar a montante do uso das TIC – como a sua escolha e processo de implementação – na sua utilização – como a re(organização) do quotidiano profissional – ou a jusante – como os resultados decorrentes do seu uso.

Assim, neste trabalho, a construção teórica faz-se na discussão do/a:

1. Contexto de mudança de paradigma da análise do social: paradigma da tecnologia de informação, da comunicação em rede; paradigma cultural (Castells, 2002; Cardoso 2009; e Tourraine, 2005 respectivamente)
2. Facto de na sociedade da informação (ou Comunicacional) o Estado ter um papel fundamental enquanto promotor ou inibidor da TIC. (Lyon, 1992; Cardoso e Lapa, 2007; Espanha, 2009; Castells, 2002);

⁹⁵ Castells (2002: 10) a este propósito cita diversos autores como Needham, 1988, 1969, 1981; Quian, 1985; Jones, 1988; Mokyr, 1990.

3. Emergência de relações de (bio)poder na Sociedade da Informação (ou Comunicacional) transversais a toda a sociedade (Bourdieu, 2001; Foucault, 2006);

4. Capacidade de *Reflexividade* e percepção do risco na sociedade, enquanto cidadão, contribuinte e eleitor na Sociedade Comunicacional (Giddens 2000, 2005; Beck 2000, 2003, 2004; Tourraine 1994, 1996, 2001, 2005).

5. Emergência da comunicação em saúde⁹⁶ (Bertrand, 2005; Thomas, 2006; Rice e Katz, 2001, 2004; Kivitz, 2004⁹⁷; Espanha, 2009, 2009a, 2010; Brown e Webster, 2004).

6. TIC no sector da saúde enquanto área de emergência de conhecimento e definição de conceitos (Haux, 2006; IOM, Thomas 2006, Eysenback, 2000, 2001)

Dada a particularidade deste trabalho, achou-se ainda relevante recolher contributos teóricos nos domínios da sociologia da saúde, da história da medicina e das políticas de administração pública. A procura desta complementaridade visou contribuir para uma melhor discussão dos resultados apurados neste trabalho. A complementaridade teórica fez-se através do contributo da:

7. Da sociologia da saúde (Carapinheiro 1993, 2002, 2006, Luís Graça⁹⁸) e da história da medicina (Alves, 2008).

8. Políticas da Administração pública e políticas de saúde, nomeadamente as relacionadas com a adopção e utilização das tecnologias da informação e da comunicação que surgem no seio da Administração Pública⁹⁹ que se integram no Orçamento Geral do Estado e a ele reportam, remetendo-nos para pressupostos teóricos da sociologia da administração e das políticas públicas (Mozzicafreddo, 2001, 2003),

Integrando os contributos teóricos enunciados, a recolha de informação e análise empírica deste trabalho será desenvolvida em três níveis. A nível *macro* serão consideradas as intenções de actuação do Estado na área da saúde em específico, e da Administração Pública em geral, nomeadamente na orientação para a adopção e utilização das TIC, perante outros objectivos, pelo que o uso das TIC foi considerado como mais uma dimensão de análise de forma a perceber o “peso” relativo atribuído a esta área.

⁹⁶ Definido como “o estudo das estratégias de comunicação para informar e influenciar decisões individuais e colectivas que envolvem questões de saúde e promoção de autonomia, o que liga, necessariamente os domínios da saúde e da comunicação no âmbito da sociologia” (Espanha, 2010:9)

⁹⁷ Ainda que este se refira especificamente à *health information*.

⁹⁸ Informação disponível on-line em http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_sinopse6.html, consultado a 21 de Dezembro de 2009.

⁹⁹ “o conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado, bem como das demais pessoas colectivas públicas (tais como as autarquias locais) que asseguram a satisfação de necessidades colectivas variadas, tais como a segurança, a cultura e o bem-estar das populações” In http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/SistemaPolitico/, consultado a 8 de Maio de 2009.

As orientações globais do Estado para a Administração Pública e para as políticas de saúde em particular foram obtidas a partir da análise exaustiva dos Programas dos Governos Constitucionais considerados desde 1979¹⁰⁰.

A instrumentalização deste objecto empírico permitiu identificar a direcção das prioridades estratégicas de cada governo e perceber as posições assumidas em várias áreas entre as quais as tecnologias de informação e comunicação e, quando possível, a intensidade das mesmas. Com uma metodologia própria, construída para este trabalho, permitiu perceber linhas de actuação e as principais áreas de interesse dos governos eleitos na administração pública e na saúde.

Foram assim, identificadas as prioridades estratégicas de cada governo para a Administração Pública para o sector da saúde em específico.

Ainda no plano *macro* (1), a análise de diversos indicadores de saúde permitiram perceber não só a evolução histórica do sector da saúde, mas também perceber a compatibilidade e o (des)alinhamento com as intenções das orientações governativas, isto é, permitem apreender as repercussões das medidas dos programas de governo na sua execução prática e empírica. A recolha e sistematização dos indicadores de saúde decorreu de um levantamento e sistematização de resultados de diversos estudos (Campos, 2009; Ribeiro, 2010).

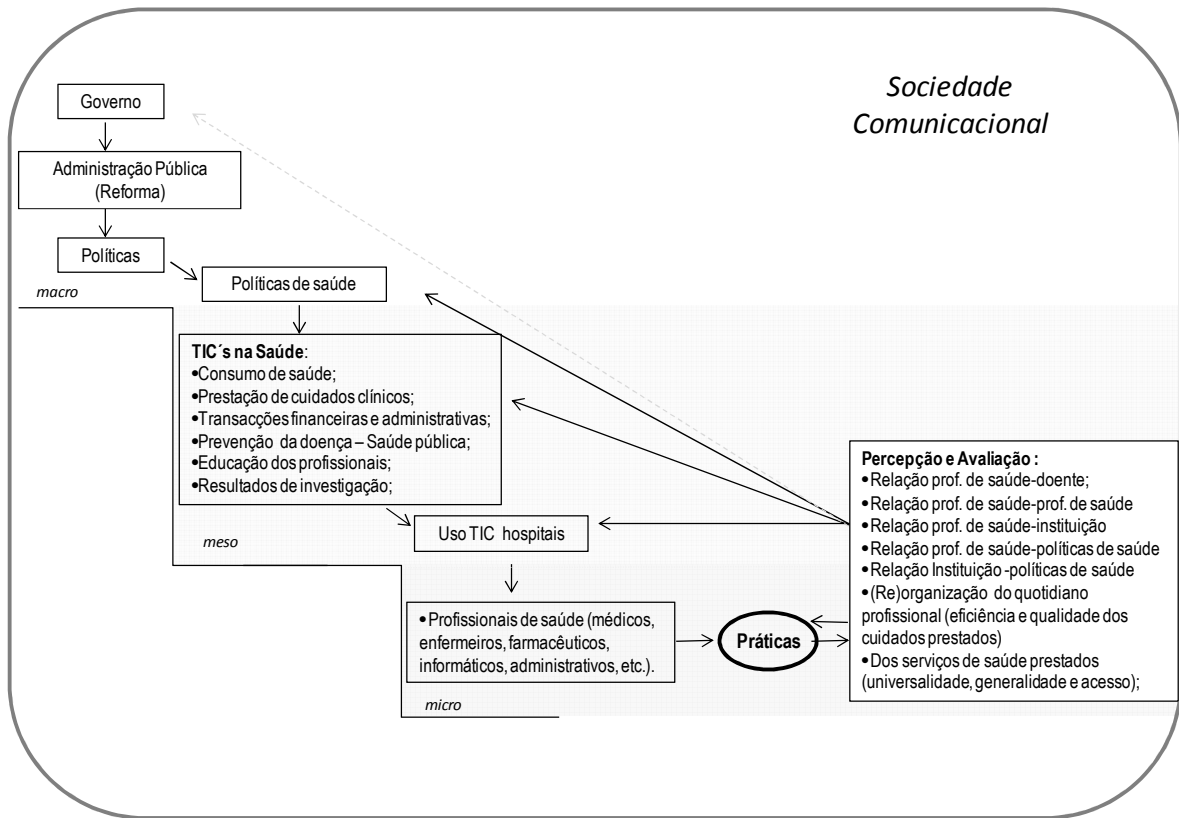
A nível *meso* (2) identificaram-se dinâmicas e tendências sobre o uso das TIC os hospitais a partir da análise estatística do Inquérito sobre a Utilização das Tecnologias da Comunicação e Informação nos Hospitais (IUTICH). Este instrumento é aplicado bienalmente pelo INE a todos os hospitais nacionais.

O *micro* nível (3) corresponde ao dar voz dos profissionais de saúde que usam as TIC no seu quotidiano profissional. Aqui, o uso das TIC será analisado através das percepções e avaliações das práticas profissionais relacionadas com o uso das TIC e das diferentes interações relacionais entre instituições, profissionais de saúde e utentes que medeiam e se possível identificando a (in)existência de ganhos estruturais, processuais ou nos resultados (Donabidien, 2003).

Na figura que se segue está esquematizado o modelo de análise em causa neste trabalho.

¹⁰⁰ Ano a partir do qual se considerou a saída da instabilidade política e governamental pós 25 de Abril de 1975, onde os governos constitucionais chegavam a durar escassos meses.

Figura 4.1.:Modelo de Análise



Modelo próprio inspirado em: Lupiáñez, Francisco (2009), Internet, Salud Y Sociedad – Análisis de los usos de Internet relacionados con la Salud en Catalunya, Tese de Doutoramento, disponível em <http://ictconsequences.net/uoc/internetsaludsociedad/> consultada a 13 de Agosto de 2009 e IOM (2008), Crossing the Quality Chasm – a New Health System for the 21th Century, Washington, National Academy Press.

5. NOTAS METODOLÓGICAS

Articulando os três níveis de análise em causa, numa análise que parte do mais geral para o mais particular, a recolha do material empírico deste trabalho caracteriza-se por ter recorrido a diferentes fontes e formas de informação e por ter operacionalizado várias técnicas e metodologias.

Foram desenvolvidas quatro tipos de análise qualitativa e quantitativa:

1) a análise documental dos programas dos governos constitucionais, a partir da qual se construiu uma matriz baseada em várias dimensões que, tratadas de forma *quasi-quantitativa*, permitiu aferir a intensidade de cada uma delas e compará-las entre si;

2) o levantamento e sistematização de indicadores de saúde variados, o que permitiu perceber a evolução das políticas de saúde desde a criação do SNS;

3) o tratamento estatístico das bases de dados do Inquérito sobre a Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação dos Hospitais (IUTICH) dos anos 2004, 2006 e 2008, disponibilizadas pelo INE, permitiu identificar dinâmicas nacionais sobre o uso das TIC nos hospitais.

4) a análise de conteúdo das 76 entrevistas realizadas aos profissionais de saúde em 6 hospitais, permitiu criar estudos de caso específicos.

5.1. ANÁLISE DOS PROGRAMAS DOS GOVERNOS CONSTITUCIONAIS

Para perceber de que forma o Estado tem vindo a promover a utilização das tecnologias da informação e comunicação no sector da Administração Pública em geral e da saúde em particular, considerou-se como uma fonte primordial os Programas dos Governos Constitucionais democráticos que se sucederam em Portugal desde 1979¹⁰¹

A escolha deste ano deve-se ao facto de ser ano em que os Governos Constitucionais democráticos começaram a ganhar uma maior durabilidade após o 25 de Abril, sendo também o ano em que o SNS foi criado por António Arnaut.

A escolha deste instrumento deve-se ao facto de ele conter as orientações, estratégias e ideologias do Estado perante uma sociedade específica, num período temporal determinado, correspondendo por isso aos objectivos a que esta análise se propunha.

Ainda que apenas correspondam a direcções de intenções governativas, considerou-se que seria a melhor forma de captar as orientações políticas de cada governo eleito de forma democrática, e por isso legitimado com a confiança da população.

Assim, no âmbito da reforma da Administração Pública¹⁰¹ em geral e do sector da saúde em particular, desenvolveram-se, sob a mesma metodologia, duas análises paralelas sobre a intenção de

¹⁰¹ Note-se que cada programa de governo constitucional tem um capítulo dedicado à reforma da Administração Pública, pelo que o carácter reformativo deste sector é crónico.

adoção e implementação das tecnologias de informação e comunicação nestes dois domínios, ainda que esta análise não se confine apenas a esta dimensão. Como se poderá observar de seguida, a análise compreendeu, nas duas vertentes, todas as dimensões encontradas possibilitando assim a aferição do peso das intenções relacionadas com as TIC no cômputo geral das medidas analisadas.

Os resultados apurados nestas análises resultam de uma sequência simples de 4 etapas:

- 1) transcrição total dos programas das reformas do Sector da Saúde;
- 2) categorização da informação dos programas de todos os governos em indicadores;
- 3) agrupamento de indicadores semelhantes (definidos em função do plano de actuação, dos objectivos visados ou da temática em causa) em dimensões de análise para tornar mais inteligível e analisável a informação para todos os Programas de Governo analisados
- 4) contagem das ocorrências – nº de vezes que foi referido – de cada indicador na dimensão correspondente

A análise de todas as políticas de saúde identificadas nos Programas Constitucionais desenvolveu-se através da categorização e levantamento exaustivo das ocorrências de todas as linhas de actuação identificadas.

Posteriormente, através da contagem do aparecimento de cada um destes *items*, foi criada uma matriz onde foram registados o número de ocorrência de cada indicador em cada governo constitucional, permitindo acumular o número de vezes que cada indicador era identificado ou repetido e desta forma identificar a “intensidade” de cada medida, estratégia ou intenção de actuação nova ou da continuação de uma anterior, subjacente a cada Governo Constitucional. Sempre que uma medida continha referências a um ou mais indicadores, a contagem contemplava esta menção.

Em termos de limitações, importa reter que nesta análise não foram consideradas nem a profundidade das medidas enunciadas – todas tiveram igual tratamento – nem o facto de serem mais ou menos prioritárias em termos de acção.

A partir da matriz de ocorrências, os indicadores foram agrupados em dimensões analíticas que permitiram visualizar, de forma mais clara, as intenções e as orientações estratégicas de cada governo.

De forma a ter o peso relativo de cada dimensão, uma vez que cada dimensão é constituída por um número diferente de indicadores, e para evitar que esta reflectisse apenas o somatório de indicadores, a soma dos registos de todos os indicadores numa dimensão foi dividida pelo número de indicadores de cada dimensão como se observa na fórmula que se segue:

$$\frac{\sum fo}{xi}$$

Em que:

fo = frequências da ocorrência de cada indicador numa dada dimensão

xi = número de indicadores que compõem cada dimensão

Para perceber a dispersão ocorrida internamente em cada dimensão ao longo dos Governos Constitucionais em análise, calculou-se o desvio-padrão de cada dimensão através da fórmula seguinte:

$$\sqrt{\frac{\sum(x - \bar{x})^2}{(n - 1)}}$$

Em que:

x = média da amostra

n = dimensão da amostra

A intensidade resultante do valor das ocorrências encontrado para cada dimensão resultou da substituição dos valores por símbolos para que graficamente fosse mais rápida a análise das tendências das referências dos governos constitucionais.

5.1.1. Área da Saúde

Na tabela do anexo 1 podem observar-se as dimensões de análise construídas para a área da saúde e os diversos indicadores que as compõem.

5.1.2. Área da Administração pública

Na tabela do anexo 2 encontram-se descritas as dimensões de análise utilizadas no âmbito da administração Pública e os diversos indicadores que as compõem.

5.2. LEVANTAMENTO DE INDICADORES DIVERSOS SOBRE SAÚDE

No estudo de vários autores, a recolha de diversos indicadores de saúde foi sendo desenvolvida com o intuito de perceber melhor a evolução das políticas de saúde em Portugal.

Os dados apresentados, outrora em forma de rascunho, procuram assim contrabalançar as intenções dos programas de Governo com a realidade do sector da saúde em Portugal, os indicadores sistematizados são 1) procura dos serviços; 2) nº de médicos e de enfermeiros; 3) gastos em saúde; 4) peso do SNS no OGE e 5) decomposição dos custos do SNS.

Note-se que nem sempre há informação para todos os anos em análise.

5.3. INQUÉRITO SOBRE A UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NOS HOSPITAIS

O Inquérito sobre a Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Hospitais dos anos de 2004, 2006 e 2008, será analisado de forma quantitativa através de uma perspectiva crítica dos dados descritivos. Procurar-se-ão perceber dinâmicas associadas ao uso das tecnologias de informação e comunicação nos hospitais ao longo dos 4 anos em análise, bem como analisar especificamente as particularidades de 2008. Note-se que os questionários aplicados pelo INE ainda

que com vários pontos comuns, não são idênticos nas três aplicações, sendo um instrumento que tem vindo a sofrer alterações em termos de forma que se traduzem no aumento da informação produzida.

Sendo cada hospital uma unidade de observação e o inquérito de resposta obrigatória e de âmbito nacional, a informação recolhida pelo INE permite uma análise por NUT's II, tipo de entidade – tratando-se de um hospital Oficial Público¹⁰², Oficial não Público ou Particular¹⁰³ – e por modalidade – quer se trate de um hospital geral¹⁰⁴ ou especializado¹⁰⁵ – cuja distribuição se pode observar nos gráficos que se seguem. Uma vez que por questões relacionadas com a confidencialidade da informação não se pode aceder à distribuição geográfica das respostas, a análise deste instrumento estatístico apenas será desenvolvida em função da modalidade e do tipo de entidade.

5.4. ESTUDOS DE CASO

Aqui, o dar voz aos profissionais de saúde que usam as TIC no seu quotidiano profissional foi a estratégia adoptada na recolha de dados sobre o real.

Foram realizadas 76 entrevistas a profissionais que usam TIC na sua prática profissional diária. Foram 6 os hospitais visitados de entre todo o território nacional continental. A escolha dos hospitais, no âmbito do projecto SEI¹⁰⁶, desenvolveu-se de forma exploratória, em função da existência de uma experiência de implementação/utilização de TIC. Valorizou-se mais a diversidade das TIC implementadas ou em implementação, a dispersão geográfica e a dimensão institucional, do que outros critérios como a representatividade geográfica ou a criação de uma amostra homogénea e representativa do universo.

Assim, de forma exploratória, metodologicamente optou-se por ganhar diversidade de informação e abdicar da extrapolação para a realidade.

¹⁰² “Hospital que é tutelado administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Pode ser: Público - tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; Militar - tutelado pelo Ministério da Defesa Nacional; Paramilitar - tutelado pelo Ministério da Administração Interna; Prisional - tutelado pela Ministério da Justiça.”, informação recolhida no endereço electrónico: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=528&cnc_ini=03-12-2002, consultada em pela última vez em 16 de Novembro de 2010.

¹⁰³ “Hospital cujas propriedade e administração são pertença de instituição privada, com ou sem fins lucrativos.” Definição recolhida no endereço electrónico: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=529&cnc_ini=03-12-2002, consultado em pela última vez em 16 de Novembro de 2010.

¹⁰⁴ “Hospital que integra diversas valências.” informação recolhida no endereço electrónico: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=527&cnc_ini=03-12-2002, consultado em pela última vez em 16 de Novembro de 2010

¹⁰⁵ “Hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta assistência apenas ou especialmente a utentes de um determinado grupo etário.”, Definição recolhida no endereço electrónico: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=526&cnc_ini=03-12-2002, consultado em pela última vez em 16 de Novembro de 2010.

¹⁰⁶ Saúde da Era da Informação. Projecto de investigação desenvolvido no CIES/ISCTE-IUL entre 2006 e 2007, coordenado pelo Professor Doutor Gustavo Cardoso sob financiamento da Fundação Calouste de Gulbenkian. Essencialmente este projecto permitiu perceber como os profissionais de saúde – médico e enfermeiros – se apropriam das TIC no seu quotidiano profissional e considerar, especificamente, a implementação e a adopção destas em 6 hospitais em concreto.

Os hospitais e os processos analisados são: o Hospital Pulido Valente (instituição actualmente integrada no Centro Hospital Lisboa Norte, E.P.E. conjuntamente com o Hospital de Santa Maria) com o circuito do medicamento e a gestão informatizada de doentes; o Instituto Português de Oncologia de Lisboa, com a intranet e a construção do site institucional; o Hospital Pedro Maria Grande de Portalegre (em fase de criação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo com o Hospital de Elvas) com o receituário electrónico; o Hospital Infante D. Pedro com a Rede Telemática da Saúde, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos com a articulação da informação clínica e administrativa entre o hospital e os diversos centros de saúde que compõem a Unidade Local de Saúde de Matosinhos através das aplicações SONHO, SAM e SAPE e o Hospital da Arrábida com o projecto RisPacs, uma aplicação que digitalizou parte do serviço de radiologia.

6. A SAÚDE NA SOCIEDADE EM REDE: UM NOVO PARADIGMA

6.1. AS PERCEPÇÕES HISTÓRICO-SOCIAIS DA MEDICINA, DA SAÚDE E DA DOENÇA

6.1.1. A Perspectiva histórica

A evolução da espécie humana está intimamente ligada à experiência da saúde e da doença, uma vez que é da interação destas que se determina a identidade biológica e cultural dos indivíduos, ligando-se o contexto social com o natural.

A saúde e a doença incluem-se nos valores essenciais de toda a Humanidade, determinando o sentido da vida e da morte, sendo diversas as concepções de saúde e de doença. As mais frequentes, e mais antigas, baseiam-se na religião e na moral, evidenciando as diferenças estruturais e culturais das relações de poder que moldam as sociedades (Turner, 2000).

Ainda que a sua referência seja incontornável, o objectivo desta tese não é aprofundar exaustivamente as análises desenvolvidas sobre medicina, saúde e doença, pelo que se apresenta uma síntese (Hegel, 2008) da problemática que as ciências sociais têm vindo a desenvolver sobre a saúde e a doença, destacando os aspectos mais relevantes para esta pesquisa. Este enfoque permitirá situar esta problemática num contexto multidisciplinar.

Antes porém, importa integrar a análise da saúde e da doença numa descrição sumária, da evolução da medicina, uma vez que esta evolução evidencia não só a importância da apropriação da técnica e da inovação tecnológica desde os tempos remotos, como permite perceber como socialmente se articulavam as questões da saúde e da doença com as práticas de tratamento, uma vez que segundo Goleman o actual paradigma de saúde peca por se debruçar em demasia para a doença e não na enfermidade, ou seja, na experiência/vivência que essa doença implica no indivíduo ou sociedade (Goleman, 2006: 187).

Segundo um estudo desenvolvido por Manuel Valente Alves, principal fonte desta fracção do trabalho, a medicina clássica remonta à Grécia dos séc. VI e V a.C.. Congregava o empirismo terapêutico dos povos primitivos que precederam os gregos, o racionalismo pré-socrático e a experiência clínica acumulada por várias “escolas médicas”, havendo perspectivas mais natutalistas¹⁰⁷ e mais racionais. Como exemplo desta última, a “escola” de Hipócrates procurava uma abordagem racional da doença, cultivando os registos minuciosos e objectivos de todas as doenças e doentes que observavam, criando os processos clínicos. Aqui o doente era “entendido como um todo, com o olhar, com o tacto, com o ouvido, com o olfacto, com a língua, com o entendimento; com o que possa conhecer tudo aquilo que conhecemos” (Alves, 2008:4). Esta

¹⁰⁷ Onde os seres humanos eram considerados como compostos por misturas (des)proporcionais dos 4 elementos naturais: água, ar, terra e fogo, dependendo a saúde e a doença do (des)equilíbrio interno destes elementos.

medicina defendia a análise das doenças na sua relação com o meio ambiente e social, perspectiva que ainda hoje se mantém.

A perspectiva da medicina desenvolvida por Aristóteles perpetua a sistematização do conhecimento passado – pensamento objectivo e atitude experimental – e perante a criação de saber sobre o ser e a existência humana, estando a medicina, a filosofia, a antropologia e a sociologia intimamente ligadas: todas se centram no estudo das práticas sociais, individuais ou colectivas, e da vida em sociedade, sendo a doença o resultado da relação com o meio ambiente.

Na perspectiva grega da medicina, que permaneceu no império romano, a força curativa da natureza, apoiada na higiene, que defendia a promoção da saúde como estilo de vida, i.e. as formas de relacionamento com o meio ambiente e contexto social eram já integradas como factores determinantes para a doença.

No Renascimento a relação da medicina, com a filosofia e com a arte mantém-se e criam uma perspectiva antropocêntrica em que o homem, através de um maior conhecimento anatómico, é entendido como uma máquina.

Catalisador deste conhecimento, Leonardo Da Vinci iniciou a era da cultura visual da medicina e da lógica formal das imagens, que se estende até ao séc. XVIII através da pintura, da gravura e da arquitectura e se desenvolve no séc. XIX com a fotografia e o RX, e actualmente se materializa na videografia, na holografia e na infografia.

Nos finais do séc. XVI, contemporaneamente aos Descobrimentos e à descoberta de diversas doenças de índole tropical, começa a valorizar-se a medicina e a botânica, desenvolvendo-se em Portugal uma rede de médicos e boticários que asseguravam os cuidados de saúde primários à população mais carenciada¹⁰⁸.

Acompanhando sempre o estudo da filosofia, da botânica e das artes, o estudo da medicina evoluiu com base na evidência e na experimentação, resultando da observação da anatomia, das funcionalidades do organismo ou mesmo de concepções filosóficas e dos contextos sociais, uma vez que implica a estruturação e organização do pensamento e das perspectivas desenvolvidas sobre o mundo.

Nesta articulação a evolução técnica e tecnológica não é alheia à produção de novos conhecimentos, não só por permitir observar e conhecer melhor a evidência que sustenta a experimentação, como por permitir formular novas concepções sobre o funcionamento e organização do corpo, do pensamento, e do social. A descoberta do microscópio (1590), das lentes complexas, já no séc. XVII, e das biconvexas, em 1673, permitiram observar os glóbulos brancos e estudar o fluxo sanguíneo e, pela primeira vez, os espermatozóides e os protozoários, bem como a estrutura celular dos vegetais que foram as bases na anatomia vegetal.

¹⁰⁸ Dos quais se destaca Amato Lusitano, Garcia de Orta e Francisco Sanches pelo trabalho desenvolvido em função dos avanços que incutiram à medicina em Portugal na sistematização do conhecimento médico através da fusão do saber descartiano com o experimentalismo.

No séc. XVIII, com Boerhaave a multidisciplinaridade no âmbito do estudo e da evolução da medicina inclui a aplicação da química à medicina. É ainda neste séc. que se abandona o conceito de patologia humoral oriunda da antiguidade e se demonstra (Morgagni) que o diagnóstico, prognóstico e tratamento da doença devem basear-se nas mudanças patológicas, anatómicas e estruturais do corpo humano, o que se associa a medicina às questões de saúde pública nomeadamente na criação de sistema de higiene colectivas nas cidades.

Aliás, Chadwick (1800-1890), político e advogado inglês, publica em 1842 o Relatório sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha, desenvolvido através de um inquérito por questionário sanitário realizado a convite do governo inglês na sequência das epidemias de gripe e de febre tifóide em 1837 e 1838. Como principais resultados, destaca-se a relação dos surtos com as condições de vida das populações, sugerindo-se uma reforma sanitária e económica.

Na viragem do séc. XVIII para o XIX percebe-se a possibilidade de travar um combate epidemiológico contra doenças responsáveis por altas taxas de mortalidade e morbilidade, através das vacinas, sendo a primeira a da varíola.

No séc. XIX reconhece-se ainda um novo campo na medicina: a saúde mental que requereu novas formas de tratamento e a criação de instituições médicas especializadas de acolhimento. Contrariando o conceito antigo de doença como resultado do desequilíbrio dos humores, Pinel (1745 – 1860) defendia que a loucura resultava não de lesões cerebrais mas de alterações do funcionamento da mente.

É também neste séc. que o estetoscópio é inventado (Laennec, 1781-1826), permitindo ouvir as cavidades torácicas, que Virchow (1821-1902) descobre que todas as células nascem de outras pré-existentes e não de geração espontânea e que a unidade constituinte de todos os seres vivos são as células (Schwann, 1810-1882 e Chadwick, 1800-1890).

Charles Darwin (1809-1882) publica também a Origem da Espécies no séc XIX. Darwin defende que todas as espécies semelhantes entre si se desenvolvem a partir de uma origem comum e dentro de uma determinada linha de evolução biológica. Ao mecanismo que leva as espécies a modificarem-se para se adaptarem ao meio, Darwin chamou «selecção natural», que permite apenas a subsistência aos mais fortes. Esta tese, refutando a criação divina do mundo, reflectiu-se em polémicas multidisciplinares saltando as fronteiras da investigação científica-natural (medicina, botânica, biologia), voltando a valorizar a importância de cruzar a filosofia, a sociologia, a política e a religião nas abordagens clínicas.

Em 1865, Pasteur, desenvolve o processo da pasteurização, que viria a ser a base da descoberta de diversas vacinas como a do antrax, da cólera e da raiva e da cura de diversas doenças infecciosas.

Sempre baseada na evidência, no experimentalismo e no método racional (Bernard, 1813-1878), a medicina abre ainda mais o leque das suas fontes ao integrar as evoluções da fotografia, até então apenas usada no meio artístico, que se tinham iniciado em 1839, nomeadamente pela apropriação

dos raios X, descobertos em 1895, que ao juntar-se ao microscópio, resultam no conjunto das tecnologias que maior impacto tiveram no desenvolvimento da medicina ao permitir ultrapassar a fronteira da opacidade da pele, de forma não-evasiva, alterando de forma definitiva, e sem retorno possível, o conceito de corpo, de doença e de doente.

Os avanços na captação de imagens, através das câmaras, veio proporcionar uma nova perspectiva sobre o humano e o social uma vez que a produção e a industrialização da fotografia proporcionou a libertação do controlo eclesiástico sobre a produção de pinturas. A manufactura das câmaras e aperfeiçoamento das lentes permitiu catalisar a tendência da captação e distribuição de imagens, exponenciando-a actualmente através do poder social dos *media*.

Durante o séc. XX as descobertas e as inovações técnicas e as tecnológicas adquirem uma cadência cada vez mais acelerada, aumentando também o leque da multidisciplinaridade das conexões que contribuem para os avanços na medicina. No resumo disponibilizado on-line por Luís Graça¹⁰⁹, podemos ainda observar que este período foi prenhe em avanços que se repercutiram na actual qualidade de vida e aumento da esperança média de vida dos cidadãos dos países desenvolvidos. (Graça, publicação on-line),

Destaca-se assim, na primeira década a descoberta da quimioterapia como forma de tratamento (Elrich, 1854-1915) e a investigação do genoma humano (Morgan, 1854-1915). Até aos anos de 1950 destacam-se diversas descobertas na área da química, nomeadamente as relacionadas com as vitaminas, e na cirurgia plástica as intervenções para tratar os feridos da I Guerra Mundial.

Neste período regista-se ainda uma pandemia que mata mais de 18 milhões de pessoas em todo o mundo: a gripe espanhola ou pneumónica (1918-21). Na passagem para o séc. XX, inicia-se o tratamento com insulina (Banting, 1891-1941) e descobre-se a penicilina (Fleming, 1881-1955) que passa a ser utilizada na composição dos antibióticos (1940). Em 1932 é desenvolvido o microscópio electrónico de transmissão, por Rusca e Knoll, vulgarizado no período no pós II Guerra. Na área da psiquiatria inicia-se o tratamento com electro-choques (Cerletti, 1877-1963) e associam-se estados patológicos ao stress (Seley, 1907-1982).

Nos últimos 50 anos do séc. XX, as descobertas proporcionadas pelo avanço técnico tecnológico e científico, ganha ainda um ritmo mais acelerado: desde a pílula contraceptiva, a diversas vacinas (BCG, poliomielite), à criação do microscópio electrónico de reflexão e passados poucos anos, o cirúrgico. São ainda desenvolvidas diversas cirurgias pioneiras, como as de peito aberto e a de transfusão de medula óssea e de nervos. Há ainda o aprofundamento da investigação do ADN helicoidal, em que se descobre o funcionamento do código genético e a sua função proteica. É também descoberta a hemodiálise no tratamento da insuficiência renal crónica.

Nos anos 60 e 70 desenvolvem-se diversos transplantes sobretudo no âmbito da cardiologia e a engenharia genética, na sequência do conhecimento sistematizado do ADN helicoidal, dá os seus

¹⁰⁹ http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_sinopse6.html, consultado a 21 de Dezembro de 2009.

primeiros passos permitindo a criação in-vitro, que permitiu o nascimento de bebês proveta por todo o mundo.

Nos anos 70, saltando do âmbito da medicina, mas com consequências sociais inquestionáveis e multidimensionais – como se aprofundou no ponto anterior – é desenvolvida a ARPAnet, a primeira rede telenet, seguindo-se o microprocessador, inventado em 1971, na sequência de aperfeiçoamentos do transistor inventado nos finais da década de 1940. Em 1972 é desenvolvido o sistema do e-mail.

Voltando à saúde, na década de 80 a evolução das técnicas radiológicas permitem desenvolver a TAC (tomografia axial computadorizada) e a ecografia. É também nesta década que é identificada a doença-flagelo do séc. XX a *da imunodeficiência adquirida, isto é, a sida*.

Em 1990 a ARPAnet dá lugar à Internet que contava com 300 mil servidores e 9300 nomes de domínios registados, passados 2 anos este número contava com 1 milhão de servidores, e em 1995, tinha seis milhões de servidores e 120 mil domínios registados. Em 1999 eram já 200 milhões os utilizadores da Internet e cerca de 54 milhões servidores.

Em termos de saúde pública, em 1942 o plano *Social insurance and allied services* de Beveridge, é apresentado ao parlamento inglês, estando na génese do *Estado-Providência* inglês. Em 1948, é criada a Organização Mundial de Saúde, no âmbito da qual serão desenvolvidos diversos relatórios subordinados à problemática dos cuidados de saúde. É ainda criado o Serviço Nacional de Saúde Inglês, que serviria de modelo ao Serviço Nacional de Saúde português.

Em 1984 é assinada a Carta de Ottawa sobre a importância da promoção dos cuidados de saúde primários, defendendo-se que os hospitais devem centralizar a prestação de cuidados especializados e os centros de saúde dar resposta à primeira linha de necessidades da população, incluindo-se aqui também a prevenção e acompanhamento.

Assim, ao longo dos séculos, a evolução da medicina, do conceito de saúde, de doença e da vivência da doença, compreende diversas disciplinas, implica mudanças de paradigmas e repercute-se, de forma directa ou indirecta, em todas as esferas da sociedade, sendo a evolução tecnológica e o progresso técnico uma peça indispensável na investigação científica no âmbito da medicina uma vez que são estes processos que, outrora inovadores, integrados na sua estrutura, maioritariamente a sustentam.

Na análise cronológica desenvolvida, os processos de inovação entendidos como “an idea whose time has come; a new combination of existing ideas and production processes” (Plamping, Gordon e Pratt, 2009:8) ou os processos de invenção enquanto ideia única e pioneira, estão na génese da evolução da medicina e na emergência da saúde pública.

Também a organização e prestação de cuidados de saúde, no âmbito de uma doença específica, em relação à vivência da doença, ou nas questões subordinadas à saúde pública, têm sido influenciadas pela evolução tecnológica e técnica, acabando também por a influenciar uma vez que a investigação científica no âmbito da saúde, da gestão da doença ou da saúde pública, procura

acompanhar as necessidades que emergem do/no social, desenvolvendo permanentemente novas formas de o fazer.

Tal como se referiu inicialmente, as tecnologias de informação e comunicação não são neutras, influenciam processos introduzem a mudança, e são influenciadas pela forma como os actores as apropriam e lhes conferem sentido, contribuindo desta forma para que as TIC se apropriem do social (Poster, 1995; McLuhan, 1997; Cardoso, 2009).

É nesta perspectiva que se procurará saber como o uso das TIC no sector da saúde é percebido pelos profissionais enquanto utilizadores.

6.1.2. A Perspectiva da sociologia da saúde

Sob o enfoque da sociologia da saúde, na análise das sociedades antigas, das pré-tradicionais, das sociedades pré-modernas e as sociedades modernas – ou sociedades pós-modernas – Turner (2000) aborda os conceitos de saúde e de doença através de duas dimensões: a dimensão secular-sagrada e a dimensão individual-colectiva.

No âmbito da primeira, a causa da doença não é atribuída a factores naturais mas a um castigo divino cuja responsabilidade é exclusiva do ser humano e resulta de comportamentos desviantes da normalidade. No âmbito secular, a doença é atribuída a factores naturais externos, como germes ou vírus, observando uma responsabilização para-humana.

Com a abordagem do individual-colectivo Turner (2000) relaciona a doença com o mau funcionamento do indivíduo enquanto organismo ou como membro de um colectivo, estando em causa as condições ambientais, a educação, a pobreza ou temas tabus que contribuem para regular o comportamento social.

Entrecruzando, multidimensionalmente, estas duas perspectivas conclui-se que nas sociedades ocidentais a focalização da problemática na saúde e na doença tem-se transferido da dimensão colectiva e sagrada – característica das sociedades tradicionais – para leituras mais seculares, a que não é alheia a evolução científica que caracterizou as sociedades modernas em diversos domínios, nomeadamente a biologia, a medicina, a física e a química.

A mudança de paradigma, que se tem vindo a afirmar continuamente, resulta do fortalecimento das teorias científicas na área da medicina; da separação das doenças físicas das mentais, da substituição das terapias tradicionais pela prática científica e da evolução contínua dos conhecimentos médicos especializados respeitantes a diferentes partes do corpo humano, já abordadas.

Segundo Turner (2000), a adopção de uma orientação individualista, racional e experimental da saúde e da doença levou ao aumento da valorização da profissionalização científica da medicina e à criação do actual modelo biomédico, onde a sociedade, a medicina e a ciência assumem papéis determinantes para o desenvolvimento social e histórico dos conceitos de saúde e doença.

A interacção entre a sociedade e a medicina, nomeadamente entre as ciências sociais e artísticas e o estudo do corpo, tem sido abordada sob diversos enfoques disciplinares dentro das ciências sociais.

Lupton (2003, citado em Lupiáñez, 2009) agrupa estas interações em disciplinas diferentes: 1) Sociologia da saúde e da doença, 2) Antropologia Médica, 3) História da medicina, 4) Estudos Culturais e 5) Estudos da linguagem e do discurso. Estas perspectivas, se inicialmente eram condicionadas pelo modelo biomédico (Armstrong, 2000), têm vindo a desenvolver abordagens sobre os conceitos da saúde e da doença de forma mais independente.

Esta dependência foi criada pelo facto de 1) as ciências sociais se restringirem ao estudo de fenómenos complementares à saúde e à doença, como a identificação de doenças, dos factores sociais que causam a doença e as consequências sociais da doença, reforçando a primazia das ciências biomédicas; 2) as ciências sociais assumirem como objecto de estudo os fenómenos ignorados ou desvalorizados pelas ciências biomédicas, que afirmavam que as causas, manifestações e consequências da doença se exprimiam principalmente de forma biológica. Aliás, este paradigma pressupunha o doente como um objecto biológico, não considerando as dimensões psicossociais dos indivíduos doentes, mas apenas o seu contexto ambiental.

Neste sentido, as teorias sociais têm tecido algumas críticas às ciências biomédicas especialmente nas áreas relacionadas com o envolvimento psicossocial dos doentes, com a profissionalização da medicina, com a medicalização da sociedade e com a criação do conhecimento médico.

Questionando o paradigma (Kuhn, 1983) biomédico, as ciências sociais têm vindo a desenvolver as suas teorias médicas através de uma abordagem multidisciplinar que permite o desenvolvimento social e histórico da relação entre saúde e sociedade.

Neste sentido, Jewson (1976, citado em Lupiáñez, 2009) analisando a interacção dos modos de produção do conhecimento médico com as estruturas sociais nos últimos três séculos, identificou quatro tipos de prática médica: a *medicina de biblioteca*, a *medicina de cabeceira*, a *medicina hospitalar* e a *medicina laboratorial*.

Na primeira fase, para além de registar um aumento da profissionalização médica científica associa o exercício da medicina com o estudo dos clássicos, pelo que a biblioteca se assume como a fonte principal.

Na fase da *medicina de cabeceira*, inicia-se a noção da gestão da doença e de pacientes com uma disfunção na funcionalidade do corpo. O corpo humano passa a ser entendido como um todo e não apenas como um conjunto de órgãos e tecidos que o compõem, paralelamente há uma valorização dos aspectos emocionais na cura das doenças, pelo que a relação entre o médico e o doente é uma relação profissional-pessoa.

A fase da *medicina hospitalar* inicia-se no séc. XIX em Paris e vem trazer um novo paradigma à produção de conhecimento médico. Neste período começa a basear-se na observação e no tratamento dos doentes agrupados e organizados em enfermarias de internamento. A observação do doente deixa de ser exclusivamente dirigida pelo médico, mas mediada por exames clínicos de diagnóstico, passando o corpo humano a ser analisado por partes, através dos órgãos e tecidos em que eram identificadas lesões, e Às quais eram realizados exames.

Os hospitais passam a ser reconhecidos como centros de prestação de cuidados de saúde, onde ocorre a relação médico-doente. Esta associação do local físico com a relação médico-doente leva à institucionalização da prestação dos cuidados de saúde, iniciando-se uma integração da estruturação das carreiras médicas no desenvolvimento e organização dos hospitais.

A Medicina Laboratorial surge no final do séc. XIX devido ao avanço das metodologias das ciências naturais, nomeadamente na física, na química e na biologia. Nesta fase, a doença é entendida como uma interacção das células que se desenvolve através de processos biológicos, físicos e químicos, sendo que a medicina, através da investigação desenvolvida, pode permitir interferir nestas interacções de forma a promover o normal funcionamento celular, enquanto matéria-prima da vida. Neste período, desenvolvem-se centros de investigação e pesquisa, cresce a valorização das carreiras científicas e estas são integradas nas estruturas organizacionais dos serviços de saúde. É também nesta fase que a indústria farmacêutica se desenvolve.

A evolução da prática médica nestas quatro fases permitiu desenvolver um conceito de saúde e de doença individual, baseado na evidência experimentada pelos médicos, entendidos enquanto profissionais científicos integrados numa carreira institucionalizada, num centro de prestação de cuidados de saúde, com interacção com outros locais de prestação de cuidados, com universidades e com centros de investigação.

Neste sentido, à medida que a ciência e as tecnologias evoluíam e permitiam melhorar – optimizando ou inovando – as formas de tratamento e de investigação e a tecnologia foi sendo apropriada pelos profissionais de saúde e integrada nos padrões e processos de trabalho.

No percurso de prática médica pode ainda identificar-se uma tendência para a despersonalização do indivíduo, uma vez que o doente é inicialmente entendido como um “joguete” divino e ganha depois identidade própria e contextualizada, passando para a terceira fase, a ser entendido como um caso clínico, e mais tarde um conjunto de órgãos, tecidos e células.

Esta análise permite novas perspectivas e formas de entendimento do corpo humano. A este propósito Pickstone (1993, 2000), identifica quatro processos históricos que relacionam a interacção do conhecimento médico e científico com a produção e organização social através das perspectivas binomiais da saúde e da doença: a *medicina biográfica*, a *medicina analítica*, a *medicina experimental* e a *tecno-medicina*.

No primeiro processo, a que corresponde *grosso modo* ao período da *medicina de cabeceira*, o conhecimento médico oscilava entre a história natural e a filosofia, ou seja, o médico através da relação com o doente descobriria as causas e as consequências da doença e contextualizaria esta para que a saúde fosse restaurada no âmbito da filosofia natural.

Correspondendo à fase da *medicina hospitalar*, a *medicina analítica* resulta da produção de saber médico a partir da evidência e do estudo da biologia e anatomia, permitindo mapear o corpo humano quanto ao diagnóstico da doença.

Contemporânea da Rev. Francesa e da Rev. Industrial é neste momento que se desenvolve, nos estados que promoveram politicamente da *res pública*, a preocupação com a prestação de serviços de saúde, nomeadamente de forma a preservar a saúde dos trabalhadores. A medicina passa a ser entendida como uma ciência de importância “pública”.

A *medicina experimental*, paralela à *laboratorial*, permitiu criar centros de pesquisa no âmbito das ciências experimentais aplicadas à medicina praticada em instituições ou às redes que integram o Estado, as universidades, os hospitais, os centros de pesquisa, o que permitiu o conhecimento médico e permite a sua aplicação na prática.

A última das fases identificadas por Pickstone (1993, 2000), é observável nos nossos dias e consiste nas relações sociais estabelecidas em torno das relações da ciência, da tecnologia e da medicina. Neste âmbito, o desenvolvimento da indústria farmacêutica (Goodman, 2003, citado em Lupiáñez, 2009), as interações da indústria, da tecnologia e da medicina (Blume, 2003, citado em Lupiáñez, 2009) e o financiamento público ou privado da investigação biomédica com vista à entrada no mercado comercial – ou em situações de quase-mercado – são bons exemplos, contribuindo para o aumento da fronteira entre ciência, tecnologia e a estruturação social dos sistemas de saúde nos países desenvolvidos. Nesta permanente e indissociável interação, a informação e o conhecimento adquirem uma valorização inquestionável, quer na forma de resultado como de objecto do exercício da medicina.

6.2. O PARADIGMA BIOMÉDICO NA PARTILHA DA RESPONSABILIDADE SOCIAL DA DOENÇA: DA SAÚDE PARTICULAR À UNIVERSAL

Actualmente, vivemos num momento da história em que os novos conhecimentos científicos, os avanços tecnológicos e as práticas médicas interagem com as mudanças sociais e políticas, uma vez que o conhecimento médico e social influencia, mas também é influenciado pelo contexto social, económico e político da prática médica, resultando óbvio o impacto que a medicina assumiu por exemplo, nos padrões de doença e no aumento da esperança média de vida nos países desenvolvidos.

Segundo Brandt e Gardner, (Brandt e Gardner, 2003, citado por Lupiáñez, 2009), estas complexas transformações multidimensionais resultam de três fases.

A primeira resulta da evolução social, técnica e científica observada nos finais do séc. XIX e inícios do XX e permitiu curar das doenças infecciosas, nomeadamente pelo crescimento e interação de centros de investigação, instituições ligadas à educação e à prática clínica.

Neste âmbito, o modelo biomédico ganha consistência pelo facto de a medicina, ao agir sobre a doença, sobretudo nas doenças infecciosas, como a pneumonia ou a tuberculose, fizesse com que desaparecesse ou diminuísse o seu impacto sobre os indivíduos.

Assim, o controlo das doenças infecciosas, que gradualmente estão a ser substituídas pelas crónicas, contribui para enfatizar a importância do modelo biomédico, contribuindo para o reconhecimento

social da profissão médica e reforçando os discursos positivistas que defendem a medicina enquanto ciência.

O desenvolvimento do modelo biomédico, primeiro na Alemanha e depois em França e Estados Unidos, deve-se ao investimento financeiro – inicialmente públicos mas depois também privados – em programas de apoio a universidades e laboratórios de investigação médica, contribuindo para a estruturar a carreira e a formação médica nas universidades e no ensino, nos laboratórios e nos hospitais através de mecanismos sociais e burocráticos que aumentaram a importância social dos profissionais ligados à saúde.

Neste sentido, os profissionais e os hospitais impuseram-se na sociedade como estruturas simbólicas, concentrando poder social a partir da utilização dos desenvolvimentos tecnológicos relacionados com a prática clínica.

A institucionalização da profissão e da carreira médica nos hospitais públicos que se desenvolveram nos estados sociais, coloca o Estado no âmago do financiamento, da regulação e do controle da prestação dos cuidados de saúde.

Foi com Bismarck¹¹⁰ no séc. XIX que se iniciou a preocupação com os problemas de saúde e com os seus impactos sociais¹¹¹, desenvolvendo-se programas de partilha social da responsabilidade sobre a saúde e doença. Este modelo social consiste na formalização de um contrato social do “Estado de bem estar”, onde a noção de paz social se associa com uma determinante imprescindível ao progresso e crescimento económico: a saúde. Desta forma a protecção social é entendida como catalisadora do crescimento económico, abrangendo apenas trabalhadores.

Este modelo social europeu, que precedeu o Estado-Providência, alastrou-se nos Estados-nação da Europa mais desenvolvida. Formalmente, consubstancializou-se em “caixas” – com contribuições de empregadores e empregados – destinadas a financiar o acesso aos cuidados de saúde e reformas e rapidamente assumiu carácter obrigatório no novo mundo industrial.

Actualmente, corresponde aos regimes obrigatórios de seguros contra a doença, cuja gestão é confiada a terceiros que garantem o acesso à saúde, sendo a remuneração fixada em função da doença, sendo o cidadão reembolsado integral ou parcialmente. Uma vez que o contrato é estabelecido com entidades privadas, cabe ao Estado – enquanto pagador e principal beneficiário da qualidade dos serviços de saúde – regular a prestação e a qualidade dos serviços prestados. Entre os principais países a adoptar este modelo encontra-se a Alemanha, a Áustria, a Holanda, a Bélgica, o Luxemburgo e a França.

¹¹⁰ “Aristocrata, Bismarck preocupava-se em promover o crescimento económico da Alemanha, mas também uma política de equilíbrios com outras potências europeias. Não lhe foi difícil perceber que a paz interna, um certo grau de paz social, era necessário para assegurar a prosperidade de um país. Com essa prosperidade ganhavam todos. Era necessário um contrato social que assegurasse um patamar de protecção social para cada patamar de prosperidade conseguido, de forma a continuar esta espiral de desenvolvimento” (Sakellarides, 2006:45)

¹¹¹ Onde se destacam os problemas relacionados com os acidentes de trabalho, a baixa por doença, a invalidez e a reforma.

Este modelo de contrato social veio revolucionar a prestação de cuidados de saúde e orientar a sua prestação para um âmbito e responsabilidade pública: até à emergência do modelo Bismarckiano, os cuidados de saúde eram um bem transaccionado de forma exclusivamente privado. Após o reconhecimento da importância social da partilha da responsabilidade da saúde e da doença, os cuidados de saúde passam a ser um bem social a que os trabalhadores – em Bismarck – ou mais tarde, os cidadãos – em Beveridge e Arnaut (2009) – têm direito, tendo assim reflexos positivos quer na saúde pública de uma comunidade como na produtividade associada ao desempenho mais assistido.

Na sequência das políticas keynesianas relacionadas com Bem-Estar, desenvolvidas inicialmente no pós crise-económica de 1929 e mais tarde no pós Segunda Grande Guerra, os Estados Unidos assumiram o protagonismo do sector da saúde complexo e extenso com uma elevada capacidade de empregabilidade, necessária sobretudo em torno da modernização e da supressão das necessidades dos profissionais de saúde, sobretudo médicos, impulsionando o desenvolvimento das tecnologias e dos procedimentos médicos.

Na década de 1940, Beveridge propõe a criação do modelo de estado de bem-estar independente do vínculo laboral, ultrapassando as limitações bismarkianas, libertando o financiamento da protecção social das contribuições que saíam dos rendimentos do trabalho, uma vez que este “imposto sobre o trabalho” tornava o produto industrial mais caro, menos competitivo, e questionava a universalidade e a igualdade no acesso aos cuidados de saúde.

Propondo que o financiamento da protecção social se fizesse a partir da riqueza do Estado-nação – do orçamento geral do Estado – e não apenas a partir das contribuições do trabalho, Beveridge defende a primeira noção do serviço nacional de saúde.

Neste modelo, financiado pelo Estado, defende-se o acesso universal, igualitário e (tendencialmente¹¹²) gratuito. O principal exemplo do modelo do Serviço Nacional de Saúde é o inglês, mas foi também desenvolvido na Irlanda, na Suécia, na Dinamarca, na Finlândia, na Itália, na Espanha, na Grécia e em Portugal.

Uma vez que foram criados em diferentes momentos, contam com contextos nacionais específicos¹¹³. Segundo Webster, (Webster, 2003) o único padrão comum é a criação de impostos e/ou taxas estatais que permitam implementar e sustentar um serviço de saúde capaz de promover o acesso da população aos cuidados médicos e de saúde da forma eficiente e eficaz, tendo neste âmbito a tecnologia um papel activo.

¹¹² Estas mudanças, repercutindo-se sobretudo na introdução de “taxas moderadoras” – apesar de contribuírem para combater constrangimentos de ordem económica e financeira – levam ao aumento de desigualdades na saúde, invertendo, perversamente, os valores pelos quais o Serviço Nacional de Saúde se diz orientar, uma vez que são os mais carenciados quem mais precisa de cuidados de saúde (Björkman, 2003; Pereira, 1999, Arnaut, 2009).

¹¹³ O serviço nacional de saúde Inglês nasceu em 1948, em Itália em 1978, em Portugal em 1979, na Grécia em 1983 e em Espanha em 1986.

O terceiro processo, desenvolvido ao longo do séc. XX, relaciona-se com a melhoria contínua do estado de saúde da população de que o aumento da esperança média de vida, o controlo das doenças infecciosas e a queda da mortalidade infantil e são bons exemplos.

Estes três processos que estruturam e são estruturados pelo desenvolvimento do modelo biomédico que se reflecte nas estruturas sociais e institucionais medeiam a relação médico-paciente de formas distintas: 1) a transformação dos cuidados de saúde num bem social – em que o Estado é na maioria das vezes fornecedor e financiador – que se espera que chegue a todos os que precisam na quantidade e forma que mais precisem, levou à criação de estruturas de prestação de cuidados burocráticas e hierarquizadas; 2) o desenvolvimento do sector da tecnologia da saúde e de toda a indústria relacionada com os produtos de saúde, bem como o marketing da saúde, levou à emergência de um novo sector privado cujo objectivo é a criação de lucro. Assim, o mercado e a burocracia são duas faces de uma mesma moeda, constituindo-se como duas forças autónomas presentes na relação médico-doente.

6.3. O MODELO BIOMÉDICO PERANTE O ACTUAL CONTEXTO TECNOLÓGICO E DE SAÚDE

As críticas ao modelo biomédico começam a surgir a meados do séc. XX, através da questão da eficácia, das relações de poder, da ética, das práticas e das instituições deste modelo (Brandt e Gardner, 2003, citado por Lupiáñez, 2009). Lupiáñez destaca três linhas de análise do modelo biomédico.

A primeira surge com a perspectiva ecológica liderada por René Dubos (1959). Desmistifica o avanço das ciências biomédicas e alerta para os perigos dos milagres médicos, defendendo que a ausência de doenças ou problemas de saúde não é compatível com a vida, uma vez que esta integra a morte e a doença. Neste sentido, Dubos integra a sua teoria numa visão que, a partir da relação dos indivíduos com os micro-organismos, destaca a importância dos factores sociais e políticos face ao avanço tecnológico, defendendo que a mudança das condições sociais é mais decisiva na transmissão e propagação de epidemias que as curas ou procedimentos possibilitados pela tecnologia, uma vez que estes últimos têm um tempo de vida limitado – devido à criação de resistências físicas e biológicas – perante a actuação longitudinal dos factores sociais e políticos.

No seguimento desta orientação, Thomas McKeown (Thomas McKeown, 1979 citado por Lupiáñez 2009) parte de resultados epidemiológicos e demográficos relacionados com a eficácia do modelo biomédico, e estabelece uma causa efeito entre o aumento da esperança média de vida, o aumento da percepção geral de saúde e o decréscimo da mortalidade infantil com a qualidade e melhoria das condições de habitabilidade, com a alimentação e com os padrões de vida das sociedades industrializadas. Mudanças que estão na génese das alterações epidemiológicas das doenças infecciosas para as crónicas de degenerativas, onde as políticas relacionadas com a prevenção e a promoção da saúde ganham protagonismo, afastando-se do modelo biomédico.

A segunda linha crítica ao modelo biomédico surge das associações de direitos de doentes e desenvolvem-se em torno dos avanços da bioética. Assim, se por um lado o avanço da ciência biomédica confere aos médicos um maior poder no exercício da sua profissão, por outro, retira aos doentes a capacidade de actuação sobre a sua saúde, pelo que as associações de doentes surgem para denunciar e proteger os doentes de situações de abusos continuados dos direitos individuais dos pacientes na prática clínica e ensaios científicos com humanos.

Neste âmbito, Armstrong (Armstrong, 1995) refere que paradoxalmente é o triunfo do modelo biomédico que leva ao declínio deste modelo, uma vez que as suas práticas têm vindo a criar sistemas de vigilância da população, criando conceptual e socialmente o conceito de “normal” que assume um papel importante no processo de construção da identidade individual de cada um. Acresce a este fenómeno a despersonalização da prática médica, que através do aumento da burocratização e instrumentalização das instituições de saúde, da fragmentação das técnicas e processos de diagnóstico e da especialização crescente das técnicas, tem contribuído para a falta de confiança nos médicos e para o não-reconhecimento da sua autoridade.

A última crítica ao modelo biomédico surge do facto de este modelo ter falhado na neutralização das causas de muitas doenças, sendo necessário um atendimento muito especializado e o recurso a tecnologias intensas para as curar, levando a uma baixa taxa de utilização dos recursos directos e ao aumento dos recursos afectos, ou seja, conduziu à queda da eficiência.

Ainda que esta perspectiva possa levar a questionar a qualidade de vida e a induzir a perigosas análises custo-benefício, se descontextualizadas, permite questionar se as tecnologias e serviços hospitalares desenvolvidos respondem às necessidades das novas doenças prevalentes, isto é, as doenças crónicas e terminais.

Esta perspectiva, de orientação mais economicista, destaca a necessidade de abordar os efeitos das mudanças tecnológicas, os seus mecanismos e as suas dinâmicas na medicina. Nomeadamente na eficiência, na produtividade e equidade dos serviços de saúde, considerando factores como a oferta e a procura de serviços de saúde, a relação entre os prestadores de cuidados de saúde (produtores) e os utilizadores finais, bem como a relação entre os aspectos sociais e a tecnologia, sobretudo no impacto desta sobre a organização do trabalho, nos interesses e valores dos intervenientes envolvidos nos processos de inovação.

Assim, se durante o séc. XX se assiste à valorização extrema da actividade e do exercício de medicina, McKinlay & Marcel (McKinlay & Marcel, 2002, citado em Lupiáñez, 2009), actualmente temos vindo a observar o declínio da profissão médica através de diferentes factores como: 1) a mudança do papel do Estado no apoio – outrora – incondicional aos médicos; 2) a burocracia inerente às instituições prestadoras de cuidados de saúde; 3) o corporativismo das instituições; 4) o impacto da globalização e da Sociedade Comunicacional; 5) o aparecimento de novas formas de saúde bem como a alteração dos padrões epidemiológicos de doenças e a alterações nas concepções

do corpo e da doença; 6) a mudanças na relação médico-doente, nomeadamente na quebra de confiança e a segmentação sindical que enfraquece a posição profissional no mercado de trabalho.

Numa análise sócio-económica do séc. XX transversal a esta problemática Pickstone (Pickstone, 2003) organiza cronologicamente o encadeamento dos processos anteriormente descritos em momentos “produtivistas”, “comunitários” e “consumistas”.

Na perspectiva deste autor se nas duas primeiras fases predomina o modelo biomédico, na última, este modelo é alvo de críticas

A etapa “produtivista” situa-se entre os finais do séc. XIX e os inícios do séc. XX e deriva do reconhecimento da importância da saúde na manutenção da força do trabalho e da capacidade reprodutiva das populações. Coincidindo com o contrato social de bem-estar de Bismarck, visa proteger a capacidade de produção dos indivíduos através da manutenção do seu estado de saúde, sendo este determinante para o sucesso industrial e da defesa nacional. Neste sentido, o Estado, conjuntamente com as indústrias e os sindicatos, assume um envolvimento e papel activo na melhoria das condições de vida dos trabalhadores, cria planos de saúde pública e amplia a extensão do contrato social de bem-estar à população em geral.

Na fase “comunitária”, cronologicamente situada no pós II Grande Guerra e na criação do Estado Providência, a medicina está no âmago da criação de serviço público de bem-estar ou Estado social de bem-estar. Numa época de grande reestruturação social e económica das sociedades ocidentais, o serviço público e a sua coordenação a nível local, nacional e internacional ganha importância na protecção da população, sobretudo no que se relaciona com a prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, o Estado e as instituições privadas envolvem-se na organização da prestação de cuidados de saúde, uma vez que o acesso aos serviços de saúde se consolida como um direito de todos os cidadãos. Na prossecução deste objectivo, o investimento na medicina familiar e comunitária torna-se indispensável, reforçando o poder do modelo biomédico na sociedade.

A fase “consumista”, que segundo Pickstone (Pickstone, 2003) vivemos quotidianamente, surge do facto do conceito de saúde e da prática de medicina serem cada vez mais considerados bens transaccionáveis no mercado que obedece às leis da oferta e da procura.

Esta etapa resulta de vários factores ocorridos ao longo do séc. XX – como a mudança do padrão epidemiológico de prevalência das doenças infecciosas para as doenças crónicas e degenerativas, a alteração das taxas de natalidade, o aumento da esperança média de vida, o crescimento económico, as taxas de desemprego, e a predisposição para um consumo elevado – e leva a que as sociedades ocidentais tomem por garantido a promoção da universalidade do direito à saúde por parte do Estado social de bem-estar através de um sistema de qualidade e com capacidade de dar resposta às suas necessidades.

Neste processo em que se associa ao estatuto de cidadania ao direito do consumidor em saúde, iniciam-se as tensões no mercado da saúde que se caracteriza por especificidades próprias e de difícil equilíbrio, uma vez que sob a perspectiva do Estado social de bem-estar, têm sido levantadas

questões relacionadas com a assistência universal de todos os serviços de saúde necessários, com as desigualdades em saúde baseadas nas diferenças raciais, éticas, sexuais ou profissionais, ou mesmo com a alteração do enfoque do conceito de saúde, de doença ou deficiência para a experiência dos doentes, deixando as perspectivas de actuação médica presentes no modelo biomédico (Zavestoski, et al, 2004, citado por Lupiáñez, 2009).

As mudanças sociais e económicas produzidas pela sociedade comunicacional, os avanços nos modos de produção e do conhecimento médico e as críticas que se foram erguendo sob o modelo biomédico e as suas implicações na (re)estruturação social estão na base da actual problemática da articulação da mudança tecnológica e social na saúde. Esta é a contextualização deste trabalho.

6.4. DA SAÚDE NA SOCIEDADE INDUSTRIAL À SAÚDE NA SOCIEDADE EM REDE

Perante as mudanças da abrangência do conceito de saúde, da natureza da responsabilidade deste sector e da promoção do seu desenvolvimento, que tem sofrido alterações profundas ao longo dos séculos, a Organização Mundial da Saúde, em 1946, define saúde como "um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou doenças" (OMS, 1946). Em 2000, definem sistemas de saúde como o conjunto de organizações, instituições e recursos dedicados à actividade de prestação de cuidados de saúde, definindo actividade como qualquer acção de saúde que actue na área da saúde pessoal, serviços públicos de saúde, cruzando iniciativas sectoriais, cujo principal objectivo é melhorar a saúde (OMS, 2000; Lupiáñez, 2009; Simões, 2006).

Os serviços/sistemas de saúde têm ainda que ter a capacidade de se adaptar às necessidades e às expectativas da população de forma a prestar cuidados de forma equitativa – os cuidados adequados a quem deles precisa – através dos métodos de financiamento que ilibem em maior ou menor grau os cidadãos das despesas de saúde, promovendo uma maior ou menor igualdade social (WHO; Murray & Evans, 2003, citado em Lupiáñez, 2009), em função dos valores, motivações e ideologias que orientem cada sociedade-nação em particular.

Desta forma, neste processo, interagem de forma directa ou indirecta diversos actores sociais como: os cidadãos (enquanto contribuintes e potenciais utilizadores), os profissionais de saúde (na medida em que enquanto profissionais têm direitos e deveres), os doentes (como utilizadores efectivos), os hospitais e centros de saúde, (como organizações prestadoras de cuidados de saúde públicas ou privadas), as políticas de saúde (enquanto linha estratégica de orientação do sistema/serviço de saúde) e governo (enquanto gestor do orçamento geral do Estado e orientador das linhas estratégicas de um estado-nação).

Uma vez que nas sociedades ocidentais a saúde, o indivíduo, a sociedade e os serviços de saúde interagem como sistemas sociais, a mudança tecnológica, os direitos económicos, sociais e culturais, apresentam-se como verdadeiros desafios sociais aos sistemas/serviços de saúde nas últimas

décadas. Saindo da era da sociedade industrial, o sector a saúde está a deparar-se com alterações iminentes da passagem para a sociedade em rede, (Lupiáñez, 2009).

Trilhando um caminho idêntico ao narrado por Castells para a sociedade em geral, o sector da saúde – sistemas e serviços – depara-se actualmente com a transição de uma sociedade industrial para a sociedade em rede que surge na sequência do reconhecimento da importância da informação (Castells, 2002, 2006) e de uma nova forma de organização social em torno destas, sendo que a sociedade em rede, segundo Castells, se pode definir como uma estrutura social que surge sustentada por redes a partir das tecnologias de informação e comunicação criadas a partir da microelectrónica.

Adoptando esta perspectiva na análise do sector da saúde nas últimas décadas, observa-se que a revolução tecnológica – assente nas tecnologias de informação e comunicação – é identificável na área na saúde através dos avanços e inovações médicas, e tecnológicas e da investigação biomédica que permitiram prevenir ou curar doenças ou aliviar os seus sintomas, reduzindo a dor e aumentando a qualidade de vida associada ao aumento da esperança média de vida para que também contribuiu.

Webster (Webster, 2002), na senda de Castells, afirma mesmo que a articulação da dimensão microelectrónica, com a dos softwares, com a engenharia genética tem potenciado o “informacionalismo” na saúde, através de três formas distintas: 1) a articulação da medicina, da biologia e das ciências da informação construiu uma convergência linguística na adopção dos conceitos a utilizar; 2) a informatização crescente dos serviços de saúde permite uma gestão informática dos serviços, nomeadamente através de linhas de apoio telefónico, da telemedicina, dos receituários electrónicos, ou do processo clínico electrónico e 3) o aumento da incerteza associado ao risco clínico leva a que os profissionais ou doentes procurem mais informação (Espanha, 2009), pelo que a informação disponibilizada se pode transformar num meio de avaliação das intervenções e procedimentos médicas.

A sociedade comunicacional tem desta forma uma ampla influência na medicina sobretudo relevante em duas áreas (Lupiáñez, 2009 citando Nettleton, 2004): pelo facto das dinâmicas da informação e conhecimento deixaram de ser controladas exclusivamente por profissionais e instituições e pelo facto de o conhecimento médico poder ser difundido através das tecnologias digitais, permitindo que qualquer indivíduo seja produtor ou disseminador de conhecimento.

Estes fluxos informacionais levam a que os profissionais e as organizações reconfigurem os seus papéis sociais, profissionais e institucionais, as práticas médicas, a percepção do doente e até do conceito de saúde, de doença e de vida (Brown & Webster, 2004 citados por Lupiáñez, 2009 e Webster, 2006).

Nesta área, a OMS é ainda mais ambiciosa ao indicar que a influência das tecnologias de informação e comunicação na prestação dos serviços de saúde poderia ainda estender-se ao sector da saúde em sentido mais amplo, nomeadamente na adequação da informação de saúde, na colmatação das falhas nos serviços financeiros, mas sobretudo na implementação de políticas de governança promotoras da equidade em saúde, um dos maiores problemas da OMS.

Nesta mesma linha, encontra-se a OCDE que também reconhece às tecnologias de informação e comunicação o potencial de contribuir para a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, para garantir a qualidade dos serviços prestados, melhorar o acesso a estes cuidados, envolvendo os cidadãos e responsabilizando-os pelas suas práticas, estilos de vida, procurando a eficiência e sustentabilidade do sector da saúde.

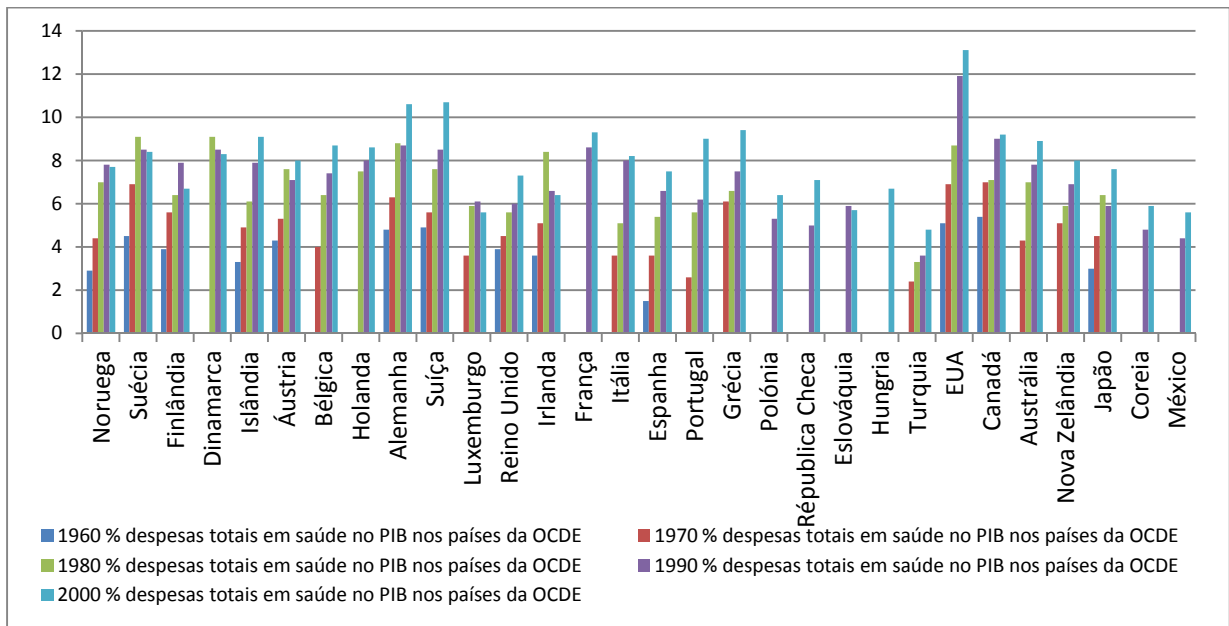
Diversos autores têm observado os impactos positivos das tecnologias de informação e comunicação no sector da saúde (Danzon e Furukawa, 2001, citado por Lupiáñez, 2009) quer ao nível da diminuição de custos e aumento da qualidade dos serviços (Anderson, Frogner *et all*, 2006, citado por Lupiáñez, 2009), como ao nível da melhoria da qualidade e da eficiência, ainda que sem conseguirem extrapolar o efeito de diminuição de despesa e aumento de produtividade (Chaundhry, Wang *et all*, 2006, citado por Lupiáñez, 2009).

Esta positividade das tecnologias de informação e comunicação na saúde, não resulta do facto de as tecnologias de informação e comunicação serem a “pílula dourada” mas ao facto da Rev. Industrial ter implicado uma re-estruturação que levou à crise dos modos de produção deste sector já observado nas últimas décadas nos países ocidentais, cujas economias são consideradas desenvolvidas (Docteur & Howard, 2004, citado por Lupiáñez, 2009).

É também nestes países que a par do aumento da esperança média de vida, da melhoria das condições de vida e da tentativa de universalizar a cobertura dos serviços de saúde se observa o maior envelhecimento da população, o aumento das despesas em saúde, onde se inclui o aumento do consumo de produtos farmacêuticos.

A estas dinâmicas junta-se a escassez dos recursos profissionais de saúde e a preocupação com as questões relacionadas com o financiamento da saúde pública, que sob a orientação da burocracia estatal, evidencia uma escassa flexibilidade nas formas de financiamento, envolvendo as despesas em saúde nos países desenvolvidos uma percentagem cada vez maior do PIB nacional, como se pode observar na figura que se segue.

Figura 6.1.: Despesas totais em saúde no PIB, nos países da OCDE de 1960 a 2000



Fonte: Simões, Jorge (2006), Retrato Político da Saúde, dependência do Percurso e Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho, Porto, Almedina, pág. 50

Assim, o “esforço em determinar, conhecer e gerir os custos de produção é um esforço fundamental para o processo decisional, operacional e estratégico” (Costa *et al*, 2008: 132)

A organização da prestação de cuidados de saúde nos países desenvolvidos está perante um dilema paradoxal: se por um lado o investimento em investigação biomédica e tecnológica permitiu alcançar um avanço no conhecimento e aumentar a disponibilidade, a eficácia e a eficiência dos recursos no tratamento de inúmeras doenças, por outro as reformas que se têm observado no sector da saúde em diversos países têm-se revelado limitadas sobretudo na eficácia, eficiência, universalidade, segurança e equitatividade dos serviços de saúde (Dubois, McKee, *et al*, 2006, citado em Lupiáñez, 2009).

Este fenómeno deve-se a razões de ordem financeira, política, social e organizacional. Financeira porque, segundo diversos autores (Cutler e McClellan, 1996; Aaron, 1991; Newhouse, 1992; Fuchs, 1996, citados em Lupiáñez, 2009) os avanços permitidos pela investigação biomédica mas sobretudo tecnológica implica, na maioria das vezes, o aumento dos custos das técnicas, materiais e procedimentos associados à prestação de cuidados de saúde, tornando ambígua a escolha entre o financiamento de serviços de saúde mais eficientes, mais eficazes em função da equidade, da generalidade, da universalidade e gratuidade que caracterizam alguns dos serviços nacionais de saúde dos países desenvolvidos, entre os quais o português.

Política, social e organizacionalmente, porque a adopção e implementação de novas técnicas e tecnologias, é condicionada pelas políticas que estruturam os serviços de saúde a nível macro, por condições económicas e culturais das organizações prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente na área relacionada com a implementação da mudança na área produtiva que, na maioria das vezes,

se relaciona com a melhoria da formação e das competências do capital humano, que se revela assim uma componente-chave neste processo.

Os processos de inovação acabam, desta forma, por implicar diversas inovações, resultando num processo de co-inovação, onde para além das mudanças físicas – equipamentos, software, etc – são necessárias outras de ordem organizacional e de produtividade para além das competências humanas e técnicas necessárias.

Neste sentido, as tecnologias de informação e comunicação enquanto resultado dos avanços da investigação tecnológica e biomédica, contribuem para a melhoria dos cuidados de saúde a prestar aos cidadãos, podendo ser um bom exemplo da necessidade de co-inovação em saúde.

Assim, actualmente, o facto da produtividade económica se explicar pela combinação de factores produtivos, com factores de eficiência – como a melhoria da qualidade dos recursos humanos e das relações entre tecnologias e organização e produção do trabalho – é transversal a todos os sectores (Pilát, 2000, citado em Lupiáñez, 2009), incluindo o da produção em saúde tendo em conta as suas especificidades: o facto de ser um bem público, com valor intrínseco de definição pessoal e social e da sua prestação transcender os conceitos de doença e de bem-estar e se alargue à saúde pública e à qualidade de vida e por isso ser um sector económico que cruza a prestação dos serviços de saúde, o seu financiamento, a segurança e protecção social, a investigação e ensino, o mercado farmacêutico e laboratorial (Atkinson, 2005; citado em Lupiáñez, 2009)

A melhoria dos serviços de saúde através da eficiência e da eficácia da prestação de cuidados – onde as tecnologias de informação e comunicação se incluem – para além de adquirir uma elevada importância social não resulta como um fim em si mesmo, mas como um meio de alcançar os princípios sociais da prestação de serviços de saúde num estado social, ou seja, de forma mais equitativa¹¹⁴, mais universal, mais geral, e se possível gratuita e mais justa, uma vez que as desigualdades sociais e económicas em saúde persistem. De facto diversos economistas da saúde têm vindo a concluir que não há uma proporcionalidade entre os que mais necessitam de cuidados e quantidade/qualidade dos cuidados a que acedem, sendo que quanto menos recursos sócio-económicos se possui, menos acesso se tem aos cuidados necessários (Pereira, 2002)¹¹⁵, podendo as TIC na vertente do utilizador cidadão, promover o aumento deste hiato.

As diversas organizações relacionadas com a melhoria da organização e da prestação de cuidados de saúde – a OCDE, a OMS, o IOM¹¹⁶ – têm vindo a reconhecer nas tecnologias da informação e comunicação uma forma alternativa de melhorar a prestação de cuidados de saúde. Patterson, numa publicação do Institute of Medicine, defende mesmo que “the more promising answer is that IT is still the best hope for creating a new future for health care. It is implied answer in *To Error Is*

¹¹⁴ Vertical e horizontal, sendo a equidade horizontal o tratamento igual para situações de saúde iguais e equidade vertical o tratamento apropriado a cada indivíduo em situações de saúde distintas.

¹¹⁵ Pereira, J., (2002), “Prestação dos Cuidados de Acordo com as Necessidades? Um estudo Empírico Aplicado ao Sistema de Saúde Português” in S. M. Vianna, e S. Piola (eds.) *Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão de Saúde*. IPEA, Brasília.

¹¹⁶ Institute of Medicine.

Human. Information technology has unique abilities to shape organizations, automate processes, and create and sustain relationships” (Patterson, 2004: 4).

Paralelamente, desde meados do séc. XX, tem-se vindo a assistir ao aumento do nível de autonomia dos indivíduos e da sociedade civil perante as instituições estatais e as organizações privadas (Castells, 2002, Cardoso e Lapa, 2007; Heeks, 2002; Espanha, 2009). Esta tendência crescente não se deve apenas à tecnologia, mas sobretudo à apropriação social das tecnologias disponíveis, ou seja à capacidade de cada indivíduo integrar as potencialidades tecnológicas ao longo do seu processo de afirmação e expressão individual. O valor do indivíduo surge como um valor superior ao das normas sociais e determinante na expressão de uma identidade diferenciadora do colectivo dominante (Giddens, 1991; Beck, 2004; Espanha, 2009).

Na saúde, como defendem Lupiáñez (2009) e Espanha (2009, 2011), o desenvolvimento da autonomia dos cidadãos adquire um especial relevo uma vez que pode afectar as escolhas e decisões em saúde dos doentes e dos familiares, bem como a confiança e fiabilidade dos sistemas de saúde, sendo as escolhas um indicador da “qualidade” procurada pelos doentes e famílias.

Neste sentido, a literatura actual tem evidenciado uma tendência dos cidadãos assumirem um papel cada vez mais activo na sua interacção com o sector da saúde, nomeadamente na defesa dos seus direitos e discussão dos seus deveres, nas palavras de Akesson et. al. (2007): “In the future the patients’ position will grow stronger with the help of e-communication. Esta perspectiva é também defendida por outros autores como Eysenbach (2000), Lupiáñez (2009), Fieschi, (2002) e Espanha (2010, 2011).

A interacção entre a estrutura social e o paradigma tecnológico na saúde catalisa a passagem dos sistemas de saúde da era industrial para a era da informação (Cardoso, 2007; Espanha, 2009; Lupiáñez, 2009 citando Smith, 1997; Gerhardt, Pola, *et all*, 2006).

Esta mudança de paradigma, sustentada sobretudo pela sinergia do sector público, tecnológico, da saúde e académico, tem sido estimulada pelo crescente interesse dos cidadãos nas temáticas da saúde, através do desempenho de um papel cada vez mais activo enquanto consumidores de saúde, pela disseminação da perspectiva sistémica da prestação de cuidados de saúde; pelas mudanças nas práticas médicas e modos de produção da saúde, nomeadamente na criação de redes *tecnocientíficas* (Lupiáñez, 2009) que triangulam a ligação entre as universidades, as instituições, as agências e as empresas do governo e a industria.

Devido às diversas componentes desta sinergia, há factores que podem inibir a transição da saúde industrial para a saúde informacional. Segundo diversos autores as áreas que mais podem neutralizar esta tendência são o Estado, devido à falta de financiamento, à burocratização e à inflexibilidade da prestação de serviços de saúde (Freeman, 2002, citado por Lupiáñez, 2009), e uma estrutura organizacional fortemente hierarquizada e segmentada dos cuidados de saúde (Scott, Ruef, *et all*, 2000, Scott, Mannion, *et all*, 2003, citado por Lupiáñez, 2009). Aqui o Estado e a administração

pública têm um papel determinante e a força da cultura e do poder dos trabalhadores da saúde na resistência à mudança (McKinlay e Marceau, 2002, citado por Lupiáñez, 2009).

Na mudança de paradigma na saúde a quebra do uso pode ainda ficar a dever-se à exclusão sócio-digital (Lupiáñez, 2009), ou seja pelo acesso, utilização desigual das tecnologias de informação e comunicação na saúde (Brodie & Flournoy, 2000; Wyatt, Henwood, *et all*, 2005, citado por Lupiáñez, 2009).

7. SOCIEDADE COMUNICACIONAL NA (REFORMA DA) ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Os hospitais e os profissionais de saúde que neles trabalham – médicos, enfermeiros, administradores, técnicos, farmacêuticos, administrativos, auxiliares de acção médica, entre outros – integram-se no sector público e regem-se em grande parte – não na sua totalidade porque se tem vindo a assistir à empresarialização dos hospitais e à realização de contratos individuais de trabalho¹¹⁷ entre os hospitais E.P.E e “antigos” funcionários públicos – pelas normas da administração pública, sendo abrangidos pelos processos de reforma de que esta tem sido alvo ao longo dos últimos anos.

Desde Bismarck que a saúde se considera uma responsabilidade social assegurada pelo Estado, implicando esta pertença à integração na administração pública e à articulação com as suas linhas estratégicas (como de pode observar na sistematização desenvolvida por Luís Graça, disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos181.html>¹¹⁸).

Neste sentido importa perceber, sob o corolário da sociologia da administração, os diferentes modelos de administração pública que têm vindo a ser adoptados, em que consistem e como têm vindo a ser organizadas as reformas da administração pública.

A Administração Pública, nascendo a partir modelo burocrático¹¹⁹ Weberiano apresenta-se com um referencial duplo: se por um lado pode ser criticado por omitir ou negligenciar o factor humano, por outro é considerado imprescindível numa organização como a administração pública.

Sob esta perspectiva, uma organização é entendida uma unidade social complexa, aberta, que não pode ser entendida apenas na óptica de um conjunto de regulamentos que a governam, mas antes através das motivações, dos comportamentos e das estratégias dos indivíduos enquanto actores cujos interesses podem não ser os da organização e que podem entrar em conflito entre si, na luta pelos seus fins, estando em permanente comunicação com o meio, sendo por ele influenciado e influenciando-o reciprocamente (Chevallier, 1980: 35-36).

Neste sentido, a administração pública é “em sentido orgânico ou subjectivo, o conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado, bem como das demais pessoas colectivas públicas (tais como as autarquias locais) que asseguram a satisfação de necessidades colectivas variadas, tais como a segurança, a cultura e o bem-estar das populações¹²⁰”, isso é, a prestação do serviço público¹²¹.

¹¹⁷ Sob o enquadramento legal do Decreto-Lei n.º 12-A de 27 de Fevereiro de 2008.

¹¹⁸ Consultada pela última vez a 17 de Novembro de 2011.

¹¹⁹ Que ocorreu entre o fim do séc. XIX e inícios do XX e vem substituir a administração patrimonialista.

¹²⁰ Definição retirada de:

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/SistemaPolitico/, consultado a 8 de Maio de 2009.

À administração pública cabe a satisfação das necessidades colectivas dos indivíduos que, num estado democrático, são a base do Estado¹²², devendo este orientar as suas políticas para a promoção do bem-estar social que serão operacionalizadas pela administração pública.

A administração pública resulta assim do conjunto de órgãos, serviços e agentes do Estado que efectiva as decisões do governo, executa as políticas públicas e permite a governabilidade na (inter)mediação dos diferentes interesses individuais e colectivos, contribuindo desta forma para a legitimação do poder político e para o aperfeiçoamento da democracia, abrindo espaço para o controlo social ou a democracia directa. (Gouveia, 2006: 21)

Dada a complementaridade e a articulação entre o Estado e a Administração Pública, resulta óbvio que no contexto das sociedades pós modernas a Administração Pública sofra profundas alterações, sendo palco de diversas reformas compassadas com as (re)orientações políticas de cada Estado-Nação.

Perante as disfuncionalidades burocráticas, dificuldades operacionais dos serviços públicos, o crescimento da procura de serviços de bem-estar cada vez mais complexos e à crise de legitimidade das organizações públicas (Gouveia, 2006: 7), é necessário repensar, replanear e reformular a Administração Pública.

Desta forma, transversal à preocupação e à importância atribuída ao futuro do (des)emprego, às relações de trabalho, às políticas de saúde e de educação e à protecção social na sociedade contemporânea que implicam a redefinição do papel do Estado na sociedade, a Administração Pública, no alinhamento das estratégias e medidas políticas, assume um papel estratégico na sua execução, devendo ser analisada em termos formais, estruturais e hierárquicos, mas também pelos recursos humanos nela implicados, uma vez que estes são actores dos processos de mudança.

Neste processo de colaboração, o papel da administração pública afasta-se da perspectiva jurídica-política que assumia no estado liberal, onde era apenas a uma concepção instrumental da cultura política¹²³, e aproxima-se das perspectivas sociais – sociológicas e politológicas – onde se enfatiza o exercício de poder associado à administração pública, passando a ser ténue a separação da

¹²¹ “La notion de service public n’est plus une notion neutre: symbole de confusion, elle est entourée d’un halo qui interdit de la comprendre, de la saisir, d’apprécier sa portée. Et pourtant la clarté et la simplicité semblent résulter d’une réflexion sans a priori à son sujet: dans certains domaines, l’Administration incite les personnes privées à adopter une attitude utile à la collectivité; dans d’autres, elle les contraint à se plier à une réglementation obligatoire. Mais ces interventions restent extérieures à l’activité elle-même. Si les personnes privées s’avèrent incapables de remplir des tâches essentielles pour l’ensemble des citoyens, l’Administration se doit d’intervenir plus directement par une prise en charge de ces activités: le rôle d’Etat n’est pas seulement, en effet, de préserver l’existence du groupe social; il est aussi de favoriser le bien-être collectif, en assurant le fonctionnement des services d’intérêt général. La gestion de ces services constitue tout à la fois le fondement et la limite de pouvoir des gouvernements dans la mesure où ceux-ci sont institués pour satisfaire les besoins des citoyens. La notion de service public naît logiquement de ces exigences techniques e politiques” (Chevallier, 1982: 5)

¹²² “Identificado como a organização burocrática que detém o poder sobre a sociedade civil existente no território que o delimita”, afirma Carla Gouveia (Gouveia, 2006: 21). Estando aqui implícita a definição de Estado de Marcelo Caetano e Freitas do Amaral, já referida anteriormente.

¹²³ “concebe a administração simultaneamente como uma instância subordinada ao político, encarregada de preparar e de executar decisões tomadas fora do seu âmbito, e como instituição específica, irredutível a qualquer outra devido a operar no sentido do interesse geral e a ser investida para tal fim de prerrogativas de poder público” (Chevallier, 1980: 30)

esfera política da administrativa (Chevallier, 1980: 33). A administração tem vindo a desenvolver um processo de autonomia, emergindo como “lugar por excelência vocacionado para a composição de interesses públicos e privados no «espaço público» democrático, onde se afirma o «interesse geral» a partir da identificação e conseqüente participação nos procedimentos dos múltiplos interesses particulares em causa” (Gomes, 2001: 79).

Neste novo papel de mediação entre Estado e sociedade, o poder administrativo surge reforçado – sem questionar a sua subordinação – deixando de ser apenas um instrumento de “aplicação” das políticas públicas mas, considerando as suas particularidades, equiparável a outras políticas públicas. Gomes, partindo do ensaio interpretativo das políticas públicas tecido por Quermonne (1985), reconhece a necessidade da administração pública se constituir na categoria da política institucional onde se incluem as políticas que visam a criação de instituições novas na ordem constitucional ou administrativa¹²⁴, ou a remodelação de instituições já existentes, com o intuito de as desenvolver ou transformar,¹²⁵ a par da produção de normas ou estatutos¹²⁶ (Gomes, 2001: 80).

Neste sentido, a Administração Pública, no âmbito das mudanças no Estado, é alvo da “modernização do braço operativo do Estado. As tarefas complexas desses dois níveis diferentes de intervenção estão necessariamente interligadas” (Martins, 2001: 35).

Resulta óbvio que a perda de poder do Estado para o capitalismo global, o esbatimento das fronteiras que permitam uma acção mais “localizada”, o afastamento dos cidadãos da sua participação enquanto força legitimadora do poder político se tornam determinante nas análises e perspectivas de reformas da administração pública.

Assim, se com o intuito de equilibrar as poupanças do Estado, se inicia o esforço de redução do papel directo do Estado na sociedade, transferindo-se para o mercado a prestação dos serviços públicos, delegando competências e privatizando (Gouveia, 2006: 19 referindo Pereira, 2000:86) posteriormente, com o intuito de alcançar a *Governança* do Estado, as reformas do Estado procuram uma administração pública mais moderna, mais eficaz e eficiente, garantindo a responsabilização dos governantes. Por outro lado os cidadãos, cada vez mais informados e exigentes, procuram um serviço público eficiente¹²⁷, simplificado, que desregulamente situações mas com capacidade reguladora e de protecção do bem comum e do património colectivo (Martins, 2001: 41).

Consistindo num processo de modernização progressiva da administração pública¹²⁸, a reforma, desenvolve-se sob um contexto de “diminuição de recursos do orçamento público, o aumento da

¹²⁴ Políticas constitutivas.

¹²⁵ Políticas reformadoras.

¹²⁶ Políticas reguladoras.

¹²⁷ Que passa por atribuir mais poderes e responsabilidades aos escalões intermédios e funcionais, por inovar, aumentar a colaboração com instituições da sociedade civil, substituir a decisão discricionária pela aplicação normativa, revalorizar o serviço público e os seus agentes, apostar na qualidade do atendimento, por avaliar permanentemente os resultados alcançados pelas instituições financiadas pelo Orçamento de Estado, ou seja por criar uma administração pública mais livre, eficaz, mas coordenada, contratualizada e ao serviço do cliente (Martins, 2001: 41).

¹²⁸ A que subjaz, segundo Canotilho, a mudança para um paradigma de Estado regulador (Canotilho, 2000: 30, citando Majone, 1998). Todavia a esta “catalogação” é feita uma ressalva: “não há suficiente clareza nem suficiente publicidade crítica quanto ao modo como se faz a articulação Estado Social-Estado Regulador. O apelo à ideia de

concorrência com o sector privado e a exigência geral de uma gestão mais eficiente” (Pitcheas, 2001: 63), nascendo de um constrangimento estrutural que simultaneamente pressiona a estrutura mas também lhe dá forma, resultando numa tensão que visa o aumento da produtividade através do processo de modernização iniciado.

Este processo de mudança tem implicações sociais e políticas. Os principais problemas da Administração Pública sintetizados por Canotilho, são:

Quadro 7.1.: Problemas da Administração Pública

Assimetria informativa	O regulador que define normas, regras e procedimentos de controlo, depende do “controlado” ¹²⁹ .
Harmonização da concorrência com o fim dos serviços públicos	A regulação vigia o cumprimento das regras e paralelamente controla a prossecução dos objectivos políticos e sociais, que podem contrariar ou influir com a função de observância.
Articulação entre o poder de regulação e a distribuição de competências	A atribuição de poderes necessários para o cumprimento eficaz das tarefas de regulação pode ter como resistências outros poderes constitucionalmente considerados e legitimados de outras instâncias ou organizações.
Controlo	Apesar dos reguladores possuírem independência política, não podem ignorar o controlo dos controladores.
Justiça e equidade	A regulação não contempla situações de justiça redistributiva de natureza política ou social, isto é de defesa à integração ou inclusão social.

Fonte: Canotilho, José Joaquim Gomes (2000), “Paradigmas de Estado e paradigmas da administração pública” in *Moderna Gestão Pública: dos Meios aos Resultados*, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras, INA

Assim, segundo Mozzicafreddo (2003: 2) e Weller (citado por Mozzicafreddo, 2003: 2) trata-se de “situar os problemas clássicos da relação entre eficiência e justiça, entre flexibilidade gestonária e cidadania, entre interesse geral e a administração ao serviço das pessoas” (Mozzicafreddo, 2003: 2). Discutindo as funções do Estado e conseqüentemente a sua relação com a administração pública Canotilho elege três perguntas-chave em torno das quais, actualmente, se desenvolve a problemática da definição das tarefas do Estado relacionadas com a administração pública.

Quadro 7.2.: Problemática da relação entre Administração Pública e o Estado

Problemas	Questões	Discussão
Problema do sistema aberto de tarefas estaduais	“Pode o legislador decidir discricionariamente sobre quais as tarefas que são ou não da competência do Estado?”	Num regime democrático é o legislador que tem o poder discricionário ¹³⁰ de decidir as tarefas do Estado e os modos de as desenvolver.

incomplete contracting (contrato incompleto), entre o regulador e a indústria, põe, afinal, em relevo “que o acesso a bens sociais e tutelares de base – direitos sociais, económicos e culturais – implica a sobrevivência de controlos políticos” (Canotilho, 2000: 31).

¹²⁹ Esta questão em última análise é visível nos processos eleitorais, onde cabe aos cidadãos a força de legitimar o poder de actuação dos governantes.

¹³⁰ Integrado numa ideologia partidária e num governo com poder legitimado pelos cidadãos, em última instância, o poder do legislador é legitimado pela eleição democrática de um partido.

Problemas	Questões	Discussão
Caracterização e qualificação material das tarefas estaduais	“Deve o próprio Estado assumir a produção autónoma de bens e serviços?”	A crítica à produção directa de bens pelo Estado está associada à exigência pública de determinada tarefa que deve ser transparente. A relação de transparência entre as tarefas públicas e os sistemas de financiamento poderá ter consequências democráticas e eleitorais ¹³¹ .
Formas de prossecução das tarefas públicas	“Deve a tarefa pública ser obrigatoriamente prosseguida, directamente, pela administração pública?”	O facto de uma tarefa ser considerada pública não obriga a que seja a administração pública a desenvolvê-la: o Estado, assumindo a sua responsabilidade, pode atribuir a sua execução – por razões de efectividade e eficiência e economia de desempenho – a outros padrões de organização.

Fonte: Canotilho, José Joaquim Gomes (2000), “Paradigmas de Estado e paradigmas da administração pública” in *Moderna Gestão Pública: dos Meios aos Resultados*, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras, INA, pág. 28-29.

Estamos assim perante um complexo processo de modernização dos serviços públicos¹³², que se apresenta como uma necessidade, mas também como uma tripla-exigência de eficácia¹³³, de equidade¹³⁴ e de eficiência¹³⁵, sendo actualmente a contenção e/ou redução de custos uma premissa constante.

Todavia, a modernização da administração pública não pode apenas ser entendida como um corte nos gastos, na redução de efectivos, mas como a hipótese de modernização das estruturas organizacionais.

Os factores estratégicos e a definição de objectivos a alcançar devem imperar, pois numa análise puramente economicista, equacionar a modernização dos procedimentos, dos actos administrativos (incluindo as utilização das tecnologias de informação e comunicação); da coordenação das actividades funcionais e decisórias; a qualificação dos agentes envolvidos; a alteração das formas de incentivos através da avaliação do desempenho e da recompensa; a reorganização e a descentralização e autonomização de competências, poderá representar custos mais elevados que a solução de reformar a administração pública através da redução pura de efectivos. (Mozzicafreddo, 2003: xvii).

Trata-se de uma questão de escolhas políticas com fortes implicações para o Estado enquanto coordenador do conjunto social, mas também para os cidadãos, que num estado democrático

¹³¹ Note-se que o autor refere a necessidade de comprovação empírica deste facto.

¹³² Implica muitos funcionários (segundo Mozzicafreddo cerca de 700000. (Mozzicafreddo, 2003: xv)) ¹³², geograficamente dispersos, com estatutos distintos, com diferentes formas de organização do trabalho, objectivos e funções díspares, constrangimentos financeiros variáveis, faz com que não seja uma tarefa fácil, imediata nem represente processos semelhantes para todos.

¹³³ que implica lidar com os problemas associados à produtividade, ou seja obter o máximo de produtos com o mínimo de factores ou em função do menor número de meios disponíveis.

¹³⁴ na sociedade democrática o custo e a qualidade do funcionamento das suas instituições tem que ser percebidas como justas para todos os cidadãos que para ela contribuem financeiramente, isto é cada cidadão deve aceder aos serviços que lhe permita ter os problemas solucionados em tempo útil, na quantidade certa e forma adequada.

¹³⁵ de forma a atingir os mesmos objectivos com menos despesas, menos disfuncionalidade organizativa, e economicamente variáveis, uma vez que ainda que não assuma uma orientação para os lucros, esta reforma não deve ignorar os imperativos económicos e financeiros que a limitam, ou seja deve analisar os gastos e produzir receitas.

enquanto contribuintes e eleitores são legitimadores do papel e dos objectivos da administração pública, sendo os principais visados nos resultados obtidos.

Resultando o processo de reforma da tradição cultural, do percurso e da maturidade histórica e política e das especificidades de cada Estado-Nação para o tipo de reforma adoptado, ainda que se possam encontrar algumas semelhanças, leva a que cada país desenvolva a reforma ao seu ritmo, segundo o seu calendário social e podendo assumir uma orientação para modelos mais gestores ou burocrático-modernizados. (Peters, 2001:44-45; Mozzicafreddo, 2001: 3; Pitschas, 2001: 63; Gouveia, 2006: 30).

Assim, se na verdade as reformas da administração pública, acompanhando as políticas governamentais, visam torná-la mais flexível, descentralizada, eficaz e eficiente numa óptica organizacional “pura” pode-se considerar que o processo de modernização assenta sob uma mudança organizacional – de um modelo burocrático para um modelo gestor, inspirado nas orientações de gestão das organizações privadas.

Num nível macro estas mudanças reflectem-se na liberalização e privatização das actividades económicas e sociais do sector público, na flexibilização dos regimes e contratos de trabalho, na desregulamentação, na delegação e devolução de competências a organismos intermediários que separam a esfera política da esfera da administração pública, bem como a função de concepção da função de execução: as agências autónomas de gestão¹³⁶. Esta cisão tem implícita a noção de que a autonomia de gestão corresponde a um aumento da qualidade dos serviços e a uma execução mais eficiente. Pitschas a este propósito¹³⁷ adverte para os riscos implícitos ao modelo de gestão pública (*new public management*) afirmando que “este modelo promete reduzir a burocracia, mas aumenta muito – através de relatórios e do controlo – os processos burocráticos, nas unidades administrativas descentralizadas. A intenção de melhorar o «desempenho» confronta-se com a determinação das administrações em poupar dinheiro, que afecta, em muitos sítios, a qualidade dos serviços pretendida” (Pitschas, 2003: 39). Ao nível micro, as políticas de reforma relacionam-se com o funcionamento do sistema, com a sua forma organizativa, nomeadamente no seu relacionamento com o exterior, sendo a proximidade dos cidadãos, entendidos como clientes dos serviços da administração pública sob influência dos modelos gestores, uma prioridade.

7.1. CAUSAS E ORIGENS DA REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

As reformas da Administração Pública têm vindo a acontecer desde os anos de 1960-1970. Ainda que com uma calendarização social e política distinta – assumindo cada país as suas estratégias de reforma em função das ideologias políticas e das necessidades sociais percebidas dos cidadãos – as reformas ocorridas podem ser sistematizadas em função de vagas, como sugere Guy Peters (2001).

¹³⁶ Como as agências executivas inglesas, as autoridades administrativas independentes da França, os contratos da Holanda ou as agências independentes suecas. (Mozzicafreddo, 2003: 5)

¹³⁷ Tomando como referência a experiência de reforma da administração pública alemã.

Quadro 7.3.: Sistematização dos processos de reformas da Administração Pública

<p>1ª vaga (ciclo) de mudança de 1960 a 1970</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de “agências”: transferência do poder central para organismos mais autónomos e com maior capacidade de aproximação às necessidades públicas dos cidadãos. • Redução dos escalões hierárquicos estruturadores dos organismos públicos, aumento do poder dos escalões inferiores ou mesmo aos utentes/clientes¹³⁸ destes organismos. • Democratização do sector público: as melhorias advêm do envolvimento e da integração das ideias dos funcionários e utentes/clientes, estando implícita a noção de <i>empowerment</i>. • Alteração dos processos de tomada de decisão governamentais e dos modos de repartição dos recursos pelos sectores públicos. • Desregulamentação e desinstitucionalização dos sistemas da função pública, aumentando a autonomia dos “gestores” públicos na contratação, despedimento, promoção e recompensa dos trabalhadores do sistema, alterando a lógica do “sistema de emprego da função pública”¹³⁹. • Adopção e aplicação de critérios de mercado de forma a reduzir custos públicos e melhorar os serviços prestados aos cidadãos, através da criação de mercados internos em sectores políticos – como a saúde. • Fomentação de concorrência entre organismos estatais e organizações privadas perante obras estatais o que permite a contratação do serviço público, possibilitando a criação de <i>quase-mercados</i> • Adopção de técnicas de mercado na gestão de recursos humanos: pagamento pelo desempenho, recrutamento, interno ou externo à função pública e independente de uma carreira, contratação individual como forma de controlo do comportamento organizacional e de gestão das remunerações.
<p>2ª vaga (ciclo) de mudança de 1980 a 1990 e início do séc. XXI¹⁴⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retoma e valorização da eficácia como medida de aferição da qualidade do desempenho governativo. Importa aqui considerar os resultados e não os processos, e permite um maior controlo da relação orçamento/qualidade produzida. • Orientação para os resultados¹⁴¹: regulamentação do sector público através do acompanhamento e avaliação das políticas “ex post” e não no controlo dos gestores antes das medidas e decisões serem tomadas. • Reconhecimento da fragmentação do governo e tentativa de retoma da “coordenação” governativa. • Reforço da importância da responsabilidade dos organismos públicos e seus profissionais, incluindo os organismos autónomos ou quase autónomos que foram criados anteriormente. • Perceber que os processos de reforma assumem um carácter de continuidade¹⁴² e com um efeito em cascata, ou seja, uma reforma gera uma reforma¹⁴³, sendo por isso importante desenvolver mecanismos de avaliação e acompanhamento das reformas que permitam analisar os impactos

¹³⁸ Sobre a utilização destes dois conceitos, a que está implícito uma reforma mais gestionária ou mais orientada para modernização do serviço público (New public management/Nova Administração Pública) distingue Mozzicafreddo: “os cidadãos tanto são *utentes* (ocasionais) quando utilizam um produto ou um serviço, como *clientes* quando pagam em contrapartida de uma escolha; são igualmente *beneficiários* quando portadores de direitos específicos no âmbito da lógica de redistribuição, como *contribuintes* e, ainda, *eleitores* e *eleitos* quando olhados desde o ponto de vista da participação pública” (Mozzicafreddo, 2001: 27).

¹³⁹ Esta problemática será retomada e desenvolvida posteriormente no capítulo destinado à discussão do emprego na função pública.

¹⁴⁰ Que incluem também os primeiros anos do séc. XXI, ainda que actualmente o levantamento das mudanças emergentes da administração pública é mais difícil, até porque ainda estão a ocorrer.

¹⁴¹ A importância da avaliação pelos resultados ganhou visibilidade e importância nos Estados Unidos da América na presidência de Bill Clinton através da Lei sobre o Desempenho e os Resultados (versão democrata) ou Lei dos resultados (versão republicana), criada em 1993. Aqui, visando um governo que *trabalhasse melhor e custasse menos*, era exigido que as agências federais desenhassem um plano de actuação anual, com objectivos específicos e passíveis de ser avaliados quantitativamente, permitindo ao governo orientar as suas decisões orçamentais com base nos relatórios anuais de cada agência (Rosenbloom, 2003: 206). Porém, não retirando a pertinência económica e financeira deste tipo de ferramentas de gestão – importantes no actual contexto de contenção de gastos – refere Mozzicafreddo: “os indicadores de relação resultados/custos. Parece ser menos pertinente quando se trata da qualidade dos produtos, da racionalidade das medidas e da equidade da utilização, ou mesmo dos critérios de eficiência dos recursos públicos. Para estes resultados mais qualitativos parece não haver indicadores adequados no modelo financeiro da *accountability*. O princípio da *accountability* na administração pública não pode ser reduzido a uma questão técnica, pois trata-se de uma questão democrática” (Mozzicafreddo, 2003: 4)

¹⁴² António Correia de Campos refere-se ao processo de reforma da administração pública como “o complexo e nunca encerrado tema da modernização da administração pública” (Campos, 2000: 7)

¹⁴³ Peters refere a existência de razões administrativas, técnicas e políticas para explicar este fenómeno. Quanto às administrativas, partindo das análises de Salamon (Salamon, 1980, citado em Peters, 2001:49) que evidenciam a ocorrência periódica de reformas, Peters refere que actualmente os ciclos de mudança são menos espaçados no tempo devido à “desilusão” dos resultados esperados e os obtidos, à perversidade das suas consequências aquando a implementação e ao facto da “ciência administrativa” não estar desenvolvida ao ponto de poder “aconselhar” e orientar as reformas de forma torná-las eficazes, uma vez que “as tentativas de reformas do sector público podem

económico-financeiros (e ou de recursos) inerentes a uma reforma e a melhoria da qualidade do serviço prestado ao cidadão, bem como a satisfação deste face à mudança.
--

Fonte: inspirado em Peters, Guy (2001), “De mudança em Mudança, Padrões de Reforma Administrativa Contínua”, in Mozzicafreddo e Gomes (orgs.) (2001), *Administração e Política*, Oeiras Celta Editora, pág. 45-59; e Rosenbloom, David (2003), “As reformas administrativas em dos EUA na era Clinton-Gore”, in Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João S. Batista (org.) (2003), *Ética e Administração*, Oeiras, Celta Editora, pág. 206.

Nas últimas duas décadas, administração pública, tem sofrido inúmeras alterações, a que não é certamente alheia a identificação da administração pública como forma directa e privilegiada de contacto com os cidadãos, assumindo um papel de destaque no exercício do poder político e na sua legitimação.

Todavia, ou se calhar por isso mesmo, os processos de reforma apresentam-se como “*soluções*” inerentes a “*estilos*” políticos e organizativos e independentemente do seu sucesso, “subsistem inúmeros problemas de administração pública nestes países¹⁴⁴, e alguns deles resultam da actividade de reforma anterior” (Peters, 2001: 60). Ou como diz Gomes (2001), algumas linhas reformadoras desapareceram apenas devido à sua emergência espontânea e desintegrada no tempo e espaço social e político: “Ao longo dos anos, é certo, muitas inovações que foram sendo introduzidas na administração pública não corresponderam a concepções estratégicas coerentes de reforma, antes representaram uma resposta imediata, parcial, pragmática, por vezes esporádica e meramente tática perante problemas urgentes. Assim, frequentemente desapareceram com a mesma rapidez com que surgiram” (Gomes, 2001: 77)

Como se pode observar na sistematização anterior, uma das iniciativas de reforma do funcionamento da administração pública reside na introdução das técnicas de gestão profissional, que com o intuito de fomentar a competição intra serviços e no mercado, visa aumentar a eficácia da execução e da responsabilidade pelas decisões, relativamente ao cliente/utente e as entidades da administração pública se relaciona, conduzindo à diminuição dos constrangimentos normativos e regulamentares, considerados os principais obstáculos à eficiência e agilidade do sector público.

Outra iniciativa relaciona-se com a desburocratização da função pública e consiste na racionalização e simplificação das normas e procedimentos administrativos, na introdução de novas tecnologias de informação e comunicação, na limitação da sobreposição de serviços, na eliminação de circuitos burocráticos e adequação da linguagem administrativa à jurídica de forma a aumentar os resultados e diminuir despesas.

dependem tanto da intuição, da experiência e da sorte como da capacidade de prever resultados, sendo de esperar estes efeitos perversos (Peters, 2001: 52). Quanto às razões técnicas, Peters evidencia a necessidade de mecanismos de avaliação e acompanhamento que permitam 1) analisar a poupança económica (e ou de recursos) inerente a uma reforma e 2) a melhoria da qualidade do serviço prestado ao cidadão e a satisfação deste face à mudança.

As razões políticas são vastas e relacionam-se sobretudo com as políticas interorganizacionais e partidárias. Na verdade, para além dos ciclos políticos e as diversas orientações ideológicas poderem determinar a continuidade dos processos de mudança, o facto de as reformas já desenvolvidas terem promovido uma distribuição dos poderes em instituições autónomas ou quase autónomas e uma conseqüente redução do poder central, pode levar a que partidariamente, a oposição desenvolva mecanismos que, cegos em relação ao propósito último de desenvolver o bem-estar dos cidadãos, sejam instrumentalizados no sentido luta pelo poder e não na melhoria dos serviços, reproduzindo necessidade de mudança da mudança.

¹⁴⁴ Europa, América do Norte, Austrália e Nova Zelândia.

A reforma da administração pública visa ainda aproximar o cidadão/cliente da administração pública, não apenas através da qualidade dos serviços, mas também na aproximação física e real – criação das Lojas do Cidadão, por exemplo – e na redução dos custos dos serviços prestados e suportados pelos “clientes” Gomes (2001).

Tendo como factores exógenos a evolução financeira, as expectativas dos cidadãos, as mudanças de estado e de governação e o aumento da complexidade das funções públicas, as reformas da administração pública na Europa têm-se desenvolvido em torno de três formas de actuação: 1) na lógica do mercado – através por exemplo da privatização, da criação de agências independentes, contratualismo, análises custo/benefício – 2) em iniciativas participacionistas – através da orientação para o cliente, valorização das reclamações, avaliação da qualidade dos serviços, entre outras – e 3) na desregulamentação e desburocratização – através da simplificação de procedimentos, flexibilização do estatuto laboral, por exemplo.

Porém, segundo Mozzicafreddo, as reformas têm decorrido de forma paradoxal, uma vez que não integram os seus próprios agentes, ou seja pretende-se “fazer a reforma sem tocar na dimensão e responsabilização dos agentes do sector público” (Mozzicafreddo, 2001: 9), pelo que a ineficácia, desconfiança, ou resistência a estes processos de modernização, decorre das próprias orientações gestionárias ao não envolver os agentes que as integram e ao atribuir o insucesso da reforma apenas à ausência da lógica de mercado no interior da administração pública.

Assim, Mozzicafreddo defende que “afigura-se importante abordar a modernização da administração pública no contexto prático da gestão política, ou seja, não simplesmente como uma política de redução de pessoal e de diminuição dos custos imediatos, nem como uma reforma que descaracteriza a sua função e princípios de identidade, mas sobretudo como uma reforma onde os próprios agentes estejam interessados e obtenham, em termos gerais, benefícios da mesma” (Mozzicafreddo, 2001: 10).

Outra questão essencial no processo de modernização da administração pública é a acumulação de saber e de experiência e a avaliação de experiências anteriores. Porém, neste âmbito, a disfuncionalidade inerente à descoordenação dos vários subsistemas da administração pública e o poder de decisão restrito, leva a que a administração pública se caracterize por uma memória fragmentada, de difícil acumulação e instrumentalização futura.

A modernização, que surge do questionar o funcionamento do Estado¹⁴⁵ – assente no modelo organizacional burocrático – face à globalização e à internacionalização da economia, surge na tentativa de colmatar as necessidades das instituições públicas. Assim a adopção de modelos de gestão visa ultrapassar a crise fiscal, a escassez de recursos, através da flexibilidade, da descentralização, da eficiência, da eficácia, da responsabilização e da transparência.

¹⁴⁵ Esta mudança da administração pública assenta na emergência de um novo paradigma do Estado que hoje tende a ser denominado por paradigma do Estado regulador (Canotilho, 2000: 21).

Porém, de acordo com diversos autores (Mozzicafreddo, 2001: 20; Pitschas, 2001:75; Chevallier, 1980: 128-129, Silva, 2004: 25), a modernização pode desenvolver-se sob vários ideais-tipo inerentes a diferentes perspectivas ideológicas, ainda que nenhum deles preconize um radical abandono da organização estruturada e hierarquizada das administrações (legal burocrática segundo Weber), nomeadamente o New Public Management onde se defende que a gestão privada melhorará o desempenho do Governo uma vez que será desenvolvida através da eficiência, da eficácia e da racionalização da administração segundo o mercado e não pela hierarquia (Peters, 1996)

A reforma da administração pública implica processos complexos quer a nível político, institucional ou individual que descendem já das burocracias europeias, note-se que estas derivam “desse facto político [que o sector público actue com uma racionalidade que transcende o seu fim, sendo organizado com base na uniformidade, na impessoalidade, na força dos procedimentos e no controlo democrático dos recursos colectivos] e de uma longa tradição da formação de formação central na unificação das sociedades e, inclusive, na formação de culturas e comportamentos colectivos” (Mozzicafreddo, 2001: 26)

Para além disto, o “arrastamento” das reformas da administração pública nos países europeus ao longo das últimas duas décadas (Peters, 2001, 43-44), evidencia a complexidade dos processos de reforma, sendo o seu prosseguimento muitas vezes relacionado com as reacções às reformas já desenvolvidas (Peters, 2001: 44) colocando o processo reformador como parte integrante do processo político.

Como já se referiu o processo de modernização da administração pública é de reconhecida necessidade mas não assume uma forma ou fórmula única de actuação, resultando mais de opções políticas “pragmáticas” que de estratégias “programáticas”¹⁴⁶.

Assim, as “escolhas” são mistas e definidas “caso a caso” em função da adequação à heterogeneidade das necessidades de uma sociedade segmentada e da supressão das insuficiências das organizações burocráticas, tornando a administração profissional, em determinados sectores, essencial às formas e estruturas de funcionamento que visem o aperfeiçoamento organizacional.

Porém, de acordo com diversos autores (Mozzicafreddo, 2001: 20; Pitschas, 2001:75; Chevallier, 1980: 128-129, Silva, 2004: 25), a modernização pode desenvolver-se sob vários ideais-tipo inerentes a diferentes perspectivas ideológicas – nomeadamente o New Public Management e a Nova Administração Pública – ainda que nenhum deles preconize um radical abandono da organização estruturada e hierarquizada das administrações (legal burocrática segundo Weber). Ou seja, a reforma da administração pública decorre sob a forma de gestão profissional e da organização

¹⁴⁶ Como ilustra a afirmação de João Cravinho: “Falta-nos uma conceptualização da Reforma Administrativa que conjugue pensamento e acção num mesmo marco estratégico. O que tem havido resume-se a variações marginais ou a reforma sectoriais em contextos específicos” (Cravinho, 2000: 112).

institucional do modelo de administração *weberiano* em que assentam os estados democráticos europeus¹⁴⁷.

Apesar de terem pressupostos diferentes, a adopção de cada um destes modelos no processo de reforma da administração pública não é estanque nem unívoco, não havendo consenso sobre as vantagens de um sobre as desvantagens do outro. Este facto, a que se junta o “arrastamento” das reformas da administração pública nos países europeus ao longo das últimas duas décadas (Peters, 2001, 43-44), evidencia a complexidade do processo de reforma, sendo o prosseguimento da reforma muitas vezes relacionado com as reacções às reformas já desenvolvidas (Peters, 2001: 44) colocando o processo reformador como parte integrante do processo político.

7.2. A NOVA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E O NEW PUBLIC MANAGEMENT

Na discussão dos modelos de reforma da administração pública, Mozzicafreddo sistematiza as principais características, vantagens e limitações, como se pode observar no quadro que se segue.

Quadro 7.4.: Modelos de reforma da administração pública (ideal-tipo)

	Nova Administração Pública ¹⁴⁸	<i>Orientação</i>	New Public Management	<i>Orientação</i>
Problemas organizacionais	Reorganização e modernização	Contexto e objectivos	Desburocratização	Experimentalismo
Formalismo, fechamento, opacidade	Equilíbrio entre especialistas e organização (flexibilidade) racionalização e mobilidade	Participação, transparência, informação, qualidade dos serviços	Sistema de gestão não hierarquizado, gestão empresarial	Singularidades, tratamentos de casos específicos
Limitada resposta à complexidade e à rapidez	Desregulamentação: equilíbrio entre universalidade e heterogeneidade	Simplificação de procedimentos, atenção à heterogeneidade	Eficiência e produtividade organizacional, incentivos à diferenciação	Privatização, desburocratização, <i>downsizing</i>
Crise de eficácia e da funcionalidade dos subsistemas públicos	Autonomia de competências, gestão e programas transversais, flexibilidade orçamental	Qualificação, tecnologias de informação, coordenação de funções e serviços	Lógica de mercado, contratação de serviços, projectos flexíveis	Escolha regulada pelo interesse individual; salário/performance

¹⁴⁷ “As burocracias europeias derivam desse facto político [que o sector público actue com uma racionalidade que transcende o seu fim, sendo organizado com base na uniformidade, na impessoalidade, na força dos procedimentos e no controlo democrático dos recursos colectivos] e de uma longa tradição da formação de formação central na unificação das sociedades e, inclusive, na formação de culturas e comportamentos colectivos” (Mozzicafreddo, 2001: 26)

¹⁴⁸ No seguimento do Modelo Burocrático.

	Nova Administração Pública ¹⁴⁸	<i>Orientação</i>	New Public Management	<i>Orientação</i>
Binómio custos/benefícios e crise fiscal	Serviço público como objectivo; papel do Estado, regulação/orientação, administração indirecta	Racionalização e equidade em políticas públicas, contratação	Separação da concepção e elaboração da execução	Autonomia das equipas técnicas; orçamentos e planeamentos próprios
Corporativismo e respostas casuísticas	Regulação, parcerias, descentralização, delegação de competências, privatização	Flexibilidade institucional: redes, agências autónomas, <i>continuum</i> público/privado	Devolução, delegação de poderes, diminuição da organização	Pilotagem pelo mercado em lugar da burocracia

Fonte: Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes (org.) (2001), *Administração e Política*, Oeiras, Celta Editora, pág. 20.

Como já se referiu o processo de modernização da administração pública é de reconhecida necessidade mas não assume uma forma ou fórmula única de actuação, resultando mais de opções políticas “pragmáticas” que de estratégias “programáticas”¹⁴⁹.

Assim, as “escolhas” são mistas e definidas quase caso a caso em função da adequação à heterogeneidade das necessidades de uma sociedade segmentada e da supressão das insuficiências das organizações burocráticas, tornando a escolha de administrar de forma profissional, em determinados sectores, essencial às formas e estruturas de funcionamento que visem o aperfeiçoamento organizacional.

O caso da gestão social é um exemplo paradigmático para a administração pública, detendo o monopólio da prestação de serviços solicitados por uma população, tendo recursos escassos e uma rigidez interna, actua como protector face ao mercado, assentindo o formalismo nos procedimentos e formas de actuação, acentuando o divórcio entre a prestação de serviços e a satisfação dos cidadãos que dela necessitem. A gestão da saúde – e das instituições que prestam cuidados de saúde incluem-se aqui.

Assim, se as lógicas gestionárias – ainda que sem considerar a prática de gestão privada como um modelo de referência – podem ser pertinentes na limitação das disfuncionalidades estruturais internas à função pública, nomeadamente através da contratualização (adequação da contratação ao perfil do candidato) e flexibilização no desempenho de tarefas e projectos; avaliação orçamental estipulada em função dos objectivos definidos, criação de sistemas de carreiras¹⁵⁰ e de remuneração articulada com a avaliação de desempenho dos profissionais, permitindo reflectir a *performance* do trabalhador e a responsabilidade que este assume na/pela produtividade nos valores retributivos, em termos políticos, a opção mais eficaz para este processo de modernização será estimular a

¹⁴⁹ Como ilustra a afirmação de João Cravinho: “Falta-nos uma conceptualização da Reforma Administrativa que conjugue pensamento e acção num mesmo marco estratégico. O que tem havido resume-se a variações marginais ou a reforma sectoriais em contextos específicos” (Cravinho, 2000: 112).

¹⁵⁰ Onde se incluem a protecção do plano social.

produtividade dos recursos humanos¹⁵¹ e, através da coordenação dos serviços, evitar a redundância de processos e procedimentos e corrigir desperdícios, pois nas palavras de Mozzicafreddo: “uma orientação mais profissionalizante da administração pública, é o único caminho que pode resolver os obstáculos à ineficiência e ao binómio custo/benefício do sistema da administração pública, no contexto das normas colectivas de legalidade e de legitimidade democrática das nossas sociedades” (Mozzicafreddo, 2001, 23).

Em termos reais e concretos, quanto mais próxima a gestão for do “objecto em causa” mais adequada será, ou seja, perante uma heterogeneidade de situações e contextos a modernizar importa adequar a solução à especificidade de cada instituição ou organismo, sob a penalização de promover não só a desmotivação dos profissionais como a inércia oposta à orientação profissionalizante de gestão. João Cravinho reforça a importância desta proximidade referindo que a “eficiência das instituições deve muito a pequenos aperfeiçoamentos incrementais” (Cravinho, 2000: 102), feitos caso a caso.

Esta heterogeneidade de actuação implica uma capacidade de coordenação horizontal e vertical e o envolvimento de diversos profissionais, sendo por isso um caminho com dificuldades acrescidas, onde é imperioso desenvolver “negociações” intra-profissionais e articular os interesses institucionais – públicos – se possível com os de todos os profissionais.

Estão em causa questões de controlo das decisões e não tanto burocráticas ou de cristalização do funcionamento da administração pública – através dos seus agentes – uma vez que as decisões e o poder se definem num contexto de partilha dos domínios em diversos escalões através de arranjos (in)formais desenvolvidos entre os serviços prestados pelas instituições e o cidadão.

Assim, “a aplicação de medidas que possam pôr em causa o poder que a estrutura organizativa e estes modos de regulação permitem, limitam as possibilidades de introdução de reformas que não integrem parte desses poderes existentes e dos seus *arranjos negociados* e entendimentos com o exterior” (Mozzicafreddo, 2001, 24), pelo que a melhoria do funcionamento administrativo da administração pública, operacionalizado no processo de modernização da administração pública sob uma orientação profissionalizante da gestão pública implica integrar, ou pelo menos considerar, as questões do poder e as dinâmicas dos grupos de influência interna – as suas especificidades contextuais e organizacionais, em contraposição à heterogeneidade da função pública em geral, para que as resistências à modernização sejam controladas, diluídas e limitadas, nunca esquecendo que “a simplificação, a desburocratização e a qualificação dos serviços é também uma luta de pequenos passos, e não só de grandes saltos” (Cravinho, 2000: 103).

Um serviço público motivado e capaz de promover as “principais políticas, decisões e acções com influência no futuro” (Dror, 2000: 45) que Dror denomina como “funções superiores”, estrutura-se com funcionários seniores, com boa base académica e elevada experiência na tomada de decisão, actuando desta forma como catalisadores da modernização da função pública.

¹⁵¹ Apostando na qualificação, nas novas tecnologias, na flexibilização das recompensas e estabelecendo formas de penalização que responsabilizem os funcionários.

Porém, segundo este autor “mais difícil será a motivação, a qual requer estruturas e incentivos institucionais que promovam a dedicação a tarefas de nível superior. E ainda mais importante e difícil é a necessidade de uma cultura administrativa na qual a preocupação com o futuro represente uma componente essencial dos conceitos de missão e de tarefa” (Dror, 2000: 50). Esta dificuldade prende-se com a contradição de uma cultura organizacional estritamente voltada para a prestação de serviços e para o dar resposta imediata às solicitações actuais e uma cultura administrativa voltada para o futuro, que segundo Dror ainda não existe.

Comparando a reforma da administração pública em geral, com a actuação da lógica empresarial pode-se observar que o modelo gestor se desenvolveria em torno da liberalização, da desregulamentação e do aligeiramento dos encargos com o pessoal, e à luz da nova administração pública através da regulação da acção pública de forma a adequar a estrutura ao funcionamento da administração através da introdução de mecanismos aperfeiçoados e da análise das relações de legalidade de forma a tornar a administração pública mais democrática e equitativa.

Assim, se por um lado o primeiro modelo visa a transposição das formas de gestão empresarial para as organizações públicas, nomeadamente através da eficiência e da economia de custos colectivos, já o segundo propõe o funcionamento mais profissional, eficiente e sensível às mudanças externas, revalorizando a tradição do serviço público na acção colectiva da esfera democrática.

Uma vez que a gestão, a política e a legalidade integram estruturalmente a administração pública, bem como os objectivos a que esta se propõe, o processo de modernização e de reforma não pode apenas assumir o enfoque nas lógicas gestórias do mercado e da esfera do privado.

Nas empresas privadas, uma vez que a racionalidade está apenas no seu próprio fim e nos seus interesses próprios, não são obrigados a transcender o seu próprio âmbito, sendo esta, segundo Mozzicafreddo a grande diferença entre o modelo gestor – *new public management* – e a nova administração pública, ou seja, a definição de objectivos e valores da esfera pública (nomeadamente o interesse geral e o serviço público) e privada (sobretudo através do interesse particular, lógica de mercado e obtenção de lucro).

Se as instituições públicas visam dar resposta às necessidades da sociedade em geral e do cidadão em particular – sendo contraditório na confrontação de direitos e deveres que estruturam a complexidade das sociedades europeias¹⁵² – as instituições privadas visam o lucro e a rentabilidade na relação que estabelecem com o cliente, visto como sujeito orientado para a racionalidade privada (Mozzicafreddo, 2001: 27), pelo que as sociedades que tradicionalmente se assumem como democráticas e defendem a cidadania¹⁵³ como forma de legitimar o poder político, devem ser prudentes na adopção de estratégias reformadoras estritamente gestórias. O carácter público da organização torna-se assim uma peça central que não pode ser abordado apenas em função da lógica

¹⁵² Mozzicafreddo citando Wight, Vicent (1994), *Reshaping the State: the implications for public administration*, *West European Politics*, vol.17.

¹⁵³ Considerada como “categoria que estrutura as sociedades democráticas no sentido que o aprofundamento das suas características democráticas está inscrito no aumento regular das capacidades de decisão dos indivíduos e no exercício da sua liberdade de escolha individual e colectiva” (Mozzicafreddo, 2001: 28)

da gestão e da criação do lucro, mas da perspectiva da instituição, através das normas, dos actores e da legitimidade pública das decisões, isto é do lugar da dimensão política e das relações administrativas, especialmente se a saúde é um dos sectores de actividade mais complexos e particulares (Reis, 2007: 63),

Em termos reais e concretos, quanto mais próxima a gestão for do “objecto em causa” mais adequada será, ou seja, perante uma heterogeneidade de situações e contextos a modernizar importa adequar a solução à especificidade de cada instituição ou organismo, sob a penalização de promover não só a desmotivação dos profissionais como a inércia oposta à orientação profissionalizante de gestão. João Cravinho reforça a importância desta proximidade referindo que a “eficiência das instituições deve muito a pequenos aperfeiçoamentos incrementais” (Cravinho, 2000: 102), feitos caso a caso.

Esta heterogeneidade de actuação implica uma capacidade de coordenação horizontal e vertical e o envolvimento de diversos profissionais, sendo por isso um caminho com dificuldades acrescidas, onde é imperioso desenvolver “negociações” intra-profissionais e articular os interesses institucionais – públicos – se possível com os de todos os profissionais.

Estão em causa questões de controlo das decisões e não tanto burocráticas ou de cristalização do funcionamento da administração pública, sendo que as decisões e o poder se definem num contexto de partilha dos domínios em diversos escalões através de sinergias desenvolvidas entre os serviços prestados pelas instituições e o cidadão. Assim, “a aplicação de medidas que possam por em causa o poder que a estrutura organizativa e estes modos de regulação permitem, limitam as possibilidades de introdução de reformas que não integrem parte desses poderes existentes e dos seus *arranjos negociados* e entendimentos com o exterior” (Mozzicafreddo, 2001, 24), pelo que a melhoria do funcionamento administrativo da administração pública, no âmbito da modernização, sob uma orientação profissionalizante da gestão pública, implica integrar, ou pelo menos considerar, as questões do poder e as dinâmicas dos grupos de influência interna nas suas especificidades contextuais e organizacionais, em contraposição à heterogeneidade da função pública em geral, para que as resistências à modernização sejam controladas, diluídas e limitadas, nunca esquecendo que “a simplificação, a desburocratização e a qualificação dos serviços é também uma luta de pequenos passos, e não só de grandes saltos” (Cravinho, 2000: 103).

Com o intuito de promover a reforma do funcionalismo público de forma motivada e capaz de promover as “principais políticas, decisões e acções com influência no futuro” (Dror, 2000: 45) que Dror denomina como “funções superiores”, defende que os funcionários seniores, com boa base académica e elevada experiência na tomada de decisão devem ser envolvidos neste processo, podendo actuar como catalisadores da modernização da função pública.

Dror, defendendo que a administração pública deve visar sobretudo uma construção sustentada do futuro e não uma procura obstinada da eficiência¹⁵⁴, afirma que “a maioria das abordagens de

¹⁵⁴ Este posicionamento reflecte uma crítica à adopção do modelo gestor mais puro da administração pública.

desenvolvimento do sector público negligenciam uma função de governação extremamente importante e única, que é a de se empenharem em, deliberadamente, definir trajectórias para o futuro, supervisionar e, quando necessário, regular outros intervenientes do mesmo processo” (Dror, 2000: 47), ou seja, defende que os governos têm de se empenhar activamente numa construção sólida de administração pública por que as suas decisões, que se interligam num encadeado de decisões, terão impactos múltiplos na vida dos cidadãos e formas de governação. Este empenho activo corresponde à necessidade de repensar a administração pública e a sua “reforma”, não apenas no âmbito político e governativo, mas também em termos organizacionais e da ética profissional e atender especialmente à: “1) violação insensível e quotidiana das normas, boas ou más; 2) fuga às regras e disciplina da gestão pública por via legislativa; 3) insensibilidade a uma gestão financeira administrante não aferida pelos resultados; 4) regresso ao centralismo, doença das administrações arcaicas ou ineficientes” (Martins, 2000: 14).

7.3. AS REFORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA EM PORTUGAL: OS PROGRAMAS DOS GOVERNOS CONSTITUCIONAIS

Analisando as reformas da administração pública propostas pelos diversos governos constitucionais democráticos, desde o V – 1979 – até ao XVIII governo constitucional – 2011 – observa-se que é em 1979 que se assume pela primeira vez que “as deficiências da nossa administração têm vindo a ser continuamente apontadas, exigindo-se modificações, designadamente nas estruturas orgânicas e técnicas de gestão” (Programa do V Governo Constitucional: 27).

No entanto, identificada esta situação em 1979, as medidas concretas de actuação têm percorrido a história da II República, ficando cada vez mais pormenorizadas à medida que nos aproximamos da actualidade.

Como se pode observar na Figura 7.1., a questão da reforma da administração pública e da sua adequação às necessidades reais do país e da população que serve em Portugal, nunca mais foi abandonada enquanto actuação estratégica, verificando-se até uma preocupação crescente nesta matéria, manifesta no aumento de medidas específicas previstas para a prossecução dos objectivos de modernizar a administração pública.

A análise que se segue foi desenvolvida através de uma categorização inicial em indicadores e em dimensões de análise, de forma a dar uma leitura inteligível de toda a informação existente ao longo de todos os Programas de Governo analisados (para maior detalhe cf. notas metodológicas, capítulo 5 do presente trabalho).

Esta perspectiva permite identificar as principais áreas estratégicas de actuação no âmbito da reforma da administração pública ao longo dos vários governos da II República Portuguesa e, além disso, perceber a intensidade com que estas linhas orientadoras têm sido desenvolvidas.

A captação desta intensidade, a par dos desvios padrão calculados para cada dimensão e que afere a dispersão da distribuição interna de cada dimensão, permitirá identificar as principais áreas

prioritárias de actuação, o desenvolvimento das reformas da administração pública ao longo dos anos e mapear as temáticas “recorrentes” nas escolhas dos governos constitucionais na prossecução dos seus objectivos ideológicos e governativos.

Desta forma, na análise desenvolvida, mais do que apenas fazer uma correspondência entre uma dimensão com um número numa escala, destaca-se a capacidade de se poder desenvolver uma retrospectiva temporal e acompanhar as diferentes políticas assumidas, pelos diferentes governos executivos. As apostas, as intenções de actuação nas diversas áreas e as orientações de cada executivo ficam assim mais claras e evidentes.

Neste sentido, analisando a Figura 7.1. observa-se, no âmbito das reformas da administração pública, que ao longo dos diversos governos constitucionais os temas relacionados com as “Mudanças inerentes aos trabalhadores”, os “Sistemas de informação e comunicação”, as “Mudanças estruturais relacionadas serviços centrais e governo” e o “Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP” são os temas que mais estão presentes nas propostas de actuação dos diferentes executivos e que dentro destas, se destacam sobretudo as questões relacionadas com o dar resposta às necessidades nacionais, em geral, e dos cidadãos, em particular, e com os sistemas de informação e comunicação, uma vez que é nestas dimensões que se identifica uma maior intensidade, ou seja, estas temáticas contaram com uma maior ocorrência recorrentes em todos o programas constitucionais analisados, como aliás se pode observar no Quadro 7.1..

Estes resultados, na senda dos resultados defendidos por Jane Fountain (2006) e Rita Espanha (2010), confirmam que efectivamente as reformas do sector público são decisivas para o desenvolvimento da sociedade comunicacional (e em especial as que se desenvolvem em torno das tecnologias de informação e comunicação) uma vez que é destas que emanam os princípios que orientam o desempenho do sector público para a e-governança, a e-formação, a e-segurança e a e-saúde¹⁵⁵. Neste sentido, e como já foi amplamente referido anteriormente o Estado assume um papel determinante na regulação e promoção da indústria da comunicação na adaptação aos valores e necessidades da sociedade (Espanha, 2009a: 32).

Observou-se que o interesse pela utilização das tecnologias de informação e comunicação na prossecução dos objectivos dos governos no âmbito das reformas da administração pública é praticamente transversal a todos os executivos, no entanto é nos governos de ideologia socialista que se observa uma maior intensidade neste interesse.

Portugal não escapa a esta tendência. Na verdade, a orientação crescente sobre esta área nos últimos anos reflecte a presença desta temática na agenda política nacional (Quadro 7.5.), incluindo-se o nosso país na discussão teórico-social da sociedade comunicacional, sociedade em rede¹⁵⁶, globalização, reflexividade, individualização e do risco¹⁵⁷ dos países desenvolvidos

¹⁵⁵ E-organização em saúde e e-interacção em saúde.

¹⁵⁶ Este modelo visa articular os modelos de comunicação anteriores – comunicação interpessoal, comunicação um-para-muitos e comunicação de massa – de forma a produzir novos formatos de comunicação, novas formas de empowerment e de autonomia comunicativa. É “um modelo comunicacional caracterizado pela fusão da

Quadro 7.5.: Dimensão mais referida ao nos Governos Constitucionais analisados

	Dimensão mais referida na reforma da AP
V Gov. Const., PS, 1979-1980	Tecnologias de informação e comunicação; Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP
VI Gov. Const., PSD, 1980-1981	Tecnologias de informação e comunicação
VII Gov. Const., PSD, 1981-1981	Tecnologias de informação e comunicação
VIII Gov. Const., PSD, 1981-1983	Tecnologias de informação e comunicação
IX Gov. Const., PS, 1983-1985	Tecnologias de informação e comunicação
X Gov. Const., PSD, 1985-1987	Tecnologias de informação e comunicação
XI Gov. Const., PSD, 1987-1991	Tecnologias de informação e comunicação
XII Gov. Const., PSD, 1991-1995	Mudanças inerentes aos trabalhadores
XIII Gov. Const., PS, 1996-1999	Mudanças organizacionais e legais inerentes à reforma; Mudanças estruturais relacionadas serviços centrais e gov.; Mudanças para paradigma gestor (New Public Management); Tecnologias de informação e comunicação
XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	Tecnologias de informação e comunicação
XV Gov. Const., PSD, 2002-2004	Mudanças inerentes aos trabalhadores
XVI Gov. Const., PSD, 2004-2005	Mudanças inerentes aos trabalhadores; Mudanças para paradigma gestor (New Public Management); Tecnologias de informação e comunicação
XVII Gov. Const., PS, 2005-2009	Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP
XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011	Tecnologias de informação e comunicação

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Neste sentido, os sistemas de informação e comunicação é a dimensão que conta com um maior valor médio de ocorrências (2,21), mas também um maior desvio padrão (1,97), ou seja, se por um lado é onde se encontraram mais ocorrências de intenções de actuação, é também a dimensão onde

comunicação interpessoal e em massa, ligando audiências, emissores e editores sob uma matriz de media em rede, que vai do jornal aos jogos de vídeo, oferecendo aos seus utilizadores novas mediações e novos papéis” (Cardoso, *et al.*, 2009:57) Papeis estes extensíveis a novas formas de organização social e organizacional, implicando novas formas de trabalho.

¹⁵⁷ Segundo Beck, difere das perspectivas de Simmel, Durkheim ou Weber pelo facto de actualmente os indivíduos não estarem a ser libertos das “certezas feudais e religioso-transcendentais para o mundo da sociedade industrial, mas sim da sociedade industrial para a turbulência da sociedade global em risco” (Beck, 2000: 7)

há uma maior dispersão de referenciação ao longo dos diversos governos constitucionais. O Quadro 7.1. revela ainda que esta dimensão é das que concentra uma maior intensidade de referência, ou seja, é muito referida, esta referência é feita de forma irregular, mas por concentrar um elevado número de ocorrências.

O facto de a intenção de actuação dos executivos se concentrar nas TIC é transversal a todos os partidos. Pelo contrário, a dimensão relativa às mudanças inerentes aos trabalhadores parecem ocorrer com maior intensidade em governos sociais democratas e o centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita a AP em quadrantes mais socialistas.

Quadro 7.6.: Média das ocorrências em cada dimensão¹⁵⁸

	Média das ocorrências
Sistemas de informação e comunicação	2,21
Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP	1,41
Mudanças para paradigma gestor	0,99
Mudanças inerentes aos trabalhadores	0,88
Mudanças estruturais relacionadas serviços centrais e gov.	0,75
Mudanças organizacionais e legais inerentes à reforma	0,70
Controlo da corrupção	0,36
Reafirmação da boa imagem do Estado e da <i>res publica</i>	0,25

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Quadro 7.7.: Desvio-padrão das ocorrências em cada dimensão

	Desvio padrão
Sistemas de informação e comunicação	1,97
Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP	1,22
Mudanças para paradigma gestor	0,72
Controlo da corrupção	0,66
Mudanças inerentes aos trabalhadores	0,63
Mudanças estruturais relacionadas serviços centrais e gov.	0,47
Reafirmação da boa imagem do Estado e da <i>res publica</i>	0,39
Mudanças organizacionais e legais inerentes à reforma	0,35

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional,

¹⁵⁸ Para ver a evolução de cada uma das dimensões ao longo dos diversos governos constitutivos, consulte o Anexo 3.

Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

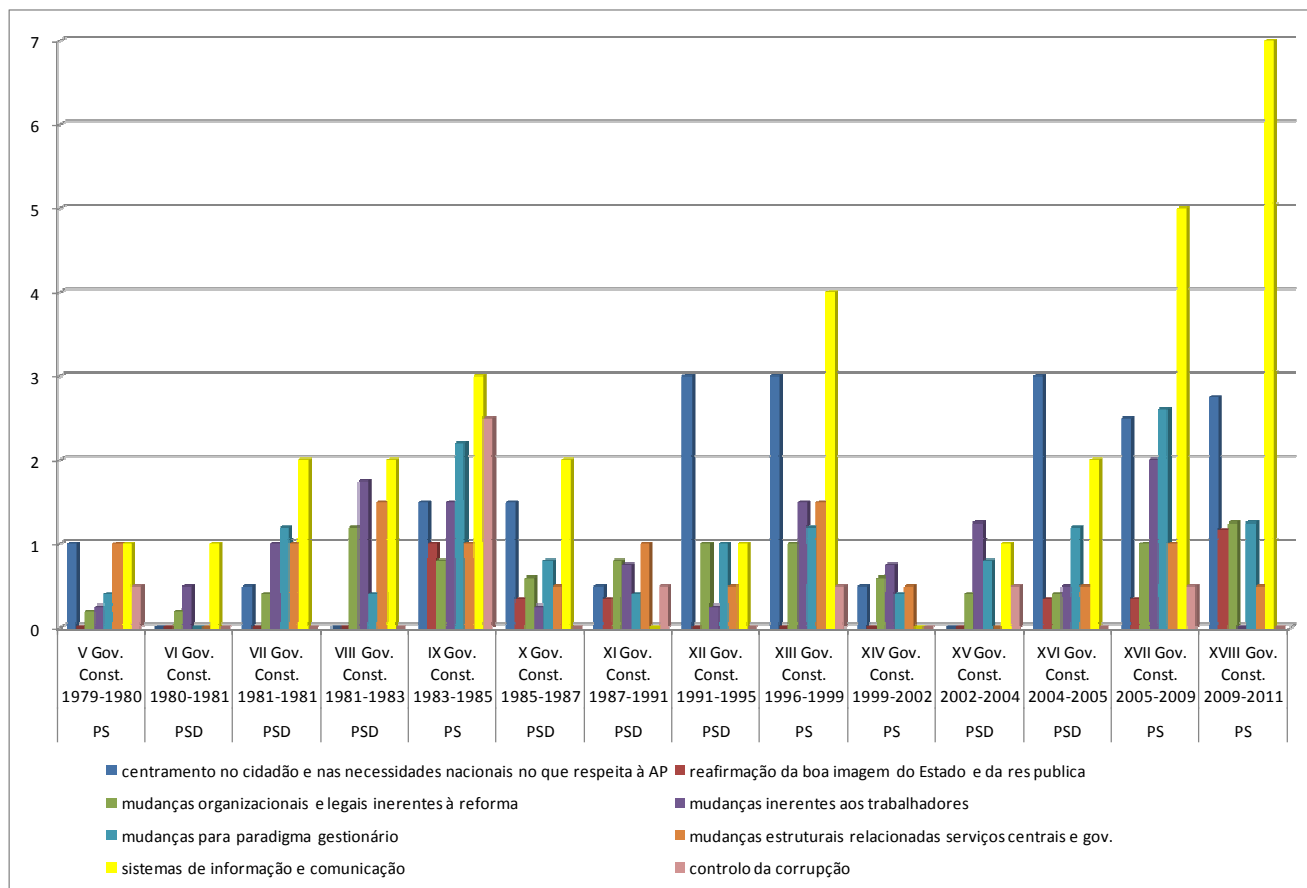
Note-se ainda que o “Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à Administração Pública” e as” mudanças para o paradigma gestor¹⁵⁹” apresentam uma dinâmica de referência idêntica quer em termos médios como na dispersão observada ao longo dos programas dos executivos, ou seja, são das mais referidas e também das têm uma maior dispersão interna o que indicia a existência de períodos de maior valorização destas temáticas face a outras.

Por oposição, as dimensões do controlo da corrupção e da reafirmação da boa imagem do estado e da *res publica*, são das dimensões menos referidas mas que com um desvio padrão de 0,66 e 0,39, respectivamente, revelam uma oscilação negativa perante as restantes dimensões, como se pode observar no Quadro 7.1..

Atente-se que a dimensão “Reafirmação da boa imagem do Estado e da *res publica*”, conta com menor expressão ao longo dos tempos. Podemos observar que esta é uma preocupação que apenas surge no IX Governo Constitucional, a par de uma intenção marcada do “controlo da corrupção”, a que possivelmente não é alheia a mudança partidária do executivo do IX Governo Constitucional (Figura 7.1.). Aliás, intenção de desenvolver medidas de controlo da corrupção parece caracterizar praticamente todos os governos socialistas.

159 importa referir que a dimensão “Mudanças para paradigma gestor” deve a sua terminologia aos termos utilizados nos diversos Programas de Governo analisados, pretendendo-se desta forma reportar de forma fidedigna a intenção dos diversos governos se referirem a medidas de gestão pública

Figura 7.1.: Intenção de actuação dos Governos Constitucionais no âmbito da reforma da Administração Pública (categorias)



Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional, Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Quadro 7.8.: Intensidade da intenção de actuação dos Governos Constitucionais no âmbito da reforma da Administração Pública

	V Gov. Const., PS, 1979-1980	VI Gov. Const., PSD, 1980-1981	VII Gov. Const., PSD, 1981-1981	VIII Gov. Const., PSD, 1981-1983	IX Gov. Const., PS, 1983-1985	X Gov. Const., PSD, 1985-1987	XI Gov. Const., PSD, 1987-1991	XII Gov. Const., PSD, 1991-1995	XIII Gov. Const., PS, 1996-1999	XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	XV Gov. Const., PSD, 2002-2004	XVI Gov. Const., PSD, 2004-2005	XVII Gov. Const., PS, 2005-2009	XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011
Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP	++	+	++	+	+++	+++	+	++++	++++	+	+	++++	++++	++++
Reafirmação da boa imagem do Estado e da res pública	+	+	+	+	++	•	•	+	+	+	+	•	•	++
Mudanças organizacionais e legais inerentes à reforma	•	•	•	++	++	++	++	++	++	++	•	•	++	++
Mudanças inerentes aos trabalhadores	•	++	++	+++	+++	•	++	•	+++	++	++	++	+++	•
Mudanças para paradigma gestor	•	+	++	•	+++	++	•	++	++	•	++	++	++++	++

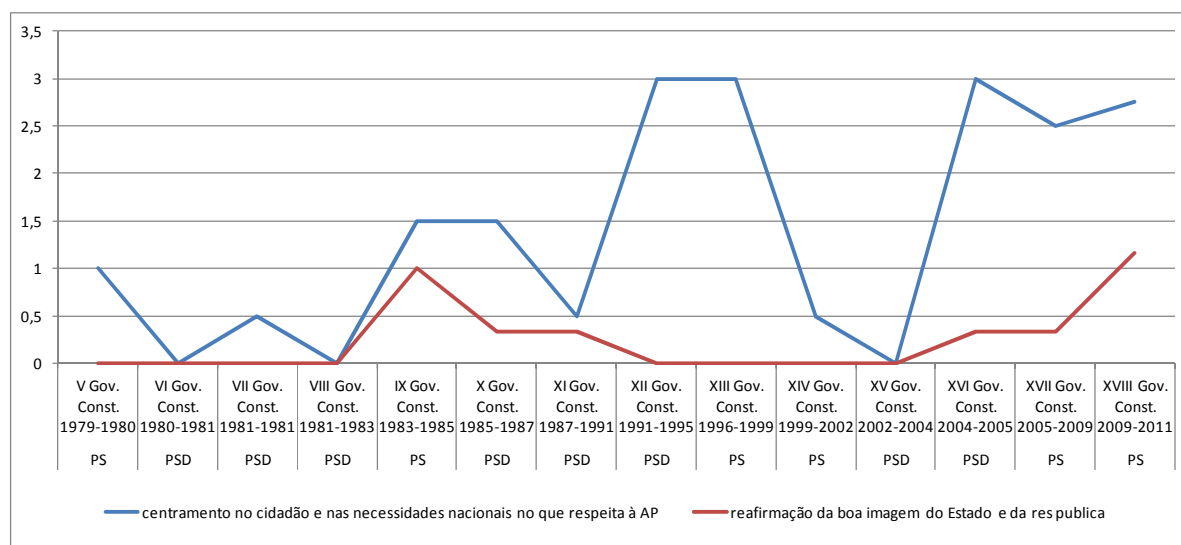
	V Gov. Const., PS, 1979-1980	VI Gov. Const., PSD, 1980-1981	VII Gov. Const., PSD, 1981-1981	VIII Gov. Const., PSD, 1981-1983	IX Gov. Const., PS, 1983-1985	X Gov. Const., PSD, 1985-1987	XI Gov. Const., PSD, 1987-1991	XII Gov. Const., PSD, 1991-1995	XIII Gov. Const., PS, 1996-1999	XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	XV Gov. Const., PSD, 2002-2004	XVI Gov. Const., PSD, 2004-2005	XVII Gov. Const., PS, 2005-2009	XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011
Mudanças estruturais relacionadas serviços centrais e gov.	++	+	++	+++	++	++	++	++	+++	++	+	++	++	++
Sistemas de informação e comunicação	++	++	+++	+++	++++	+++	+	++	+++++	+	++	+++	++++ ++	++++ ++
Controlo da corrupção	++	+	+	+	++++	+	++	+	++	+	++	+	++	•

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional, Programa do XVIII Governo Constitucional.

Legenda: += Valores compreendidos entre 0 e 1, uma vez que na construção desta matriz se consideraram apenas valores arredondados à unidade; += obtenção de 1 no cálculo da intensidade da frequência da dimensão; +++ = obtenção de 2 no cálculo da intensidade da frequência da dimensão; ++++ = obtenção de 3 no cálculo da intensidade da frequência da dimensão; ++++ = obtenção de 4 no cálculo da intensidade da frequência da dimensão; ++++ = obtenção de 5 ou mais no cálculo da intensidade da frequência da dimensão; • = Ausência de valor no cálculo da intensidade da frequência da dimensão, a que corresponde a total omissão desta dimensão nas propostas do executivo; (elaboração própria).

Neste âmbito, os diversos Governos Constitucionais têm vindo demonstrar uma preocupação de, centrando-se nos cidadãos, adequar a oferta dos serviços da Administração Pública às diversas necessidades dos indivíduos e das empresas, não é com tanta intensidade que procuram (re)afirmar a imagem do estado e da *res* pública – relembrem-se os valores dos quadros 7 e 8, que contrapõem uma média de referência de 1,41 e um desvio padrão de 1,22 da dimensão centramento nos cidadãos e nas necessidades nacionais com uma média de ocorrências de 0,25 e um desvio padrão de 0,39 na dimensão da reafirmação da boa imagem do estado.

Figura 7.2.: Intenção de resposta às necessidades dos cidadãos



Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional, Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Comparando as duas dimensões que mais reflectem a promoção da sociedade de bem-estar, de uma maneira geral, observa-se que a dimensão do centramento nos cidadãos concentra um número mais elevado de referências do que a reafirmação da imagem do Estado, sendo esta última tenuemente contada como intenção de acção pelos governos da década de 1980 e inícios dos anos 2000, notando-se uma ligeira simetria na tendência nas referências contabilizadas nas duas dimensões.

Porém, a estratégia de aproximação e de transmissão de confiança aos cidadãos parece dar-se sobretudo através do centramento no cidadão e nas necessidades nacionais percebidas pelos executivos, ainda que sem ser de uma forma permanente (desvio padrão de 1,22).

A importância dada ao centramento nos cidadãos e às necessidades nacionais parecem de alguma forma temperar a perspectiva de autores como Touraine, que defendem o enfraquecimento do poder de actuação do Estado¹⁶⁰ ou mesmo a ruptura da organização social em classes (Touraine, 2005), a inexistência ou

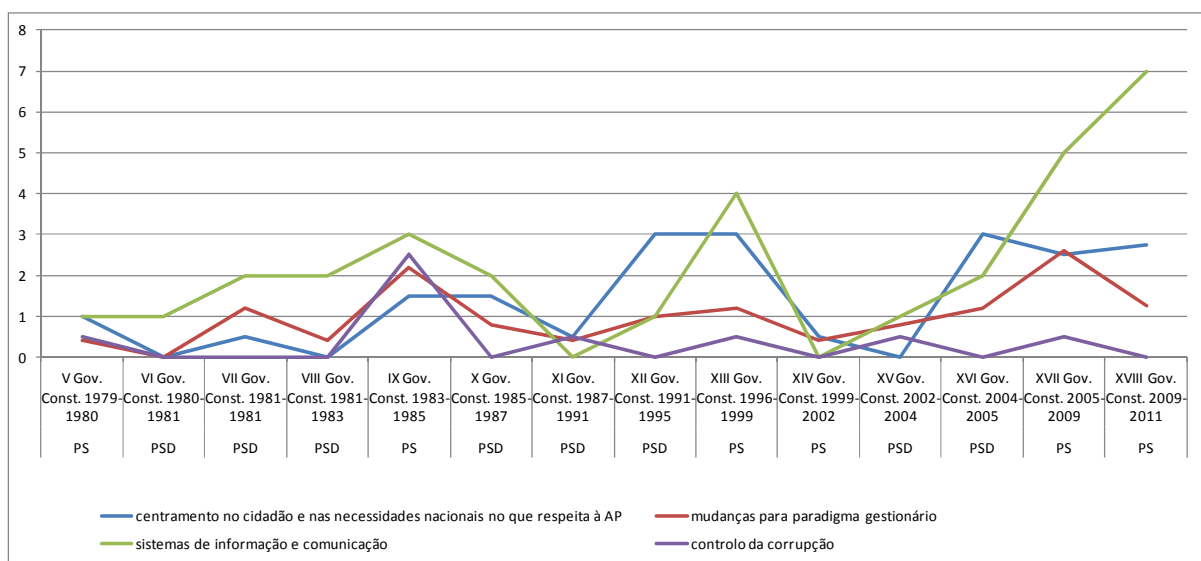
¹⁶⁰ Numa sociedade global encontra na cultura e na afirmação cultural particular de cada sujeito a reposição de um factor orientador da sociedade. Tem como pressuposto o respeito pela diferença sustentado num pensamento racional onde o estado não tem (ou não deveria ter) capacidade de actuação. É na afirmação identitária (através da cultura) que se centra este novo paradigma, numa sociedade massificada, globalizada, onde a pressão para o consumo e a velocidade de troca de informação

debilidade da aproximação do Estado, que por outro lado parece sair reforçada na ocorrência, dispersão e intensidade das dimensões relacionadas com a reforma da Administração Pública que surge como uma tentativa de resposta do Estado à queda dos valores seculares que estruturavam a sociedade, que se reflecte em muito na emergência no *New Public Management*.

Aqui as preocupações com os trabalhadores, que ocorrem sobretudo em governos sociais democratas, quer no que se relaciona com os aspectos da formação profissional e/ou académica, a definição de vínculos contratuais e de carreiras profissionais, regalias e condições de trabalho como a necessidade de racionalizar, otimizar e adequar o recrutamento de profissionais às necessidades reais da função pública têm sido alvo de uma preocupação constante por parte dos executivos, tendência que parece acompanhar a orientação da reforma da administração pública para um modelo mais gestor.

De todas as dimensões em análise, no alinhamento com o modelo de Nova Administração Pública, constata-se que os “Sistemas de informação e comunicação” e o “Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP” são as dimensões mais referidas no conjunto de todos os Programas de Governo da II República, contra a “Reafirmação da boa imagem do Estado e da *res publica*” e o “Controlo da corrupção” (Quadro 7.3.)

Figura 7.3.: A Nova Administração Pública: ilustração da intenção de actuação dos Governos Constitucionais



Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional, Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Actualmente a reformulação e definição do interesse público, que deveria orientar os governos e o Estado-Providência no seu entendimento mais clássico e que como se pôde constatar anteriormente, é a dimensão

“esmagam” o sujeito, este (re)utiliza os canais que permitiram a queda dos valores sociais para recriar uma transformação individual e colectiva onde cada um tem especificidades únicas (Tourraine, 1994).

referida menos vezes e com menor intensidade, está a criar uma ambivalência na prossecução dos planos de actuação no âmbito da administração pública.

Desta forma, importa salientar que o interesse público não resulta do somatório de diferentes interesses individuais, nem pode resultar da proximidade de interesses particulares ao Estado, antes deve integrar e transformar o padrão de valores, reconfigurando a política que estrutura a sociedade com o propósito de ultrapassar as disfuncionalidades e as dualidades das práticas institucionais e políticas.

Neste sentido Mozzicafreddo, destacando as prioridades identificadas pelos cidadãos na reformulação da noção de interesse público, salienta 1) a coesão social e a equidade pública – que transcende a integração social visa a integração das práticas e dos valores de justiça nas políticas públicas e a orientação em função dos valores democráticos; 2) a eficiência, a produtividade e competitividade – resultantes da integração da organização, da inovação e da qualificação nas práticas e valores profissionais; 3) responsabilidade, transparência e imparcialidade – que extensível ao sector público e privado deveriam integrar os valores éticos e profissionais (Mozzicafreddo, 2007: 28).

7.4. A IMPORTÂNCIA DA ÉTICA E DOS VALORES NA REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

As questões do risco, da instabilidade, da confiança e da credibilidade social são dimensões transversais a toda a sociedade, mas que a ser defendidas e promovidas pelas diversas formas de actuação do estado, nomeadamente através das instituições da administração pública, assumem um grande peso social na solidificação da confiança social, podendo ser uma forma de contrapor a sociedade do risco e da incerteza.

Para além disto, a reforma permanente¹⁶¹ das últimas décadas e a actual orientação para “gestão organizacional”¹⁶², valoriza a reflexão sobre os efeitos dos modelos de reforma da administração pública, sobre a ética na administração pública e os valores implícitos no processo de modernização, uma vez que a reforma da administração pública se desenvolve (ou deveria desenvolver) em torno de uma noção de organização governamental que gere o bem público e comum e não em função de uma empresa que serve e protege o público¹⁶³ (Pitschas, 2003: 46).

Por outras palavras, trata-se de saber como articular a emergência de um sistema administrativo moderno, orientado por princípios empresariais, e a prestação de serviços de qualidade ao Estado de direito através de uma boa administração dos bens públicos e comuns.

¹⁶¹ Note-se que a entrada “reforma da administração pública” existe em todos os programas de governo constitucional, o que revela um percurso sempre considerado inacabado, pelo que Falar da reforma ser ela própria um motor de reforma: “as razões mais vulgarmente citadas para o prosseguimento da reforma são administrativas e articulam-se com as reacções às reformas já efectuadas. Dito isto, talvez as razões mais importantes para as constantes mudanças sejam políticas, devendo as grandes alterações estratégicas associadas à continuação da reforma serem entendidas como parte integrante de um processo político, incluindo-se, de um modo geral, no termo “político” a política institucional” (Peters, 2001: 44).

¹⁶² Ou orientação para a Nova Administração Pública.

¹⁶³ José F. F. Tavares, baseando-se no art.º 2º do CPA e no art.º 386º do Código Penal, descreve gestão pública como: “a actividade de administração da coisa pública, seja por pessoas colectivas de direito público seja por pessoas colectivas de direito privado ou até de pessoas singulares que se encontrem em determinadas situações em relação ao que é público” (Tavares, 2003: 21-22). Nesta expressão incluem-se as actividades administrativas e a actividade dessas entidades regida pelo direito privado, mas excluem-se as actividades políticas, legislativa e jurisdicional.

Importa questionar os valores inerentes à administração pública, ou seja perceber se “os novos burocratas terão realmente (e em caso afirmativo onde os foram buscar?) valores suficientes de gestão como a transparência, a integridade e a honestidade, para que lhes possam ser confiados bens, dinheiros e poderes públicos? Será que seguem directrizes claras de não sectarismo partidário, o que implica a aplicação, no emprego, de valores como o profissionalismo, e não a adesão a um partido político? Serão eles justos e motivados naquilo que fazem, humanos, ciosos da sua reputação? Serão neutrais relativamente aos grupos de interesse privados?” (Pitschas, 2003: 33).

Assim, segundo esta perspectiva, a nova administração pública, para além de assumir uma orientação menos burocrática, mais empresarial ou gestionária, deve apostar mais numa “nova filosofia de responsabilidade individual”, uma vez que é aí que residem os problemas do serviço público.

Emerge assim a importância da ética e dos valores na administração pública e na reforma administrativa, uma vez que as orientações mais empresariais, sem uma ligação jurídica tendem a perder os valores da neutralidade política e do profissionalismo, passando a reger-se por uma “cultura clientelar e do conhecimento” (Mozzicafreddo, 2003: 5) que podem questionar o controlo do desempenho das instituições e dos profissionais, pelo que “para evitar a perda de valores no meio do conflito entre o Estado minimalista e o Estado social ela necessita de conciliar os valores de serviço público tradicionais com os «novos» valores provenientes das novas abordagens de organização e gestão das organizações públicas” (Pitschas, 2003: 46), sob penalização do novo modelo de administração pública fracassar.

A noção de responsabilidade emerge de forma a articular o funcionamento administrativo com a produção de confiança/descrença do cidadão no sistema, permitindo legitimar o funcionamento da administração pública numa ética profissional – entendida como procedimento e modelo de acção – com a realização eficaz dos programas públicos (Mozzicafreddo, 2003: 1).

Assim, considerando o conceito de responsabilidade de forma mais ampla que o de *accountability*¹⁶⁴ Mozzicafreddo define-o como a ponte que “assegura o princípio tanto da utilização e prestação de contas dos recursos públicos e da autoridade política e administrativa, como o princípio de precaução e segurança das sociedades cada vez mais complexas” (idem, ibidem: 2).

Perante a consensualidade da importância atribuída à responsabilidade no desenvolvimento de uma nova forma de administração pública – sobretudo se sob a perspectiva de um modelo mais gestor – identificam-se responsabilidades de vários níveis (Mozzicafreddo, 2003) e diversas naturezas (Tavares, 2003).

Quanto aos níveis, Mozzicafreddo refere a dimensão organizacional, a institucional e a contratual.

A primeira – a *dimensão organizacional* – diz respeito ao funcionamento do sistema administrativo e ao acompanhamento dos resultados, a segunda, – a *dimensão institucional* – à responsabilidade política e ao respeito pelos direitos dos cidadãos e na terceira – a *contratual* – está em causa a responsabilidade da acção política perante a sociedade de risco, à incerteza e à instabilidade onde nos movemos actualmente. Na

¹⁶⁴ Que Araújo (2000) define como a obrigação de responder pelos resultados (Araújo, 2000, citado em Mozzicafreddo, 2003: 2) no âmbito do controlo orçamental, organizacional, no desempenho dos actos administrativos, no respeito pela legalidade dos procedimentos e nas consequências inerentes à execução das políticas públicas.

dimensão organizacional, a responsabilidade, articula-se com a essência da noção de *accountability*, mas não se limita estritamente a um indicador de gestão financeira. Ou seja, numa administração pública cujo primado é o controlo de abusos orçamentais, a redução de custos e a gestão da qualidade dos resultados, a relação dos resultados obtidos com os custos, é uma forma de controlar a utilização dos recursos públicos em função de critérios de qualidade definidos previamente e da apresentação formal de resultados. Por outro lado, contribui para promover ganhos económicos e desenvolver modelos de eficiência nos serviços prestados pelas instituições públicas, num contexto de aferição e controlo das políticas públicas, tornando-se incipiente na avaliação qualitativa dos resultados.

Segundo Mozzicafreddo (2003), se a responsabilidade técnica – organizacional contratual e institucional – está assegurada por critérios da *accountability*, a responsabilidade democrática, onde o ónus reside na responsabilidade da utilização dos recursos públicos, leva-nos a procurar a responsabilidade nos valores da cidadania e na legitimação política, encontrando vários limites relacionados sobretudo com:

1) a prática gestionária de parcerias público-privadas e de subcontratação¹⁶⁵ de serviços que delegam competências estatais e tornam obscura a atribuição de responsabilidades, papel que caberia ao Estado enquanto regulador, mas que acaba por ficar esbatido nas fronteiras do sector público, promovendo a dispersão da autoridade e complicando o processo de prestação de contas e de resultados da gestão dos recursos públicos;

2) falta de delimitação de responsabilidades e a fraca compatibilização entre a autonomia da gestão e produção por objectivos dos institutos e das agências públicas independentes, produz descontinuidades e incompatibilidades entre os resultados obtidos e os critérios de responsabilização da autoridade administrativa e política;

3) o sistema de *accountability*, que procurando standartizar de procedimentos e o funcionamento da administração pública, confronta-se com processos de tomadas de decisão pouco transparentes e fechados, com a fragmentação da memória administrativa e processual que impede que a acumulação do saber e dificulte medidas operacionais de controlo e fiscalização e a optimização dos resultados do sistema de *accountability*. A ausência de controlo interno ou externo, paradoxalmente, reforça a subjectividade dos comportamentos e interfere com os critérios de acompanhamento, podendo promover o clientelismo.

A responsabilidade, ao nível *político e institucional*, é determinante na construção de uma relação de confiança entre os “cidadãos, eleitos e decisores na construção da democracia” (Mozzicafreddo, 2003: 6 citando Albertini, 2000; Beaud e Blanquer, 1999), relacionando a legitimidade, com a responsabilidade, uma vez que o Estado, através da autoridade administrativa, responde perante os cidadãos em função da sua actuação, isto é, pelas orientações e valores das suas escolhas políticas.

Às dimensões da legitimidade e responsabilidade, mensuráveis por indicadores de eficiência e de economia de gestão, segundo Mozzicafreddo, devem acrescentar-se outros que avaliem a qualidade da

¹⁶⁵ O facto de poder haver mais do que uma entidade envolvida e a separação entre o fornecimento e o financiamento, complexifica os processos e limita a responsabilidade da gestão e controlo de resultados. Há 3 tipos de relação: cliente-fornecedor, fornecedor-financiador e cidadão/cliente-financiador, tornando a aferição de responder pelos resultados uma relação complexa e opaca. (Mozzicafreddo, 2003: 4)

justiça dos programas, de forma a perceber a “positividade” ou a “negatividade” de um indicador de avaliação ou de uma medida.

Neste sentido, não basta calcular rácios produção/custo, é preciso identificar as melhorias em termos qualitativos¹⁶⁶, sendo esta avaliação essencial na gestão do bem público e determinante para a construção de uma relação de confiança com os cidadãos e de poder legitimado, devendo o sistema jurídico e político ter prioridade sobre a ordem funcional (Mozzicafreddo, 2003: 7; Pitschas, 2001:75).

A responsabilidade deve ser objectiva e relacionar-se com a (im)punidade no incumprimento dos objectivos determinados, do cumprimento dos valores orçamentados, da má conduta ou realização de erros no exercício de uma função. Afirma Mozzicafreddo, a partir de Coicaud (Coicaud, 1999) que “não pode haver responsabilidade da função sem sanção” (Mozzicafreddo, 2003: 7).

A relação contratual está aqui em questão, pelo que a responsabilização das entidades públicas, e dos seus profissionais, não pode esbater-se na colectividade e dificuldade de atribuição de responsáveis, nem ficar na ilusão da existência de uma cadeia hierárquica de “prestação de contas”: “A ideia de que os funcionários e os agentes políticos são responsáveis perante a autoridade hierárquica e que estes são responsáveis perante os órgãos de soberania está bastante longe da realidade”, afirma Mozzicafreddo, valorizando o efeito pedagógico e de credibilização da administração pública no sistema ao agir em função da justiça comutativa, “ou seja, do dever público de justa indemnização compensatória pela falta, independentemente da natureza ilícita do acto praticado, impõe-se ao Estado ou à administração, exclusivamente, com o fundamento no princípio da igualdade dos cidadãos perante os encargos públicos” (Mozzicafreddo, 2003: 8, citando Brito, 2002).

A insuficiência de regras e procedimentos de actuação que orientem a acção administrativa, que articule a responsabilidade do funcionamento administrativo com a disfuncionalidade da gestão pública, assenta em formas de organização do trabalho pouco qualificado – quer em termos de quadros superiores como administrativos – na baixa produtividade, na relação horas de trabalho e “produto realizado”, na escassez de tecnologias de apoio à gestão e pelo facto das decisões serem centralizadas, com responsabilidades hierarquicamente segmentadas, inibindo a responsabilização individualizada pelo desempenho de funções públicas e indirectamente a credibilização do sistema em termos organizacionais.

Ao nível político, as práticas que possibilitam o corporativismo e o clientelismo são obstáculos à eficácia do controlo, fiscalização e observância de normas. Aqui o *particularismo institucional* necessário aos estados democráticos, é necessário para equilibrar a diversidade dos interesses políticos através de alianças e promover a estabilidade governativa (Ferrera, Hemerijk e Rhodes, 2000) não devendo inibir a legitimidade democrática ou ser o centro do modelo de ética política e da isenção pública.

A responsabilidade contratual da acção política perante a sociedade de risco resulta da falta de assumpção das consequências das acções do Estado perante o cidadão, uma vez que face ao Estado da sociedade industrial ou na modernidade, na sociedade contemporânea, o Estado assume o papel de

¹⁶⁶ A este respeito ilustra Mozzicafreddo: “os indicadores que medem a positividade do controlo dos custos orçamentais e da racionalização dos actos administrativos dos programas de combate à pobreza, serão insuficientes, em termos de indicadores de equidade, se o nível de pobreza não diminuir” (Mozzicafreddo, 2003: 7).

responder à complexidade dos fenómenos sociais inerentes ao desenvolvimento económico e social ainda que a protecção institucional dos cidadãos seja feita de forma moderada ou até ambígua.

Neste contexto, segundo Mozzicafreddo, a cidadania emerge como uma matriz de organização e de regulação da sociedade que perante o aumento dos riscos e incertezas sociais “numa sociedade onde as formas de mediação entre os indivíduos e o estado tem vindo a perder importância, exige-se, da esfera do político, uma clara e directa responsabilização dos efeitos do desenvolvimento e da integração social” (Mozzicafreddo, 2003: 12).

Neste sentido, a responsabilidade da acção política é determinante para encorajar o controlo e o cumprimento de fiscalização dos actos e das decisões políticas e administrativas que se repercutem na vida em sociedade. Porém, este papel catalisador da responsabilidade da política deve transcender o controlo e a fiscalização e formalizar-se num “modelo de acção e comportamento” (Mozzicafreddo, 2003: 13).

Assim, se é a partir do poder político que, legitimado pela sociedade, promove e orienta o funcionamento e a reforma da administração pública, cabe a esta, através dos seus funcionários, assumir e desempenhar uma actividade, fundamentada na ética e na responsabilidade, independentemente do seu exercício ser de carácter público – através de regulamentos, actos administrativos – ou privado – através de contratos com vinculações jurídico-públicas ou os princípios básicos de gestão, como a procura de eficiência e da eficácia. A responsabilidade é uma característica indispensável na gestão pública orientada para o exercício pleno das suas funções e ainda que não sendo exclusiva da gestão (ou do modelo da nova administração pública), pode ser considerada em vários âmbitos (Tavares, 2003: 23-25): a responsabilidade política, a criminal, a civil, a disciplinar, a financeira e a social.

A *responsabilidade política* é regida por critérios e sanções políticas e expressa a relação entre duas entidades com competências políticas, respondendo uma perante a outra, podendo não resultar exclusivamente da função política mas também da actividade administrativa.

A *responsabilidade criminal* é regida pelos tribunais competentes face à violação do mínimo ético de certo acto administrativo estabelecido.

A *responsabilidade civil* traduz-se na indemnização gerada pela execução de certos actos administrativos que lesaram indivíduos da sociedade civil, ligando a administração pública directamente à sociedade.

A *responsabilidade disciplinar*, relacionada directamente com a anterior, é regida internamente pela administração pública aquando a infracção de uma disciplina.

A *responsabilidade financeira*, sob a tutela do Tribunal de Contas, visa a reintegrar ou punir (através de coimas ou multas) situações de desvio de dinheiros ou valores públicos.

E por fim a *responsabilidade social*, é “avaliada” pela sociedade segundo os valores de cidadania que envolve uma sociedade democrática (Tavares, 2003: 23-25).

A responsabilização dos profissionais, políticos e cidadãos, a par da luta contra a corrupção, e do centramento da *res publica* como forma de dar resposta às necessidades dos cidadãos, também contribuintes e utentes/consumidores dos serviços do estado, destaca-se na promoção da ética na administração pública

como a primeira linha de contacto entre a sociedade em geral e um governo executivo em exercício de funções, a que subjazem as medidas de orientação ideológica e partidárias legitimadas, nas sociedades democráticas, pelo sufrágio universal, representando um compromisso entre o governo e a sociedade na defesa e promoção de bem-estar colectivo e não individual/clientelar.

8. A SOCIEDADE COMUNICACIONAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Para perceber de que forma o Estado tem vindo a promover a utilização das tecnologias da informação e comunicação no sector da saúde em geral, e se possível nos hospitais em particular, considerou-se como uma fonte primordial os Programas dos Governos Constitucionais democráticos que se sucederam em Portugal desde 1979¹⁶⁷.

A escolha deste instrumento (também governativo) deve-se ao facto de estes documentos reunirem, em si mesmos, todas as orientações, estratégias e ideologias que o Estado visa assumir perante uma sociedade específica, num período temporal determinado, correspondendo por isso aos objectivos a que esta análise se propõe.

Assim, no âmbito da reforma da Administração Pública¹⁶⁸ em geral e do sector da saúde em particular, desenvolveram-se, sob a mesma metodologia, duas análises paralelas visando perceber o peso da intenção da adopção e implementação das tecnologias de informação e comunicação nestes dois domínios.

Os resultados apurados nestas análises resultam de uma análise exaustiva dos programas de governo no âmbito das reformas da administração pública e das políticas de saúde desenvolvida através de uma metodologia de categorização já descrita.

Esta metodologia permitiu identificar as principais áreas estratégicas de actuação no âmbito da reforma da administração pública e do sector da saúde, ao longo dos vários governos da II República Portuguesa e também perceber a intensidade com que estas linhas orientadoras têm sido desenvolvidas.

A captação desta intensidade identifica áreas prioritárias de actuação, indica como ao longo dos anos se têm desenvolvido as reformas da administração pública e o sector da saúde e as temáticas “recorrentes” nas escolhas dos governos constitutivos na prossecução dos seus objectivos ideológicos e governativos nestas duas áreas.

Desta forma, nesta análise, mais do que apenas fazer uma correspondência entre uma dimensão com um número numa escala, destaca-se a capacidade de se desenvolver uma retrospectiva temporal e acompanhar as diferentes políticas assumidas, pelos diferentes governos executivos, tornado mais claras e evidentes as apostas e as intenções de actuação nas diversas áreas e as orientações de cada executivo.

Os resultados apurados mostram que não há um padrão uniforme nas dimensões que mais se destacam, variando a dimensão mais referida no programa de cada Governo Constitucional entre as políticas do

¹⁶⁷ Ano escolhido devido a ser o ano em que os Governos Constitucionais democráticos começaram a ganhar uma maior durabilidade e também por ter sido criado o SNS. A emergência deste modelo de prestação de cuidados de saúde implicou a passagem de um modelo financiado por “seguros de doença” públicos, onde só se incluía, de uma forma geral, quem tinha uma ligação com o mercado de trabalho, para um sistema financiado pelo Orçamento Geral do Estado, tornando-se num sistema “geral, por que se destina a todos os portugueses, sem qualquer discriminação. *Universal*, porque visa a prestação de todos os cuidados de saúde, no seu tríplice aspecto: prevenção, cura e reabilitação. *Gratuito*, porque é financiado pelo Estado e não implica o pagamento directo dos doentes” (Arnaut, 2009: 29).

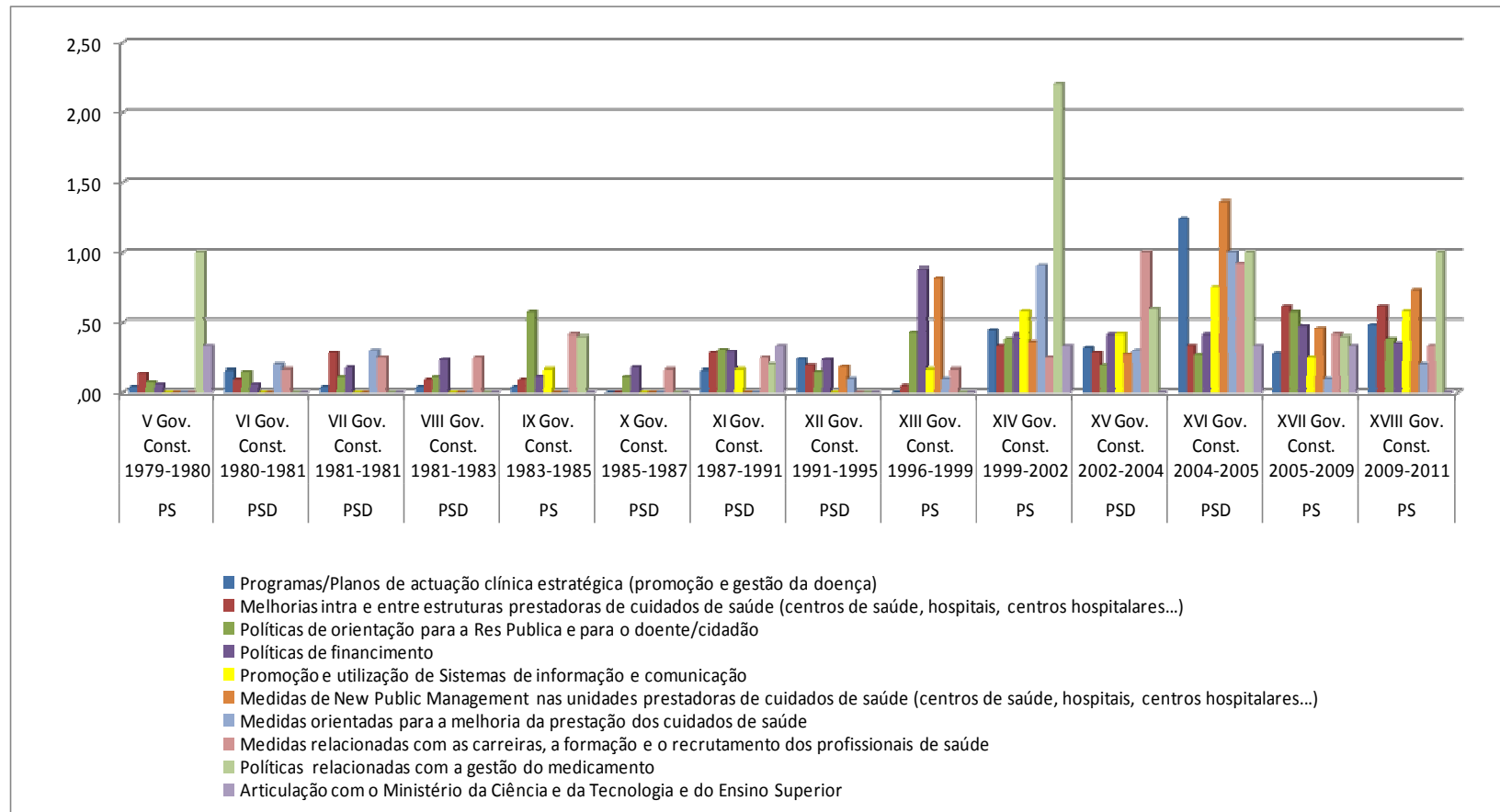
¹⁶⁸ Note-se que cada programa de governo constitucional tem um capítulo dedicado à reforma da Administração Pública, pelo que o carácter reformativo deste sector é crónico.

medicamento, a orientação para a melhoria da prestação de cuidados de saúde, a preocupação com as carreiras e os profissionais de saúde e com a necessidade de existir maior e melhor articulação entre as diversas estruturas prestadoras de cuidados de saúde, como os hospitais e os centros de saúde, cuja ocorrência e intensidade serão representadas de forma gráfica.

A análise detalhada das políticas de saúde¹⁶⁹ apresentadas nos programas dos governos constitucionais desde 1979 até ao XVIII Governo constitucional indica que os governos executivos, ao longo dos anos, têm vindo a evidenciar uma maior pormenorização nas suas intenções de actuação no sector da saúde. Esta tendência é evidente na crescente abrangência das áreas de actuação e também identificável na medição da intensidade intrínseca a cada uma das medidas propostas mensuráveis pelo desvio-padrão (Figura 8.1.; Quadros 8.1. e 8.2.).

¹⁶⁹ Entendendo-se aqui por políticas públicas as que correspondem ao âmbito do sistema de saúde (sector da saúde) que estão sob a responsabilidade do Ministério e não o conjunto de políticas públicas que influenciam a saúde e que requerem uma visão “horizontal de saúde” e dispositivos interdepartamentais para poderem ser formuladas e implementadas.

Figura 8.1.: Intenções de actuação dos Governos Constitucionais no sector da saúde



Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Registe-se que, malgrado o facto da valorização da articulação das diversas estruturas prestadoras de cuidados de saúde, como os hospitais e os centros de saúde, possa ter implícito a adopção das tecnologias de informação e comunicação, uma vez que estas são um elo de ligação entre as diversas estruturas físicas, geograficamente distantes, a referência à implementação destas tecnologias no sector da saúde não é tão evidente como se terá oportunidade de observar na reforma da Administração Pública.

Notória é a referência da dimensão relacionada com a mudança para o paradigma gestor, que surge no âmbito da Administração Pública nos anos de 1980 tendo vindo a ganhar mais intensidade na última década e no sector da saúde aparecer sobretudo na década de 1990, como se pode observar no gráfico que se segue e no Quadro 8.3..

Neste trabalho, este fenómeno considera sobretudo a passagem dos hospitais a empresas públicas do estado, assim, sendo a empresariação dos hospitais o expoente máximo do modelo gestor aplicado à saúde, ainda que a adopção da perspectiva “hospitalocêntrica” (Campos; 1986) do SNS nem sempre seja a mais adequada¹⁷⁰, permitiu aqui operacionalizar esta tendência (medidas de *New Public Management* nas unidades prestadoras de cuidados de saúde).

Paralelamente, podemos observar que as políticas de orientação para a *Res Publica* e para o doente/cidadão, no cômputo geral da análise, não apresentam uma elevada ocorrência, sendo especialmente no IX, XIII, XIV, XVII e XVIII Governos constitucionais que são mais referidas. Interessante é o facto de ser apenas no XIV e XV Governos constitucionais, PS e PSD, respectivamente, que se verifica um equilíbrio entre a orientação para a *Res Publica* e para o doente/cidadão e as medidas de *New Public Management*, em todos os outros casos se uma destas dimensões é mais referida a outra é-o menos.

No entanto, se em termos médios (Quadro 8.1.), estas duas dimensões surgem com valores de referência próximos (com 1,39 as medidas de *New Public Management* e 1,28 a orientação para a *Res Publica* e para o doente/cidadão), ou seja, desde 1979 foram referidas aproximadamente o mesmo número de vezes. Já em termos de desvio padrão apresentam comportamentos distintos (Quadro 8.2.), apresentando a dimensão relativa às medidas de *New Public Management* uma maior dispersão de referências (0,42) que a orientação para a *Res Publica* e para o doente/cidadão (0,17).

Podemos observar que a actuação na política do medicamento foi alvo de interesse na orientação das políticas de diversos governos constitucionais, concentrando os valores médios mais elevados (2,27) das referências em toda a análise, ou seja, ainda que esta área de actuação seja transversal a todos os governos, sempre que é manifesta nas intenções do exercício governativo, é-o de forma intensa, tal como se pode constatar na observação dos valores médios de ocorrências das várias dimensões e também do desvio padrão apurado (0,64) (Quadro 8.1. e 7.2.). De forma complementar, o Quadro 8.3. permite ainda perceber que a intenção de acção na área da política do medicamento

¹⁷⁰ Que tem vindo, lentamente, a ser questionada pela importância da aposta dos cuidados de saúde de primeira linha prestados nos centros de saúde e Unidades de Saúde Familiar, como forma de reservar os recursos hospitalares apenas para as situações mais complicadas e urgentes.

ganha maior expressão no final da década de 1990. Dado o actual contexto de crise económica e financeira e sendo esta uma das áreas da saúde em que têm sido impostas intervenções activas¹⁷¹, torna-se óbvia a importância das políticas de medicamento mas também indicia que os governos constitucionais, ainda que tenham tido a intenção de actuar sobre as políticas dos medicamentos, não o tenham conseguido fazer na prática.

Quadro 8.1.: Média das ocorrências em cada dimensão¹⁷²

	Média das ocorrências
Políticas relacionadas com a gestão do medicamento	2,27
Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde	1,53
Políticas de financiamento	1,43
Medidas de <i>New Public Management</i> nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)	1,39
Políticas de orientação para a <i>Res Publica</i> e para o doente/cidadão	1,28
Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença)	1,16
Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)	1,14
Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde	1,07
Promoção e utilização de Sistemas de informação e comunicação	1,03
Articulação com o Ministério da Ciência e da Tecnologia e do Ensino Superior	0,56

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Quadro 8.2.: Desvio-padrão das ocorrências em cada dimensão

	Desvio padrão
Políticas relacionadas com a gestão do medicamento	0,64
Medidas de <i>New Public Management</i> nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)	0,42
Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença)	0,33

¹⁷¹ Tornar obrigatória a prescrição electrónica de medicamentos e meios de diagnóstico, abrangidos por sistemas de comparticipação pública, para todos os médicos tanto no sector público como no sector privado. Melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico e pôr em prática uma avaliação sistemática de cada médico em termos de volume e valor, em comparação com normas de orientação de prescrição e de outros profissionais da área de especialização, sendo prestada periodicamente informação a cada médico sobre o processo (por trimestre, por exemplo), em particular sobre a prescrição dos medicamentos mais caros e mais usados e a avaliação efectuada através de uma unidade específica do Ministério da Saúde tal como o Centro de Conferência de Facturas, prevendo-se sanções e penalizações aplicadas no seguimento da avaliação. Incentivar os médicos, a todos os níveis do sistema, tanto público como privado, a prescrever genéricos e os medicamentos de marca que sejam menos dispendiosos. Estabelecer regras claras de prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (orientações de prescrição para os médicos), baseadas nas orientações internacionais de prescrição. Remover todas as barreiras à entrada de genéricos, especialmente através da redução de barreiras administrativas/legais, com vista a acelerar a comparticipação de genéricos.

¹⁷² Para ver a evolução de cada uma das dimensões ao longo dos diversos governos constitutivos, consulte o Anexo 4.

	Desvio padrão
Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde	0,32
Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde	0,30
Promoção e utilização de Sistemas de informação e comunicação	0,26
Políticas de financiamento	0,21
Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)	0,19
Políticas de orientação para a <i>Res Publica</i> e para o doente/cidadão	0,17
Articulação com o Ministério da Ciência e da Tecnologia e do Ensino Superior	0,17

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Os valores médios das ocorrências espelham que para além do interesse dos governos nas políticas relacionadas com a gestão do medicamento, as carreiras dos profissionais de saúde, formação e recrutamento (1,53) e as políticas de financiamento (1,43) são também dimensões mencionadas como áreas de intenção de actuação, apresentando a segunda uma menor dispersão do número de ocorrências (0,21) por comparação com a primeira (0,30) o que indica que a preocupação com questões de financiamento é mais transversal a todos os governos do que o enfoque nas carreiras profissionais na saúde com a formação e recrutamento destes profissionais.

As dimensões que contam com uma menor referência de intenções de actuação são a articulação com o outrora Ministério da Ciência e da Tecnologia e do Ensino Superior (média de referência de 0,56) e a promoção e utilização das TIC (média de referência de 1,03). No entanto, as referências a estas duas dimensões faz-se de formas distintas ao longo dos governos analisados como confere o valor do desvio padrão apurado para cada dimensões. Se a referência à articulação com o Ministério da Ciência e da Tecnologia e do Ensino Superior quase não apresenta dispersão nas ocorrências observadas (0,17), já na promoção e utilização das TIC com um desvio padrão de 0,26 permite inferir que reúne picos de referência, sendo de destacar a referência às TIC no sector da saúde sobretudo a partir do Governo PS que iniciou o mandato em 1999 (cf. Quadro 8.3.).

Com valores médios de ocorrência de 1,14 e um desvio padrão de 0,33 o interesse dos governos nos Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença) ainda que seja referido em praticamente todos os governos, é-o com diferentes intensidades, sendo no XVI Gov. Const., PSD (2004-2005) que se encontrou o maior número de nesta dimensão, como se pode observar no Quadro 8.3..

Já as políticas orientadas para as melhorias, sejam elas as da prestação de cuidados ou as melhorias intra e entre estruturas hospitalares apresentam dos valores médios de ocorrências mais baixos da análise, com 1,07 e 1,14 respectivamente. Porém se analisadas à luz das disparidades das respostas percebe-se que se as Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde

contam com uma fraca dispersão no número de ocorrências (0,19), sendo nos dois últimos governos constitucionais analisados (XVII Gov. Const., PS, 2005-2009 e XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011, cf. Quadro 8.3.) que ocorrem o maior número de referência a esta dimensão já as melhorias da prestação de cuidados contam com uma maior dispersão (0,32) reflectindo um número de ocorrências variadas em cada governo, sendo a partir do XII Gov. Const., PSD, 1991-1995 que esta área começa a ser mais referida nos programas de governo (cf. Quadro 8.3.).

Em relação à dimensão de Promoção e utilização de Sistemas de informação e comunicação na saúde observa-se que o número médio de ocorrências é baixo (1,03). No entanto é uma dimensão cuja distribuição de ocorrências pelos 14 programas de governo constitucional observados conta com alguma dispersão (com um desvio padrão de 0,26). Assim, se há governos em que esta dimensão não é mencionada, outros há em que é referida mais do que uma vez, na verdade o Quadro 8.3. permite identificar que até ao IX Gov. Const., PS, 1983-1985 não houve qualquer menção a esta dimensão, e que é a partir do XIII Gov. Const., PS, 1996-1999 que esta é uma área com um elevado número de ocorrência de referências, havendo entre estes dois momentos oscilações entre a alusão a esta temática ou a inexistência de interesse de actuação neste domínio.

Quadro 8.3.: Intensidade da intenção de actuação dos Governos Constitucionais no âmbito do sector da saúde

	V Gov. Const., PS, 1979-1980	VI Gov. Const., PSD, 1980- 1981	VII Gov. Const., PSD, 1981- 1981	VIII Gov. Const., PSD, 1981- 1983	IX Gov. Const., PS, 1983-1985	X Gov. Const., PSD, 1985- 1987	XI Gov. Const., PSD, 1987- 1991	XII Gov. Const., PSD, 1991- 1995	XIII Gov. Const., PS, 1996-1999	XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	XV Gov. Const., PSD, 2002- 2004	XVI Gov. Const., PSD, 2004- 2005	XVII Gov. Const., PS, 2005-2009	XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011
Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença)	+	+	+	+	+	•	+	+	•	+	+	++	+	+
Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)	+	+	+	+	+	•	+	+	+	+	+	+	++	++
Políticas de orientação para a <i>Res Publica</i> e para o doente/cidadão	+	+	+	+	++	+	+	+	+	+	+	+	++	+
Políticas de financiamento	+	+	+	+	+	+	+	+	++	+	+	+	+	+
Promoção e utilização de Sistemas de informação e comunicação	•	•	•	•	+	•	+	•	+	++	+	++	+	++
Medidas de <i>New Public Management</i> nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)	•	•	•	•	•	•	•	+	++	+	+	++	+	++
Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde	•	+	+	•	•	•	•	+	+	++	+	++	+	+

	V Gov. Const., PS, 1979-1980	VI Gov. Const., PSD, 1980- 1981	VII Gov. Const., PSD, 1981- 1981	VIII Gov. Const., PSD, 1981- 1983	IX Gov. Const., PS, 1983-1985	X Gov. Const., PSD, 1985- 1987	XI Gov. Const., PSD, 1987- 1991	XII Gov. Const., PSD, 1991- 1995	XIII Gov. Const., PS, 1996-1999	XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	XV Gov. Const., PSD, 2002- 2004	XVI Gov. Const., PSD, 2004- 2005	XVII Gov. Const., PS, 2005-2009	XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011
Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde	•	+	+	•	+	+	+	•	+	+	++	++	+	+
Políticas relacionadas com a gestão do medicamento	++	•	•	•	+	•	+	•	•	+++	++	++	+	++
Articulação com o Ministério da Ciência e da Tecnologia e do Ensino Superior	+	•	•	•	•	•	+	•	•	+	•	+	+	•

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Legenda: + = Valores compreendidos entre o 0 e 1, uma vez que na construção desta matriz se consideraram apenas valores arredondados à unidade; ++ = obtenção de 1 no cálculo da intensidade da frequência da dimensão; +++ = obtenção de 2 no cálculo da intensidade da frequência da dimensão; • = Ausência de valor no cálculo da intensidade da frequência da dimensão, a que corresponde a total omissão desta dimensão nas propostas do executivo.

Assim, se em 1979 as principais preocupações em saúde eram questões relacionadas com a prestação de um serviço público de qualidade, que respondesse às necessidades dos cidadãos, com as estruturas de prestação de cuidados de saúde e com as questões do financiamento, como seria expectável num momento imediatamente posterior à criação do Serviço Nacional de Saúde português, ao longo dos anos – com excepção do X Governo Executivo – os programas de Governo têm vindo a reflectir o aumento das preocupações em saúde em diversas outras vertentes, sendo as áreas das “Políticas de orientação para a *Res Publica* e para o doente/cidadão”, as “Políticas de financiamento” e as “Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde” as que reúnem uma presença constante em praticamente todos os governos constitucionais.

Pelo contrário, as dimensões relacionadas com a “Promoção e utilização de Sistemas de informação e comunicação”, com as “Medidas de *New Public Management* nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)” e com as “Políticas relacionadas com a gestão do medicamento”, são as que contam com menor transversalidade, mas maior intensidade, sendo as duas primeiras resultado da evolução tecnológica e da integração nas políticas de reforma da administração pública em geral, respectivamente.

Na análise da distribuição dos governos constitucionais que mais referiram cada uma das 10 dimensões criadas (Quadro 8.4.), observa-se que o XVI Governo Constitucional se destaca por ser o que mais faz referência a “Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença)”; onde mais se identifica uma maior menção à “Promoção e utilização de Sistemas de informação e comunicação”; às “Medidas de *New Public Management* nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)” e às “Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde”, ocupando o XVI Governo Constitucional, PSD, os primeiros lugares na orientação para estes itens, como se pode observar no quadro que se segue.

Quadro 8.4.:Top 2 dos Governos Constitucionais em cada dimensão

TOP 2 de cada dimensão	Indicadores/ Dimensão ¹⁷³	Partido	Anos
Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença)	XVI Gov. Const.	PSD	2004-2005
	XVIII Gov. Const.	PS	2009-2011
Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)	XVII Gov. Const.	PS	2005-2009
	XVIII Gov. Const.	PS	2009-2011
	XIV Gov. Const.	PS	1999-2002
	XVI Gov. Const.	PSD	2004-2005
Políticas de orientação para a <i>Res Publica</i> e para o doente/cidadão	IX Gov. Const.	PS	1983-1985
	XVII Gov. Const.	PS	2005-2009
	XIII Gov. Const.	PS	1996-1999

¹⁷³ Este posicionamento reflecte também o rácio da frequência da ocorrência de indicadores sobre o número total de indicadores.

TOP 2 de cada dimensão	Indicadores/ Dimensão ¹⁷³	Partido	Anos
Políticas de financiamento	XIII Gov. Const.	PS	1996-1999
	XVII Gov. Const.	PS	2005-2009
Promoção e utilização de Sistemas de informação e comunicação	XVI Gov. Const.	PSD	2004-2005
	XIV Gov. Const.	PS	1999-2002
	XVIII Gov. Const.	PS	2009-2011
Medidas de <i>New Public Management</i> nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)	XVI Gov. Const.	PSD	2004-2005
	XIII Gov. Const.	PS	1996-1999
Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde	XVI Gov. Const.	PSD	2004-2005
	XIV Gov. Const.	PS	1999-2002
Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde	XV Gov. Const.	PSD	2002-2004
	XVI Gov. Const.	PSD	2004-2005
Políticas relacionadas com a gestão do medicamento	XIV Gov. Const.	PS	1999-2002
	V Gov. Const.	PS	1979-1980
	XVI Gov. Const.	PSD	2004-2005
	XVIII Gov. Const.	PS	2009-2011
Articulação com o Ministério da Ciência e da Tecnologia e do Ensino Superior	V Gov. Const.	PS	1979-1980
	XI Gov. Const.	PSD	1987-1991
	XIV Gov. Const.	PS	1999-2002
	XVI Gov. Const.	PSD	2004-2005
	XVII Gov. Const.	PS	2005-2009

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Este quadro permite ainda aferir áreas de actuação cuja orientação partidária e ideológica parecer ser notória. Desta forma, se há dimensões onde os governos constitucionais que mais a referiram cada uma das 10 dimensões, ainda que com uma presença maior ou menor de cada partido, são ora do PS como do PSD, outras há em que os dois primeiros lugares são ocupados apenas por um partido, evidenciando um interesse partidário por certas temáticas.

Assim, observa-se que o partido socialista ocupa o primeiro e segundo lugares na referência a questões relacionadas com a dimensão “Políticas de orientação para a *Res Publica* e para o doente/cidadão” e com as “Políticas de Financiamento”, sendo que a primeira dimensão é também a mais referida pelo XIII governo constitucional, PS (Quadro 8.5.).

Já o partido social democrata encontra-se nos dois primeiros lugares do ranking da dimensão “Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde”. Trocando novamente a leitura dos dados (Quadro 8.5.) observamos que esta dimensão é a mais referida nos VIII e XV governos constitucionais, ambos do PSD, o que realça o especial interesse desta força partidária nesta área.

Mais uma vez, a dimensão da articulação entre o MCTES e o Ensino Superior apresenta algumas especificidades uma vez que o ranking calculado para esta dimensão não atribui a nenhum governo constitucional o segundo lugar, colocando em exécuo cinco governos constitucionais.

Desta forma, o V e o XIV Governos Constitucionais defendem a articulação com o Ministério do Ensino Superior e a criação de acordos de investigação entre faculdades e instituições de saúde; o XI Governo Constitucional avança com a intenção de integrar o ensino de enfermagem nas escolas e os XVI e XVII Governos Constitucionais defendem a implementação de novo sistema de gestão para os hospitais universitários.

No Quadro 8.5. podemos observar as dimensões que contaram com um maior número de referências em cada governo Constitucional.

Quadro 8.5.: A dimensão mais referida no âmbito das políticas de Saúde em cada Governo Constitucional

	Dimensão mais referida na reforma da Saúde
V Gov. Const., PS, 1979-1980	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento
VI Gov. Const., PSD, 1980-1981	Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde
VII Gov. Const., PSD, 1981-1981	Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde
VIII Gov. Const., PSD, 1981-1983	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde
IX Gov. Const., PS, 1983-1985	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde
X Gov. Const., PSD, 1985-1987	Políticas de orientação para a Res Publica e para o doente/cidadão
XI Gov. Const., PSD, 1987-1991	Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)
XII Gov. Const., PSD, 1991-1995	Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença)
XIII Gov. Const., PS, 1996-1999	Políticas de orientação para a Res Publica e para o doente/cidadão
XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento
XV Gov. Const., PSD, 2002-2004	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde
XVI Gov. Const., PSD, 2004-2005	Medidas de New Public Management nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)
XVII Gov. Const., PS, 2005-2009	Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)
XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

De um modo global as dimensões mais referidas desde 1979 são as Políticas relacionadas com a gestão do medicamento; a orientação para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde, as medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde; Políticas de orientação para a *Res Publica* e para o doente/cidadão; a melhoria intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...), programas/planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença) e a orientação para a *New Public Management* nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...). O facto de as dimensões mais referidas ter uma enorme variação pode indicar que os governos constitucionais, de uma maneira geral¹⁷⁴, não demonstram uma preocupação em seguir a estratégia traçada pelo governo anterior

8.1. AS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E NA SAÚDE

Quanto ao uso das tecnologias de informação e comunicação, como se poderá observar no quadro que se segue (Quadro 8.6.), no sector da saúde esta não é uma dimensão que conta com o maior número de referências. Porém se articulada com a informação sistematizada no Quadro 8.3. observa-se que se é na década de 85 a 95 que se identificam algumas referências ao uso das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde, de 1995 até ao presente, esta referência tornou-se mais intensa, deixando transparecer o aumentando do número de referências à intenção de implementação e recurso às tecnologias de informação e comunicação no sector da saúde.

Quadro 8.6.: A dimensão mais referida na reforma da AP e da Saúde em cada Governo Constitucional

	Dimensão mais referida na reforma da AP	Dimensão mais referida na reforma da Saúde
V Gov. Const., PS, 1979-1980	Tecnologias de informação e comunicação; Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento
VI Gov. Const., PSD, 1980-1981	Tecnologias de informação e comunicação	Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde
VII Gov. Const., PSD, 1981-1981	Tecnologias de informação e comunicação	Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde
VIII Gov. Const., PSD, 1981-1983	Tecnologias de informação e comunicação	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde
IX Gov. Const., PS, 1983-1985	Tecnologias de informação e comunicação	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde
X Gov. Const., PSD, 1985-1987	Tecnologias de informação e comunicação	Políticas de orientação para a Res Publica e para o doente/cidadão
XI Gov. Const., PSD, 1987-1991	Tecnologias de informação e comunicação	Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)

¹⁷⁴ Note-se que há uma sequência da dimensão mais referida entre o VI Gov. Const., PSD (1980-1981) e o VII Gov. Const., PSD, (1981-1981); e o VIII Gov. Const., PSD, (1981-1983) e o IX Gov. Const., PS, (1983-1985), respectivamente.

	Dimensão mais referida na reforma da AP	Dimensão mais referida na reforma da Saúde
XII Gov. Const., PSD, 1991-1995	Mudanças inerentes aos trabalhadores	Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença)
XIII Gov. Const., PS, 1996-1999	Mudanças organizacionais e legais inerentes à reforma; Mudanças estruturais relacionadas serviços centrais e gov.; Mudanças para paradigma gestor (New Public Management); Tecnologias de informação e comunicação	Políticas de orientação para a Res Publica e para o doente/cidadão
XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	Tecnologias de informação e comunicação	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento
XV Gov. Const., PSD, 2002-2004	Mudanças inerentes aos trabalhadores	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde
XVI Gov. Const., PSD, 2004-2005	Mudanças inerentes aos trabalhadores; Mudanças para paradigma gestor (New Public Management); Tecnologias de informação e comunicação	Medidas de New Public Management nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)
XVII Gov. Const., PS, 2005-2009	Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP	Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)
XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011	Tecnologias de informação e comunicação	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional; Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Como ilustra o quadro anterior, é no XVI Governo Constitucional que se encontra a maior coerência entre a dimensão que reúne o maior número de referências contabilizadas na reforma da Administração Pública e na reforma do Sector da Saúde. Assim, na sequência da reforma da Administração Pública, na reforma do Sector da Saúde, o XVI Governo Constitucional defendeu a intenção de implementar medidas de *New Public Management* a que não será alheia a orientação ideológica do Governo em causa¹⁷⁵.

Este quadro demonstra, de forma evidente, que no que respeita à implementação e ao uso das tecnologias de informação e comunicação no sector da saúde não se detecta uma intensidade tão evidente como na da reforma da administração pública em geral.

A aparente incompatibilidade nas prioridades de actuação destes dois sectores públicos e sociais pode dever-se factos teórico-sociais e históricos.

Teórico sociais, porque sendo a saúde e a doença valores essenciais da Humanidade que determinam o sentido da vida/morte se associam ao risco individual e social (Beck, 2000) exponenciado pela globalização. Neste ciclo, o conhecimento médico, a que subjaz o modelo biomédico dominante (Armstrong, 2000; Lupiañez, 2009), tem vindo a inibir o desenvolvimento de teorias multidisciplinares que permitam articular a relação entre saúde e sociedade sob uma

¹⁷⁵ Foi em 2002 que foi publicada a Lei nº 27/2002 que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar, tendo sido definidas 3 figuras jurídicas de hospitais públicos (SA, SPA e EPE).

perspectiva médica, social, económica e histórica e, actualmente, no âmbito da saúde em rede (Espanha, 2010).

As razões históricas prendem-se com o facto de em Portugal o Serviço Nacional de Saúde criado por António Arnaut em 1979, apesar de se ter desenvolvido sob a estrutura da administração pública, tem princípios e objectivos próprios, afastando-se por isso dos da administração pública em geral, ainda que, numa lógica Beveridiana, lhe pertença em termos formais. Lembre-se que António Arnaut na apresentação do Projecto-Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde na Assembleia da República, no dia 19 de Dezembro de 1978 refere que cabe ao Estado “nos precisos termos do preceito constitucional, e na perspectiva da socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos, promover a racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o País, disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso dos produtos biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico” (Arnaud, 2009: 29) e que é do Estado a responsabilidade de definir, dirigir e financiar a “política de saúde; autonomia administrativa e financeira do SNS; organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais de competência técnica normativa, de estudo e planeamento, órgãos regionais e órgãos locais; gestão democrática, com ampla participação das populações e dos profissionais do sector em todos os órgãos e a todos os níveis” (Idem, *ibidem*: 33).

A intenção a jusante da criação do SNS reflecte-se a montante, no facto de a dimensão mais referida entre 1980 e 1918 ser a preocupação com a melhoria dos cuidados de saúde prestados à comunidade.

Com o intuito de situar as tecnologias da saúde no percurso do sistema de saúde português alocado no seio da Administração Pública, de discutir as oportunidades e as ameaças inerentes à sua adopção, é preciso ter também em conta a génese a abrangência conceptual do desenvolvimento das políticas da Administração Pública.

8.2. AS POLÍTICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL: UMA ANÁLISE

RETROSPECTIVA

No tempo em que a globalização dava os primeiros passos – a primeira rede telenet (ARPAnet) e o sistema de correio electrónico são desenvolvidos ao longo da década de 1970 (Castells, 2002) – e sob um contexto sócio-cultural caracterizado pela recente saída de um regime de clausura política, ideológica, económica e social, a prioridade no sector da saúde foi, tal com espelha a análise anterior, e muitos outros dados histórico-factuais, a democratização da abrangência dos cuidados de saúde a prestar a toda a comunidade, quer no respeito às estruturas institucionais como na construção das equipas de profissionais afectas à execução dos objectivos inerentes à exequibilidade deste projecto.

Posteriormente, na década que se seguiu à criação do SNS, na sequência de orientações externas definidas em grande parte pela OMS, sobretudo no âmbito da prestação de cuidados primários

definida na Declaração de Alma-Ata em 1978¹⁷⁶, emerge o (re)pensar dos cuidados de saúde centrados no cidadão e nas necessidades do doente e não tanto em função das estruturas que prestam cuidados ou dos profissionais que nela trabalham. Esta tendência é identificada nos diversos dos Programas Constitucionais dos anos 80, onde as medidas que contam com mais referências são as relacionadas com a melhoria da prestação dos cuidados de saúde, a par das medidas relacionadas com a necessidade da formação e preocupações com o recrutamento de profissionais de saúde.

Em conformidade com as orientações concebidas no plano mais estratégico que operacional, as medidas relacionadas com a melhoria da prestação de cuidados de saúde, reflecte-se no facto de em 1983 nascer a 2ª geração¹⁷⁷ de centros de saúde e a primeira com a carreira médica de clínica geral e familiar.

Mas também na formação dos profissionais da saúde passar a ser uma questão que, desde a criação do SNS, se assume como importante, sendo muitas vezes percebida como um foco de entropia. Nas palavras de Simões (2006) referindo-se às conclusões do CRES (Conselho de Reflexão para a Saúde), alguns dos obstáculos identificados na dinâmica interna do funcionamento hospitalar resulta do facto da “direcção técnica dos serviços de acção médica ser exercida, por vezes, por profissionais com perfil inadequado às funções que são exigidas” (Simões, 2006: 80).

A preocupação com os profissionais de saúde resulta também do facto de Portugal, em 1979, contar com 1,87 médicos por 1000 habitantes¹⁷⁸, com uma distribuição geograficamente assimétrica, uma vez que 92,5% dos médicos de clínica geral estavam no litoral do país e apenas 7,5% no interior¹⁷⁹. Tendo os médicos especialistas, no mesmo período, uma distribuição semelhante, estando 93,7% alocados ao litoral do país (81% concentravam-se em Lisboa, Porto e Coimbra) e 6,3% ao interior¹⁸⁰.

Nos anos 80, dado o investimento nos cuidados de saúde primários, a especialidade de medicina geral e familiar contou com um aumento de interesse e do volume de profissionais, que actualmente se tem vindo a perder, note-se que se em 1979 havia 0,84 médicos de família por cada 1000 habitantes e em 2007 este rácio era de 0,70 médicos por 1000 habitantes¹⁸¹. Actualmente está novamente a haver um forte interesse na formação de médicos de família, reflectindo-se no aumento de vagas para esta especialidade.

A preocupação de alguns governos constitucionais com as carreiras dos profissionais de saúde detectada na análise desenvolvida, nomeadamente nos VIII e XIX Governos Constitucionais. por

¹⁷⁶ Consultar http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, para uma leitura integral.

¹⁷⁷ Os da primeira geração resultam da integração dos cuidados preventivos e de promoção da saúde até então a cargo da Direcção-Geral da Saúde, com os cuidados médicos em ambulatório, até então da responsabilidade dos postos da Previdência (Campos, 2008: 22). Estavam sobretudo associados à saúde materno-infantil, à saúde da grávida e da criança, à saúde escolar e às actividades relacionadas com a autoridade sanitária (Simões, 2006:76).

¹⁷⁸ Fonte: Santana, Paula (2010), “OS ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde” em Simões, Jorge (org.) (2010), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, Coimbra, Almedina, pág. 34.

¹⁷⁹ Fonte: Arnaut, António (2009), *SNS 30 anos de Resistência*, Coimbra, Coimbra Editores, pág. 41.

¹⁸⁰ Fonte: idem; ibidem, pág. 41.

¹⁸¹ Fonte: Santana, Paula (2010), “OS ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde” em Simões, Jorge (org.) (2010), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, Coimbra, Almedina, pág. 35.

certo conduziu à criação das “carreiras médicas, de enfermagem, de administração, de técnicos superiores e das demais profissões de saúde que permitiram atrair e estabilizar trabalhadores especializados no SNS” (Campos, 2008: 21).

De 1990 a 2004 o número de médicos em actividade aumentou em cerca de 6 mil profissionais, em grande parte devido à carreira médica hospitalar e menos à carreira de medicina geral e familiar¹⁸².

8.2.1. As Políticas de Saúde entre 1979 e os anos 80

Quadro 8.7.:As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa

	Dimensão mais referida na reforma da AP	Dimensão mais referida na reforma da Saúde
V Gov. Const., PS, 1979-1980	Tecnologias de informação e comunicação; Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento
VI Gov. Const., PSD, 1980-1981	Tecnologias de informação e comunicação	Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde
VII Gov. Const., PSD, 1981-1981	Tecnologias de informação e comunicação	Medidas orientadas para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde
VIII Gov. Const., PSD, 1981-1983	Tecnologias de informação e comunicação	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde

Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Em 1978¹⁸³, consagrava-se pela primeira vez o direito universal à defesa e protecção da Saúde contemplado na Constituição da República de 1976, resultado dos primeiros momentos da maturidade democrática portuguesa.

Em 1979, o governo socialista liderado por Maria de Lurdes Pintassilgo (V Governo Constitucional), tomou a iniciativa de apresentar a Lei de Bases do SNS, tendo sido aprovada pela AR com o apoio dos votos do governo, dos partidos da esquerda, a abstenção do PSD e o voto contra do CDS.

Imediatamente após a sua criação em 1979, o VI Governo Constitucional (Aliança Democrática) suspende o SNS. Ainda que quatro dos diplomas voltassem a vigorar¹⁸⁴, este foi o momento da história do SNS em que se reflectiu sobre a sustentabilidade financeira e a orientação ideológica inerente a este sistema e sobre as possíveis alternativas, tendo mesmo sido equacionada a extinção do SNS.

¹⁸² Note-se que na carreira hospitalar de 1990 a 2004 houve um aumento de mais cerca de 11 000 médicos e na carreira de medicina geral e familiar apenas de mais mil (Campos, 2008: 21).

¹⁸³ Até aqui era da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde apenas os cuidados preventivos e a promoção da saúde. Os cuidados médicos em ambulatório eram da responsabilidade dos postos da Previdência.

¹⁸⁴ Ligados à prestação e organização dos cuidados primários de saúde, a saber: a criação da carreira de clínico geral, e a reestruturação da carreira de saúde pública; a reorganização das administrações distritais de serviços de saúde; a criação do departamento de cuidados de saúde primários da Administração Central de Saúde e a criação dos centros comunitários de saúde e a regulamentação dos órgãos locais do SNS.

Pese embora o facto de, aquando a revisão constitucional de 1982 pela mesma Aliança Democrática, se terem mantido inalterados os dois postulados mais simbólicos do Estado Social na área da saúde: a criação de uma SNS universal, geral e gratuito¹⁸⁵ e a socialização da medicina, dos serviços médicos e do acesso aos medicamentos¹⁸⁶, foi acrescentado um número 4 ao artigo 64.º que refere que o SNS passa a ter uma gestão participada e descentralizada.

Segundo o retrato do SNS apresentado por Jorge Simões, neste período, apesar de apresentar melhorias significativas, os resultados do SNS diversas áreas como a mortalidade infantil e perinatal, ainda nos colocavam na cauda da União Europeia.

Em relação à utilização dos serviços, neste espaço temporal observou-se um aumento de 34% da procura dos serviços de urgência, de 12,5% do número de doentes tratados, mas um decréscimo de 17,1% do número de consultas, como ilustra o quadro que se segue. Jorge Simões explica este decréscimo pela possível existência de uma relação entre “o encerramento dos postos dos Serviços Médico-Sociais (antigas Caixas de Previdência) e a criação, em 1982, dos novos centros de saúde e da carreira de medicina geral e familiar. As consultas dos médicos de família desenvolvem-se com maior liberdade de tempo, sem números mínimos por hora que caracterizavam o funcionamento das antigas Caixas de Previdência e, conseqüentemente, com redução de produtividade” (Simões, 2006:117).

Quadro 8.8.: Procura dos serviços em Portugal (até 1985)

	Urgências	Consultas	Doentes Tratados
1980	4758200	28030600	449700
1985	6373000	23229799	505900
$\Delta\%$ ¹⁸⁷	33,9%	-17,1%	12,5%

Fonte: adaptado de Simões, Jorge (2006), *Um Retrato Político da Saúde em Portugal*, Porto, Almedina, pág. 117.

Estes números, sobretudo os de 1980, quando comparados com os de 1975 – com 2110000 urgências; 24 878300 consultas e 362200 doentes tratados – reflectem a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, uma vez que “o atributo constitucional da universalidade significava que toda a gente poderia utilizar o SNS, sem discriminação de idade, sexo, religião, classe, profissão, ou sistema de protecção social.” (Campos, 2008: 20).

Já em relação ao número de médicos e de enfermeiros, observa-se que o n.º de médicos por 1000 habitantes estava em consonância com os restantes países em análise. Já o rácio de enfermeiros/população nacional, quando comparado com os valores médios da Europa, evidencia uma escassez de profissionais. Atentando n número de médicos e no de enfermeiros graduados pelos restantes trabalhadores menos especializados observa-se que a escassez se estende às duas categorias profissionais.

¹⁸⁵ n.º 2 do Art. 64.º

¹⁸⁶ Segundo Jorge Simões nunca realmente tentada.

¹⁸⁷ Calculada pela fórmula (ano2/ano1)-1.

Quadro 8.9.: Médicos e Enfermeiros em Portugal/Europa (até 1985)

	1980	1985	Δ%
Médicos/1000 hab.	1,9	2,4	26%
Média Europeia ¹⁸⁸	2	2,3	15%
Enfermeiros/1000 hab.	2,3	2,5	9%
Média Europeia ¹⁸⁹	4,6	5,5	20%
Médicos graduados por cada 1000 médicos no activo	s.d.	35,6	
Média Europeia ¹⁹⁰	62,8	52,3	-17%
Enfermeiros graduados por cada 1000 enfermeiros no activo	s.d.	38,9	
Média Europeia ¹⁹¹	71	45,8	-35%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

Quanto às despesas em saúde, de acordo com o quadro que se segue, observa-se que o peso das despesas em saúde no PIB têm vindo a aumentar e, ainda que a uma velocidade superior, segue a tendência da Europa. Observa-se também um avanço do sector privado nas despesas da saúde, uma vez que as despesas públicas no total das despesas em saúde demonstraram neste período uma queda. Aliás Jorge Simões conclui mesmo que, entre 1981 e 1986, “os gastos públicos tiveram um decréscimo global de 7,5%, enquanto os gastos privados aumentaram cerca de 45%” (Simões, 2006:113).

Uma vez que no V Governo Constitucional a dimensão onde se observou um maior número de ocorrências foi a relacionada com as políticas de gestão do medicamento, é ainda pertinente perceber o peso das despesas com os produtos farmacêuticos no total das despesas em saúde. Neste sentido, observa-se que, perante os restantes países europeus em análise, efectivamente há um peso muito superior das despesas com estes produtos no total das despesas, bem como um crescimento muito mais acelerado desta tendência entre 1980 e 1985, que de algum modo justifica a preocupação do executivo com esta temática, uma vez que esta tendência deriva já de anos anteriores, note-se que em 1979 contra uma média europeia de 12,4%, em Portugal da despesa total em saúde 23,7% eram gastos em produtos farmacêuticos.

Quadro 8.10.: Gastos em saúde em Portugal/Europa (até 1985)

	1980	1985	Δ%
Despesas totais em saúde em % do PIB	5,3	5,7	8%
Média Europeia ¹⁹²	7,0	7,1	1%
Despesas públicas no total das despesas totais em saúde %	64,3	54,6	-15%
Média Europeia ¹⁹³	79,5	76,3	-4%

¹⁸⁸ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

¹⁸⁹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

¹⁹⁰ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

¹⁹¹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

¹⁹² Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

	1980	1985	Δ%
Despesas com produtos farmacêuticos no total das despesas totais em saúde %	19,9	25,4	28%
Média Europeia ¹⁹⁴	12,8	13,2	3%
Despesa out-of-pocket ¹⁹⁵	s.d.	s.d.	s.d.
Média Europeia	12,3	19,0	54,5%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

Para além do peso das despesas da saúde no PIB, e dada a essência Beveridgeana do SNS português, importa também saber que percentagem do OGE é gasta em saúde (Quadro 8.11.).

Quadro 8.11.: O orçamento do SNS no OGE em Portugal (até 1985)

	1981	1985	Δ%
% do orçamento do SNS no OGE	12,5	10,6	-15%

Fonte: Simões, Jorge (2006), *Um Retrato Político da Saúde em Portugal*, Porto, Almedina, pág. 114.

Na sequência da análise do quadro anterior, o desinvestimento público na saúde é reflectido na redução da fatia do OGE consumida por este sector neste período temporal.

Analisando discriminadamente a estrutura dos custos do sector da saúde (Quadro 8.12.), percebe-se que é nos recursos humanos que se consumia a principal parte dos custos da saúde (Quadro 8.12.).

Quadro 8.12.: Decomposição dos custos do SNS em Portugal (até 1985)

	1982	1986	Δ%
Recursos humanos	50,3	47,1	-6%
Consumos	14,3	18,7	31%
Transferência para o sector privado	31,7	33,2	5%
Convencionados	s.d. ¹⁹⁶	12,6	
Farmácias	s.d.	20,6	

Fonte: Simões, Jorge (2006), *Um Retrato Político da Saúde em Portugal*, Porto, Almedina, pág. 114.

No alinhamento das preocupações detectadas pela análise das contagens das várias referências temáticas ao longo dos vários programas dos Governos Constitucionais, os recursos humanos representam uma pesada fatia de custos na estrutura dos custos do SNS, sendo por isso importante a questão da formação desta. Como um princípio básico da gestão, trata-se de saber ou de garantir que quem desempenha uma função tem as capacidades e a formação necessária para o fazer da melhor forma. Em conformidade com o que já foi apurado no Quadro 8.10., ainda que também através de convenções, para convencionado, as transferências para o sector privado fazem-se sobretudo à custa

¹⁹³ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

¹⁹⁴ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

¹⁹⁵ Segundo a OCDE define-se por "Household out-of-pocket expenditure comprise cost-sharing, self-medication and other expenditure paid directly by private households, irrespective of whether the contact with the health care system was established on referral or on the patient's own initiative."

¹⁹⁶ Sem dados.

das farmácias. A este propósito, diz Jorge Simões “Portugal era já nessa altura [1983] o país da OCDE em que a percentagem de gastos com medicamentos em relação às despesas públicas com saúde era mais elevado” (Simões, 2006: 115). Baseado em estudos de Manta (1984) e Campos (1987) refere ainda que em relação às convenções “no nosso país através das consultas de cuidados primários podem ser requisitados, directamente ao sector privado quaisquer tratamentos ao sector privado, quaisquer exames e tratamentos especializados. Não há controlo das requisições e, num grande número de casos, os prestadores privados de serviços de saúde, são também funcionários dos próprios serviços” (Mantas, 1984).

Recorde-se que as políticas de medicamento além de serem a dimensão com mais referências dos executivos, foram também a prioridade do V Governo Constitucional.

8.2.2. As Políticas de Saúde na década de 1985 a 1995

Quadro 8.13.: As políticas de saúde apuradas na AP e da saúde para o período temporal em causa

	Dimensão mais referida na reforma da AP	Dimensão mais referida na reforma da Saúde
IX Gov. Const., PS, 1983-1985	Tecnologias de informação e comunicação	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde
X Gov. Const., PSD, 1985-1987	Tecnologias de informação e comunicação	Políticas de orientação para a Res Publica e para o doente/cidadão
XI Gov. Const., PSD, 1987-1991	Tecnologias de informação e comunicação	Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)
XII Gov. Const., PSD, 1991-1995	Mudanças inerentes aos trabalhadores	Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção e gestão da doença)

Fonte: Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional; (elaboração própria).

Em Portugal, esta década, na forja das políticas de saúde europeias, reflectiu a emergência de uma ideologia de mercado da saúde¹⁹⁷, orientada para a competição entre prestadores e orientada para a procura da eficiência. Foi época de políticas estabelecidas em função das prioridades e dos limites dos cuidados de saúde públicos, da empresarialização do SNS, do aumento da participação do sector privado e da responsabilização individual pelo financiamento.

Neste intervalo temporal, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde distingue três fases distintas com diferentes orientações e prioridades. A primeira fase reflecte a separação do sector público do privado, e surge com a intenção de desenvolver ambos e assim melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, pese embora que o facto desta meta se ter feito à custa da conflitualidade entre os dois sectores.

Na segunda fase a preocupação com a separação destes sectores esbateu-se e a prioridade passou a ser a implementação de um seguro alternativo de saúde (*opting-out*), que não veio a recolher qualquer aceitação por parte das seguradoras.

¹⁹⁷ “a ministra Leonor Beleza seguiu uma estratégia de mudança que afrontou importantes grupos de pressão – em especial a Ordem dos Médicos e a Indústria Farmacêutica – os ministros Arlindo de Carvalho e Paulo Mendo privilegiaram pontuais inovações normativas, a promoção de estudos de análise técnica e a tentativa de pacificação do sector da saúde” (Simões, 2006: 118).

Num terceiro momento a defesa do seguro alternativo de saúde perde importância, passando o aumento do financiamento privado no sistema de saúde e a gestão privada das unidades públicas de saúde para a ribalta das prioridades da agenda política.

Na sequência da segunda revisão da Constituição Portuguesa de 1989, a redacção do primeiro ponto do art. 64 passa a defender um SNS universal e geral mas *tendencialmente* gratuito¹⁹⁸, sendo o pagamento definido em função das condições económicas e sociais dos cidadãos¹⁹⁹.

Assim, se em 1992, as orientações ideológicas mais liberais defendiam a separação do sector público do privado, a separação entre as entidades financiadoras e as prestadoras de serviços de saúde, introduzindo elementos de mercado como a gestão privada de unidades de saúde, a liberalização da construção de novas unidades de saúde ou a “opção por seguro privado de saúde com direito a reembolso da capitação financeira atribuída aos cidadãos” (Simões, 2006: 119); em 1993 Correia de Campos, sob uma inspiração ideológica no estado-social, defende que as Administrações Regionais de Saúde deveriam ser reconvertidas em agências de financiamento regional, cabendo aos utentes a opção pela escolha por uma inscrição numa agência financiadora regional ou numa companhia de seguros, tendo estas últimas a liberdade de optar pelas melhores condições qualidade/preço dos serviços prestados pelos hospitais e centros de saúde.

Em 1995, sob a tutela de Paulo Mendo (Ministro da Saúde de um governo PSD), é publicado pelo Ministério da Saúde outro estudo sobre financiamento²⁰⁰ onde se “preconizava a introdução de concorrência na gestão do financiamento público, com a criação de mais do que um instituto de gestão e financiamento, a introdução de mecanismos de concorrência entre as unidades prestadoras e a alteração do estatuto jurídico das entidades públicas de prestação” (Simões, 2006:119).

Apesar das divergências ideológicas e dos diferentes estilos de governação, as perspectivas socialistas e sociais-democratas do sector da saúde evidenciavam algumas pontes como seja o estímulo da competição gerida, a concepção de um Sistema de Saúde não confinado ao SNS e a manutenção do seu carácter predominantemente público e universal.

Uma vez que de 1985 a 1995, as políticas de saúde trouxeram poucas rupturas e mais alterações de um mesmo modelo, Simões sintetiza as principais mudanças em 4 estratégias presentes na Lei de Bases da Saúde de 1990²⁰¹ e no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde de 1993²⁰²: 1) a regionalização da administração dos serviços, com maior autonomia de poderes para coordenar a actividade dos hospitais; 2) a privatização de sectores da prestação de cuidados, devendo o Estado promover o desenvolvimento do sector privado e permitir a gestão privada de unidades públicas e a articulação do SNS com unidades privadas; 3) a privatização dos sectores do financiamento dos cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados e saúde e a possibilidade de

¹⁹⁸ Que virá a ser revogado em 1997.

¹⁹⁹ Paulo Mendo virá a sugerir um pagamento dos serviços de saúde em função da criação de 3 grupos criados a partir do rendimento: um em que o Estado continuaria a pagar 100% das despesas de saúde, outro em que o Estado pagaria 60% das despesas e por fim um terceiro em que o Estado apenas pagaria 30% das despesas.

²⁰⁰ De autoria de Diogo de Lucena, Miguel Gouveia e Pedro Pita Barros.

²⁰¹ Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto.

²⁰² Decreto-lei n.º11/93, de 15 de Janeiro.

criação de um seguro alternativo de saúde; 4) a articulação dos cuidados, com a criação de unidades de saúde que agrupariam, numa região, hospitais e centros de saúde” (Simões, 2006: 120).

Comparando os resultados das diversas estatísticas de saúde com os já apresentados, podemos observar que a prestação de serviços de saúde aumentou nas três categorias e, análise em mais de 40% (Quadro 8.14.).

Quadro 8.14.: Procura dos serviços em Portugal (de 1985 até 1995)

	Urgências	Consultas	Doentes Tratados
1980	4758200	28030600	449700
1985	6373000	23229799	505900
1990	9270700	30023000	659700
1994	9878500	33428600	823600
$\Delta\% 95/85^{203}$	55,00%	41,50%	62,80%

Fonte: Simões, Jorge (2006), Um Retrato Político da Saúde em Portugal, Porto, Almedina, pág. 117, 127.

Em relação aos profissionais da saúde²⁰⁴, nomeadamente a médicos e a enfermeiros, observa-se que, ainda que com uma variação menor, o número de médicos e de enfermeiros aumentou ligeiramente ficando, no entanto, ainda à margem dos valores dos países da Europa em análise (Quadro 8.15.), sobretudo no que se refere aos enfermeiros.

Quadro 8.15.: Médicos e Enfermeiros em Portugal/Europa (de 1985 até 1995)

	1980	1985	1990	1995	$\Delta\% 95/85$
Médicos/1000 hab.	1,9	2,4	2,8	2,9	20,8%
Média Europeia ²⁰⁵	2	2,3	2,6	2,8	21,7%
Enfermeiros/1000 hab.	2,3	2,5	2,8	3,4	36,0%
Média Europeia ²⁰⁶	4,6	5,5	5,8	6,4	16,4%
Médicos graduados por cada 1000 médicos no activo	s.d.	35,6	18,5	14,3	-59,8%
Média Europeia ²⁰⁷	62,8	52,3	39	35,5	-32,1%
Enfermeiros graduados por cada 1000 enfermeiros no activo	s.d.	38,9	35,2	55,4	42,4%
Média Europeia ²⁰⁸	71	45,8	39,2	71,1	55,2%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

É ainda de salientar que o rácio médicos graduados/médicos a exercer actividade é negativo quer no conjunto dos países em análise, como em Portugal, indiciando que a formação de profissionais graduados não acompanhava o ritmo das necessidades das populações.

²⁰³ Calculada pela fórmula (ano2/ano1)-1.

²⁰⁴ Segundo Simões, o número total de pessoas a trabalhar na saúde aumentou de 1979 até ao período em análise, sendo nesta fase cerca de 20000 pessoas (Simões, 2006: 126).

²⁰⁵ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁰⁶ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁰⁷ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁰⁸ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

Quanto aos gastos em saúde, seguindo a tendência europeia, aumentaram entre 1985 e 1995 em todos os pontos em análise com exceção das despesas com produtos farmacêuticos nas despesas totais em saúde, que sofreram neste período um decréscimo de 7,1%, consumindo ainda mais de 10% das despesas com produtos farmacêuticos nas despesas totais em saúde nos restantes países em análise, como se pode observar no Quadro 8.16..

Quadro 8.16.: Gastos em saúde em Portugal/Europa (de 1985 até 1995)

	1980	1985	1990	1995	Δ% 95/85
Despesas totais em saúde em % do PIB	5,3	5,7	5,9	7,8	36,8%
Média Europeia ²⁰⁹	7,0	7,0	7,4	8,2	17,1%
Despesas públicas no total das despesas totais em saúde %	64,3	54,6	65,5	62,6	14,7%
Média Europeia ²¹⁰	79,5	76,3	77,3	76,4	0,1%
Despesas com produtos farmacêuticos no total das despesas totais em saúde %	19,9	25,4	24,9	23,6	-7,1%
Média Europeia ²¹¹	12,8	13,2	13,3	13,9	5,3%
Despesa out-of-pocket ²¹²	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	
Média Europeia	12,3	12,3	19,0	16,5	34,1%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

Quanto à fatia do OGE despendida no SNS, se de 1980 para 1985 se observou uma variação negativa, que ainda se acentuou mais na fracção do OGE destinada ao SNS em 1990 (Quadro 8.17.), de 1985 para 1995, esta variação foi de cerca de 9%, isto é aumentou consideravelmente como se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 8.17.: O orçamento do SNS no OGE em Portugal (de 1985 até 1995)

	1981	1985	1990	1994	Δ% 94/85
% do orçamento do SNS no OGE	12,5	10,6	10,0	11,5	8,5%

Fonte: Simões, Jorge (2006), *Um Retrato Político da Saúde em Portugal*, Porto, Almedina, pág. 114, 125.

O aumento das despesas ocorre também nos recursos humanos e nos encargos com consumos como se verifica no quadro seguinte.

Quanto às transferências realizadas para o sector privado na década em análise, observa-se uma tendência negativa, ganha à custa da redução de mais de 50% dos pagamentos às farmácias, uma vez que as despesas com as prestações convencionadas aumentaram em cerca de 1/3.

²⁰⁹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²¹⁰ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²¹¹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²¹² Segundo a OCDE define-se por “Household out-of-pocket expenditure comprise cost-sharing, self-medication and other expenditure paid directly by private households, irrespective of whether the contact with the health care system was established on referral or on the patient’s own initiative.”

Quadro 8.18.: Decomposição dos custos do SNS em Portugal (de 1985 até 1995)

	1982	1985	1990	1993	Δ% 93/85
Recursos humanos	50,3	47,1	52,9	51,2	8,7%
Consumos	14,3	18,7	18,4	21,7	16,0%
Transferência para o sector privado	31,7	33,2	28,1	27,1	-18,4%
Convencionados	s.d. ²¹³	12,6	17,8	17,4	38,1%
Farmácias	s.d.	20,6	10,3	9,7	-52,9%

Fonte: Simões, Jorge (2006), Um Retrato Político da Saúde em Portugal, Porto, Almedina, pág. 114, 125.

Desta forma, nesta fase sob uma tutela orientada por políticas mais liberais, onde se procurou estimular a competitividade investindo no sector privado, observa-se um aumento dos serviços prestados à população²¹⁴, um aumento pouco expressivo do número de médicos e de enfermeiros – ainda que no total os profissionais de saúde tenham aumentado – e um aumento geral das despesas da saúde, em que a excepção são os gastos com produtos farmacêuticos, pese embora o facto de estes custos, apesar deste decréscimo significativo, continuar a ser praticamente o dobro do dos países europeus em comparação (Quadro 8.16.).

8.2.3. As Políticas de Saúde de 1995 a 2001

Quadro 8.19.: As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa

	Dimensão mais referida na reforma da AP	Dimensão mais referida na reforma da Saúde
XIII Gov. Const., PS, 1996-1999	Mudanças organizacionais e legais inerentes à reforma; Mudanças estruturais relacionadas serviços centrais e gov.; Mudanças para paradigma gestor (New Public Management); Tecnologias de informação e comunicação	Políticas de orientação para a Res Publica e para o doente/cidadão
XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	Tecnologias de informação e comunicação	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento

Fonte: Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional; (elaboração própria).

De 1996 a 2002, Portugal teve uma orientação ideológica socialista não maioritária, inerente a dois mandatos do partido socialista (o XIII Governo Constitucional e o XIV Governo Constitucional).

Ainda que, segundo Jorge Simões, sem tornar a reforma da saúde uma prioridade política (Simões, 2006: 128), o primeiro governo socialista visou sobretudo travar a distância do Estado do sector da saúde que vinha dos governos anteriores, e investir sobretudo no potencial do SNS. Esta reorientação, também identificada na análise desenvolvida aos Programas dos Governos Constitucionais, lembre-se que a dimensão “Políticas de orientação para a Res Publica e para o doente/cidadão” foi a que contou com mais referências no XIII Governo Constitucional (Quadro 8.5.), reflectiu-se também na proposta de alteração do artigo 64º da Constituição, alterada

²¹³ Sem dados.

²¹⁴ Seria também interessante avaliar a qualidade destes serviços.

anteriormente pelo PSD, revogando, entre outros aspectos, os princípios do SNS tendencialmente gratuito²¹⁵.

Em 1998 surge, pelo cunho do Ministério da Saúde, um documento de políticas da saúde onde o governo visando alterar o modelo público, combinando o financiamento público com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores que, afastados entre si, assumiam compromissos na área da saúde, nomeadamente em “três aspectos nucleares: a contratualização, como uma nova relação entre os contribuintes, os seus agentes financiadores de serviços e os prestadores de cuidados; uma nova administração pública da saúde, com a reforma da gestão de centros de saúde e hospitais; e a remuneração dos profissionais associada ao desempenho” (Simões, 2006: 130).

Este documento intitulado “Saúde, um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)” visava ainda outras intervenções como a criação dos centros de saúde de 3ª geração²¹⁶, a criação de um novo estatuto hospitalar, a criação dos centros de responsabilidade integrados nos hospitais, a criação de sistemas locais de saúde e das agências de contratualização.

A formação dos centros de saúde de 3ª geração seria desenvolvida pela atribuição de personalidade jurídica, autonomia administrativa técnica e financeira aos centros de saúde, permitindo desta forma que as remunerações dos profissionais se fizesse em função do desempenho²¹⁷, de forma a adequar a remuneração dos profissionais à lista aos doentes inscritos para cada profissional, ou equipa de profissionais – uma vez que se visava também envolver enfermeiros nesta afectação.

O novo estatuto hospitalar, num modelo alternativo ao tradicional, sustentava-se na gestão pública, mas apropriava-se das regras da gestão privadas de recursos humanos e da compra bens e serviços. “O modelo futuro de hospital público deve respeitar um conjunto de valores e princípios fundamentais, conciliando instrumentos de desburocratização, de agilização e melhor uso de recursos, com a essência e os valores que o hospital público deve defender, sem perder de vista os princípios que orientam uma instituição pública” (Ministério da Saúde, 1999, citado por Simões, 2006: 131).

Os centros de responsabilidade integrados nos hospitais²¹⁸ deveriam ser níveis de gestão intermédia, agrupando serviços análogos com um órgão de gestão com a capacidade de decisão sobre meios necessários à realização dos objectivos face aos objectivos estipulados num contrato-programa discutido com o conselho de administração, nomeadamente a adopção de formas de remuneração associadas à produção, à qualidade e aos resultados obtidos, sendo estes indicadores de produção e desempenho alvo de monitorização.

²¹⁵ A análise desenvolvida na década de 1990, permite identificar a continuidade da orientação da organização dos cuidados de saúde no cidadão, mas também a organização em torno de planos estratégicos de forma a orientar a gestão e a capacidade de resposta às necessidades em saúde da população. Esta tendência foi mantida ao longo da década de 2000, através da criação de diversos planos e linhas de apoio a doenças crónicas ou a grupos de risco como se pode observar no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, desenvolvido pela Direcção Geral de Saúde e pelo Alto Comissariado para a Saúde.

²¹⁶ Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

²¹⁷ Com a definição de critérios explícitos para o caso dos médicos de clínica geral.

²¹⁸ Regulados pelo Decreto-Lei n.º 374/99.

As agências de contratualização²¹⁹, foram criadas para explicitar as necessidades de saúde e preferências dos cidadãos de forma adequar os recursos públicos às necessidades em saúde de uma população. Assim, identificando necessidades, as agências deveriam propor às ARS uma distribuição de recursos e serviços adequados bem como contratualizar os serviços necessários.

Também em 1998, a OCDE tece duras críticas ao sistema de saúde português, das quais se destacam as seguintes recomendações: aumentar a autonomia e responsabilidade financeira às entidades públicas; incentivar a competitividade entre hospitais públicos e reforçar a capacidade de cada ARS, localmente, formalizar contratos com os hospitais em função das necessidades reais; melhorar a coordenação e a integração das instituições públicas impelindo a fixação de orçamentos; alterar as remunerações dos médicos, combinando um salário-base com um pagamento em função do desempenho, acrescido de outras compensações inerentes às deslocações de forma a estimular a redução da assimetria²²⁰ geográfica; promover a competição com a prestação privada de serviços de saúde e da venda dos produtos farmacêuticos, aconselhando por um lado a abolição das tabelas de referência para os actos médicos e por outro as percentagens fixas nos preços dos medicamentos vendidos nas farmácias, incentivando a venda de genéricos; definir e distinguir a linha de diferenciação da esfera pública e privada, nomeadamente através da possibilidade pelo *opting-out* do SNS.

Comparando as medidas do Plano do Ministério e as propostas pela OCDE, poucas são as convergências, sendo as áreas relativas aos medicamentos, à distinção da esfera pública e privada, as menos contempladas na tentativa de modernização da administração pública da saúde promovida pelos governos.

Segundo Constantino Sakellarides²²¹ esta desarticulação deve-se “ao facto de importantes líderes de opinião continuarem a emitir os seus pontos de vista sem qualquer referência às análises disponíveis e a ausência no sistema político de centros genuínos de análise e decisão estratégica na área das políticas e dos sistemas de saúde” (Sakellarides, 2000, citado em Simões, 2006: 134).

De 1999 a 2002, sob uma nova legislatura socialista não maioritária, as políticas do sector da saúde surgem no seguimento de propósitos precedentes – como a separação das entidades prestadoras das financiadoras, da atribuição de autonomia de gestão às unidades públicas, estimular regimes de trabalho a tempo inteiro e em exclusividade e a promoção de concorrência dentro do sector público prestador. Porém, de acordo com diversas vozes, de diferentes quadrantes ideológicos – Correia de Campos, Leonor Beleza, OPSS – neste governo, no âmbito das políticas de saúde “as metas foram desnecessariamente excessivas em aspectos de grande visibilidade, como são o financiamento da saúde e as listas de espera; tomam-se medidas de intervenção sem qualquer quadro

²¹⁹ Criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97 de 8 de Agosto, ainda que inicialmente chamadas “agências de acompanhamento”.

²²⁰ Note-se que em 1998, o n.º de habitantes por médico de clínica geral ou de saúde pública, oscilava, por exemplo, entre os 1567 em Bragança, os 1327 em Castelo Branco, os 1068 no Porto, os 1327 em Castelo Branco, 1177 em Lisboa e os 1317 em Évora. As cidades escolhidas pretendem evidenciar a diferença entre o Norte e o Sul e o litoral e o interior de Portugal. (Simões, 2006: 145).

²²¹ À data da citação abandonando as funções de Director-Geral da Saúde.

de referência explícito; acentua-se o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa; consuma-se a quase completa descontinuidade nas principais medidas de reforma antes preparadas” (OPSS, 2001, citado em Simões, 2006:135).

Não obstante esta descontinuidade, neste de 1999 a 2002, podem identificar-se algumas intervenções significativas como a tentativa de implementação de um regime remuneratório experimental que contemplava o desempenho profissional; a desconcentração do planeamento e controlo das unidades de saúde por parte das agências de contratualização organizadas por ARS; tentativa de identificação das incompatibilidades nas convenções estabelecidas entre o sector público e o privado; tentativa de controlo de custos com medicamentos através da promoção dos genéricos, da limitação das comparticipações, e do crescimento da factura com medicamentos; criação de um novo género hospitalar²²² em que sob estatutos e gestão pública se adopta uma gestão de recursos humanos, bens e serviços privada e a criação de uma estrutura que permitisse a criação de Parcerias Saúde, ou seja, acordos no âmbito do sector público com o sector privado, para o financiamento, o planeamento, a construção e a gestão de unidades de saúde.

Analisando procura de serviços de saúde entre 1995 e 2000, concluímos que, desde a criação do SNS, a prestação de serviços tem vindo a aumentar, malgrado a existência de listas de espera para consulta – 1ª ou seguimento – ou cirurgia. Porém, o ritmo de crescimento destes últimos 5 anos em análise, quando comparada com a de 1985-1995 é bastante mais desacelerado em todos os serviços, especialmente nas consultas, com variações na ordem do 2%, como se pode observar no quadro que se segue.

Quadro 8.20.: Procura dos serviços em Portugal (de 1995 a 2000)

	Urgências	Consultas	Doentes Tratados
1980	4758200	28030600	449700
1985	6373000	23229799	505900
1990	9270700	30023000	659700
1995	113001	340353	10926
1999	125086	346569	11710
$\Delta\%$ 99/95 ²²³	10,7%	1,8%	7,2%

Fonte: Simões, Jorge (2006), *Um Retrato Político da Saúde em Portugal*, Porto, Almedina, pág. 117, 127, 147.

Em relação aos médicos e aos enfermeiros, as duas classes profissionais registam um aumento ao longo do intervalo temporal em causa, porém os médicos em Portugal encontram-se perto dos restantes países europeus em análise, enquanto o rácio enfermeiros/1000 habitantes em Portugal representa apenas metade desta proporção quando calculada entre os vários países europeus considerados (Quadro 8.21.)

²²² A partir da experiência do Hospital São Sebastião, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos e do Hospital dos Barlavento Algarvio.

²²³ Calculada pela fórmula (ano 1994/ano 1985) -1.

Quadro 8.21.: Médicos e Enfermeiros em Portugal/Europa (de 1995 a 2000)

	1980	1985	1990	1995	2000	Δ% 00/95
Médicos/1000 hab.	1,9	2,4	2,8	2,9	3,1	6,9%
Média Europeia ²²⁴	2	2,3	2,6	2,8	3,0	7,1%
Enfermeiros/1000 hab.	2,3	2,5	2,8	3,4	3,7	8,8%
Média Europeia ²²⁵	4,6	5,5	5,8	6,4	8,3	29,7%
Médicos graduados por cada 1000 médicos no activo	s.d.	35,6	18,5	14,3	19,0	32,9%
Média Europeia ²²⁶	62,8	52,3	39	35,5	32,2	-9,3%
Enfermeiros graduados por cada 1000 enfermeiros no activo	s.d.	38,9	35,2	55,4	35	-36,8%
Média Europeia ²²⁷	71	45,8	39,2	71,1	43,9	-38,3%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

Ainda que também demonstrando um crescimento positivo entre 1995 e 2000, o número de médicos graduados por médicos em exercício profissional em Portugal fica muito aquém do valor verificado entre os vários países da Europa, mesmo tendo sofrido este rácio europeu uma queda de cerca de 9% entre 1995 e 2000.

Quando analisado o n.º de enfermeiros graduados por enfermeiros sem graduação em exercício de actividade, Portugal, a par da tendência europeia, regista uma queda de cerca de 37% (valor muito próximo dos -38% para os países em análise), reduzindo ligeiramente a diferença que neste rácio existe entre Portugal e a Europa.

Quanto aos gastos em saúde, pode-se observar que a % das despesas totais em saúde do PIB tem uma tendência crescente nos anos em análise, superando a média europeia em 2000, como demonstra o Quadro 8.22..

Também a despesa pública no total das despesas em saúde aumentou consideravelmente, ao contrário da tendência europeia que se de 1985 a 1995 já tinha apresentado um crescimento mínimo, neste período recuou cerca de 2 %.

Quanto às despesas com os produtos farmacêuticos no total das despesas totais em saúde, mantém-se a mesma tendência já observada de 1985 para 1995: a Europa aumenta ligeiramente os gastos em produtos farmacêuticos e em Portugal há uma contracção neste consumo²²⁸, ainda que mantendo valores superiores em relação aos valores europeus.

²²⁴ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²²⁵ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²²⁶ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²²⁷ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²²⁸ Note-se que na análise desenvolvida aos diversos Programas de Governo a dimensão que surge com mais referências é a relacionada com as políticas de gestão do medicamento (cf. Quadro 8.22.).

Quadro 8.22.: Gastos em saúde em Portugal/Europa (de 1995 a 2000)

	1980	1985	1990	1995	2000	Δ% 00/95
Despesas totais em saúde em % do PIB	5,3	5,7	5,9	7,8	8,8	12,8%
Média Europeia ²²⁹	7,0	7,0	7,4	8,2	8,4	2,4%
Despesas públicas no total das despesas totais em saúde %	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	15,8%
Média Europeia ²³⁰	79,5	76,3	77,3	76,4	75,9	-0,7%
Despesas com produtos farmacêuticos no total das despesas totais em saúde %	19,9	25,4	24,9	23,6	22,4	-5,1%
Média Europeia ²³¹	12,8	13,2	13,3	13,9	14,5	4,3%
Despesa out-of-pocket ²³²	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	22,2	
Média Europeia	12,3	12,3	19,0	16,5	17,8	7,9%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

O quadro que se segue (Quadro 8.23) representa a percentagem afectada aos gastos com o SNS, evidenciando que tem havido uma tendência crescente na afectação de cada vez mais recursos ao SNS²³³.

Quadro 8.23.: O orçamento do SNS no OGE em Portugal (de 1995 a 2000)

	1981	1985	1990	1995	1999	Δ% 00/95
% do orçamento do SNS no OGE	12,5	10,6	10,0	10,8	11,6	7,4%

Fonte: Simões, Jorge (2006), *Um Retrato Político da Saúde em Portugal*, Porto, Almedina, pág. 114, 125, 141.

A estrutura de custos do SNS evidencia que os gastos com recursos humanos continuam a consumir pouco acima dos 50% das despesas totais do SNS²³⁴, como se pode observar no Quadro 8.24.. A rubrica que registou um maior aumento no período em análise foi a dos consumos de bens e prestação de serviços. A transferência para o sector privado retraiu, quer nos serviços convencionados como nos pagamentos às farmácias²³⁵. O mecanismo dos convencionados, encerrado desde a publicação do Estatuto do SNS em 1993, funciona desde esta data como um sistema fechado. Aqui “a existência de tabelas fixas para todo o território, qualquer que fosse a dimensão do operador, beneficiou os grandes prestadores que podem facilmente recorrer a tecnologias que gerem economias de escalas e incentivou a concentração de operadores, muitos dos

²²⁹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²³⁰ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²³¹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²³² Segundo a OCDE define-se por “Household out-of-pocket expenditure comprise cost-sharing, self-medication and other expenditure paid directly by private households, irrespective of whether the contact with the health care system was established on referral or on the patient’s own initiative.”

²³³ Ainda que na análise destes 2 anos a tendência aparente ser linear, isso não corresponde à realidade, uma vez que se em 1996 este valor se encontrava nos 11,1%, em 1997 desceu abruptamente para os 7,8%, aumentando em 1998 para 9,8% (Simões, 2006:141).

²³⁴ Tendo atingido os valores mais elevados em 1998, representando 57,3% dos custos totais.

²³⁵ Uma vez que segundo os resultados apurados na análise dos Programas dos Governos Constitucionais, a dimensão com mais referências neste período (XIV Governo Constitucional) é precisamente as das políticas da gestão do medicamento (Quadro 8.24.).

quais passaram a ser empresas multinacionais. Mesmo assim o congelamento apenas serviu para controlar o ritmo de crescimento da despesa, mas não a reduziu” (Campos, 2008: 28).

Quadro 8.24.: Decomposição dos custos do SNS em Portugal (de 1995 a 2000)

	1982	1985	1990	1996	1999	Δ% 99/96
Recursos humanos	50,3	47,1	52,9	52	55,6	6,9%
Consumos	14,3	18,7	18,4	14,9	18,5	24,2%
Transferência para o sector privado	31,7	33,2	28,1	31,7	27,2	-14,2%
Convencionados	s.d. ²³⁶	12,6	17,8	19,9	17,3	-13,1%
Farmácias	s.d.	20,6	10,3	11,8	9,9	-16,1%

Fonte: Simões, Jorge (2006), Um Retrato Político da Saúde em Portugal, Porto, Almedina, pág. 114, 125, 143.

De 1995 a 2002, sob dois mandatos de uma tutela socialista não maioritária, procurou-se aproximar o Estado da prestação de serviços públicos recuando no investimento no sector privado. Neste contexto, observa-se um aumento mais tímido dos serviços prestados à população²³⁷, um aumento pouco expressivo do número de médicos e de enfermeiros – ainda que no total os profissionais de saúde tenham aumentado – e um aumento geral das despesas da saúde, com excepção dos gastos com produtos farmacêuticos, ainda que este decréscimo não seja suficiente para igualar os gastos dos países europeus nesta rubrica (Quadro 8.22.).

8.2.4. As Políticas de Saúde de 2002 a 2005

Quadro 8.25.: As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa:

	Dimensão mais referida na reforma da AP	Dimensão mais referida na reforma da Saúde
XIV Gov. Const., PS, 1999-2002	Tecnologias de informação e comunicação	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento
XV Gov. Const., PSD, 2002-2004	Mudanças inerentes aos trabalhadores	Medidas relacionadas com as carreiras, a formação e o recrutamento dos profissionais de saúde
XVI Gov. Const., PSD, 2004-2005	Mudanças inerentes aos trabalhadores; Mudanças para paradigma gestor (New Public Management); Tecnologias de informação e comunicação	Medidas de New Public Management nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)

Fonte: Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional; (elaboração própria).

Na sequência de um período caracterizado internacionalmente por uma orientação liberal, onde a flexibilidade e a capacidade de inovação da administração pública conduziram à empresarialização, ao centramento nos cidadãos, entendidos como cliente, e à passagem de uma gestão dos recursos para uma gestão dos resultados, sob um contexto de pouca estabilidade política, iniciaram-se em Portugal algumas medidas necessárias para a melhoria da situação de saúde dos portugueses mas

²³⁶ Sem dados.

²³⁷ Continuar a ser interessante avaliar a qualidade destes serviços.

também de preparação de uma reforma na área da saúde²³⁸, a implementar num momento de maior consistência política.

Ainda que estando apenas 8 meses no exercício da actividade, a equipa ministerial que assumiu em 2002 deu continuidade à necessidade do projecto de reforma da saúde, enfatizou a importância dos ganhos em saúde, da confiança e da auto-estima dos serviços de saúde, da qualidade da despesa, da organização e gestão dos serviços de saúde, da formação e da investigação.

Em 2002, inicia-se um novo ciclo político social-democrata, que se caracterizou por uma intensidade na acção governativa promovida pelo “contraste entre o espírito de acção do novo governo e a imagem de inacção dos governos que o tinham precedido” (OPSS, 2009: 24).

Porém, segundo o relatório Primavera, o dinamismo do Ministério da Saúde foi nalgumas áreas contraditório, uma vez que a “gestão da mudança baseada em certezas apriorísticas, sem fundamentos teóricos e empíricos e pouco propícia a avaliações independentes dos resultados reais das opções adoptadas, foi acompanhada por um blackout informativo sobre aspectos críticos da reforma da saúde” (OPSS, *idem*, *ibidem*).

Ainda que já viesse de trás, esta foi a fase em que mais se desenvolveu a implementação da *New Public Management* no sector da saúde, nomeadamente nos hospitais, tornando legítimo questionar se na reconfiguração dos hospitais públicos portugueses a prestação pública de cuidados seria integrada ou definida.

Neste sentido, a noção de interesse e do bem público, teoricamente apenas defendida pela acção pública do Estado, não pode apenas ficar reduzida ao Estado, devendo também procurar ser desenvolvido pelo sector privado. “Aliás, a dupla retracção do Estado em Portugal, qualitativa e quantitativa, referida por Santos (1987, 1992) e que o leva a definir o Estado-Providência português como um “semi Estado-Providência”, conduz a que a articulação público-privada seja incontornável”. Desta forma, a inclusão de tendências e dinâmicas mais liberais, a par da racionalização dos gastos públicos no SNS tornam-se incontornáveis.

De 2002 a 2004 a Unidade de Missão dos Hospitais SA desenvolve a monitorização de diversos indicadores de desempenho hospitalar onde a produção dos hospitais SA era avaliada e comparada com os hospitais públicos – ainda que os dois modelos continuassem, sob um modelo beveridgiano, a ser financiados pelo Estado.

Quanto aos indicadores de saúde em análise neste trabalho, podemos observar que o número de urgências, como de consultas ou de doentes tratados aumentou.

²³⁸ “Nessa altura, iniciou-se uma reflexão sobre a saúde, criaram-se novos mecanismos de orientação estratégica e de responsabilização e iniciou-se a contratualização, experimentou-se a remuneração associada ao desempenho e à gestão de doenças crónicas, constituiu-se um sistema de qualidade e criaram-se centros regionais de saúde pública. É também neste período que se procede à inovação, descentralização e flexibilização de organizações prestadoras de cuidados de saúde, testando-se modelos inovadores de gestão (e.g., Hospital de S. Sebastião e Unidade Local de Saúde de Matosinhos). Para além disso, criaram-se os Centros de Responsabilidade Integrados nos hospitais, os centros de saúde de 3ª geração e os sistemas locais de saúde, acabando estes últimos por não ser implementados. Começou-se, também, a dar um pouco mais de atenção aos cuidados continuados” (OPSS, 2009: 23).

No entanto, se comparando com os valores da variação de 99/95 as urgência e os doentes tratados mostraram um crescimento a um ritmo mais desacelerado, ao contrário das consultas que registaram um aumento na sua variação no intervalo de 2005/2002.

Quadro 8.26.: Procura dos serviços em Portugal (de 2002 a 2005)

	Urgências	Consultas	Doentes Tratados
1980	4758200	28030600	449700
1985	6373000	23229799	505900
1990	9270700	30023000	659700
1995	11050000 ²³⁹	30953000 ²⁴⁰	1001000
2000	12075000 ²⁴¹	34008000 ²⁴²	975000 ²⁴³
2005	13158000 ²⁴⁴	37974000 ²⁴⁵	1020000 ²⁴⁶
$\Delta\%$ 05/00 ²⁴⁷	9,0%	11,7%	4,6%

Fonte: Simões, Jorge (2006), Um Retrato Político da Saúde em Portugal, Porto, Almedina, pág. 117, 127, 147 e Consultas, internamento e Urgências, in http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 28 de Maio de 2010.

²³⁹ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores deve ser feita com esta ressalva.

²⁴⁰ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores deve ser feita com esta ressalva.

²⁴¹ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁴² Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁴³ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), e a categoria não é idêntica à dos anos anteriores, uma vez que até 1995 os valores correspondem aos doentes tratados e a partir de 2000 este conceito corresponde aos internamentos, considerando-se aqui o “Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas. (metainformação – INE)”, a comparação destes valores com os anos anteriores deve ser feita com esta ressalva. Jorge Simões não desenvolve uma definição precisa do indicador “doentes tratados”, mas uma vez que apresenta valores quer para a urgência como para as consultas, os doentes tratados apenas podem surgir do internamento, pelo que a comparabilidade, pelo menos em termos de tendência, pode ser considerada. Quanto ao número de urgências e de consultas há total conformidade de conceitos.

²⁴⁴ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁴⁵ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁴⁶ Uma vez que a fonte varia e a categoria não é exactamente a mesma que para anos anteriores, uma vez que até 1995 os valores correspondem aos doentes tratados e a partir de 2000 este conceito corresponde aos internamentos, considerando-se aqui o “Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas. (metainformação – INE)”, a comparação destes valores com os anos anteriores deve ser feita com esta ressalva. Jorge Simões não desenvolve uma definição precisa do indicador “doentes tratados”, mas uma vez que apresenta valores quer para a urgência como para as consultas, os doentes tratados apenas podem surgir do internamento, pelo que a comparabilidade, pelo menos em termos de tendência, pode ser considerada. Quanto ao número de urgências e de consultas há total conformidade de conceitos.

²⁴⁷ Calculada pela fórmula (ano1994/ano1985)-1.

O número de médicos por 1000 habitantes é, em 2005, praticamente coincidente com a média europeia, mas se observarmos a relação entre médicos graduados por cada 1000 médicos no activo pode-se concluir que Portugal, comparativamente com os outros países em análise, apresenta um rácio claramente inferior, ou seja possui menos médicos graduados que os restantes países (Quadro 8.27.).

Quadro 8.27.: Médicos e Enfermeiros em Portugal/Europa (de 2000 a 2005)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	Δ% 05/00
Médicos/1000 hab.	1,9	2,4	2,8	2,9	3,1	3,4	9,7%
Média Europeia ²⁴⁸	2	2,3	2,6	2,8	3,0	3,3	10,0%
Enfermeiros/1000 hab.	2,3	2,5	2,8	3,4	3,7	4,6	24,3%
Média Europeia ²⁴⁹	4,6	5,5	5,8	6,4	8,3	11,2	34,9%
Médicos graduados por cada 1000 médicos no activo	s.d.	35,6	18,5	14,3	19,0	20,8	9,5%
Média Europeia ²⁵⁰	62,8	52,3	39	35,5	32,2	30,8	-4,3%
Enfermeiros graduados por cada 1000 enfermeiros no activo	s.d.	38,9	35,2	55,4	35	52,5	50,0%
Média Europeia ²⁵¹	71	45,8	39,2	71,1	43,9	35,4	-19,4%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

Quanto aos enfermeiros verifica-se uma escassez nacional em termos de número de profissionais/1000 habitantes, apresentando Portugal valores sempre inferiores aos dos países europeus em análise. Já em termos de profissionais graduados/restante classe profissional, com um crescimento de 50% entre 2000 e 2005, Portugal inverte a situação, isto é, apresenta uma maior número de enfermeiros graduados por enfermeiros no activo que os restantes países europeus.

Neste sentido, é de referir que entre os países europeus em análise há um decréscimo de profissionais graduados/restantes profissionais, evidenciando uma redução na formação graduada de médicos e de enfermeiros.

Os gastos em saúde mantêm uma tendência crescente, como se pode verificar no quadro que se segue. Com excepção das despesas públicas no total das despesas em saúde e das despesas com os produtos farmacêuticos no total das despesas totais em saúde²⁵² que apresentam uma variação negativa, todos os outros indicadores em análise cresceram de 2000 a 2005.

Quanto aos gastos em saúde, observa-se que a % do PIB afecta às despesas totais em saúde aumenta em Portugal, e na Europa, continuando nosso país com valores superiores aos da média dos restantes países em análise.

²⁴⁸ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁴⁹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁵⁰ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁵¹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁵² A este propósito relembra-se que na análise desenvolvida aos vários Programas dos Governos Constitucionais, a dimensão na área da Saúde que contou com mais referências no XIV Gov. Const. (PS, 1999-2002) foi precisamente a relacionada com as “Políticas relacionadas com a gestão do medicamento”(cf. Quadro 8.28.).

A despesa pública no total das despesas em saúde diminuiu em Portugal, aumentando a diferença para os restantes países em comparação. Por outro lado, em Portugal continua a aumentar a despesa directa em saúde (out-of-pocket), que na tendência europeia regista uma contracção, ou seja os portugueses passam a gastar mais em saúde que os europeus.

Quadro 8.28.: Gastos em saúde em Portugal/Europa (de 2000 a 2005)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	Δ% 05/00
Despesas totais em saúde em % do PIB	5,3	5,7	5,9	7,8	8,8	10,2	15,9%
Média Europeia ²⁵³	7,0	7,0	7,4	8,2	8,4	9,5	13,1%
Despesas públicas no total das despesas totais em saúde %	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	71,8	-1,0%
Média Europeia ²⁵⁴	79,5	76,3	77,3	76,4	75,9	77,3	1,8%
Despesas com produtos farmacêuticos no total das despesas totais em saúde %	19,9	25,4	24,9	23,6	22,4	21,4	-4,5%
Média Europeia ²⁵⁵	12,8	13,2	13,3	13,9	14,5	14,4	-0,7%
Despesa out-of-pocket ²⁵⁶	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	22,2	22,8	2,7%
Média Europeia	12,3	12,3	19,0	16,5	17,8	16,7	-6,2%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010 e ACSS (2009), Serviço Nacional de Saúde, Relatório e Contas 2007, in <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/InFormacao/Relatorio%20e%20Contas%20-%202007.pdf>, pág.1 consultado a 28 de Maio de 2010.

Já as despesas farmacêuticas apresentam em Portugal uma queda, porém Portugal continua acima dos restantes países da Europa em análise, note-se que entre estes países também se verificou uma redução das despesas com os produtos farmacêuticos.

Ainda que o peso do SNS no OGE assumiu uma forma de cálculo diferente no ano de 2005, mantém-se a ligeira tendência do SNS consumir cada vez menos recursos do OGE. Aliás segundo o Relatório de Contas da Direcção Geral de Impostos seria expectável que em 2005 os hospitais tivessem gerado 9,8 milhões de euros em receitas próprias.

Quadro 8.29.: O orçamento do SNS no OGE em Portugal (de 2000 a 2005)

	1981	1985	1990	1995	2000	2005	Δ% 05/00
% do orçamento do SNS no OGE	12,5	10,6	10,0	10,8	8,8	8,7 ²⁵⁷	-1%

Fonte: Simões, Jorge (2006), Um Retrato Político da Saúde em Portugal, Porto, Almedina, pág. 114, 125 e 141 e *Relatório do Orçamento de Estado para 2005* consultado em <http://www.dgo.pt/oe/2005/aprovado/relatorio/rel-2005.pdf>

Não foi possível apurar os valores relativos à decomposição dos custos do SNS para 2005, não sendo por isso passível de se realizar a análise dos valores ou da variação com 2000.

²⁵³ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁵⁴ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁵⁵ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁵⁶ Segundo a OCDE define-se por "Household out-of-pocket expenditure comprise cost-sharing, self-medication and other expenditure paid directly by private households, irrespective of whether the contact with the health care system was established on referral or on the patient's own initiative."

²⁵⁷ Este valor corresponde ao rácio entre o valor total financiado pelo OGE à Saúde e o da despesa total consolidada in *Relatório do Orçamento de Estado para 2005* consultado a 3 de Outubro de 2011, em <http://www.dgo.pt/oe/2005/aprovado/relatorio/rel-2005.pdf>, pág. 142.

Quadro 8.30.: Decomposição dos custos do SNS em Portugal (de 2000 a 2005)

	1982	1985	1990	1996	1999	2005 ²⁵⁸	$\Delta\%$ 05/00
Recursos humanos	50,3	47,1	52,9	52	55,6	--	--
Consumos	14,3	18,7	18,4	14,9	18,5	--	--
Transferência para o sector privado	31,7	33,2	28,1	31,7	27,2	28,6	--
Convencionados	s.d. ²⁵⁹	12,6	17,8	19,9	17,3	--	--
Farmácias	s.d.	20,6	10,3	11,8	9,9	--	--

Fonte: Simões, Jorge (2006), *Um Retrato Político da Saúde em Portugal*, Porto, Almedina, págs. 114, 125 e 143.

8.2.5. As Políticas de Saúde de 2005 a 2009

Quadro 8.31.: As políticas de saúde apuradas no sector da AP e da saúde para o período temporal em causa:

	Dimensão mais referida na reforma da AP	Dimensão mais referida na reforma da Saúde
XVI Gov. Const., PSD, 2004-2005	Mudanças inerentes aos trabalhadores; Mudanças para paradigma gestor (New Public Management); Tecnologias de informação e comunicação	Medidas de New Public Management nas unidades prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)
XVII Gov. Const., PS, 2005-2009	Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP	Melhorias intra e entre estruturas prestadoras de cuidados de saúde (centros de saúde, hospitais, centros hospitalares...)
XVIII Gov. Const., PS, 2009-2011	Tecnologias de informação e comunicação	Políticas relacionadas com a gestão do medicamento

Fonte: Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional, Programa do XVIII Governo Constitucional; (elaboração própria).

A saída abrupta do XVI Governo Constitucional, de índole social-democrata, marca a entrada de um novo quadrante político. Em Março de 2005, o partido socialista forma governo. Especificamente no sector da saúde, as medidas e propostas colocadas centram-se no cidadão, no aumento da eficiência e na melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde, ressurgindo os centros de saúde como a chave da mudança em saúde, estando previstas alterações das instalações e apetrechamento tecnológico dos centros de saúde no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários²⁶⁰. É também neste mandato que renasce a contratualização como forma de financiamento dos hospitais.

Com esta equipa, liderada por Correia de Campos, iniciou-se ainda um corajoso plano de racionalização de rede e cuidados, que levou ao encerramento de bloco de partos, a passagem dos hospitais SA para EPE, a criação de centros hospitalares, a requalificação das urgências e o desenho de uma rede de cuidados continuados (OPSS, 2009: 24).

Esta reforma incluiu ainda outros pontos estratégicos como a liberalização da propriedade das farmácias, a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica fora das farmácias, a existência de farmácias no interior dos hospitais do SNS, e ainda outros aspectos polémicos como as taxas

²⁵⁸ Dados calculados na Conta do SNS Execução Económico-Financeira de Setembro de 2009, em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CONTA%20SNS%20Setembro%202009.pdf>.

²⁵⁹ Sem dados.

²⁶⁰ Que implicou a criação das Unidade de Saúde Familiar (USF) e de Agrupamento de Centros de Saúde. (ACES)

moderadoras no internamento e cirurgia ambulatória para iniciar uma forma de co-financiamento da saúde.

Esta reforma controversa e por vezes uma má gestão na sua comunicação à população levou à queda do ministro da Saúde e em 2008.

Outra equipa inicia funções na área da saúde. Mais cautelosa, a nova equipa, assume como principal objectivo a promoção do acesso facilitado e adequado a todos os serviços de saúde, revendo as limitações anteriores, os erros de planificação e da formação de recursos.

Centrando-se na prestação dos cuidados de saúde primários, prossegue com a reforma destes, iniciando a criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Esta nova estrutura dos cuidados primários permite aumentar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários e envolver a comunidade de forma mais activa.

A rede de cuidados continuados integrados, ainda que longe de responder às necessidades reais dos portugueses, sofreu melhorias, adequando melhor a oferta de cuidados de saúde e apoio social às necessidades dos utentes com dependência temporária ou prolongada.

No âmbito dos cuidados hospitalares, destaca-se o acesso à cirurgia, às consultas externas, a reestruturação da rede de urgências, o acesso ao medicamento com a abertura de farmácias de venda ao público no interior dos hospitais do SNS.

Em função da informação disponibilizada pelo Portal PorData, e em comparação com os anos anteriores, os números das urgências e dos doentes tratados evidenciam uma queda na prestação, apenas aumentando o número de consultas (Quadro 8.32.).

Quadro 8.32.: Procura dos serviços em Portugal (de 2005 a 2009)

	Urgências	Consultas	Doentes Tratados
1980	4758200	28030600	449700
1985	6373000	23229799	505900
1990	9270700	30023000	659700
1995	11300100	34035300	1092600
2000	12075000 ²⁶¹	34008000 ²⁶²	975000 ²⁶³
2005	13158000 ²⁶⁴	37974000 ²⁶⁵	1020000 ²⁶⁶

²⁶¹ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁶² Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passando a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁶³ Uma vez que a fonte varia e a categoria não é exactamente a mesma que para anos anteriores, uma vez que até 1995 os valores correspondem aos doentes tratados e a partir de 2000 este conceito corresponde aos internamentos, considerando-se aqui o “Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas. (metainformação – INE)”, a comparação destes valores com os anos anteriores deve ser feita com esta ressalva. Jorge Simões não desenvolve uma definição precisa do indicador “doentes tratados”, mas uma vez que apresenta valores quer para a urgência como para as consultas, os doentes tratados apenas podem surgir do internamento, pelo que a comparabilidade, pelo menos em termos de tendência, pode ser considerada. Quanto ao número de urgências e de consultas há total conformidade de conceitos.

	Urgências	Consultas	Doentes Tratados
2008	10057000 ²⁶⁷	42053000 ²⁶⁸	936000 ²⁶⁹
	Urgências	Consultas	Doentes Tratados
Δ% 08/05 ²⁷⁰	-23,6%	10,7%	-8,2%

Fonte: Simões, Jorge (2006), *Um Retrato Político da Saúde em Portugal*, Porto, Almedina, pág. 117, 127, 147; e Consultas, internamento e Urgências, in http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 28 de Maio de 2010

Em relação aos profissionais de saúde observa-se um aumento do número de médicos por cada 1000 habitantes, que praticamente iguala Portugal ao número médio de médicos/1000 habitantes entre os países europeus em análise (Quadro 8.33.). Entre os enfermeiros, ainda que continuem a aumentar o número destes profissionais em Portugal, e a média europeia presente para o mesmo período uma ligeira queda, o número médio de enfermeiros por 1000 habitantes ainda fica aquém dos restantes países.

Quadro 8.33.: Médicos e Enfermeiros em Portugal/Europa (de 2005 a 2009)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007	Δ% 07/05
Médicos/1000 hab.	1,9	2,4	2,8	2,9	3,1	3,4	3,5	2,9%
Média Europeia ²⁷¹	2	2,3	2,6	2,8	3,0	3,3	3,6	9,1%
Enfermeiros/1000 hab.	2,3	2,5	2,8	3,4	3,7	4,6	5,1	10,9%
Média Europeia ²⁷²	4,6	5,5	5,8	6,4	8,3	11,2	11,0	-1,8%

²⁶⁴ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁶⁵ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁶⁶ Uma vez que a fonte varia e a categoria não é exactamente a mesma que para anos anteriores, uma vez que até 1995 os valores correspondem aos doentes tratados e a partir de 2000 este conceito corresponde aos internamentos, considerando-se aqui o “Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas. (metainformação – INE)”, a comparação destes valores com os anos anteriores deve ser feita com esta ressalva. Jorge Simões não desenvolve uma definição precisa do indicador “doentes tratados”, mas uma vez que apresenta valores quer para a urgência como para as consultas, os doentes tratados apenas podem surgir do internamento, pelo que a comparabilidade, pelo menos em termos de tendência, pode ser considerada. Quanto ao número de urgências e de consultas há total conformidade de conceitos.

²⁶⁷ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁶⁸ Uma vez que a fonte varia a partir do ano de 1995, passa a ser o PorData (http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4, consultado a 1 de Junho de 2010), a comparação destes valores com os anos anteriores a 1995 deve ser feita com esta ressalva.

²⁶⁹ Uma vez que a fonte varia e a categoria não é exactamente a mesma que para anos anteriores, uma vez que até 1995 os valores correspondem aos doentes tratados e a partir de 2000 este conceito corresponde aos internamentos, considerando-se aqui o “Conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas. (metainformação – INE)”, a comparação destes valores com os anos anteriores deve ser feita com esta ressalva. Jorge Simões não desenvolve uma definição precisa do indicador “doentes tratados”, mas uma vez que apresenta valores quer para a urgência como para as consultas, os doentes tratados apenas podem surgir do internamento, pelo que a comparabilidade, pelo menos em termos de tendência, pode ser considerada. Quanto ao número de urgências e de consultas há total conformidade de conceitos.

²⁷⁰ Calculada pela fórmula (ano2008/ano2005)-1.

²⁷¹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁷² Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2007	Δ% 07/05
Médicos graduados por cada 1000 médicos no activo	s.d.	35,6	18,5	14,3	19,0	20,8	22,4 ²⁷³	7,7%
Média Europeia ²⁷⁴	62,8	52,3	39	35,5	32,2	30,8	30,2 ²⁷⁵	-1,9%
Enfermeiros graduados por cada 1000 enfermeiros no activo	s.d.	38,9	35,2	55,4	35	52,5	35,5	-32,4%
Média Europeia ²⁷⁶	71	45,8	39,2	71,1	43,9	35,4	20,9	-41,0%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

O rácio do número de médicos graduados por médicos no activo em Portugal aumentou no período em análise, ao contrário do que se verificou entre os países europeus. Já entre os enfermeiros, a relação entre enfermeiros graduados e restantes enfermeiros no activo, diminuiu quer em Portugal como na média europeia. Porém, Portugal, desde 2005, tem um maior número de enfermeiros graduados por enfermeiros no activo que a média da Europa, onde este número tem vindo em queda.

Na análise dos valores relativos aos gastos em saúde, podemos observar que há em 2006 uma ligeira contracção da % das despesas totais em saúde afectas ao PIB e da % das despesas públicas no total das despesas em saúde, aproximando-se os valores de Portugal um pouco mais dos restantes países da Europa. Porém os gastos com medicamentos no total das despesas em saúde continuam a apresentar um crescimento, quer em Portugal como na Europa, contando Portugal com valores bastante mais elevados que a média da Europa.

Quadro 8.34.: Gastos em saúde em Portugal/Europa (de 2005 a 2009)

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	Δ% 06/05
Despesas totais em saúde em % do PIB	5,3	5,7	5,9	7,8	8,8	10,2	9,9	-2,9%
Média Europeia ²⁷⁷	7,0	7,0	7,4	8,2	8,4	9,5	9,5	0,0%
Despesas públicas no total das despesas totais em saúde %	64,3	54,6	65,5	62,6	72,5	71,8	71,5	-0,4%
Média Europeia ²⁷⁸	79,5	76,3	77,3	76,4	75,9	77,3	76,4	-1,2%
Despesas com produtos farmacêuticos no total das despesas totais em saúde %	19,9	25,4	24,9	23,6	22,4	21,4	21,8	1,9%
Média Europeia ²⁷⁹	12,8	13,2	13,3	13,9	14,5	14,4	14,9	3,5%
Despesa out-of-pocket ²⁸⁰	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	22,2	22,8	21,9	-3,9%
Média Europeia	12,8	13,2	13,3	13,9	14,5	14,4	16,5	14,6%

Fonte: OECD, Health Data, 2009, in <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254>, consultado a 21 de Maio de 2010.

²⁷³ Dados de 2006

²⁷⁴ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁷⁵ Dados de 2006

²⁷⁶ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁷⁷ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁷⁸ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁷⁹ Os países incluídos são nesta análise a Áustria, a Bélgica, a Dinamarca, a Finlândia, a França, a Alemanha, a Itália, a Holanda, a Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁸⁰ Segundo a OCDE define-se por "Household out-of-pocket expenditure comprise cost-sharing, self-medication and other expenditure paid directly by private households, irrespective of whether the contact with the health care system was established on referral or on the patient's own initiative."

Quanto à despesa dos pagamentos directos de cada família (despesa out-of-pocket), observa-se em Portugal uma ligeira redução do esforço das famílias, enquanto nos restantes países europeus se observa uma ligeira subida deste valor. Malgrado estas duas ocorrências inversas, as famílias portuguesas têm mais despesas directas em saúde.

Relativamente aos custos com o SNS, da informação disponibilizada (ACSS, 2006), não é possível extrair nenhuma que permita inferir o peso do SNS no OGE. Desta forma, ainda que se identifique uma tendência decrescente no peso do SNS no total do OGE, não há dados que permitam, perceber a actual afectação do SNS ao OGE.

Da mesma forma, também a análise da decomposição dos custos do SNS a partir de 1999 é difícil de realizar de forma longitudinal, uma vez que os critérios de análise da informação e de criação de indicadores de acompanhamento mudaram, inviabilizando as comparações anuais/periódicas.

8.3. AS POLÍTICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL: A QUALIDADE E OS GANHOS EM SAÚDE

Até aqui apenas se analisou o reflexo das políticas de saúde através dos indicadores mais clássicos²⁸¹ de produção de cuidados de saúde, do número de profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados de saúde e dos gastos deste sector, identificando o seu peso no PIB, no OGE e percebendo a estrutura de custos do SNS.

Porém, na saúde, mesmo que sob o enfoque mais empresarialista ou liberal, tratam-se pessoas, pelo que falta analisar uma peça importante no puzzle multifacetado que é este trabalho. Ou seja, falta perceber quais os ganhos em saúde que as políticas implementadas permitiram alcançar. Na verdade, os resultados em saúde obtidos nos últimos 30 anos em Portugal são bastante positivos, principalmente os obtidos na área da saúde da mãe e da criança, como se pode observar no quadro que se segue.

Quadro 8.35.: Alguns indicadores dos impactos das políticas de saúde na sociedade portuguesa

	Mortalidade Infantil		Esperança média de vida	Anos de Vida Potencialmente Perdidos			
	Portugal	Média ²⁸²		Mulheres PT	Mulheres Média ²⁸³	Homens PT	Homens Média ²⁸⁴
1975	38,9	17,4	68,9	7858,0	5054,4	14286,0	91778,0
1980	24,3	12,3	71,5	6308,0	4364,1	11987,0	8024,6
1985	17,8	9,7	72,9	5209,0	3767,7	10052,0	7088,4
1990	11,0	7,7	73,8	4399,0	3437,9	9064,0	6553,9

²⁸¹ Outros podem ser usados na análise e avaliação do Sistema e Serviço Nacional de Saúde, devendo haver a preocupação de adequar o *rationale* de cada indicador às necessidades da investigação, à informação disponível e à pertinência da mesma. Por exemplo para o objectivo deste trabalho seria também pertinente perceber a evolução do uso das tecnologias de informação e comunicação ao longo dos tempos e por região. Esta análise é inviabilizada por impedimentos do INE, como se poderá explicar posteriormente.

²⁸² Em relação aos países da união Europeia considerados por Jorge Simões.

²⁸³ Esta média foi construída em função dos valores dos seguintes países: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁸⁴ Esta média foi construída em função dos valores dos seguintes países: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

	Mortalidade Infantil		Esperança média de vida	Anos de Vida Potencialmente Perdidos			
	Portugal	Média ²⁸²		Mulheres PT	Mulheres Média ²⁸³	Homens PT	Homens Média ²⁸⁴
1995	7,5	5,7	74,9	3670,0	2963,2	8333,0	5779,8
2000	5,5	5,0	76,7 ²⁸⁵	3166,0	2653,4	7130,0	5059,1
2005	3,5	3,6 ²⁸⁶	78,1 ²⁸⁷	s.d.	2326,1	s.d.	4135,5

Fonte: Simões, Jorge (2006), Um Retrato Político da Saúde em Portugal, Porto, Almedina, pág. 101, 112, 122, 138 e <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=254> consultado a 7 de Junho de 2010.

Se em 1975 em cada 1000 crianças nascidas morriam, em média 38,9, em 2005 este número está nas 3,5 crianças em 1000 nados-vivos.

Também a esperança média de vida tem vindo a aumentar nos últimos anos, tendo aumentado cerca de 10 anos nas últimas 3 décadas.

Quanto aos anos de vida potencialmente perdidos, ainda que estando sempre acima dos valores médios dos países da Europa em comparação, Portugal registou uma descida de 60% nos anos de vida potencialmente perdidos entre as mulheres e de 50,1% entre os homens.

Por outro lado o facto do número de nascimentos estar a diminuir (de 18,8 nascimentos por 1000 por 1000 habitantes em 1979, passou-se para 9,8 em 2008²⁸⁸) e a população com 65 ou mais anos estar a aumentar (em 1979 eram cerca de 927600 e em 2008 1811651²⁸⁹) faz com que, demograficamente, a população esteja a envelhecer não só na base da pirâmide, como também no topo. Esta é sem dúvida uma importante realidade a considerar não só no planeamento da prestação de cuidados de saúde à comunidade como um factor explicativo para o aumento das doenças crónicas em detrimento da agudização de outrora. Também no uso das TIC no sector da saúde este é um factor a reter pois, ainda que seja um efeito a esbater-se com o passar dos anos, as pessoas com mais idades para além de não terem acesso às TIC não as sabem usar.

A análise destes indicadores evidencia ainda o aumento contínuo da melhoria das condições de vida dos portugueses ao longo dos últimos 30 anos. Segundo Simões esta evolução é o resultado do conjunto de dois factores: 1) a promoção de condições de vida saudáveis, intimamente relacionada com a descentralização do poder das autarquias e municípios no pós 25 de Abril; e 2) o aumento do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde que se deve sobretudo, e quase em exclusividade ao facto do sistema de saúde ser suportado pelo SNS (Simões, 2009: 78). Para Correia de Campos o aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde deve-se também ao fenómeno da urbanização, uma

²⁸⁵ Esta média foi construída em função dos valores dos seguintes países: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁸⁶ Esta média foi construída em função dos valores dos seguintes países: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁸⁷ Esta média foi construída em função dos valores dos seguintes países: Áustria, Bélgica, Dinamarca, Alemanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido.

²⁸⁸ Fonte: Simões, Jorge, “Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde” em *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, Porto, Almedina, pág. 77.

²⁸⁹ Fonte: Simões, Jorge, “Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde” em *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde*, Porto, Almedina, pág. 77.

vez que o número de pessoas a viver em agregados populacionais acima dos 10000 habitantes em 1980 era 29,4% e em 2004 aumentou para os 55,1%²⁹⁰.

²⁹⁰ O facto do centro da AML e do AMP e os locais que perderam população terem mantido os mesmos recursos em unidades e pessoal de saúde, quer em hospitais e centros de saúde articulado com o facto das cidades periféricas e de média dimensão, sobretudo no litoral não atraírem recursos humanos e materiais capazes sustentar o crescimento demográfico fez com que um elevado número de pessoas, sobretudo nos locais com maior atractividade populacional, ficasse sem respostas em saúde, nomeadamente sem médico de família, com uma rede de cuidados continuados deficiente, com serviços de saúde prestados sem qualidade e com elevados tempos de espera – quer na marcação como no atendimento (Campos, 2008: 35-36).

9. A ADOÇÃO E O USO DAS TIC NOS HOSPITAIS PORTUGUESES

Este trabalho permitiu verificar que a implementação e o uso das TIC's na reforma da AP é uma tendência que se vem verificando nos últimos anos, a que o sector da saúde não fica alheio.

Neste sentido a UMIC – Unidade de Missão Inovação e Conhecimento – e o INE – Instituto Nacional de Estatística – conjuntamente com a DGS – Direcção Geral da Saúde, criaram o Inquérito à Utilização de Tecnologias da Informação e da Comunicação nos Hospitais (IUTICH), cujos dados são apresentados e tratados de seguida.

9.1. INQUÉRITO À UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NOS HOSPITAIS: UMA ANÁLISE TRANSVERSAL E COMPARADA (2004, 2006 E 2008)

Este inquérito é bienal e começou a ser aplicado em 2004. Na sua primeira versão, incidia sobre três dimensões: o acesso e a utilização das TIC's nos hospitais; a presença dos hospitais na Internet e a prestação de serviços aos cidadãos disponibilizados com recurso às TIC's. As aplicações de 2006 e 2008 visavam ainda medir a disponibilização dos serviços de Internet dos hospitais e a realização de encomendas on-line.

Assume os seguintes objectivos: 1) produção de informação acerca da posse de TIC's pelos hospitais estando subjacente a posse de infra-estrutura das TIC's (computadores e periféricos); 2) criação de tipologias sobre as formas de apropriação e utilização do material informático da Internet pelos diversos profissionais de saúde ao serviço nos hospitais; 3) aferição da existência de encomendas de bens e/ou serviços através da Internet e seu pagamento online; 4) aferição da presença dos hospitais na Internet; 5) medição da disponibilização de meios tecnológicos, acesso a computadores e Internet pelos doentes internados; 6) medição da disponibilização de serviços de saúde aos cidadãos.

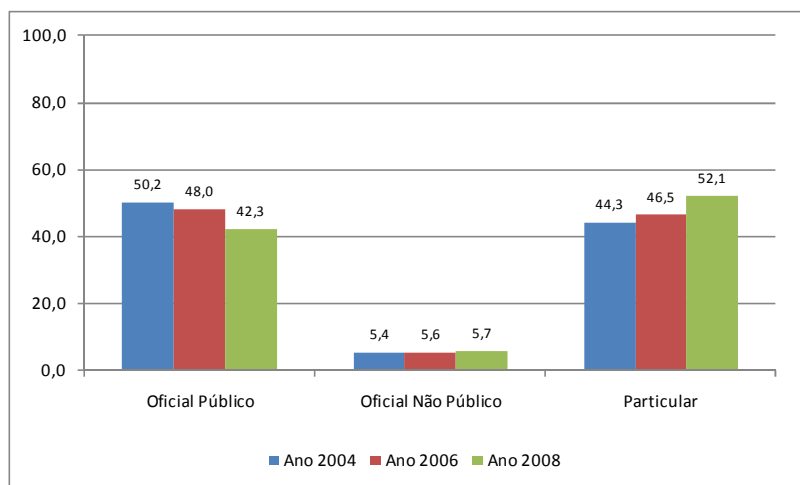
Sendo que um recenseamento é um inquérito de resposta obrigatória de fonte directa²⁹¹, tem como universo o conjunto de hospitais englobados no sector oficial (público e não público) e particular, em Portugal (Continental e Regiões Autónomas). A base de amostragem foi construída a partir dos ficheiros dos hospitais actualizados pela DGS (Ministério da Saúde).

Sendo cada hospital uma unidade de observação e o inquérito de âmbito nacional, a informação recolhida permite ainda uma análise por NUT's II, tipo de entidade – tratando-se de um hospital

²⁹¹ Os dados são fornecidos pela administração hospitalar, sendo a informação recolhida directamente em todas as unidades de observação.

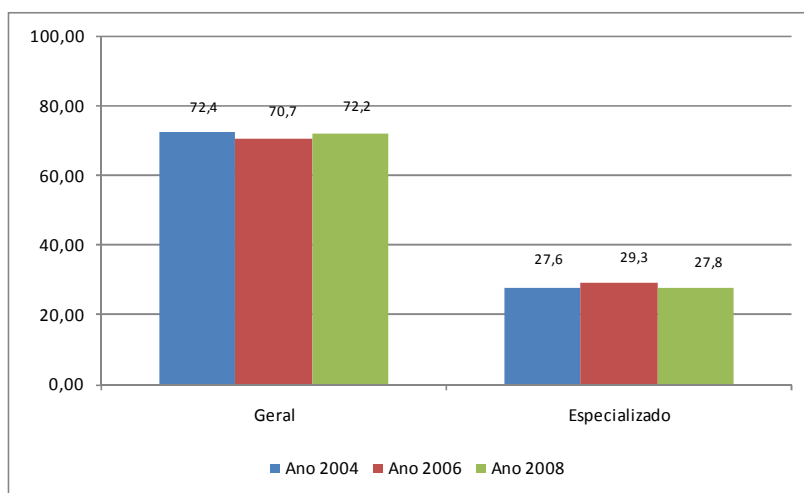
Oficial Público²⁹², Oficial não Público ou Particular²⁹³ – e por modalidade – quer se trate de um hospital geral²⁹⁴ ou especializado²⁹⁵ – cuja distribuição se pode observar nos gráficos que se seguem.

Figura 9.1.: Tipo de entidade



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Figura 9.2.: Modalidade do Hospital



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

292 “Hospital que é tutelado administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Pode ser: Público - tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; Militar - tutelado pelo Ministério da Defesa Nacional; Paramilitar - tutelado pelo Ministério da Administração Interna; Prisional - tutelado pela Ministério da Justiça.”, informação recolhida no endereço electrónico: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=528&cnc_ini=03-12-2002, consultada em pela última vez em 16 de Novembro de 2010.

293 “Hospital cujas propriedade e administração são pertença de instituição privada, com ou sem fins lucrativos.” Definição recolhida no endereço electrónico: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=529&cnc_ini=03-12-2002, consultado em pela última vez em 16 de Novembro de 2010.

294 “Hospital que integra diversas valências.” informação recolhida no endereço electrónico: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=527&cnc_ini=03-12-2002, consultado em pela última vez em 16 de Novembro de 2010

295 “Hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta assistência apenas ou especialmente a utentes de um determinado grupo etário.”, Definição recolhida no endereço electrónico: http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=526&cnc_ini=03-12-2002, consultado em pela última vez em 16 de Novembro de 2010.

Estando ao abrigo do segredo estatístico²⁹⁶ habitualmente aplicado ao nível dos microdados com informação acerca de instituições ou indivíduos, foi retirada toda a informação passível de identificar a unidade de observação ou o responsável pelo preenchimento do questionário. Foram ainda eliminados das BD's finais todos os elementos passíveis de identificar o hospital tais como o nome, nº de pessoa colectiva, nº de estabelecimento, localização do Hospital (morada, website, nº de telefone, nº de fax). Ainda ao abrigo do segredo estatístico o INE reservou a cedência de dados por NUT's II uma vez que esta informação, se trabalhada com essa intenção, poderia permitir a identificação de alguns dos hospitais respondentes.

Bienalmente, durante as consecutivas aplicações deste inquérito, foram sendo acrescentadas variáveis de observação de forma a obter respostas mais ajustadas às necessidades de gerar conhecimento sobre esta realidade específica, como se pode observar na próxima tabela.

Uma vez que foram três as bases de dados analisadas para este trabalho – 2004, 2006 e 2008 – com o objectivo de identificar tendências de utilização das TIC's²⁹⁷ nos diversos domínios, desenvolveu-se uma análise comparativa. Para tal, numa primeira análise foram apenas consideradas as dimensões comuns, em sombreado na tabela que se segue.

Quadro 9.1.: Comparação das dimensões de cada IUTICH aplicado bienalmente

Base de Dados (BD) 2004²⁹⁸	Base de Dados (BD) 2006²⁹⁹	Base de Dados (BD) 2008³⁰⁰
Posse de computador por parte do Hospital		
Número de computadores de que o Hospital dispunha	Número de computadores de que o Hospital dispunha	Número de computadores existentes no Hospital
	Possibilidade do pessoal ao serviço aceder ao sistema de tecnologias da informação do Hospital a partir do exterior	Possibilidade de o pessoal ao serviço aceder ao sistema de tecnologias da informação do Hospital a partir do exterior
Número de pessoas ao serviço que utilizavam regularmente computador	Número de pessoas ao serviço que utilizavam regularmente computador	Número de pessoas ao serviço que utilizava regularmente computador
	Disponibilidade de computadores para utilização dos doentes internados	Disponibilidade de computadores para utilização dos doentes internados
Equipamentos e serviços informáticos utilizados pelo Hospital	Equipamentos e serviços informáticos utilizados pelo Hospital	Equipamentos e serviços informáticos utilizados pelo Hospital
Situação em termos de informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital	Situação em termos de informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital	Situação em termos de informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital
Ligação à Internet por parte do Hospital		
Número de computadores com ligação à	Número de computadores com ligação à	Número de computadores com ligação à

²⁹⁶ Segundo a Lei n.º 6/89 de 15 de Abril.

²⁹⁷ Que segundo o INE se refere ao ramo da ciência da computação e da sua utilização prática que tenta classificar, conservar e disseminar a informação. É uma aplicação de sistemas de informação e de conhecimentos em especial aplicados nos negócios e na aprendizagem. São os aparelhos de hardware e de software que formam a estrutura electrónica de apoio à lógica da informação (INE, 2008:14).

²⁹⁸ Contou com 203 hospitais participantes.

²⁹⁹ Contou com 198 hospitais participantes.

³⁰⁰ Contou com 194 hospitais participantes.

Base de Dados (BD) 2004 ²⁹⁸	Base de Dados (BD) 2006 ²⁹⁹	Base de Dados (BD) 2008 ³⁰⁰
Internet	Internet	Internet
Número de pessoas ao serviço que utilizava regularmente Internet	Número de pessoas ao serviço que utilizava regularmente Internet	Número de pessoas ao serviço que utilizava regularmente Internet
	Disponibilidade de computadores com ligação à Internet para utilização dos doentes internados	Disponibilidade de computadores com ligação à Internet para utilização dos doentes internados
	Existência de sistema de videoconferência que permita às crianças internadas acompanharem as actividades curriculares remotamente	Existência de sistema de videoconferência que permita às crianças internadas acompanharem as actividades curriculares remotamente
	Existência de pontos de acesso à Internet para visitantes, acompanhantes e/ou familiares durante a sua presença no Hospital	Existência de pontos de acesso à Internet para visitantes, acompanhantes e/ou familiares durante a sua presença no Hospital
Modo principal de ligação à Internet	Modo principal de ligação à Internet	Modo principal de ligação à Internet
Razões para não possuir banda larga	Razões para não possuir banda larga	Razões para não possuir banda larga
Razão mais importante para não possuir banda larga	Razão mais importante para não possuir banda larga	Razão mais importante para não possuir banda larga
Capacidade máxima de débito da ligação à Internet	Capacidade máxima de débito da ligação à Internet	Capacidade máxima de débito da ligação à Internet
Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades	Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades	Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades
Realização de actividades de Telemedicina	Realização de actividades de Telemedicina	Realização de actividades de Telemedicina
	Actividades de Telemedicina praticadas no Hospital	Actividades de Telemedicina praticadas no Hospital
	Encomenda de bens e/ou serviços através da Internet	Encomenda de bens e/ou serviços através da Internet
		Razões para não ter feito encomendas através da Internet
	Número de encomendas realizadas através da Internet	Número de encomendas realizadas através da Internet
	Tipo de bens e/ou serviços encomendados através da Internet	Tipo de bens e/ou serviços encomendados através da Internet
	Plataformas utilizadas para a realização de encomendas online	Plataformas utilizadas para a realização de encomendas online
	Pagamento online de encomendas realizadas através da Internet	Pagamento online de encomendas realizadas através da Internet
Presença do Hospital na Internet	Presença do Hospital na Internet	Presença do Hospital na Internet
Razões para o Hospital não ter presença na Internet	Razões para o Hospital não ter presença na Internet	Razões para o Hospital não ter presença na Internet
Disponibilidade de Website por parte do Hospital	Disponibilidade de website por parte do Hospital	Disponibilidade de website por parte do Hospital

Base de Dados (BD) 2004 ²⁹⁸	Base de Dados (BD) 2006 ²⁹⁹	Base de Dados (BD) 2008 ³⁰⁰
	Recursos utilizados na implementação, manutenção e actualização do website do Hospital	Recursos utilizados na implementação, manutenção e actualização do website do Hospital
Estado de disponibilização de várias funcionalidades do Website do Hospital	Estado de disponibilização de várias funcionalidades do website do Hospital	Estado de disponibilização de várias funcionalidades do website do Hospital

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A análise é apresentada em sete grandes blocos de informação.

No primeiro é discutida a informação relativa à forma como a organização proporciona aos funcionários a utilização das tecnologias de informação e comunicação. Em concreto, serão aqui discutidos o n.º de utilizadores³⁰¹, o n.º de computadores, os equipamentos informáticos utilizados, alguns dos serviços disponibilizados aos funcionários, os tipos de redes adoptadas e as formas de segurança informática a que recorrem.

No segundo momento é analisado o tipo de ligação à Internet, de forma a identificar e causas para a não adesão à banda larga.

Em terceiro lugar são analisadas as áreas onde os hospitais referiram haver informatização dos serviços na sua prática organizacional.

De seguida, apresentam-se as principais razões para a utilização da internet no desenvolvimento das actividades profissionais dos funcionários.

No quinto ponto analisam-se as actividades desenvolvidas através de telemedicina.

Por fim, o sexto e sétimo pontos remetem para a discussão da presença dos hospitais na Internet e para a informação que é, ali, disponibilizada on-line, a todos os cidadãos.

9.1.1. Utilizadores, computadores, equipamentos, serviços e segurança

A análise dos dados disponibilizados pelo INE através do Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais e do Serviço de Estatística da Sociedade de Informação e do Conhecimento, permitiu concluir que a maior parte dos hospitais tem até 100 funcionários que utilizam o computador frequentemente nas suas actividades diárias (nos 3 anos em análise acima dos 50%), contribuindo para a incidência desta categoria sobretudo os hospitais particulares (acima dos 80% em todos os anos) e os especializados (com valores acima dos 70% nos 3 anos em análise), como se pode observar nos 3 quadros que se seguem. Pelo contrário, dentro dos hospitais em que há até 100 utilizadores frequentes de computadores, é nos hospitais oficiais públicos gerais que há valores mais baixos.

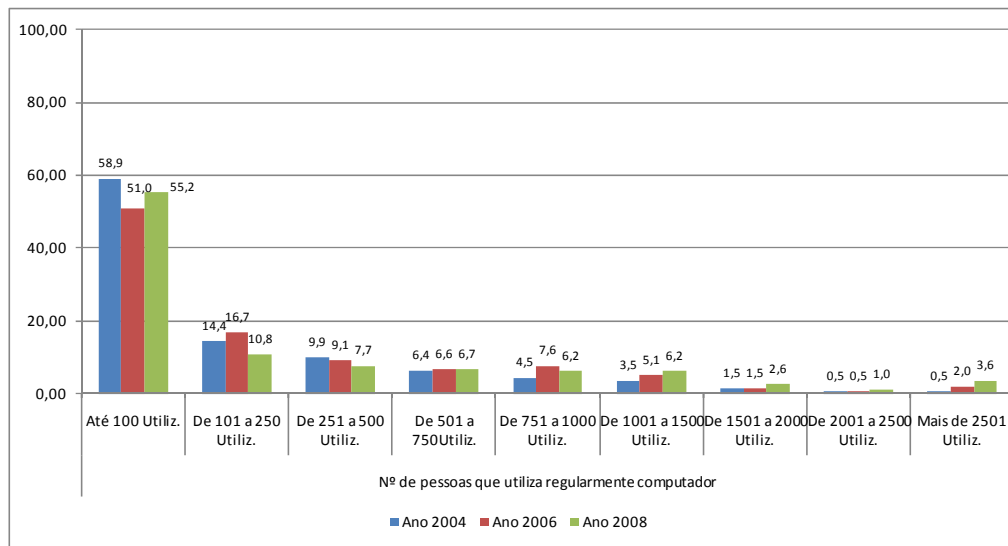
Os hospitais que afirmaram ter entre 101 e 250 utilizadores frequentes de computadores entre os seus profissionais são já em muito menor número, representando cerca de 15% a 10% das amostras dos respectivos anos, valor este estabiliza nos 10% quando se trata de ter entre 251 e 500

³⁰¹ Funcionários que afirmaram necessitar de computador para o desempenho das suas actividades profissionais.

funcionários utilizadores de computadores, descendo para valores que oscilam entre os 6% e os 3% da amostra quando se refere ao reporte de 501 a 1500 profissionais utilizadores frequentes de computadores. Curiosamente há ligeiramente mais hospitais a reportar ter mais de 2501 funcionários a utilizar frequentemente computadores que entre 1501 e 2500. Esta particularidade deve-se sobretudo aos hospitais oficiais públicos gerais.

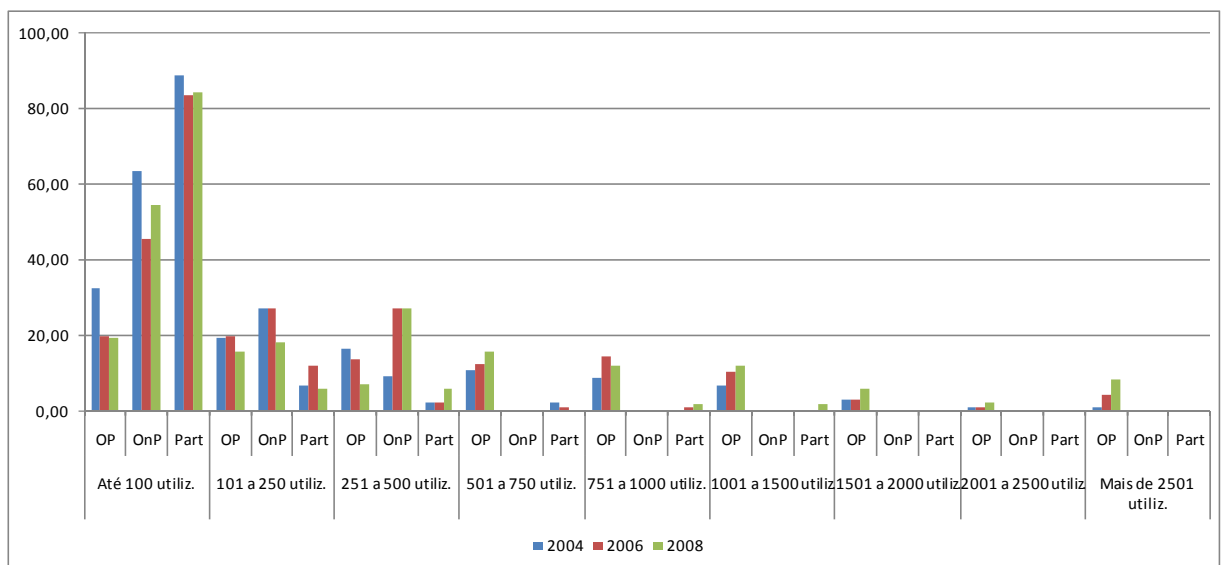
Numa perspectiva temporal, pode-se perceber que é em 2006, mas sobretudo 2008, que se observa o maior número de utilizadores de computadores nos hospitais. É nestas categorias, ainda que minoritárias que encontramos a tendência temporal mais vincada, ou seja, quanto mais avançamos no tempo, mais hospitais indicam ter mais 1000 utilizadores frequentes de computadores entre os seus funcionários, sendo sobretudo entre os hospitais oficiais públicos gerais.

Figura 9.3.: Nº de pessoas ao serviço do hospital que utilizavam regularmente computador



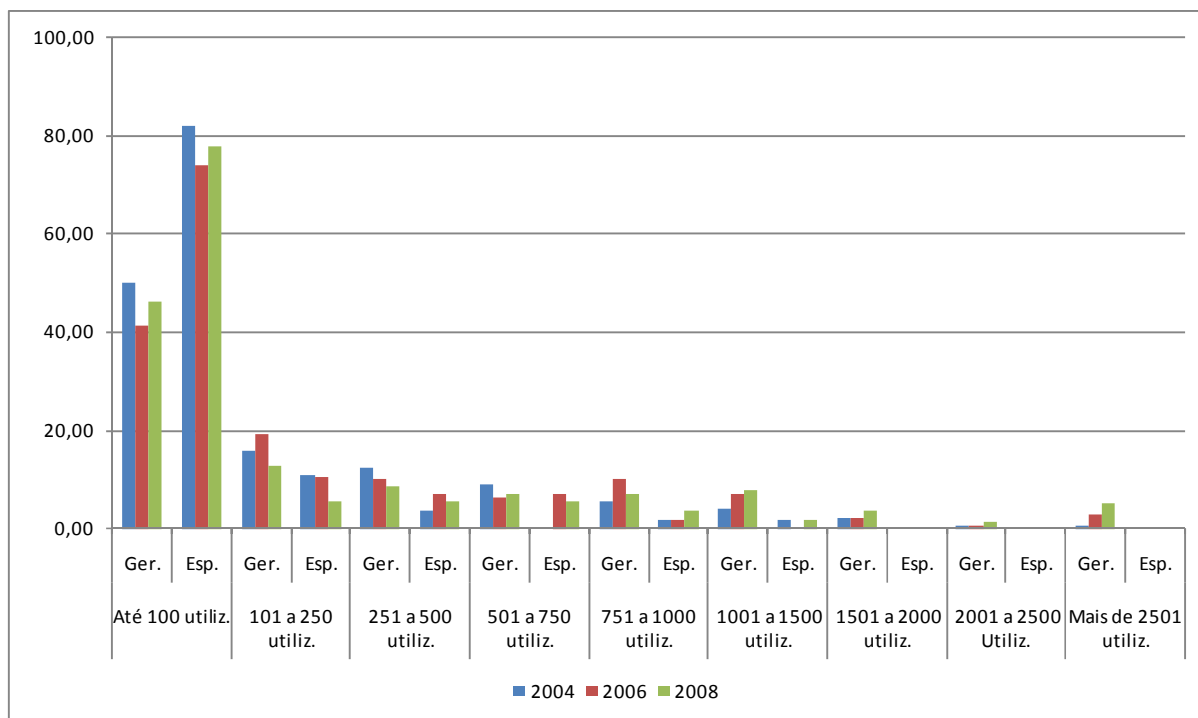
Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Figura 9.4.: Nº de pessoas ao serviço que utilizavam regularmente computador por tipo de entidade



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Figura 9.5.: N° de pessoas ao serviço que utilizavam regularmente computador por modalidade

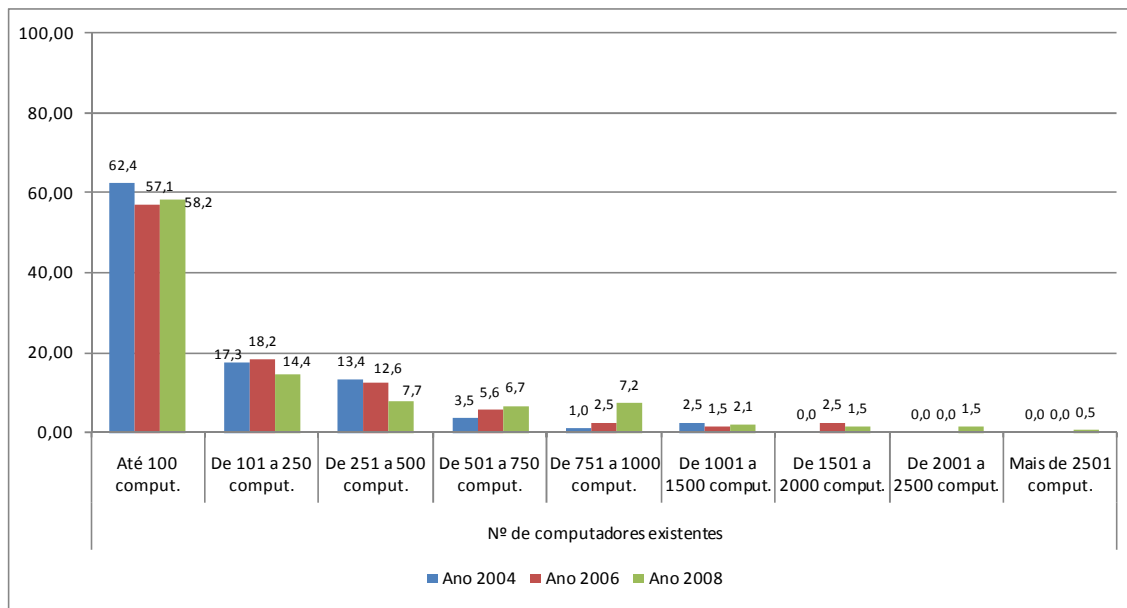


Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Quanto ao número de computadores que cada hospital afirmou possuir, como ilustram os três gráficos que se seguem, observa-se uma coerência entre o nº de computadores e o nº de utilizadores reportados por cada instituição. Quando especificada pelo tipo de entidade e modalidade, esta análise volta a evidenciar que é entre os hospitais particulares e especializados (onde se encontram 80% dos hospitais que têm até 100 computadores) que se concentram a maior parte dos hospitais que têm até 100 computadores (reunindo cerca de 60% de todas as respostas desta categoria).

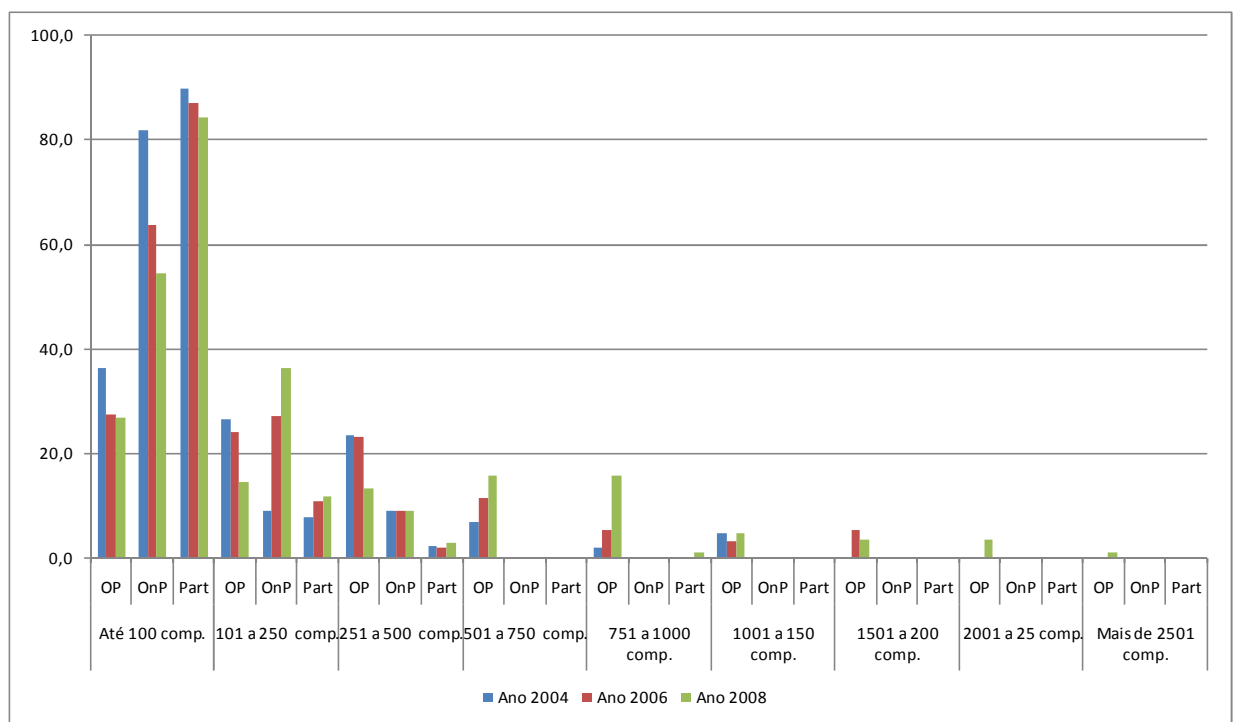
Os hospitais oficiais públicos e gerais, ainda que com valores abaixo dos 20% para os hospitais que afirmaram ter entre 101 e 200 computadores, chegando mesmo a valores de 1% ou 2% nas categorias onde é reportada a posse de 1001 a mais de 2501 computadores, caracterizam o perfil dos hospitais que têm um maior parque informático, como se pode constatar nos 3 gráficos seguintes.

Figura 9.6.: Número de computadores de que o Hospital dispunha



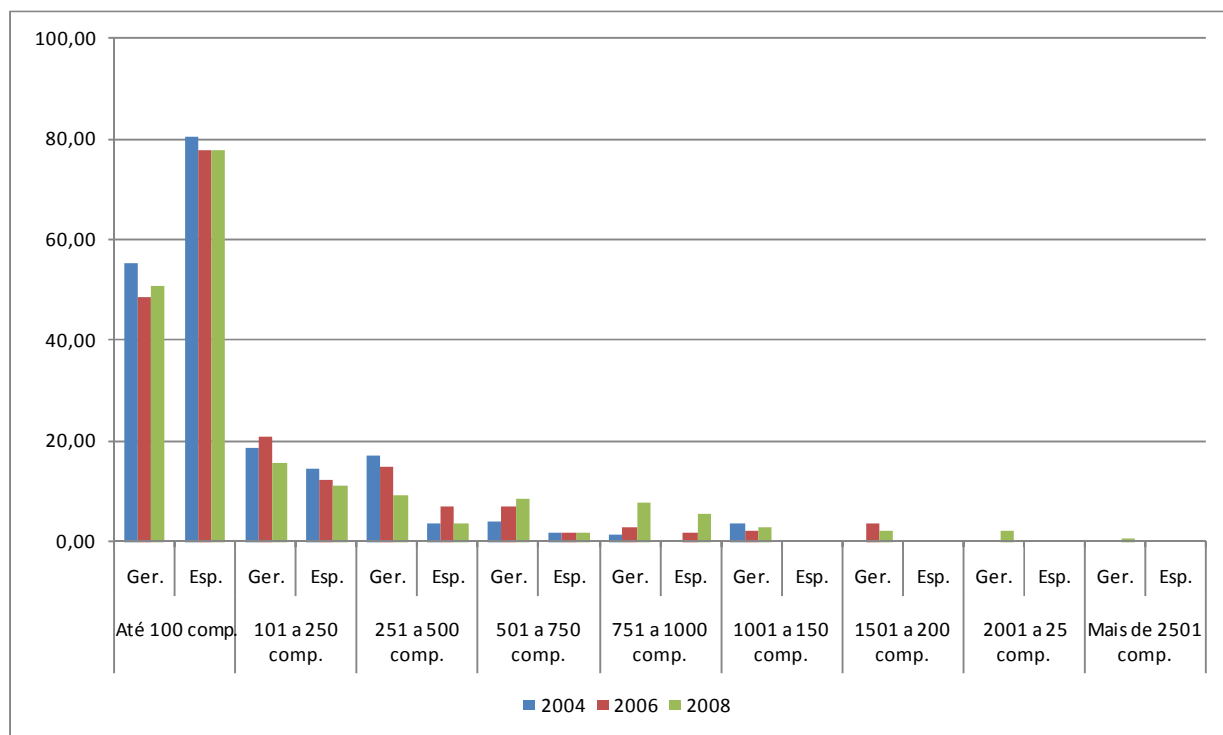
Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Figura 9.7.: Número de computadores de que o Hospital dispunha por tipo de entidade



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Figura 9.8.: Número de computadores de que o Hospital dispunha por modalidade



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Poderá ser que, em função do parque informático declarado, existe uma desproporcionalidade entre os computadores existentes e o número de funcionários que utiliza frequentemente computadores nas suas actividades profissionais quotidianas?

Para identificar e perceber a ocorrência desta tendência em cada uma das dimensões em análise – global, por tipo de entidade e modalidade – subtraiu-se ao nº de computadores declarados o nº de profissionais que utiliza frequentemente computador. Deste cálculo resulta o quadro que se segue. Adverte-se ainda para o facto de os dados disponibilizados nas BD's não permitirem aferir a existência de situações de partilha de computadores.

Quadro 9.2.: Média do nº de computadores - nº de utilizadores, por modalidade e tipo de entidade

Anos	Média	Média por modalidade		Média por tipo de entidade	
		Ger.	Esp.	OP	OnP
2004	-105,6	Ger.	-134,1	OP	-188,8
		Esp.	-31,4	OnP	-34,5
				Part	-19,0
2006	-134,1	Ger.	-176,7	OP	-251,2

Anos	Média	Média por modalidade		Média por tipo de entidade	
				OnP	-50,4
		Esp.	-31,4	Part	-23,3
2008	-163,7			OP	-323,6
		Ger.	-213,0	OnP	-53,9
		Esp.	-35,8	Part	-45,8

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Em todos os anos, independentemente do tipo de modalidade dos hospitais ou do tipo de entidade, se observa uma escassez de computadores, escassez esta que se tem vindo a afirmar ao longo dos anos. Note-se que, em termos médios, em 2008 foi identificada a falta de mais cerca de 60 computadores face aos valores de 2004.

Quando analisamos por modalidade hospitalar constata-se que é sobretudo nos hospitais gerais que há uma maior carência de computadores face ao número de funcionários utilizadores declarados.

Se observados tipo de entidade, estes resultados evidenciam que é entre as instituições oficiais – sobretudo entre as oficiais públicas – que se registam as maiores necessidades de computadores, por oposição às instituições particulares, onde a discrepância entre o número de computadores e os utilizadores declarados é menor.

Para testar a associação entre a diferenças de computadores e utilizadores e o tipo de entidade ou modalidade hospitalar, tratando-se de uma variável quantitativa e de uma variável nominal, realizou-se o teste de η^{302} (ETA). Neste sentido, com $\eta=0,47$, a relação entre o diferencial computadores/ utilizadores e o tipo de entidade revela uma associação estatisticamente significativa entre as duas variáveis, explicando o tipo de entidade cerca de 22% a diferença de computadores e funcionários utilizadores³⁰³.

O mesmo teste realizado para a diferença computadores/utilizadores e a modalidade hospitalar, com $\eta=0,22$, apresenta uma associação estatística significativa, mas com menor intensidade, com uma capacidade explicativa de apenas 5%.

Para a análise dos equipamentos informáticos utilizados pelos hospitais, no âmbito das TIC's³⁰⁴, o INE inquiriu sobre o uso de LAN, WAN ou Wireless LAN definindo cada um destes equipamentos

³⁰² O valor de *Eta* varia entre 0 e 1, sendo o 0 relativo à ausência de relação e 1 à associação mais forte.

³⁰³ η^2 indica a proporção da variação da variável dependente (Y) que é justificada pela variável independente (X).

³⁰⁴ Lembra-se que o INE delimita este conceito ao ramo da ciência da computação e da sua utilização prática que tenta classificar, conservar e disseminar a informação. É uma aplicação de sistemas de informação e de conhecimentos em

informáticos. Neste sentido, por LAN – Local Area Network – entende-se uma “rede local que cobre uma área relativamente pequena. A maioria das LANs restringe-se a um único ou a um grupo de edifícios. Uma rede que interligue os computadores pessoais num edifício terá a designação de LAN” (INE, 2008:12).

Por WAN – Wide Area Network – o INE entende uma “rede que cobre uma área geralmente mais vasta. Usualmente é composta por duas ou mais LANs ligadas entre si por meio de uma ou mais linhas telefónicas ou por uma ligação por rádio” (INE, 2008:14).

Por fim, Wireless LAN é definida como “uma rede LAN sem fios. Numa rede wireless, os computadores em vez de comunicarem através de cabos, fazem-no através de ondas de rádio, o que permite uma maior mobilidade dos computadores, e logo, dos utilizadores” (idem, ibidem, ibidem).

A primeira grande conclusão a retirar dos dados apurados é que a esmagadora maioria dos hospitais dispõe de tecnologia informática LAN, uma vez que independentemente do ano, cerca de 90% dos hospitais refere ter este tipo de equipamento, como ilustra o quadro que se segue.

Figura 9.9.: Equipamentos informáticos utilizados pelo Hospitais (%)



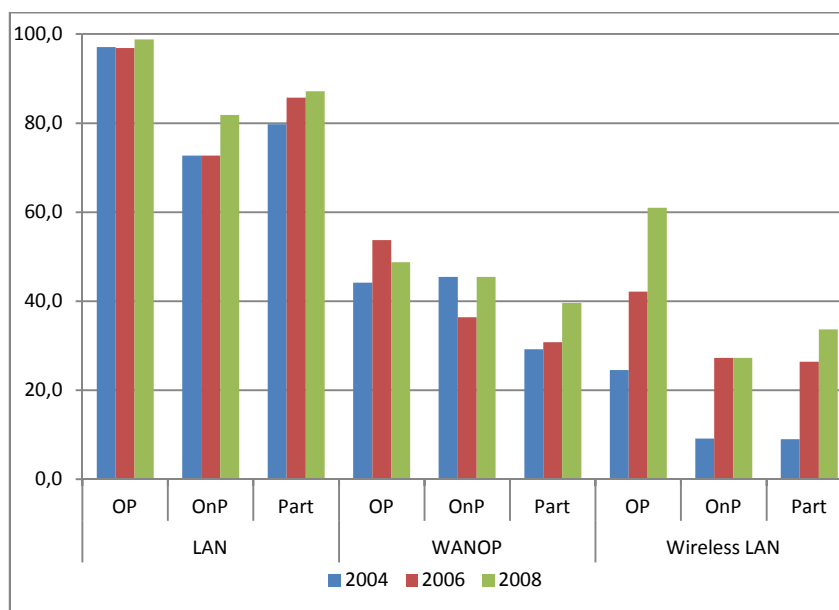
Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

O recurso à tecnologia LAN Wireless tem vindo a crescer ao longo do tempo, uma vez que se em 2004 apenas 17% dos hospitais afirmaram ter este equipamento, já em 2008 este número ascendia aos 45%. Esta tendência de crescimento é também identificável na posse de tecnologia WAN, ainda que com muito menor intensidade.

Se considerarmos o tipo de entidade hospitalar observamos que é no Oficial Público que existe a maior parte dos equipamentos informáticos LAN, seguindo-se os hospitais particulares, como se observa no quadro que se segue.

especial aplicados nos negócios e na aprendizagem. São os aparelhos de hardware e de software que formam a estrutura electrónica de apoio à lógica da informação (INE, 2008:14).

Figura 9.10.: Equipamentos informáticos utilizados pelos Hospitais por tipo de entidade (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

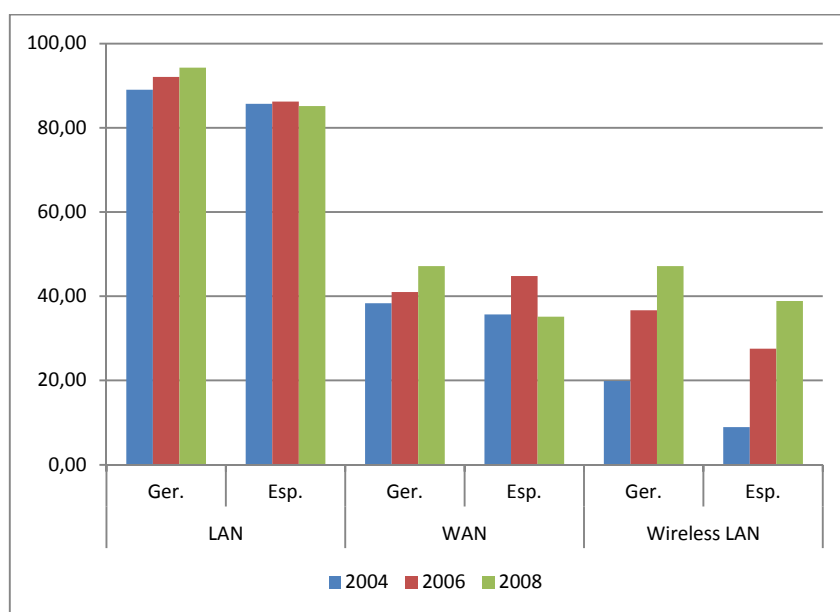
Porém, as instituições oficiais públicas e particulares apresentam tendências distintas ao longo dos 4 anos em análise uma vez que as primeiras evidenciam uma maior aposta no Wireless LAN, que em 2008 já englobava cerca de 60% dos hospitais enquanto que, para o mesmo ano, havia apenas pouco mais de 30% das instituições particulares com este equipamento. Na verdade este equipamento, ainda que nos últimos anos conte com um aumento da procura é, de uma maneira geral, o menos requisitado pelos hospitais

A posse de equipamentos que permitam a criação de redes de trabalho com abrangência de uma área mais vasta (WAN) apresenta valores mais elevados no sector público – oficial ou não oficial.

Observando apenas os valores dos hospitais oficiais públicos, identifica-se uma tendência de investimento na WAN no sistema wireless LAN em 2006 – por contraposição a um desinvestimento na LAN – que em 2008 se concentra sobretudo na utilização de sistemas Wireless. Já os hospitais oficiais não públicos em 2006 investem em sistemas Wireless LAN, mas em 2008 em LAN. Entre as instituições particulares há um crescimento na utilização dos três equipamentos.

Analisando por modalidade, pode-se concluir que o equipamento LAN é o mais usado tanto em hospitais centrais como gerais e que a evolução da utilização de equipamentos sem fios é idêntica independentemente da modalidade do hospital. Como diferença entre estes dois grupos há apenas a referir o facto de em 2006 um maior número de hospitais especializados, por comparação com os gerais, terem optado por um sistema WAN, ainda que em 2008 esta superioridade proporcional se tenha esbatido, como se pode observar no gráfico que se segue

Figura 9.11.: Equipamentos informáticos utilizados pelos Hospitais por modalidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Tratando-se de duas variáveis nominais qualitativas, para perceber a relação entre os equipamentos informáticos utilizados e o tipo de entidade hospitalar ou com a modalidade hospitalar, realizou-se o teste *V* de Cramer, cujos resultados podemos observar na tabela que se segue.

Quadro 9.3.: Valores do *V* de Cramer – Equipamentos

V de Cramer	Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
LAN	0,243	0,091
WAN	0,151	0,031
Wireless LAN	0,193	0,091

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Variando entre 0 e 1 – representando o 0 a ausência de relação e o 1 a total associação – podemos observar, aplicando a escala que Cohen e Holliday (1982) desenvolveram para a correlação³⁰⁵, que os valores sugerem uma relação muito baixa entre as variáveis, sobretudo sob a dependência da modalidade hospitalar.

Nos próximos 3 gráficos analisa-se a utilização de alguns serviços informáticos pelos hospitais – correio electrónico e videoconferência – bem como a segurança informática – existência de software anti-vírus e/ou firewall³⁰⁶ – e o tipo de redes utilizadas por cada hospital – intranet³⁰⁷ ou extranet³⁰⁸.

³⁰⁵ Até 0,19 é muito baixo; de 0,20 a 0,39 é baixo; entre 0,40 e 0,69 é moderada; de 0,70 a 0,89 é alta e de 0,90 a 1 é muito alta.

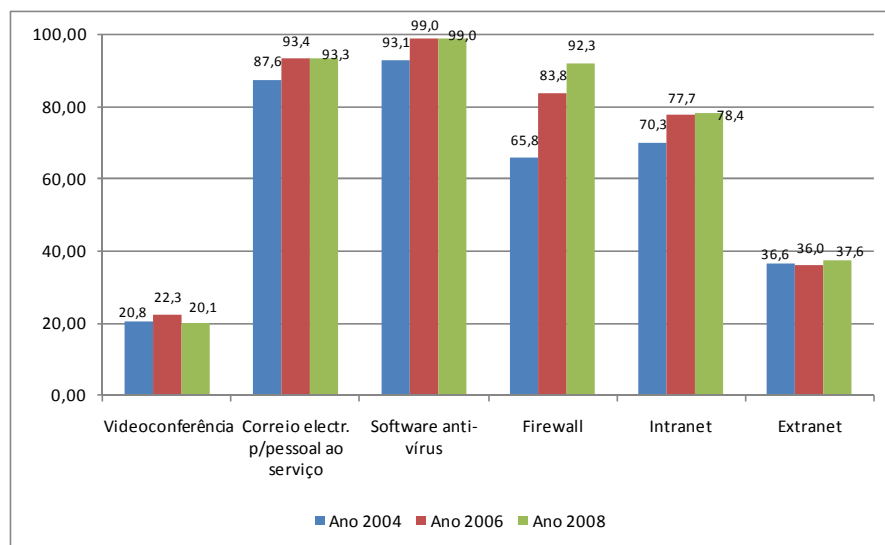
³⁰⁶ Definido por: “equipamento usado em redes informáticas que protege uma rede interna do acesso externo de utilizadores não autorizados” (INE, 2008:12).

No gráfico que se segue, em específico, observa-se que, de uma forma geral, a grande maioria dos hospitais afirma utilizar serviços de software anti-vírus e de firewall, evidenciando uma preocupação com questões de segurança e de protecção da informação que possuem e com a manutenção dos seus serviços. A evolução da utilização de firewall demonstra que esta preocupação tem vindo a aumentar ao longo do tempo, note-se que em 2004 66% dos hospitais utilizavam este serviço, passando para 92,3% em 2008.

Com valores a rondar os 90% de utilização nos 3 anos em análise – 2004 apresenta o valor mais baixo (87,6%) – constata-se que a utilização do correio electrónico é uma prática de rotina presente em praticamente todos os hospitais portugueses, ainda que não seja uma prática usada no decorrer da prática clínica, pelo menos na relação estabelecida com o utente, relembram-se os dados referidos por Espanha quando foca que “no que toca à utilização do correio electrónico para comunicar com pacientes, a maioria dos médicos não o pratica (81,1%).”, reforçando logo de seguida que “dos que afirmam o seu uso, a maioria referiu fazê-lo apenas raramente (66,5%)” (Espanha, 2010: 130).

Na utilização de serviços como a Extranet ou a Videoconferência, os hospitais não revelaram utilizações tão consensuais, contando a Extranet com valores de utilização ligeiramente superiores aos da Videoconferência.

Figura 9.12.: Serviços informáticos utilizados pelos Hospitais (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

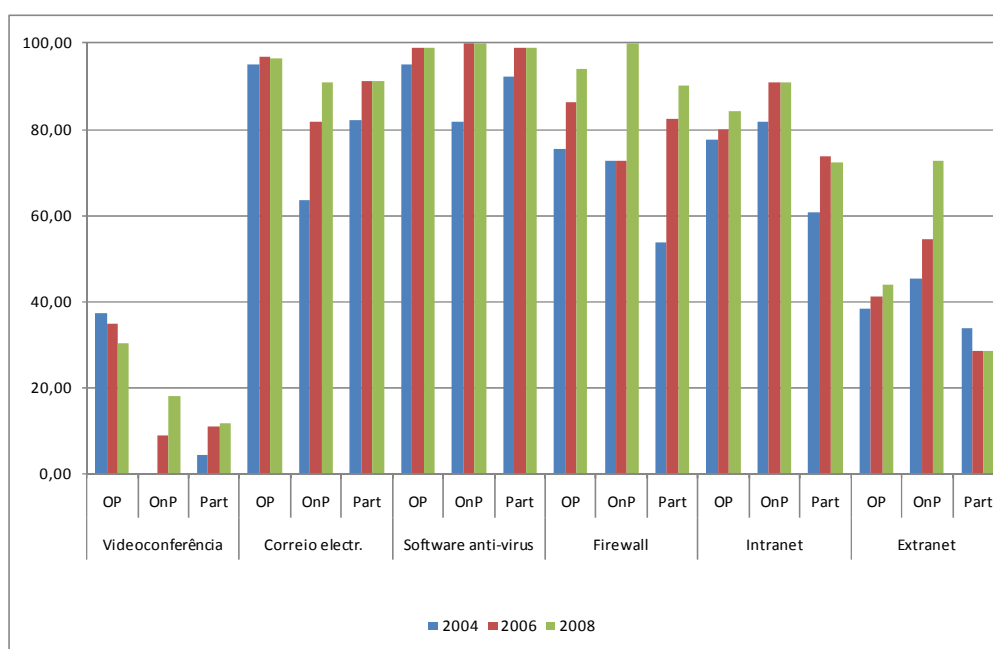
A videoconferência é aliás um serviço usado sobretudo entre instituições oficiais públicas (77% dos hospitais que afirmaram usar videoconferência são oficiais públicos).

³⁰⁷ Definido como “Rede ou website próprio de uma organização baseada no protocolo TCP/IP. É acessível apenas aos membros da organização, colaboradores ou a outros desde que autorizados. Nota: As Intranet quando estão ligadas à Internet encontram-se protegidas dos utilizadores externos por uma firewall” (INE, 2008:12).

³⁰⁸ Descrito como “Intranet parcialmente aberta a determinados grupos de utilizadores exteriores à organização. Para que se proceda ao acesso exterior a essa parte da Intranet é necessário deter autorização de entrada por meio de login e password” (INE, 2008:12).

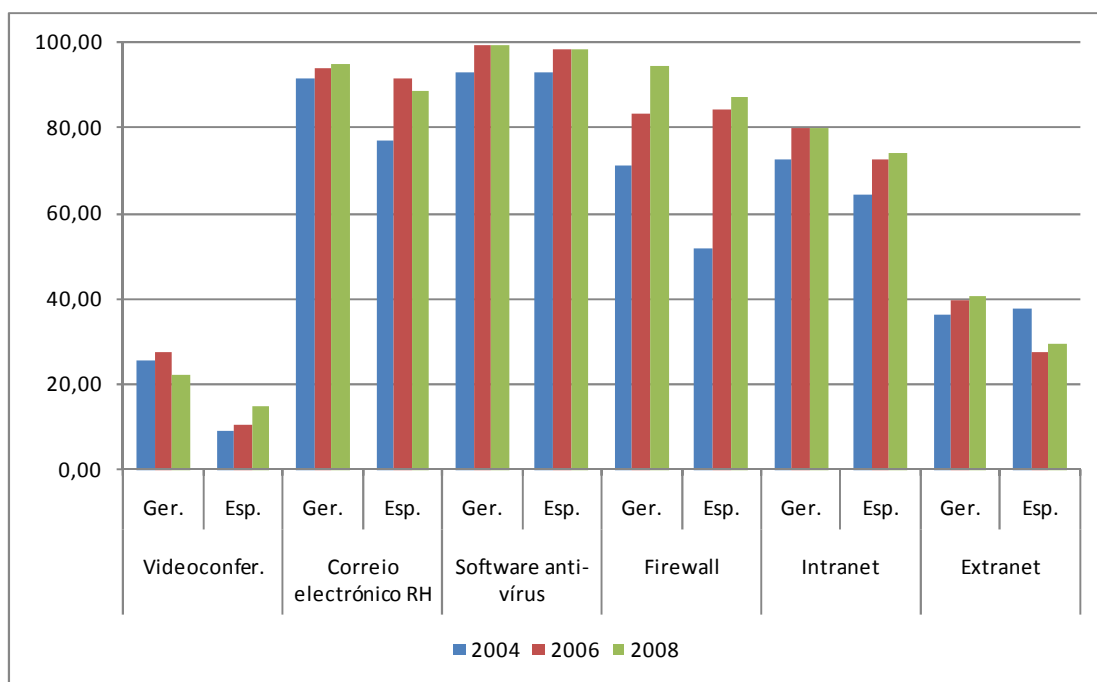
Relativamente à segurança observa-se que a maioria dos hospitais afirmaram ter um software anti-vírus, identificando-se um aumento desta prática entre 2004 e 2008 – sobretudo entre as instituições oficiais não públicas. Já o uso de firewall apresenta valores de utilização mais baixos, nomeadamente no sector particular, ainda que com uma tendência crescente de implementação ao longo dos anos em análise.

Figura 9.13.: Serviços informáticos utilizados pelos Hospitais por tipo de entidade (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Figura 9.14.: Serviços informáticos utilizados pelo Hospitais por modalidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Quanto ao tipo de redes usadas, observa-se que os hospitais privilegiam sobretudo o uso da intranet e não tanto o da Extranet. Esta tendência é sobretudo visível entre as instituições oficiais, ainda que seja entre as organizações públicas não oficiais que se observa actualmente uma maior utilização da Extranet.

Entre hospitais gerais e especializados, poucas são as diferenças a assinalar, destacando-se apenas o facto de os gerais afirmarem em todos os parâmetros em análise um maior uso dos serviços, das formas de segurança e das redes em causa.

De registar ainda, como já foi referido, o efeito temporal, uma vez que, ainda que o comportamento das variáveis estatisticamente pouco ou nada varie em função das análises pelo tipo de entidade ou modalidade hospitalar – como se observa na tabela que se segue, com valores muito próximos do 0 – é notório o aumento da utilização das tecnologias de informação e comunicação de 2004 a 2008, em todos os domínios em análise neste ponto, com particular destaque para o investimento na segurança.

Quadro 9.4.: Valores do V de Cramer – Serviços, Segurança e Redes

V de Cramer		Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
Serviços	Videoconferência	0,308	0,151
	Correio electrónico	0,174	0,127
Segurança	Software anti-vírus	0,047	0,020
	Firewall	0,104	0,096
Redes	Intranet	0,145	0,075
	Extranet	0,150	0,068

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

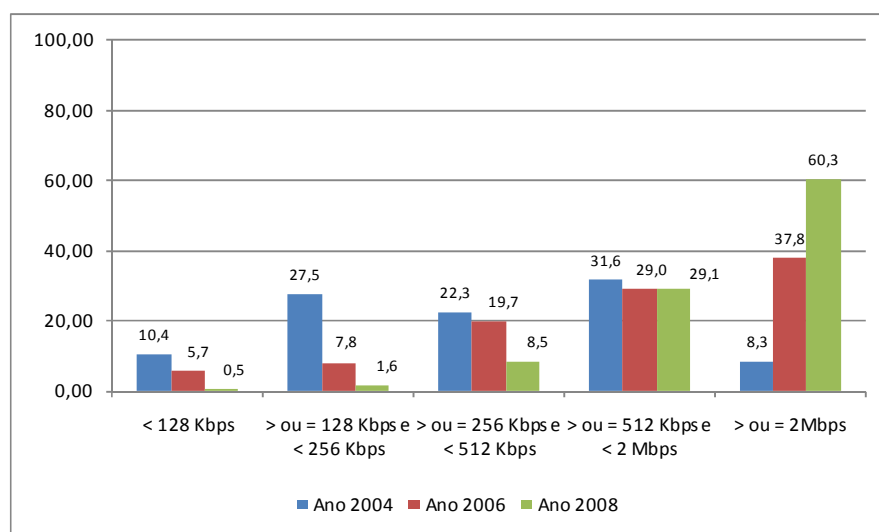
Pouco há a dizer sobre os valores de V de Cramer apresentados na tabela anterior, sendo a relação mais intensa, ainda que fraca (Cohen e Holliday, 1982), a do tipo de entidade hospitalar e a realização de videoconferências. Neste item, é assim importante referir que de todos os hospitais que afirmaram disponibilizar e usar este tipo de serviço mediado pelas TIC's, 76,8% são hospitais oficiais públicos.

9.1.2. Ligação à Internet e banda larga

Os próximos três gráficos ilustram a capacidade máxima de ligação dos hospitais à Internet. A medida considerada é a de Kilobits por segundo. Esta unidade mede a velocidade de transferência de dados. 1 Kbps significa que a ligação pode transferir até 1024 bits por segundo. Os fornecedores anunciam a velocidade de transmissão das suas ligações nesta unidade (256, 512, 640 e 768 Kbps) (INE, 2008: 12).

A leitura mais importante a retirar do gráfico que se segue é o facto de os hospitais optarem por capacidades de acesso à Internet, cada vez mais potentes/rápidas, sendo esta procura crescente ao longo do tempo. Atente-se que em 2008 eram já 60,3% os hospitais que afirmavam ter uma capacidade máxima de acesso na ordem dos 2Mbps.

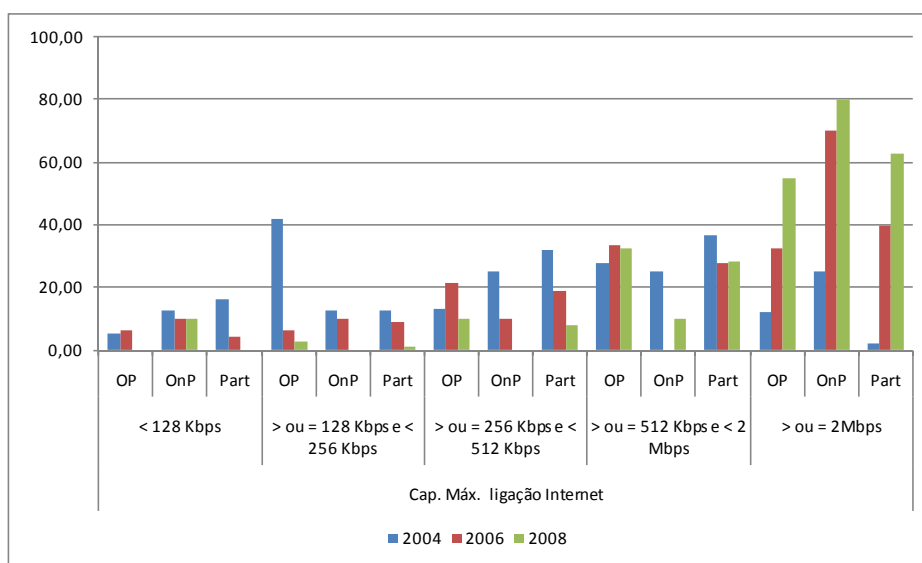
Figura 9.15.: Capacidade máxima de débito da ligação à Internet (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Ao analisarmos por tipo de entidade hospitalar (gráfico que se segue), observamos que se em 2004 era nos hospitais públicos que se verificava mais concentrado o uso de uma capacidade de acesso à Internet, que variava entre os 128 e os 256 Kbps, reunindo esta categoria 42% de todos os hospitais, independentemente do ano, o acesso através de uma capacidade máxima superior aos 2Mbps em 2008, e em 2006 nalguns tipos de entidade hospitalar, como o Oficial não público e o Particular, supera largamente estes valores. Note-se que em valores gerais – sem ser por anos – as organizações oficiais não públicas representam 60,7% das que afirmaram possuir uma capacidade de acesso à Internet igual ou superior a 2 Mbps.

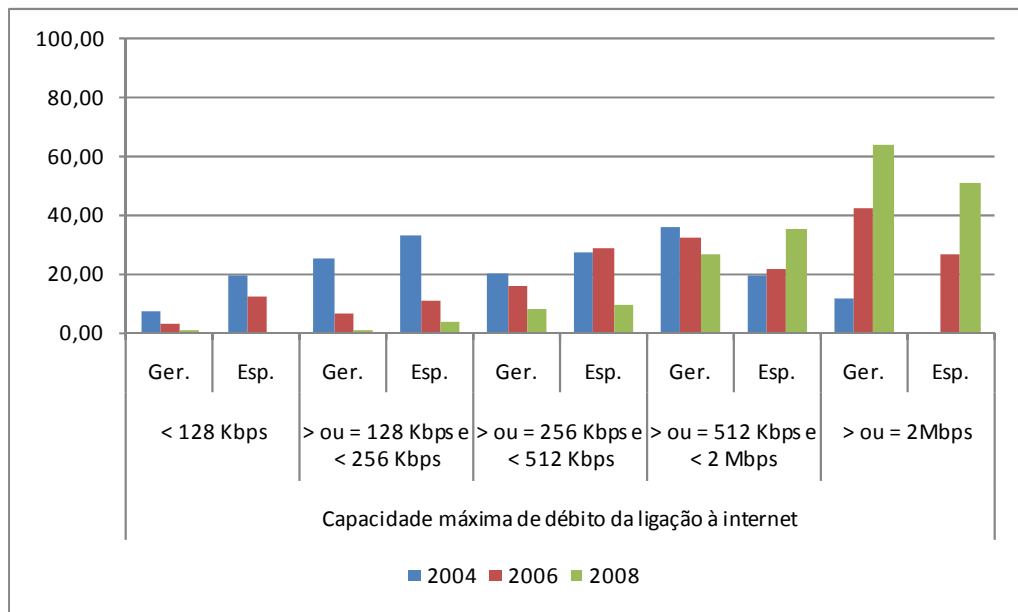
Figura 9.16.: Capacidade máxima de débito da ligação à Internet por tipo de entidade (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Fazendo uma primeira leitura por modalidade hospitalar, observa-se que são os hospitais gerais que apresentam, de uma forma geral, um acesso à Internet com menor capacidade face aos especializados. No entanto, em 2008 é entre estes que encontramos concentrados o maior número de organizações que afirma ter uma capacidade de acesso igual ou superior a 2Mbps, o que revela uma preocupação crescente em adquirir serviços com maior potência e celeridade.

Figura 9.17.: Capacidade máxima de débito da ligação à Internet por modalidade hospitalar(%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC

Na análise da existência de uma relação das variáveis, mais uma vez os testes realizados para o tipo de variáveis em causa revelam que a relação entre o tipo de entidade hospitalar e a modalidade é muito fraca ou fraca, respectivamente.

Quadro 9.5.: Valores do V de Cramer – Capacidade máxima de ligação à Internet

V de Cramer	Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
	0,157	0,201

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A construção da próxima variável (gráfico que se segue) conta com a agregação de todas as categorias semelhantes, que o INE foi instrumentalizando no âmbito do tipo de ligação à Internet desde 2004 a 2008, pelo que poderão haver categorias que traduzam informação idêntica. Para facilitar a análise identificou-se em cada categoria a origem temporal a que esta reporta.

Quanto ao tipo de ligação dos hospitais à Internet, segundo o INE podem ser 7: Modem, RDIS, XDSL, Cabo, Acesso Dedicado (RIS); outra ligação fixa ou móvel (INE, 2008 10-14).

Por Modem entende-se o equipamento que efectua a (des)modulação de sinais digitais. Na modulação modifica o sinal a enviar, de forma a poder ser transmitido no meio desejado. Na desmodulação reconstitui o sinal recebido, de modo a poder ser perceptível para o utilizador. É muito utilizado em particular na conversão dos sinais digitais dos computadores em sinais analógicos e vice-versa, de forma a poderem ser enviados e recebidos dados (por exemplo em ligações à Internet) através das linhas telefónicas analógicas.

Por RDIS, o INE entende o conjunto de infra-estruturas de telecomunicações que, sendo parte integrante da rede básica de telecomunicações se essencialmente destinadas à prestação de serviço fixo de telefone, permitem a oferta de ligações digitais entre dois pontos terminais, os quais suportam uma gama variada de serviços de telecomunicações, em conformidade com as recomendações pertinentes da União Internacional das Telecomunicações (UIT).

Por xDSL define as ligações que permitem veicular, a grande velocidade, quantidades consideráveis de informação, como imagens televisivas. Os tipos de ligação que fornecem ligação em banda larga são: xDSL (ADSL, SDSL, etc.), cabo, UMTS ou outras como satélite.

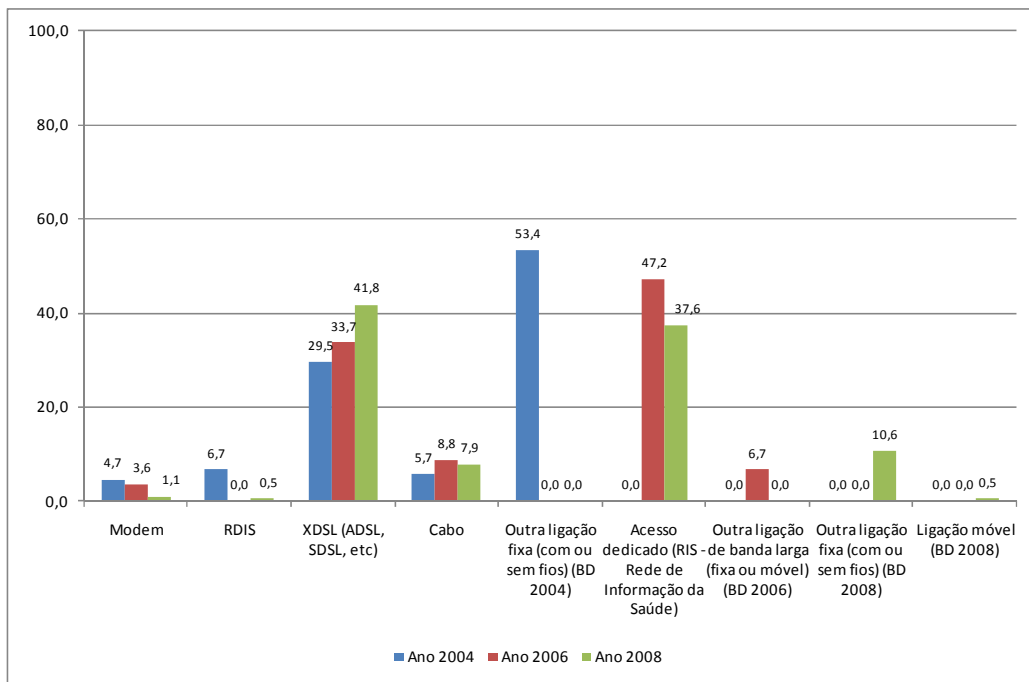
Por ligação por cabo entende-se a ligação de banda larga utilizando a cablagem das redes de televisão por cabo. É possível no mesmo cabo suportar televisão, Internet e telefone.

Por acesso dedicado entende-se o circuito dedicado utilizado para transmissão de dados em geral, caracterizando-se pela ligação permanente entre dois pontos, podendo ser analógico ou digital. A RIS é uma rede de telecomunicações privada do Ministério da Saúde, gerida pela ACSS. Esta rede interliga as diversas redes locais das instituições pertencentes ao Ministério da Saúde, que, por sua vez interligam os computadores de cada instituição.

Os dados apurados neste ponto indicam que o xDSL e a RIS têm vindo a constituir-se como a principal forma dos hospitais acederem à Internet³⁰⁹, contando todas as outras categorias com valores mais residuais, como ilustra o próximo gráfico.

³⁰⁹ Note-se que as categorias “outra ligação fixa (com ou sem fios) (BD 2004)”; “outra ligação (RIS de banda larga fixa ou móvel) (BD 2006)” e “outra ligação fixa (com ou sem fios) (BD 2008)” pelo facto de não serem nem agregáveis entre si, nem comparáveis, não serão consideradas na análise.

Figura 9.18.: Ligação à Internet por parte do Hospital

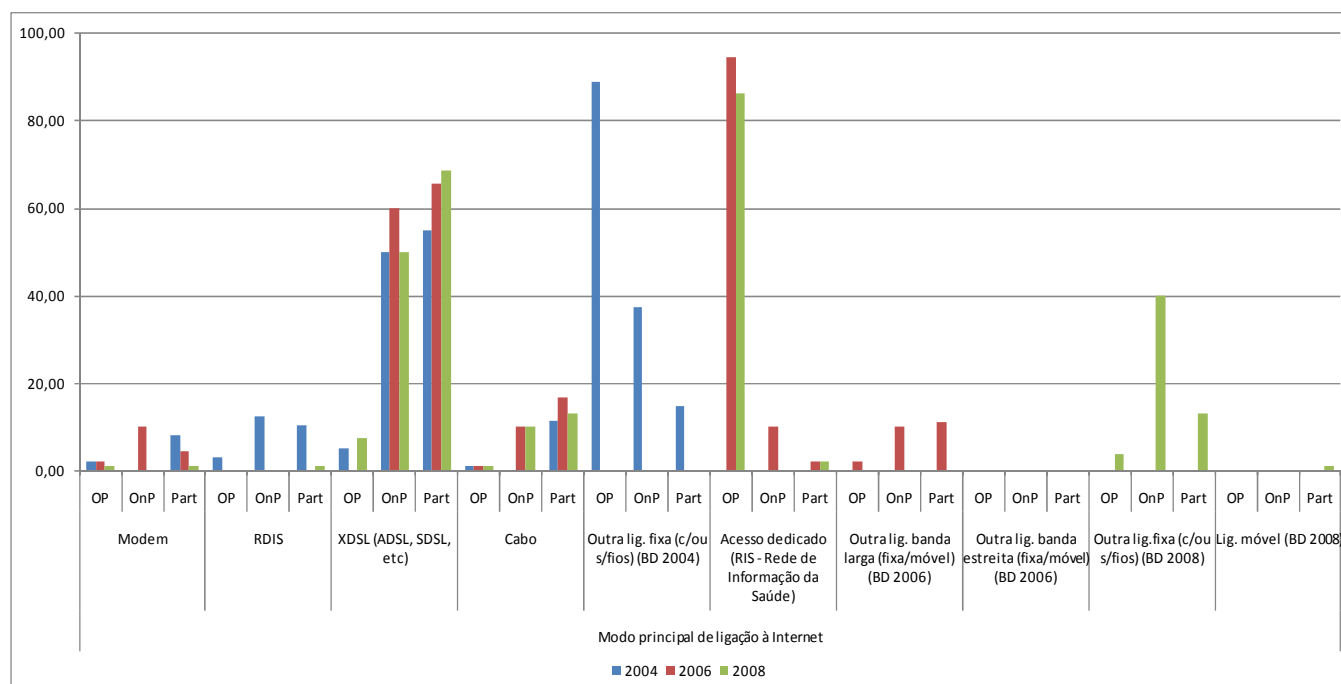


Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Neste sentido, mantendo as particularidades e cuidados metodológicos já enunciados, considerando apenas estas duas principais fontes de ligação, sob o enfoque do tipo de entidade hospitalar são evidentes as distinções que existem entre a ligação dos hospitais oficiais não públicos e particulares e a dos hospitais públicos: enquanto os primeiros têm uma ligação através de xDSL, os segundos, massivamente, através da RIS. Porém, dentro deste último grupo é notória a diferença de 2004, onde afirmavam aceder através de “outra ligação fixa” para 2006, quando começam a afirmar uma ligação através da RIS. Esta mudança massiva por certo não é alheia ao investimento desenvolvido neste período temporal, como já foi demonstrado pela análise dos programas dos Governos Constitucionais³¹⁰, nomeadamente, neste caso, na reformulação da Rede Informática da Saúde.

³¹⁰ Cf. Quadro Intensidade da intenção de actuação dos Governos Constitucionais no âmbito do sector da saúde.

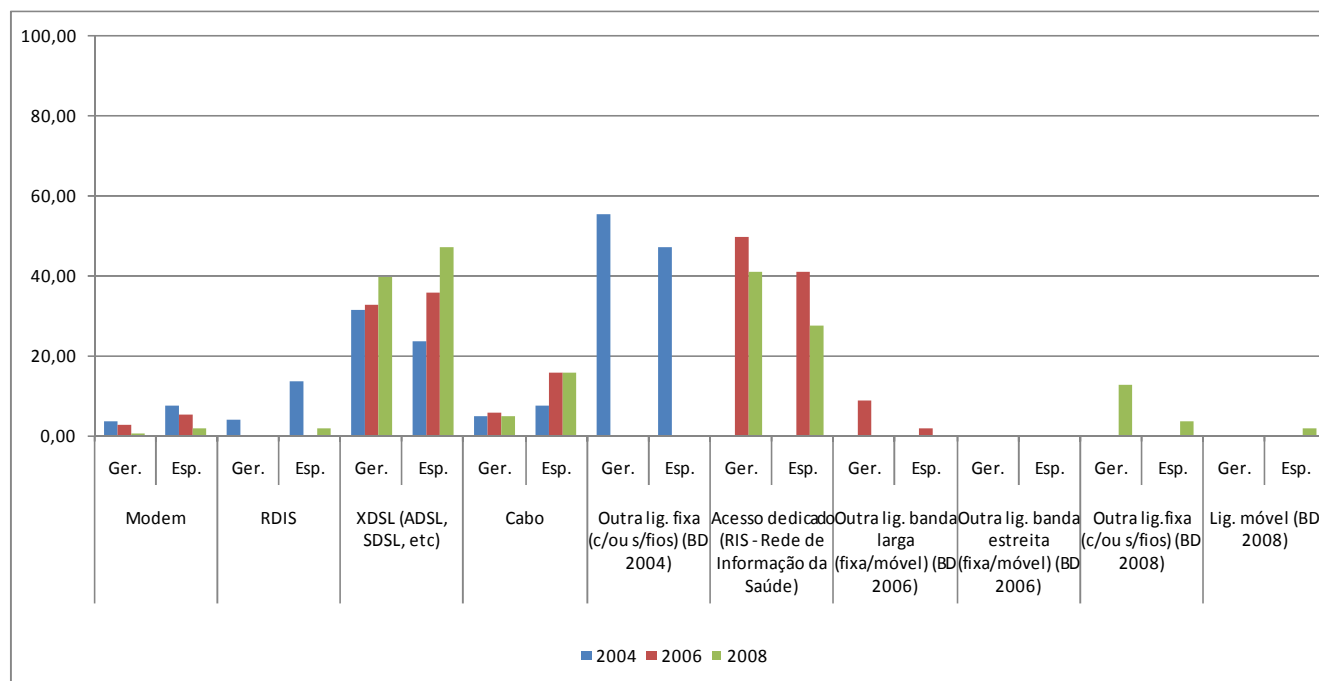
Figura 9.19.: Ligação à Internet por parte do Hospital por tipo de entidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Concentrando-se sobretudo nas duas formas de ligação à Internet já referidas, observa-se que, quer os hospitais gerais como os especializados, seguem a tendência já referida, não se destacando nenhum padrão específico da análise por modalidade hospitalar.

Figura 9.20.: Ligação à Internet por parte do Hospital por modalidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Na análise da existência de uma associação entre as formas de ligação à Internet, o tipo de entidade e a modalidade hospitalar, identificou-se uma relação estatisticamente significativa

moderada entre o tipo de entidade hospitalar e os modos de ligação à Internet, como se pode observar no quadro que se segue.

Como já foi referido, as políticas na área das tecnologias de informação e comunicação na saúde levaram a que 96,9% dos hospitais, que afirmaram ter a RIS como modo de ligação à Internet, independentemente dos anos, fossem do sector oficial público.

Quadro 9.6.: Valores do V de Cramer – Formas de ligação à Internet

V de Cramer	Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
		0,602

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Analisadas as razões pelas quais os hospitais não acediam à Internet através da banda larga³¹¹, observou-se que as justificações das instituições que não acedem à Internet desta forma oscilam em função do ano. Em 2004 não o faziam por não ver relação entre o custo dispendido e o benefício alcançado, ainda que avaliassem a banda estreita como pouco suficiente. Em 2006 atribuem aos elevados custos financeiros a principal causa para não terem banda larga.

Quando analisado sob o enfoque do tipo de instituição, verifica-se que os custos financeiros são referidos no sector oficial público e que é entre o particular que a relação custo/benefício não é compensatória, ainda que a banda estreita seja considerada insuficiente. Quando analisados por modalidade hospitalar, os dados não evidenciam padrões ou irregularidades que distingam os hospitais gerais dos especializados.

9.1.3. Principais áreas da informatização dos serviços na rotina organizacional

Consensual entre todos os que estudam estas temáticas, e entre os que com elas lidam no seu quotidiano, quer a nível político e estratégico como no quotidiano profissional, é o facto de os obstáculos à utilização das tecnologias de informação e comunicação na área da saúde se colocarem ao nível da organização das tomadas de decisão, dos processos organizacionais, e das pessoas que com elas trabalham ou a quem elas se destinam, mais do que se colocam ao nível de soluções tecnológicas ou técnicas (Kassierer,2000, citado em IOM, 2088; Haux, 2006; Ribeiro, 2010). Nesta temática específica voltamos a encontrar o Estado, que através do governo legitimado pelo voto de confiança que o sufrágio universal lhe confere num estado democrático, assume papel determinante como catalisador ou desincentivador da utilização das tecnologias de informação e comunicação (Castells, 2002, Espanha, 2009)

Assim, como se observou com o exemplo dos modos de utilização e da capacidade de acesso dos hospitais à Internet, ao longo dos tempos, as soluções técnicas vão evoluindo de forma a dar resposta às necessidades dos hospitais, dos profissionais de saúde, dos cidadãos ou dos decisores políticos. Perante este desenvolvimento técnico e tecnológico nem sempre se encontra nas instituições um crescimento análogo que permita uma compatibilização de *modus operandi*.

³¹¹ Não há dados para 2008.

Neste sentido, o gráfico que se segue, permite conhecer um pouco melhor a realidade hospitalar portuguesa no que toca à informatização das suas áreas de trabalho, construindo-se, com esta análise, uma base de conhecimento que permite saber quais as áreas onde as tecnologias de informação e comunicação têm um maior potencial a vir a ser utilizadas, por já haver uma organização do trabalho desenvolvida em função da informatização dos serviços.

Note-se que a questão contava com três tipos de respostas: “actividade informatizada”; “actividade não informatizada” e “não se aplica”, prefazendo o somatório destas três categorias o 100% de respostas em cada item em análise. Foram apenas consideradas para a análise as respostas relativas à “actividade informatizada”.

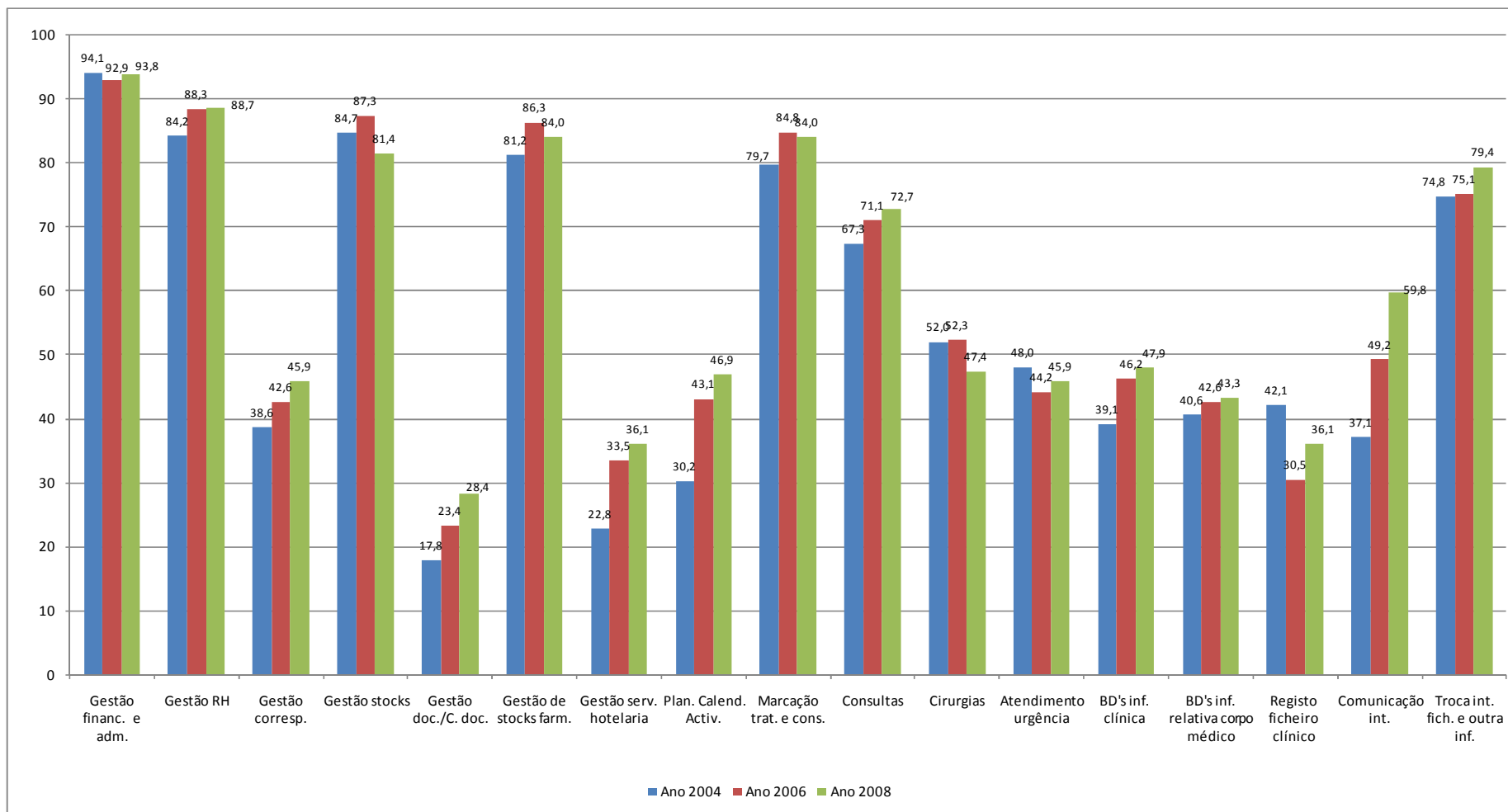
Os dados apurados permitem verificar que são as áreas de gestão financeira, de gestão de recursos humanos, de gestão de stocks e da gestão de stocks farmacêuticos em concreto, da marcação das consultas e das consultas, que apresentam valores mais elevados na informatização do trabalho desenvolvido. Ainda de destacar é também a elevada troca de ficheiros e outro tipo de informação digitalizada dentro dos hospitais.

A informação ilustrada pela figura 9.21.evidencia que, de um modo geral, é nas áreas com menor informatização que melhor se reflecte o efeito temporal, notando-se um aumento ligeiro mas progressivo ao longo dos anos em análise.

Pelo contrário, é na gestão documental, na gestão dos serviços de hotelaria, no registo de ficheiro clínico e no planeamento e calendarização de actividades que se encontram as áreas com menos informatização. Também dentro deste último grupo encontram-se ainda as BD's relativas à informação clínica e à informação do corpo médico, o que denota o abismo que existe entre a informatização das áreas administrativas e de gestão, desenvolvidas por profissionais não clínicos e a da prática clínica, desenvolvida por profissionais com formação clínica – seja ela médica, enfermeira ou de qualquer outro grupo clínico, e que na verdade constitui o *cuore* do hospital.

De destacar ainda o facto de, em 2004, a informatização do registo do ficheiro clínico contar com valores mais elevados que nos anos mais actuais, sobretudo entre os hospitais oficiais públicos. Este facto poderá não ser alheio às mudanças políticas estruturais ocorridas no Ministério da Saúde, nomeadamente a preparação da passagem do IGIF a ACSS e o afastamento e/ou reestruturação de alguns projectos relativos à informatização do ficheiro clínico dos doentes – SONHO – que vinham a ser desenvolvidos desde meados da década de 1990 – como se pode cf. no quadro resumo que mede a intensidade da actuação política do governo obtida através da análise dos Programas do Governos Constitucionais 1979-2009.

Figura 9.21.: Informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital(%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Neste parâmetro de análise, em 2008 parece ter ressurgido o interesse nos três tipos de entidade hospitalar, seguindo a tendência geral, uma vez que se verificou o aumento da informatização desta área de trabalho. Um acompanhamento futuro desta área poderá indicar quão perto/longe estamos de conseguir um Registo de Saúde Electrónico³¹² em Portugal, uma vez que em 2009³¹³ foi constituído um grupo de trabalho de profissionais multidisciplinares que estão a desenvolver, de forma conjunta, as orientações estratégicas, funcionais e técnicas do sistema a ser desenvolvido operacionalmente pela ACSS.

Se analisarmos as áreas mais informatizadas dos hospitais por tipo de entidade hospitalar observamos (tabela que se segue) que são praticamente idênticas as áreas mais informatizadas por tipo de entidade hospitalar. Deste modo, destacam com valores acima dos 70% em todos os tipos de entidade hospitalar, a área da gestão financeira, a da gestão de recursos humanos, a gestão de stocks, e em concreto a de stocks farmacêuticos e a marcação de consultas.

Quadro 9.7.: Informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital por tipo de entidade hospitalar (%)

Área de trabalho	Tipo entidade	2004	2006	2008
Gestão financ. e adm.	OP	96,1	93,7	93,9
	OnP	81,8	81,8	90,9
	Part	93,3	93,4	94,1
Gestão RH	OP	93,1	94,7	91,5
	OnP	72,7	72,7	81,8
	Part	75,3	83,5	87,1
Gestão corresp.	OP	49,0	54,7	59,8
	OnP	45,5	45,5	45,5
	Part	25,8	29,7	34,7
Gestão stocks	OP	96,1	94,7	91,5
	OnP	72,7	72,7	72,7
	Part	73,0	81,3	74,3
Gestão doc./C. doc.	OP	21,6	23,2	29,3
	OnP	9,1	36,4	36,4
	Part	14,6	22,0	26,7
Gestão de stocks farm.	OP	88,2	90,5	89,0
	OnP	81,8	72,7	81,8
	Part	73,0	83,5	80,2
Gestão serv. hotelaria	OP	23,5	37,9	45,1
	OnP	9,1	18,2	18,2
	Part	23,6	30,8	30,7
Plan. Calend. Activ.	OP	24,5	42,1	41,5
	OnP	18,2	36,4	63,6
	Part	38,2	45,1	49,5
Marcação trat. e cons.	OP	94,1	92,6	93,9
	OnP	72,7	72,7	63,6

Legenda:	
	Valores elevados (>70%) na mesma área de trabalho, independentemente do tipo de instituição
	Valores moderados (>50%) na mesma área de trabalho, independentemente do tipo de instituição
	Valores moderados (>50%) num dos tipos de entidade e baixos nos outros
	Valores <40% em todos os tipos de entidade

³¹² Que assenta num novo paradigma na partilha da informação de saúde.

³¹³ Através do Despacho n.º 10864/2009 da Secretaria de Estado da Saúde.

	Part	64,0	78,0	78,2
Consultas	OP	81,4	83,2	84,1
	OnP	63,6	72,7	63,6
	Part	51,7	58,2	64,4
Cirurgias	OP	70,6	67,4	61,0
	OnP	36,4	36,4	36,4
	Part	32,6	38,5	37,6
Atendimento urgência	OP	65,7	66,3	68,3
	OnP	36,4	27,3	36,4
	Part	29,2	23,1	28,7
BD's inf. clínica	OP	49,0	60,0	69,5
	OnP	18,2	45,5	45,5
	Part	30,3	31,9	30,7
BD's inf. relativa corpo médico	OP	54,9	50,5	45,1
	OnP	36,4	36,4	36,4
	Part	24,7	35,2	42,6
Registo ficheiro clínico	OP	52,9	43,2	47,6
	OnP	27,3	9,1	27,3
	Part	31,5	19,8	27,7
Comunicação int.	OP	41,2	58,9	68,3
	OnP	45,5	45,5	63,6
	Part	31,5	39,6	52,5
Troca int. fich. e outra inf.	OP	86,3	85,3	85,4
	OnP	54,5	63,6	72,7
	Part	64,0	65,9	75,2

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Por outro lado é na gestão dos serviços de hotelaria – actualmente em muitas instituições remetidas para serviços de outsourcing³¹⁴ – na gestão documental e no planeamento das actividades que se encontram os valores mais baixos, ainda que mantenham, de um modo geral, um padrão idêntico: são os hospitais oficiais que têm os valores mais expressivos, e todos evidenciam uma informatização crescente ao longo dos três períodos em análise.

É ainda de salientar que, em todos os parâmetros em análise, de uma forma geral, são os hospitais oficiais públicos que apresentam valores mais elevados de informatização em todas as áreas de trabalho em análise, sendo entre as principais rubricas de gestão – gestão financeira e administrativa, gestão de recursos humanos, gestão de stocks e especificamente de stocks farmacêuticos – que os valores do sector particular mais se aproximam do sector oficial público, remetendo o oficial não público para o último lugar na informatização destas áreas e serviços.

As áreas da cirurgia e do atendimento de urgências são áreas onde se observa a maior diferença entre os tipos de entidades. Desta forma, mantendo a tendência já amplamente descrita atrás, é o sector oficial público que conta com uma informatização mais elevada comparativamente às restantes entidades hospitalares em análise.

³¹⁴ Como indiciam os valores entre os 10% e ao 20% das respostas dos hospitais na categoria “não se aplica” neste item, sendo os valores mais elevados sobretudo entre os hospitais particulares.

Analisando os dados por modalidade hospitalar, ao observarmos o quadro que se segue, podemos ver que é, mais uma vez, nas áreas da gestão já referidas – gestão financeira, gestão de recursos humanos, gestão de stocks (em especial dos stocks farmacêuticos) – na marcação de consultas e na troca de ficheiros e de outros documentos dentro do hospital que se observa uma maior informatização das actividades nos hospitais em estudo, afirmando os hospitais gerais uma informatização ligeiramente superior das suas práticas profissionais nestes itens.

É ainda de destacar o facto de serem os hospitais especializados a apresentar uma maior informatização do planeamento das actividades. Desta forma, ainda que seja uma das áreas menos informatizadas, indicia uma maior necessidade e preocupação com a temática do planeamento por parte dos hospitais especializados, a par de uma maior informatização na gestão da correspondência.

Retomando as hipóteses de respostas disponibilizadas pelo INE para estes parâmetros – “actividade informatizada”, “actividade não informatizada” e “não se aplica” – a título analítico-metodológico importa referir que na área do atendimento nas urgências e nas cirurgias, os hospitais especializados apresentam valores elevados na última categoria (não se aplica)³¹⁵, tratam-se sobretudo de hospitais com valências específicas, sem serviço de urgências e/ou sem realização cirúrgica.

Quadro 9.8.: Informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital por modalidade hospitalar (%)

Área de trabalho	Tipo de modalidade	2004	2006	2008
Gestão financ.e adm.	Ger.	97,95	97,12	96,43
	Esp.	83,93	82,76	87,04
Gestão RH	Ger.	89,04	92,09	93,57
	Esp.	71,43	79,31	75,93
Gestão corresp.	Ger.	41,10	40,29	42,86
	Esp.	32,14	48,28	53,70
Gestão stocks	Ger.	90,41	92,09	88,57
	Esp.	69,64	75,86	62,96
Gestão doc./C. doc.	Ger.	17,12	23,74	25,71
	Esp.	19,64	22,41	35,19
Gestão de stocks farm.	Ger.	90,41	92,81	91,43
	Esp.	57,14	70,69	64,81
Gestão serv. hotelaria	Ger.	27,40	37,41	39,29
	Esp.	10,71	24,14	27,78
Plan. Calend. Activ.	Ger.	26,71	42,45	44,29
	Esp.	39,29	44,83	53,70
Marcação trat. e cons.	Ger.	86,99	91,37	91,43
	Esp.	60,71	68,97	64,81

Legenda:	
	Valores elevados (>60%) na mesma área de trabalho, independentemente do tipo de instituição
	Valores moderados (>50%) na mesma área de trabalho, independentemente do tipo de instituição
	Valores moderados (>50%) num dos tipos de entidade e baixos nos outros
	Valores <40% em todos os tipos de entidade

³¹⁵ Nas cirurgias os valores são para 2004 de 75,0%, para 2006 de 79,3% e para 2008 de 79,6% e no atendimento nas urgências os valores são para 2004 de 69,4%, para 2006 de 77,6% e para 2008 de 75,9%.

Consultas	Ger.	73,97	78,42	80,71
	Esp.	50,00	53,45	51,85
Cirurgias	Ger.	65,07	67,63	60,00
	Esp.	17,86	15,52	14,81
Atendimento urgência	Ger.	61,64	59,71	60,00
	Esp.	12,50	6,90	9,26
BD's inf. clínica	Ger.	41,10	52,52	55,00
	Esp.	33,93	31,03	29,63
BD's inf. relativa corpo médico	Ger.	43,84	46,76	50,00
	Esp.	32,14	32,76	25,93
Registo ficheiro clínico	Ger.	43,84	32,37	42,14
	Esp.	37,50	25,86	20,37
Comunicação int.	Ger.	38,36	51,08	59,29
	Esp.	33,93	44,83	61,11
Troca int. fich. e outra inf.	Ger.	76,71	76,98	81,43
	Esp.	69,64	70,69	74,07

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Na tabela que se segue encontram-se os resultados dos testes de V de Cramer, realizados para perceber a existência de alguma associação entre as variáveis relacionadas com a informatização dos serviços, o tipo de entidade e modalidade hospitalar.

Para a maioria das áreas os valores muito próximos de 0 indicam uma ausência de relação com o tipo de entidade, com excepção do atendimento das urgências, das cirurgias, da marcação de tratamentos e consultas e das base de dados com informação clínica que mostram a existência de uma associação, ainda que fraca, com o tipo de entidade.

Com o intuito de precisar o tipo de entidade que está em causa nas associações identificadas, observamos que dentro dos hospitais que afirmaram ter o atendimento das urgências informatizadas, 68,1% eram do sector oficial público; dentro das instituições que afirmaram ter as actividades inerentes às cirurgias informatizadas, 62% pertenciam ao sector oficial público e dentro dos que indicaram ter uma base de dados com informação clínica informatizada 62,4% eram também hospitais oficiais públicos.

Já os hospitais que afirmaram ter os serviços de marcação de tratamentos e de consultas organizados de forma informatizada apresentam uma distribuição bastante equilibrada entre o sector oficial público e o particular, sendo 53,2% hospitais oficiais públicos e 42,2% particulares.

Quadro 9.9.: Valores do V de Cramer – Informatização de actividades ou áreas de trabalho desenvolvidas no Hospital

V de Cramer	Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
Gestão financ. e adm.	0,089	0,241
Gestão RH	0,160	0,246
Gestão corresp.	0,183	0,100
Gestão stocks	0,185	0,266

V de Cramer	Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
Gestão doc./C. doc.	0,052	0,131
Gestão de stocks farm.	0,104	0,336
Gestão serv. hotelaria	0,076	0,198
Plan. Calend. Activ.	0,072	0,121
Marcação trat. e cons.	0,202	0,339
Consultas	0,197	0,383
Cirurgias	0,217	0,770
Atendimento urgência	0,279	0,550
BD's inf. clínica	0,200	0,233
BD's inf. relativa corpo médico	0,116	0,287
Registo ficheiro clínico	0,168	0,143
Comunicação int.	0,106	0,031
Troca int. fich. e outra inf.	0,149	0,074

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Utilizando os critérios de Cohen e Holliday (1982), na análise por modalidade encontramos associações muito baixas ou baixas (até 0,20) entre esta variável e a informatização dos serviços na área das consultas, da marcação de tratamentos e de consultas, da gestão do stock farmacêutico, da construção de BD's com informação do corpo médico, da gestão de stocks em geral, da gestão de recursos humanos, da gestão administrativa e financeira e da construção de BD's com informação clínica. Há ainda uma associação moderada (entre 0,40 e 0,69) entre a modalidade hospitalar e a informatização do atendimento das urgências e outra alta (de 0,70 a 0,89) entre a informatização da área das cirurgias e a modalidade hospitalar.

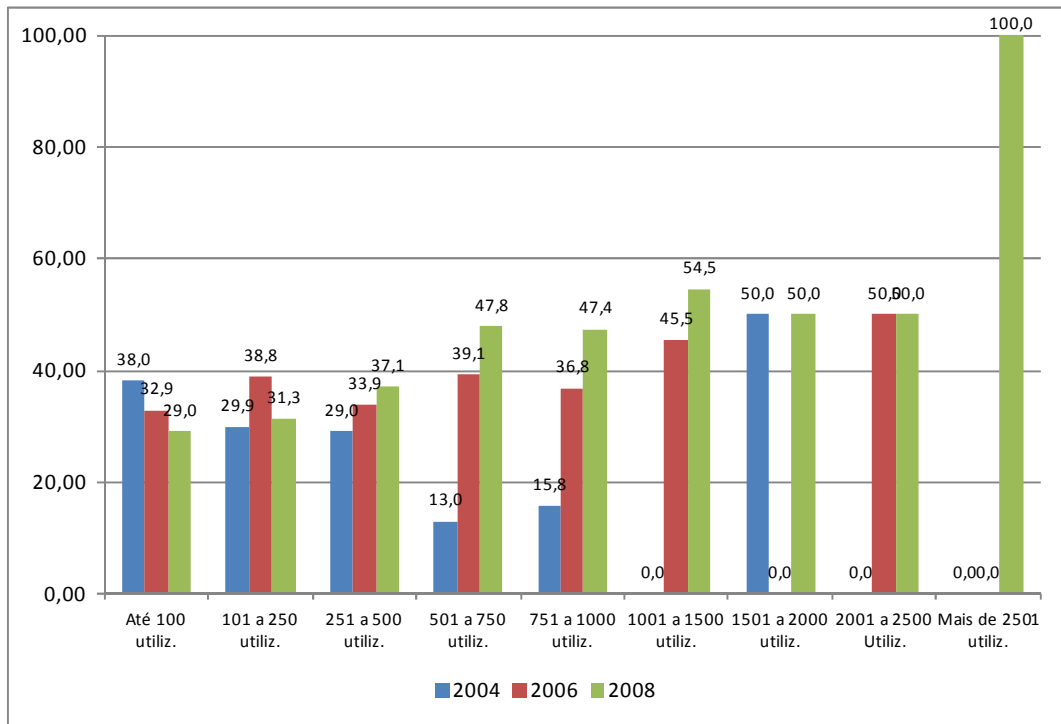
Analisando em detalhe apenas as duas últimas mais significativas, observa-se que dentro dos hospitais que afirmaram ter as áreas do atendimento das urgência e das cirurgias informatizadas, 94,1% e 91% das respostas, respectivamente, corresponde a um hospital geral.

9.1.4. O uso da Internet nos Hospitais

Os dados deste recenseamento permitem ainda analisar a utilização da Internet no âmbito das actividades profissionais na medida em que disponibilizam o nº de computadores com ligação à Internet e o nº de profissionais que afirmou necessitar da Internet no desenvolvimento da sua rotina profissional.

O gráfico que se segue apresenta a distribuição do número de funcionários que precisa de acesso à Internet no exercício da sua profissão.

Figura 9.22.: N° de pessoas ao serviço do hospital que utilizavam regularmente a Internet nas suas actividades profissionais

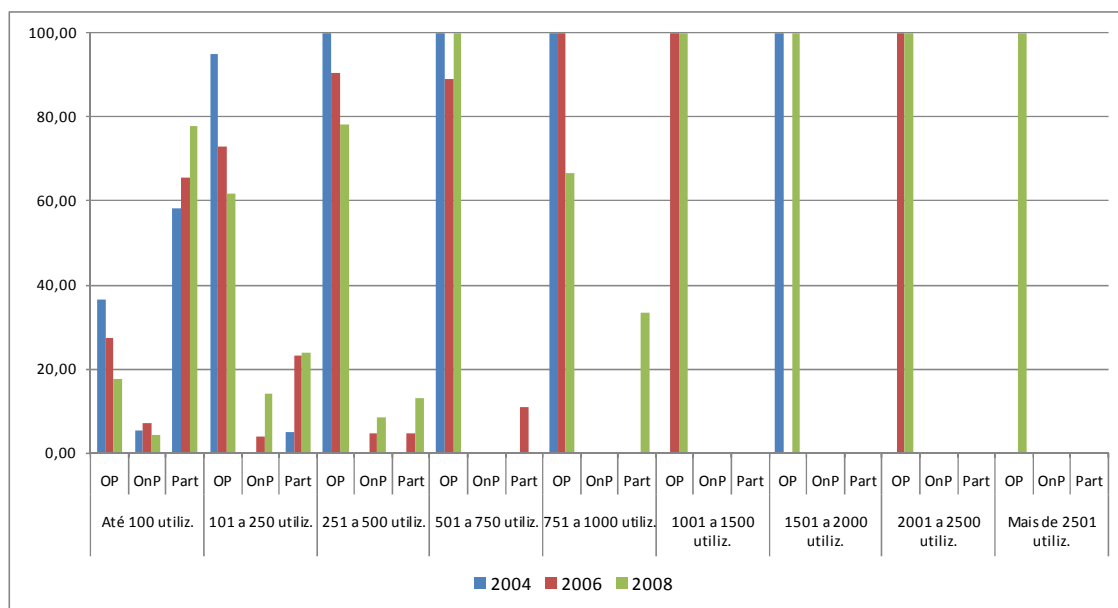


Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Se nos focarmos apenas nas barras de 2004 e 2008 podemos observar que até ao intervalo 751 a 1000 utilizadores, estas invertem o percurso, ou seja, se a primeira barra decresce à medida que aumentam os utilizadores, já a segunda vai aumentando sempre, evidenciando um aumento da necessidade do uso da Internet nos hospitais por parte dos profissionais dos hospitais.

Se analisarmos os utilizadores por tipo de entidade hospitalar (gráfico seguinte) observa-se que é entre os hospitais oficiais públicos que mais se encontram profissionais que usam a Internet no decorrer das suas actividades e que, pelo contrário, é entre as instituições oficiais não públicas que menos se identificam esta necessidade.

Figura 9.23.: N° de pessoas ao serviço do hospital que utilizavam regularmente a Internet nas suas actividades profissionais por tipo de entidade hospitalar

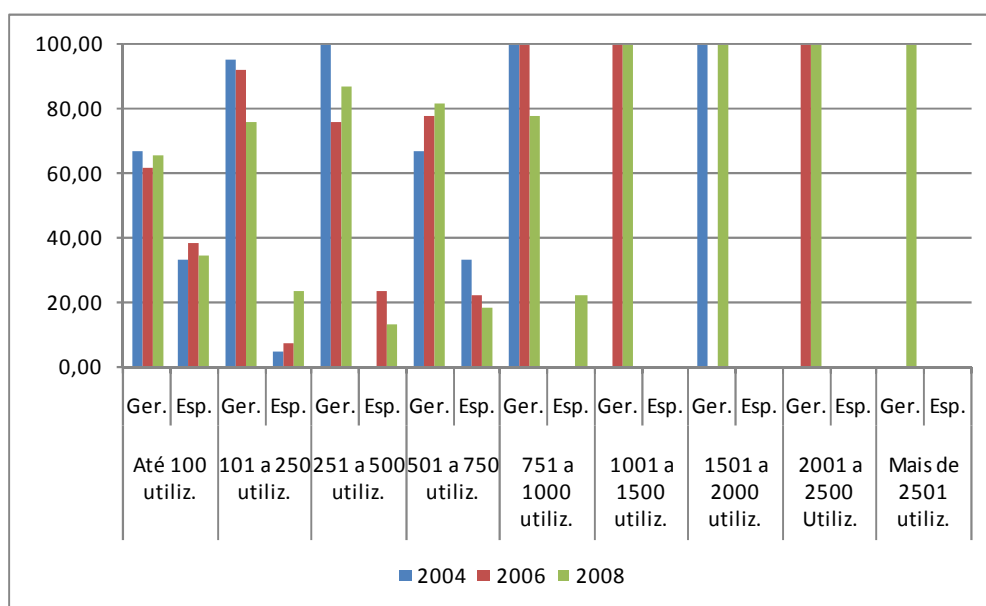


Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

De referir ainda que é nos hospitais do sector particular que se encontra a maior concentração da categoria até 100 utilizadores de computadores com acesso à Internet, em todos os anos em análise.

Os hospitais gerais são também onde se encontra a maior utilização da Internet por parte dos seus profissionais de saúde, como ilustra o gráfico que se segue.

Figura 9.24.: N° de pessoas ao serviço do hospital que utilizavam regularmente a Internet nas suas actividades profissionais por modalidade hospitalar

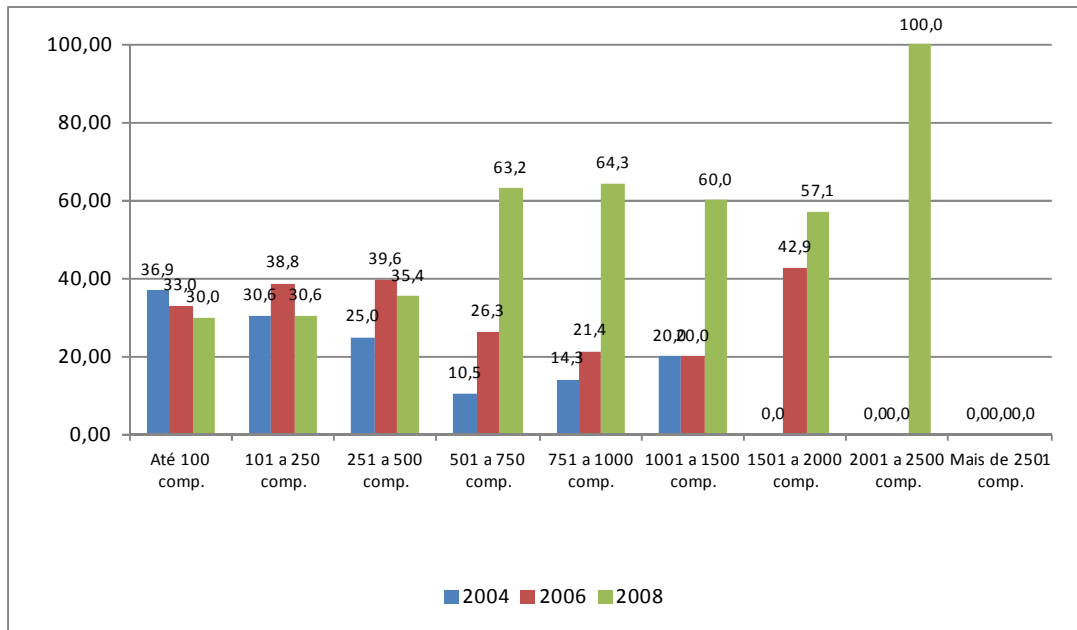


Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Aqui podemos observar, para além da tendência do factor temporal – o nº de profissionais de saúde que precisa de computador com acesso à Internet aumenta ao longo dos 4 anos em análise – que nos hospitais especializados existe sobretudo até 100 utilizadores com necessidade de aceder à Internet.

Analisando agora o número de computadores existentes (gráfico que se segue), podemos concluir que também o número de computadores tem vindo a aumentar desde 2004.

Figura 9.25.: Nº de computadores com acesso à Internet



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Mas terá a evolução do número de computadores com acesso à Internet acompanhado o número de utilizadores com necessidade de lhe aceder?

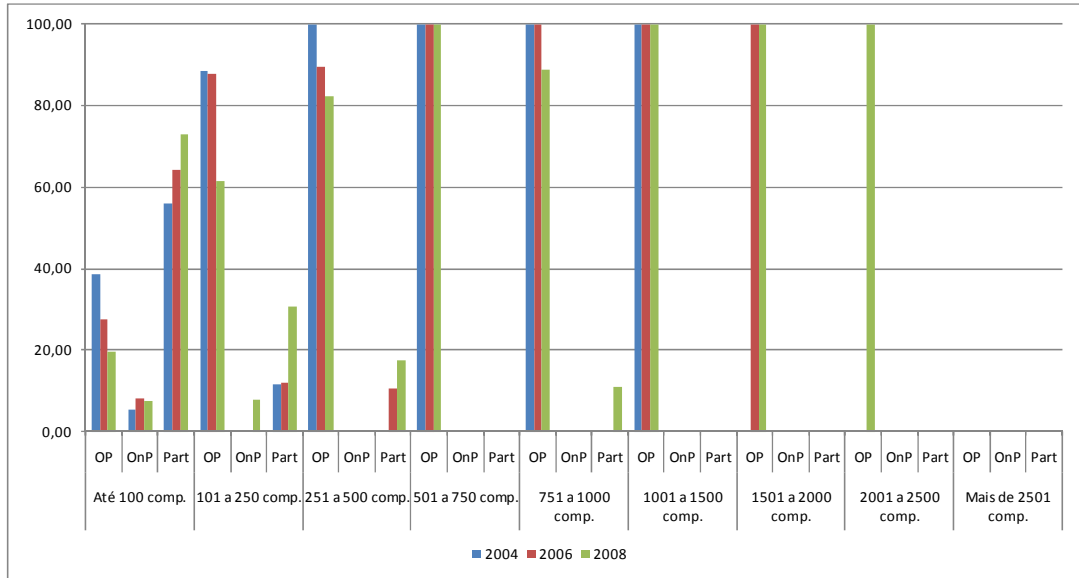
Na verdade, na sequência do que já tinha sido concluído na comparação do nº de computadores com o nº de profissionais que necessita de computador na sua actividade profissional, há mais profissionais de saúde a revelar a necessidade de aceder à Internet que computadores com este acesso, ainda que esta diferença seja menos expressiva nesse caso.

Neste sentido, registre-se o facto de se concentrarem em 2008 todos os hospitais onde até 2500 profissionais necessitam de acesso à Internet para desenvolver as suas actividades (Figura 9.25) e a discrepância com o facto de neste ano não haver hospitais com mais de 2501 computadores com acesso à Internet, como ilustra o gráfico anterior.

Se analisarmos o nº de computadores com acesso à Internet por entidade hospitalar observamos é na categoria “até 100 computadores com acesso à Internet” que se encontra um maior peso das instituições do sector particular, sendo em todas as outras que envolvem mais computadores com acesso este lugar ocupado pelas instituições oficiais públicas. De registar ainda a ausência de

respostas das instituições oficiais não públicas em todos os grupos de resposta com excepção da primeira categoria: até 100 computadores.

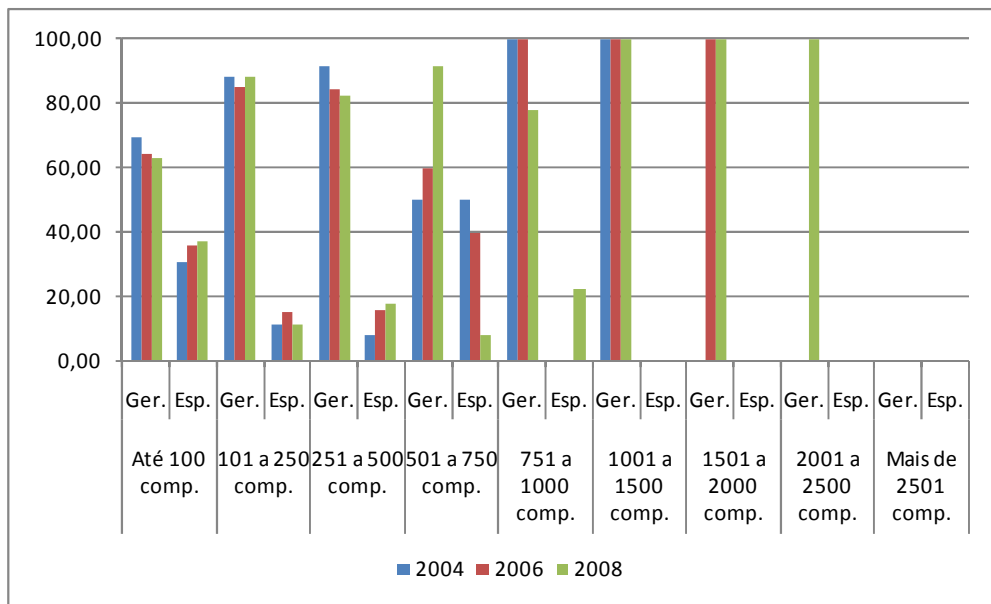
Figura 9.26.: N° de computadores com acesso à Internet por tipo de entidade hospitalar



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A análise do nº de computadores com acesso à Internet por modalidade hospitalar permite confirmar o facto de ser entre os hospitais gerais que se encontra o maior de nº de equipamentos com este acesso ainda que se note um investimento nesta área por esta modalidade de hospitais, como confirma a existência de cerca de ¼ de hospitais especializados a afirmar ter 751 a 1000 computadores com esta acessibilidade.

Figura 9.27.: N° de computadores com acesso à Internet por tipo modalidade hospitalar



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A próxima tabela apresenta a média da diferença do n- de computadores com acesso à Internet e o nº de utilizadores que afirmaram utilizar a Internet na sua actividade profissional. Seguindo a lógica de todo o trabalho, estes dados são aqui expostos também por tipo de entidade e modalidade hospitalar.

Tendo até aqui percebido que quer o nº de computadores com acesso à Internet como o de computadores que lhe permite aceder tem aumentado, da análise dos valores do quadro que se segue podemos concluir que tem havido uma procura crescente no acesso à Internet por parte dos funcionários nos computadores dos hospitais, não tendo estes aumentado a mesma proporcionalidade.

Este efeito é visível pelos valores negativos de praticamente todas as células – com excepção de duas em 2004 nos hospitais especializados e particulares – e requer ainda maior destaque pelo aumento que apresenta ao longo do tempo, sendo este aumento especialmente visível de 2004 para 2006.

Quadro 9.10.: Média do nº de computadores - nº de utilizadores, por modalidade e tipo de entidade

Anos	Média	Média por modalidade		Média por tipo de entidade	
		Ger.	Esp.	OP	OnP
2004	-17,8	Ger.	-25,2	OP	-39,5
		Esp.	2,9	OnP	-1,9
				Part	5,3
2006	-50,7	Ger.	-68,5	OP	-96,9
		Esp.	-7,7	OnP	-50,4
				Part	-5,2
2008	-65,4	Ger.	-83,8	OP	-120,8
		Esp.	-15,5	OnP	-73,4
				Part	-19,8

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Assim, podemos concluir que é em 2008, sobretudo entre os hospitais oficiais públicos e entre os gerais, que há o maior hiato entre o nº de profissionais de saúde que necessita de aceder à Internet e a disponibilização deste acesso nos computadores dos hospitais, sendo a carência no acesso à Internet estimada, em média, para o primeiro grupo em 121 profissionais que precisando de aceder à Internet não têm local para lhe aceder e no segundo em 84 profissionais.

Para perceber a relação entre o diferencial dos computadores com acesso e o acesso à Internet e o nº de acessos inerentes às necessidades dos profissionais com o tipo de entidade e modalidade hospitalar, tratando-se de uma variável quantitativa e de uma variável nominal, desenvolveu-se um teste de η ³¹⁶ (ETA).

Neste sentido, com $\eta=0,16$ o valor do teste realizado em função da entidade hospitalar revela uma relação estatisticamente significativa mas de fraca intensidade³¹⁷ e com $\eta=0,10$, a relação com a modalidade hospitalar, ainda que significativa é também fraca³¹⁸.

9.1.5. Principais razões para o uso de Internet no âmbito profissional

Como já foi referido anteriormente, sobretudo na construção do contexto teórico em que assenta este trabalho, a Internet é, hoje em dia, uma ferramenta emblemática das tecnologias de informação e comunicação quer na emergência de novos paradigmas comunicacionais (Cardoso, 2009) como também para a área específica da saúde, podendo ser uma ferramenta ao serviço, quer dos cidadãos e familiares, como dos profissionais de saúde, uma vez que há estudos que referem que 94% dos médicos de família usam a Internet para a prática profissional. (Dieguez e Teixeira, 2009: 281)

Neste sentido, considerando apenas o uso da Internet na realização das actividades solicitadas aos profissionais de saúde no desenvolvimento das suas funções, podemos observar que, para todos os hospitais, a Internet é utilizada em primeiro lugar para procurar e recolher informações e documentos, como confirma o gráfico que se segue.

Atente-se ainda ao detalhe metodológico de esta questão prever três tipos de respostas: “sim”, “não” ou “actividade não existente”. Para a apresentação dos resultados consideraram-se apenas as respostas afirmativas³¹⁹.

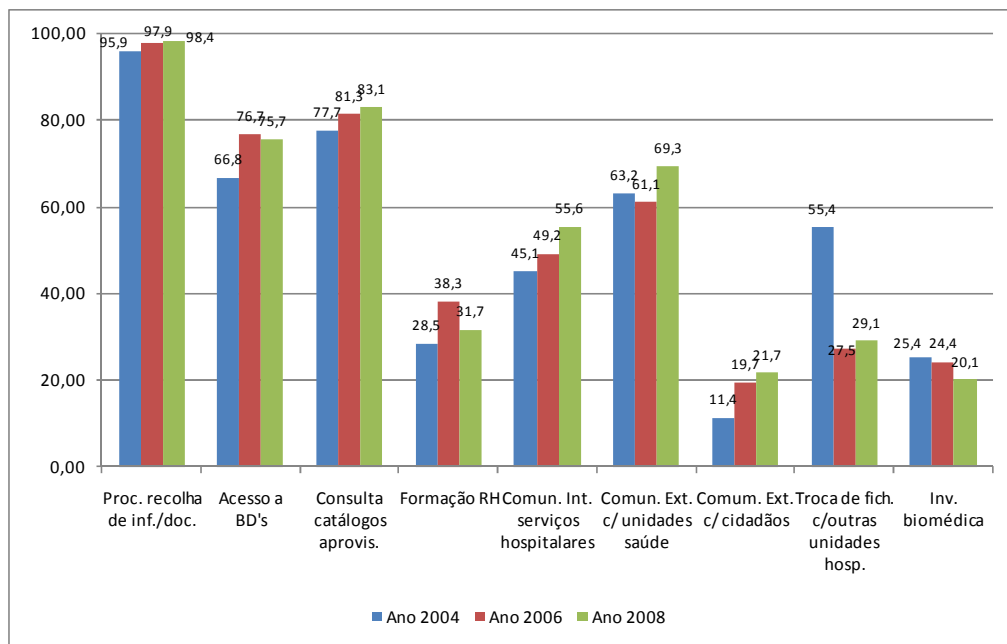
³¹⁶ O valo de *ETA* varia entre 0 e 1, sendo o 0 relativo à ausência de relação e o 1 à associação mais forte.

³¹⁷ Com um valor de $\eta^2 = 0,024$ a variável entidade hospitalar apenas explica 2,4% da diferença entre o nº de computadores com acesso à Internet e o nº de profissionais que precisa de aceder à Internet para desenvolver a sua actividade profissional.

³¹⁸ Com um valor de $\eta^2 = 0,009$ a variável entidade hospitalar apenas explica 0,9% da diferença entre o nº de computadores com acesso à Internet e o nº de profissionais que precisa de aceder à Internet para desenvolver a sua actividade profissional.

³¹⁹ Na realização dos testes estatísticos esta variável, tal como todas as outras em que apenas se apresentam os valores considerados mais pertinentes para o trabalho em causa, não foi tratada como dicotómica, mas considerada como qualitativa nominal.

Figura 9.28.: Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades (%)



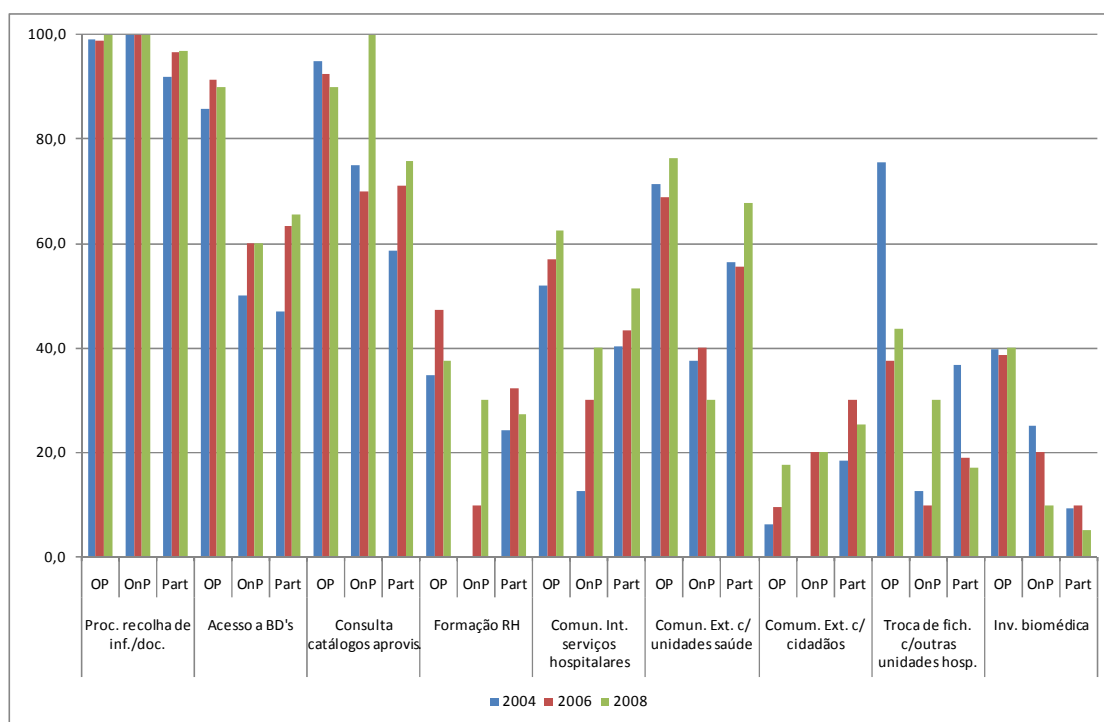
Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A segunda e terceira actividades mais referidas para a utilização da Internet na prossecução das actividades solicitadas aos profissionais de saúde são a consulta de catálogos de aprovisionamento e o acesso a BD's. Segue-se a utilização da Internet para comunicar internamente com os serviços hospitalares e para desenvolver formação de recursos humanos. O uso da Internet para trocar ficheiros com outras instituições hospitalares, em 2004 concentra perto de 55% dos hospitais em análise, mas em 2006 e 2008 estes valores nem chegam a alcançar os 30%. Por fim a Internet só é usada para a investigação biomédica por cerca de 20% a 25% dos hospitais, sendo este valor decrescente ao longo do tempo e por 11% a 22% dos hospitais para comunicar externamente com os cidadãos, valores que têm vindo a crescer à medida que o tempo passa, o que denota o aumento da preocupação e a valorização do uso da Internet na promoção de um canal aberto entre o hospital e os cidadãos/utentes.

Quando analisada por tipo de entidade hospitalar, a utilização da Internet na prossecução das actividades dos hospitais, permite outras leituras.

Assim, apesar de evidenciar que é na procura e recolha de informação que os hospitais mais afirmam usar a Internet, sem grandes diferenças por tipo de entidade hospitalar, já a instrumentalização da Internet para aceder a BD's parece acontecer mais nos hospitais oficiais públicos que nos restantes. Esta mesma tendência é identificável na consulta de catálogos de aprovisionamento, aqui com a particularidade de, no ano de 2008, as instituições oficiais não públicas terem registado um aumento expressivo neste ponto, atingindo os 100% desta categoria, ou seja, nestes hospitais, os catálogos de aprovisionamento só foram consultados através da Internet.

Figura 9.29.: Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades por tipo de entidade hospitalar (%)



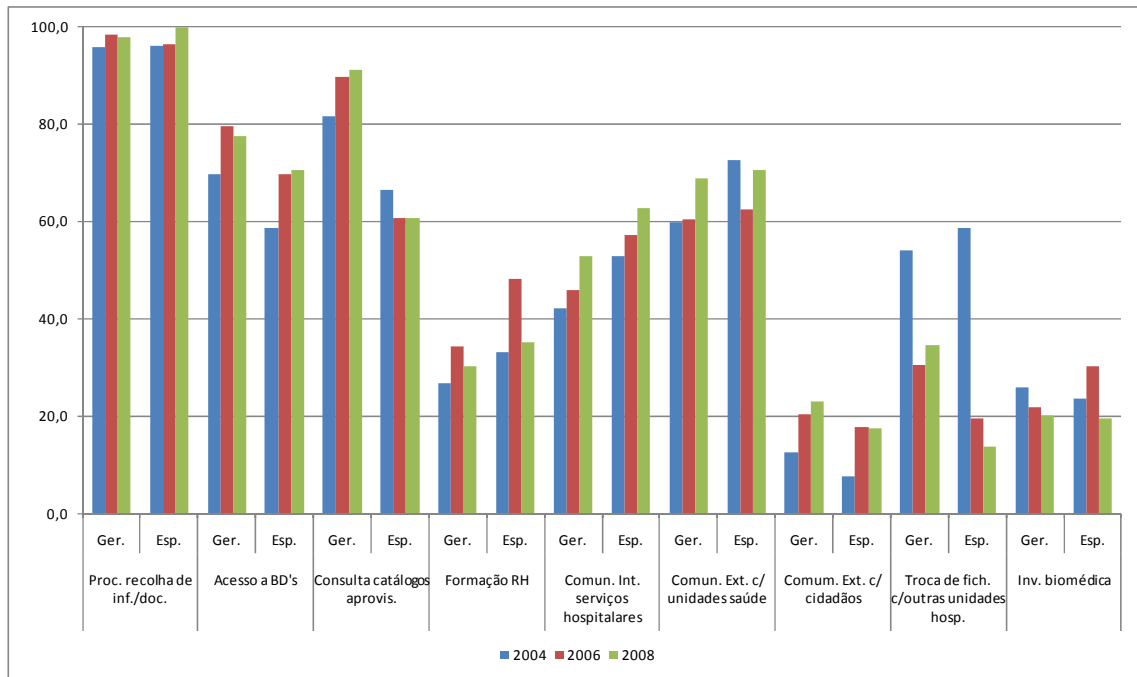
Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Com uma tendência crescente ao longo dos anos, os hospitais afirmaram também usar a Internet para comunicar interna e externamente, inclusivamente para trocar ficheiros com outras unidades hospitalares, sendo sobretudo entre o sector oficial público que isto mais se observa, seguindo-se de perto os hospitais do sector particular.

Ainda de referir o facto de serem os hospitais particulares os que mais referem a utilização da Internet para comunicarem externamente com os cidadãos. É neste parâmetro de análise que o sector oficial público refere utilizar menos a Internet, sendo também como serem os hospitais oficiais públicos que mais referem recorrer à Internet para desenvolver a investigação na área da biomédica.

Se analisada por tipo de modalidade hospitalar, observa-se que não há diferenças entre hospitais gerais e especializados no referente à procura e recolha de informação e documentação através da Internet: ambas as modalidades hospitalares e referem como principal razão da utilização da Internet. Esta tendência é também observável no uso da Internet para o desenvolvimento de investigação biomédica, ainda que este parâmetro esteja entre os menos referidos nos dois tipos de modalidades hospitalares.

Figura 9.30.: Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades por modalidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Já o uso da Internet para aceder a BD's, para consulta dos catálogos de aprovisionamento, é mais referido nos hospitais gerais que nos especializados. Pelo contrário, é entre estes últimos que mais se utiliza a Internet na formação dos recursos humanos, na comunicação interna do hospital e na comunicação externa com outras unidades de saúde.

A Internet é pouco explorada como forma de comunicar externamente com os cidadãos, sendo o item em que esta ferramenta é menos usada.

Para perceber um pouco melhor as ocorrências descritas anteriormente e procurando encontrar associações que possam justificar o comportamento da variável "Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades", realizou-se o teste *V* de Cramer, cujos valores podem ser consultados na tabela que se segue.

Tendo-se concluído que a relação entre os parâmetros da variável e o tipo de entidade é, segundo Cohen e Holliday (1982), de uma forma geral muito baixa, verificando-se 4 associações baixas entre a entidade hospitalar e o uso da Internet para a investigação biomédica (79% desta ocorre no sector oficial público), para aceder a BD's (57,4% deste acesso é feito em instituições oficiais públicas), para trocar ficheiros com outras unidades hospitalares (67% das trocas é feita pelos hospitais oficiais públicos) e para consultar catálogos de aprovisionamento (54,1% destas consultas são realizadas por instituições oficiais públicas).

Quadro 9.11.: Valores do V de Cramer – Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades

V de Cramer	Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
Proc. recolha de inf./doc.	0,127	0,003
Acesso a BD's	0,239	0,135
Consulta catálogos aprovis.	0,209	0,307
Formação RH	0,112	0,103
Comun. Int. serviços hospitalares	0,125	0,111
Comun. Ext. c/ unidades saúde	0,143	0,050
Comun. Ext. c/ cidadãos	0,154	0,165
Troca de fich. c/outras unidades hosp.	0,230	0,230
Inv. biomédica	0,265	0,151

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A variável modalidade hospitalar apresenta também sobretudo associações muito baixas com praticamente todos os parâmetros em análise, sendo de referir apenas duas relações baixas estabelecidas com o uso de Internet na consulta de catálogos de aprovisionamento (78,7% destes acontecem nos hospitais gerais) e na troca de ficheiros com outras unidades de saúde (77,7% destes ocorrem em hospitais gerais).

9.1.6. Actividades desenvolvidas por telemedicina³²⁰

Quanto à utilização da telemedicina³²¹ na prática clínica, podemos observar ao analisar o gráfico que se segue, que a tendência ao longo do período em estudo se mantém para cada uma das linhas em análise, isto é, a utilização tem vindo a aumentar ao longo dos anos, tendo sido uma prática que cresceu sobretudo entre 2004 e 2006. O serviço mais usado é a tele-consulta, seguida da prescrição electrónica³²² e por fim da telemonitorização.

Nas palavras do presidente Sociedade Portuguesa de Telemedicina (desde 1998), “não evoluiu como pensávamos que iria evoluir”, apresentando duas razões principais: o facto de não haver atractivo

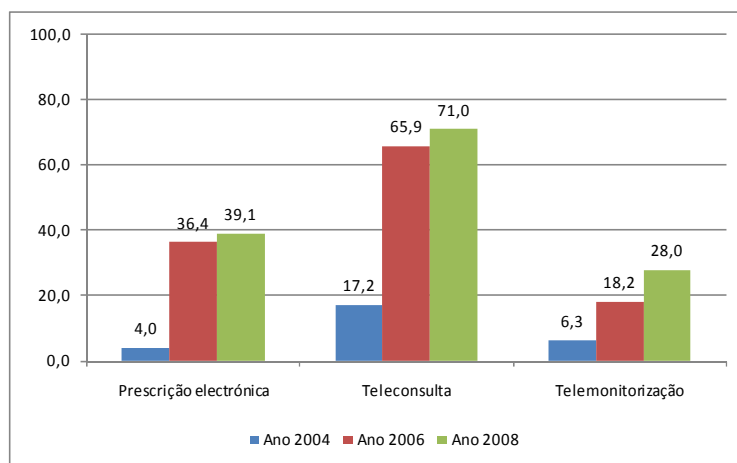
³²⁰ Nos dados disponibilizados não é possível perceber a direcção da realização da telemedicina, ou seja, se são hospitais que praticam a telemedicina enquanto consultores, ou se a accionam na procuram de pareceres especializados.

³²¹ Definida pelo INE como: “utilização da informática e das telecomunicações aplicadas às três tarefas tradicionalmente executadas por médicos e outros profissionais de saúde como a assistência clínica, o ensino e a investigação biomédica e a prestação de cuidados de saúde quando os intervenientes se encontram física ou temporalmente afastados. (INE, 2008:16), pela OMS como: a oferta de serviços ligados aos cuidados de saúde nos casos em que a distancia é um factor crítico e pela American Telemedicine Association também como o desenvolvimento de ferramentas e aplicações direccionadas para a educação e sensibilização.

³²² Note-se que a prescrição electrónica no questionário do INE se encontra englobado no âmbito da telemedicina.

económico para os médicos³²³ que têm de recorrer a consultas regulares privadas e o facto de haver mudanças sucessivas na governação em Portugal. (Público, 10 de Maio de 2011³²⁴).

Figura 9.31.: Realização de actividades de Telemedicina (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A análise da utilização das actividades de telemedicina por entidade hospitalar pode ser analisada no gráfico que se segue e evidencia que as instituições oficiais não públicas eram em 2006 as que mais utilizavam a prescrição electrónica e a teleconsulta³²⁵, não utilizando a telemonitorização³²⁶ em nenhum dos anos em análise.

Também o sector oficial público utiliza mais a teleconsulta que qualquer outra forma de telemedicina, sendo também as instituições onde se verifica um aumento gradual do recurso à prestação dos cuidados de saúde à distância. Das três entidades hospitalares, as instituições particulares são as que mais usam a telemonitorização.

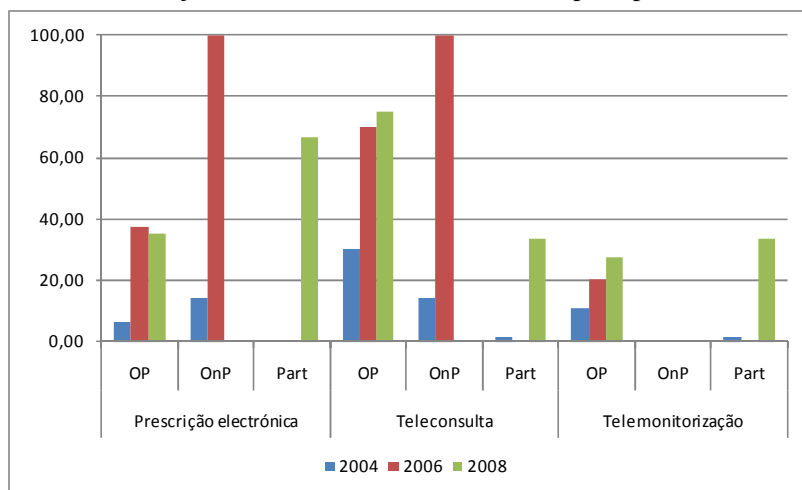
³²³ Os valores por consulta realizada são de 30 euros, como se pode observar em <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20062062%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=Portaria&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar> consultado pela última vez a 21 de Novembro.

³²⁴ Disponível em <http://www.publico.pt/Sociedade/presidente-da-associacao-de-telemedicina-lamenta-falta-de-aposta-nos-diagnostics-a-distancia-1493485>, consultado pela última vez em 21 de Novembro de 2011.

³²⁵ Que segundo o INE se pode definir como: "Área da telemedicina que permite a realização de uma consulta médica à distância, com recurso a tecnologias de videoconferência, mediante as quais um paciente pode transmitir informações a um profissional de saúde para o diagnóstico" (INE, 2008: 15)

³²⁶ Definida pelo INE como: "Supervisão médica à distância com recurso às tecnologias de informação e comunicação, nomeadamente através da videoconferência e de equipamento médico de manipulação remota" (INE, 2008:16).

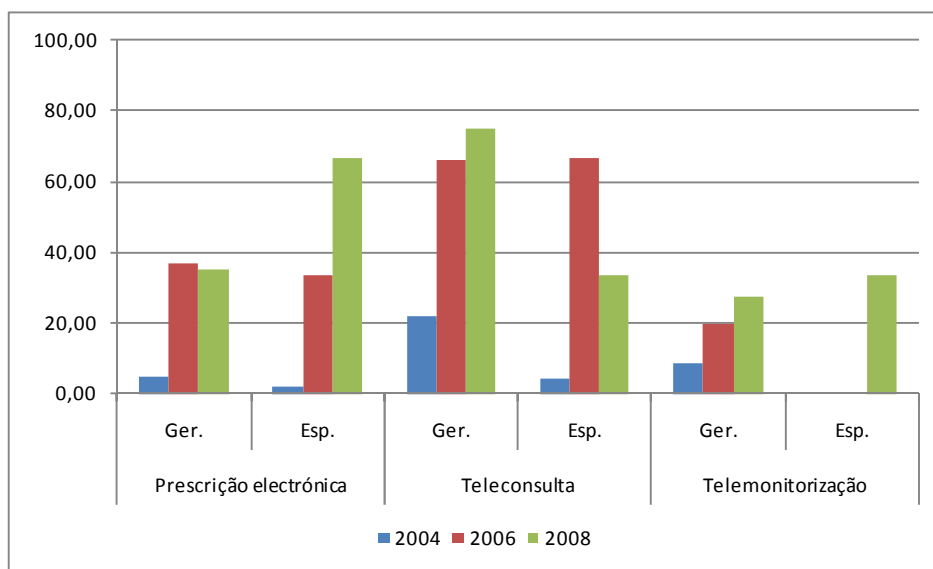
Figura 9.32.: Realização de actividades de telemedicina por tipo de entidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Se analisados sob o enfoque da modalidade hospitalar, podemos observar que as três formas de telemedicina em análise no quadro que se segue, têm vindo a aumentar gradualmente, quer em hospitais gerais como de especialidade desde 2004, não se identificando nenhuma tendência específica por modalidade hospitalar.

Figura 9.33.: Realização de actividades de telemedicina por modalidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Aliás, a ausência de um padrão específico decorrente da modalidade hospitalar é espelhada pela ausência de qualquer relação entre as variáveis actividades de telemedicina e a modalidade hospitalar, havendo apenas relações muito fracas ou fracas³²⁷.

³²⁷ Com um $V=0,246$ a relação entre a modalidade hospitalar e a teleconsulta é fraca, sendo que dos que referiram esta prática de serviços de saúde prestados à distância, 96,2% eram hospitais gerais.

Quadro 9.12.: Valores do V de Cramer – Utilização da Telemedicina

V de Cramer	Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
Prescrição electrónica	0,227	0,083
Teleconsulta	0,449	0,246
Telemonitorização	0,206	0,146

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Na relação entre o tipo de entidade hospitalar e a prática de teleconsulta temos uma associação moderada, onde 95,1% dos hospitais que afirmaram realizar este tipo de prestação de serviços de saúde eram instituições oficiais públicas.

9.1.7. Presença dos hospitais na Internet

Como já foi referido, a utilização das tecnologias de informação e comunicação na saúde passa também, em grande medida, pela divulgação de informação de saúde aos cidadãos, sendo importante garantir a qualidade de toda a informação que chega aos doentes, uma vez que, segundo o Inquérito Sociedade em Rede em Portugal (CIES-ISCTE, 2006), um dos aspectos mais referidos como limitadores nas pesquisas de informação médica e de saúde na Internet em Portugal foi a falta de confiança na informação disponibilizada na Internet.

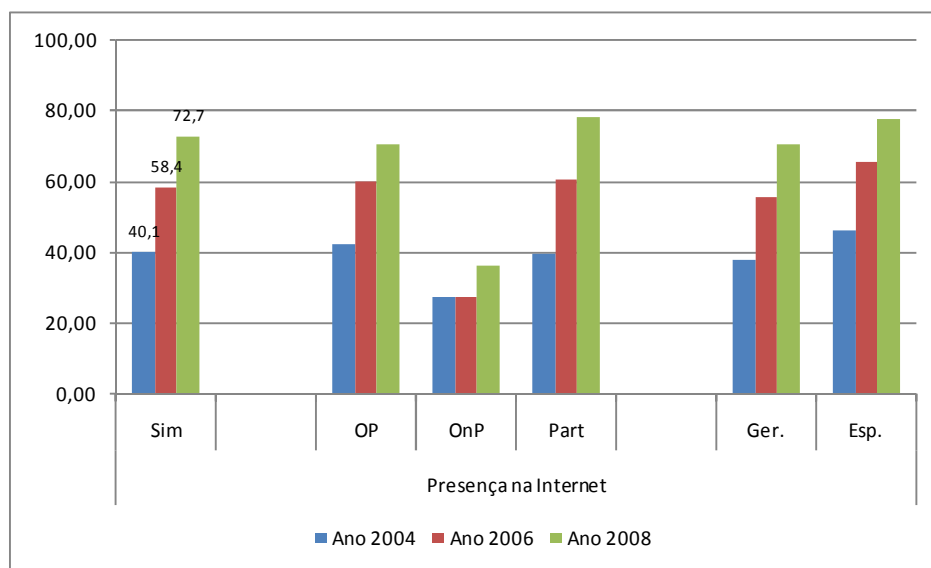
Aqui os hospitais portugueses podem ter um papel importante, uma vez que podem, através da sua presença na Internet possibilitar informações fidedignas, seguras e de qualidade, mas também disponibilizar e prestar serviços que permitam ao cidadão/utente uma maior capacitação das melhores práticas preventivas, curativas ou de reabilitação.

Porém, como se pode verificar no gráfico que se segue, nem todos os hospitais possuem um site institucional, ainda que esta realidade tenha vindo a melhorar expressivamente desde 2004.

É ainda notória a diferença entre o comportamento das instituições oficiais não públicas, das particulares e das oficiais públicas no que toca à presença institucional na Internet.

Na verdade, é entre as primeiras que há uma menor disponibilização deste tipo de presença e nas segundas, praticamente a par das terceiras enunciadas, que se observa uma maior preocupação com a presença institucional na Internet, visível também pelo aumento gradual ao longo do tempo. Há ligeiramente mais hospitais especializados representados na Internet se comparados com os hospitais gerais.

Figura 9.34.: Presença do Hospital na Internet geral, por tipo de entidade e por modalidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Na realização dos testes *V* de Cramer não se verificaram quaisquer relações entre a presença na Internet e o tipo de entidade ou modalidade hospitalar³²⁸.

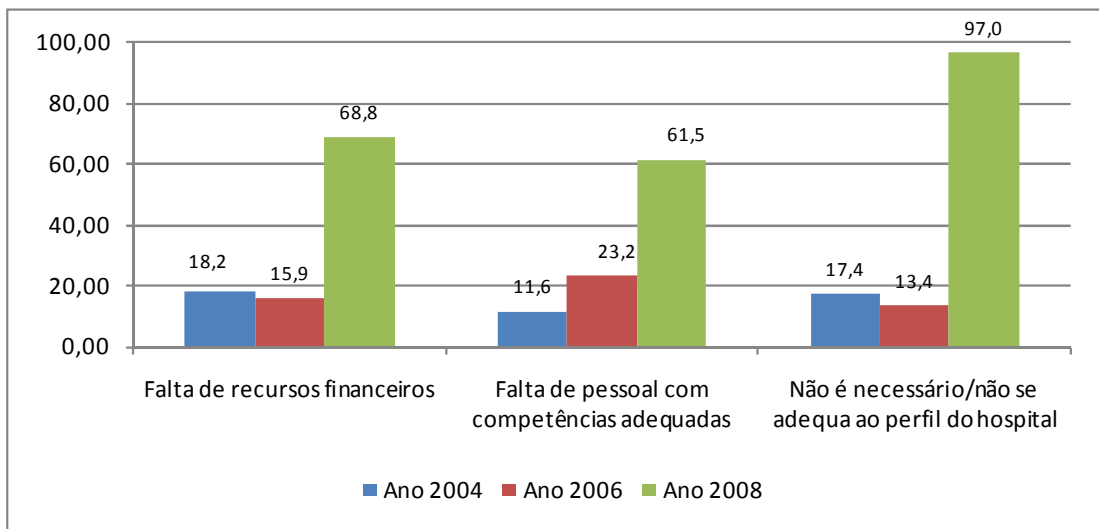
Quanto às razões para não haver uma presença institucional da Internet (próximos 3 gráficos), se em 2004 os hospitais residualmente referiam razões de ordem financeira ou de desadequação ao perfil do hospital, em 2006 eram mais referidas questões relativas à falta de pessoal com competências adequadas para o fazer e em 2008, com uma expressividade muito maior, 97% dos hospitais que afirmaram não ter (web)site institucional, refere que tal se deve ao facto de não se adequar ao perfil do hospital, sendo estas respostas transversais ao tipo de entidade³²⁹, concentrando-se sobretudo nos hospitais gerais³³⁰. À luz dos novos paradigmas de comunicação em saúde, os dados apurados evidenciam alguma demissão das responsabilidades dos hospitais perante os cidadãos. Note-se que são já vários os autores que afirmam que as TIC's conduzem ao aumento da autonomia dos cidadãos no que respeita ao acesso à informação de saúde, podendo-se falar de *empowerment* dos cidadãos (Friedman, 1996) ou de *informed patients* (Kivitz, 2004), pelo que, quer médicos como instituições de saúde, devam “(re)difinir a sua posição perante os utentes” (Espanha, 2010:118).

³²⁸ Para o tipo de entidade hospitalar $V = 0,134$ e para a modalidade hospitalar $V = 0,080$

³²⁹ Os testes de *V* de Cramer indicam uma relação muito baixa ou baixa entre o tipo de entidade e a falta de recursos financeiros ($V = 0,074$), a falta de pessoal com as competências adequadas ($V = 0,212$) e a desadequação ao perfil do hospital ($V = 0,221$).

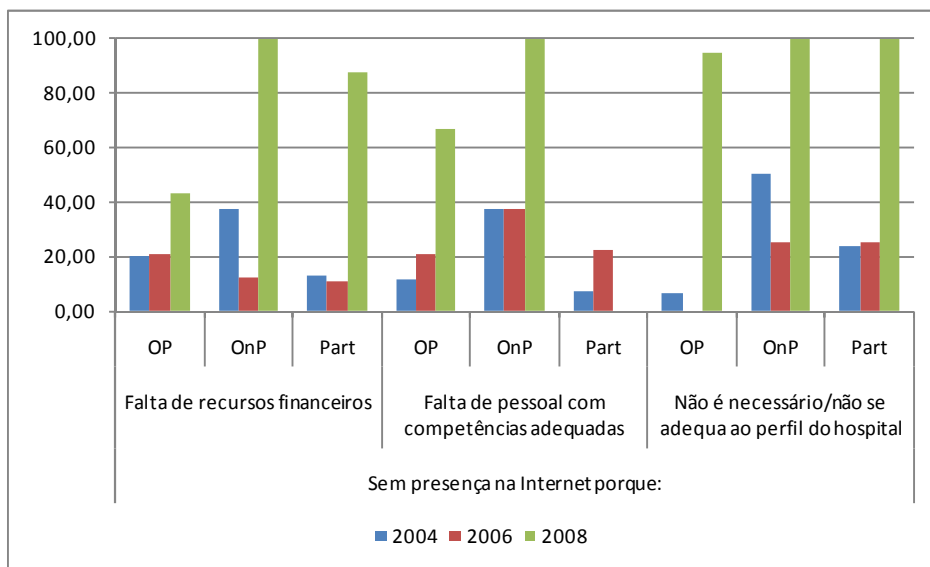
³³⁰ Ainda que os valores de *V* de Cramer apresentem valores inferiores a 0,071 para as três variáveis em causa, ou seja, a associação com a modalidade hospitalar é muito baixa.

Figura 9.35.: Razões para o Hospital não ter presença na Internet (%)



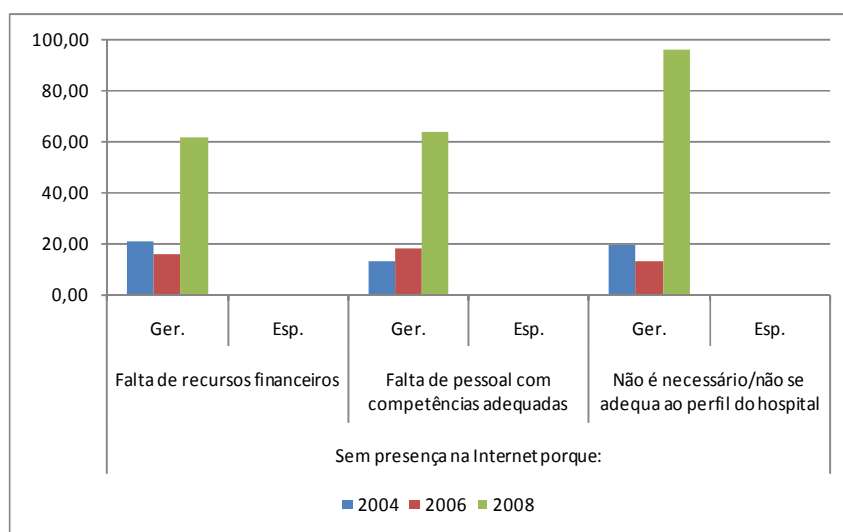
Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Figura 9.36.: Razões para o Hospital não ter presença na Internet por tipo de entidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Figura 9.37.: Razões para o Hospital não ter presença na Internet por modalidade hospitalar(%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Quanto ao tipo de website institucional, podemos observar que em 2004 grande parte dos hospitais (85,2%) afirmou ter website próprio, em 2006 todos os hospitais que tinham representação institucional na Internet tinham-na, quer através de um website próprio como também integrado. Em 2008 os dados indicam que dos hospitais com website, a maioria (52,6%) era através de modo próprio.

Aliás os valores de V de Carmer resultantes dos testes estatísticos realizados indicam, segundo Cohen e Holliday (1982) que há uma relação moderada³³¹ entre o tipo de entidade hospitalar e o ter um website integrado, sendo 90,3% dos hospitais que afirmaram ter presença na Internet através desta modalidade do sector oficial público.

É ainda de referir que nenhuma das instituições oficiais não públicas analisadas referiu ter um website próprio, sendo entre os hospitais particulares que esta situação mais se verifica, tendo este número vindo a aumentar ao longo dos anos em análise. É também entre os hospitais particulares que não há qualquer registo de um website integrado noutra instituição.

Tendo em conta a modalidade hospitalar, importa ainda mencionar que, à excepção de em 2004 se ter observado um número bastante superior de registos de hospitais gerais com website próprio, em comparação com os hospitais especializados, não há diferenças entre estes dois tipos de instituições prestadoras de cuidados de saúde, como aliás confirmam os valores dos testes realizados³³².

9.1.8. Informações disponibilizadas no site institucional

Tendo como pano de fundo um contexto global em que se verifica um *empowerment* crescente dos cidadãos no que respeita à procura de informação sobre cuidados de saúde através das TIC's, e em concreto a Internet, as práticas de pesquisa têm vindo a sofrer profundas mudanças. Estamos perante

³³¹ $V=0,501$, para a relação entre o tipo de entidade e o website próprio $V=0,354$.

³³² ³³² Para website próprio $V= 0,052$ e para a website integrado $V= 0,031$.

soluções que permitem aceder a informação na área da saúde de forma mais rápida, mais diversificadas e mais acessível³³³.

A população portuguesa não fica alheia a esta tendência. Note-se que cerca de 20% dos portugueses com 15 ou mais anos afirmou utilizar a Internet para obter informações sobre questões de saúde ou médicas³³⁴.

Assim, num contexto em que 7,3% dos portugueses com mais de 15 anos afirmou não confiar na informação disponibilizada pela Internet e que 5,3% refere que há poucos sites institucionais com informações sobre saúde (Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, 2006), importa perceber que, para além na presença institucional do hospital da Internet importa também saber que tipo de informação estava disponível em cada um destes portais. Com este intuito, o questionário aplicado aos hospitais nacionais integrava uma questão sobre esta temática³³⁵.

Como ilustra o gráfico que se segue, praticamente a totalidade dos hospitais com Website refere que este contem informações institucionais sobre o hospital e sobre os serviços prestados por cada instituição.

Ainda com uma grande expressividade, mas com um pouco menos de representatividade, os hospitais afirmaram que os seus websites disponibilizavam contactos electrónicos para que os cidadãos pudessem colocar as suas dúvidas, pedidos de informação ou reclamações.

Esta informação vem no seguimento das conclusões já retiradas por Espanha aquando da análise das práticas de consumo e utilização de conteúdos sobre saúde na Internet, concluindo que “no campo particular das ferramentas de comunicação típicas da Internet, constatamos ser hegemónica a prática de fornecimento de endereços de correio electrónico (91,5%), indício de uma utilização articulada da presença neste novo espaço enquanto afirmação de modernidade e da sua utilização enquanto plataforma comunicacional” (Espanha, 2009a:183).

A partir deste dado, seria interessante, ainda que muito para além dos objectivos deste estudo, perceber que informação é recepcionada pelos hospitais e que tipo de tratamento recebe, não só em termos de resposta aos cidadãos como em termos de impactos internos para a instituição.

Cerca de 60% a 70% dos hospitais com website referiram que este continha informações sobre a localização e acessibilidades ao hospital, o que mais uma vez segue a tendência já apurada por Espanha (2009) e Espanha e Cardoso (2007), dado que estes, na análise aos conteúdos de saúde on-line, concluíram que cerca de 75% da amostra em causa apresentava uma morada postal (que permita o envio de correio tradicional) ou a localização das instalações e aproximadamente 80% indicava um contacto telefónico, “indicando não apenas a presença de imperativos institucionais de

³³³ Ainda que as Tic's possam também reforçar o hiato existente entre info-excluídos e info-incluídos.

³³⁴ Inquérito Sociedade em Rede em Portugal, CIES-ISCTE, 2006.

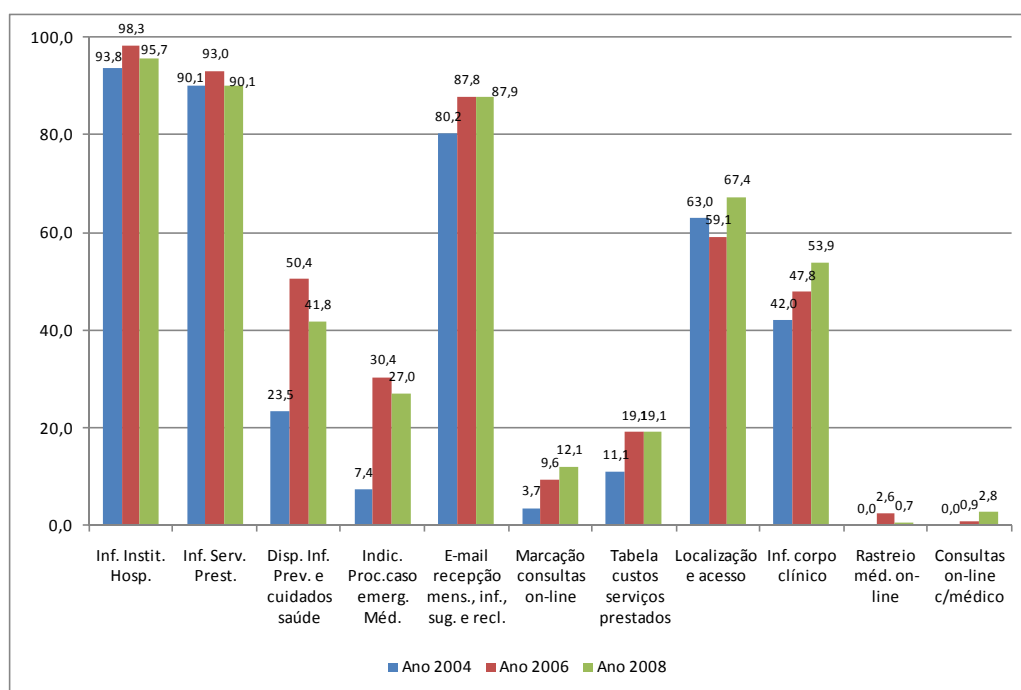
³³⁵ Uma pequena anotação metodológica a este respeito: o tipo de respostas a dar para cada item questionado podia ser uma de três: em funcionamento, em planeamento, não previsto. Para efeitos de apresentação de resultados apenas foram consideradas as respostas em funcionamento.

informação mas igualmente uma estratégia de tangibilidade e aproximação a potenciais utentes mediante o fornecimento de indicações” (Espanha, 2009a: 183)

Interessante é ainda a tendência que os dados assumem ao longo dos três anos em análise, em cada parâmetro especificamente.

Na verdade, a disponibilização de informação genérica sobre a prevenção e cuidados de saúde gerais ou sobre procedimentos a adoptar em caso de emergência médica, indicam uma preocupação crescente com estas temáticas, notória ao longo dos três anos em análise³³⁶ e reforçada, paralelamente, com a criação de outros websites institucionais do Ministério da Saúde e da DGS, como o Portal da Saúde, com informações de saúde de índole mais genérica e formas de actuação em situações específicas de risco, o que revela uma valorização da formação da população portuguesa no saber prevenir e agir perante um problema de saúde. Neste contexto a instrumentalização das TIC's, e em concreto a Internet, funcionam como fortes aliadas na sensibilização e formação das populações (Kivitz, 2004).

Figura 9.38.: Estado de disponibilização de várias funcionalidades do Website do Hospital (em funcionamento)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

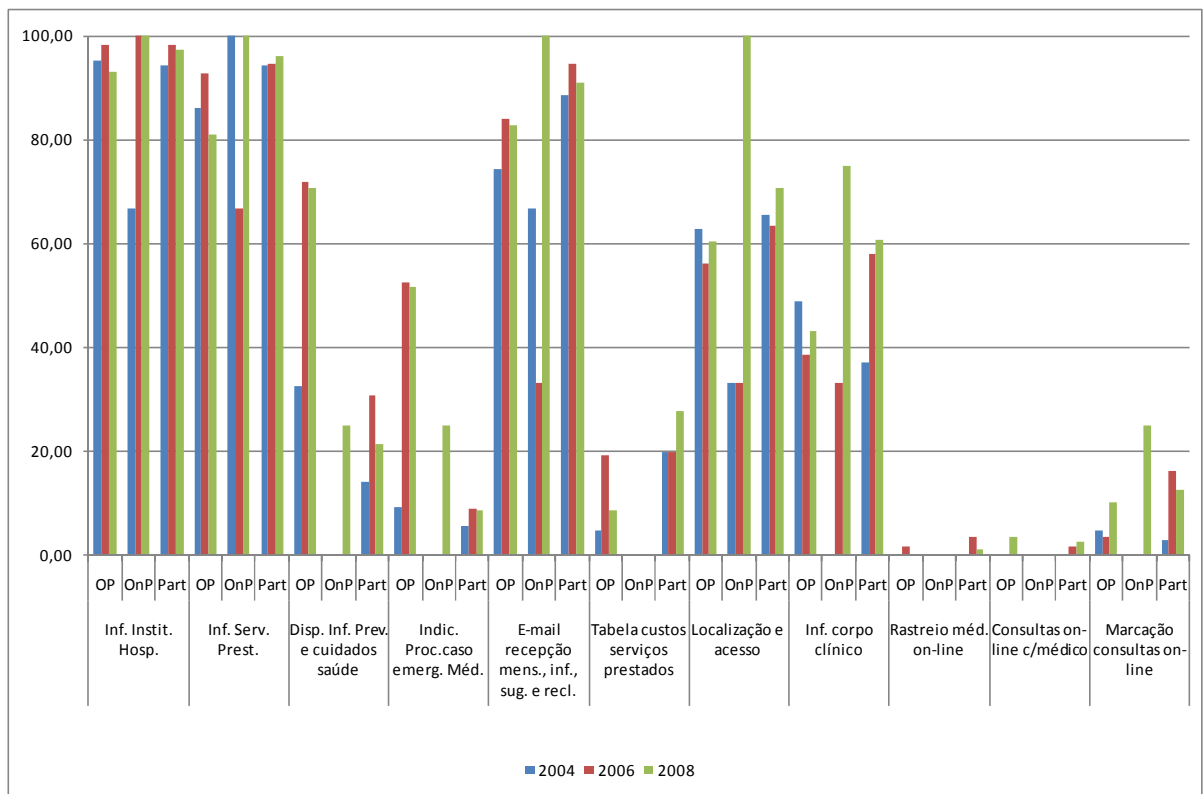
Interessante é também, ainda que com valores modestos, o aumento que a marcação de consultas on-line tem vindo a registar, evidenciando uma tentativa de aproximação dos serviços hospitalares à comunidade.

³³⁶ Como se poderá confirmar na tabela que se segue, o valor do teste de V de Cramer indicia uma relação entre a disponibilização de informação sobre prevenção e cuidados de saúde ($V=0,301$) a indicação sobre procedimentos a ter em caso de emergência médica ($V=0,313$) e o tipo de entidade hospitalar.

Apenas com 2,8% em 2008, a realização de consultas on-line revela o início da apropriação da potencialidade do uso das TIC's nos serviços de saúde a prestar à comunidade, porém, apesar de sinalizar a disponibilização de uma funcionalidade nos websites hospitalares, este valor ainda é residual.

Estes dados, quando analisados por tipo de entidade, permitem identificar algumas tendências que importa considerar neste trabalho (gráfico que se segue).

Figura 9.39.: Estado de disponibilização de várias funcionalidades do Website do Hospital (em funcionamento) por tipo de entidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Desta forma, dada a competitividade do mercado da saúde em Portugal, não é de estranhar que seja o sector particular a ter uma maior preocupação com a informação disponibilizada aos cidadãos/utentes.

Este facto espelha-se na elevada representação dos hospitais particulares nas diversas funcionalidades disponíveis nos websites dos hospitais portugueses, sobretudo nas que implicam informações institucionais ou sobre o corpo clínico, a explicação dos serviços prestados, a localização, mas também no que se relaciona com serviços interactivos de proximidade com o cidadão/utente, como seja a disponibilização de contactos electrónicos para “dialogar” com o cidadão/utente, a marcação de consultas on-line, ou mesmo – ainda que residualmente – na realização de consultas on-line ou de rastreios on-line. É também entre estes hospitais que se encontra uma maior preocupação com a divulgação da tabela de preços praticados.

Outra conclusão a retirar é que, de uma maneira geral, observa-se que os hospitais oficiais não públicos – com excepção da informação dos serviços prestados – em 2004 poucas funcionalidades tinham disponíveis nos seus websites institucionais. Refira-se a este propósito a total ausência a disponibilização de informação sobre a tabela de custos sobre os serviços prestados, a realização de rastreios médicos on-line e a realização de consultas médicas on-line. Entre 2006 e 2008, observou-se, nalgumas dimensões, uma inversão desta tendência.

De referir ainda que, no que se relaciona especificamente com o sector oficial público, para além de todos os outros serviços enunciados, tem havido uma preocupação, ainda que de forma modesta, em disponibilizar serviços on-line aos cidadãos/utentes – rastreios médicos, e consultas e sobretudo marcação de consultas – e em divulgar as tabelas de preços praticados.

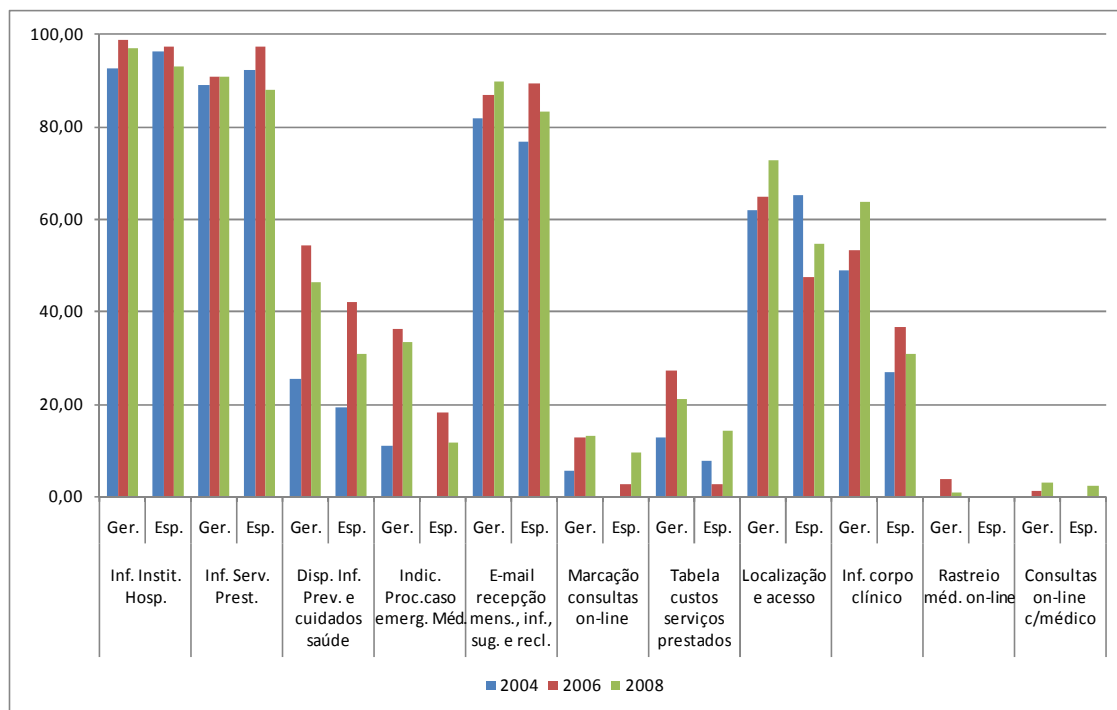
A análise sob o enfoque da modalidade hospitalar indica que as funcionalidades disponibilizadas pelos websites dos hospitais portugueses, permite perceber que, grosso modo³³⁷, os hospitais gerais são os que disponibilizam funcionalidades através do website institucional.

Outra conclusão se pode retirar do facto de os hospitais especializados só terem dados na dimensão relativa à indicação de procedimentos em caso de emergência e na marcação de consultas on-line a partir de 2006. Na verdade, este facto indicia que estas temáticas, neste tipo de instituições, demoraram mais tempo a ser percebidas como foco de preocupação do que nos hospitais gerais.

A disponibilização de serviços que implicam um contacto mais interactivo com os cidadãos/utentes caracterizam sobretudo os hospitais gerais e menos os especializados, ainda que estes últimos comecem, em 2008, a disponibilizar de forma muito modesta a hipótese de realizar consultas on-line através do seu website.

³³⁷ Excepção ligeira a esta tendência verifica-se apenas nas informações sobre os serviços prestados pelos hospitais.

Figura 9.40.: Estado de disponibilização de várias funcionalidades do Website do Hospital (em funcionamento) por modalidade hospitalar (%)



Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A realização do teste V de Cramer para identificar possíveis relações entre a modalidade hospitalar e as funcionalidades disponibilizadas nos websites dos hospitais, como se pode observar no quadro que se segue, indica a ausência de associação entre os parâmetros desta questão e a modalidade hospitalar.

Quadro 9.13.: Valores do V de Cramer – Funcionalidades disponibilizadas no Website do Hospital

V de Cramer	Tipo de entidade hospitalar	Modalidade hospitalar
Inf. Instit. Hosp.	0,069	0,056
Inf. Serv. Prest.	0,108	0,051
Disp. Inf. Prev. e cuidados saúde	0,301	0,142
Indic. Proc.caso emerg. Méd.	0,313	0,283
E-mail recepção mens., inf., sug. e recl.	0,131	0,042
Marcação consultas on-line	0,085	0,309
Tabela custos serviços prestados	0,136	0,233
Localização e acesso	0,097	0,171
Inf. corpo clínico	0,131	0,257
Rastreio méd. on-line	0,072	0,204
Consultas on-line c/médico	0,080	0,135

Fonte: IUTICH 2004, 2006, 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Como já foi referido anteriormente, o IUTICH, sendo de aplicação bienal, tem contado com questionários que, embora mantendo uma estrutura idêntica e comparável, contam com formas diferentes de aplicação para aplicação, acrescentando geralmente perguntas de versão para versão.

Neste sentido, uma vez que a última versão analisada – 2008 – conta com mais informação que a analisada anteriormente, informação essa importante para caracterizar a utilização das tecnologias de informação e comunicação nos hospitais portugueses, de seguida será feito um pequeno resumo com a informação existente para 2008 e que ainda não foi explorada neste trabalho.

Concretamente, serão desenvolvidas as temáticas relativas 1) ao acesso do pessoal a tecnologias da informação do Hospital a partir do exterior; 2) à disponibilidade de computadores, e de computadores com ligação à Internet, para utilização dos doentes internados; 3) à existência de sistema de videoconferência que permita às crianças internadas acompanharem as actividades curriculares remotamente; 4) à existência de pontos de acesso à Internet para visitantes e acompanhantes durante a sua presença no hospital; 5) à totalidade de actividades de Telemedicina praticadas; 6) à encomenda de bens e/ou serviços através da Internet – tipo de bens e/ou serviços, número de encomendas realizadas através da Internet e análise das razões para a inexistência de encomendas através da Internet; 7) às plataformas utilizadas para a realização de encomendas online, 8) ao pagamento online de encomendas realizadas através da Internet e 9) aos recursos utilizados na implementação, manutenção e actualização do website do Hospital.

9.2. A UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NOS HOSPITAIS PORTUGUESES: O ENFOQUE EM 2008

Neste sentido, de seguida será retratada a realidade da utilização das TIC's nos hospitais portugueses nas nove dimensões enunciadas em 2008.

No que se refere a permitir o acesso às TIC's do hospital a funcionários, a partir do exterior, os dados apurados permitem concluir que 23,2% dos hospitais possuíam sistemas informáticos que possibilitavam esta forma de entrada ao sistema do hospital. Destes, 23,2% dos hospitais eram hospitais gerais e 25,9% especializados. Dos hospitais que permitiam aos seus funcionários aceder remotamente aos sistemas dos hospitais 25,7% eram hospitais particulares, 20,7% hospitais oficiais públicos e 18,7% oficiais não públicos.

Quadro 9.14.: Funcionários com acesso remoto às TIC do hospital onde trabalham

(%)	Total	Tipo de entidade hospitalar			Modalidade hospitalar	
		OP	OnP	Part	Ger.	Esp.
Acesso dos funcionários às TIC's do hospital remotamente ³³⁸	23,2	20,7	18,7	25,7	23,1	25,9

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

³³⁸ Apenas foram consideradas as respostas positivas, da possibilidade dicotómica Sim/Não.

Quanto à disponibilização de computadores aos doentes, cerca de 1/3 (30%) dos hospitais portugueses disponibilizam computadores aos doentes internados, sendo que destes 18% têm acesso à Internet.

Dos que disponibilizam computadores, independentemente de terem acesso à Internet ou não, observa-se que a maioria dos “empréstimos” se faz em hospitais oficiais públicos e também dentro dos especializados.

Dentro das instituições que permitem aos doentes usar computadores com acesso à Internet, 27,5% são disponibilizados em hospitais especializados, 14,5% em hospitais gerais.

¼ dos hospitais onde ocorre esta disponibilização são oficiais públicos, 1/5 oficiais não públicos e 10 % são particulares.

Quadro 9.15.: Disponibilização de computadores (com ou sem Internet) aos doentes internados

(%)	Total	Tipo de entidade hospitalar			Modalidade hospitalar	
		OP	OnP	Part	Ger.	Esp.
Computadores	28,4	37,8	27,3	20,8	17,9	55,6
Computadores com Internet	18	26,3	20,0	11,1	14,5	27,5

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Praticamente inexistente é a disponibilização de sistema de videoconferências que permita às crianças internadas acompanhar as suas actividades curriculares à distância: apenas 3,7% dos hospitais (n=7) afirmaram disponibilizar este tipo de serviço, envolvendo apenas respostas de hospitais oficiais. Destes, 5 são hospitais gerais e 2 especializados.

Quadro 9.16.: Videoconferência para aulas

(%)	Total	Tipo de entidade hospitalar			Modalidade hospitalar	
		OP	OnP	Part	Ger.	Esp.
Videoconferência para crianças acederem à escola	3,7	8,8	0,0	0,0	3,6	3,9

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Cerca de 10% dos hospitais afirmaram ter pontos de acesso à Internet disponíveis para visitantes e acompanhantes dos doentes durante a sua presença no hospital. Destes 27,5% são hospitais especializados e 11,1% particulares.

Quadro 9.17.: Disponibilização de computadores (com ou sem Internet) a acompanhantes e visitas

(%)	Total	Tipo de entidade hospitalar			Modalidade hospitalar	
		OP	OnP	Part	Ger.	Esp.
Computadores com Internet disponíveis a visitantes e acompanhantes de doentes	8,5	5	10	11,1	14,5	27,5

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Quanto às actividades de telemedicina praticadas nos hospitais portugueses observa-se que as práticas mais realizadas são a teleradiologia, a telecardiologia, a teledermatologia e a prescrição electrónica.

Porém, como se pode observar pelo número de casos em cada uma das telemedicinas enunciadas, são práticas cuja realização ocorre num reduzido número de hospitais. Este facto levou a que se optasse, neste caso, para não desenvolver análises em função do tipo de entidade ou da modalidade hospitalar.

De destacar ainda que os telecuidados ao domicílio, a telediálise e a tele-emergência ao domicílio não foram praticadas em nenhum hospital português.

Quadro 9.18.: Telemedicina

	(%)	Sim	n
Telecardiologia ³³⁹		53,8	26
Telecirurgia ³⁴⁰		17,4	23
Telecuidados ao domicílio ³⁴¹		0,0	22
Teledermatologia ³⁴²		41,7	24
Telediálise ³⁴³		0,0	22
Tele-emergência e serviço de salvamento ³⁴⁴		0,0	22
Telepsiquiatria ³⁴⁵		9,1	22
Comunidades virtuais ³⁴⁶		0,0	22
Prescrição electrónica ³⁴⁷		39,1	23

³³⁹ Definida pelo INE como: “Área da telemedicina aplicada às doenças do foro cardiovascular e que consiste na transmissão à distância de parâmetros cardiovasculares, exames e dados médicos relevantes entre médico e paciente situados em locais distintos. Nota: A telecardiologia pode seguir diferentes estratégias, consoante a informação recolhida seja transmitida em tempo real ou à posteriori para as unidades de saúde.” (INE: 2008:15)

³⁴⁰ Definida pelo INE como: “Área da telemedicina aplicada à realização de procedimentos cirúrgicos à distância, por meio de sinais visuais, auditivos e tácteis entre o local onde está o cirurgião e o local onde está o paciente e pelo recurso a equipamentos de manipulação remota de instrumentos” (INE: 2008:15).

³⁴¹ Definida pelo INE como: Área da telemedicina que consiste na prestação de serviços de saúde de prevenção, orientação, triagem e cuidados pessoais à distância no local de residência e pelo recurso a telecomunicações” (INE: 2008:15)

³⁴² Definida pelo INE como: “Área da telemedicina que recorre às tecnologias de telecomunicação e informática para enviar informação médica dermatológica entre dois ou mais pontos separados fisicamente e sem necessidade da presença física do especialista.” (INE: 2008:15)

³⁴³ Definida pelo INE como: “Área da telemedicina que faculta a possibilidade de realizar o tratamento de diálise mediante um equipamento simplificado que pode ser colocado no domicílio do paciente ou num centro de saúde distante da unidade de saúde central, ao qual o paciente é ligado e cujos controle e supervisão automática são feitos remotamente por uma central. Nota: Elementos como a medição de temperatura e a pressão arterial, entre outros, são recolhidos e transmitidos via rede” (INE: 2008:16).

³⁴⁴ Definida pelo INE como: “Área da telemedicina aplicada a serviços de emergência e de salvamento. ” (INE: 2008:16).

³⁴⁵ Definida pelo INE como: “Área da telemedicina que recorre à utilização das telecomunicações para prestar serviços na área da saúde mental à distância. ” (INE: 2008:16).

³⁴⁶ Definida pelo INE como: “Unificação de utilizadores de redes com interesses comuns em grupos temáticos, cujo objectivo é trabalhar no ciberespaço. ” (INE: 2008:15).

³⁴⁷ Definida pelo INE como: “Em sentido lato, será a transmissão electrónica intersectorial de todos os dados relativos a uma prescrição entre o médico, o paciente, a farmácia (e a companhia de seguros). Em sentido restrito,

	(%)	Sim	n
Teleconsulta ³⁴⁸		71	31
Teleformação ³⁴⁹		8,7	23
Telemonitorização ³⁵⁰		28	25
Telepatologia ³⁵¹		4,3	23
Teleradiologia ³⁵²		82,9	35

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Relativamente ao uso da TIC's na realização de encomendas de bens e/ou serviços 43,8% dos hospitais afirmou fazê-lo. Destes 50,5% são instituições particulares e 45,7% hospitais gerais. O tipo de bens e/ou serviços encomendados encontra-se sistematizado na tabela que se segue.

Quadro 9.19.: Recurso às TIC para encomendar e comprar

	(%)	Total (Sim)	Tipo de entidade hospitalar			Modalidade hospitalar	
			OP	OnP	Part	Ger.	Esp.
Economato		25,8	15,9	18,2	34,7	27,9	20,4
Livros		8,2	8,5	9,1	7,9	9,3	5,6
Hardware/Software		25,3	23,2	27,3	26,7	27,9	18,5
Material clínico		27,8	24,4	36,4	29,7	30,7	20,4
Medicamentos		21,6	15,9	18,2	34,7	25,0	13,0

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

Cerca de ¼ a 1/5 dos hospitais que recorre às TIC's para encomendar bens e/ou serviços fá-lo para comprar material clínico – sobretudo hospitais oficiais não públicos³⁵³ e gerais – material de economato – particularmente os hospitais particulares e gerais – hardware e software – principalmente hospitais oficiais não públicos e gerais – e medicamentos – especialmente os hospitais particulares e gerais. Apenas cerca de 10% para adquirir livros.

será a substituição dos documentos relativos a uma prescrição médica em formato de papel, por uma transmissão electrónica entre o médico e a farmácia” (INE: 2008:13).

³⁴⁸ Definida pelo INE como: “Área da telemedicina que permite a realização de uma consulta médica à distância, com recurso a tecnologias de videoconferência, mediante as quais um paciente pode transmitir informações a um profissional de saúde para o diagnóstico” (INE: 2008:16).

³⁴⁹ Definida pelo INE como: “Sistemas de informação que se destinam a sensibilizar a população e a incentivar a formação clínica de médicos e enfermeiros de um modo passivo através de repositórios de informação (tais como normas de procedimento, aconselhamento, prevenção, casos clínicos, entre outros), ou de um modo interactivo através de vídeo-conferência.” (INE: 2008:16).

³⁵⁰ Definida pelo INE como: “Supervisão médica à distância com recurso às tecnologias de informação e comunicação, nomeadamente através da videoconferência e de equipamento médico de manipulação remota” (INE: 2008:16).

³⁵¹ Definida pelo INE como: “Área da telemedicina que recorre à utilização das telecomunicações para permutar imagens estáticas ou dinâmicas de lâminas ou órgãos em estudo anátomo-patológico, para discussão de casos e resolução de diagnósticos” (INE: 2008:16).

³⁵² Definida pelo INE como: “Área da telemedicina que recorre à utilização das telecomunicações para permutar imagens radiológicas, ultrasonográficas, tomográficas ou de ressonância magnética para discussão de casos e resolução de diagnósticos.” (INE: 2008:17).

³⁵³ Relembre-se a este propósito que já na análise da “Utilização da Internet para a prossecução de várias actividades por tipo de entidade hospitalar” se observou que em 2008 todas as instituições oficiais não públicas consultavam os catálogos de material de aprovisionamento através da Internet.

A forma dos hospitais justificarem a não realização de compras através da Internet apresenta-se no quadro que se segue³⁵⁴.

Quadro 9.20.: Razões para não comprar on-line

(%)	Total (Sim)	Tipo de entidade hospitalar			Modalidade hospitalar	
		OP	OnP	Part	Ger.	Esp.
Falta de legislação adequada	33,3	45,0	100,0 ³⁵⁵	8,3	25,0	46,2
Incerteza quanto ao processo informático	23,3	31,3	100,0 ³⁵⁶	7,7	27,3	12,5
Incertezas quanto aos contratos, termos de entregas e garantias	24,2	13,3	100,0 ³⁵⁷	29,4	29,2	11,1
Incertezas quanto aos meios de pagamento	32,4	13,3	100,0 ³⁵⁸	41,2	34,6	25,0
Incertezas quanto à privacidade do processo	25,0	13,3	100,0 ³⁵⁹	31,3	30,4	11,1
Preferências pela forma de comércio tradicional	74,5	44,4	100,0 ³⁶⁰	88,2	74,4	75,0
Os bens ou encomendas não são passíveis de encomendas electrónicas	60,0	47,6	100,0 ³⁶¹	66,7	64,5	50,0
Não se justifica	70,2	56,5	100,0 ³⁶²	82,6	68,6	75,0

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

A análise desta tabela indica que $\frac{3}{4}$ dos hospitais prefere usar outras formas de comprar bens e/ou serviços do que a Internet por ter preferência pelo mercado tradicional, integrando este grupo sobretudo hospitais particulares, independentemente da sua modalidade hospitalar. 70,2% não o faz por achar que não se justifica – pesando aqui novamente os hospitais particulares e especializados – e 60,0% não usa esta forma de compra por que os bens e ou encomendas não serem passíveis de encomendar de forma electrónica, sendo os hospitais particulares os que mais corroboram esta justificação a par dos hospitais gerais.

Assim, conclui-se que as não utilizações se devem sobretudo a justificações de natureza mais tradicionalistas que a justificações relacionadas com a insegurança processual ou normativa.

De referir é ainda o facto de os hospitais oficiais não públicos contarem com valores muito próximo do 0. Esta ocorrência está em conformidade com os dados que vêm a ser apurados até aqui: em 2008 praticamente todas as compras eram realizadas através da Internet.

Quanto à forma que assumem estas aquisições através da Internet (Quadro 9.21.) podemos observar que são duas as formas mais usadas: o correio electrónico e os catálogos dos fornecedores.

³⁵⁴ Retirou-se uma categoria final “outra, qual”, por ter valores residuais e não haver informação de ordem qualitativa que a complementasse.

³⁵⁵ Na análise desenvolvida não se vai considerar este 100% uma vez que corresponde apenas a 1 hospital.

³⁵⁶ Na análise desenvolvida não se vai considerar este 100% uma vez que corresponde apenas a 1 hospital.

³⁵⁷ Na análise desenvolvida não se vai considerar este 100% uma vez que corresponde apenas a 1 hospital.

³⁵⁸ Na análise desenvolvida não se vai considerar este 100% uma vez que corresponde apenas a 2 hospital.

³⁵⁹ Na análise desenvolvida não se vai considerar este 100% uma vez que corresponde apenas a 1 hospital.

³⁶⁰ Na análise desenvolvida não se vai considerar este 100% uma vez que corresponde apenas a 3 hospital.

³⁶¹ Na análise desenvolvida não se vai considerar este 100% uma vez que corresponde apenas a 3 hospital.

³⁶² Na análise desenvolvida não se vai considerar este 100% uma vez que corresponde apenas a 1 hospital.

Quadro 9.21.: Tipo de compra on-line

(%)	Total (Sim)	Tipo de entidade hospitalar			Modalidade hospitalar	
		OP	OnP	Part	Ger.	Esp.
E- Marketplaces ³⁶³	9,8	11,0	0,0	9,9	11,4	5,6
Leilões	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Catálogos dos fornecedores	27,3	30,5	27,3	24,8	28,6	24,1
Correio Electrónico	34,5	24,4	36,4	42,6	34,3	35,2

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

O primeiro grupo caracteriza-se sobretudo por integrar instituições particulares, independentemente de serem hospitais gerais ou especializados. Já o segundo concentra hospitais oficiais (públicos e não públicos) e gerais.

47,1% dos hospitais afirma fazer pagamentos on-line. Estes integram 50% dos hospitais gerais e a totalidade dos hospitais oficiais não públicos.

Por fim, no que concerne aos recursos utilizados na implementação, na manutenção e na actualização do website do hospital observa-se que, se para a sua implementação cerca de 60% dos hospitais preferem recorrer a serviços externos – integrando este grupo uma proporção maior de hospitais particulares e especializados – já na manutenção e sobretudo na actualização dos conteúdos do website, os hospitais preferem usar (e confiar nos) próprios serviços dos hospitais – sobretudo hospitais oficiais públicos e especializados. De referir ainda que para assegurar cada uma das três etapas (implementação, manutenção e actualização de conteúdos) 20% a 25% dos hospitais indica que prefere ter tanto os serviços dos hospitais como de entidades externas.

Quadro 9.22.: Recurso ao outsourcing e a responsabilização intra-hospitalar

	(%)	Total (Sim)	Tipo de entidade hospitalar			Modalidade hospitalar	
			OP	OnP	Part	Ger.	Esp.
Recursos usados na implementação	Serviços do hospital	23,4	36,2	25,0	44,8	24,2	21,4
	Entidade externa	56,0	44,8	50,0	64,6	51,5	66,7
	Ambos	20,6	19,0	25,0	21,5	24,2	11,9
Recursos usados na manutenção	Serviços do hospital	41,8	58,6	25,0	30,4	37,4	52,4
	Entidade externa	32,6	24,1	25,0	39,2	33,3	31,0
	Ambos	25,5	17,2	50,0	30,4	29,3	16,7
Recursos usados de actualização de conteúdos	Serviços do hospital	58,2	77,6	25,0	45,6	55,6	64,3
	Entidade externa	17,0	6,9	0,0	25,3	16,2	19,0
	Ambos	24,8	15,5	75,0	29,1	28,3	16,7

Fonte: IUTICH 2008, INE e UMIC; (elaboração própria)

³⁶³ Definido pelo INE como “website onde estão representadas várias empresas que orientam o seu comércio para um determinado tipo de bens ou serviços ou para um grupo limitado de consumidores” (INE, 2008: 28).

9.3. O USO DAS TIC NOS HOSPITAIS: OS PRINCIPAIS CONTRIBUTOS

9.3.1. Utilização dos Profissionais de saúde

De 2004 a 2008 verificou-se nos hospitais portugueses uma tendência para o aumento de número de trabalhadores que usa computadores na sua actividade, bem como um aumento do número de computadores existentes nos hospitais. Porém, a subtração do número médio de computadores pelo de trabalhadores que afirmou necessitar de computador para o exercício da sua actividade revela que 2004 a 2008 há cada vez mais falta de computadores nos hospitais portugueses. Este fenómeno não contempla o facto de poder haver trabalhadores que partilhem computadores por trabalharem por turnos, podendo este ser um factor relevante para estes resultados.

Ainda no âmbito da disponibilização de computadores, atente-se que 8,5% dos hospitais disponibilizava computadores às visitas e acompanhantes.

A nível informático, os hospitais afirmaram organizar-se sobretudo através de Local Area Network³⁶⁴ e os serviços informáticos com recurso às TIC mais usados são os anti-vírus, o correio-electrónico. O uso da firewall e da intranet tem vindo a crescer uma vez que em 2008 mais de 90% e 70% dos hospitais, respectivamente, indicaram este uso.

9.3.2. Ligações à Internet

A capacidade de débito de ligação também tem vindo a aumentar de 2004 até à actualidade, tendo em 2008 60% dos hospitais um uso de > ou = 2Mps. A ligação à Internet faz-se sobretudo por XDSL ou pelo RIS (rede de informação à saúde), um acesso dedicado à saúde.

9.3.3. Áreas de informatização

A gestão financeira e administrativa, a gestão de recursos humanos, a gestão de stocks, e, em específico, a de stocks farmacêuticos, a marcação de consultas, comunicação interna e troca de informação interna são as áreas mais informatizadas dos hospitais portugueses, oscilando estas áreas entre os 90% e os 60%, por ordem decrescente respectivamente.

9.3.4. Uso da internet

A realização deste trabalho identificou uma tendência crescente do uso da Internet na actividade profissional quotidiana, tendo aumentado também o número de pontos de acesso à Internet nas instituições. Porém, na mesma lógica do número de profissionais que usa computadores na sua prática profissional e o número de computadores disponibilizados, também aqui o aumento não é proporcional às necessidades dos profissionais registando-se falta de computadores com acesso à Internet.

³⁶⁴ “rede local que cobre uma área relativamente pequena. A maioria das LANs restringe-se a um único ou a um grupo de edifícios. Uma rede que interligue os computadores pessoais num edifício terá a designação de LAN” (INE, 2008:12)

Note-se a particularidade de em 2008, 23% dos hospitais permitirem aos seus trabalhadores um acesso remoto às TIC da instituição.

Nos hospitais portugueses a Internet é usada sobretudo para recolha de informação, acesso a bases de dados, consulta de catálogos de compras, notando-se uma tendência crescente no uso para comunicar com outras unidades de saúde, sendo preocupante o decréscimo do recurso à Internet para a realização de investigação biomédica.

9.3.5. Telemedicina

Em 2006³⁶⁵ verifica-se um aumento no uso da telemedicina, passando de uma utilização de 17,2% dos hospitais em 2004 para 71% em 2008.

Em 2008 as principais áreas da realização da telemedicina (teleconsulta) eram a teleradiologia (82,9%), a telecardiologia (53,8%), a teledermatologia (41,7%) e a prescrição electrónica (39,1%), sendo esta última actualmente obrigatória.

9.3.6. A presença dos hospitais na Internet

Quanto à presença dos hospitais na Internet verifica-se que de 2004 para 2008 esta quase duplicou, passando de 40% para 70%, respectivamente.

As principais razões para não ter uma presença na Internet são a falta de necessidade ou falta de adequação ao perfil do hospital, a falta de recursos humanos e/ou financeiros.

Note-se que, em 2008, em termos de execução e manutenção dos websites institucionais observou-se que a implementação era sobretudo desenvolvida por entidades externas e não pelos recursos dos hospitais (56% contra 23,4%, respectivamente) e a manutenção do website e a actualização de conteúdos maioritariamente da responsabilidade dos profissionais internos ao hospital, sendo neste último item que se observa um maior envolvimento dos recursos humanos do hospital.

A informação disponibilizada prende-se mais com aspectos formais – informação institucional, informação sobre serviços prestados, corpo clínico, localização e formas de acesso. No entanto, é de reter o facto de haver já a preocupação em disponibilizar um e-mail de recepção de mensagens que permita ao cidadão interagir com o hospital.

Em 2006 havia uma maior disponibilização de informação relativa à prevenção de cuidados de saúde nos websites institucionais quando comparado com 2008, sendo esta queda mais observável nos hospitais particulares.

³⁶⁵ Ano a partir do qual há moldura legal para os pagamentos e atribuição de responsabilidade dos profissionais envolvidos (Portaria nº 567/2006), definindo-se o pagamento de cada consulta em 30 euros, como se pode observar em <http://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20062062%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=Portaria&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>, consultado pela última vez em 21 de Novembro de 2011.

10. O USO DE DIFERENTES TIC EM DIVERSOS HOSPITAIS: ANÁLISE DE 6 ESTUDOS DE CASO

Após a identificação de tendências nacionais na utilização das tecnologias de informação e comunicação em Portugal, este capítulo é dedicado ao estudo aprofundado de processos específicos de implementação e utilização das TIC nos hospitais. Os estudos de caso terão aqui um espaço central.

A escolha dos casos em análise seguiu os critérios do projecto Saúde na Era da Informação, desenvolvido no CIES/ISCTE-IUL entre 2005 e 2007.

Assumindo um carácter exploratório, o design deste estudo foi desenvolvido a partir da identificação de hospitais que tivessem implementado – ou estivessem a implementar no momento – uma tecnologia de informação e comunicação concreta e da articulação com a rede de contactos da equipa de investigação, que possibilitasse a realização de várias entrevistas a diversos profissionais de uma instituição (tabela 1).

Procurou considerar-se a diversidade das tecnologias de informação e comunicação implementadas ou em implementação, a dispersão geográfica e a dimensão institucional, preterindo critérios como a representatividade geográfica ou a criação de uma amostra homogénea e representativa do universo.

De forma exploratória, metodologicamente optou-se por ganhar em diversidade de informação e abdicar da comparabilidade directa entre os diversos casos analisados ou a extrapolação para a realidade.

Os hospitais e os processos analisados foram:

1. Hospital Pulido Valente (actualmente integrado no Centro Hospital Lisboa Norte, E.P.E. conjuntamente com o Hospital de Santa Maria) com o circuito do medicamento e a gestão informatizada de doentes;
2. Instituto Português de Oncologia de Lisboa, com a construção do site institucional e o uso da intranet;
3. Hospital Pedro Maria Grande de Portalegre (ainda em fase de criação da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo com o Hospital de Elvas) com o receituário electrónico;
4. Hospital Infante D. Pedro com a Rede Telemática da Saúde;
5. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, com a articulação da informação clínica e administrativa entre o hospital e os diversos centros de saúde que compõem a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, através das aplicações SONHO, SINUS, SAM e SAPE;
6. Hospital da Arrábida, com o projecto RisPacs, uma aplicação informática que digitalizou parte do serviço de radiologia.

Em cada estudo de caso procurou perceber-se o envolvimento de todos os profissionais implicados nos processos em análise, mesmo que em carreiras variadas. Neste sentido foram entrevistados 76 profissionais³⁶⁶, cuja distribuição por instituições e por grupos profissionais se pode observar na tabela que se segue.

Quadro 10.1.: Sistematização dos entrevistados por instituição visitada

	Hospital Pulido Valente	Instituto Português de Oncologia de Lisboa	Hospital Pedro Maria Grande de Portalegre	Hospital Infante D. Pedro	Unidade Local de Saúde de Matosinhos	Hospital da Arrábida	Total
Presidente CA	1	1	1		1	1	5
Director Centro Saúde			1		1		2
Coordenação ARS			1				1
Administradores	2	1		2	3		8
Médicos	1	1	2	6	4	2	16
Enfermeiros	2	4		3	4		13
Farmacêuticos	2		4				6
Responsáveis Informáticos/Informáticos		1	1	1		1	4
Tec. Superior/Administrativos	2	7		3	2	4	18
Assessores Administração		2					2
ROR		1					1
Total	10	18	10	15	15	8	76

Fonte: elaboração própria.

Na análise de cada estudo de caso importou sobretudo perceber como se processa a tomada de decisão da implementação das TIC em cada hospital. Quem decide o quê e de que forma? Como decorreu o processo de implementação? Que obstáculos surgiram? Como foram ultrapassados? Estarão todos os profissionais envolvidos da mesma forma? A haver diferenças, são individuais ou inerentes a grupos profissionais?

Estas foram algumas das questões presentes na realização das entrevistas e posterior análise.

Após uma breve descrição de cada caso, a análise de cada processo será desenvolvida em três pontos distintos, ainda que interligados: as causas e razões da implementação e desenvolvimento do processo que envolve o uso das TIC, as formas de implementação e estratégias usadas para tal e por fim, se possível, a avaliação da utilização ou dos resultados, tentando mapear os obstáculos identificados e as formas de os ultrapassar.

Sempre que for oportuno, será através do discurso directo dos profissionais que cada processo será apresentado.

Com o intuito de não perder a riqueza da informação recolhida, em cada estudo de caso poderão surgir tópicos de análise específicos, derivados das particularidades observadas junto dos profissionais.

³⁶⁶ A realização destas entrevistas ocorreu entre Junho de 2006 e Fevereiro de 2007.

Em jeito de conclusão, num último ponto serão apresentadas as considerações finais dos estudos apresentados.

Neste momento tecer-se-ão algumas pistas sobre o que se considera ser mais pertinente e necessário para um re-ajustamento das necessidades levantadas nas instituições visitadas e a realidade portuguesa actual.

10.1. HOSPITAL PULIDO VALENTE: GESTÃO DE DOENTES E CIRCUITO DO MEDICAMENTO/RECEITUÁRIO ELECTRÓNICO (INTRA-HOSPITALAR)

Mantendo uma aplicação anterior, o Hospital Pulido Valente (HPV) nunca implementou a aplicação do SONHO³⁶⁷ por considerar que esta ferramenta não era suficientemente versátil face às necessidades organizacionais.

Para além das 2 aplicações em análise neste trabalho, o HPV contava à data com uma aplicação de gestão de recursos humanos (RHV promovida pelo IGIF, para calcular vencimentos) que permite conhecer melhor 50% a 55% dos gastos totais do orçamento do hospital afectos aos gastos com o pessoal – possibilitando conhecer detalhadamente os gastos com as horas extraordinárias. O seu uso é estritamente administrativo.

O presidente do Conselho de Administração ao longo da entrevista, relativizando o uso das TIC na área saúde, considerou que tanto haverá sectores da administração pública em que o uso das TIC é maior como outros em que é menor.

“Só que ao contrário do que se pensa, às vezes os hospitais têm algumas surpresas em matéria de informação, e se calhar em muitos serviços vão à frente de outras áreas da administração pública. Noutras vão atrás, atrás dos bancos, do ministério das finanças. Mas em relação a outros ministérios não tenho dúvidas de que se calhar vamos à frente”. [Presidente Conselho de Administração HPV, Lisboa]

No HPV, mesmo estando a ser “acusados” por não “tomar o mínimo partido das novas tecnologias” este entrevistado defende a ponderação do uso das TIC no sector da saúde, referindo que a nível nacional há sobretudo falta capacidade e sentido crítico, havendo sistemas, tecnologias e aplicações sem utilidade ou com utilidade reduzida que são compradas e implementadas sem se saber bem ao certo se haverá interface com outras aplicações ou mesmo se funcionam.

As duas aplicações analisadas nesta instituição são a gestão de doentes e o circuito do medicamento. Foram desenvolvidas e implementadas pela CPC – Companhia Portuguesa de Computadores – Healthcare Solutions, S.A.

³⁶⁷ Aplicação concebida e fornecida pelo antigo IGIF nas décadas de 80 e 90 que visava o registo da informação não clínica. Será detalhadamente explicado posteriormente, sobretudo aquando da análise da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

10.1.1. Gestão de doentes

Ainda que não tenha informação de cariz clínico, a gestão administrativa dos doentes num hospital é essencial. Permite identificar o percurso intra-hospitalar do doente, desde a entrada até ao momento da alta, quer em ambulatório como no internamento, registando cada acto clínico ou exame complementar de diagnóstico e terapêutica realizados. A aplicação em análise permite registar e sistematizar a informação de cada doente em todos os serviços do hospital, dando memória no sistema, mas também articular esta informação com os centros de saúde da área.

“Uma aplicação em termos de gestão hospitalar mais utilizada pelos administrativos mas que neste momento já tem uma componente para além dos administrativos e que faz toda a gestão do processo administrativo do doente, desde a admissão, registo de todos os meios complementares de diagnóstico realizados em termos de anatomia patológica, de patologia clínica... mas esta aplicação acaba por ter uma integração com a facturação e acaba mais por ser de circuito administrativo, com objectivos também de facturação (porque depois temos de facturar aos subsistemas). Em termos clínicos essa aplicação é limitada, não está direccionada para essa área.” ... [Administradora B responsável pela implementação da aplicação de Gestão de doentes e do circuito do medicamento, HPV, Lisboa]

A gestão de doentes permite estudar e avaliar a produção de cada hospital ou serviço, mas é o facto de garantir aos hospitais a facturação de todo, a produção que lhe traz uma maior importância.

Na década de 1990 o Estado, através do então IGIF, tentou implementar em todos os hospitais nacionais as aplicações SONHO, SAM ou SAPE para registos administrativos, médicos e de enfermagem, criando incentivos para esta implementação, nomeadamente a renovação do parque informático. A criação destas aplicações, estratégia do então IGIF, surge da necessidade de

“criar a nível institucional um sistema de informação básico e estruturante que permitisse não só a gestão e controlo do fluxo de utentes como normalizar um conjunto mínimo de dados clínico-administrativos para viabilizar a facturação e produção de estatísticas, para permitir/facilitar as comunicações entre hospitais e centros de saúde. Em termos inter-institucionais, viabilizar a transferência electrónica de dados. É neste contexto que apareceu o software operacional desenvolvido pelo IGIF: o SONHO [...visava...] “no âmbito da dita gestão de utentes, era para assegurar a facturação, garantir que os hospitais estavam a facturar todo o movimento que tinham, conseguir alguns mapas estatísticos standard para a tutela, para o próprio IGIF; queria-se ter a garantia que as estatísticas eram produzidas pelo mesmo sistema para depois serem minimamente comparadas”. [ex-responsável pelos Sistemas de Informação e Comunicação do IGIF (actual ACSS)]

O facto destas ferramentas serem avaliadas pelo Conselho de Administração como muito rígidas em termos organizacionais e sem possibilidade de desenvolvimentos, fez com que o Hospital Pulido Valente nunca tivesse aderido ao SONHO, SAM ou SAPE. Esta posição levou a que surgissem acusações de ser uma administração anti-novas tecnologias:

“até aqui, que nos acusavam de não estarmos a tomar o mínimo partido das novas tecnologias... Ainda agora temos funcionalidades na aplicação que não utilizamos e utilizamos o suporte em papel, para funcionalidades que já existem. De facto, há aqui aspectos que têm a ver

com a complexidade das próprias organizações...” [Administradora A responsável pela implementação da aplicação de Gestão de doentes e do circuito do medicamento, HPV, Lisboa]

A implementação de uma nova aplicação da gestão de doentes, em 2004, visou aumentar o controlo dos registos dos doentes, uma vez que a primeira aplicação tinha uma utilização muito limitada. A opção deveu-se ao facto de terem boas referências do desenvolvimento de aplicações similares noutros hospitais, nomeadamente a experiência do Hospital de Santa Maria.

Ainda que tenha vindo substituir uma aplicação inferior, o processo de implementação foi percebido pelos utilizadores como muito deficiente o que contribuiu para uma adesão menos motivada e mais lenta por parte dos profissionais, ainda que obrigatória.

A aplicação da gestão de doentes permite ainda articular a marcação de consultas nos centros de saúde, o envio de mensagens escritas para o telemóvel dos doentes para avisar das consultas ou exames. De futuro poderá permitir ao doente uma independência na validação da consulta e pagamento das taxas moderadoras e ao médico o acesso à informação que permitirá chamar directamente os doentes para consulta³⁶⁸.

10.1.1.1. Causas e razões

Ainda que seja referido pelos administradores envolvidos no processo, que no hospital se vive uma vontade de mudar e que a iniciativa partiu de vários médicos e chefes de serviço, a implementação desta aplicação deve-se ao facto de o Conselho de Administração querer ter uma ferramenta de gestão de doentes mais funcional e, sobretudo, que permita um maior rigor da facturação associada a cada doente. Note-se ainda a este propósito que é sobretudo entre os administrativos que há menos reflexão sobre quem tomou a iniciativa e a decisão.

Como já foi referido, o HPV era considerado no meio hospitalar como conservador em relação ao uso das tecnologias de informação e comunicação, dado o seu parco investimento nesta área. A este propósito refere o Presidente do Conselho de Administração em funções à data da entrevista:

“Eu acho que os hospitais são um bocadinho pressionados até pelo seu movimento, pela sua complexidade em termos de frequência de doentes e diversidade de doentes, são um bocadinho obrigados a utilizar essas ferramentas novas de informação não é?” [Presidente Conselho de Administração HPV, Lisboa]

Através de experiências piloto bem sucedidas, a aplicação de gestão dos doentes desenvolvida permitiu assegurar o registo de todo o percurso dos doentes, com a possibilidade de mais tarde, acrescentar um módulo de gestão e avaliação de produção. Esta aplicação permitirá uma melhor articulação com os centros de saúde na marcação de consultas (baseadas em quotas das vagas de cada especialidade médica, as agendas dos médicos dos centros de saúde estão disponíveis no sistema informático interno do hospital).

³⁶⁸ De futuro outra ligação possível é com o programa de gestão de altas que está articulado com os cuidados continuados: a intenção é fazer uma articulação entre centros de saúde da zona, de forma a programar e gerir melhor a alta dos doentes.

10.1.1.2. Estratégias de implementação

A formação dada foi avaliada como insuficiente, o que dificultou a adaptação a esta aplicação.

“nós tivemos uma formação curtíssima, foi apenas uma vez num curto espaço de tempo ou seja, assimilar a informação toda de uma vez é muito complicado para depois na prática do nosso dia a dia. Tivemos a CPC cá durante algum tempo, que nos ajudava, mas claro que eles não conseguiam dar vazão a cada um porque nós tínhamos dúvidas e não tínhamos um funcionário da CPC para cada um de nós” [Administrativa da Secretaria Clínica, HPV, Lisboa]

Aliás, há entre os administrativos quem questione a capacidade formativa da própria empresa que implementou a nova aplicação de gestão de doentes.

“mas no processo de mudança de um programa para o outro foi muito complicado porque era muita dúvida, muita pergunta, era muita gente e não sei se o programa seria novo para eles também ou de uma forma geral depende de cada hospital, mas havia ali muita dificuldade. Se calhar mesmo as pessoas da CPC também não estavam preparadas para dar apoio” [Administrativa da Secretaria Clínica, Hospital Pulido Valente, Lisboa]

No entanto reconhece-se a mudança como uma mais-valia.

“porque este programa facilita o sabermos se o doente já chegou e o outro não era assim, agora a partir do momento em que o doente paga consulta, o doente até pode ir dar uma volta, mas nós sabemos que o doente está cá porque passou por lá e no outro não era assim.” [...]

“Depois dá para pesquisar coisas sobre o doente: quando é que cá veio, onde é que esteve, conseguimos saber desde quando é que cá vem, as especialidades que frequenta e os médicos que tem se já teve internamento” [Administrativa da Secretaria Clínica, HPV, Lisboa]

Desta forma, a implementação não é recordada como bem sucedida, mas a utilização da aplicação é avaliada como positiva, contribuindo para uma melhoria organizacional cuja percepção do impacto não se estende aos utentes, isto é, as melhorias são percebidas sobretudo a nível interno à organização.

10.1.1.3. Avaliação da implementação/utilização: mais-valias, obstáculos e estratégias

Os resultados decorrentes da utilização desta aplicação são evidentes e referidos por todos, tanto ao nível da melhor organização do trabalho administrativo como na resposta dada a doentes, familiares e amigos como ainda na preparação da facturação do hospital, com impactos directos no financiamento.

Em termos de avaliação da implementação, ainda que por parte da administração haja a percepção de que o processo de implementação corresse bem e a adesão e receptividade dos profissionais fosse boa, falando com estes últimos, apercebemo-nos que, para além de terem sido identificadas deficiências na formação, também referem a ocorrência de resistências entre os principais profissionais implicados na utilização da aplicação da gestão de doentes – informática,

secretariado clínico (administrativos das consultas externas, do internamento) médicos do internamento³⁶⁹.

“No início não, no início estávamos todos um bocadinho à nora com o programa. Foi muito complicado porque nós estávamos habituados a um programazito que era básico e uma pessoa já fazia aquilo quase de olhos fechados, nós antes de ele pensar já estávamos a carregar na tecla do ecrã a seguir, e depois deparámo-nos com uma coisa completamente diferente e no início tivemos mesmo que lhe dar muita volta e não conseguíamos” [Administrativa da Secretaria Clínica, HPV, Lisboa]

De uso maioritariamente administrativo, os médicos do internamento deveriam ser capazes de dar entrada de um doente que chegasse ao hospital em situação de transferência de outra instituição durante a noite. Salvo exceções residuais de médicos que voluntariamente frequentaram a formação e sabiam mexer na aplicação, perante a ocorrência de uma admissão nocturna os médicos reservavam os papéis do doente para, no outro dia de manhã, os administrativos introduzirem o doente no sistema.

“há muito poucos médicos a trabalhar com o programa. Sei que alguns tiveram formação, quais ou o porquê da escolha não sei, se calhar eram os que estavam mais interessados em utilizar o programa...mas já tem acontecido apanharmos doentes internados pelos médicos, podem faltar imensos dados, mas as coisas vão acontecendo, eles vão conseguindo por os doentes “nas caminhas” deles. [ironia, no programa informático aparecem mesmo camas ocupadas com o nome dos doentes]. Se calhar agora para pedir a medicação, como é por via electrónica têm que o fazer, mas lá vão conseguindo. Mas a grande maioria não usa.” [Administrativa da Secretaria Clínica, HPV, Lisboa]

Perante a falta de resposta da empresa responsável pela aplicação e formação – CPC – os administrativos organizaram uma estratégia de resolução de problemas interna: listavam os problemas mais frequentes e recorrentes e as respectivas formas de resolução que iam sendo propostas e disponibilizaram esta lista a todos os serviços em que a aplicação era usada.

“ou então uns com os outros, se houvesse um colega que tivesse um problema que estava a ter agora, e que nós optámos foi por começar a apontar como é que se faziam as coisas e partilhávamos essa informação para tentar facilitar, se não, não dava.” [Administrativa da Secretaria Clínica, HPV, Lisboa]

10.1.2. Circuito do medicamento

Antes da implementação desta aplicação, os médicos determinavam a medicação através do processo de prescrição manual que era feito através do preenchimento de impressos próprios, dando assim conhecimento à enfermagem e à farmácia. A introdução desta aplicação³⁷⁰, que implica que cada médico tenha o seu computador, permite que a prescrição dos medicamentos seja feita em suporte electrónico.

³⁶⁹ Os enfermeiros não tinham necessidade de usar ou acesso à aplicação.

³⁷⁰ Ocorrida 2 a 3 meses antes da realização das entrevistas e esta instituição.

Após a prescrição médica, a informação é colocada on-line e tanto os enfermeiros como os farmacêuticos podem aceder de imediato à informação, uma vez que o interface entre cada grupo profissional envolvido na prescrição é garantido.

Ainda que a aplicação seja do conhecimento geral e seja percebido por todos como muito útil, poucos são os que sabem quem teve a iniciativa de desenvolver o receituário electrónico. A responsabilidade da iniciativa entre os profissionais que utilizam esta nova forma de prescrever medicamentos é desconhecida, apenas os responsáveis pelos serviços afirmaram ter conhecimento da origem desta iniciativa.

10.1.2.1. Causas e razões

A implementação do receituário electrónico/circuito do medicamento, referenciado entre as boas práticas defendidas pelo Ministério da Saúde³⁷¹ foi da iniciativa do Conselho de Administração, partindo da experiência positiva já adquirida pelos Hospitais Universitários de Coimbra.

Segundo o Presidente do Conselho de Administração, para além das vantagens mais óbvias relacionadas com a qualidade de informação, melhor legibilidade das prescrições e acesso imediato à rede de profissionais envolvidos na prescrição (nomeadamente médicos, enfermeiros que validam e administram e farmacêuticos que elaboram e fornecem) que esta solução permite, o receituário electrónico pode ainda contribuir para a racionalização da prescrição, ou seja, levar a que os médicos, no acto da prescrição, tenham acesso aos medicamentos que podem/devem prescrever, ao formato e às doses em que os medicamentos existem e ao preço respectivo, ou seja, segundo o Presidente do Conselho de Administração, é uma forma de inibir a liberdade de prescrição médica de forma eficaz. Estando associada aos stocks de medicamentos existentes, permitirá ainda calcular consumos por serviço.

“o facto de passarmos a ter maior segurança em matéria comunicacional, isto é, quando eu comunico para a farmácia em suporte papel, transcrito pelo enfermeiro para uma tira, essa tira é recolhida fisicamente por um elemento da farmácia... portanto, reparem nos riscos inerentes a que a informação seja mal transcrita, com riscos inerentes a atrasos (está a farmácia à espera dos pedidos dos medicamentos porque os médicos se atrasam a fazer os pedidos)... este sistema neste aspecto da segurança da informação que corre é muito mais célere e muito mais fiável. [Presidente Conselho de Administração HPV, Lisboa]

“Tínhamos umas folhas de terapêutica, que tinham um duplicado, onde nós prescrevíamos os fármacos a ser administrados. É evidente que cada um tem o seu tipo de letra, algumas das vezes ilegível, e isso muitas das vezes traduzia-se em dificuldade do farmacêutico e da enfermeira e também doutros colegas em decifrar qual o fármaco que estava lá escrito. Isso poderia originar erros na prescrição. A prescrição electrónica como é feita em suporte electrónico não há erro possível”. [Médico A, Hospital Pulido Valente, Lisboa]

“Com essa decisão de pormos a prescrição online, o que nós costumamos dizer é que matamos dois coelhos de uma cajadada. É que um dos grandes problemas que todos os hospitais têm é a

³⁷¹ Note-se que em 2011 em Portugal iniciou-se a prescrição electrónica obrigatória a nível nacional.

grande liberdade de prescrição dos médicos, que não é bom. O princípio da liberdade da prescrição colide com o da qualidade da prescrição. Se eu tenho dez médicos a prescrever antibióticos e cada um prescreve à sua maneira, com certeza que uns estão a fazer mal e outros estão a fazer bem. Portanto nós vamos adoptar as melhores práticas, por isso é que estamos a trabalhar com Coimbra, e a partir deste momento o médico não tem tanta margem de manobra assim, claro que também tem, mas não tem toda a que tinha anteriormente, o que nos facilita a vida do ponto de vista económico uma vez que conseguimos racionalizar o consumo de medicamentos [...] Assim mete-se no computador, é o que lá está, é o que se pode prescrever, mais nada.” [Presidente Conselho de Administração HPV, Lisboa]

Quanto à receptividade dos profissionais envolvidos, para todos os entrevistados é unânime que são os médicos os mais resistentes ao uso do computador e/ou da informática no quotidiano profissional. Este facto observou-se transversalmente ao longo dos discursos analisados e são os próprios médicos a referir que quanto mais novos mais receptivos são. De salientar ainda o facto da resistência à utilização do receituário electrónico poder ter origem no receio de controlo inerente ao registo que esta prática implica.

“Uma grande parte dos profissionais médicos já tem idade superior a 50 anos, estão muito menos receptivos a inovações, a novas tecnologias. Depois talvez o receio de haver um maior controlo. E para além disso as pessoas são um bocado individualistas, não gostam de partilhar os seus doentes, são vários factores [Médico A, Hospital Pulido Valente, Lisboa]

“Da parte dos internos tem sido ótima, mas os mais velhos são mais resistentes. Como eu. A resistência à mudança nota-se mais nos grupos etários mais elevados”. [Médico cardiologista, Hospital Pulido Valente, Lisboa]

É entre os enfermeiros, que se encontra uma maior receptividade ao uso das novas tecnologias, especificamente o receituário electrónico.

10.1.2.2. Estratégias de implementação

De forma estratégica a implementação deu-se de modo faseado, através de experiências piloto, em dois serviços escolhidos pelo seu dinamismo (cardiologia e pneumologia). Segundo a análise da maioria dos entrevistados, o sucesso da receptividade dos profissionais – sobretudo médicos – deve-se, em muito, ao facto dos médicos envolvidos terem sido escolhidos superiormente para o fazer, enfatizando desta forma a importância na escolha dos profissionais inicialmente envolvidos em cada serviço piloto, valorizando-se aqui as características pessoais e profissionais capazes de motivar equipas, transpondo-se o poder simbólico derivado da percepção dos profissionais envolvidos, para a capacidade organizacional de aceitar e integrar a mudança.

Os problemas associados à implementação variam em função do grupo de pertença do interlocutor.

Assim, se para o conselho de administração, num misto de problema técnico e burocrático, a maior dificuldade no processo de implementação foi a criação de listas de medicamentos para cada especialidade, tendo sido usada como base a listagem desenvolvida nos Hospitais Universitários de

Coimbra³⁷², já para os profissionais envolvidos, as principais complicações surgiram da insuficiência da formação e apoio à utilização e das quebras de sistema ou da falta de medicamentos em stock.

A formação tendo sido da responsabilidade da empresa que criou e desenvolveu a aplicação, foi referida por todos como problemática: a administração referiu a dificuldade na programação devido a problemas com a rotatividade dos profissionais e os profissionais visados referiram que esta foi escassa e muito superficial. Inicialmente pretendeu-se juntar todos os grupos profissionais envolvidos para que se percebesse todo o circuito.

A falta de formação e de criação de bases de conhecimento informático que permitisse uma utilização óptima da aplicação, são apontadas como estando na origem das dificuldades inerentes à (não)utilização do receituário electrónico nos serviços que, para além das experiências piloto, já têm a aplicação e ainda não a usam.

10.1.2.3. Avaliação da implementação/utilização: mais-valias, obstáculos e estratégias

O resultado da utilização do receituário electrónico ainda não pode ser avaliado devido à sua existência precoce. No entanto, nas palavras da administradora responsável pela implementação do receituário os resultados já são evidentes:

“Nós ainda estamos numa fase do projecto em que estamos a implementar, ainda não temos grande avaliação de resultados, nomeadamente da logística e da farmácia. Já estamos a fazer alguma dessa avaliação e análise mas neste momento já temos dificuldade em implementar, ainda mais em monitorizar. Mas há logo vantagens e resultados que são muito visíveis: por exemplo, na logística, em termos dos tempos que demoram os processos (isso consegue-se avaliar), a própria diminuição dos custos dos medicamentos.” [Administradora A responsável pela implementação da aplicação de Gestão de doentes e do circuito do medicamento, HPV, Lisboa]

Para além dos resultados decorrentes do uso desta aplicação, são várias as observações que o processo de implementação e uso recente podem gerar. Neste sentido, um resultado imediato da implementação do receituário electrónico foi o aumento do número de computadores existentes no hospital, para dar resposta ao aumento da necessidade de utilização dos computadores.

Outro resultado refere-se aos ganhos da gestão dos tempos dos profissionais, ou seja, como a aplicação permite que todos os profissionais envolvidos na prescrição acedam à informação de forma legível e imediata, faz com que cada profissional (sobretudo enfermeiros e farmacêuticos) possa gerir melhor os seus tempos e optimize a sua produção.

Tal como na implementação da aplicação de gestão de doentes, também na curta utilização do receituário electrónico os profissionais, estrategicamente, de forma consciente ou não, se unem em torno das dificuldades inerentes à utilização, tal como refere este enfermeiro em relação ao que observa dos médicos.

³⁷² Como se poderá confirmar um pouco mais à frente, também no caso da análise do Receituário Electrónico na região de Portalegre, se refere o facto de as listagens de medicamentos disponíveis e os formatos e dosagens respectivas serem um dos maiores problemas na implementação.

“Portanto eles sabem que escusam de fazer em papel, agora o que fazem é que muitas vezes chamam o colega do lado ou o enfermeiro, que muitas vezes nem tem formação para a prescrição e portanto não sabe, mas acaba por ser muitas vezes as enfermeiras a dizer: “Faça assim, faça assado...” Alguns já dominam porque vamos partilhando muito estas coisas e principalmente nas tardes e nas noites e nos fins-de-semana em que há menos apoio, digamos assim, as pessoas acabam por partilhar mais as suas dificuldades e acaba por haver uma grande inter ajuda, eu até acho que é importante porque estas dificuldades até acabam por estreitar laços e acho que isso acaba por ser um aspecto positivo. [Enfermeiro-Chefe Serviço Piloto, HPV, Lisboa]

Problemas específicos foram levantados pelos entrevistados como situações problemáticas pontuais, mas que carecem de solução para que surja uma utilização plena do receituário electrónico em todo o hospital.

A primeira é levantada pela responsável da farmácia e prende-se com os horários de administração dos medicamentos. A segunda, identificada por um médico, relaciona-se com o facto dos médicos que fazem urgências internas não terem tido formação e não saberem fazer prescrições de forma electrónica. Por fim, uma apontada por um enfermeiro, refere-se à adequação da prescrição às tomas única do bloco operatório.

Este pequeno levantamento de problemas concretos, relatados por quem está no terreno mas não tem voz, identifica pequenos pontos de entropia que por certo seriam de fácil resolução, demonstrando a importância da comunicação numa organização e os impactos que a sua ausência ou falta de fluidez implica.

10.1.3. HPV: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde

Quando questionados sobre as razões que estariam na génese de uma fraca utilização das TIC na área da saúde (se na verdade a considerassem fraca³⁷³), os entrevistados do Hospital Pulido Valente referem no topo da lista a falta de dinheiro como a principal razão, uma vez que a maior fatia dos orçamentos da saúde são direccionados para o tratamento dos doentes³⁷⁴.

As aplicações informáticas são percebidas como aquisições muito caras e com elevados custos de manutenção e de formação, nem sempre acompanhadas da qualidade e da funcionalidade inicialmente expectada.

Aqui, tal como defende o Presidente do Conselho de Administração, a evolução da relação médico-doente em Portugal não está a acompanhar as potencialidades do uso da TIC por incapacidade de liderança e por ignorância dos profissionais. Procurando adaptar as aplicações à realidade e necessidades médicas, há falta de sentido crítico dos decisores nomeadamente na aquisição de sistemas, tecnologias e aplicações que não se prestam à funcionalidade inicialmente pretendida ou não permitem interface com outras aplicações. A administração, tal como alguns

³⁷³ Note-se a este propósito que a responsável da farmácia não considera que haja uma fraca implementação das TIC na área da saúde em Portugal, considera que os projectos das TIC são lentos e só ganham impacto e dimensão com o tempo.

³⁷⁴ Hospitais com o modelo de gestão EPE têm maior autonomia de gestão e administrativa, permitindo tratar os doentes em função destes e não em função dos profissionais, uma vez que recebem (facturação) por produção. (sistema utente-centrado por oposição ao anterior modelo considerado mais orientado para os profissionais de saúde).

clínicos, apontam também como uma das razões para a fraca utilização das TIC no sector da saúde a falta de qualidade dos profissionais informáticos, isto porque a saúde é um sector específico, com particularidades próprias, sendo difícil encontrar profissionais que conciliem o domínio técnico com conhecimentos sobre o funcionamento do sector.

Para além deste problema organizacional, grande parte dos entrevistados – sobretudo clínicos – refere a falta de capacidade de liderança, de organização e de mudanças de hábitos profissionais como estando na génese da fraca utilização das TIC no sector da saúde. Assumindo por um lado a falta de “cultura web”³⁷⁵, mas mostrando-se resignados – sobretudo alguns médicos com mais de 50 anos – a aceitar a sua pro-actividade nesta mudança. Associada a esta razão, a falta de conhecimento informático, sobretudo por parte dos médicos com mais idade, é apresentada também como uma das razões para a fraca implementação das TIC na área da saúde. A necessidade de formação – quer no âmbito específico de uma aplicação ou mais genérico na aproximação dos profissionais ao uso dos computadores e das suas funcionalidades – também é referida como uma das razões para a fraca adesão às TIC no sector da saúde.

Outra razão indicada remete para a (des)confiança na informática. Ainda sem muita história, as aplicações informáticas desenvolvidas nos hospitais portugueses, no decorrer dos processos de implementação e adaptação à realidade, têm apresentado algumas falhas que, mesmo colmatadas, geram entre os profissionais envolvidos alguma desconfiança e descrédito na capacidade de informatização dos processos na área da saúde, aumentando a sua relutância em integrar as TIC nas suas práticas profissionais e a sua resistência à mudança.

Quadro 10.2.: Resumo Hospital Pulido Valente

Aqui a opção pelo uso das TIC nos hospitais é ponderada, que as TIC não são consideradas uma receita mágica, podendo mesmo até ser um veneno, uma vez que só ajudam se houver capacidade crítica na escolha e no processo de implementação. A capacidade dos decisores foi considerada determinante.

Valorizando a experiência dos HUC e do HSM, aproveitaram o *know-how* acumulado nestas instituições no âmbito do receituário electrónico (circuito do medicamento) e da aplicação de gestão de doentes, respectivamente.

Assim, após vários anos sem implementar nenhuma aplicação ou TIC, no HPV implementou-se uma nova aplicação para a gestão de doentes e o receituário electrónico (circuito do medicamento).

Do receituário electrónico esperava-se a redução de custos pela inibição da prescrição livre³⁷⁶.

Permite desburocratizar e agilizar o processo, melhora a qualidade informação, reduz os erros, permite ainda controlar a liberdade de prescrição, confirmando que as TIC proporcionam formas de controlo da actividade profissional.

³⁷⁵ Expressão da autoria do entrevistado *webdesigner* do IPO, que será analisado posteriormente a propósito do site institucional.

³⁷⁶ A utilização do receituário electrónico foi um dos imperativos da Troika no sistema nacional de saúde português uma vez que é uma forma efectiva de 1) reduzir custos mantendo a qualidade, 2) monitorizar os gastos em medicamentos.

A gestão de doentes permitiu melhorar a qualidade da facturação, o registo, o acompanhamento e as formas de procura de dados administrativos dos doentes.

A iniciativa de ambas as aplicações TIC foi do presidente do Conselho de Administração e a implementação foi percebida, nos dois casos, como tendo uma liderança moderada ou fraca. Em relação ao receituário electrónico, observou-se que nem todos os profissionais tinham conhecimento da iniciativa ou da origem desta.

O processo de implementação das duas aplicações foi partilhado pela administração, pela CPC – empresa contratada – e ainda pela farmácia hospitalar no caso do circuito do medicamento.

A formação, responsabilidade da CPC nas duas TIC consideradas, foi percebida como insuficiente e superficial, sendo referido um enorme desacompanhamento no processo de implementação.

Entre os entrevistados é unânime: são os médicos os mais resistentes ao uso de computadores por falta de conhecimento e/ou medo de controlo e de exposição ao erro.

Os relatos de dificuldades ao longo dos processos de implementação evidenciam a necessidade e a importância de ouvir os profissionais envolvidos no planeamento, ao longo da implementação e do uso das TIC.

Curioso o facto de os profissionais se unirem para contornar obstáculo numa estratégia informal (partilha de lista de problemas e principais soluções).

Uma comunicação vertical insuficiente ou inexistente foi evidente na análise desta instituição.

10.2. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA: CONSTRUÇÃO DO SITE INSTITUCIONAL (E USO DA INTRANET)

Num cenário de excelência clínica, ainda que sem previsão para a data da implementação, a construção do portal, da iniciativa do recém-chegado presidente do Conselho de Administração³⁷⁷, resulta da importância de criar um local – inexistente à data da realização das entrevistas – onde haja informação sobre o cancro, filtrada pela qualidade, podendo possibilitar o contacto com os médicos. Serviria de “espaço” para informar, esclarecer e formar utentes e doentes sobre o cancro e formas de prevenção, de modo a desmistificar o preconceito e estigma que ainda há acerca esta doença e também para promover as actividades do IPO Lisboa.

Embora usando o IPO como fonte, a construção desta página institucional³⁷⁸ poderia funcionar em parceria com outras entidades, como por exemplo a Gulbenkian, instituição da qual o IPO depende para a realização deste projecto.

Uma vez que se tratava de um projecto quase em fase de execução, mas ainda interno à administração, foi-nos pedido que ao longo das entrevistas com outros profissionais não fosse referido o ponto em que este projecto de encontrava. Na verdade, aquando da realização das

³⁷⁷ À data da realização da entrevista. À data da escrita destas palavras já não se encontra neste cargo.

³⁷⁸ Que seria desenhada e desenvolvida por uma empresa exterior, em regime de *outsourcing*.

entrevistas, percebemos que alguns os profissionais – incluindo um administrador³⁷⁹, uma assessora geral e a secretária geral – nem tinham conhecimento desta intenção.

Tirando este projecto, o IPO de Lisboa, no âmbito da utilização das TIC na sua actividade, contava com o uso da intranet para troca de informação e para a marcação de consultas, com o uso de correio electrónico (ainda que sem possibilidade de aceder de forma remota) e com o uso internet ligada a sites de bibliotecas exteriores possibilitando a realização de pesquisas.

À data da entrevista o presidente do IPO estava a analisar qual o tipo de tecnologia a escolher para tornar generalizado o acesso dos profissionais ao correio electrónico.

O IPO de Lisboa contava apenas com uma aplicação de registo administrativo³⁸⁰ semelhante à do SONHO que foi considerada uma aplicação obsoleta e sem *up-grades*, mas como o próprio Director do Serviço de Informática afirma:

“haver “festas e desgarradas” a pretexto dos serviços de informação não faz parte dos princípios desta casa. Devem haver coisas integradas e não autónomas, podem haver vários links dentro dum site e não coisas dispersas. Um site que ligue os serviços do IPO que ligue esta instituição aos utentes será um projecto que estará na nossa cabeça, mas que se encontra num estado ainda embrionário” [Director Serviço de Informática, IPO, Lisboa]

Ainda que a maior parte dos entrevistados considere o SONHO uma ferramenta fraca, desactualizada e desajustada às necessidades da realidade em que é usado, também encontramos quem lhe reconhecesse valor:

“mas eu falava com as pessoas sobre isso e elas chamavam-lhe todas o pesadelo, e eu uma vez vi num colega meu do Garcia de Horta e o programa não era assim tão mau, o programa em si não era mau de todo, o programa aparentemente estava bem estruturado, era uma coisa que não tinha bugs, estava limpo e funcionava. Só que em 2004 que foi quando eu o vi, era um programa que tinha uma câbula enorme só com teclas de função: “para ir para ali carregue em F12, para fazer isto em F1”, portanto nem ambiente windows, aquilo é um ecrã azul com letras amarelas. E isto parece que é uma porcaria, mas depois quando as pessoas em casa a brincarem, para irem à net trabalham com determinado ambiente, e chegam ao serviço e lhe espetam com um ecrã azul com letras amarelas e uma câbula de 24 teclas de função...a aplicação até pode ser boa, mas não funciona e acho que isto é o principal problema na saúde”. [Director do Serviço Farmacêutico, IPO, Lisboa]

Assim, ainda que se abordasse a questão do site institucional sempre que fosse oportuno e ficasse claro que o entrevistado teria uma opinião sobre esta temática, a análise desta instituição centrou-se no uso da intranet. Porém, como teremos oportunidade de analisar de seguida, e tal como a dispersão física do próprio instituto, ao longo das muitas entrevistas realizadas a diversos profissionais de variadas carreiras percebemos que a comunicação vertical no IPO Lisboa escasseava (ou era inexistente) e que co-existiam várias estratégias e projectos semelhantes ou opostos, cruzados apenas pelo poder das fontes e iniciativas diferentes.

³⁷⁹ Cujo gabinete se situava num pavilhão destacado, isolado e distante do corpo central do edifício.

³⁸⁰ Que permite marcar consultas, pedir e agendar exames.

10.2.1. Causas e razões

Foi junto do webdesigner do gabinete de audiovisuais³⁸¹, que trabalhava na mesma sala que a técnica de audiovisuais entrevistada, que encontramos o criador da intranet do IPO. A criação da Intranet foi a primeira parte de um projecto que visava a criação de uma página institucional na internet.

Ressalva-se que durante a entrevista – realizada em 2006 – a técnica de audiovisuais referiu que o facto de o IPO Lisboa ser o 1º resultado para a pesquisa Google com a entrada “cancro” indica que o IPO teria um “sítio” de excelência para responder às necessidades dos doentes e população em geral. Em 2007 foi criado o site³⁸² do IPO Lisboa que actualmente existe e que veio colmatar esta necessidade.

A carência e a importância desta informação (educar, esclarecer e informar doentes e utentes), se abordada, foram referidas por quase todos os entrevistados³⁸³, podendo contribuir para melhorar a comunicação entre médicos e doentes. Neste sentido, foi junto dos enfermeiros que esta necessidade foi mais manifesta, justificada pelo facto de na sociedade da informação em que nos situamos, os doentes procurarem cada vez mais informação e terem cada vez mais portas de acesso a ela, pelo que seria essencial que o IPO desenvolver-se uma fonte segura de transmissão de informação correcta.

“acho que fazemos das pessoas mais ignorantes do que aquilo que elas são, porque julgamos que as pessoas que estão à nossa frente não estão na posse da informação, mas já estão na posse da informação porque já está na internet e nós às vezes há um choque porque achamos que a pessoa não tem conhecimento e falamos com ela como se não tivesse conhecimento, e muitas vezes não se diz nada mas estamos perante uma pessoa que está na posse da informação se não toda pelo menos de uma parte da informação. O que eu acho que poderia ajudar muitas vezes nos poderia ajudar e em vez de ser um aspecto negativo em vez do aspecto positivo, porque se uma pessoa já tiver a informação eu acho que mais facilmente nós conseguimos completar essa informação e esclarecer dúvidas que muitas vezes não se conseguem esclarecer, mas também acho que os próprios profissionais também não aproveitam esta potencialidade. [Enfermeira Directora, IPO, Lisboa]

O projecto referido pelo Webdesigner foi planeado estrategicamente, de forma a começar numa estrutura interna “à casa” para depois, a partir da experiência na gestão e inclusão de conteúdos, se alargar para o exterior. Este projecto foi aprovado em 2000 e congelado pela mudança de administração.

Segundo este entrevistado, já em 1995 conjuntamente com o registo oncológico e o gabinete de informática, esteve prevista a passagem de vários conteúdos – disponíveis em panfletos, filmes, e apresentações – para formato Web visando a disponibilização num site institucional, mas esta iniciativa também não se desenvolveu.

³⁸¹ Ao longo da entrevista em jeito de desabafo, este profissional referiu-nos até que o próprio nome do gabinete é incongruente uma vez que eles gerem conteúdos e não audiovisuais.

³⁸² Desenvolvido em *outsourcing*.

³⁸³ Que iam caracterizando o site/portal em função do que achariam mais adequado. Foram defendidos vários modelos de natureza mais ou menos interactivos, com opção de esclarecer dúvidas, entrar em contacto com profissionais, falar com serviços/linha de apoio, não sendo também consensual a decisão de que conteúdos específicos deveriam ser disponibilizados nem de quem seria a responsabilidade de os actualizar.

10. *O Uso de Diferentes TIC em Diversos Hospitais:
Análise de 6 Estudos de Caso*

“As pessoas sabem que por exemplo em Maio passado havia um site pronto para passar para on-line, só que em Maio mudou a administração e dos SA passamos para a administração EPE. Ou seja estamos na iminência de ter um site do IPO há pelo menos seis anos, eu até diria há mais porque desde 1996 ou 1997 que se pensa nisso, e há vontade para isso, de criar uma equipa, de pegar nas pessoas que têm cá no IPO e fazer isso” [Webdesigner, IPO, Lisboa]

Desconhecendo se a actual administração sabe deste projecto, ainda que tente dar a conhecer este percurso do IPO na criação de um site institucional, este entrevistado garante que no IPO de Lisboa há profissionais (informáticos e do gabinete de audiovisuais) motivados, capazes e equipamento suficiente para desenvolver uma página institucional.

Sendo o único profissional responsável pela manutenção e gestão de conteúdos da Intranet considera que a adesão foi boa, mas é muito crítico em relação à forma como os conteúdos são e poderiam ser geridos:

“a intranet começou a funcionar e depois deixou de funcionar o que lhe daria continuidade, as pessoas puseram aquele marco, pronto está lá a bandeira e pronto, não houve continuidade. As pessoas utilizam, mas interessam-se também por outras coisas, não só pela informação que lá está, isto acaba por ser um bocado secante.” [...].

“Se houver uma base e desde que se veja que há trabalho a desenvolver, e apesar de haver uma utilização elevada da intranet, ainda não é uma utilização como nós queríamos que fosse e faz falta haver serviços que possam actualizar os conteúdos, e isso não está ainda feito, mas agora isso não depende de nós, muito menos de nós apenas com uma pessoas a trabalhar.” [Webdesigner, IPO, Lisboa]

A referência à falta de uma equipa de trabalho, mas apenas um profissional, é recorrente na entrevista e este isolamento já se traduziu na falta de representação do IPO na criação do portal sobre o cancro, desenvolvido com Hospitais da Unidade de Missão.

Por outro lado, quando falámos com o Assessor Informático e com o Director do Serviço de Informática encontramos outra perspectiva: que a criação do site institucional está planeada mas dependente de directrizes do Ministério da Saúde pelo que os conteúdos a incluir ainda não estão definidos, não contando o IPO recorrer aos seus profissionais para criar e desenvolver o site, sendo indispensável recorrer ao *outsourcing* para a execução destes serviços.

“penso que essa é uma área que deve ser dada a parceiros em outsourcing, portanto tudo o que tenha a ver com desenvolvimento aplicacional estrategicamente e dou a minha opinião não deve ser feito nesta situação, pelo menos no que respeita à implementação. No que respeita à manutenção da estrutura vai depender da complexidade da mesma”. [Assessor Informático, IPO, Lisboa]

Em relação à Intranet o Assessor informático defende mesmo que, a existir, esta deverá ser descentralizada e a gestão dos seus conteúdos desenvolvida pelos membros conectados.

Aquilo que eu defendo que deve ser a alimentação dos conteúdos na intranet é de forma descentralizada, pelo menos numa primeira fase devemos descentralizar toda a informação que é lá descarregada pelos nossos grupos que estão envolvidos e dispostos a colaborar, sendo que

obviamente depois há um processo de autenticação e verificação da informação a colocar lá, mas defende que deve ser feita de forma descentralizada e não criar um núcleo de profissionais só destinados a alimentar essa produção.[...] Neste momento a nossa intranet e a forma como ela está desenvolvida obriga a que isto que eu acabei de dizer não esteja a ser feito na prática, ou seja a forma como ela está desenvolvida obriga que quem necessita de colocar lá informação requer que essas pessoas dirijam essa informação a um grupo restrito de pessoas que só elas têm a capacidade e o conhecimento para colocar lá essa informação. E neste modo as coisas estão centralizadas. E é isso que esperamos vir a alterar com a implementação de um novo portal que ocorrerá no próximo ano, e que vai permitir, o próprio instrumento em si, este tipo de interacção e de descentralização na colaboração dos profissionais” [Assessor Informático, IPO, Lisboa]

Num edifício completamente autónomo e algo distanciado, a responsável pelo Registo Oncológico Regional reitera a necessidade de se criar uma página institucional sobre o cancro para utentes, acrescentando ainda a mais-valia de haver outra página para apoiar os profissionais na codificação dos vários tipos de cancro, uma vez que esta informação é determinante no estudo do cancro em Portugal. Defende que a motivação dos profissionais para aderirem à utilização e actualizarem os conteúdos depende das direcções, assumindo assim o seu papel activo nesta dinâmica, usando o exemplo da criação da base de dados sobre o registo oncológico, nos anos 90:

“Nós fomos a primeira rede na área da saúde, no sentido de termos uma rede mesmo, estamos em rede e disponíveis a todas as instituições da sub-região sul que acedem à intranet da saúde através do IGIF. Eles acedem aqui, à nossa base de dados interna e nós acedemos às bases de dados internas deles e fazemos o download dos registos. Que eu saiba não existe mais nada, mais registos no âmbito da saúde. É evidente que para nós e para mim seria muito agradável se o ficheiro clínico estivesse informatizado se todas as unidades de anatomia patológica estivessem informatizadas e utilizassem todas o mesmo software, se as farmácias hospitalares estivessem todas informatizadas e tivessem todas o mesmo software, porque o estar informatizado só, não chega, têm que ser compatíveis...” [Responsável Registo Oncológico Regional, IPO, Lisboa]

10.2.2. Estratégias de implementação/utilização

A implementação da intranet, como já foi referido, resultou de um faseamento de um projecto maior, que foi deixado a meio devido às mudanças do Conselho de Administração.

Uma vez que a intranet é a *home page* dos computadores do IPO Lisboa, todos os profissionais que acedam à Internet a usam.

Ainda que entre os entrevistados seja consensual o reconhecimento da utilidade da intranet na partilha de conhecimento, na prática, as opiniões divergem quanto à sua existência geral para todo o IPO e mesmo quanto à sua utilização.

Estrategicamente, a actual assessoria Informática defende que a intranet deve ser descentralizada e gerida exclusivamente pelo conjunto de profissionais implicados no grupo, deixando desta forma de ser a *home page* do IPO.

De uma perspectiva mais global todos os entrevistados referem que a utilização de TIC no IPO Lisboa está, em muito, dependente dos conhecimentos informáticos dos profissionais da saúde e da existência de computadores em número suficiente.

Quanto ao números de computadores, apesar de alguns entrevistados terem referido não existir um computador por profissional, a administração defende que o rácio prof./computador não se pode estabelecer de forma linear, uma vez que deve ser também relacionada com turnos e com a assiduidade.

“Portanto, quando têm, têm um computador que nalgumas situações está obsoleto e que portanto têm muitas dificuldades e não vamos dizer ao médico que do seu gabinete para ir para a secretaria, porque o computador está na secretaria, para dizer à administrativa que está no computador para sair para ele ir fazer o registo...para que as coisas funcionem têm que se criar as condições para que elas funcionem.” [Responsável Registo Oncológico Regional, IPO, Lisboa]

“O rácio não pode ser visto tanto à luz da quantidade, mas mais com a assiduidade e acho que é um indicador que não está definido. E em termos de acessibilidade todos os nossos profissionais neste momento têm ou podem ter acesso a um computador e a um ponto de intranet, ou que está num posto administrativo, ou que está num gabinete dos médicos ou num gabinete de consulta”. [Administrador, IPO, Lisboa]

Quanto à aquisição de conhecimentos, muitos afirmaram que o principal problema não se centra na tecnologia, mas nas pessoas.

“A maior parte das pessoas em Portugal as pessoas utilizam telemóvel, aliás há mais telemóveis que pessoas, e os telemóveis não são mais do que computadores, eu acho que é uma questão de cultura se as pessoas perceberem que aquilo é uma coisa útil e que pode mudar as suas vidas, pode ser um incentivo a que a sociedade ande para a frente e não o contrário, não olharem para aquilo como uma ameaça, porque eu acho que a tecnologia é vista como uma ameaça. Mas isto não depende só das pessoas, mas das pessoas que têm capacidade de decisão de mostrar e de tornar as coisas inteligíveis, portanto maior problema é esse, as pessoas vêem uma tecnologia estrangeira e não percebem nada, mas aquilo bem explicado às pessoas, que o caminho é por ali e que realmente têm vantagens, eu acho que as pessoas depois percebem e já vai ser mais fácil introduzir as coisas”. [Webdesigner, IPO, Lisboa]

A perspectiva de que a implementação e o uso das TIC no IPO Lisboa está directamente relacionada com os conhecimentos informáticos na óptica do utilizador³⁸⁴ por parte dos profissionais de saúde e que no IPO Lisboa os profissionais têm fracos conhecimentos neste domínio, é partilhada por vários entrevistados. Por já ter sido identificada esta necessidade, o serviço de informática do IPO e o centro de formação desenvolveram formações que visaram dar aos profissionais as competências necessárias para utilizar as TIC.

“o próprio centro de formação aqui do IPO desenvolveu há uns anos formação específica sobre novas ferramentas nomeadamente sobre a internet e o correio electrónico.” [Director Serviço de Informática, IPO, Lisboa]

³⁸⁴ A que os entrevistados se referem de várias formas, desde apetências, competências, conhecimentos

Porém é também bastante consensual, sobretudo entre profissionais de saúde, que para além da necessidade de formar e aumentar competências informáticas, cabe à direcção explicar as vantagens e motivar os profissionais o que, dada a dimensão do IPO, é visto como uma tarefa bastante complicada.

“É que cabe à própria instituição motivar as pessoas para uma utilização, tem que partir de cima a orientação sobretudo até junto dos que resistem mais, de que há benefícios grandes em utilizar certo tipo de equipamento, não se consegue convencer as pessoas se não lhe dermos os benefícios lógicos dessa mudança...mas isso passa-se com os meios de comunicação como se passa com outra coisa qualquer. E acho que cabe um bocadinho à administração explicar porque é que estas mudanças devem ser feitas, e além disso têm que ser feitas com calma em instituições que têm 1200 funcionários. Não os podemos juntar todos numa sala e dizer agora ouçam-nos. Se nós temos 1200 funcionários todos com horários desfasados, que mudam de 4 em 4 horas, a situação complica-se.” [Assessora Geral, IPO, Lisboa]

10.2.3. Resultados da utilização: principais obstáculos e estratégias

Mais uma vez os médicos são identificados como o grupo onde se encontram as maiores resistências e obstáculos à utilização das TIC na prática profissional. Note-se a este propósito que o Director da Cirurgia Geral na sua entrevista referiu mesmo que apenas 40% a 50 % dos médicos usam computador na sua prática profissional.

“No sítio em que eu estava, usavam muito pouco, mas dizem que há outros serviços onde os médicos têm mais esse hábito, mas de uma maneira geral fazem muito pouco uso das tecnologias de informação e comunicação. Para ser sincera eu acho que é por algum comodismo, porque apesar de haver pessoas diferentes, com mais ou menos facilidade todos aprendemos a mexer nestes meios tecnológicos, e vemos os médicos a prenderem coisas mais difíceis mais rapidamente.” [Secretária Gabinete Jurídico, IPO, Lisboa]

O efeito geracional é ainda referido como muito importante. Ou seja, são os profissionais mais velhos que são referidos como os menos receptivos, sobretudo os médicos mais velhos³⁸⁵.

“Os médicos embora intelectualmente talvez pudessem avançar, uns estão ainda numa fase anterior e têm alguma resistência, mas eu penso que os mais novos não têm esse problema até porque a comunicação hoje é universal. Todos os médicos mais novos já utilizam a internet como fonte de pesquisa, até aí aos quarenta anos toda a gente utiliza e não acho que seja complicado.” [Responsável Registo Oncológico Regional, IPO, Lisboa]

Neste sentido, ainda que reconhecendo que as aplicações informáticas de apoio à prática clínica não sejam *user-friendly* e contenham problemas que dificultam a sua utilização e impliquem a perda de tempo útil numa consulta.

“nós temos um sistema de informação de pastas para a Imagiologia, onde se monopoliza quase toda a parte, onde se fazem os relatórios clínicos, os exames e penso que ainda hoje não está a ser utilizado, embora seja relativamente recente nota-se alguma resistência da parte de alguns clínicos em usar essas...a liberdade da tecnologia antiga que era a gravação do tac para uma

³⁸⁵ Uma enfermeira acrescenta mesmo que a estratégia destes profissionais será resistir ou aumentar os pedidos de ajuda às secretárias de unidade, passando estas a desenvolver, enquanto puderem, a acumular estas tarefas.

cassete e o relatório que depois era transcrito por um dactilógrafo para um formato electrónico e validado pelo médico, para uma nova etapa que passa pela transcrição do próprio médico para um computador que automaticamente faz a tradução do que o médico está a dizer em tempo real podendo este corrigir o que eventualmente puder estar mal traduzido, mas portanto há alguns médicos que têm alguma resistência a usar este tipo de tecnologia.” [Assessor Informático, IPO, Lisboa]

A este propósito o presidente do Conselho de Administração refere que as aplicações das TIC no sector da saúde estão a ficar “contaminadas” pelo descrédito dos profissionais, uma vez que, devido a várias razões, são frequentes os projectos que nascem no papel mas nunca se implementam ou se iniciam e não se acabam, ou não funcionam como inicialmente planeado.

“portanto, as pessoas já participaram ou têm participado em tantos projectos destes que já não acreditam que vá para a frente.” [Presidente Conselho Administração, IPO, Lisboa]

10.2.4. Do bottom ao up : as expectativas dos profissionais

Tal como aconteceu no Hospital Pulido Valente, também no IPO Lisboa a falta de comunicação entre profissionais é uma constante, sobretudo entre a direcção e os profissionais de saúde, agravada pela separação que a dispersão física entre os vários edifícios e serviços gera.

Assim, tendo entrevistado diversos profissionais de variadas carreiras e serviços, fomos percebendo que alguns profissionais, por quererem melhorar as suas práticas profissionais, tinham conhecimento de aplicações e sistemas de informação que gostariam de ver desenvolvidos nos seus serviços, traduzindo-se estes em mais-valias na prática profissional e/ou em ganhos para o IPO.

Nestes casos as iniciativas parecem seguir uma ordem inversa à mais tradicional *up-bottom*, onde a Administração quer ver desenvolvido um determinado projecto. Aqui, são os profissionais – geralmente responsáveis – que, mediante as suas necessidades, procuram soluções que propõem à Administração para aprovação.

A par do director dos serviços farmacêuticos que refere que gostaria de ver concluído o projecto do receituário clínico electrónico,³⁸⁶ que poderia trazer elevados contenção de custos ao IPO uma vez que os gastos com medicamentos são muito elevados e pouco controlados, encontramos a enfermeira responsável pela esterilização que gostaria de ver implementada uma aplicação para a localização de material. A proposta foi feita à administração mas, à data da realização da entrevista, ainda não contava com uma resposta.

“Pedi um novo programa, um sistema de software que ajudava muito a organização do trabalho aqui porque rentabilizava o pessoal e os rentabilizava os recursos, tinha inúmeras vantagens e de facto não foi implementado ainda. [...] É um sistema que faz a leitura óptica do material cirúrgico, não é bem um código de barras, mas é algo semelhante. E de facto, todo o material que entra aqui, em vez de ser olhado e registado e depois há erros no registo do nome, aquilo faz a leitura, inclusive se há dúvidas, no ecrã aparece o dispositivo que é identificado, diz-nos por onde é que entrou, por onde é que sai, a que horas sai, quem é que manuseou, dá-nos tudo,

³⁸⁶ Em que um médico do serviço desenvolveu uma macro que, em função do peso e da altura do doente, calcula de imediato as doses e os preços de cada medicação.

toda a informação. Dá-nos para fazer depois toda a contabilidade, para imputar custos...é ótimo". [Enfermeira responsável pela Esterilização, IPO, Lisboa]

O Director do Serviço de Informática refere também a necessidade, cada vez mais urgente, de o IPO Lisboa se articular informaticamente com a rede de cuidados primários devido à pressão crescente da procura dos cuidados oncológicos.

Na sequência do uso da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem no registo da actividade de enfermagem, a enfermeira Directora defende a necessidade de implementação do processo clínico electrónico, aliás defendido por vários outros entrevistados ao longo dos vários contactos estabelecidos.

Assim, ainda que ao longo das conversas surgissem várias vezes referências a aspectos que poderiam ser alvo de melhoria, estas foram as manifestações mais assertivas de vontade de trazer algo de novo e melhor ao IPO Lisboa.

Desta forma resulta óbvio para nós que, de uma forma geral, os profissionais têm expectativas e procuram participar nos projectos futuros do IPO em geral e dos seus serviços em particular.

10.2.5. IPO: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde

No IPO Lisboa são várias as razões apontadas para existência de uma fraca implementação das TIC na área da saúde em Portugal. Transversal a todos é se tratar-se de processos lentos e sem retornos imediatos.

A razão mais referida é a de ordem financeira. Assim, quer por as TIC serem associadas a custos elevados, como por a saúde ser um sector onde é necessário cortar nas despesas³⁸⁷, a falta de dinheiro para implementar e manter as aplicações, sistemas de TIC é a causa mais referida entre os entrevistados.

Outra razão apontada reporta a factores culturais³⁸⁸ e refere-se à incapacidade (a nível nacional) em mudar hábitos de trabalho, quer devido à falta de liderança, como à falta de motivação dos profissionais, ou à falta de reconhecimento das vantagens proporcionadas por este tipo de ferramentas. A falta de competências dos profissionais para saber usar as TIC na sua prática profissional é também referida como um factor de entropia, tendo sido referida também a falta de formação.

A (in)existência de computadores suficientes parece ser uma questão polémica, havendo quem defenda que a escassez do parque informático contribui para a fraca utilização das TIC no sector.

A falta de apoio da tutela (seja ela percebida como o Ministério da Saúde, a ARS, a DGS ou a ACSS – referido na maioria das vezes como IGIF), ainda que esta promova e defenda o uso das TIC no sector da saúde como se comprovou na análise dos Programas de Governo, foi também uma

³⁸⁷ O desenvolvimento do uso da TIC no sector da saúde é considerada como supérflua entre alguns entrevistados – sobretudo médicos e enfermeiros.

³⁸⁸ Expressões como “falta de cultura web” (webdesigner), ou “falta cultura do registo” (administrador) foram encontradas ao longo das entrevistas.

razão referida. Esta afirmação, ainda que pareça ambígua, explica-se pelo facto de a tutela defender o uso das TIC na área da Saúde mas ao mesmo tempo não definir directrizes ou políticas de articulação mínimas, potenciando a criação de isolamentos institucionais.

“qualquer instituição do SNS, salvo raríssimas excepções, tem necessidade de ter sistemas de comunicação e de informação, todos os querem ter, mas depois pormo-nos a falar de modo a que haja articulação entre as diversas linhas de prestação de cuidados, portanto se não houver uma preocupação, apesar de cada uma das aplicações ter que funcionar de acordo com as suas necessidades próprias, se não forem definidas as políticas mínimas de articulação entre elas, então nós próprios temos dificuldades a nível interno em gerir os sistemas de informação uns com os outros, agora imagine o que é isto replicado por não sei quantas instituições a nível do país. [...] Dá-me ideia, sem pretender ser centralizador, ou defensor do planeamento central, mas há directrizes do ministério da saúde que... [...] sem prejuízo de as administrações serem outras ou de os sistemas de informações serem outros, mas enquanto não forem definidas, acho que será muito difícil” [Director Serviço de Informática, IPO, Lisboa]

A mudança constante nos conselhos de administração, sobretudo como resultado de alterações do posicionamento das forças partidárias no poder, foi também uma justificação apresentada para a fraca implementação e utilização das TIC em Portugal.

Segundo os testemunhos apurados, o modelo de Administração Pública existente em Portugal, ainda que escolhido democraticamente, mais do que defender a *res publica*, assemelha-se mais à instrumentalização do governo na salvaguarda dos seus interesses³⁸⁹.

“Temos um problema cultural de organização. E esse problema tem a ver com a nossa capacidade de organizarmos o nosso trabalho, e tem a haver também com a manutenção de pessoas em determinados cargos... não se pode querer implementar sistemas de informação quando as pessoas não se querem organizar, porque gostam de trabalhar no improvisado – e isso é tipicamente português – ... não se pode querer ter bons sistemas de informação quando as pessoas saem dos seus lugares de dois em dois anos, mudados por influência político-partidária ou por outra coisa qualquer, que é o que tem acontecido ultimamente. Ultimamente, desde alguns anos para cá. Como se costuma dizer, a sobrevivência mediana de um director de hospital está em mais ou menos dois anos. Enquanto director do hospital, obviamente e portanto, isso não ajuda, a qualquer tipo de... a primeira coisa que qualquer direcção faz é avaliar aquilo que existe e que não existe. Quando está a acabar de avaliar e a começar a implementar, estão de saída, e entram os outros que vão voltar a avaliar”. [Presidente Conselho Administração, IPO, Lisboa]

“casos mal parados dos sistemas de informação em saúde tem sido uma imposição constante das mudanças das políticas definidas superiormente, dou-lhe o exemplo do mecanismo que até agora tutelava todas as tecnologias de informação e sistemas na área da saúde, que era o IGIF e que agora desapareceu por causa da nova lei orgânica a partir de Janeiro, não exagerarei se disser que em 10 anos de existência teve para aí uns 5 ou 6 conselhos de administração. Ainda por cima com a tradição que existe na nossa administração pública, qualquer pessoa que vem muitas vezes não leva os projectos até ao fim” [Director Serviço de Informática, IPO, Lisboa]

“isto tem a ver com aquelas questões muito vulgares em Portugal de mudarem as políticas mudarem as pessoas” [Director do Serviço Farmacêutico, IPO, Lisboa]

³⁸⁹ Para mais detalhe consultar capítulo 6 deste trabalho.

Quadro 10.3.: Resumo Instituto Português de Oncologia de Lisboa

No IPO a dispersão de projectos começados pareceu-nos ser idêntica à dispersão geográfica da instituição, isto é, especificamente em relação à criação de uma página institucional, há mais de 5 anos que o projecto estava preparado e por desconhecimento (in)voluntário, a Administração optou por fazer em regime de outsourcing – podendo-nos levar a questionar, se devido à falta de capacidade técnica dos recursos internos, se por não haver uma responsabilização pelas despesas realizadas – e tacitamente de forma silenciosa.

Este estudo de caso ilustra como numa instituição em funcionamento pode haver um distanciamento tão grande entre os diversos profissionais que os leve a desconhecer por completo o que os outros profissionais fazem, mesmo os da mesma carreira.

Observou-se ainda uma liderança algo ausente, a começar pelo Conselho de Administração, isto é, administradores sem articulação ou conhecimento das iniciativas do Conselho de Administração.

A falta de conhecimento do que está a acontecer no IPO, dentro do próprio IPO, a par da particularidade de haver administradores que desenvolvem a sua actividade sem recorrer à informática pode exemplificar, por um lado a cristalização das carreiras e, por outro, a existência de replicação de funções. Esta realidade, aparentemente desordenada, poderá ser o reflexo das mudanças permanentes dos conselhos de administração, isto é, o facto de as entrevistas terem sido realizadas num período de instabilidade pode justificar a falta de capacidade de identificar necessidades e a dificuldade em definir estratégias de actuação e de planear sua execução.

Na análise deste estudo de caso sai ainda reforçado o facto de a gestão das pessoas ser um dos principais desafios institucionais. No âmbito específico do uso das TIC é essencial dar aos profissionais os conhecimentos e as competências necessárias para reconhecer as suas potencialidades, limitações e capacidade para as interiorizar nas suas práticas profissionais, contrariando a desmoralização instalada entre os profissionais – incluindo a própria administração – devido a experiências mal sucedidas ou deixadas a meio.

Nesta instituição, onde a comunicação vertical é insuficiente, mas onde há profissionais motivados e interessados em melhorar a performance dos seus serviços, revela-se essencial mapear necessidades, de forma a adaptar os sistemas à realidade institucional em causa.

10.3. HOSPITAL JOSÉ MARIA GRANDE: RECEITUÁRIO ELECTRÓNICO

Contemporâneo à criação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano que visou ligar – e actualmente liga – o Hospital José Maria Grande de Portalegre, o Hospital de Santa Luzia, em Beja e diversos centros de saúde que compõem o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de São Mamede³⁹⁰ e o ACES do Caia³⁹¹, o projecto do receituário electrónico, ainda que com o mesmo propósito de informatizar a prescrição de medicamentos, difere do desenvolvido no Hospital Pulido

390 Que inclui o Centro de Saúde de Ponte de Sôr, o Centro de Saúde de Gavião, o Centro de Saúde de Nisa, o Centro de Saúde de Alter do Chão, o Centro de Saúde do Crato, o Centro de Saúde de Castelo de Vide, o Centro de Saúde de Marvão e o Centro de Saúde de Portalegre.

391 Que integra o Centro de Saúde de Avis, o Centro de Saúde de Sousel, o Centro de Saúde de Fronteira, o Centro de Saúde de Monforte, o Centro de Saúde de Arronches; o Centro de Saúde de Elvas e o Centro de Saúde de Monforte.

Valente uma vez que implicava a articulação entre o hospital, os centros de saúde e as farmácias de rua, extrapolando o contexto estritamente hospitalar.

Este projecto caracterizou-se por envolver um número mais elevado de profissionais, mais carreiras e por extrapolar as fronteiras hospitalares isto é, em última análise, até extravasaria a responsabilidade de actuação do SNS, uma vez que se procurava integrar as farmácias de natureza privada.

Na altura da realização das entrevistas, o SAM era já utilizado praticamente por todos os médicos dos centros de saúde da região e esta aplicação contava já com o módulo de prescrição electrónica.

O facto de apenas as farmácias da Associação Nacional de Farmácias (ANF) terem sido envolvidas neste projecto, fez com que as receitas, mesmo as prescritas electronicamente, continuassem a ter que ser impressas para que os utentes as pudessem aviar em qualquer farmácia.

O envolvimento das farmácias não teve qualquer incentivo que não o de ficarem com o software base para a utilização do receituário electrónico e a formação dos profissionais. A aquisição de material ficou à responsabilidade de cada farmácia.

10.3.1. Causas e razões

A integração do Receituário Electrónico no Hospital José Maria Grande (HJMG) resultou da iniciativa directa do IGIF (actual ACSS). O convite a esta região surgiu por razões sociais, demográficas mas também por razões de ordem de utilização tecnológica, ou seja, pelo facto de demograficamente haver uma baixa densidade populacional em função da área geográfica ocupada e ter uma utilização do SAM perto dos 100% nos centros e saúde.

Aliás, o presidente do Conselho de Administração do HJMG afirma mesmo que é mais fácil conseguir uma utilização mais elevada do SAM nos centros de saúde do que nos hospitais, uma vez que nos hospitais os médicos julgam que esta ferramenta atrapalha mais do que ajuda na prática clínica, referindo mesmo a existência de processos disciplinares instaurados a médicos por atitudes menos correctas, perante a implementação do receituário electrónico (colocarem computadores no chão, como forma de protesto, por exemplo).

Note-se que as urgências do HJMG tinham à data das entrevistas a aplicação ALERT, que implica a ausência de papel e a total informatização da prática médica.

Os responsáveis pela informática da sub-região percepcionavam que cerca de 80% dos médicos dos centros de saúde usavam o SAM, o que corresponderia a cerca de 50% dos médicos do distrito (público e privado).

O facto de articular uma forte utilização do SAM com uma baixa densidade populacional tornou esta região num atractivo para, de forma controlada, o então IGIF poder ganhar a experiência necessária à implementação do receituário electrónico, identificando os principais estrangulamentos e procurando as soluções dos problemas levantados.

Como já foi referido, este projecto passou pela inclusão das farmácias de rua. Não tendo sido envolvidas todas as farmácias da região, a adesão destas está relacionada com a pertença à ANF, uma vez que foi esta instituição que proporcionou a formação dos profissionais e o acesso à aplicação. As farmácias que não pertencem a esta associação não demonstraram interesse devido à falta de capacidade de investimento.

Os profissionais das farmácias de rua são bem mais cépticos em relação às vantagens deste projecto, considerando-o uma boa iniciativa mas de difícil execução, devido à dimensão e à falta de abrangência dos consultórios privados nesta experiência piloto.

O sucesso deste projecto permitiria a libertação das receitas do papel, mas o facto de não estarem envolvidas todas as farmácias da região levam a que isso ainda não tenha acontecido. Há entre alguns profissionais a sensação de demasiada demora na passagem de projecto-piloto para a fase final.

10.3.2. Estratégias de implementação

Se inicialmente a população médica não se encontrava receptiva ao uso de computadores na prática clínica – muitos nem tinham conhecimentos para o fazer – esta situação foi ultrapassada através de acções de formação.

Estas acções desenvolveram-se em cerca de 6 meses e sensivelmente após 3 meses, e superando as expectativas, a maior parte dos profissionais já usava o módulo relativo à prescrição electrónica do SAM.

“Eu não sei se os médicos utilizam todo o seu potencial., agora que tivemos uma aderência quase total na prescrição electrónica, isso tivemos. Nós fizemos uma avaliação depois do primeiro trimestre de implementação do SAM e uma elevada percentagem era já de prescrição electrónica.”
[Responsável Informático, Sub-Região de Saúde de Portalegre, Portalegre]

Assim, o antigo IGIF formou os técnicos informáticos da sub-região e dos hospitais e estes, por sua vez, formaram os médicos dos centros de saúde e dos hospitais, respectivamente.

Após a formação, grande parte dos profissionais de saúde envolvidos nas acções estava receptivo a utilizar o SAM na sua prática clínica.

O facto de não haver falta de computadores – na esmagadora maioria dos centros de saúde há um computador por gabinete – é referido pelo responsável pela informática da sub-região de saúde como sendo um factor estratégico na implementação e adesão.

“Sim, em todos os gabinetes médicos há um computador, com excepção daquelas trinta e tal extensões dos centros de saúde que não têm SAM, aqui no hospital não sei, mas se eles estão a implementar o SAM é natural que cada gabinete médico venha a ter” [Responsável Informático, Sub-Região de Saúde de Portalegre, Portalegre]

Porém, no terreno há quem afirme que há falta de computadores sobretudo nas extensões dos centros de saúde.

“Mas isto é dependente um bocado das extensões, porque há extensões deste centro de saúde que não têm sequer computadores. Eu tenho duas extensões e uma tem e noutra não tem, o que poderia ser extremamente útil geralmente para trabalhar em extensões” [Director Centro de Saúde de Portalegre, Portalegre]

Mesmo após o “crescimento” do parque informático, os profissionais afirmaram, na sua maioria, que usavam pouco o e-mail para comunicarem entre si. Percebemos mais tarde, na entrevista com responsável informático da sub-região, que esta situação se explica com o facto de só serem atribuídos endereços de e-mail institucional a quem os solicita³⁹². Estas restrições devem-se à falta de capacidade da cobertura da rede, considerada um obstáculo ao receituário electrónico como será desenvolvido mais à frente.

Já nas farmácias de rua o processo de implementação seguiu outros caminhos, tendo sido a formação responsável da CONSISTE, empresa responsável pelo portal de interface com as farmácias no exterior a quem a ANF comprou a aplicação.

Como estratégia de implementação, foi criada uma cadeia de informação, isto é, perante a ocorrência de dúvidas, estas eram colocadas ao antigo IGIF que tentava dar resposta no menor intervalo de tempo, ainda que nem sempre percepcionado como resposta em tempo útil.

Em relação às farmácias de rua, ainda que todas cooperassem de forma voluntária, percepcionou-se um sentimento de imposição mais do que de participação, não sendo raras as vezes que se percebeu que os farmacêuticos não foram ouvidos no planeamento ou desenho do processo de clínico electrónico, apenas lhes foi pedido para trabalharem de certa forma.

A formação foi da responsabilidade da empresa responsável pela aplicação – CONSISTE – conjuntamente com a ANF e foi descrita como tendo ocorrido sem percalços, ainda que tenha resultado de um esforço de agendamento, uma vez que todo o processo formativo decorreu em horário extra-laboral para não prejudicar as vendas.

10.3.3. Resultados da implementação/utilização: principais obstáculos

Por comparação ao HPV, há uma menor valorização do contributo do receituário electrónico na contenção de gastos com medicamentos ou na possibilidade de limitar a liberdade de prescrição dos médicos como vantagens do uso da prescrição electrónica.

Os profissionais de saúde indicaram sobretudo a questão do encurtamento dos processos burocráticos (anterior necessidade de carimbos e de vinhetas), a facilidade na renovação de receitas, o fim da ilegitimidade das letras dos médicos e a inerente diminuição do erro, o aumento da percepção médica sobre os custos dos utentes com medicamentos e a criação de um registo de informação como mais-valias do uso do receituário electrónico. Sobretudo este último ponto foi mencionado como muito importante na construção de conhecimento sobre a população de referência da região e sobre o perfil dos doentes que lá se tratam.

³⁹² Quem o faz são sobretudo os directores dos centros de saúde, responsáveis de enfermagem e responsáveis administrativos.

Somente a farmacêutica responsável pela candidatura do projecto de informatização do armazenamento e da despesa de medicamentos na farmácia hospitalar do HJMG e do Hospital de Elvas³⁹³ ao financiamento do programa Saúde XXI, refere a importância dos ganhos na capacidade de optimização dos recursos e a possibilidade das tecnologias de informação e comunicação permitirem auxiliar o controlo de custos.

Outro obstáculo identificado reporta à validação de receitas. A validação das receitas é feita pela ARS e, muitas vezes, o facto de serem prescritos medicamentos que (ainda) não existem ou (ainda) não existem sob aquele formato, leva a que seja necessário reformular o pedido ao médico, gerando atrasos no início da medicação, prejudicando o doente

Esta questão prende-se directamente com um dos maiores obstáculos identificados pelos principais profissionais envolvidos (médicos e farmacêuticos) e relaciona-se com as listagens de medicamentos disponibilizadas pelo SAM.

Segundo o director do Centro de Saúde de Portalegre, a listagem de medicamentos da aplicação é cedida pelo Infarmed que define preços e participações. Mas esta lista integra ainda a avaliação da AIM (Autorização de Integração no Mercado) que contém todas as opções do mercado do medicamento.

Uma vez que há um hiato temporal entre o pedido e a autorização da comercialização dos medicamentos, mas uma imediata integração nas listagens, as listas de fármacos disponibilizadas incluíam medicamentos e formas de apresentação ainda não são comercializadas.

Esta desarticulação é identificada como geradora de perda de tempo de consulta, como uma das principais causas de desconfiança na utilização médica, podendo mesmo implicar a devolução das receitas pela ARS, para voltarem a ser passadas, ficando os doentes a aguardar o início da medicação.

“O sistema geralmente é um bocado defeituoso nos formatos de medicamentos que nos dá, mas dá-nos os preços, as participações, mas isto não está muito correcto tem havido agora montes de problemas a nível das farmácias porque há medicamentos que eu envio como participados, ou com um certo tamanho de embalagem e depois não existem na farmácia. Até agora as farmácias substituíam sem problema, agora têm ordem do ministério para não substituírem portanto nós temos que substituir. Ainda ontem eu recebi uma resma de receitas para substituir, mas aquilo vai ser para substituir com tempo...mas como pode ver o sistema dá-me o medicamento que eu escolhi mais os genéricos que existem, mas na realidade estas várias apresentações podem conduzir em erro” [Director Centro de Saúde de Portalegre, Portalegre]

Em relação a esta ocorrência, a farmacêutica da farmácia de rua 3 afirma que o factor tempo levará muitas das receitas a ficarem sem erros, uma vez que no centro de saúde a maior parte das receitas passadas são renovações de medicação a doentes crónicos que tendem a ir ficando isentas de erros.

³⁹³ Ainda em fase de planeamento mas que visa a recepção do pedido em unidoses, evitando a transcrição manual das receitas, reduzindo o erro clínico. É uma aplicação intra-hospitalar.

Como estratégia de resolução deste obstáculo, o médico já solicitou aos serviços que gerem a listagem que visualmente diferenciem os medicamentos e formas de administração que existem das que não existem³⁹⁴, para que seja perceptível a diferença entre o que existe e não existe disponível no mercado.

Outro obstáculo identificado por vários entrevistados – médicos, e profissionais da sub-região de saúde – refere-se à falta de cobertura de rede.

Esta limitação, para além de ter contribuído inicialmente para a falta de confiança dos profissionais no sistema, traz problemas de ligação, capacidade e velocidade à utilização da internet e também do receituário electrónico. Este problema, diversas vezes reportado à Portugal Telecom, deve-se à falta de cobertura de banda daquela região e estava a tentar ser colmatado.

“penso que tem a ver com as linhas telefónicas e a linha telefónica que há naquela zona é RDIS e acho que nisto teria que trabalhar em banda larga, e aliás isto foi tudo montado, mas depois quando chegou a altura de montar o sistema é que viram que não podia ser porque não era compatível com a linha telefónica” [Director Centro de Saúde de Portalegre, Portalegre]

Ainda que, devido às limitações da base de dados do IUTICH, não seja possível fazer uma análise por região, confrontando esta realidade com a evolução da capacidade máxima de débito da ligação à internet e o tipo de ligação à Internet de 2004 a 2008, pode-se deduzir que esta situação, se não está colmatada, terá por certo melhorado. Relembre-se que se em 2004 8,3% dos hospitais contava com uma ligação com capacidade > ou = 2Mbps e apenas 29,5% tinha uma ligação através de XDSL, em 2008 60,3% dos hospitais já tinha uma ligação com capacidade > ou = 2Mbps e 41,8% contava com uma ligação através XDSL.

Entre os profissionais das farmácias de rua é unânime que o projecto teve um bom desenvolvimento e trouxe enormes ganhos na redução da confusão das embalagens ou das prescrições médicas, ainda que perante os objectivos globais desta aplicação se notasse algum desapontamento com a inexistência de desenvolvimentos posteriores.

“Isto era extremamente arrojado porque partia do pressuposto que o Sistema Nacional de Saúde iria fazer um redimensionamento a nível dos cartões dos utentes em que o cartão do utente já tinha um micro-chip de identificação, isto já numa fase à posteriori, com os seguimentos, com os alertas em termos de alergias e de doenças que não ficavam disponíveis no nosso terminal na farmácia, mas ficariam disponíveis ao nível dos centros de saúde e dos hospitais e o utente se por qualquer motivo estivesse noutra qualquer, podia sempre aceder a uma instituição de saúde privada ou não, e ter o seu relatório médico disponível.” [Farmacêutica da farmácia de rua 1, Portalegre]

Face aos resultados do uso da aplicação, e possivelmente devido à parca cobertura de rede, os farmacêuticos referem como obstáculos a lentidão do sistema, problemas reportados à ANF, a falta de adesão dos médicos dos consultórios privados e dos médicos do hospital.

10.3.4. Projectos futuros: expectativas dos profissionais

³⁹⁴ A sugestão resume-se à mudança da coloração da linha ou utilização de outro tipo de letra.

Novamente, tal como aconteceu no IPO, ao longo das entrevistas foram afloradas por parte dos entrevistados alguns desejos de aplicações que gostariam de ver integradas na sua prática profissional.

Por considerarmos estes “desabafos” de extrema importância e reveladores da capacidade crítica, e simultaneamente pro-activa, dos profissionais de saúde iremos dar-lhes “voz”, explorando sobretudo dois deles.

Assim, encontrámos três planos/intenções de melhoria dos serviços por parte dos profissionais entrevistados. Um foi mencionado pela farmacêutica hospitalar e prende-se com a informatização do armazenamento e da despesa de medicamentos na farmácia hospitalar do HJMG e do Hospital de Elvas; outra intenção de projecto foi captada nas entrevistas realizadas na sub-região de saúde do Alentejo e relaciona-se com a implementação da telemedicina; o terceiro foi referido pelo director do centro de Saúde de Portalegre e diz respeito à necessidade da informatização dos pedidos de MCDT e da criação do processo clínico electrónico para que os processos das urgências hospitalares se articulem com as consultas de seguimento nos centros de saúde.

Iremos aqui detalhar os dois primeiros casos.

O Projecto de informatização do armazenamento e da despesa de medicamentos na farmácia hospitalar do HJMG e do Hospital de Elvas foi da iniciativa de uma farmacêutica do hospital de Elvas, e avançou a par e passo com a criação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Após ter sido financiado pelo Saúde XXI estava, à data da entrevista, em fase de planeamento. Baseado na experiência acumulada nos Hospitais Universitários de Coimbra, trata-se de um projecto ambicioso, mas com enormes benefícios organizacionais.

“A prescrição electrónica vai interferir com todos os actores: com os farmacêuticos, com os enfermeiros e com os médicos, porque o médico vai ter um processo muito mais agilizado, porque têm acesso a toda a medicação, a todos os protocolos, a todas as indicações do medicamento, interações medicamentosas, situações de alerta no software, para além de terem o custo, ou seja, a prescrição deve ser orientada em termos também em termos de ministério e de contenção de custos, desde que não se ponha em causa a valia terapêutica preferimos prescrições com o mesmo princípio, mas mais baixo custo. O médico ao chegar ao software ter acesso a toda esta informação: uma listagem dos fármacos por princípio activo, aos custos, aos protocolos instituídos e aceites e tem a informação disponível rapidamente e sob várias formas minimizando o tempo de estar a ver fármaco a fármaco à mão. [...] Independentemente disso, quando eu digo que retiramos o farmacêutico da transcrição, estamos a minimizar erros de transcrição, e existem neste momento estudos em que farmacêuticos e enfermeiros, porque os enfermeiros também têm que transcrever as prescrições médicas para o Cardex, minimizamos cerca de 35% os erros cometidos na transcrição, na interpretação da letra do médico de certa siglas que se podem confundir, vírgulas. Assim com a receita electrónica vai tudo muito mais visível.[...] Como lhe disse tem vários intervenientes, é um processo integrado. O médico faz a prescrição mas para além disto, há o farmacêutico, o enfermeiro o médico, o enfermeiro tem o acesso directo a toda a informação à prescrição do médico e à validação do farmacêutico, porque se por alguma razão há uma prescrição que fica em stand-by, o enfermeiro tem que saber e só dá terapêuticas depois de validadas [...]Mas a gestão de stocks está também envolvida, porque ao fazer-se a prescrição e o

farmacêutico validando já se está a fazer débito directo na gestão de stocks. Portanto agilizamos todos os processos em termos administrativos e técnicos. Para a instituição é muito bom porque é aquilo que todos queremos, libertar a instituição dos papeis e ter um maior controlo.”
[Farmacêutica do HJMG, Portalegre]

Com base na experiência dos países nórdicos, a sub-região de saúde do baixo Alentejo gostaria de ver implementada, de forma sustentada, a telemedicina uma vez que esta forma de consulta traria enormes vantagens para doentes e médicos, contribuindo para melhorar os cuidados prestados, sobretudo ao nível da proximidade e do acesso.

Aqui, a falta de cobertura de rede na região e a indefinição das forma de pagamentos inerentes a este tipo de actos – definição do que é um acto médico e quais as responsabilidades afectas a cada profissional – são os principais obstáculos.

“Nós queremos andar para a frente mas não podemos por causa destas coisas das larguras de banda. A nós não nos assusta propriamente a parte económica, porque é fácil de perceber que são investimentos que facilmente terão retorno e que darão uma maior qualidade ao atendimento ao utente porque isso terá sempre que ser tomado em linha de conta, e isso resume-se principalmente aos meios de comunicação. Inclusivamente nós preparámos um plano de negócio porque daqui a uns meses isto será uma Unidade Local de Saúde e está prevista a aquisição de todas estas aplicações e materiais informáticos, já estão contempladas no orçamento, mas isso é evidente ninguém vai comprar se não se puder aplicar...e estas coisas têm um óptimo retorno, elas pagam-se a elas próprias. Se estamos parados a culpa não é nossa, não nos atribuam as responsabilidades.” [Coordenadora da Sub-região de Saúde de Portalegre, Portalegre]

“Como complicações temos alguns constrangimentos. Um deles, que depois se falará quando falarmos do SAM, é a Rede informática aqui da zona, que para além de não chegar a todo o lado não tem a largura de banda suficiente. E a telemedicina implica uma largura de banda muito maior do que aquela que nós temos e que já é insuficiente.” [Responsável Informático da Sub-região de Saúde de Portalegre, Portalegre]

10.3.5. HJMG: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde

Perante o pedido de enunciação das principais causas da fraca implementação das tecnologias de comunicação e informação na área da saúde há entre os entrevistados quem considere que estamos perante um “*Boom informático*”, tal como o HPV, havendo da parte do Estado um grande investimento neste sector.

“Neste momento não sei se existe já uma fraca implementação, porque neste momento, porque neste momento há um boom muito grande no crescimento e criação de novas tecnologias para a saúde. Aliás é uma corrida de empresas privadas a desenvolverem software e soluções privadas para a saúde que eu acho que é uma verdadeira loucura, mesmo. Já há soluções para tudo.”
[Responsável Informático da Sub-região de Saúde de Portalegre, Portalegre]

Entre os entrevistados, as principais razões apontadas oscilam entre os problemas de natureza humana e os de ordem financeira.

Dentro dos primeiros são vários os motivos apontados: a falta de capacidade dos decisores em na escolha das melhores opções, a inabilidade para liderar os projectos, o factor geracional, ou seja, a falta de capacidade dos profissionais de saúde, sobretudo os mais velhos, em integrar o uso das TIC nas suas práticas profissionais; e ainda o facto de haver pouco apoio institucional, isto é, por certos projectos ainda se moverem apenas pela boa vontade – carolice - dos profissionais interessados.

Já os problemas financeiros reportados referem-se aos elevados custos com software, hardware e manutenções associadas às aplicações e tecnologias a usar. Ainda que alguns entrevistados afirmem que há aplicações com um retorno relativamente rápido, o investimento inicial é percebido como uma forte razão para o fraco uso das TIC no sector da saúde.

Outro motivo apontado relaciona-se com a capacidade técnica e tecnológica. A falta de segurança, parca fiabilidade e falta de cobertura de banda, são neste ponto os motivos mais referidos.

Quadro 10.4.: Resumo Hospital José Maria Grande:

Em Portalegre o receituário electrónico entre as instituições do SNS e as farmácias de rua foi um desafio lançado pela tutela devido ao facto de haver uma densidade populacional reduzida e uma elevada utilização do SAM nos centros de saúde. A liderança está assim a ser da sub-região de saúde do norte alentejano.

Enquanto projecto-piloto, a experiência está a ser positiva, sobretudo na articulação dos centros de saúde com as farmácias da ANF. No hospital, a pouca utilização do SAM leva a que não haja prescrição electrónica e, paralelamente, surjam processos disciplinares aos médicos pela sua falta de adesão. Por outro lado, o facto de não ser extensível a todas as farmácias de rua da região – que não aderiram por falta de recursos – leva a que as prescrições continuem a ser em papel, ainda que sejam impressões da aplicação do receituário electrónico.

Os principais problemas identificados prendem-se com a falta de cobertura de rede – que traz associada uma desconfiança e descredibilidade do sistema – e com o facto de as listagens de medicamentos disponibilizadas incluírem medicamentos que ainda não são comercializados, o que faz com que a ARS não valide as receitas estas tenham que ser repassadas e os doentes adiem o início da medicação.

Ao contrário do que acontece no HPV, não é reconhecida a importância do receituário electrónico no controlo das despesas do estado com medicamentos. Apenas valorizam o facto de se saber o custo que os doentes irão ter com os medicamentos.

Também aqui encontramos profissionais com capacidade de iniciativa e motivados para desenvolver mais projectos TIC na sua prática profissional, como é o caso da telemedicina ou da informatização do armazenamento e da despesa de medicamentos na farmácia hospitalar do HJMG e do Hospital de Elvas.

10.4. HOSPITAL INFANTE DOM PEDRO: REDE TELEMÁTICA DA SAÚDE (RTS)

Uma ressalva prévia à análise deste estudo de caso deve ser feita: a visita ao Hospital Infante Dom Pedro coincidiu com a mudança de Conselho de Administração. Não tendo grandes repercussões na maioria das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde, este facto reflecte-se sobretudo nas

realizadas aos membros do Conselho de Administração entrevistados. Recém-chegados, nem sempre estavam a par de todo o envolvimento do hospital neste projecto.

Segundo o responsável de departamento de organização e de sistemas de informação, a relação do Hospital Infante Dom Pedro com as TIC remonta a 1997, em que apenas havia uma aplicação informática no departamento de contabilidade. A partir desse ano iniciou-se a implementação das aplicações do IGIF (actual ACSS) – SONHO³⁹⁵, SAM e SAPE – aplicações de cobertura nacional.

De uma parceria com a Universidade de Aveiro e aproveitando a experiência dinamarquesa de mais de 10 anos de implementação, a Rede Telemática da Saúde³⁹⁶ (RTS) consiste num portal que concentra informação clínica e administrativa dos doentes a partir dos registos realizados em vários locais da região (com possibilidade de extensão ao privado). Permite aos médicos e aos enfermeiros aceder, consultar e registar informações sobre o doente, criando desta forma o processo clínico electrónico.

A RTS é um portal que visa dar resposta às necessidades da população: cruza a dimensão dos profissionais de saúde com a dos cidadãos, permitindo a existência de comunicação entre eles.

Funcionando em conjunto com centros de saúde foi uma tentativa de criar do processo clínico electrónico: reunião da informação dos hospitais e centros de saúde da região de Aveiro. Paralelamente, este portal permitiria também ao doente o acesso à informação sobre o seu processo, sendo um local de excelência para uma actuação preventiva personalizada dos problemas de saúde de cada indivíduo.

10.4.1. Causas e razões

O projecto da Rede Telemática da Saúde (RTS) surgiu da realização dos trabalhos de estágios dos alunos finalistas do IEETA (Instituto de Engenharia Electrónica e Telemática de Aveiro) no Hospital Infante Dom Pedro (HIDP). Estes estágios visavam identificar problemas relacionados com estrangulamentos nos fluxos de informação³⁹⁷, cuja resolução envolvesse um baixo custo de solução.

Segundo o Director do Serviço de Urgências, ainda que a necessidade do projecto tenha sido sentida de imediato, por falta de financiamento, apenas 2 anos mais tarde viria a concretizar-se, ao ser incluído no financiamento da Rede Digital da Ria.

“A história disto surge mais ou menos em 2001. O conselho de administração da altura resolveu nomear uma comissão de processos clínicos. Portanto o nosso objectivo era fazer um processo clínico electrónico em termos do hospital. A única coisa que eu fiz na altura foi atravessar a rua e falar com a Universidade. Fez-se um diagnóstico com um relatório sobre o estrangulamento dos fluxos de informação no hospital e estabeleceu-se que se ia mexer nos pontos que mais resultados tivessem, no que mais interferisse no trabalho hospitalar. Esse relatório foi feito, foi apresentado ao conselho de administração e seria necessário haver financiamento para se avançar com esse projecto de processo clínico. Não foi possível obter financiamentos, o processo clínico electrónico entrou numa fase de incubação, e mais tarde, passados dois anos, surgiu a

³⁹⁵ A RTS irá “buscar” informação ao SONHO.

³⁹⁶ Aplicação de âmbito regional.

³⁹⁷ Para tal foram realizadas diversas entrevistas a médicos, enfermeiros e outros profissionais do HIDP.

oportunidade da Rede Digital da Ria de Aveiro (penso que era um projecto com financiamento europeu) e dentro dessa rede havia uma área destinada à saúde. Na altura, a Universidade de Aveiro através do IEETA elaborou um projecto juntamente com o hospital para que... aqui este financiamento já existia porque ia implicar toda a rede, não só o de Aveiro, outros hospitais da zona e centros de saúde.” [Médico de Medicina Interna, Director das Urgências, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

Este projecto, fruto da iniciativa deste médico, nasce da necessidade dos profissionais de saúde que, com pareceres técnicos especializados e o apoio do conselho de administração, visam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde que prestam à comunidade.

Partindo da iniciativa do Director do Serviço de Urgências e não do Conselho de Administração, a maior parte dos profissionais entrevistados desconhece o papel do Conselho de Administração neste processo. Estes apenas referem que o envolvimento da administração é determinante para o sucesso do projecto.

Em termos de existência de equipamento em quantidade suficiente, mais uma vez não há consenso. Se para a administração este projecto não implica quaisquer encargos para o hospital, uma vez que o parque informático existente é o necessário para a utilização da RTS, já para outros profissionais – médicos e enfermeiros – os computadores existentes não chegam para o exercício da prática clínica.

Note-se que já estava disponível no hospital a utilização da aplicação SAM³⁹⁸ – ainda que sem uma utilização unânime – e as análises laboratoriais já eram informatizadas. Em relação à utilização do SAM, o Director das Urgências especificou ainda que a maior utilização é entre os médicos de medicina interna. A fraca utilização entre outras especialidades deve-se ao facto da aplicação não ser *user-friendly*, ser muito burocrática e ser propensa a quebras na utilização.

Assim, se a única alteração referida pela administração como necessária para a utilização da RTS era a criação de um *data center* que aumentasse a capacidade de informação, já os profissionais referiram que seria a existência de terminais informáticos nos postos de trabalho.

“Tem as suas vantagens, de facto, temos muito mais informação quando o doente entra na urgência, quando está internado... mas rouba-nos muito tempo. E depois há os tais contras das falhas não só eléctricas mas às vezes da própria rede... e não são poucas as vezes que isso acontece. Como não temos computadores suficientes, é aqui e lá em cima que fazemos. Quando temos doentes para dar altas, há alguém que fica para trás. Nos gabinetes dos médicos não há computadores, três aqui e três lá em cima. Trazemos para aqui o processo em papel e passamos o resultado (da consulta...) para o computador.” [Médica A, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

A falta de computadores – portáteis, *tablets* ou outro tipo de dispositivos móveis – é também referida pelo Director das Urgências, mentor do projecto, acrescentando ainda que as limitações orçamentais poderão ser um entrave à aquisição de material.

³⁹⁸ Na altura da realização das entrevistas o SAPE estava a ser implementado em alguns serviços de enfermagem do HIDP. A maior parte das enfermeiras entrevistadas referiu este facto como sendo uma enorme mais-valia na prática de enfermagem: reduz a subjectividade e evita os problemas de interpretação da caligrafia.

Semelhante ao que defendeu o Presidente do Conselho de Administração do HPV, também o Director do Serviço de Urgências afirmou que o sector da saúde, ao contrário do que já aconteceu na banca ou na área da segurança, ainda não deu o salto para a informatização da informação.

“Todas as aplicações que há foram feitas simplesmente para satisfazer os administrativos e a colheita de informações para a gestão. Agora para os clínicos foi zero. Nunca houve até agora uma vaga em Portugal que organizasse a informação clínica. O que aconteceu nas companhias de aviação há uns anos atrás, nos bancos, que estavam em crise, se na altura não tivessem informatizado tudo hoje não eram empresas de sucesso (financeiro e de segurança, porque deram o salto na informática). Na saúde ainda não houve a reforma da informatização dos conteúdos para poder dar o salto de melhor gestão, eficiência e eficácia. Porque o hospital tem montes de informação, há muitos dados, é dos sistemas onde há mais informação (de ordem clínica, laboratorial...) e se se gerisse de forma eficaz, se calhar iam-se poupar muitos recursos.” [Médico de Medicina Interna, Director das Urgências, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

Ainda que permita aproximar o utente do SNS e aumentar o seu conhecimento – e responsabilidade – do estado de saúde, percepcionado como muito importante, é também identificado como gerador de assimetrias pelo facto de Portugal ter uma população algo distanciada do uso das TIC. Na verdade, em Portugal cerca de 45% da população usa a Internet e destes apenas 25,7% o faz na procura de informação sobre saúde e bem-estar (Espanha *et al*, 2011).

“Quanto ao do utente temos de pensar que a nossa população ainda tem um nível de instrução baixo e haverá muitas pessoas a quem isso ainda não diz nada. Mas haverá de certeza muita gente que já poderá utilizá-lo, assim como aceder a datas de consultas, marcar consultas, obviamente que terá o acesso que for preciso e permitido em termos legais, aquilo que se achar importante para o doente.” [Enfermeira-Chefe, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

10.4.2. Estratégias de implementação

O desenho da implementação deste projecto contemplou a criação de um grupo de trabalho composto pelas chefias de cada grupo profissional envolvido. A principal função deste grupo era definir os conteúdos a partilhar entre hospital e centros de saúde, ou seja, os conteúdos a figurar/disponíveis no portal.

Pelo que nos foi dado conhecer nas entrevistas com os vários profissionais, a implementação da RTS pareceu não ter um agendamento preciso.

Também não está claro para os profissionais quem está a liderar o projecto, nem o que é a RTS ou quais os seus objectivos. Neste sentido foi surpreendente o facto de muitos profissionais não terem conhecimento deste projecto (houve mesmo administrativos que nunca tinham ouvido falar), não saberem o que este se propõe fazer ou tendo apenas uma noção muito superficial.

Esta situação pode ficar a dever-se ao facto de não haver comunicação intra-hospitalar ou haver uma comunicação deficiente, dando lugar à criação de enviesamentos.

[sabem o que é a RTS?] “Não”. (médico do INEM) “São as consultas pela... não é? Vai haver uma telemedicina não?” (assistente social) “Não faço a mínima ideia, é a primeira vez que ouvimos falar disso.” (ambos os médicos) “Eu penso que tem a ver com quando não há certas

especialidades nalguns hospitais, através dessa rede, dá-se consultas através da Internet. Será assim?” (assistente social) [Médicos e assistente social, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

Apenas os chefes de serviço – médico e enfermagem – mostraram estar por dentro do que é a RTS, o que não é de estranhar, uma vez que apenas estes estiveram envolvidos no grupo de trabalho.

Aqui, o facto de o projecto estar a ser apresentado aos profissionais de saúde aos poucos e de cima para baixo, nas suas reuniões de trabalho, pareceu-nos não ser suficiente para que os profissionais reconheçam a existência do projecto e percepcionem o uso da RTS como uma vantagem.

Esta evidência, ainda que a RTS tenha sido alvo de uma cobertura mediática nacional³⁹⁹, espelha a ausência de comunicação vertical na organização, aliás reconhecida como um ponto fraco na estratégia de implementação:

“Eu acho que aí é um ponto fraco. Em termos do hospital de Aveiro não está a ser feita a divulgação que o projecto mereceria. Obviamente que quando se arranca com um projecto destes, e temos a informação do passado do arranque destes sistemas na Dinamarca, que demoraram anos e anos, dez anos ou mais, para que fosse crescendo a quantidade de informação e mensagens trocadas entre os vários utilizadores do sistema... mas começou também lá e aqui tem de começar por serviços piloto. Já houve por exemplo a direcção e com os médicos do serviço de medicina a explicar como é que iria ser este projecto da RTS. Em todos os outros serviços do hospital ainda não há grande conhecimento dos conteúdos, apesar de na reunião eles terem sido aprovados com a presença de todos os directores dos serviços. [...] Resumindo, tem que ser feito um trabalho grande em termos hospitalares de informação e de envolvimento de todos os profissionais, sabendo que vai ser difícil porque as experiências dos outros demoraram anos até que as pessoas vejam que aquilo é um factor de mais-valia para aderirem ao projecto.” [Médico de Medicina Interna, Director das Urgências, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

A estratégia usada para a composição dos grupos de trabalho da RTS foi a de envolver médicos e enfermeiros escolhidos pela sua posição hierárquica. Esta estratégia parece estar a ser questionada pelos profissionais, uma vez que há alguns que defendem que todos os profissionais de cada grupo deveriam ter sido ouvidos no levantamento e decisão dos conteúdos a constar no portal da RTS.

“Ouvi falar pela nossa enfermeira-chefe que penso que está responsável pelos grupos de trabalho desse projecto. Ela disse-nos que isso andava a ser feito. Não vimos o quê concretamente nem sabemos se depois vamos utilizar alguma funcionalidade, nem que profissionais vão estar envolvidos. Da parte dos enfermeiros que estão envolvidos na prestação de cuidados aos doentes eu penso que não fomos solicitados para dar sugestões. A nossa chefia sei que está inserida no projecto mas agora até que ponto foi solicitada a nossa opinião, penso que nunca foi solicitada. Se calhar eles acham que a opinião dos chefes chega” [...]

“Penso que era importante terem ouvido todas as pessoas que estão a trabalhar. Era bom sentirmo-nos parte integrante do projecto. Porque infelizmente nós somos sempre os últimos a ser

³⁹⁹ Como exemplo da cobertura nacional apresenta-se a entrevista ao Dr. António Isidoro, para a Rádio TSF, Programa Eureka no âmbito da campanha de divulgação do Projecto RTS, Programa transmitido a 13 de Maio de 2006 e a reportagem emitida no dia 30 de Maio pelo programa 3810 da Universidade de Aveiro na RTP 2 aquando do Fórum Saúde Digital acerca do projecto RTS.

ouvidos ou se calhar nem somos. E se calhar às vezes a falta dessa ligação mais próxima faz com que as pessoas não sejam tão receptivas a colaborar de alguma maneira.” [Enfermeira A, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

A formação aos profissionais está assegurada pela Universidade de Aveiro. À data da realização das entrevistas já tinha sido dada formação a alguns profissionais – sobretudo médicos e enfermeiros.

Ainda que sem ser da responsabilidade do hospital, a ocorrência de acções de formação para ensinar a usar aplicações informáticas ou apenas os computadores na óptica do utilizador não são novidade, uma vez que têm sido desenvolvidas outras para o SAM e o SAPE, contando com uma adesão relativa dos profissionais.

Ressalva-se que tomando como referência utilização do SAM, mais uma vez é entre os médicos mais velhos que se regista uma menor adesão, havendo uma sobrecarga dos mais novos, dos enfermeiros ou dos administrativos, a quem é solicitada ajuda.

“geralmente as pessoas mais novas até já aderem rapidamente às coisas. Os mais velhos às vezes têm a tendência de pôr os internos a registar os dados e eles supervisionam”. [Responsável Departamento de Organização e de Sistemas de Informação, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

10.4.3. Resultados da implementação/utilização: principais obstáculos

Os benefícios esperados com a implementação da RTS parecem ser distintos em função dos grupos profissionais de pertença. Assim, se o médico responsável pela iniciativa, ainda que percepcione o potencial na optimização de recursos, valoriza sobretudo o registar, o comunicar resultados e a partilha de experiências como principais resultados esperados⁴⁰⁰ para que os serviços possam melhorar a qualidade dos cuidados prestados, já o vogal do Conselho de Administração valoriza e espera outro tipo de ganhos:

“A informação são dados que têm de ser geridos, sendo um factor de criação de mais-valia. Foi nesse sentido, tendo em conta que o hospital é gerador de muitos dados e informação, e porque há muitas instituições aqui na zona, que se julgou conveniente organizar toda essa informação de uma forma integrada. Surgiu de uma necessidade de organizar a informação, de uma necessidade de comunicar. Para que o conhecimento dos dados clínicos que temos dos doentes sejam um factor de mais-valia quer para nós quer para os doentes.” [Médico de Medicina Interna, Director das Urgências, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

“A desmaterialização do processo clínico seria um ganho enorme. Ali, naquele edifício, a gente tem três andares de processos clínicos em papel. Qualquer hospital que vocês percorram neste país, tirando aqueles que foram construídos nestes últimos 1, 2 anos e já não têm processo clínico em papel... só o facto das pessoas que são necessárias para manter toda aquela papelada, só isso já seria um ganho. Obviamente que daqui a 10 anos ainda estamos a tentar desmaterializar processos clínicos, uma vez tomada a forma de papel a gente não pode pegar naquilo e deitar fora, desaparecer... esse poderá ser o primeiro ganho específico de recursos. Depois haverá ganhos

⁴⁰⁰ Note-se que este entrevistado refere mesmo que é o facto dos médicos não reconhecerem esta mais-valia que faz com as TIC ainda não tenham entrado definitivamente na prática clínica.

para o hospital, para os centros de saúde e para toda a comunidade, e este será provavelmente o maior ganho, porque pelo facto de nós estarmos a trocar informação clínica poderemos evitar algumas coisas: o facto de eu ter o nível de análises que o doente fez há 4 dias pode evitar que quando ele me volta cá eu volte a ter de fazer análises, eu posso utilizar os resultados anteriores. O facto de ter um historial completo num computador poderá evitar menos meios complementares, menos actos e isso tem consequência pelo lado dos custos obviamente, e depois também do lado orgânico: quanto menos tac's, quanto menos radiografias, melhor ainda” [Vogal Conselho de Administração, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

Quanto à adesão dos profissionais, quer da experiência dinamarquesa que revelou que nos primeiros anos de implementação o uso era reduzido, mas que a médio-longo prazo esta utilização se tornou muito significativa, como pelo facto da informatização da prática clínica implicar uma reorganização dos procedimentos e da forma de trabalhar, não se antecipa uma elevada adesão inicial. Por outro lado, espera-se que o reconhecimento das vantagens alavanque o uso da RTS.

A alteração do modo de trabalhar é percebida como a área mais sensível à ocorrência de boicotes. Esta percepção leva a que a administração pondere tornar obrigatório o preenchimento de certos campos e uniformizar a informação clínica para não comprometer a partilha de informação.

“Porque aquela disciplina que eu falava à bocado do processo clínico, aquela obrigatoriedade de ter os registos feitos na hora certa, no dia certo, no local certo, implica uma rigidez que nos hospitais, na generalidade, as pessoas não estão obrigadas a ter. Implica uma coisa que é muito complicada num hospital público português que é a necessidade extrema de organização. É muito complicado a gente criar um conjunto de regras e respeitá-las.” [Vogal Conselho de Administração, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

É sobretudo na uniformização de conceitos e da prática clínica que o responsável pelos sistemas informáticos antevê a concentração dos maiores obstáculos, afirmando que o Conselho de Administração nem sempre toma as melhores decisões.

“Não interfere, não manda parar. Onde pode às vezes haver alguns inconvenientes é não saberem o que é que é, o que é que estão a fazer, para onde é que vocês vão, será que isso interessa às nossas próprias estratégias... e isso leva a alguns atrasos.” [Responsável Departamento de Organização e de Sistemas de Informação, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

Não estando ainda em funcionamento não se pode aferir quais os obstáculos a ser levantados aquando a utilização porém, da experiência dos profissionais na utilização de outras aplicações informáticas – como o SAM ou o SAPE – os principais obstáculos referidos, para além da falta de computadores, prendem-se com a fiabilidade nos programas informáticos, com as falhas de energia e com as quebras de rede.

A partir da experiência do uso do SAM ou SONHO, ainda que na sua génese fossem instrumentos poderosos e bem-intencionados, observa-se que a confiança nas aplicações – ou em última instância, no sistema – e a sua fraca capacidade de integrar soluções decorrentes das evoluções tecnológicas, acabaram por gorar as expectativas criadas sobre o uso das TIC na área da saúde, contribuindo para o descrédito da sua utilização.

10.4.4. HIDP: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde

Ao contrário do apurado nas instituições anteriores, no HIDP apenas um dos entrevistados referiu os encargos financeiros como uma das principais causas para a fraca utilização das TIC na área da saúde.

Nesta organização, onde é consensual o reconhecimento do fraco uso das tecnologias de informação e comunicação no sector, as principais razões apontadas prendem-se sobretudo com a ausência de políticas nacionais. Assim, é atribuída à tutela a falta de capacidade de planeamento estratégico e a falta de liderança na determinação e uniformização dos procedimentos e aplicações a usar.

“Quantas horas tem? (risos) Olhe, desde logo porque ainda ninguém olhou para estas maquinas não como brinquedos. [...] Depois no sistema de saúde a gente passa a vida a inventar e a reinventar a roda. [...] Há depois uma falta de definição grande de quem dirige estas coisas na área da saúde. Nós temos uma entidade que supostamente regula isto tudo, mas a gente não encontra no IGIF um rumo que seja. Ele podia dizer cada um por si vai para o mercado buscar a sua solução, escolham o que quiserem, nós queremos receber este conjunto de dados, agora façam o que quiserem. Era um rumo a seguir, cada um ia por si. Outra coisa possível era dizer somos nós que damos as aplicações todas, de ponta a ponta, era outro caminho a seguir. O caminho que nós temos vindo a seguir nestes últimos 3, 4 anos é tudo e mais alguma coisa, desde façam o que quiserem, até não fazem nada estejam quietos, nós controlamos algumas aplicações, vocês controlem as outras, comprem aquelas aplicações não comprem estas, a tal falta de definição. E depois ninguém faz contas, não vale a pena, isto é tudo de graça. E portanto enquanto não houver um planeamento, não é fácil obter algum proveito com isto. Esta RTS ou coisas parecidas com a RTS não deveriam ter que nascer de entidades de fora, externas, porque aquilo que nós estamos a fazer é pegar num conjunto de entidades do serviço nacional de saúde, públicas, e ligá-las entre elas de modo a que elas façam boas comunicações. Isto já devia estar feito e é fácil fazer.” [Vogal Conselho de Administração, Hospital Infante Dom Pedro, Aveiro]

Tal como fica claro no testemunho anterior a ausência de avaliação das aplicações implementadas é outra razão apontada para a fraca utilização das TIC no sector da saúde. A este propósito o Vogal do Conselho de Administração refere a Unidade de Missão (criada em 2003 e extinta em 2004) como uma experiência positiva que permitiu concentrar uma bateria de indicadores que avaliassem os hospitais EPE's, partindo da articulação de informação potenciada pelo uso das TIC.

A politização dos Conselhos de Administração é também apontada como um contributo para a parca utilização das TIC no sector da saúde, uma vez que as alterações políticas produzem, na sua maioria, rupturas ou estagnação dos projectos em curso – de que o IPO é um bom exemplo.

Outras razões apontadas pelos entrevistados dizem respeito à cultura profissional, aos hábitos e comportamentos associados à prática clínica dos profissionais de saúde, sobretudo a resistência à mudança por parte dos médicos e mais ainda dos médicos mais velhos. Assim, são focados aspectos como a falta de cultura informática, a falta de reconhecimento da importância do registo clínico e o

medo da exposição ao erro clínico que o registo clínico implica, como as principais razões para haver uma fraca utilização das TIC na área da saúde.

Quadro 10.5.: Resumo Hospital Infante Dom Pedro

Também na análise do estudo de caso da Rede Telemática da Saúde, no Hospital Infante Dom Pedro em Aveiro, a realização das entrevistas acompanhou a instalação de um novo conselho de administração. Este facto, ainda que destabilizador, não pareceu afectar directamente o andar do projecto, uma vez que a liderança do processo na instituição era desenvolvida pelo médico mentor da ideia.

Assim, a Rede Telemática da Saúde partiu da iniciativa de um médico do hospital Infante Dom Pedro (Director do Serviço de Urgências) e da articulação deste hospital com a Universidade de Aveiro.

Visa disponibilizar a informação clínica do doente numa rede regional onde o hospital e os centros de saúde se integram, permitindo aos profissionais um acesso a toda a informação clínica considerada relevante e ainda aos doentes aceder a informação e formação personalizada sobre os cuidados e estilos de vida.

O financiamento foi cedido pelo projecto regional Rede Telemática da Ria.

A implementação está a fazer-se através da criação de grupos de trabalho com profissionais escolhidos de várias carreiras (geralmente chefes de serviço) para que se defina a informação a disponibilizar em rede.

A criação destes grupos de trabalho e a não envolvência de todos os profissionais é questionada. Aliás, a falta de comunicação vertical é espelhada também no facto de o conselho de administração e os profissionais envolvidos acharem que a RTS é do conhecimento geral, mas na realidade, haver um desconhecimento total ou parcial do que é a RTS entre os profissionais de saúde entrevistados.

Não foram identificadas datas para a o início do projecto.

10.5. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS: SONHO, SINUS, SAM E SAPE – ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS NOS CENTROS DE SAÚDE COM OS HOSPITALARES

O que nos levou à Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) foi a articulação da informação subjacente à junção do Hospital Pedro Hispano com os centros de saúde de Matosinhos, de Leça da Palmeira, de São Mamede Infesta e da Senhora da Hora.

Criada em 2005, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos foi das primeiras experiências de articulação dos cuidados hospitalares com os cuidados primários. Passando a reger-se pelo mesmo Conselho de Administração e partilhando a mesma população de referência, trata-se de uma experiência única, analisar como informaticamente pode ou não haver partilha de base de dados e, a acontecer, de que modo esta partilha de processa.

Assim, este estudo de caso assenta na análise da capacidade de interface e de utilização das aplicações SONHO, SINUS, SAM e SAPE, centrando-nos sobretudo na primeira.

Na sua génese o SONHO⁴⁰¹ visa organizar o sistema de bases de dados dos hospitais nacionais para, através do conhecimento gerado, poder melhorar a prestação do serviço à comunidade (Teixeira e Brochado, 2005: 44). Permite organizar os dados de identificação do doente numa base de dados informatizada, registo que antes da década de 1980, na maioria dos hospitais de Portugal era feito em papel.

Em meados de 1980, surge a necessidade de normalizar a informação hospitalar a nível nacional. A citada aplicação veio colmatar esta urgência, identificada pelo Ministério da Saúde, de estruturar os departamentos administrativos dos hospitais nacionais para organizar e maximizar a facturação dos cuidados de saúde às entidades pagadoras, uma vez que o SONHO permite associar o diagnóstico e os procedimentos registados, através dos códigos da Classificação Internacional de Doenças. Estes códigos são posteriormente transformados em grupos de diagnóstico homogéneo (GDH) – o valor de cada GDH é tabelado (pela actual ACSS) – sendo posteriormente enviado para fins de facturação.

Assumindo esta responsabilidade, o então IGIF (actual ACSS) criou o Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), solução que no mercado não tinha qualquer concorrente.

Esta aplicação era constituída por 3 módulos: consulta, internamento e urgência, que correspondiam aos três principais fluxos de doentes (e de informação) no hospital. De natureza exclusivamente administrativa, os principais dados concentrados nesta aplicação são nome, morada, data de nascimento e motivo da ida ao hospital.

Na década de 1990, a adesão ao SONHO rondava os 90% dos hospitais – até porque a adesão ao SONHO contava com fortes incentivos de renovação do parque informático.

Nas palavras do principal responsável pela criação desta aplicação, o SONHO é descrito como:

“Portanto o SONHO é uma aplicação que está um pouco à porta de entrada e saída destas áreas e tenta gerir como é que o doente cá dentro se posiciona: ele entra pela urgência, vai para o internamento, tem alta... no fundo, o SONHO segue o utente administrativamente, não guarda grande informação clínica, o médico não interage muito com ele.” [...]

“SONHO era no âmbito desta gestão de utentes assegurar a facturação, garantir que os hospitais estavam a facturar todo o movimento que tinham, ter algumas estatísticas standard, para a tutela, direcção geral de saúde, ministério da saúde, o próprio IGIF, etc., queria-se ter a garantia de que estas estatísticas eram produzidas pelo mesmo sistema para depois serem minimamente comparadas.” [Responsável pelo Departamento de Organização e Sistemas de Informação, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

A percepção de quem usa esta aplicação no dia-a-dia profissional é de que estamos perante uma aplicação complexa, com muitas funcionalidades e comandos múltiplos. É pouco susceptível a quebras de sistema mas implica gravações constantes.

⁴⁰¹ Fruto e uma parceria do [Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores \(INESC\)](#) e do Serviço de Informática da Saúde (SIS).

“Eu gosto de trabalhar com o SONHO, também porque já estou habituado. Acho é que podia ser simplificado em muitos passos. Tem muitas janelas, estamos sempre a gravar e a bater enter. Mas o sistema é funcional, é rápido, não é um sistema que encrave. E nós aqui no hospital de Matosinhos trabalhamos na consulta externa com um maior número de opções, o que não é normal. [...] O SONHO mostra-nos os exames que o doente realizou, os exames realizados ou a realizar no exterior, etc., saber o histórico do doente. Agora também o doente valida a consulta antes de a ter e nós facturamo-la logo. Conclusão: há menos erros; se a consulta do doente não estiver validada ou efectivada o médico manda-o logo cá porque não consegue entrar (no sistema)”. [Administrativo do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

O SINUS é uma aplicação análoga à do SONHO, mas específica dos centros de saúde.

O Sistema de Apoio ao Médico (SAM) é uma aplicação que corre sobre o SONHO no hospital ou sobre o SINUS⁴⁰² no centro de saúde⁴⁰³. Permite registar informação clínica do doente de forma a obter um historial deste. Com vários módulos, permite prescrever medicamentos e MCDT electronicamente, passar baixas e gerar sistemas de alertas em função do que o médico achar relevante – alergias, interacções medicamentosas, etc.

“Só que o médico começa a dizer: isto é caracter mode, isto está orientado para o administrativo, para nós vemos informação útil para o médico temos de andar a clicar em muitas opções, porque o SONHO estava muito orientado para o fluxo administrativo e não para o fluxo médico. Então os hospitais começam a fazer alguma pressão no sentido da necessidade deste perfil médico, os próprios profissionais a dizer que há muita coisa no SONHO que para nós é útil em termos de consulta, e eventualmente alguma que é registada para efeitos de facturação, como exames, análises que foram pedidos, e se são eles que prescrevem directamente pelo papel, o administrativo vai copiar para o computador, por que é que não são eles que fazem directamente no computador? Mas não no SONHO, numa coisa que esteja orientada para nós. E é quando o IGIF desenvolve aqui uma coisa chamada SAM [Sistema de Apoio ao Médico], que só corre sobre o SONHO. Criou-se um grupo de médicos e pediu-se que eles dissessem o que gostavam de ver do SONHO, para nós o desenvolvermos. É um módulo, um perfil do SONHO orientado para a actividade do médico.” [...]

“é colocado aqui um conjunto de coisas, de informação relativamente ao SONHO; são acreditados aqui apontadores e mecanismos de integração para as outras aplicações clínicas, de modo a que o médico entra por aqui, está a ver isto administrativo e está a poder navegar para aquilo que o hospital tiver metido, e além disso são criadas aqui algumas funcionalidades específicas para a actividade do médico, que nada têm a ver com o SONHO, que são iniciativa do ministério da saúde, mas que têm a ver claramente com o médico, a prescrição de medicamentos, a prescrição das baixas, de MCDT [meios complementares de diagnóstico terapêutico]. Portanto o médico ao entrar aqui vê algumas iniciativas do ministério e têm a possibilidade de navegar para as outras aplicações. E então nós, nesta altura o que criámos aqui também nestas funcionalidades é uma espécie de um perfil do processo clínico electrónico em que vai agregando toda a

⁴⁰² O SINUS é correspondente ao SONHO, mas aplicado aos centros de saúde.

⁴⁰³ As diferenças prendem-se sobretudo com as particularidades derivadas das especialidades médicas em que o SAM é usado. Nos centros de saúde apenas há uma, a medicina geral e familiar, enquanto nos hospitais certas especialidades poderão ter especificidades na aplicação SAM.

informação que o médico considera útil”. [Responsável pelo Departamento de Organização e Sistemas de Informação, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Os relatos Responsável pelo Departamento de Organização e Sistemas de Informação nem sempre coincidem com as reflexões que os médicos vão tecendo ao longo das entrevistas⁴⁰⁴, a não ser nos centros de saúde, a maior parte dos médicos não usa o SAM na sua prática clínica.

Já o Serviço de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) visa uniformizar o registo da prática de enfermagem através da utilização da Codificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

10.5.1. Causas e razões

Não sendo da iniciativa de nenhum profissional nem da tutela, a criação de um sistema integrado de base de dados na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, surge da sua própria criação⁴⁰⁵ e da necessidade de articular a informação hospitalar com a dos centros de saúde, para melhor conhecer e organizar os serviços e servir a comunidade de referência.

Assim, a articulação entre os cuidados primários e os cuidados de agudos, mais do que melhorar a comunicação, nomeadamente a comunicação médico-doente, são percebidos como uma mais-valia na relação entre profissionais⁴⁰⁶.

O uso do SONHO no hospital Pedro Hispano remonta a 2001. Anteriormente era usada outra aplicação avaliada como mais limitada.

Reconhecendo as limitações da aplicação SONHO, o presidente do Conselho de Administração admite que esta aplicação seja mais retrógrada se comparada com aplicações actuais, mas reconhece que é uma plataforma bem sedimentada, cujo uso não pode ser ignorado.

“nestas coisas também temos que ser muito pragmáticos, não podemos andar sempre a inventar coisas e a fazer coisas novas. O SAM pode não ter sido, de início, de fácil adaptação mas isto é como tudo na vida aprendemos, habituamo-nos e a partir daí estamos à vontade a utilizar.”
[Presidente do Conselho de Administração, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Talvez o facto de o mentor do SONHO ser, à data da entrevista, o responsável pelo departamento de Informática e Sistemas de Informação da ULSM, não seja alheio a esta opção.

O facto de o SONHO estar intimamente relacionado com o financiamento funcionou na ULSM como um estímulo à transversalidade da sua utilização.

10.5.2. Estratégias de implementação

Em termos práticos, a partilha das bases de dados deu-se sobretudo ao nível administrativo, uma vez que nos centros de saúde o registo dos doentes era feito no SINUS – aplicação utilizada nos centros

⁴⁰⁴ Não só neste estudo de caso, mas também nos outros casos em análise neste trabalho.

⁴⁰⁵ Que surge da necessidade de alteração de estatutos para dotar esta nova instituição de maior autonomia sobretudo financeira, cf. Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro.

⁴⁰⁶ Pelo presidente do Conselho de Administração.

de saúde, análoga ao SONHO nos hospitais. Com a criação da ULS a partilha de informação foi estruturada para girar em torno do SONHO⁴⁰⁷, pelo que os profissionais dos centros de saúde tiveram que aprender a usar esta aplicação para gerar permeabilidade da informação.

“um sistema de informação para os cuidados de saúde primários (que era o SINUS, basicamente) e um sistema para os cuidados hospitalares que era, e que é, o SONHO. São sistemas que foram desenvolvidos com uma arquitectura própria, a pensar cada um na orgânica de funcionamento de um hospital e, no caso do SINUS, de cada um dos centros de saúde. São sistemas que têm uma orientação própria não é fácil porque os sistemas per se estão preparados para funcionar com alguma autonomia.” [...]

“a ULS ao tentar utilizar estes dois sistemas está aqui com um problema, é que tem dois ficheiros de identificação dos utentes, e depois há aplicações que giram à volta deste e outras que giram à volta daquele. Este é o problema que agora temos para adequar o sistema de informação à realidade organizacional” [...]

“o profissional que está aqui no centro de saúde e que antes só utilizava o SINUS, neste momento também utiliza funcionalidades do SONHO.” [Responsável pelo Departamento de Organização e Sistemas de Informação, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

No sentido de promover a articulação das bases de dados, os profissionais envolvidos tiveram formação dada pelo departamento de organização e sistemas de informação. A formação inicial no âmbito da utilização do SONHO foi da responsabilidade do antigo IGIF. Os conhecimentos adquiridos nesta formação foram passados directa e informalmente aos profissionais mais novos. O departamento de organização e sistemas de informação presta apoio directo sempre que há problemas pontuais. No entanto, aquando da implementação do SONHO no Hospital Pedro Hispano, os administrativos, enquanto principais utilizadores do sistema, foram chamados a dar as suas sugestões para melhor adaptar a aplicação à realidade hospitalar.

“Nós fizemos várias sugestões ao IGIF aquando da formação, e aliás o IGIF adaptou muito o SONHO à realidade de trabalho do nosso hospital, com base no sistema que tínhamos antes.” [Administrativo do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Já em relação ao SAM, organizaram-se diversas acções formativas sobre a utilização desta aplicação. Ainda que inicialmente os médicos não aderissem, ao nível do Conselho de Administração, foram delineadas estratégias para garantir que os profissionais comparecessem nas formações. A este propósito, o presidente do Conselho de Administração defende mesmo que o uso das TIC por parte dos médicos tem que ser através de medidas de coacção.

“Por exemplo, nós quando instituímos a formação obrigatória, que implica várias coisas, nomeadamente a formação em SAM e SAPE, constatámos que durante o primeiro ano ou segundo ano que havia pessoas que não iam lá... porque não iam aprender nada, por razões diversas, às vezes nem explicavam. E a certa altura entrámos numa medida de coacção que foi assim: para ir a um congresso qualquer só tem autorização quem tiver frequentado a formação obrigatória. É claro

⁴⁰⁷ Embora à data da entrevista ainda houvesse duplicação de informação nos hospitais e nos centros de saúde, uma vez que era a única forma de garantir a possibilidade de marcar consultas nos centros de saúde.

10. *O Uso de Diferentes TIC em Diversos Hospitais:
Análise de 6 Estudos de Caso*

*que as coisas melhoraram logo rapidamente.” [Presidente do Conselho de Administração,
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]*

À data da realização das entrevistas, a formação no SAM era praticamente total entre os médicos da ULSM, e ainda que a formação não se traduza directamente em utilização, os profissionais sabiam usar e estavam a par dos benefícios inerentes.

A falta de conhecimento informático por parte de alguns médicos – sobretudo mais velhos – foi também alvo de uma estratégia de implementação. Na verdade foram desenvolvidas várias formações que facilitassem a proximidade médico-informática.

Por comparação ao SONHO e ao SAM, a aplicação SAPE apresenta uma particularidade: são os próprios enfermeiros a solicitar a sua implementação, percepcionando as vantagens e mobilizando-se para fazer o melhor uso desta.

“é um grupo profissional extremamente unido que até há muito pouco tempo, antes do SAPE, não tinha nenhum sistema de informação. Nem empresas tinham sistemas de informação para enfermagem, nem o ministério tinha feito sistemas de informação para enfermagem. E os enfermeiros não levantam dúvidas a nada, ainda bem, veio e isto permite-nos registar as coisas electronicamente, etc. Eu fiz várias apresentações do SAPE nos últimos dois anos que estive no IGIF e às vezes com audiências de duzentos, trezentos enfermeiros a ouvir e nunca criticaram nada. Só se preocupavam em saber quando é que isso podia ser aplicado na instituição. E ainda para mais esta aplicação pressupunha uma metodologia de trabalho que eles não conheciam, a CIPE, uma classificação internacional para a prática da enfermagem que começa agora a aparecer em Portugal, que as escolas estão agora a ensinar e a aplicação está desenhada em função desta CIPE. Isto obrigou a uma aprendizagem da CIPE, a uma formação muito específica e mesmo assim eles viram aquilo como uma coisa muito boa para eles. Os profissionais já saem hoje da escola a dominar a aplicação”[...]

“Este SAPE foi considerado já internacionalmente dos melhores sistemas de enfermagem, mas em Portugal não anda. Neste momento há mais hospitais a utilizá-lo do que centros de saúde, estes tinham uma limitação em termos de equipamentos. O SAPE dos hospitais neste momento só cobre o internamento, esta cobre a 100% a actividade de enfermagem nos centros de saúde, informatiza por completo a actividade do enfermeiro no centro de saúde. Cá, pelas entidades que mandam, pelo menos pelo ministério (as ARS já todas reconheceram) não é reconhecido, porque os profissionais é toda a gente a pedi-lo. Portanto há aqui uma pressão de baixo para cima.”

[Responsável pelo Departamento de Organização e Sistemas de Informação, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

A implementação do SAPE na ULSM apresenta uma iniciativa inversa ao SONHO e ao SAM, isto é, foram os enfermeiros que, pressionando a administração, demonstraram os benefícios da sua utilização. A falta de apoio da administração na implementação do SAPE resulta claro nos testemunhos recolhidos.

“Acho que passa muito pelo envolvimento, é muito importante que o conselho de administração esteja envolvido nos projectos. E houve momentos em que não esteve muito. Houve um momento neste projecto, mais ou menos a meio, em que chegou a ser tudo questionado. Foi

*preciso nós fundamentarmos, nós continuámos a forçar e agora acho que não tem volta a dar.[...]
E para além disso o serviço de informática neste processo é fundamental, o volume de informação começa a ser muito grande e tudo isto implica quer custos quer recursos de pessoal informático.
[Enfermeiro B responsável pela implementação SAPE no Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]*

Concretamente na ULSM, a forte união deste grupo profissional com a Escola Superior de Enfermagem de São João, apresentam-se como factores determinantes no sucesso da utilização desta aplicação.

“O SAPE foi uma aplicação desenvolvida pelo IGIF Porto e principalmente pela escola superior de enfermagem de S. João. Esta instituição [ULSM] tem uma ligação próxima com a Escola de S. João.” [Enfermeiro A responsável pela implementação SAPE no Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

No entanto, junto dos enfermeiros que usam o SAPE, percebemos que estes avaliaram a formação para a utilização desta aplicação como extemporânea, uma vez que foi muito distante da utilização real do sistema.

10.5.3. Resultados da implementação/utilização: principais obstáculos

Segundo o Presidente do Conselho de Administração, a adesão ao SONHO, SAM e SAPE está a decorrer com a resistência inicial esperada, ditando a evolução desta resistência o tipo de actuação do Conselho de Administração.

Em relação à articulação da informação entre hospital e centros de saúde, são reportados problemas ao nível da comunicação: o número de computadores não é suficiente para os secretariados clínicos e a capacidade dos que há não possibilita a instalação de e-mails, o que é percepcionado pela responsável do secretariado clínico como um enorme obstáculo.

Ainda que o responsável do departamento de organização e sistemas de informação percepcione a articulação do SINUS e do SONHO como estando em andamento, na prática os administrativos afirmam que esta articulação (ainda) não existe.

“Existe alguma dificuldade de articulação. Assim como do SINUS entram no SONHO eu também posso entrar no SINUS mas não posso marcar consultas. Vejo se o doente está lá inscrito, qual o seu número de utente... relação entre o SINUS e o SAM do hospital não há”. [Responsável Secretariado Clínico do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Em relação ao uso médico do SAM, os administrativos referem que a utilização que os médicos fazem do sistema é parca.

“Não temos assim muitos médicos a trabalhar no SAM. O equipamento está lá mas... digam o que disserem há sempre algumas pessoas que são um bocado contra a esta coisa das novas tecnologias. Porque isto é chato, é moroso... é o que dizem. Não fazendo os médicos determinadas tarefas no SAM faz o administrativo no SONHO. O médico pode marcar a consulta no SAM mas se não o fizer passa um papelinho para o secretário marcar e isto é muito frequente. Eu não conheço

10. *O Uso de Diferentes TIC em Diversos Hospitais:
Análise de 6 Estudos de Caso*

muito a versão dos médicos mas às vezes parece que são formas de retaliação contra algo que lhes fazem, ou políticas da administração...”. [Administrativo do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Na perspectiva da responsável do secretariado clínico, a implementação do SAM fez mesmo com que duplicasse o papel, uma vez que os médicos continuam a registar no processo, o que mandam imprimir da aplicação, juntando tudo no processo clínico do doente.

“Eles utilizam os registos no SAM mas há sempre o suporte em papel. Muitas vezes fazem no SAM, imprimem a folha e entregam para pôr dentro do processo” [Responsável Secretariado Clínico do Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

A resistência à utilização do SAM por parte dos médicos, com maior ou menor dimensão, é transversal a praticamente todos os testemunhos recolhidos. Porém, os médicos temem que as TIC tragam a desvirtualização da prática clínica.

“E também lhe digo o seguinte: na minha opinião, e com algum reforço da parte de colegas com quem tenho falado e utentes que tenho ouvido, o facto do médico passar a ter um computador em cima da secretária desvia-nos muito mais a atenção do doente para o computador. Ou seja, nós estamos muitas vezes mais a olhar para o computador do que para o utente. E quanto a isso acho que temos de ter alguma calma porque senão qualquer dia somos robots. O utente quando vem ao médico ou ao enfermeiro, mesmo no atendimento, precisa que olhem para ele como pessoa” [Directora Centro de Saúde, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Ainda que vindo de um cargo de direcção de um centro de saúde, onde em 21 médicos apenas 1 não usa o SAM, esta percepção espelha o receio real dos médicos introduzirem a informatização dos registos na sua prática clínica, temendo a dispersão da sua atenção do *cuore* da sua profissão.

Dentro dos médicos entrevistados, para além de se confirmar uma maior utilização nos médicos dos centros de saúde e no hospital na especialidade de medicina interna, observou-se ainda que existe uma utilização do SAM sobretudo associada à óptica do utilizador, ou seja, visualizam a informação introduzida, mas não introduzem dados.

“Eu já estive na cirurgia e na pediatria. Aqui [medicina interna] é onde se utiliza mais, mas aqui também há mais relatórios a fazer. Mas nos outros departamentos também se utiliza, principalmente para ver resultados analíticos. Utilizam mais na óptica de receber informação do que de a colocar. Ainda não estamos muito familiarizados com as técnicas informáticas, demora mais tempo a fazer uma nota de alta no computador do que à mão (mas sem dúvida que vemos vantagens na utilização do SAM na prática clínica, até porque não há «letra de médico», os resultados analíticos chegam muito mais depressa do que quando vinham em folha” [Médica Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Os enfermeiros estão a aderir melhor que os médicos ao uso das TIC, retirando mais proveito da aplicação SAPE do que os médicos da SAM. No entanto, os médicos estão a usar cada vez mais o SAM. Tal como foi observado em Portalegre, são sobretudo os médicos dos centros de saúde que mais usam o SAM, uma vez que a prescrição electrónica, sendo um módulo desta aplicação, permite reduzir em muito o tempo dispendido na renovação de receitas dos doentes crónicos e por este ser

um modo mais célere e confortável de aceder aos resultados das análises pedidas. Note-se a este respeito que os resultados laboratoriais entre hospital e centros de saúde já são informatizados e circulam pelo SAM.

Confirma-se assim, o que muitos entrevistados afirmaram: é pela comprovação das vantagens que se conquistarão os utilizadores.

Por semelhança a outros estudos de caso já analisados, também na ULSM as falhas do sistema são apontadas como um obstáculo à utilização das TIC⁴⁰⁸, havendo entre os médicos entrevistados quem defenda que com os registos em papel nunca há falhas de informação.

Perante este reporte, o presidente do Conselho de Administração afirma que as reclamações dos profissionais têm exercido pressão para a melhoria.

“Eles vão-se queixando de alguma lentidão do sistema informático, de algumas quebras que têm vindo a ser aperfeiçoadas. Aqui no coração do sistema tem vindo a ser melhorado o equipamento, alterados servidores...” [Presidente do Conselho de Administração, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Mais uma vez é entre os médicos mais velhos que se encontra a maior resistência, havendo entre muitos a ideia que as TIC servem para controlar e reduzir autonomia. Ainda que o presidente do Conselho de Administração afirme que estes profissionais se caracterizem por assumir uma perspectiva individualista de fazer medicina e por uma percepção desajustada do conceito de medicina, na verdade, como já tivemos oportunidade de ver no estudo do HPV, este controlo da actividade clínica acaba, podepor vezes, por acontecer.

Ainda que com menor intensidade que noutros estudos de caso já apresentados, a cobertura da rede é também referida por alguns dos entrevistados como um obstáculo ao uso das aplicações.

Situando-se um pouco à margem dos restantes médicos, e paralelo às questões da resistência e da utilização/não utilização do SAM, na ULSM há quem defenda que o uso do SAM apenas se faz devido à fraca qualidade da oferta das aplicações que recorrem às TIC no sector da saúde.

“Os médicos actualmente só usam no SAM a marcação de consultas e o receituário, daí criticarem isto por o verem como trabalho administrativo. O SAM não é clínico. Eu neste momento tenho a minha consulta gerida electronicamente, com uma área dirigida a administrativos e outra a médicos” [...]

“O conselho de administração é constituído por médicos que fazem consulta e que têm também dificuldades em usar estas coisas (o SAM). O SAM deu tudo o que tinha a dar, ponto final parágrafo”. [Médico infecciologista⁴⁰⁹, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

A utilização do SAPE ronda os 100%. A maior parte dos entrevistados atribui esta adesão ao facto de a maioria dos enfermeiros ser de uma nova geração, mais adaptada às TIC.

⁴⁰⁸ Ainda que um administrativo entrevistado nos tenha referido que o SONHO se caracterizava por não “ir abaixo”.

⁴⁰⁹ Como será detalhado mais à frente este médico desenvolveu uma aplicação própria capaz de fazer o acompanhamento real dos doentes.

De notar que esta elevada adesão inicialmente colidiu com a prática médica: devido à utilização da CIPE, ao consultarem os registos da enfermagem, os médicos não sabiam descodificar a informação. Este obstáculo foi contornado pela adaptação da informação de enfermagem, de forma a torná-la perceptível ao grupo médico.

10.5.4. Quando a necessidade aguça o engenho: um médico, um serviço, uma aplicação

À semelhança do que já foi encontrado noutros estudos de caso⁴¹⁰, também na ULSM encontramos um profissional pro-activo e com vontade de melhorar o serviço onde desenvolve actividade através do uso das TIC aplicadas à saúde.

A particularidade deste profissional reside no facto de não assumir um papel verdadeiramente catalisador na divulgação e implementação das TIC na instituição onde trabalha, bem pelo contrário. Não só não usa o SAM, como não defende a sua utilização.

Este “shakesperiano” estudo de caso, dentro do estudo de caso, refere-se a um médico do serviço de infecciologia que desenvolveu, com base nas TIC, uma aplicação própria que funcionando como uma espécie de processo clínico electrónico, permite uma visão do doente como um todo, através da compartimentação articulada de toda a informação necessária à consulta.

Acompanhando doentes com SIDA, a aplicação usa dados encriptados e funciona numa rede virtual privada. Cada médico do serviço tem uma entrada e todos os médicos usam esta aplicação. Permite avaliar a evolução do doente em tempo real, desenvolver gráficos relativos ao consumo de medicamentos e observar a evolução perante a terapêutica.

“Eu trabalho com doentes com SIDA, eu precisava de ter a noção de um doente quando chega aqui à minha consulta, qual é que foi a evolução dele desde que chegou aqui até à actualidade em termos de carga vírica, etc., que é aquilo que precisamos para poder monitorizá-lo. O SAM não me dá isso sequer. E eu ali consigo fazer um gráfico e olho para o gráfico e consigo ver toda a evolução do doente. Trabalho aqui no hospital mas em rede privada virtual. Nós temos uma consulta a funcionar, cada um dos elementos tem uma pen disk, dá-me para fazer transferência de e-mails, mensagens de pessoas para pessoas, dá-me para gerir a evolução clínica do doente em termos de medicações, faz-me as diferentes tabelas com diferentes indicações. Foi uma coisa criada por mim, está aprovada pelo conselho de administração, está aprovada pela comissão nacional protectora de bases de dados... e está a ser usada no serviço ” [Médico infecciologista, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Segundo o entrevistado, a administração tem conhecimento desta aplicação, também validada pela *Microsoft*, não tendo avançado com a sua implementação devido a encargos financeiros...

“Eu tenho um preço, aquilo está avaliado pela Microsoft, permite fazer toda a exportação de dados para SPSS, Excel, integração de consultas, relatórios, faz a gestão total da consulta do doente. Sistema protegido por palavra-passe...” [Médico infecciologista, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

⁴¹⁰ Como no IPO o profissional que desenvolveu a intranet e o médico que programou macro de cálculo de medicação em função do peso; ou em Portalegre a enfermeira responsável pelo receituário electrónico intra ULS, ou em Aveiro o director das urgências que esteve por detrás do projecto da RTS.

...Mas também por falta de capacidade técnica dos serviços informáticos, uma vez que há uma falta de capacidade de resposta perante a necessidade de articular esta aplicação com a rede hospitalar.

“Eu há um ano que ando a tentar pôr o meu sistema em rede com o sistema do hospital e o serviço de informática não sabe fazer por incompetência própria. E eu decidi criar a minha própria rede, que funciona. Com a garantia de não ter vírus como tem o sistema informático do hospital.” [Médico infecciosologista, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos]

Este médico mostra-se muito crítico em relação às capacidades do SAM, reconhecendo-lhe apenas vantagens ao nível administrativo, não clínico.

Na ULSM o uso paralelo duma aplicação específica num serviço, é o maior exemplo do facto de em cada instituição existirem pessoas com dedicação e muita vontade de melhorar os serviços onde desenvolvem actividade. Não descurando a importância das iniciativas levadas a cabo pela tutela ou pelos Conselhos de Administração, este exemplo, a par de outros já relatados anteriormente, revela que há nos hospitais portugueses massa crítica e competência para perceber o que pode ser feito no âmbito do uso das TIC no sector da saúde, para que os serviços/hospitais aumentem a qualidade dos serviços prestados à comunidade.

10.5.5. ULSM: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde

Tal como nos outros estudos de caso, também entre os entrevistados da ULSM as razões para a fraca utilização⁴¹¹ das TIC em Portugal oscilam entre várias naturezas.

Se por um lado são referidas as questões orçamentais e de estrutura do sistema, nomeadamente a forte politização do sector hospitalar, a falta de liderança e de orientação da tutela e a falta de envolvimento dos conselhos de administração, por outro, a falta de competências profissionais e a falta de reconhecimento das potencialidades das TIC para a melhoria da qualidade do sector, foram assumidas como factores activos para a ainda fraca utilização das TIC no sector da saúde.

As questões geracionais foram também referidas. A este propósito os profissionais consideram que o tempo será determinante. Sendo o recurso às TIC na área da saúde um processo sem retorno possível, os profissionais vão tendo, progressivamente, cada vez mais familiaridade com as TIC, aumentando a alimentação da “memória” do sistema.

Quadro 10.6.: Resumo Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Com um Conselho de Administração consolidado e apresentando uma forte liderança, o facto de a ULSM contar com a presença do mentor do SONHO não terá sido alheia à opção de articular o SONHO com o SINUS, o SAM e o SAPE e não optar por outras soluções privadas.

A necessidade de ligar toda a informação resultou da criação da ULSM, que uniu sobre o mesmo Conselho

⁴¹¹ Ainda que não tenha tido a necessidade de reconsiderar a pergunta, no sentido de não caracterizar a utilização das TIC no sector da saúde como “fraca”, foi referido que não deveria ser fraca em virtude das vantagens inerentes.

de Administração e sob a mesma gestão financeira, vários centros de saúde da região de Matosinhos e o Hospital Pedro Hispano.

Em termos de adesão, os administrativos com uma utilização obrigatória, identificam falhas informáticas (e por vezes da capacidade de resposta dos informáticos do hospital) e a falta de computadores como obstáculos; os médicos, ainda que tenham conhecimentos (formação) para o fazer, nem todos usam o SAM – sobretudo os do hospital, ao contrário da forte utilização dos do centro de saúde.

Esta diferença talvez se justifique pela comodidade que a utilização do SAM nos centros de saúde trouxe aos médicos que lá trabalham: os resultados dos exames hospitalares poderem ser visionados no centro de saúde e a prescrição de receitas aos doentes crónicos ser facilitada através do SAM, uma vez que os campos, preenchidos uma vez, não necessitam de nova intervenção. Destaca-se ainda o facto de os médicos usarem o SAM, sobretudo para consulta de informação que é lá disponibilizada, e não tanto para introdução de dados.

A introdução dos computadores na dinâmica da consulta é percebida pelos clínicos como uma intrusão, temendo a informatização e a desvirtualização da prática clínica.

Já entre os enfermeiros encontramos uma utilização do SAPE perto dos 100% (note-se que a proposta de implementação foi dos próprios e conta com o apoio de uma escola de enfermagem).

O facto deste projecto ser do conhecimento de todos os profissionais e da administração ter conhecimento do que se passa na realidade da ULSM, sugere que a comunicação vertical na ULSM existe, ainda que a gestão da informação da realidade hospitalar seja (des)valorizada em função dos seus interesses e apenas comunique quando quer, o que quer e com quem quer.

Também na ULSM se identificou a existência de profissionais que querem e procuram melhorar os serviços onde trabalham. Neste caso, ultrapassando a fase de projecto ou a mera expectativa de mudança, trata-se de um médico que desenvolveu um software próprio para a sua especialidade – infecciologia – onde é usado de forma encriptada e alternativa ao SAM.

10.6. HOSPITAL DA ARRÁBIDA: RIS⁴¹²PACS⁴¹³

O RisPacs é uma aplicação que permite a articulação e comunicação de textos e imagens. Tem duas funcionalidades: o Ris e o Pacs. O Ris permite a realização de todo o tipo de exames radiológicos sem o recurso a películas. Aumenta a definição da imagem e possibilita a permutabilidade de informação para formato digital, o que poderá permitir a realização de relatórios à distância. O Pacs consiste no armazenamento digital e confere a possibilidade de consultar toda a informação informatizada.

Trata-se de uma aplicação utilizada por médicos, técnicos de radiologia (Pacs) e por administrativos (Ris).

É uma aplicação que estando implementada no serviço de radiologia, estará acessível em todo o lado do hospital.

“não faria sentido ter este sistema se depois não se consegue disponibilizar o relatório e as imagens e portanto nos gabinetes médicos também vão existir pc’s onde eles podem visualizar as

⁴¹² Radiologist information system.

⁴¹³ Pictures archiving communication system.

imagens e consultar os relatórios.” [Responsável pelo departamento de informática e pelo projecto, Hospital da Arrábida, Porto]

Perante os restantes estudos de caso, o Hospital da Arrábida apresenta a particularidade de ser uma instituição de saúde de natureza privada, pertencendo ao grupo Espírito Santo Saúde.

Duas notas em relação a este estudo de caso.

A primeira prende-se com o facto de o Hospital da Arrábida ser uma instituição privada. O facto de esta organização ter sido incluída no estudo, ainda que represente o sector privado de forma residual, surge para tentar comparar o uso das TIC nos hospitais privados com a mesma prática nos hospitais do SNS. De salientar o pormenor de, ao longo da realização das entrevistas nesta instituição, a presença do gravador ser percebida com maior desconfiança, tendo-se notado junto dos entrevistados uma maior preocupação em formular um discurso mais reflectido e cuidado, que resultou num maior número de pausas nos testemunhos recolhidos.

Por oposição ao que se encontrou em algumas instituições do SNS, aqui nenhum dos entrevistados manifestou interesse ou expectativa em mudar alguma coisa, ou em ver implementada alguma TIC no serviço onde desenvolve a sua actividade profissional.

Pelo observado neste trabalho, a comparação do uso das TIC nas instituições do SNS e privadas justificará por certo uma linha de investigação que importa desenvolver futuramente.

A segunda nota é contextual. O grupo Espírito Santo – a que pertence o hospital da Arrábida – estava, à data das entrevistas, a preparar a abertura do Hospital da Luz, em Lisboa. De grandes dimensões, a preparação da abertura deste novo hospital, concentrou grande parte dos recursos do grupo, fazendo com que muitos projectos, noutras instituições, abrandassem o ritmo ou mesmo parassem, como foi o caso do RisPacs. Os testemunhos recolhidos neste estudo de caso indicam que o Hospital da Arrábida não foi alheio a esta tendência.

Tal como os hospitais do SNS, o Hospital da Arrábida possui uma aplicação de gestão de doentes⁴¹⁴ que permite fazer todo o registo do percurso dos doentes, quer em ambulatório, quer em internamento e facturar em conformidade com a produção. Para além do seu uso directo, em termos administrativos, o RisPacs será integrado nesta aplicação de forma invisível.

“nós vamos continuar a trabalhar com a aplicação que temos, e em termos da aplicação não vamos sentir rigorosamente nada porque aquilo vai entrar na aplicação, mas ao nosso olho vai ser transparente.” [Administrativa geral, Hospital da Arrábida, Porto]

“Os administrativos quase nem vão dar conta que isto vai acontecer” [Responsável pelo departamento de informática e pelo projecto, Hospital da Arrábida, Porto]

Esta implementação envolve duas empresas: a de suporte da aplicação da gestão de doentes, que já existe, e a responsável pelo RisPacs. Segundo a experiência de um técnico de radiologia, baseada na utilização de uma aplicação semelhante ao RisPacs noutra hospital – público – o envolvimento de

⁴¹⁴ Cujo software é de uma empresa espanhola.

várias empresas num só processo resulta em prejuízo para a instituição, uma vez que dificulta o reporte de anomalias e a resolução de problemas.

“porque depois temos um problema e dizemos a quem achamos e dizem se calhar não é connosco é com a empresa não sei quantos e isso confunde um bocadinho as coisas” [Técnica de radiologia, Hospital da Arrábida, Porto]

10.6.1. Causas e razões

Através dos vários testemunhos recolhidos, foi possível perceber que a implementação do Ris Pacs surgiu da pressão de alguns médicos junto do Conselho da Administração, ainda que este chame a si a iniciativa da implementação, assumindo a liderança de todo o processo.

“eles sabem do que é preciso, sabem o que é o futuro, sabem se calhar mais da parte de radiologia, porque são pessoas que estão bem informada, apesar de serem gestores são pessoa que estão bem informadas nomeadamente ao nível da imagiologia médica, se a digitalização dos dados faz sentido ou não...claro que depois em pormenores técnicos, escolhas de material, de sistemas, aí somos nós técnicos e médicos que poderemos dizer, este é o melhor, é o mais prático.” [Técnico radiologia responsável pelo Serviço, Hospital da Arrábida, Porto]

Esta aplicação vem assim colmatar as necessidades sentidas por muitos médicos e profissionais de saúde, mas também da organização – gestão de espaços e de materiais envolvidos na produção do MCDT.

Para além de agilizar os processos e permitir uma sistematização e organização da informação, permitirá também ao hospital uma enorme poupança em recursos financeiros, como enunciado pelo chefe do serviço de radiologia, ao elencar as mais-valias do RisPacs.

“1) cada película para impressão a laser custa à volta de 300 escudos cada uma, cada exame em média é capaz de ter 6/7 películas o que vai dar 4200 escudos cada exame só nos consumíveis, se vou usar o Pacs não preciso. Para suporte para o exterior eu posso utilizar a gravação em dvd ou em cd que custa 70 escudos cada um e ainda permite gravar todo o exame, portanto eu vou passar de milhares de escudos para gastar muito menos...” 2) comunicação mais rápida, o exame fica disponível independentemente de estar relatado ou não, 3) em termos de recursos humanos também reduz processos: mensageiros, envelopes, idas ao arquivo” [...] “há questões muito sensíveis à administração e aqui há uma transferência de interesses. E se esta instituição fizer cerca de 5000 exames por dia, que não faz, mas imagine a poupança...é dinheiro que pode ir para outras áreas e para outra função” [Chefe do serviço de radiologia, Hospital da Arrábida, Porto]

10.6.2. Estratégias de implementação

No momento da realização das entrevistas, a implementação do RisPacs estava dependente da disponibilidade dos técnicos informáticos, que estavam concentrados na preparação do Hospital da Luz.

Uma nota sobre o departamento de informática: ao contrário do que foi observado nos outros estudos de caso, de uma maneira geral, o gabinete informático foi percebido como tendo capacidade para dar resposta a problemas relacionados com o RisPacs.

Ainda que pudesse arrancar o módulo Ris, a administração, temendo que esta implementação parcial imputasse demoras no atendimento dos doentes, optou por esperar para implementar toda a aplicação de uma vez só.

“Para não haver uma mudança drástica e não aumentar o tempo de atendimento dos doentes por parte dos administrativos, optaram por manter o sistema antigo enquanto não estiver tudo pronto para arrancar.

Não fazia sentido implementar apenas o RIS, pois íamos andar de um lado para outro e o tempo de atendimento das pessoas ia aumentar cerca de 1 ou 2 minutos. Aliás esta é também uma das razões pelas quais o RisPacs ainda não está implementado.” [Director do hospital, Hospital da Arrábida, Porto]

Apesar de todos os profissionais reconhecerem as vantagens desta aplicação, o processo de implementação está parado uma vez que os interesses do Grupo Espírito Santo estão focalizados no Hospital da Luz (em arranque). Este enfoque reflecte-se numa canalização de recursos tecnológicos (como computadores, écrans, etc.) financeiros e humanos (técnicos informáticos de apoio que iriam suportar a introdução deste novo sistema).

Não foi avançada nenhuma data para o reinício das actividades de implementação.

O processo de formação dos profissionais envolvidos está dependente da data de arranque.

“Ainda não há formação agendada para os profissionais, vai haver antes de isto entrar na rotina.” [Director Clínico Adjunto, Hospital da Arrábida, Porto]

Apesar da formação estar agendada apenas para a fase de arranque do RisPacs, foi interessante observar que os técnicos de radiologia já dispõem de alguns conhecimentos transmitidos na escola.

“Tive formação na escola mas a partir daí fui-me adaptando aos serviços onde estava inserida” [Técnica de radiologia, Hospital da Arrábida, Porto]

Esta questão é de extrema importância no processo formativo dos profissionais de saúde. O que nos remete para a importância da existência de conteúdos relativos às TIC disponíveis nas várias áreas e valências clínicas nos *curricula* dos politécnicos e das universidades, quer nos cursos formação inicial como nos de formação avançada.

No âmbito da divulgação do projecto encontrou-se alguma heterogeneidade de respostas. Se os responsáveis pela instituição e pelo projecto afirmam que esta aplicação é do conhecimento geral dos profissionais que com ele vão trabalhar encontrámos, sobretudo entre os administrativos dos serviços de radiologia, quem não soubesse o que era ou em que consistia. O que parece revelar que a falta de comunicação intra-institucional é transversal ao sector público e privado da saúde.

Quanto à adesão dos médicos, o chefe do serviço de radiologia também defende que será entre os mais novos que haverá uma maior adesão e, pelo contrário, entre os mais velhos uma resistência maior. De uma forma geral, terá que haver da parte do Conselho uma estratégia de “sedução” dos médicos, até porque a imposição da Administração tem por trás a poupança em cada exame.

“Vai ser muito difícil. Vai ter que ir ao conselho, vou ter que os motivar, vão ter de os apaparicar para eles aderirem ao processo em parte...e a outra parte vai ser como foi a passagem do escudo ao euro, porque mudou, acabaram-se os escudos e só se usavam euros...” ah mas eu não estou muito habituado, não sei usar”...mas vai ter de usar, não há a outra máquina, a outra acabou. A administração vai ter o papel de divulgar, formar, informar, dar prazos de instalação da solução, e a partir de uma determinada altura não vai haver mais”. [Chefe do serviço de radiologia, Hospital da Arrábida, Porto]

10.6.3. Resultados da implementação/utilização: principais obstáculos

A avaliação da implementação não é possível uma vez que a aplicação ainda não foi desenvolvida.

No entanto, sabe-se que o acesso à aplicação será triado por uma *password*, atribuída em função da necessidade profissional em aceder a maior ou menor informação do doente.

“Vão haver acessos distintos no Ris e no Pacs. Qualquer funcionário poderá aceder e trabalhar em função dos níveis de acesso que tenham, isso determina até onde é que se pode ir”. [Técnico radiologia responsável pelo Serviço, Hospital da Arrábida, Porto]

Quanto às vantagens percebidas, estas dividem-se em função dos dois módulos em causa.

As vantagens apontadas ao Ris pelos profissionais abordados são diversas. Vão desde as financeiras – poupança de dinheiro nas películas – às operativas – permite uma maior capacidade de atendimento de doentes pois agiliza todo o processo radiológico – às organizacionais – permite que os médicos relatores trabalhem fora dos limites físicos do hospital, sob uma ligação on-line⁴¹⁵ e uma melhor gestão do espaço até agora ocupado com películas.

“Ao nível dos processos, vão estar mais organizados, especialmente ao nível do percurso do exame. Vai haver um ponto de partida e um ponto de chegada bem definido. E podemos saber sempre os passos por onde ele anda. Muitas vezes a nossa dificuldade é saber se o exame já está relatado, será que o exame já foi assinado pelo médico, e isto poupa-nos muitos recursos em termos de andar à procura de onde é que estão os exames. A nível de rapidez de acesso também é outra vantagem porque o médico, podendo por qualquer lado aceder ao exame, olhar para ele, relatar ou consultar, não tem que saber onde está o processo, não tem que estar no seu gabinete para o relatar. Há ali uma série de condições que podem acelerar o processo.” [Responsável pelo departamento de informática e pelo projecto, Hospital da Arrábida, Porto]

A curto prazo, permitirá a externalização de informações e de prestação de serviços. Neste caso, o facto de os profissionais poderem trabalhar sem estar fisicamente presentes, implicará por certo uma re-organização do trabalho dos médicos e técnicos do grupo.

“é posterior, mas não muito posterior, porque bem, vamos lá ver...é uma questão de autorização..porque repare, depois já entra um bocado a questão do grupo BES Saúde, mas um médico trabalha num lado, no Hospital da Luz, tem depois também um relator na Arrábida, e se está tudo ligado em rede eu passo a ter, eu e os meus colegas todos do país inteiro, acesso aos pedidos ao mesmo tempo. Eu neste momento, por exemplo eu não tenho acesso aos e-mails, se

⁴¹⁵ O facto de o trabalho ser on-line leva o médico relator responsável pelo serviço de radiologia a equacionar a necessidade de mais computadores para dar maior acesso à internet a quem estiver a trabalhar, permitindo ainda que paralelamente se faça pesquisa na internet, se necessário.

tenho um exame onde tenho dúvidas, tenho de telefonar ao médico, porque é um exame diferente, ou tem uma patologia diferente, eu neste momento tenho que telefonar ao médico para dizer, olhe passa-se isto, e oriento-me por telefone. A partir do momento em que houver um grupo todo ligado em rede, posso aceder a um colega que esteja em Lisboa, ou que esteja na Póvoa, ou que esteja em Gaia....porque a rede a partilha do Pacs é universal.” [Técnico radiologia responsável pelo Serviço, Hospital da Arrábida, Porto]

Esta potencialidade da aplicação é caracterizada pelo chefe do serviço de radiologia como irresistível, passando a ser determinante na organização do trabalho.

“eu posso por exemplo por os médicos deste hospital a fazer os serviço da segunda feira, os médicos de outro hospital, que fazem parte da instituição, a trabalhar à terça. E tenho todos os dias rapazes para a satisfação e dos relatos e da disponibilização dos exames em rede através da gestão dos profissionais” [Chefe do serviço de radiologia, Hospital da Arrábida, Porto]

As vantagens do Pacs são mais consensuais, focando-se na melhoria das condições do armazenamento de informação e da redução do espaço até agora ocupado em arquivo.

Nas entrevistas aos administrativos, observou-se que estes não concordam com o facto de os médicos poderem introduzir informações na aplicação da gestão de doentes, o que noutros estudos de caso, como por exemplo o HPV, era considerado uma mais-valia.

“é um bocadinho complicado, por exemplo poderia ser o próprio médico a dar a saída do paciente do consultório, mas como temos um nível de trabalho ao nível dos assistentes de consultório que chama os doentes, encaminha para o gabinete e depois marca os exames no final, se fosse o médico a fazer isso, o assistente ia perder o controlo de saber quem ainda está à espera ou não está. Portanto, nós para já, preferimos que esse trabalho seja feito pelo assistente para evitar longas esperas na sala” [Administrativa geral, Hospital da Arrábida, Porto]

Na verdade, ainda que possamos estar perante a defesa do brio profissional e da garantia do controlo da execução de uma tarefa, tratando-se de uma instituição privada com uma maior flexibilidade nos regimes contratuais, esta atitude poderá também reflectir a defesa de um posto de trabalho.

A formação aos profissionais, ainda que sem data de arranque, segundo o chefe do serviço de radiologia, é determinante, podendo ser uma alavanca ou um obstáculo ao sucesso do projecto.

“se as pessoas não virem as vantagens não vão aderir, por isso é que a formação e a informação ao utilizador são muito importantes.” [Chefe do serviço de radiologia, Hospital da Arrábida, Porto]

Também no Hospital da Arrábida foi consensual considerar que os médicos mais velhos têm uma menor capacidade de aderir e usar as novas tecnologias na sua prática profissional, deixando transparecer que este fenómeno é transversal ao sector público e privado.

“Há alguma resistência no que nós chamamos da velha guarda, que já têm uns 40 ou 50 anos de carreira com película, que não se ajeitam com o monitor e que acham isto muito confuso, só temos este tipo de problemas” [...] “mas não têm hipótese...e eu acho que eles já têm essa noção, os que veêm, que o sistema de película, analógico quer em termos de rapidez, de segurança, de

arrumação...não tem nada a ver, e as empresas cada vez a fazer as coisas para ser cada vez mais fácil, é muito fácil por um bebé ou uma criança de 6 anos a fazer isto” [...] “eu faço uma ressalva à pessoas mais antigas que tenham alguma resistência a aderir, porque se sentem ultrapassadas. Reconheço que há alguns médicos que têm alguma dificuldade em aderir às novas tecnologias precisamente porque sempre foram....sempre usaram papel e não computadores e a tecnologia avançou de tal maneira que os ultrapassou e sentem-se ultrapassados ao ponto de começarem a criar entraves de não é tão bom...mas se lhe dissermos que uma coisa que agora demoram 20 minutos a fazer daqui a uns meses vão passar a demorar 5 quando começam a usar...”
[Responsável pelo departamento de informática e pelo projecto, Hospital da Arrábida, Porto]

Quanto aos obstáculos percecionados, o chefe do serviço de radiologia identifica a emergência de dois obstáculos na utilização do RisPacs, derivado da obrigação desta aplicação vincular ao trabalho on-line, implicando uma conexão permanente à Internet. Assim, este profissional 1) teme que a ligação implique uma dispersão da atenção dedicada ao trabalho; 2) nem todos os computadores têm este tipo de ligação.

Outra situação percecionada como potencial problema, também identificada no testemunho do Responsável Informática pelo projecto, prende-se com a importância de acautelar a articulação e integração de hardware e software, de forma a garantir qualidade da resolução das imagens captadas, a sua visualização e rapidez de consulta.

Esta preocupação, baseada na experiência de outras instituições, surge da existência de várias marcas e empresas fazer a implementação pondo em causa o funcionamento articulado e bem sucedido da aplicação como um todo.

Comparando os hospitais do SNS com o sector privado⁴¹⁶, observamos que os processos de implementações no público se fazem de forma mais prolongada no tempo e que, de uma maneira geral, partem de um serviço piloto a partir do qual se aperfeiçoam experiências.

No sector privado uma aplicação nova parece arrancar para todos os profissionais envolvidos ao mesmo tempo, já numa versão definitiva. Os profissionais são chamados a dar a sua opinião mas de forma hierárquica, ou seja, é pedido ao chefe de serviço que dê uma opinião ou sugestão, podendo este consultar ou não as equipas para o fazer.

“É que este sistema não pode ser chegar e pô-lo cá, tem que ser um pouco à imagem do que se trabalha cá. [...] Não há grupos de trabalho. É solicitada uma opinião ou questão ao responsável sobre a qual ele terá que se pronunciar, consultando ou não o serviço.” *[Responsável pelo departamento de informática e pelo projecto, Hospital da Arrábida, Porto]*

O sector privado é identificado como tendo uma maior capacidade de mobilização em função de estratégias e objectivos definidos.

“é complementarmente diferente uma administração hospitalar pública da privada. E agora diz-me, está a dizer-me uma verdade à la Palisse. Mas eu trabalhei com os dois tipos de administração. Num não há interesse em mostrar esse tipo de obra e no outro há mais interesses em ter objectivos. São objectivos diferentes, se calhar se me pergunta porque é que o hospital

⁴¹⁶ Ainda que tenhamos apenas um caso do privado.

público não tem o sistema tal, poupam rapidez, poupam película, é só ...não sei porquê, não me pergunte. Porque ao lado está um hospital privado que aderiu e rentabilizou muito rapidamente o investimento que teve que fazer...mas sou um bocado leigo nessa matéria.” [Técnico radiologia responsável pelo Serviço, Hospital da Arrábida, Porto]

Outra diferença em relação aos hospitais analisados no SNS reside no faseamento da implementação. O que pudemos observar no Hospital da Arrábida foi que, preferiram atrasar a implementação da aplicação, de forma a garantir a sua entrada em bloco no hospital, a ir faseando a introdução desta. Em termos estratégicos, este faseamento é frequentemente procurado nos hospitais do SNS, onde muitas vezes até se escolhem serviços piloto para a implementação parcial de aplicações. Na verdade, no privado encontra-se uma estratégia mais assertiva, e também menos tolerante quanto à implementação e utilização, como se pode observar em vários trechos dos discursos do chefe do serviço de radiologia, e também no que se segue:

“Quando for para utilização a coisa tem que estar perfeita, porque se há críticas e elas são destrutivas, estou tramado, nunca mais faço nada. Portanto ela quando for aplicada tem que estar testada, tem que estar otimizada, para que os utilizadores não possam por defeitos. Porque eu estou habituado ao sistema antigo, à película, se depois isto falha e encrava e não há transmissão, e não funciona e o acesso remoto às imagens demora, eu vou perguntar pela fiabilidade. E eu acho muito bem que eles só ponham isto a funcionar quando o Ris e o Pacs estiverem integrados”
[Chefe do serviço de radiologia, Hospital da Arrábida, Porto]

Encontramos, desta forma, uma total união entre o defendido pelo Conselho de Administração e as chefias intermédias no que se relaciona à implementação do RisPacs.

10.6.4. Hospital da Arrábida: Razões para a fraca utilização das TIC na área da saúde

No Hospital da Arrábida as principais razões apontadas para a fraca utilização das TIC na área da saúde em Portugal oscilam entre três dimensões: a financeira, a organizacional e os recursos humanos.

Assim, os custos associados à aquisição de software, hardware, manutenção e formação dos profissionais são considerados como muito elevados, mesmo que possam trazer resultados a médio ou longo prazo.

Ao nível da cultura organizacional é referida sobretudo a falta de reconhecimento do potencial das TIC nas formas de trabalho e a resistência à mudança. Aqui a fiabilidade do sistema é determinante:

“as pessoas ainda são muito agarradas ao papel. Basicamente ainda não conseguem largar esse método de registo, de apontamento. Também é um bocadinho falta de confiança no sistema informático, porque há muito a noção de que se há um corte de energia, se há alguma coisa que acontece ao servidor, ou alguma coisa que acontece à aplicação, que se toda a informação estiver ali e nós não tivermos nenhum suporte nosso em que possamos continuar a trabalhar sem depender 100% do sistema informático...por isso é que acho que as pessoas ainda se agarram um bocadinho ao papel. É a insegurança.” [Administrativa Geral, Hospital da Arrábida, Porto]

No domínio dos recursos humanos são apontadas várias razões. A principal é a questão geracional, ou seja o facto de os profissionais estarem menos aptos a usar este tipo de ferramentas na sua prática profissional.

“miúdos na escola com 8/9 anos usam estas coisas sem dificuldades nenhuma o problema reside no período de instalação, porque há pessoas novas que vão conseguir rapidamente e há pessoas de outros tempos que vão resistir e têm que ser recuperadas para essa função, se eu quiser fazer a implementação toda...”[Chefe do serviço de radiologia, Hospital da Arrábida, Porto]

A este propósito diz o director do Hospital da Arrábida:

“ainda não pedem com domínio das TIC, mas esse será o futuro, ainda que da parte dos médicos é importante que seja sobretudo um bom clínico, um bom, um bom médico, um bom cirurgião, mas penso que esse será mais um factor a ter em conta, até porque se a pessoa não for capaz de o fazer, depois vai ficar perdida no sistema, ou pelo menos vai ter um custo superior pois vai estar sempre a tentar colmatar essa falha.” [Director do hospital, Hospital da Arrábida, Porto]

Este testemunho vem reforçar a importância da inclusão das TIC na formação dos profissionais da saúde (seja pela inclusão nos *curricula* universitários ou por acções de formação), tal como já foi referido no caso da ULSM.

Outra das razões identificadas na área dos recursos humanos refere-se ao facto de não haver capacidade de fazer a interface entre as empresas e os informáticos do hospital, uma vez que as aplicações desenvolvidas são de uma maneira geral, quase sempre, desenvolvidas em regime de outsourcing, por empresas externas ao hospital.

Quadro 10.7.: Resumo Hospital da Arrábida

O Hospital da Arrábida é um hospital privado onde o conselho de administração tem um maior protagonismo e os vínculos laborais são privados e personalizados. Julgamos que nada disto é alheio ao facto de, ao longo das entrevistas e por comparação com as realizadas nos hospitais do SNS, se ter percebido que os entrevistados demoram mais a dar respostas, fazem mais pausas e escolhem as palavras mostrando, de uma forma geral, uma maior reflexão antes de começar a falar. Não identificámos nenhum profissional que sugerisse ou indicasse qualquer alteração para possíveis melhorias do serviço.

A iniciativa da implementação do RisPacs foi do Conselho de Administração – ainda que o director clínico assumisse que, sob a sugestão dos profissionais, não se conseguiu confirmar esta afirmação.

A implementação não será feita através de serviços-piloto, nem necessitou da criação de grupos de trabalho. A estratégia é implementar de uma vez só, no Hospital inteiro. À data das entrevistas a implementação estava parada devido à focalização dos técnicos do Grupo Espírito Santo Saúde na abertura do Hospital da Luz.

O facto de nem todos os profissionais saberem o que é o RisPacs, nem que vai ser implementado, leva-nos a concluir que a falta de comunicação vertical não é um problema exclusivo dos hospitais do SNS. Neste sentido, também o efeito geracional na utilização da TIC parece ser transversal ao sector público e privado:

são os médicos os que menos utilizam (e não querem utilizar) e, dentro destes, os mais velhos.

Entre os profissionais que têm conhecimento, o reconhecimento das vantagens do Ris Pacs são unânimes: é uma mais-valia em termos de qualidade da prestação dos cuidados, em termos organizacionais, burocráticos e financeiros.

Curioso foi ainda o facto de, noutras instituições analisadas, os administrativos valorizarem os médicos ou enfermeiros que eram capazes de usar as TIC, e nesta instituição os administrativos não quererem médicos a introduzir dados na aplicação administrativa. Esta diferença pode espelhar a defesa do posto de trabalho.

10.7. PRINCIPAIS CONCLUSÕES A RETIRAR DOS ESTUDOS DE CASO:

Depois de analisados os 6 estudos de caso e, em jeito de reflexão, importa destacar algumas das ideias mais importantes para a discussão da importância das TIC no sector da saúde.

Relacionada com a estrutura do SNS e com as dinâmicas organizacionais, observámos que a falta de comunicação nas organizações⁴¹⁷ – sobretudo a vertical – é transversal a todas as instituições (com ligeira excepção da ULSM) e que funciona como um forte inibidor à aceitação e adesão ao uso das TIC. Os hospitais são estruturas complexas, onde se procura preservar o que cada indivíduo tem de mais importante: a vida, a saúde, o bem-estar. Neste ambiente de combate à doença, concentram-se várias carreiras, com diversos profissionais, que de forma concertada e articulada, de forma directa ou indirecta, procuram prestar o melhor serviço à comunidade.

Porém, nos casos analisados, observou-se que esta concertação e articulação nem sempre existe.

Na verdade, o facto dos profissionais de saúde não terem conhecimento dos projectos em curso na instituição, desconhecerem as estratégias organizacionais traçadas, a par do desconhecimento das administrações, das dificuldades sentidas pelos profissionais nos processos de implementação ou na utilização das TIC, ou mesmo dos interesses dos profissionais de saúde em melhorar os serviços onde desenvolvem actividade (Quadro 10.8.), independentemente do grupo profissional em causa, revela que há um forte distanciamento entre os profissionais e entre os profissionais e a administração, o que pode resultar num factor de entropia na prossecução da melhoria da prestação de cuidados, onde se incluem os projectos TIC.

⁴¹⁷ Acha-se relevante aqui destacar que, da informação recolhida, a maior parte dos entrevistados referiu usar o telefone como principal forma de entrar em contacto com outros profissionais. O e-mail é usado em situações formais – quando tem que haver o registo de alguma informação e em muitos casos está a substituir as normas e circulares internas. Há ainda instituições onde só há uma atribuição de endereço de e-mail institucional quando solicitada, devido aos constrangimentos da cobertura de rede.

Quadro 10.8.: Sistematização da realização das entrevistas

	Hospital Pulido Valente		Instituto Português de Oncologia de Lisboa		Hospital Pedro Maria Grande de Portalegre	Hospital Infante D. Pedro	Unidade Local de Saúde de Matosinhos			Hospital da Arrábida
	GD	CM	IntraNet	PI	RE	RTS	SONHO/SINUS	SAM	SAPE	RisPacs
Iniciativa	CA	CA	CA(ant.)	CA	tutela (IGIF)	médico+UA	CA	IGIF	enfermeiros	CA
Conhecimento institucional	sim	não	sim	não	sim	fraco	sim	sim	sim	fraco
Reconhecimento de interesse	sim	sim	moderado	sim	sim	sim	sim	moderado	sim	sim
Implementação: quem fez?	CPC	CPC	Gab. Inf. IPO	n.a.	IGIF, ARS	UA	IGIF	IGIF	IGIF	SIEMENS
Implementação: percepção	má	fraca	boa	n.a.	boa	fraca	boa	boa	boa	(ainda não ocorreu)
Adesão	lenta	boa (serviços piloto)	fraca	n.a.	má no hospital; boa nos centros saúde	n.a.	moderada (com falhas)	fraca no hospital; boa nos centros saúde	100%	(expectável) boa
Comunicação institucional	moderada		fraca		moderada	fraca	boa			fraca
Sugestões profissionais	inexistente		sim (entre vários profissionais)		sim (entre vários profissionais)	sim (a iniciativa em análise)	sim (um profissional)			inexistente

Fonte: elaboração própria

Para além disto, o facto das administrações ou direcções de serviço não “darem voz” aos profissionais e desconhecerem as soluções destes para a melhoria da sua instituição/serviço, (Quadro 10.8.) poderá fazer com que se percam oportunidades únicas de aperfeiçoamento e se contribua para a desmotivação dos profissionais.

Assim, concluímos também que os conselhos de administração, fazendo ou não a gestão da informação a transmitir a cada grupo em função da sua estratégia, como se observou na ULSM, têm um papel catalisador na promoção da comunicação organizacional.

A análise dos testemunhos recolhidos permitiu ainda identificar a ausência de políticas nacionais que orientem os hospitais no âmbito da utilização das TIC no sector da saúde. Assim, ainda que nos anos de 1980 as principais aplicações TIC – SONHO, SINUS, SAM e SAPE – tenham surgido da tutela e fossem criados fortes incentivos à sua implementação em termos nacionais, esta estratégia estancou e não houve alternativas.

Estas formas de TIC, que na sua génese foram instrumentos poderosos e bem-intencionados, mas com uma fraca capacidade de integrar soluções decorrentes das evoluções tecnológicas, acabaram por gorar as expectativas criadas sobre o uso das TIC na área da saúde, podendo até ter contribuído para o descrédito da sua utilização.

Outra conclusão a destacar desta análise é que os médicos são o grupo profissional mais resistente ao uso das TIC na sua prática profissional e, dentro destes, os mais velhos, sendo esta tendência aparentemente transversal ao sector privado e ao público.

Há assim um efeito geracional alicerçado na falta de conhecimentos informáticos, na falta de familiaridade com o uso de computadores e de aplicações informáticas, que se cruza com o receio de controlo superior da prática médica e com a apreensão face à exposição ao erro que o registo da prática clínica poderá permitir.

Na verdade, verificou-se por parte das administrações uma intenção (in)directa de, através das TIC estudadas em cada instituição, controlar práticas médicas (HPV); comportamentos e horários dos funcionários (ULSM) e custos de material clínico e medicamentos (HPV, Hospital da Arrábida),

ou a redução de papel (ULSM, HJMG), ainda que como referido por alguns entrevistados, tenha surtido o efeito contrário. Pitschas a este propósito, adverte para os riscos implícitos ao modelo de gestão pública (new public management) afirmando que “este modelo promete reduzir a burocracia, mas aumenta muito [...] os processos burocráticos, nas unidades administrativas descentralizadas. A intenção de melhorar o «desempenho» confronta-se com a determinação das administrações em poupar dinheiro, que afecta, em muitos sítios, a qualidade dos serviços pretendida” (Pitschas, 2003: 39)

Perante o uso das TIC, observou-se que os médicos dos centros de saúde, nomeadamente na utilização do SAM, assumem um comportamento diferente dos médicos que exercem a sua actividade nos hospitais. Esta diferença pode ficar a dever-se ao facto dos médicos dos centros de saúde reconhecerem no uso da TIC uma mais-valia efectiva na sua prática, uma vez que lhes permite aceder a resultados de exames e prescrever, de forma mais célere, as receitas dos doentes crónicos. Este facto leva-nos a concluir que a adesão e interiorização das TIC nas práticas profissionais, mais do que pela imposição, fica dever-se ao reconhecimento das vantagens, confiança e fiabilidade no sistema criado, tal como foi referido por diversos entrevistados.

Já entre os enfermeiros, a realidade observada mostrou-nos que a utilização das TIC – sobretudo o SAPE – ronda os 100%, ainda que o uso desta aplicação implique o domínio de uma linguagem profissional própria, a CIPE. Neste ponto, a articulação com as escolas de enfermagem foi identificada como um suporte importante. O interesse deste grupo profissional na informatização dos seus registos é tal que, não raras as vezes, são eles que exercem pressão sobre as administrações para verem implementadas as soluções TIC na sua prática profissional (Quadro 10.8.).

Concluimos ainda que a formação e o suporte informático dado à implementação de cada TIC são fundamentais para o sucesso de cada processo. Nos casos analisados, é interessante observar que as formações a cargo das empresas são percebidas como mais insuficientes do que a formação dada pelos gabinetes de informática dos hospitais, ou pelos gabinetes de informática de outros organismos públicos envolvidos (Quadro 10.8.). Porém, neste âmbito, do observado concluimos que, na maior parte dos casos – com a excepção do Hospital da Arrábida – os serviços informáticos são referidos como tendo poucas competências técnicas.

Em termos de planeamento dos processos de implementação, observámos que o Hospital da Arrábida foi a única instituição que referiu preferir ver a aplicação TIC instalada de uma só vez. Todos os outros hospitais optaram por arrancar em serviços piloto ou criar grupos de trabalho. Foi também aqui que encontramos administrativos que preferem que os médicos não usem a sua aplicação de gestão de doentes. Este fenómeno é aqui interpretado como a defesa do posto de trabalho cuja falta de pertinência ou justificação, no sector privado, pode implicar o despedimento. Trata-se desta forma da operacionalização – ainda que possivelmente de forma inconsciente – da reflexividade da própria acção e a percepção do risco a que podem estar sujeitos (Giddens, 2000, 2000a e Beck, 2000), remetendo esta “estratégia” para a discussão teórica sobre o contexto da sociedade de risco em que actualmente vivemos e como esta estrutura a nossa acção.

Já em relação à percepção das principais razões para a fraca utilização da TIC no sector da saúde, observou-se que as respostas se podem organizar em 4 grandes grupos: causas financeiras; recursos humanos; razões organizacionais e causas técnicas.

O primeiro grupo apontado diz respeito aos elevados custos que a implementação de soluções TIC implicam, não apenas na aquisição de software – e muitas vezes de hardware - como na formação dos profissionais e inerente manutenção.

O segundo bloco de causas diz respeito ao factor humano ou seja, ao efeito geracional já referido, à falta de reconhecimento das potencialidades e a desconfiança nas TIC.

O terceiro conjunto de razões refere-se a questões organizacionais: resistência à mudança, falta de liderança, desmotivação dos profissionais, pouca tradição no uso e recursos a TIC.

Aqui, parafraseando Webster (1994), o tempo será determinante : “a tecnologia ajuda-nos a usar melhor o tempo, não necessariamente de uma forma mais rápida”.

Por fim as causas técnicas identificadas relacionam-se sobretudo com a falta de cobertura de rede, capacidade desta e de fiabilidade nos sistemas. Actualmente, na verdade, dada a velocidade da evolução tecnológica, algumas destas falhas, por certo, já terão sido colmatadas.

11. A APROPIAÇÃO TECNOLÓGICA E ACÇÃO REFLEXIVA NA SAÚDE: CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este trabalho permitiu observar que, transversal a todas as esferas sociais, a apropriação tecnológica pode assumir uma forma de poder formal ou simbólico, (in)directamente legitimado (ou não) pelo Estado exercido sobre os indivíduos, os sujeita a deveres (in)formais e simbólicos ou latentes, resultando num ciclo de acção reflexiva, no enriquecimento tecnológico potenciado pela sua apropriação.

Desta forma, em função do paradigma tecnológico discutido, o biopoder⁴¹⁸ assume-se como uma forma de dominação – directa, simbólica e virtual – tecnologicamente catalisado na emergência da sociedade comunicacional, quebrando barreiras “naturais”, como a distância geográfica ou o tempo, e conduzindo a novas interações na sociedade. O registo e partilha de dados possibilitam ainda a criação da memória social (ou colectiva), criando uma rede complexa entre a identidade individual, colectiva e cultural.

Numa sociedade comunicacional em rede, onde a informação e a comunicação assumem um papel central (Castells, 2002), as tecnologias de informação e comunicação são entendidas como geradoras de uma expressão latente da (re)descoberta e da (auto)confrontação (Beck, 2000; Giddens, 2000) do indivíduo com o social e do social com o Estado, através da suas políticas de administração pública em geral e, neste trabalho, através das políticas de saúde, em particular.

Concluiu-se também que a adopção e utilização das tecnologias de informação e comunicação pelas instituições de saúde reflectem a tensão do binómio dominação/libertação, permitindo a utilização de tecnologias de comunicação e informação tanto o isolamento e o afastamento do social, como a integração e reestruturação social e organizacional.

A instrumentalização das TIC por parte dos utilizadores no sector da saúde faz-se, também, de forma indissociável dos processos de autonomia, na afirmação do seu pensamento e forma de acção, potenciando por isso novos modos de organização do trabalho, que surgem nem sempre dependentes das hierarquias cristalizadas, outrora reflexo dos padrões tradicionais das relações industriais.

Assim, se neste trabalho se demonstrou que ao longo da história da medicina a evolução tecnológica é uma constante e se demonstrou, ainda, que embora nem sempre é recebida de forma entusiasta, a inovação acaba por ser integrada e assimilada, passando os processos inovadores a ganhar o seu espaço na estrutura do sistema. O contexto transforma-se, assim, em estrutura.

Nesta linha temporal, o modelo biomédico surge como uma relação assimétrica entre médicos e doentes, detendo os primeiros um ascendente sobre os segundos. Este ascendente resulta do poder

⁴¹⁸ Onde se passa a controlar o deixar morrer ou o fazer viver e a mortalidade passa a ser mais importante que a morte.

dos profissionais sobre o doente/paciente, pela capacidade (e evolução) da medicina sobre o bio/vida.

Este modelo, se analisado à luz do uso das TIC, evidencia alguma paradoxalidade e, se por um lado os médicos tendem a perpetuar o modelo bio-médico que lhes confere um maior poder (in)formal, podendo as TIC contribuir para o aumento da sua capacidade de acção, uma vez que lhes permite aceder a um conhecimento maior de cada caso através do registo e um acompanhamento facilitado dos doentes, por outro lado, os médicos, temendo perder o controlo exclusivo da história clínica dos doentes e a exposição à avaliação externa, que a par do aumento do conhecimento da realidade de actuação o registo permite, são os profissionais que mais resistem ao uso das TIC no sector da saúde.

Porém, nesta dinâmica social-tecnológica, os profissionais de saúde em geral têm vindo a preocupar-se com a qualidade da informação de saúde disponibilizada na Internet, uma vez que a falta de controlo sobre a informação disponível pode facilitar a manipulação do público em função de interesses sectoriais (Lupiañez, 2009).

Seguindo uma estratégia de comando de teoria, sem pertencer a um enfoque teórico exclusivo, este trabalho resultou de um percurso onde diversos contributos teóricos, desde os mais contextualizadores aos mais operacionais, foram chamados a intervir, acabando, frequentemente, ao permitir observar o mesmo objecto sob várias perspectivas, por (re)orientar o rumo da sua trajectória.

O ponto de partida foi tentar perceber o papel das TIC no sector da saúde através de três grandes perspectivas 1) identificar a existência, no âmbito das políticas de saúde, de uma estratégia nacional para o uso e implementação das TIC em Portugal, nomeadamente nos hospitais, e se esta tendência segue a da Administração Pública, ou se se circunscreve apenas à área da saúde; 2) perceber as e-interacções e as e-organizações de saúde na sociedade comunicacional em rede, identificando redes sociais no sector da saúde e mapeando o uso efectivo das TIC entre os hospitais portugueses; 3) sob o enfoque dos recursos humanos, no domínio das e-organizações de saúde, perceber a percepção dos profissionais de saúde dos hospitais sobre o(s) processo(s) de implementação/adopção de tecnologias de informação e comunicação nos seus diversos domínios relacionais, organizacionais e sociais e sobre a apropriação destas tecnologias e seus usos.

Assim, a partir da definição contextual subjacente à realidade em causa, neste trabalho define-se, teórica e empiricamente, o objecto de estudo, e formaliza-se a sua conceptualização teórica, discutindo-se a sua importância na emergência de novos conceitos no âmbito da problemática das TIC no sector da saúde.

Regendo-se pelo facto de, teoricamente, importantes autores considerarem que o Estado pode ter um papel determinante na promoção do uso das TIC, quis-se apurar primeiramente 1) se tal se verifica de facto e 2) se tal se verifica também no sector da saúde.

Aqui surgem as primeiras dúvidas e escolhas. Como perceber as intenções ou estratégias do Estado? Vivendo num Estado democrático, as suas estratégias são as legitimadas pelos cidadãos na

escolha de um governo. Portanto, importava analisar as estratégias do governo. Mas mesmo assim, onde se poderia obter esta informação? A resposta, ainda que confinada às intenções de acção do executivo, surge nos Programas dos Governos Constitucionais.

Escolhido o objecto empírico havia que resolver ainda outra questão: como perceber se as dinâmicas das intenções observadas para a área da saúde assumiam contornos expressivos ou insignificantes? Havia que ter um referencial. Paralelamente a estratégia de actuação do Estado, de uma maneira geral, não poderia ser captada na análise do sector da saúde em particular. Procurando a resposta na teoria, assumiu-se a AP como um braço de actuação do Estado, reflectindo as suas orientações e considerou-se que a análise das intenções dos governos executivos, no âmbito da AP, traduziriam as intenções do Estado de uma forma geral, por um lado, e serviriam de referência à análise desenvolvida no sector específico da saúde, por outro.

Na verdade, num estado de inspiração beveridgiana, em que o financiamento da saúde se faz, sobretudo, através do OGE (Orçamento Geral do Estado), leva a que a saúde e a sua promoção seja integrada na Administração Pública, entendida enquanto a entidade que zela pela causa pública. A referência à AP torna-se assim incontornável neste trabalho.

Na exploração inicial dos objectos empíricos definidos, este trabalho deparou-se com uma enorme disparidade de medidas – ou de intenções de actuação – sendo essencial dar forma à análise de conteúdo desenvolvida.

Surge, por isso, a necessidade de aprofundar o estudo (da reforma) da AP, pois só assim poderia ser elaborada uma grelha de análise capaz de devolver a este trabalho os resultados pretendidos. Paralelamente, também a área da saúde foi analisada e categorizada em dimensões analíticas cuja pertinência advém do estudo e levantamento de diversos indicadores e políticas de saúde. Estes voltariam mais tarde a ser úteis para tentar perceber a projecção das intenções das medidas enunciadas nos programas de governo.

Acabado todo o processo de exploração e análise dos dados, pôde-se concluir que, na verdade, o Estado, ao longo dos seus governos constitutivos, apresenta uma forte propensão para a defesa e promoção do uso das TIC na administração da causa e *res* públicas, mas pelo contrário, ainda que tenha vindo a ganhar importância nos últimos anos, esta não é uma das principais tendências no sector da saúde.

Transversais aos dois sectores são as orientações para as reestruturações organizacionais, ou a preocupação com as carreiras profissionais e a formação destes, que resultam da adopção de políticas orientadas para modelos mais gestionários – New Public Management ou Nova Administração Pública.

No sector da saúde, especificamente, observou-se que as políticas da gestão dos medicamentos foi a dimensão mais referida nos vários programas de governo analisados seguindo-se as carreiras profissionais, formação e recrutamento. Dado que a intenção de actuação na política do medicamento tem vindo a ser alvo de interesse dos diversos governos constitucionais e que no contexto de actual crise económica e financeira esta ter sido uma das áreas da saúde em que têm sido

impostas intervenções activas, indicia que os governos constitucionais anteriores, ainda que tenham tido a intenção de actuar sobre as políticas dos medicamentos, não o tenham conseguido fazer de facto.

Porém, mesmo que confrontadas com os indicadores e políticas de saúde, para perceber se havia algum reflexo dos programas de governo na realidade dos indicadores recolhidos, esta relação revelou-se ténue se não mesmo inexistente.

Sentiu-se então a necessidade de perceber como o uso das TIC acontecia na realidade dos hospitais portugueses. Tendo conhecimento do IUTICH, foi solicitado ao INE a permissão para analisar os dados referentes às 3 aplicações realizadas à data do pedido. Ainda que sem a informação dos usos das TIC por Nuts II, esta análise permitiu concluir que, aparentemente, o número de computadores e de computadores com ligação à Internet é insuficiente perante o número de profissionais que nos hospitais afirma precisar de computador ou de computador com acesso à Internet para desenvolver a sua prática profissional.

Não se tendo acesso ao número de trabalhadores que, num caso ou outro, podem partilhar computadores e dada a sua extrema importância, não só no âmbito do uso das TIC como no desempenho profissional de uma forma geral, esta questão deveria ser alvo de uma análise futura para, em maior pormenor, se perceberem as necessidades reais dos profissionais de saúde no que se relaciona como a disponibilização de computadores e de computadores com acesso à Internet.

Este trabalho permitiu ainda concluir que as TIC nos hospitais são usadas sobretudo no âmbito da gestão – financeira, recursos humanos, stocks, stocks farmacêuticos – ainda que nas consultas e na comunicação interna este uso seja confirmado por mais de 60% dos hospitais nacionais.

Outra conclusão importante relaciona-se com a capacidade de o débito na ligação à rede ter vindo a aumentar, ou seja, permite uma maior cobertura, uma maior velocidade na transferência de informação e uma menor ocorrência de falhas de sistemas. Dado que a cobertura de rede e as falhas de rede são uns dos factores referidos como causa de insucesso dos processos de adopção e uso das TIC, esta é também uma questão que devia ser aprofundada, de modo a aferir as melhores formas de cobrir, com capacidade máxima, toda a região nacional.

A análise da IUTICH permitiu perceber que a teleconsulta tem vindo a aumentar, sobretudo em áreas onde a observação de imagem pode triar a necessidade de deslocação, como a teleradiologia ou a tele dermatologia. O recurso a esta TIC está intimamente ligado a factores como a fiabilidade da cobertura de rede mas também à (in)definição legal da responsabilidade profissional e ética, formas de financiamento e facturação., deixando a existência deste tipo de consultas num vazio pouco apelativo ao seu uso. Uma vez que a sua utilização poderia reduzir em muito a barreira do acesso, esta questão deveria também ser alvo de aprofundamento futuro.

É importante também referir a preocupação crescente com a presença dos hospitais na Internet, fazendo-se sobretudo através da contratação de empresas externas, ficando, na maior parte dos hospitais, a manutenção e a actualização de conteúdos sob a responsabilidade dos seus funcionários. É, contudo, intrigante o fenómeno relacionado com a diminuição de interesse em disponibilizar

informação sobre prevenção e cuidados de saúde de 2006 para 2008. Mais notória entre os hospitais particulares, seria interessante desenvolver uma análise que permitisse perceber o porquê desta quebra, dada a importância da disponibilização desta informação na formação da autonomia dos cidadãos.

Tendo a tendência nacional de uso das TIC nos hospitais, e as intenções dos governos no que toca à promoção das TIC no sector da saúde, enquanto sector da AP, já se poderiam esboçar algumas das respostas às questões que guiaram este trabalho, ou que foram surgindo na sua realização.

Porém, sendo a utilização tecnológica transversal a todas as esferas sociais, e exercida sobre os indivíduos, sujeitando-os a deveres (in)formais e simbólicos ou latentes num ciclo de acção reflexiva, a sua apropriação acaba por enriquecer a inovação tecnológica, pelo que importava também ouvir os sujeitos envolvidos nesta problemática, ou seja, os profissionais de saúde que, no seu quotidiano profissional contactassem com as TIC no sector da saúde, sendo igualmente importante perceber como estes percepcionavam os processos de adopção e implementação das TIC bem como todas as alterações organizacionais inerentes, no caso de terem ocorrido.

Neste sentido foram analisadas as entrevistas de vários profissionais de saúde que no seu quotidiano profissional usavam as TIC. Foram 6 os estudos de caso analisados, cada um referente a uma TIC e instituição diferente⁴¹⁹ e 76 os profissionais ouvidos.

Aqui, as principais conclusões retiradas relacionam-se com a falta de comunicação nas organizações, sobretudo a vertical, e que funciona como um forte inibidor à aceitação, apropriação e adesão ao uso das TIC e que revela ainda um forte distanciamento entre os diferentes grupos profissionais e entre os profissionais e a administração, o que pode resultar num factor de entropia na prossecução da melhoria da prestação de cuidados, onde se incluem os projectos TIC. Paralelamente, a falta de comunicação pode fazer com que se percam oportunidades únicas de aperfeiçoamento e se contribua para a desmotivação dos profissionais, tendo os conselhos de administração um papel catalisador na promoção da comunicação organizacional.

Um dos contributos teóricos deste trabalho defende que, em termos reais e concretos, na modernização da Administração Pública, quanto mais próxima a gestão for do “objecto em causa” mais adequada esta será, ou seja, perante uma heterogeneidade de situações e contextos a modernizar importa adequar a solução à especificidade de cada instituição ou organismo, sob a penalização de promover não só a desmotivação dos profissionais como a inércia oposta à orientação profissionalizante de gestão. João Cravinho a este propósito refere “a eficiência das instituições deve muito a pequenos aperfeiçoamentos incrementais” (Cravinho, 2000: 102), feitos caso a caso.

Esta heterogeneidade de actuação implica uma capacidade de coordenação horizontal e vertical e o envolvimento de diversos profissionais, sendo por isso um caminho com dificuldades acrescidas, onde é imperioso desenvolver “negociações” intra-profissionais e articular os interesses institucionais – públicos –, se possível, com os de todos os profissionais.

⁴¹⁹ Excepto o Hospital Pulido Valente que contou com a análise de duas TIC.

Mozzicafreddo refere mesmo que as reformas têm decorrido de forma paradoxal, uma vez que não integram os seus próprios agentes, ou seja pretende-se “fazer a reforma sem tocar na dimensão e responsabilização dos agentes do sector público” (Mozzicafreddo, 2001: 9), pelo que a ineficácia, desconfiança, ou resistência a estes processos de modernização, decorre das próprias orientações gestionárias ao não envolver os agentes e ao atribuir o insucesso da reforma apenas à ausência da lógica de mercado no interior da administração pública.

Tal como Espanha (2010) e o estudo da PriceWaterHouseCoopers, (2007), também a realização deste trabalho permitiu identificar a ausência de políticas nacionais que guiem os hospitais no âmbito da utilização das TIC no sector da saúde. Apesar de as primeiras aplicações TIC no sector da saúde, na década de 1980 – SONHO, SINUS, SAM e SAPE – terem surgido *na e da* tutela e na sua génese serem instrumentos poderosos e bem-intencionados, com fortes incentivos de adopção em termos nacionais, esta estratégia actualmente conta com uma fraca capacidade de integrar soluções decorrentes das evoluções tecnológicas, tendo sido arredada sem alternativas públicas entretanto criadas.

Levanta-se então a questão: poder-se-ão definir as tarefas que são ou não da competência do Estado? Num regime democrático é o legislador que tem o poder discricionário de decidir as tarefas do Estado e os modos de as desenvolver. Integrado numa ideologia partidária e num governo com poder legitimado pelos cidadãos, em última instância, o poder do legislador é legitimado pela eleição democrática de um partido (Canotilho, 2000), pelo que deverá o legislador ter sempre como referência a defesa da *res pública*.

Tendo em conta que a adopção das TIC e dos SI visam a integração de dados/informação em redes interactivas, onde o utente/cidadão é o eixo centralizador, sendo este também o centro do Sistema Nacional de Saúde e na sequência do facto da realidade portuguesa, no sector da saúde, se estruturar em sistemas isolados e desintegrados (Espanha, 2010), sem que haja uma visão ou planeamentos futuros na saúde, ignorando-se as potenciais vantagens das TIC nesta área (Ribeiro, 2010: 2 citando Grimson, Stephens *et all* 2001 e Dogac, Bussler *et all* 2004), depreende-se, com este trabalho, que não se está a promover a defesa da causa pública da forma mais indicada.

O IOM, a este propósito, refere que “the greatest impediments to the widespread automation of clinical information are the absence of national policies pertaining to privacy, security, and confidentiality and the lack of standards for the coding and exchange of clinical information” (IOM, 2008:171).

À ausência de planeamento estratégico do uso das TIC no sector da saúde, acresce ainda a este o facto de, em Portugal, os Conselhos de Administração serem frequentemente afectos às ideologias políticas, nomeados por confiança política, o que leva a uma elevada rotatividade dos membros destes órgãos, e que talvez contribua para explicar alguma da falta de comunicação e de conhecimento interno das instituições, que este trabalho permitiu identificar.

Todavia, ou talvez por isso mesmo, os processos de reforma da AP neste contexto apresentam-se como “soluções” inerentes a “estilos” políticos e organizativos e independentemente do seu sucesso

(Peters, 2001: 60), e, apesar da reconhecida necessidade, o processo de modernização não assume uma forma ou fórmula única de actuação, resultando mais de opções políticas “pragmáticas” do que de estratégias “programáticas”.

Transversal ao sector privado e público da saúde, concluiu-se ainda que os médicos são o grupo profissional que mais resistências levanta ao uso das TIC na sua prática profissional, sendo os médicos mais velhos os mais resistentes. Ficou assim identificado um efeito geracional alicerçado na falta de conhecimentos informáticos, na falta de familiaridade com o uso de computadores e de aplicações informáticas, que se cruza com o receio de controlo superior da prática médica e com a apreensão face à exposição ao erro médico, que o registo da prática clínica poderá permitir.

Na verdade, ainda que nem sempre de forma directa ou assumida – se bem que nalguns casos isso aconteça – há uma intenção de operacionalizar as TIC para controlar práticas médicas, comportamentos e horários dos funcionários ou custos com material clínico e com medicamentos.

Os médicos apresentam dinâmicas de uso diferenciadas em função do local onde exercem a sua actividade (sobretudo no uso do SAM): os médicos dos hospitais são menos receptivos que os dos centros de saúde, que apresentam uma elevada adesão. Esta diferença deve-se ao facto dos médicos dos centros de saúde reconhecerem no uso das TIC uma mais-valia na sua prática, remetendo-nos para a conclusão de que a adopção das TIC nas práticas de certos grupos profissionais se deve, sobretudo, ao reconhecimento das vantagens, confiança e fiabilidade no sistema.

Pelo contrário, com uma enorme vontade de aprender e evoluir na forma como prestam os cuidados de saúde, os enfermeiros demonstraram estar disponíveis para operacionalizar as TIC na sua actividade laboral, sendo muitas vezes eles próprios a solicitar a implementação das TIC nos seus serviços. Especificamente, no que se relaciona com o uso do SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem –, mesmo que implicando um conhecimento prévio da Codificação Internacional da Prática de Enfermagem, é utilizado pela esmagadora maioria dos enfermeiros onde está implementado. Conclui-se assim que o uso pleno das TIC parece ser instrumentalizado como forma de afirmação da carreira de enfermagem na evolução da medicina e dos cuidados prestados.

Por comparação à CIPE, a ausência da uniformização da informação clínica (médica) é um grande obstáculo à informatização da informação clínica. A inexistência de uma definição consensual de nomenclaturas, codificações, standardização de informação a recolher, por forma a garantir que a informação registada por diversos profissionais e por diversas instituições é completa, precisa, comparável e é abrangida pela protecção da privacidade dos dados dos doentes, implica um enorme bloqueio ao registo da prática médica em geral, e à criação do processo clínico electrónico, em particular.

Na prática, isto quer dizer que cada instituição ou mesmo médico prestador de cuidados de saúde, ao desenvolver uma solução/aplicação, utiliza o seu próprio “padrão”, havendo um vácuo na definição de normas, de semânticas e de termos relacionados que possam ser partilhados e/ou partilháveis.

Este trabalho permitiu ainda concluir que a formação e o acompanhamento do processo de implementação são fundamentais para o sucesso da introdução e adopção, encontrando-se nos estudos de caso, maioritariamente, situações onde os processos são da responsabilidade de empresas contratadas – confirmando a tendência nacional identificada neste trabalho, onde a implementação e criação do *website* institucional segue, sobretudo, uma via de *outsourcing*, ficando, na maioria dos hospitais nacionais, a manutenção posterior sob a responsabilidade interna à instituição.

A forma de prossecução da tarefa pública é uma questão em aberto na discussão do papel do Estado na regulação da AP. Segundo Canotilho, o facto de uma tarefa ser considerada pública não obriga a que seja a administração pública a desenvolvê-la: o Estado, assumindo a sua responsabilidade, pode atribuir a sua execução – por razões de efectividade e eficiência e economia de desempenho – a outros padrões de organização (Canotilho, 2000).

Porém, entre os profissionais, quando a formação e o acompanhamento são internos à instituição ou ao Estado há menos críticas – ou maior compreensão – sendo a presença de trabalhadores de empresa externas alvo de maiores críticas, emergindo até estratégias de resolução de problemas de forma a resolver a falta de capacidade percebida das empresas contratadas para implementar uma TIC específica.

Curiosamente, vários profissionais de saúde, de diversas carreiras e de diferentes instituições, que foram entrevistados avaliaram os serviços informáticos como sendo dotados de poucas competências técnicas.

É ainda de salientar que ao longo do trabalho se foram encontrando indícios reveladores de que a sociedade comunicacional em que nos inserimos nos permite aumentar a nossa capacidade de reflexividade e exposição ao risco – ou percepção dele – mas também de formas de agir perante este. O caso dos administrativos que não querem que os médicos usem a sua aplicação de gestão de doentes exemplifica bem o facto dos profissionais de saúde, perante um contexto determinado, neste caso o uso das TIC, se apropriam das suas formas e utilizações das TIC de modo a reintegrá-las na sua estrutura, reflectindo-se, com uma maior ou menor capacidade reflexiva, na sua acção.

Quanto às principais razões para a fraca utilização da TIC no sector da saúde, a realização deste trabalho permitiu encontrar quatro grandes grupos de respostas: as causas financeiras; os recursos humanos; as razões organizacionais e as causas técnicas.

As causas financeiras referem-se aos elevados custos que a implementação de soluções TIC implicam, não apenas na aquisição de software – e muitas vezes de hardware - como na formação dos profissionais e inerente manutenção.

Note-se, que no tratamento do IUTICH, os custos financeiros foram referidos pelos hospitais como uma das principais razões para inexistência de uma presença institucional da Internet.

Numa época de grandes restrições económicas em que vivemos, e dado o facto das despesas em saúde consumirem uma percentagem cada vez maior do PIB nacional (segundo a OCDE, em 2000 era na ordem dos 9%) este é um aspecto muito importante e que se relaciona novamente com a defesa da causa pública. Financiada em parte pelo OGE, o sector público da saúde deveria dotar-se

de mecanismos que permitissem servir da melhor forma os cidadãos, estando aqui implícita não apenas a prestação dos cuidados de melhor qualidade, prestados de forma atempada, mas também a melhor gestão dos dinheiros públicos. Neste sentido, seria essencial no processo modernização avaliar as experiências anteriores e perante a acumulação de saber e de experiência fazer as melhores escolhas. Porém, neste âmbito, a disfuncionalidade inerente à descoordenação dos vários subsistemas da administração pública no geral, e da saúde em particular, e o poder de decisão afecto de forma restrita, leva a que a administração pública se caracterize por uma memória fragmentada e de difícil instrumentalização futura.

Para além disso, o facto dos investimentos em TIC ocorrerem num ambiente onde os benefícios são difíceis de quantificar, torna ainda mais complexa a sua implementação e adopção. Assim, mesmo que a importância e a utilidade da acumulação de informação/conhecimento se revele como uma evidência (IOM, 2008: 174), adverte-se que “there is no easy way to shift from such systems to state-of-the-art information systems based on an open client-server architecture, personal computer networks, and more flexible, nonproprietary protocols. These are important considerations for all health care organizations when making decisions about investing in IT.” (IOM, 2008: 14).

Também entre alguns entrevistados se encontraram palavras de prudência quanto à pertinência e à escolha das TIC a usar nos hospitais. O facto de não haver políticas estratégicas orientadoras leva a que os hospitais empresa, definidos estatutariamente como autónomos financeiramente, possam optar por implementar qualquer solução de TIC sem que tenham que o justificar à tutela ou sem que tenham que apresentar as potenciais vantagens presentes e futuras.

Assim, se “a ideia de que os funcionários e os agentes políticos são responsáveis perante a autoridade hierárquica e que estes são responsáveis perante os órgãos de soberania está bastante longe da realidade”. (Mozzicafreddo, 2003: 8, citando Brito, 2002), impõe-se exclusivamente ao Estado ou à Administração da instituição, com o fundamento no princípio da igualdade dos cidadãos perante os encargos públicos, o dever público da justa indemnização compensatória pela falta ou dano, independentemente da natureza ilícita do acto praticado,” (Mozzicafreddo, 2003: 8, citando Brito, 2002).

Infelizmente, os processos de reforma têm decorrido de forma paradoxal, uma vez que não integram os seus próprios agentes, ou seja pretende-se “fazer a reforma sem tocar na dimensão e responsabilização dos agentes do sector público” (Mozzicafreddo, 2001: 9).

Conclui-se, então, que os novos modelos gestionários, a que subjaz a reforma da administração pública, deveriam apostar mais numa “nova filosofia de responsabilidade individual”, uma vez que é aí que residem alguns dos problemas do serviço público.

Manuel Delgado afirma mesmo que, em Portugal, “não há cultura profissional para a qualidade, o conhecimento é incipiente e disperso, e o poder político não tem sabido lidar com esta dimensão, vulgarizando o conceito de qualidade e utilizando-o de forma voluntarista quando mais lhe convém” (Delgado, 2009: 45). Desta forma, a ética e os valores na reforma da administração pública, devem ser defendidos e cultivados, uma vez que as orientações mais empresariais, sem um enquadramento

jurídico preciso, tendem a perder os valores da neutralidade política e do profissionalismo, passando a reger-se por uma “cultura clientelar e do conhecimento” (Mozzicafreddo, 2003: 5) que questionam o controlo do desempenho das instituições e dos profissionais, pelo que “para evitar a perda de valores no meio do conflito entre o Estado minimalista e o Estado social ela necessita de conciliar os valores de serviço público tradicionais com os «novos» valores provenientes das novas abordagens de organização e gestão das organizações públicas” (Pitschas, 2003: 46), sob penalização do novo modelo de administração pública fracassar.

O segundo bloco das principais causas para a fraca implementação das TIC em Portugal diz respeito ao factor humano. Para além do efeito geracional já referido e das formas de integração diferenciadas em função do grupo profissional de pertença – sobretudo entre médicos e enfermeiros – estão aqui em causa a resistência perante a mudança, a falta de reconhecimento das potencialidades nas TIC e a desconfiança que o seu uso, quer devido experiências anteriores mal sucedidas, como também às falhas técnicas – que muitas vezes implicam a perda de informação – despoleta nos profissionais, tornando-os mais cépticos e menos receptivos. A falta de conhecimento ou do domínio informático na óptica do utilizador é também uma causa referida, a par do medo da exposição do registo das suas práticas clínicas ao erro clínico e da simplificação dos processos de avaliação.

Outro obstáculo referido é a alteração da rotina profissional e a existência de possibilidade de partilha dos processos entre profissionais e mesmo entre instituições, podendo implicar uma partilha do poder simbólico ou efectivo dos profissionais (e-organização de saúde e da e-interacções em saúde). “For example, some have observed that the deeply ingrained economic distrust and cultural conflict between physicians and hospitals has impeded the adoption of IT applications that require Web-based integration” (Kleinke, 2000 citado em IOM, 2008: 175).

O terceiro conjunto de razões, ainda que relacionando-se com os recursos humanos, diz respeito à organização das instituições. Aqui foram identificadas, confirmando-se perspectiva de Lyon, medos, resistências à mudança ou mesmo conflitos laborais (Lyon 1992: 74), mas também a falta de liderança, a desmotivação dos profissionais e a pouca tradição no uso e recursos a TIC como os principais obstáculos à implementação e uso das TIC no sector da saúde.

Neste aspecto, as palavras de Webster (1994), em relação ao conceito do tempo, são sábias: “a tecnologia ajuda-nos a usar melhor o tempo, não necessariamente de uma forma mais rápida”, ou seja, eventualmente, será o tempo que acabará por fazer os profissionais interiorizar o uso das TIC na sua actividade profissional.

Outra barreira identificada neste trabalho prende-se com os cargos de direcções técnicas dos serviços de acção médica serem exercidos, por vezes, por profissionais com perfil inadequado às funções que são exigidas (Simões, 2006: 80), do mesmo modo que os mentores, ou responsáveis, pela implementação dos processos também poderão não ser os actores-chave capazes de mobilizar e motivar os profissionais. Esta questão reporta para a importância do perfil de quem está a liderar os processos de implementação das TIC – podendo ser transversal a outros projectos noutras áreas. Do que nos foi dado observar, a liderança e o planeamento é essencial no sucesso destes processos.

Tendo identificado várias estratégias – através da criação de um grupo de trabalho, através de serviços piloto, ou de uma só vez – mas nenhuma melhor forma de o fazer, percebeu-se, contudo, que a existência de uma boa comunicação é imprescindível em todos os casos analisados, tendo sido aqui que se registaram grandes falhas, bastando por vezes ter apenas disponibilidade para “ouvir” os profissionais envolvidos.

Identificou-se ainda que, para o processo de adopção ser bem-sucedido, o mais importante é “convencer” os profissionais da sua utilidade e garantir a segurança e fiabilidade, sendo o processo facilitado se as sugestões e a vontade de implementar nascer dos próprios profissionais de saúde. A comunicação volta, assim, a ter um papel importante nas dinâmicas *bottom-up* dos processos de implementação das TIC, tendo a motivação dos profissionais como um dado adquirido, desde que se garanta a segurança e fiabilidade técnica e tecnológica. Até porque as falhas técnicas são outra das razões referidas para reduzida utilização das TIC no sector da saúde. No dados trabalhados, foram referidas sobretudo a falta de cobertura de rede, a capacidade desta e a fiabilidade nos sistemas. Uma vez que os dados estatísticos analisados (em 2008 60% dos hospitais nacionais já tinha uma ligação com >ou =2Mps), espera-se que algumas destas falhas já tenham sido colmatadas.

A realização deste trabalho possibilitou também a identificação de algumas orientações que, mais do que pistas de investigação futuras, podem aludir a uma direcção a tomar no âmbito do uso das TIC, podendo ser um contributo para a melhoria da organização e prestação dos cuidados de saúde.

1. A primeira recomendação alicerçada no desenvolvimento deste trabalho é política. Após a realização desta pesquisa, defende-se que a tutela deveria definir uma *estratégia nacional* para o uso das TIC no sector da saúde em geral, e nos hospitais em particular. Esta deveria resultar da identificação das necessidades de cada área hospitalar a partir do real, ou seja, não deveria apenas integrar as intenções programáticas ou a representação dos conselhos de administração, mas envolver vários profissionais de saúde que, estando no terreno, poderão identificar melhor as falhas e sugerir alternativas. Está aqui subjacente a partilha de informação e de experiência acumulada, contrariando o isolamento institucional que actualmente existe, dotando-se os hospitais de capacidade de diálogo.

2. A segunda recomendação, articula-se com a anterior mas assume um carácter mais operacional. Defende-se que deveria ser feito um *levantamento nacional de todas TIC em uso nos hospitais* nacionais, para saber se estão em funcionamento e perceber qual a hipótese de articularem informação entre si.

3. A terceira recomendação que decorre deste estudo é o *relançamento* sustentado da *rede criada* pelo SONHO, SINUS, SAM e SAPE. Isto é, pelo conhecimento actual da realidade poderia ser melhorada e reactivada. Assim, ainda que sem uma cobertura nacional – há hospitais que não têm, nem nunca tiveram, esta ferramenta instalada – estas aplicações desenvolvidas na e pela tutela há cerca de 20 anos, foram o que mais se aproximou de uma rede de cobertura nacional e de uma base de dados nacional de informação administrativa e quasi-clínica – não contendo os registos

médicos, contava com resultados de exames e MCDT. Parece-nos uma experiência a considerar e a desenvolver.

4. Outra recomendação vai no sentido de haver uma *responsabilização* dos *profissionais* de saúde, incluindo Conselhos de Administração, pela escolha pertinente e racional das TIC a adoptar por cada hospital, devendo ser definidos critérios e procedimentos que informem a tutela da intenção de adopção de TIC em cada hospital.

5. Como quinta recomendação indicamos a necessidade de haver para a prática médica uma *codificação* idêntica à CIPE, que faculte a standartização da *prática médica* e possibilite a sua instrumentalização em SI e TIC, nomeadamente na criação de listagens baseadas em guidelines, ainda que mantendo sempre campos abertos para observações específicas.

6. Outra recomendação surge no âmbito da formação dos profissionais de saúde, sobretudo dos médicos. Defende-se que ao longo da sua formação, os *curricula* dos cursos devem contar com uma maior incidência em disciplinas relacionadas com 1) utilização prática das TIC, TIC existentes, etc; 2) sobre a necessidade de standardizar conceitos e 3) sobre os resultados dos usos de várias TIC em várias instituições para perceberem o seu potencial. Ainda no âmbito da formação acresce a necessidade de desenvolver acções sobre a utilização dos computadores na óptica do utilizador para que os médicos mais velhos possam ser integrados no uso das TIC.

7. A sétima recomendação surge da fraca adequação legal à realidade ao exercício da telemedicina. Neste âmbito, importa definir a prática, as responsabilidades clínicas e institucionais, mas sobretudo adequar as questões relacionadas com o financiamento e facturação, para que esta seja uma forma apelativa de prestar cuidados.

8. De carácter mais operacional, sugere-se, por fim, que o INE não só inclua no IUTICH um indicador que permita aferir o número de computadores e de computadores com acesso à Internet por profissional, considerando o tempo de utilização de cada profissional, mas também que se estenda o âmbito da aplicação deste inquérito aos cuidados primários de saúde

Caminhamos para um tempo em que as limitações técnicas e tecnológicas deixam de existir: cada vez mais, técnica e tecnologicamente, é possível desenvolver soluções que permitam fazer qualquer coisa, seja ou que for, desde que se queira. Importa, assim, saber o que se quer, como se quer, com que forma e para que fim, isto é, para onde se quer ir.

“– Podias fazer o favor de me dizer para onde devo ir a partir de agora?

– Isso depende muito de para onde é que queres ir – disse o Gato.

– Não me importa muito onde.... – respondeu a Alice.

– Então também não importa por onde vás – disse o Gato.”

Lewis Carroll, 2000, *Alice do País das Maravilhas*, Relógio d'Água , pág. 72.

12. BIBLIOGRAFIA

A

- Alemi, Forrokh, *et all* (1996), “Computers Reminders Improve On-time Immunization Rates”, *Medical Care*, 34 (10, Supplement), Pág. 45-61 in IOM (2008), *Crossing the Quality Chasm – a New Health System for the 21st Century*, Washington, National Academy Press.
- Alves, Manuel Valente (2008), “Cultura Médica e Cosmopolitismo em Portugal nos Séculos XIX e XX”, *Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa*, Série III; 14 (1): 3-23.
- Ammenwerth, Elske; Brender, Jytte; Nykänen Pirkko, Prokosch, Hans-Ulrich; Rigby, Michael; Talmon, Jan (2003), “Visions and strategies to improve evaluation of health information systems: Reflections and lessons based on the HIS-EVAL workshop in Innsbruck”, *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 73, n.º 6, Pág. 479-491.
- Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17(3), 393-404.
- Armstrong, D. (2000), “Social theorizing about health and illness” in Albrecht, G.; Fitzpatrick, R.; Scrimshaw, S. (eds). *The Handbook of Studies in Health & Medicine*, London, Sage Publications.
- Arana, Jaime Rodriguez (2003), “O Quadro das reformas administrativas” in Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João S. Baptista (org.) (2003), *Ética e Administração – Como Modernizar os Serviços Públicos?*, Oeiras, Celta Editora.
- Arnaut, António (2009), *Serviço Nacional de Saúde – 30 Anos de Resistência*, Coimbra, Almedina.
- Akesson, Kerstin M.; Saveman, Britt-Inger; Nilsson, Gunilla (2007), “Health care consumers’ experiences of information communication technology — A summary of literature”, *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 76, n.º 9, Pag. 633-645
- Aspden Philip; Wolcott, Julie; Bootman, J. Lyle; Cronenwett, Linda R. (eds) (2006), *Prevention Medication Errors*, IOM, Washington, National Academy Press.

B

- Balas, E. Andrew., Jaffrey F, Kuperman GJ, *et all* (1997), “Electronic communication with patients: evaluation of distance medicine technology”, *JAMA*, 278(2):152–9.
- Balas, E. Andrew, *et all* (1998), Computerized use of Diabetes: A Synthesis of Controlled Trials. A Paradigm Shift in Health Care Information System: Clinical Infrastructure for the 21st Century: Proceedings of the 1998 AMIA Annual Symposium, Chistopher G. Chute, ed., in IOM (2008), *Crossing the Quality Chasm – a New Health System for the 21th Century*, Washington, National Academy Press, Pág 295-9.
- Ball, M.; Weaver, Charlotte; Kiel, Joan (eds.) (2004), *Healthcare Information Systems*, New York, Springer.
- Bates, David, *et all* (1998), Effect of Computerized Physician Order Entry and a Team Intervention on Prevention of Serious Medications Errors, *JAMA*, 280 (15), Pág. 1311-6.
- Beck, Ulrich; Anthony Giddens e Scott Lash (2000), *Modernização Reflexiva*, Oeiras Celta Editora.
- Beck, Ulrich, Elisabeth Beck-Gernsheim (2003), *Individualization*, Londres, Sage Publications.
- Beck, Ulrich (2004), *Risk Society: Towards a New Modernity*, Londres, Sage Publications.
- Berg, Marc (2001), “Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges”, *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 64, n.º 2-3, Pag. 143-156.
- Bertrand, Jane (2005), “Evaluación de Programas de comunicación en salud”, in The Communication Initiative Network (<http://www.comminit.com>), issue 111.

- Björkman, James Warner (2003), *Health Sector Reform – Measures, Meddles and Mires*, The Hague, The Netherlands, Institute of Social Studies and University of Leiden.
- Borges, Margarida e Portugal, Rui (2009), “Prefácio”, in Campos, Luís, Margarida Borges e Rui Portugal (2009), *Governança dos Hospitais*, Alfragide, Casa das Letras, pág. 45-56.
- Bourdieu, Pierre (2001), *O Poder Simbólico*, Trad. Fernando Tomaz, Viseu, Difel.
- Braverman, Harry (1974), *Labour and monopoly capital: the degradation of labour in the 20th century*, Nova Iorque, Monthly Review Press.
- Brown, N. e Webster, A. (2004), *New Medical Technologies and Society: Reordering Life*, Cambridge: Polity Press.
- C
- Cain, M. et all (2000), *e-Health e-People—The Online Consumer Experience*, California Health Care Foundation.
- Campell, Colin (2000), “Modelos e Valores da Moderna Gestão Pública”, in *Moderna Gestão Pública: dos Meios aos Resultados*, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras, INA.
- Campos, António Correia de (1986), “Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: Aparência e Realidade” in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 18/19/20, pág. 601-618.
- Campos, António Correia de (1987), *A combinação Pública-Privada em saúde: Privilégios, estigmas e ineficiências*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Campos, António Correia de (2008), *Reformas da Saúde, o fio condutor (Olhares sobre a saúde)*, Coimbra, Almedina.
- Campos, Luís; Borges, Margarida e Portugal, Rui (2009), *Governança em Saúde*, Lisboa, Casa das Letras.
- Canavarro, J. M. (2000), *Teorias e Paradigmas Organizacionais*, Coimbra, Quarteto.
- Canotilho, José Joaquim Gomes (2000), “Paradigmas de Estado e paradigmas da administração pública” in *Moderna Gestão Pública: dos Meios aos Resultados*, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras, INA.
- Carapinheiro, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital, Uma Sociologia Dos Serviços Hospitalares*, Porto, Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça e Paula Page (2002), “As Determinantes Globais no Sistema de Saúde Português” em Carapinheiro, Graça e Pedro Hespanha (Orgs.), *Risco Social e Incerteza, pode o Estado recuar mais?*, Porto, Edições Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça (2006), “A Saúde enquanto matéria política” in Carapinheiro, Graça (org.). (2006), *Sociologia da Saúde – Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.
- Cardoso, Gustavo et all (2005), *A Sociedade em Rede em Portugal*, Campo de Letras, Porto.
- Cardoso, Gustavo e Tiago Lapa (2007), “‘Alt-Tab’: Form ICTs to organisational innovation in Portugal” in Nixon, Paul e Vassiliki N. Koutrakou (eds.), *E-Government in Europe, Re-booting the state*, London and New York, Routledge.
- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Rita Veloso Mendes e Emanuel Cameira (2007a), *Instituições de Saúde e Tecnologias de Informação: Mudança Organizacional e Autonomia*, Lisboa, CIES/ISCTE-IUL.
- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha, Vera Araújo e Rita Cheta (2008), *Inquérito Sociedade em Rede em Portugal 2008*, Lisboa, OberCom.
- Cardoso, Gustavo, Rita Espanha e Vera Araújo (orgs.) (2009), *Da Comunicação de Massa à Comunicação em Rede*, Porto, Porto Editora.
- Carroll, Lewis (2000), *As Aventuras de Alice no País das Maravilhas*, Lisboa, Relógio d’Água.

- Castells, Manuel (2002), *A Sociedade em Rede – A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- Chevallier, Jacques e Danièle Loschak (1980), *A Ciência Administrativa*, trad. Cascais Franco, Póvoa do Varzim, Edições Europa-América.
- Chevallier, Jacques (1982), *Le Service Publique*, Presses Universitaires de France.
- Cohen, L. e Holliday, M. (1982), *Statistics for Social Scientists*, Londres, Harper e Row.
- Comissão das Comunidades Europeias (2001), Governança Europeia, Um Livro Branco, in <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0428:FIN:PT:PDF>, consultado a 1 de Junho de 2009.
- Costa, Carlos (1991), “A Severidade da Doença – Identificação e Caracterização de Alguns Sistemas de Classificação”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9 (1), Pág. 37-43.
- Costa, Carlos *et all* (2008), “A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático (7), Pág. 131-146.
- Cravinho, João (2000), “Um contributo pessoal para um novo paradigma de organização e gestão da administração pública” in *Moderna Gestão Pública: dos Meios aos Resultados*, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras, INA.
- Crozier, Michel (1994), *A Empresa à Escuta*, trad. José Luís Ferreira, Lisboa, Instituto Piaget.
- D
- Delgado, Manuel (2009), “A Melhoria Contínua da Qualidade”, in Campos, Luís, Margaria Borges e Rui Portugal (2009), *Governança dos Hospitais*, Alfragide, Casa das Letras, pág. 45-56.
- Detmer, D. E. (2000), “Information technology for quality health care: a summary of United Kingdom and United States experiences”, *BMJ*, 9: 181-189.
- Dieguez, Teresa e Aurora Teixeira (2009), A utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação pelos Médicos de Família portugueses. Um estudo exploratório in *Estudos Originais*, vol.25, pág. 284-301.
- Donabidien, A. (2003), “Selecting Approaches to Assessing Performance” in Bashshur, Rashid (ed.) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*, Oxford University Press.
- Dror, Yehezkel (2000), “Os Grandes desafios da moderna gestão pública: trajectórias a seguir”, *Moderna Gestão Pública: dos Meios aos Resultados*, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras, INA.
- E
- Ellingsen, G. and E. Monteiro (2003), "Big is Beautiful: Electronic Patient Records in Large Norwegian Hospitals 1980s-2001.", *Methods of Information in Medicine*, 42(4): 366-370.
- Eysenbach, Gunther (2000), Consumer health informatics, in *Journal of Medical Internet Research*, 24; 320(7251):1713-6.
- Eysenbach, Gunther (2001), “Evidence-based Patient Choice and Consumer health informatics in the Internet age”, *Journal of Medical Internet Research*, 2001; 3(2) in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761898/?log%24=activity> consultado a 10 de Fevereiro de 2010.
- Espanha, Rita (2009), *Projectos de Autonomia numa Sociedade em Transição: Os Media e a Saúde*, Lisboa, ISCTE-IUL.
- Espanha, Rita (2009a), *Saúde e comunicação numa sociedade em rede. O caso português*, Lisboa, Monitor.

Espanha, Rita (2010), “Tecnologias de Informação e Comunicação na Saúde”, in Jorge Simões (coord.), *30 anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*, Coimbra: Almedina.

Espanha, Rita, Rita Veloso Mendes, Rui Brito da Fonseca e Tiago Correia (2011), *A Relação entre TIC, Utentes, Profissionais e Redes Tecnológicas de Gestão de Informação em Saúde*, (Relatório científico), Fundação Gulbenkian, CIES/ISCTE-IUL, disponível em http://ser.cies.iscte.pt/index_ficheiros/RelatorioSER.pdf

F

Ferguson, T.; Frydman, Gilles (2004), “The first generation of e-patients”, in *British Medical Journal*, 328 (7449), 1148–1149.

Ferrera, Maurizio; Anton Hemerijck e Martin Rhodes (2000), *O Futuro da Europa Social*, trad. Miguel Cabrita, Oeiras, Celta Editora.

Fieschi, Marius (2002), “Information technology is changing the way society sees health care delivery”, *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 66, n. ° 1-3, Pag. 85-93.

Fountain, Jane (2006), “Questões Centrais no Desenvolvimento Político do Estado Virtual”, in Cardoso, Gustavo e Manuel Castells (Orgs.), *A Sociedade em Rede – Do Conhecimento à Acção Política*, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda.

Foucault, Michel (2006), *É Preciso Defender a Sociedade*, Trad. Carlos Correia Monteiro de Oliveira, Lisboa, Editora Livros do Brasil.

Friedman, Thomas L. (2005), *O Mundo é Plano*, Lisboa, Actual Editora

G

Giddens, A. (1979), *A contemporary critique of historical materialism*, London, Macmillan.

Giddens, A. (1991), *Modernity and self-identity and society in the late modern age*. Stanford, Stanford University Press.

Giddens, Anthony (2000a), “Viver numa Sociedade Pós-Industrial”, in Beck, Ulrich; Anthony Giddens e Scott Lash (2000), *Modernização Reflexiva*, Oeiras Celta Editora.

Giddens, Anthony (2005), *O Mundo na Era da Globalização*, Lisboa, Editorial Presença.

Goldsmith, Jeff (2000), The Internet and Managed Care: a New Wave of Information, *Health Affairs*, 19 (6), pág. 42-56.

Goleman, Daniel (2006), *Inteligência Social – A nova ciência do relacionamento humano*, trad. Mário Dias Correia, Lisboa, Editora Temas e Debates.

Gomes, João Salis (2001), “Perspectivas da Moderna Gestão Pública em Portugal”, in Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes (org.), *Administração e Política*, Oeiras, Celta Editora.

Gouveia, Carla (2006), *Modernização da Administração Pública – Um Estudo de caso sobre a relação entre o estilo de gestão e o perfil de competências*, Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em administração e Políticas Públicas, Lisboa, ISCTE.

Graça, Luís in http://www.ensp.unl.pt/lgraca/historia2_sinopse6.html, consultado a 21 de Dezembro de 2009.

Grimson Jane, Grimson William (2002), “Health care in the information society: evolution or revolution?” *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 66, n. ° 1-3, Pag. 25-29.

H

Haux, Reinhold (2006) “Health information systems – past, present, future”, *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 75, n. ° 3-4, Pag. 268-281.

- Haux, Reinhold (2006a), "Individualization, globalization and health – about sustainable information technologies and the aim of medical informatics", *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 75, n.º12, Pág. 795-808
- Haux, Reinhold; Ammenwerth, Elske; Herzog, Werner; Knaup Petra (2002), "Health care in the information society. A prognosis for the year 2013", *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 66, n.º 1-3, Pág. 3-21.
- Haux, Reinhold (1999), "Health and medical informatics education: perspectives for the next decade", *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 50, n.º 1-3, Pág. 7-19.
- Heeks, Richard (2002), "Reinventing government in the information age", in Richard Heeks (ed.) *Reinventing government in the information age, International practice in IT-enable public sector reform*, London, Routledge, Cap. 1, Pág. 9-21.
- Hegel, G. W. Friederich (2008), *Introdução à História da Filosofia*, Coleção Os Grandes Filósofos, Madrid, Prisa Innova S.L..
- Hornbrook, M. C. (1982), "Hospital case mix: its definition, measurement and use. Part I : The conceptual framework. *Medical Care Review*, vol. 39: 1, Pág. 1-43.
- Hsieh, Richard K. C., et. al. (2001), Telemedicine in China, *International Journal of Medical Informatics*, 61, Pág. 139–146.
- I
- Iezzoni, L. I. (1995), "Risk adjustment for medical effectiveness research: an overview of conceptual and methodological considerations, *Journal of Investigative Medicine*, vol. 43: 2, Pág. 136-150.
- INE (2004), *Inquérito à Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação dos Hospitais – Notas Metodológicas*, Lisboa, INE.
- INE (2006), *Inquérito à Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação dos Hospitais – Notas Metodológicas*, Lisboa, INE
- INE (2008), *Inquérito à Utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação dos Hospitais – Notas Metodológicas*, Lisboa, INE
- IOM (2008), *Crossing the Quality Chasm – a New Health System for the 21th Century*, Washington, National Academy Press.
- IOM (2000), *To err is human: Building a safer health system*, Washington, National Academy Press.
- J
- K
- Katz, J.E. (2006), *Magic in the Air: Mobile Communication and the Transformation of Social Life*, USA, Transaction Publishers.
- Kafka, Franz (s.d.), *O Castelo*, Lisboa, Edições Livros do Brasil.
- Kafka, Franz (1989), *O Processo*, Livros de Bolso Europa América.
- Kivitz, Joëlle (2004), "Researching the 'informed patient': The Case of Online Health Information Seekers", in *Information, Communication & Society*, U.K., Routledge
- Kuhn, Thomas (1983), *La Structure des Révolutions Scientifiques*, France, Flammarion.
- L
- Lehoux et. al. (2002); "The theory of use behind telemedicine: how compatible with physicians' clinical routines?", *Social Science & Medicine*, 54, 889–904.

Lenz, R.; Reichert, M. (2005), It Support For Healthcare Processes, *Lecture Notes In Computer Science*, 3649, 354.

Levrat, Nicolas (2001), “Reconstruir as administrações na Europa central ou construir um “modelo de estado europeu?” in Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João S. Baptista (org.) (2003), *Ética e Administração – Como Modernizar os Serviços Públicos?*, Oeiras, Celta Editora.

LINI, UMIC Agência para a Sociedade do Conhecimento (2010), *A Utilização de Internet em Portugal*, World Internet Project.

Lupiáñez, Francisco (2009), *Internet, Salud Y Sociedad – Análisis de los usos de Internet relacionados con la Salud en Catalunya*, Tese de Doutoramento, disponível em <http://ictconsequences.net/uoc/internetsaludsociedad/> consultada a 13 de Agosto de 2009.

Lyon, David (1992), *A sociedade da informação*, Oeiras: Celta.

M

Mann, Thomas (1972), *José e os Seus Irmãos*, 1º vol., Lisboa, Edição Livros do Brasil.

Melo, Fernando Frutuoso de (2000), “A Reforma Administrativa da Comissão Europeia”, *Moderna Gestão Pública: dos Meios aos Resultados*, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras, INA.

Manta, Augusto (1984), “Serviço Nacional de Saúde (Quanto custa? Quanto se gasta?)”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Lisboa, vol. 2, nº 3, Pág.7-14.

Martins, Alberto (2000), “Por uma Administração Pública ao Serviço dos Cidadãos”, *Moderna Gestão Pública: dos Meios aos Resultados*, Acta Geral do 2º Encontro INA, Oeiras, INA.

Martins, Alberto (2001), “A reforma na Administração Pública”, in Mozzicafreddo e Gomes (orgs.), *Administração e Política*, Oeiras Celta Editora.

Martins, Henrique (2009), “Sistemas de Informação”, in Campos, Luís, Margaria Borges e Rui Portugal (2009), *Governança dos Hospitais*, Alfragide, Casa das Letras, Pág. 229-234.

McLuhan, M. (1997), *Understanding Media – The Extensions of Man*, London, Routledge.

Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes (org.) (2001), *Administração e Política*, Oeiras, Celta Editora.

Mozzicafreddo, Juan (2003), “A responsabilidade e a cidadania na administração pública” in Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João S. Baptista (org.), *Ética e Administração – Como Modernizar os Serviços Públicos?*, Oeiras, Celta Editora.

Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João da Silva Baptista (orgs.) (2007), *Interesse Público, Estado e Administração*, Oeiras, Celta Editora.

N

National Research Council, Privacy Issues in Biomedical and Clinical Research, Washington D.C., National Academy Press, in IOM (2008), *Crossing the Quality Chasm – a New Health System for the 21th Century*, Washington, National Academy Press.

Nicolini, Davide (2006); “The work to make telemedicine work: A social and articulative view”, *Social Science & Medicine*, 62, 2754–2767.

Neitzsche, Friedrich (1995), *A Origem da Tragédia*, Lisboa, Guimarães Editores.

O

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009), *Relatório de Primavera 2009*.

Orwell, George (2004), *Mil Novecentos e Oitenta e Quatro*, Lisboa, Antígona.

- OMS, Organização Mundial de Saúde (World Health Organization) (1948), *Officials Records of the World Health Organizations*, n.º 2, United Nations, World Health Organizations, Geneve, Interim Commission.
- P
- Patterson, Neal L. (2004), “The Mission of IT in Health Care: Creating a System that Cares”, in Ball, M.; Weaver, Charlotte e Kiel, Joan (eds.), *Healthcare Information Systems*, New York, Springer.
- Pereira, J., (2002), “Prestação dos Cuidados de Acordo com as Necessidades? Um Estudo Empírico Aplicado ao Sistema de Saúde Português” in S. M. Vianna, e S. Piola (eds.) *Economia da Saúde, Conceito e Contribuição para a Gestão de Saúde*. IPEA, Brasília.
- Pereira, João (1999), “Um novo índice de iniquidade horizontal na prestação de cuidados de saúde”, in *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*, Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Pág. 143-165.
- Pessoa, Fernando (2007), *Prosa Íntima e de Autoconhecimento*, Obra Essencial de Fernando Pessoa, Edição de Richard Zenith, Lisboa, Assírio e Alvim.
- Peters, Guy (2001), “De mudança em Mudança, Padrões de Reforma Administrativa Contínua”, in Mozzicafreddo e Gomes (orgs.), *Administração e Política*, Oeiras Celta Editora.
- Pickstone, J. (2000). *Ways of Knowing: A New Science, Technology and Medicine*. Manchester: Manchester University Press.
- Pickstone, J. (2003), Production, community and consumption: the political economy of twentieth century medicine. In: Cooter, R. & Pickstone, J. *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. London: Routledge.
- Pissarra, João (2006), “Apresentação” in Luhmann, Niklas, *A Improbabilidade da Comunicação*, trad. Anabela Carvalho, Lisboa, Vega.
- Pitchas, Rainer (2001), “As Administrações Públicas Europeia e Americana na Actualidade e o Modelo Alemão”, in Mozzicafreddo, Juan e João Salis Gomes (org.), *Administração e Política*, Oeiras, Celta Editora.
- Pitchas, Rainer (2003), “Reformas da administração pública na União Europeia: Porque necessitamos de mais ética no serviço público?” in Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João S. Baptista (org.), *Ética e Administração – Como Modernizar os Serviços Públicos?*, Oeiras, Celta Editora.
- Plamping, Diane; Gordon, Pat; and Pratt, Julian (2009), *Innovation and Public Service: Insights from Evolution*, Centre for Innovation in Health Management, University of Leeds.
- Plesk, Paul (1999), “Innovative Thinking for the Improvement of Medical Systems”, *American College of Physicians-American Society of Internal Medicine*, 131, Pág.438-444.
- Portugal (1979), Programa do V Governo Constitucional: Apresentação e Debate, Lisboa, Secretaria de Estado da Comunicação social, Direcção-Geral da Divulgação.
- Portugal (1980), Programa do VI Governo Constitucional: Apresentação e Debate, Lisboa, Secretaria de Estado da Comunicação social, Direcção-Geral da Divulgação.
- Portugal (1981), Programa do VII Governo: Texto do Programa, discursos do Primeiro-Ministro, Dr. Pinto Balsemão na apresentação do Programa à Assembleia da República e no encerramento dos debates, Lisboa, Secretaria de Estado da Comunicação social, Direcção-Geral da Divulgação.
- Portugal (1981), Programa do VIII Governo: Texto do Programa, Intervenções do Primeiro-Ministro, Dr. Pinto Balsemão na apresentação do Programa à Assembleia da República e no encerramento dos debates, Lisboa, Secretaria de Estado da Comunicação social, Direcção-Geral da Divulgação.

- Portugal (1983), Programa do IX Governo Constitucional: Apresentação e Debate, Lisboa, Assembleia da República, Direcção-Geral dos Serviços Técnicos.
- Portugal (1986), Programa do X Governo Constitucional: Apresentação e Debate, Lisboa, Assembleia da República, Direcção-Geral dos Serviços Técnicos.
- Portugal (1987), Programa do XI Governo Constitucional, Lisboa, Presidência do Conselho de Ministros, Assembleia da República Direcção-Geral da Comunicação Social.
- Portugal (1992), Programa do XII Governo Constitucional, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa, Imprensa Nacional da Casa da Moeda.
- Portugal (1996), Programa do XIII Governo Constitucional: Apresentação e Debate, Lisboa, Assembleia da República.
- Portugal (1999), Programa do XIV Governo Constitucional: Apresentação e Debate, Lisboa, Assembleia da República.
- Portugal (2002), Programa do XV Governo Constitucional, Lisboa, Assembleia da República.
- Portugal (2004), Programa do XVI Governo Constitucional: Apresentação e Debate, Lisboa, Assembleia da República.
- Portugal (2005), Programa do XVII Governo Constitucional: Apresentação e Debate, Lisboa, Assembleia da República.
- Portugal, Portaria 567/200612 de Junho de 2006.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 50-A/2007 de 6 de Março de 2007.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de Dezembro de 2005.
- Portugal, Decreto-Lei n.º 12-A de 27 de Fevereiro de 2008.
- Poster, Mark (1984), *Foucault, Marxism and history: mode of production versus mode on information*, Cambridge, Polity Press.

Q

R

- Reid, Proctor; Compton, W. Dale; Grossman, Jerome H.; and Fanjiang, Gary, (Edit.) (2005), *Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*. Committee on Engineering and the Health Care System, National Academy Press.
- Reis, Vasco (2007), *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- Ribeiro, Lucas (2010), *Interoperabilidade dos Sistemas de Informação de Saúde – das convicções à realidade*, Tese de Mestrado em Informática Médica da Faculdade de Ciências da Faculdade de Medicina do Porto, Universidade do Porto.
- Rosenbloom, David (2003), “As reformas administrativas em dos EUA na era Clinton-Gore”, in Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João S. Batista (org.), *Ética e Administração*, Oeiras, Celta Editora.
- Rosenbrock, Howard (1984), “Designing automated systems: need skills be lost?”, In Pauline Marstrand (ed.) *New Technology*.

S

- Sakellarides, Constantino (2006), *De Halma a Harry – Crónica da Democratização da Saúde*, Porto, Almedina.
- Starfield, Barbara (2000), “Is US Health Really the Best in the World?”; *JAMA*; 284, n.º 4, 483-485.

- Silva, Sérgio José Cunha da (2004), *O controlo das Despesas Públicas na Saúde – Um estudo comparativo da relação entre a qualidade da burocracia e a produtividade em dois grupos de Hospitais*, Dissertação no âmbito do Mestrado em Administração e Políticas Públicas, Lisboa, ISCTE.
- Segal, Howard (1985), *Technological Utopianism in American Culture*, Chicago e Londres, University of Chicago Press.
- Shciff, Gordon; Donald, Rucker (1998), Computerized Prescribing: Building the Electronic Infrastructure for Better Medication Usage, *JAMA*, 279 (13), Pág. 1024-9.
- Silva, Luísa Ferreira da. (2006), “A saúde e o saudável nas racionalidades leigas – o caso da alimentação” in Carapinheiro, Graça (org.). (2006), *Sociologia da Saúde – Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.
- Simões, Jorge (2006), *Retrato Político da Saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*, Porto, Almedina.
- Simões, Jorge (2009), *30 Anos de Serviço Nacional de Saúde, um percurso comentado*, Porto, Almedina.
- Sola Pool, Ithiel (1983), *Technologies of Freedom*, Cambridge MA, e Londres, Harvard University Press.
- Sousa, Ana Filipa Patrão Costa de (2006), *A Estrutura Organizacional e o Tipo de Gestão na Qualidade e Satisfação do Cidadão no Funcionamento do Serviço Público*, Dissertação no âmbito do Mestrado em Administração e Políticas Públicas, Lisboa, ISCTE.
- Shakespeare, William (s.d.), *Otelo*, Livros de Bolso, Europa América.
- Schumpeter, J.A. (1939), *Business cycles: a theoretical, historical and statistical analysis of the capitalist process*, Vol. 1, New York: MacGraw-Hill.
- Starr, Paul (1997), “Smart Technology, Stunted Policy: Developing Health Information Networks”, *Health Affairs*, 16 (3), Pág. 91-105.

T

- Tavares, José F.F. (2003), “Gestão pública, cidadania e cultura de responsabilidade” in Mozzicafreddo, Juan, João Salis Gomes e João S. Baptista (org.), *Ética e Administração – Como Modernizar os Serviços Públicos?*, Oeiras, Celta Editora.
- Teixeira, Amélia e Brochado, Ana Margarida (2004), “Quando o SONHO se torna realidade...: avaliação estatística do impacto das tecnologias de informação nos serviços de consulta externa hospitalar”, *Revista Nacional de Saúde Pública*, vol. 23, n.º 1, Pág. 43-55.
- Thomas, Richard K. (2006), *Health Communication*, New York: Springer.
- Turban, Efraim, *et al* (1996), *Information Technology for Management: Improving Quality Productivity*, New York, John Wiley & Sons.
- Touraine, Alain (1994), *O que é a Democracia?*, Trad. Fernando Tomaz, Lisboa, Instituto Piaget.
- Touraine, Alain (1996), *Crítica de modernidade*, Trad. Fátima Gaspar e Carlos Gaspar, Lisboa, Instituto Piaget.
- Touraine, Alain e Farhad Khosrokhavar (2001), *A Procura de Si, Diálogos sobre o Sujeito*, Trad. Maria Ludovina Figueiredo, Lisboa, Instituto Piaget
- Touraine, Alain (2005), *Um Novo Paradigma Para Compreender o Mundo de Hoje*, Trad. Armando Pereira da Silva, Lisboa, Instituto Piaget.
- Turner, B.S. (2000), The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. In: Albrecht, G.; Fitzpatrick, R.; Scrimshaw, S. (eds). *The Handbook of Studies in Health & Medicine*, London: Sage Publications.

U

Urbano, J.; Bentes, M., (1990), “Definição da Produção do Hospital: os grupos de diagnósticos homogêneos”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 8, 1, Pág. 49-60.

Uslu, A. M. & Stausberg, J. (2008), “Value of The Electronic Patient Record: An Analysis of The Literature”, *Journal Of Biomedical Informatics*, 41, Pág. 675-682.

V

Van der Lei, Johan (2002), “Information and communication technology in health care: do we need feedback?”, *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 66, n.º 1-3, Pág. 75-83.

W

Weber, Max (1963), “Burocracia”, in *Ensaio de Sociologia*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.

Weber, Max (1979), *Sobre a teoria das Ciências Sociais*, trad. Carlos Grifo Garbo, Lisboa, Editorial Presença.

Webster, P.R. (1994), “Time technology and creative process”, in *Arts Education Policy Review*, vol. 96,1; 32.

Armstrong, D. (1995), The rise of surveillance medicine, *Sociology of Health & Illness*,17(3), 393-404.

Webster, A. (2002), “Innovative Health Technologies and the Social: Redefining Health, Medicine and the Body”, *Current Sociology*, 50(3), 443-457.

Webster, A. (2006), *New Technologies in Health Care. Challenge, Change and Innovation. Health, Technology and Society*. New York: Palgrave Macmillan.

Webster, C. (2003), *Medicine and the Welfare State*. In: Cooter, R. & Pickstone, J. *Companion to Medicine in the Twentieth Century*. London: Routledge.

X

Y

Z

Outras referências:

Público, 10 de Maio de 2011, Disponível em <http://www.publico.pt/Sociedade/presidente-da-associacao-de-telemedicina-lamenta-falta-de-aposta-nos-diagnosticos-a-distancia-1493485>, consultado pela última vez em 21 de Novembro de 2011.

Semanário Expresso, “19,5% Peso da economia paralela aumenta in Expresso, “Caderno de Economia” de 10 de Abril de 2009,

<http://www.museu.presidencia.pt>, consultado a 7 de Maio de 2009.

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/EN/gov_a_exp_esms.htm, consultado a 7 de Maio de 2009.

<http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcst.asp?Cl=4&Lg=1>, disponível a 7 de Maio de 2009.

www.oecd.org/dataoecd/18/0/2666146.pdf, disponível a 8 de Maio de 2009.

<http://www.oecd.org/dataoecd/41/24/35391763.pdf>, descarregado 13 de Maio de 2009.

http://ec.europa.eu/archives/commission_1999_2004/index_pt.htm, consultado a 1 de Junho de 2009.

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/SistemaPolitico/, consultado a 8 de Maio de 2009.

<http://www.b-on.pt/>, consultado a 17 de Fevereiro de 2010.

http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Portugal/Sistema_Politico/SistemaPolitico/, consultado a 8 de Maio de 2009.

<http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/> consultado a 18 de Fevereiro de 2010.

http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Sist_Inform/PwC_Diagn%C3%B3sticosituac%C3%A7%C3%A3oactualSTI_vers%C3%A3op%C3%ABlica.pdf, ultima consulta a 10 de Outubro de 2011.

ANEXOS

ANEXO I: Dimensões de análise construídas e indicadores que as compõem (área da saúde)

Programas/Planos de actuação clínica estratégica (promoção da saúde e gestão de doença crónica)	
	Plano nacional de apoio à 3ª idade
	Plano nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde e Estilos de Vida
	Adopção do Plano Nacional de Saúde
	Aposta no plano de vacinação
	Aposta no rastreio de doenças crónicas, promoção do plano integrado de gestão das doenças crónicas
	Execução Programa de Luta Contra o Cancro e Plano Oncológico Nacional
	Criação do registo nacional de doenças oncológicas
	Criação e início da actividade do Serviço de Emergência médica (Instituto de Emergência médica) e de um Plano Nacional de Emergência Médica
	Elaboração de plano de saúde a médio prazo
	Criação de um programa de transplantação de órgãos, nomeadamente o hepático, plano de prevenção de doenças hepáticas
	Criação de plano de apoio a doentes com SIDA, cobertura de cuidados a nível nacional, Comissão Nacional de Luta contra a Sida, e Plano nacional de Luta contra a Sida
	Plano nacional de prevenção do alcoolismo e tabagismo, sobretudo entre os mais jovens
	Lançamento de programa de pós-neonatal e de pediatria (criação de cuidados de emergência pediátrica, atribuição de médico de família, tratamento estomatológico e oftalmológico, etc)
	Lançamento de programa de saúde materno-infantil
	Lançamento de programa de oftalmologia, ortopedia, reumatologia e reabilitação
	Programa de tratamento da tuberculose, gripe e asma
	Programa de tratamento da diabetes
	Programa de tratamento cardíaco e cérebro vasculares
	Estratégia nacional de luta contra a droga alinhada com as estratégias europeias (reactivação de institutos e comissões de apoio)
	Abrangência do Projecto VIDA a todo o país
Melhorias intra e entre estruturas físicas das unidades de saúde (hospitais e centros de saúde)	
	Necessidade de articulação entre cuidados, desenvolvimento de redes entre hospitais e centros de saúde, unidades de cuidados primários, cuidados diferenciados, cuidados continuados e paliativos através da contratualização e se necessário com recurso ao sector privado
	Elaboração da carta hospitalar (levantamento de recursos para otimizar afectação dos profissionais e evitar desperdícios)
	Aposta e incentivo na execução/conclusão e melhoria das (novas) unidades hospitalares, centros de saúde e unidades de referência em todo o território nacional
	Optimização dos serviços de consultas e bloco

	Desenvolvimento de serviço de internamento e melhorias nos já existentes
	Desenvolvimento do hospital de dia
	Melhoria dos cuidados primários (em articulação com o apoio domiciliário, contratado ou não)
	Melhoria cuidados diferenciados
	Criação de serviços de retaguarda aos hospitais e que os descongestionem
	Integração do IPO no SNS sob a divisão de custos com a Liga Portuguesa Contra o Cancro
	Desenvolvimento de centros comunitários de saúde mental a nível local
	Criação da agência de segurança alimentar
	Criação das urgências pediátricas telefónicas (24 horas)
	Melhorar o apoio aos cuidados continuados
	Implementar o Plano de Farmácia no Hospital
	Criação de linhas de apoio telefónico na área da saúde para aconselhamento e encaminhamento dos utentes (24 horas) e entrada no serviço nacional de saúde
	Manutenção da estrutura de CAT a nível nacional
	Desenvolvimento de serviço de ambulatório e melhorias nos já existentes
Políticas de orientação para a causa pública e para o doente	
	Responder às necessidades em saúde da população (independentemente de viver no interior ou litoral, ser pobre ou rica), conhecer para saber (realização de estudos)
	Reestruturação dos serviços de saúde (criação de Institutos, Administrações Regionais, Secretaria de Estado, Centros Regionais de Saúde Pública, Entidade reguladora da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e outros organismos públicos relacionados com a saúde)
	Reforma na administração pública no sector da saúde
	Revisão SNS, em função dos princípios básicos (universalidade, gratuidade, acessibilidade, igualdade)
	Chamar os cidadãos a participar no sistema quer em formação e adopção de estilos de vida saudáveis como nos gastos em saúde em função dos rendimentos
	Adopção de medidas de promoção de saúde, prevenção (de doenças sexualmente transmissíveis – SIDA – mas também o consumo de álcool e drogas - IDT) e reabilitação na infância, vida adulta e velhice
	Tornar o acesso aos cuidados de promoção e vigilância da saúde, de prevenção da doença, do tratamento dos doentes e da sua reabilitação médica e social gratuita (abolição das taxas moderadoras)
	Reforço de articulação correcta entre o sector privado e público (recrutamento de profissionais - auxiliares de acção médica, por exemplo)
	Criação da rede nacional de saúde articulando serviços públicos e privados
	Criação de uma rede de cuidados diferenciados em todo o país
	Sistema centrado no cidadão
	Distinção das entidades financiadoras das prestadoras, criando um Instituto publico de financiamento de gestão geral da prestação de cuidados de saúde com funções reguladoras com base nos resultados em saúde (entidade reguladora em Saúde)
	Valorização da satisfação dos utentes
	Transformar os hospitais SA em EPE

	Promoção da livre escolha do utente
	Criação da carta de ética (boas práticas)
	Aposta na educação da população para promover melhor saúde, com menos custos e sem perda de qualidade
	Articulação com a Segurança Social no que se refere ao absentismo, higiene no trabalho, à definição de políticas de 3ª idade, reabilitação e acção de apoio de carência familiar
	Apoio aos PALOP
	Criação de centros de responsabilização integrados
	Erradicação de doenças transmissíveis
	Informação e sensibilização sobre a SIDA
	Reforço ao apoio aos toxicodependentes na prisão
	Regulamentos e direitos do doente
Políticas de financiamento, de contratualização e de introdução de princípios NPM (<i>New Public Management</i>)	
	Celebração de contratos programa, tornar previsíveis as receitas a atribuir ao sector, ou por instituição através das agências de contratualização
	Responsabilização dos prestadores pelos cuidados que prestam à comunidade
	Reduzir a intervenção do Estado (pagador) para fomentar a emergência de modalidades alternativas que entre o público e o privado respondam à oferta de qualidade de maior qualidade aos preços mais baixos, regulando a selecção adversa e a competitividade entre prestadores, pagadores e compradores
	Garantir a sustentabilidade do SNS
	Acordos e co-responsabilização de entidades da Sociedade Civil (Misericórdias, autarquias, escolas outras pastas governamentais, etc.) não só no tratamento como na promoção da saúde e prevenção, como na organização e prestação de cuidados primários (através de gestão pública directa ou contratualização de serviços a cooperativas de profissionais ou outras organizações com base em sistema de capitação e incentivos)
	Reforma sistemas de financiamento do SNS que permitam cuidados de saúde modernos e condignos
	Reforma dos sistemas e formas de gestão hospitalar, apostando na autonomia das organizações ao nível de rendimentos e serviços e na responsabilização através de órgãos de gestão
	Descentralizar e desburocratizar serviços para um aproveitamento integral dos equipamentos em saúde, preterindo da diferença do público e privado, criação das Administrações Regionais de Saúde com autonomia financeira e maior capacidade para responder localmente às necessidades da população
	Estado enquanto definidor de regras que permitam relações justas, previsibilidade, estabilidade e desenvolvimento dos sectores social e privado e obter maior benefício social da sua actuação, em convergência de esforços do SNS
	Aplicação de medidas de gestão, como por exemplo os centros de responsabilidade integrada nos hospitais e os regimes de remuneração experimental nos centros de saúde
	Criação de parcerias público-público (administração central e entidades públicas) e público-privadas (Administração central e entidades privadas) e respectiva monitorização de resultados
	Criação de uma tabela de preços
	Melhoria da produtividade através da negociação de objectivos concretos e individuais
	Adoptar mecanismos de gestão efectiva nos hospitais (empresarialização)
	Acompanhar economicamente a comercialização da comercialização dos medicamentos e garantir a competitividade e

	concorrência
	Elaboração de análises custo-benefício na análise dos custos dos serviços
	Criação de seguros de saúde como alternativas ao SNS e como incentivo à poupança
	Gestão pelo risco
Implementação e utilização de sistemas de informação na prática clínica e na gestão	
	Criação de base dados que permita recolher informação epidemiológica mais fidedigna da realidade actual
	Adopção de redes de texto, som e imagem para aproximar os utentes dos cuidados prestados, através da digitalização de dados e de informação
	Criação de um sistema de informação e comunicação que permita aos doentes aceder à sua informação e aos gestores os gastos financeiros associados
	Criação de um sistema de informação e comunicação que estimule o diálogo entre população e serviços de saúde e permita a responsabilização de profissionais
	Criar repositório de informação credível
	Incentivar o registo informático de MCDT's, actos clínicos e entidade financiadora no processo
	Criação de um cartão do utente que permita identificar o utente na cadeia de prestação de cuidados e acompanhar as prescrições de medicamentos, as respectivas participações, promover a utilização racional do medicamento (sobretudo antibióticos) através de sistemas de informação e permitir o acesso facilitado aos doentes mais incapacitados e fazer uma gestão dos custos
	Humanização dos serviços de saúde (através da informação constante e acompanhamento não só dos médicos mas como de todos os profissionais de saúde)
	Novo processo de requisição/prescrição de MCDT on line (através de experiência piloto)
Medidas de NPM (New Public Management) na administração das unidades de saúde (hospitais, centros de saúde, USF...)	
	Adopção do critério de eficiência
	Adopção do critério de eficácia
	Adopção do critério da qualidade (entre outros : Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, Programa Nacional de Qualificação de Centros de Saúde, Programa Nacional de Auditoria Clínica, desenvolver Normas Nacionais de Orientação e Gestão Clínica)
	Definição de novo regime jurídico para os hospitais (hospitais SA) tendo em conta a gestão empresarial e as parcerias público-público e público-privadas, os resultados
	Melhoria de gestão corrente nos centros de saúde
	Reformular e aperfeiçoar o Regime Remuneratório Experimental nos Centros de saúde, contratualização de serviços, com grupos médicos
	Programas de acreditação
	Adoptar nos hospitais SPA sistemas e metodologias de gestão já validadas nos SA
	Criação das USF (unidades de saúde familiar) com serviços públicos ou privados contratualizados
	Adequar cuidados hospitalares e primários à população de referência geográfica
Medidas orientadoras para a melhoria do processo de prestação de cuidados (unidades hospitalares centros saúde, USF...)	

	Inclusão dos serviços de triagem na urgência e melhoria do atendimento atempado
	Desenvolvimento de serviço de urgência e emergência médica e melhorias nos já existentes
	Determinar prazos mínimos aceitáveis para cirurgias e atribuição de vales para utilização livre do utente quando a espera os ultrapassam
	Melhorar acesso e equidade do SNS (ex. redução das listas de espera de consultas e cirurgias, distribuição das consultas de nefrologia a nível nacional, redução dos tempos de espera para o atendimento das consultas, melhorar o acesso diferenciado a MCDT com base na contratualização de serviços e na liberdade de escolha)
	Aumentar a capacidade de intervenção em doenças com elevada complexidade
	Redução das infeções hospitalares
	Conclusão da rede de transfusão de sangue
	Centros de saúde de apoio à USF com saúde oral, saúde mental e fisioterapia e em articulação com hospitais de referência, cuidados paliativos e continuados
	Racionalização de algumas actividades de diagnóstico, terapêutica e reabilitação em função da tecnologia existente e da dispersão nacional
Medidas relacionadas com carreiras, recrutamento e formação dos profissionais de saúde	
	Profissionais podem acumular funções no privado e no público
	Gestão dos recursos humanos em função das especificidades e pressupostos tecnológicos em cada grupo profissional ligado à saúde, se necessário através de sistemas e regimes de incentivos e em função dos resultados apurados
	Aperfeiçoamento das carreiras dos profissionais de saúde (médicos e de saúde pública) incentivando a transparência de relacionamento com o sector privado, estímulos à dedicação exclusiva e remuneração por produtividade e qualidade, com remuneração baseada na produtividade e mérito
	Racionalização do recrutamento de pessoal: dever ser de qualidade e em função das necessidades e do mérito
	Novas formas de contratação (contrato individual de trabalho)
	Introdução da profissionalização nas urgências para flexibilizar e otimizar os recursos humanos
	Reconhecimento e valorização da posição de chefe de serviços responsável e autónomo
	Especial destaque à formação dos profissionais de saúde, diferenciação técnica e competência (contribuindo para o ensino pré e pós-graduado nas áreas de saúde, reconhecendo a variedade da especialização técnica e profissional) com especial destaque para a liderança
	Cobertura nacional dos cuidados de saúde primários, contratação dos respectivos profissionais afectos através de contratação individual, para que cada cidadão tenha um médico de família
	Recrutamento de lugares governamentais baseados na competência técnica
	Implementar novo regime de internato médico
	Criação de estímulos e incentivos aos profissionais que permitam executar as novas leis de gestão hospitalar em articulação com as Administrações Regionais de Saúde
Medidas relacionadas com as políticas dos medicamentos	
	Criação de sistema de comparticipação de medicamentos (para que o doente pague um valor justo e apenas a quantidade necessária) e fiscalização da criação e manutenção de preços, acompanhamento da qualidade dos medicamentos, incentivo ao medicamento genérico
	Elaboração e entrada em vigor da Carta dos medicamentos e de regimes e comparticipação de medicamentos

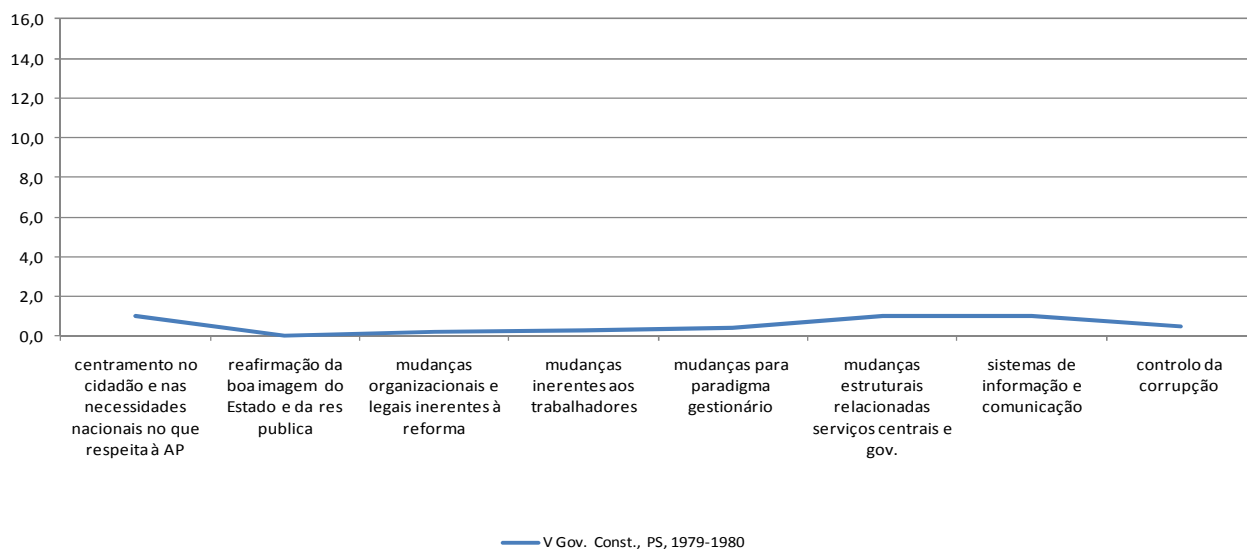
	Manter a reserva nacional de medicamentos
	Investigação diversa na área clínica, farmacêutica e biomédica com vista a melhorar a qualidade dos cuidados e o bem-estar da sociedade
Articulação com o Ministério Ciência e Ensino Superior	
	Articulação com o Ministério do Ensino Superior a criação de acordos de investigação entre faculdades e instituições de saúde (desenvolvimento de uma política de investigação em saúde)
	Integração do ensino de enfermagem nas escolas
	Implementar novo sistema de gestão para hospitais universitários

ANEXO 2: Dimensões de análise construídas e indicadores que as compõem (Administração Pública)

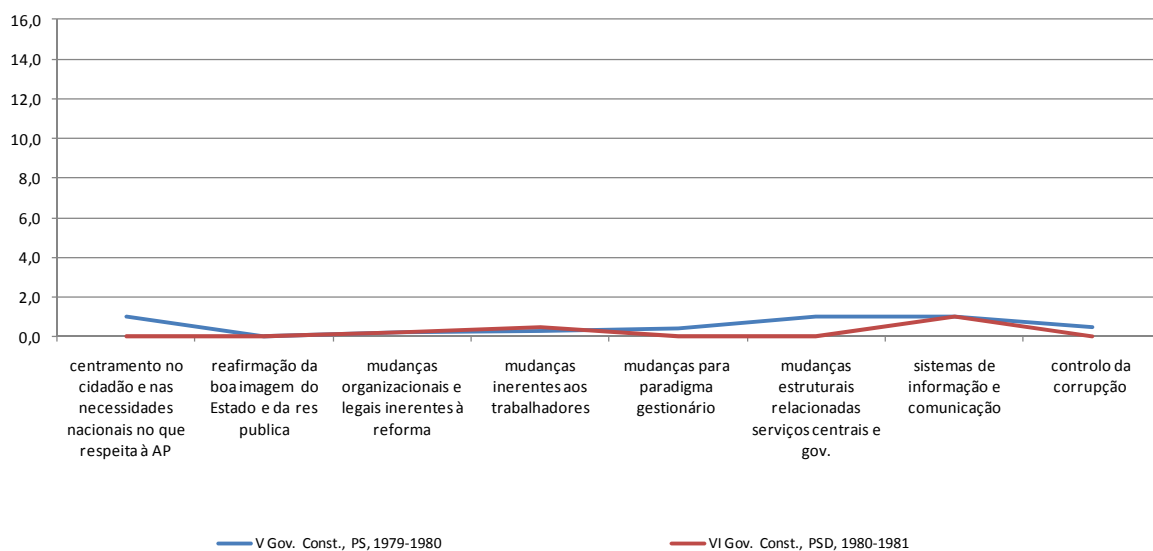
Centramento no cidadão e nas necessidades nacionais no que respeita à AP	
	Valorização do dar resposta às necessidades dos cidadãos/mercado/Agentes económicos
	Valorização da participação dos cidadãos ou responsabilização dos cidadãos através da integração de serviços da AP na comunidade
Reafirmação da boa imagem do Estado e da <i>res pública</i>	
	Reconhecimento das limitações das reformas até à data
	Reconhecimento da negatividade da imagem do Estado e vontade de a recuperar
	Melhorar prestação de serviço público
Mudanças organizacionais e legais inerentes à reforma	
	Modernizar, reorganizar, reformar a AP
	Desburocratizar, simplificar e flexibilizar procedimentos administrativos e de gestão
	Descentralização de competências e de funcionários
	Desenvolvimento de experiências piloto e transformá-las em gestão por objectivos noutros serviços, estímulo a novas ideias de prestar serviço público por prémios ou concursos
	Apostar na formação específica e nas carreiras de chefias
Mudanças inerentes aos trabalhadores	
	Racionalização de recrutamento e dos quadros de efectivos, reforço da mobilidade interna e do crescimento horizontal e racionalização da progressão de carreiras, regime em part-time ou tele-trabalho
	Aposta na formação e educação dos trabalhadores, valorização do mérito e da motivação profissional
	Valorização dos profissionais e carreiras da AP
	Integração do contrato individual de trabalho na AP e resolução das consequentes diferenças entre profissionais
Mudanças para paradigma gestor	
	Incrementação de lógicas de NPM (aumento da eficácia, eficiência, contratualização de serviços, realização de parcerias, avaliação de resultados, gestão por objectivos, planos de acção, análises custo-benefício)
	AP reguladora/auditora/fiscalizadora
	Melhorar a gestão dos recursos (medidas de descongestionamento de carreiras ou reaprovaimento da lista de excedentes e flexibilização), dos serviços e equipamentos afectos à AP
	Avaliação da qualidade dos serviços
	Controlo e redução de custos, desenvolvimento de economias de escala
Mudanças estruturais relacionadas serviços centrais e gov.	

	Desenvolver no ensino superior licenciatura na área da AP
	Reforço da coordenação central/tutela, desenvolvimento da alta autoridade/secretariado fiscalizadora
Sistemas de informação e comunicação	
	Implementação de sistemas de informação para otimizar prestação de serviços e a sua gestão (noção de E-governement)
Controlo da corrupção	
	Combate à corrupção
	Mapear e tornar transparentes as despesas públicas (disponibilização de informação)

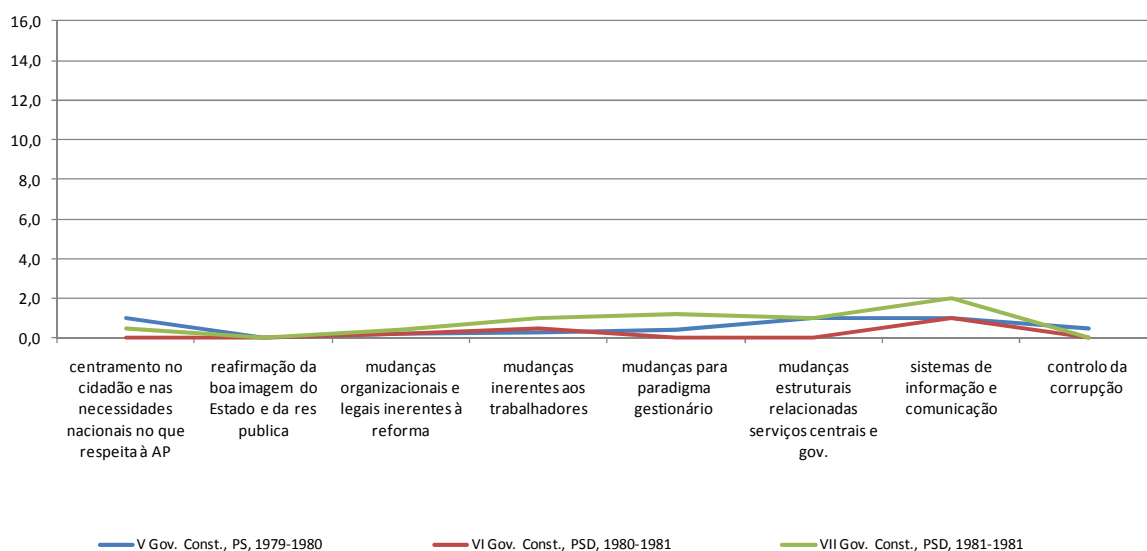
ANEXO 3: As dinâmicas de cada Programa Governo na AP em função das referências mais frequentes



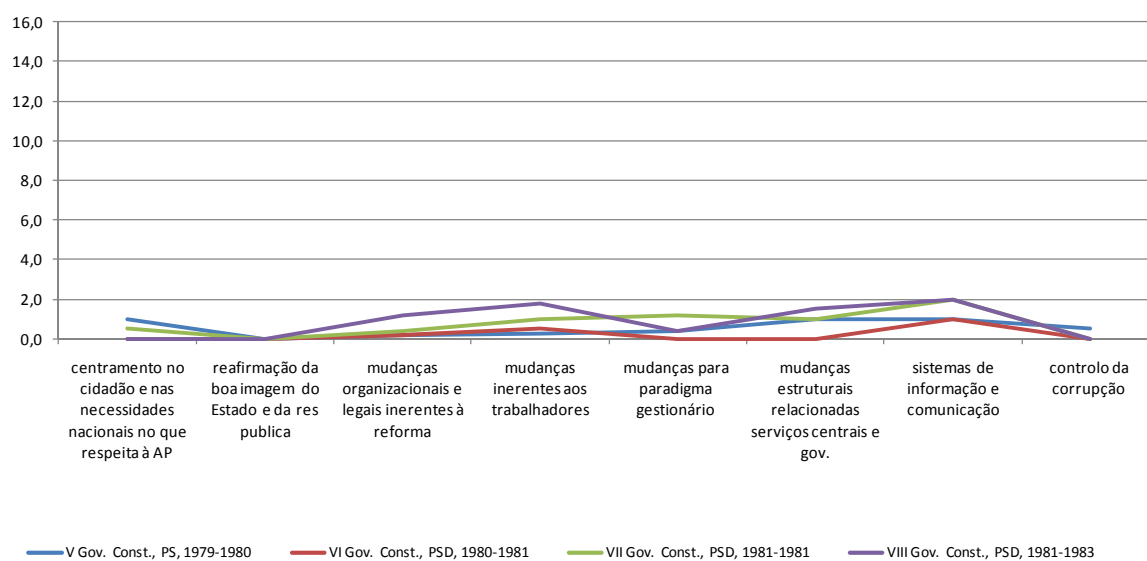
Fonte: Programa do V Governo Constitucional.



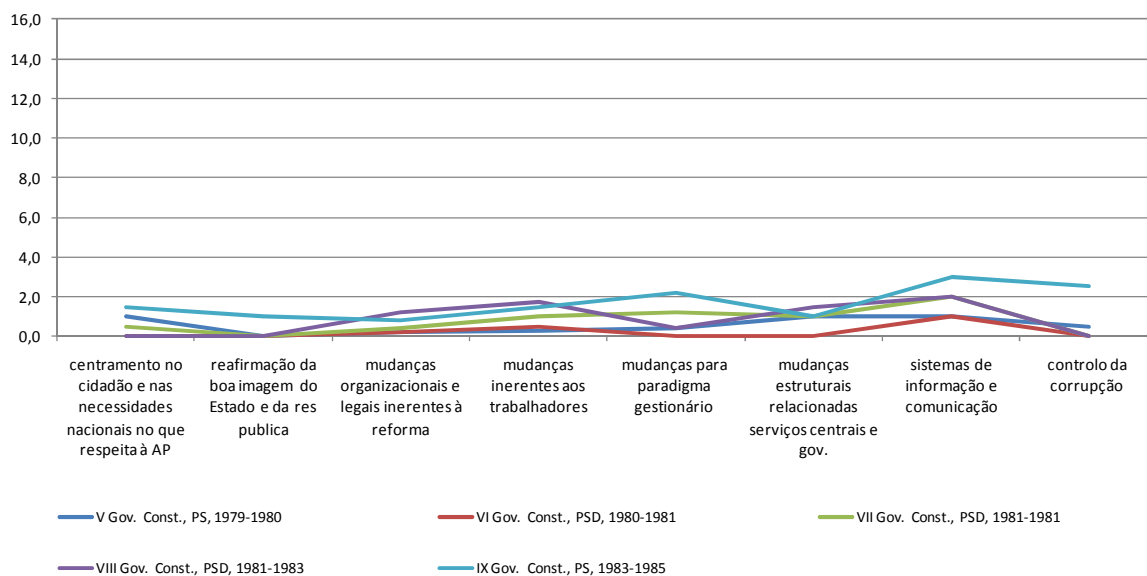
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional.



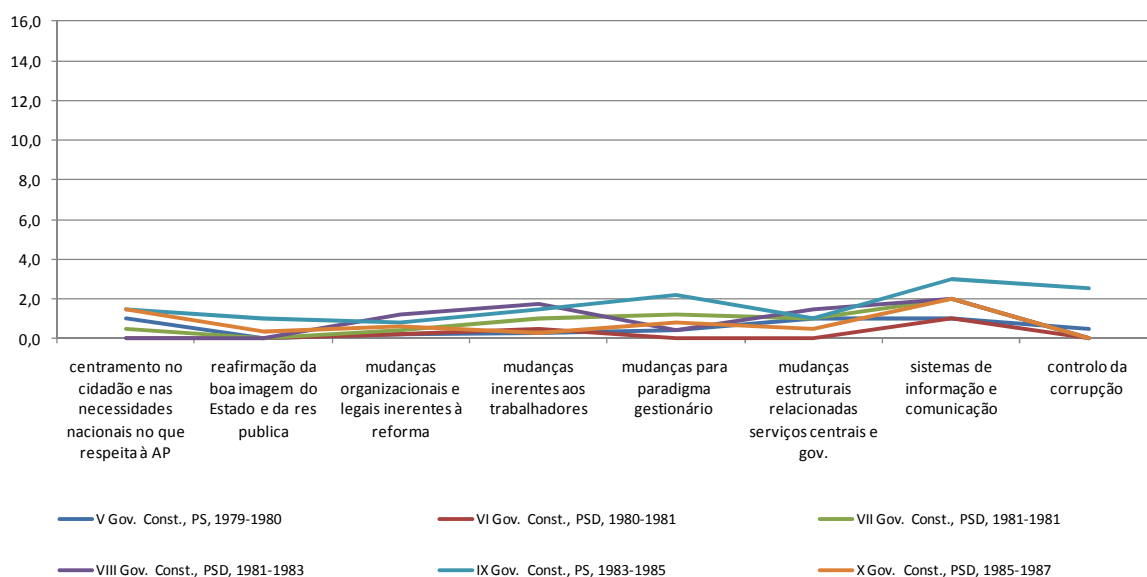
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional.



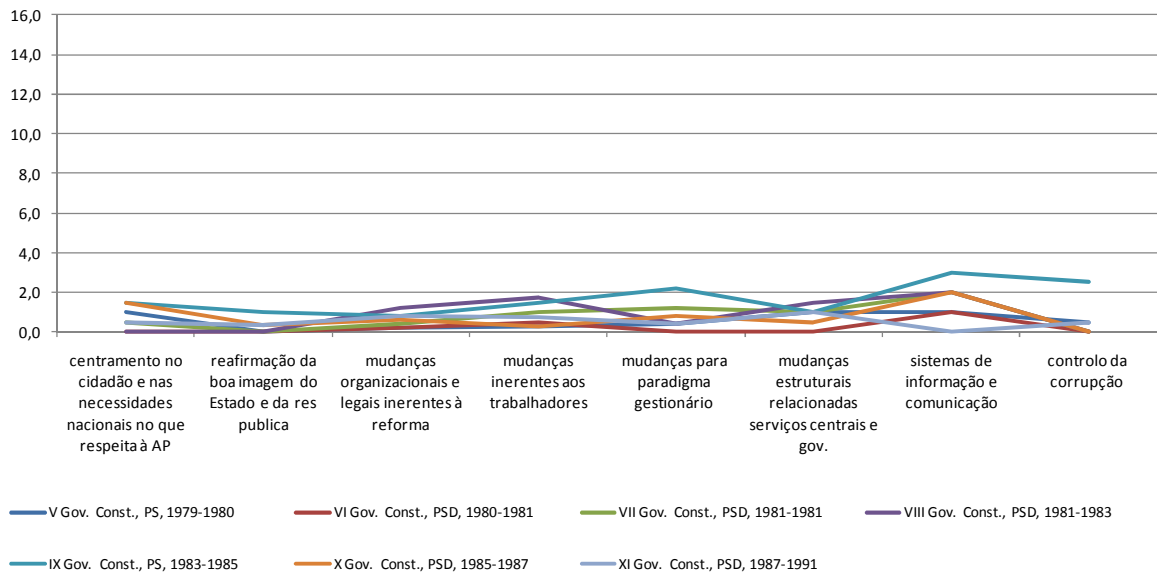
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional.



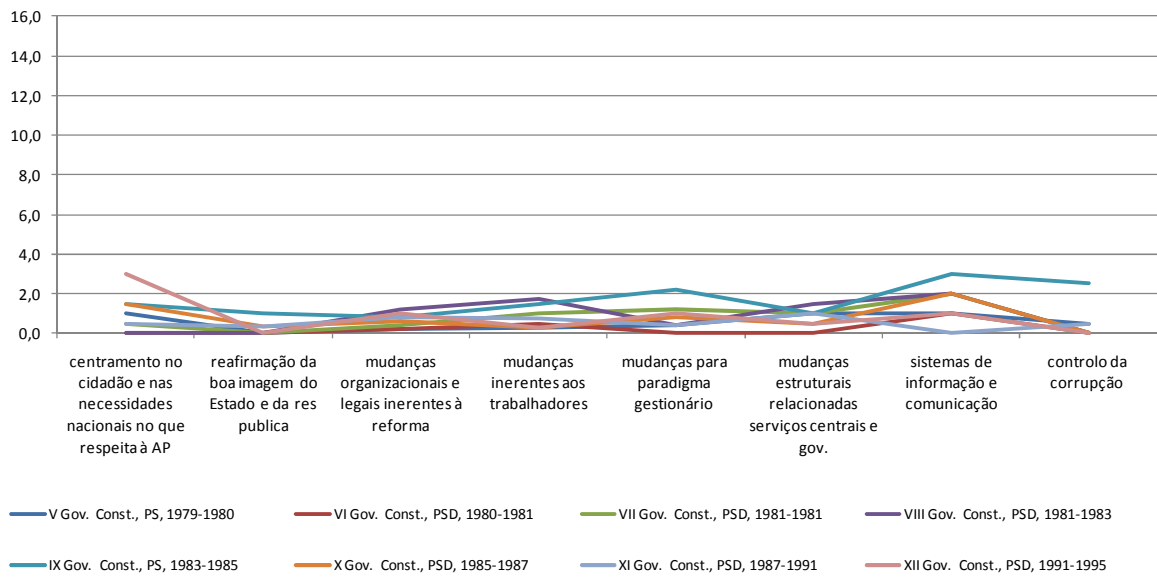
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional.



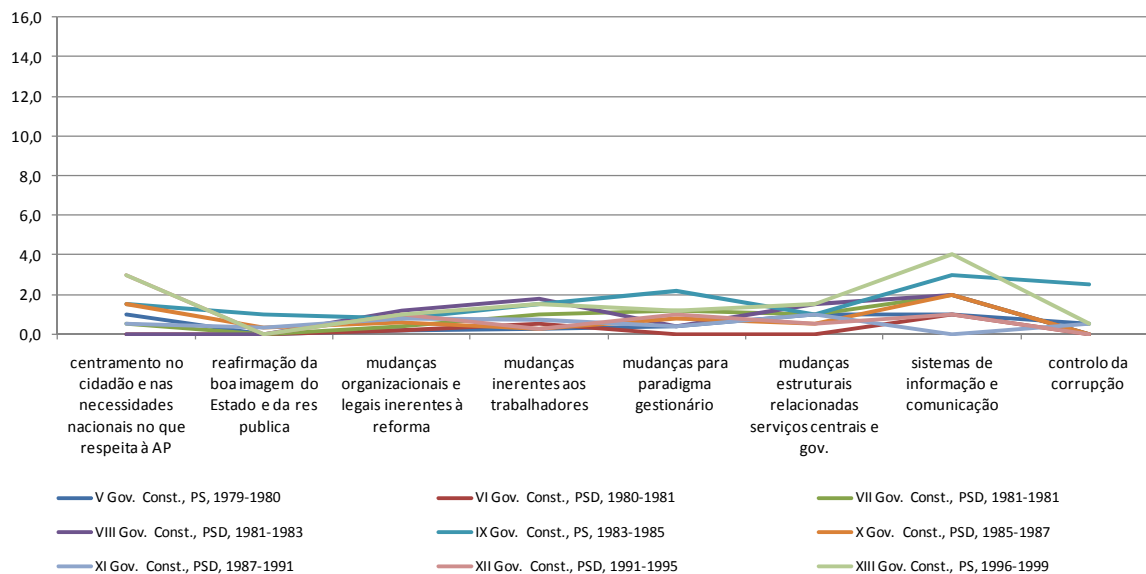
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional.



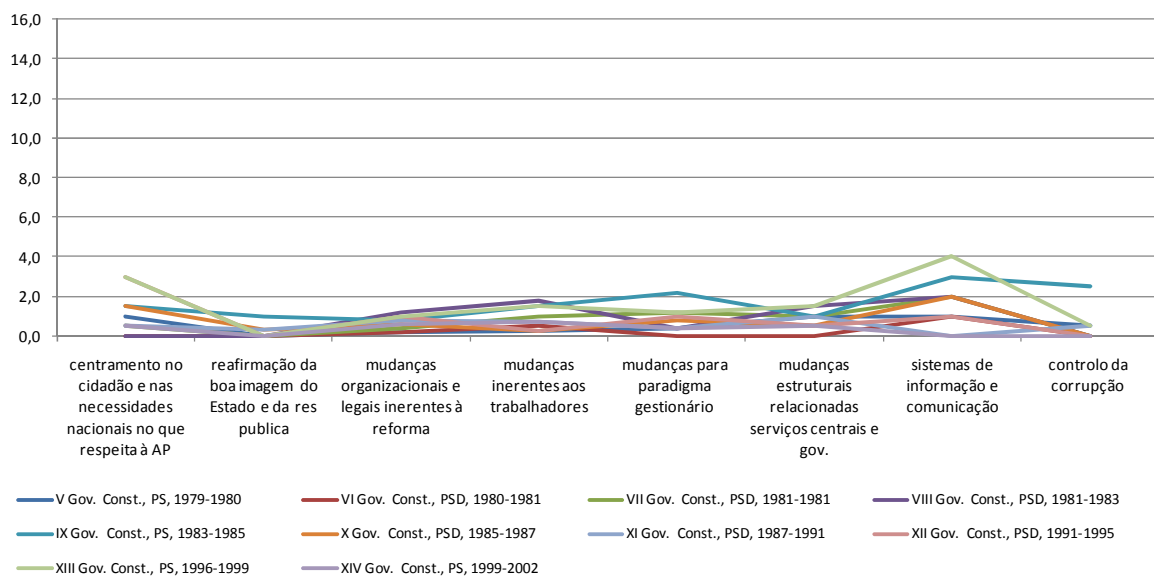
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional.



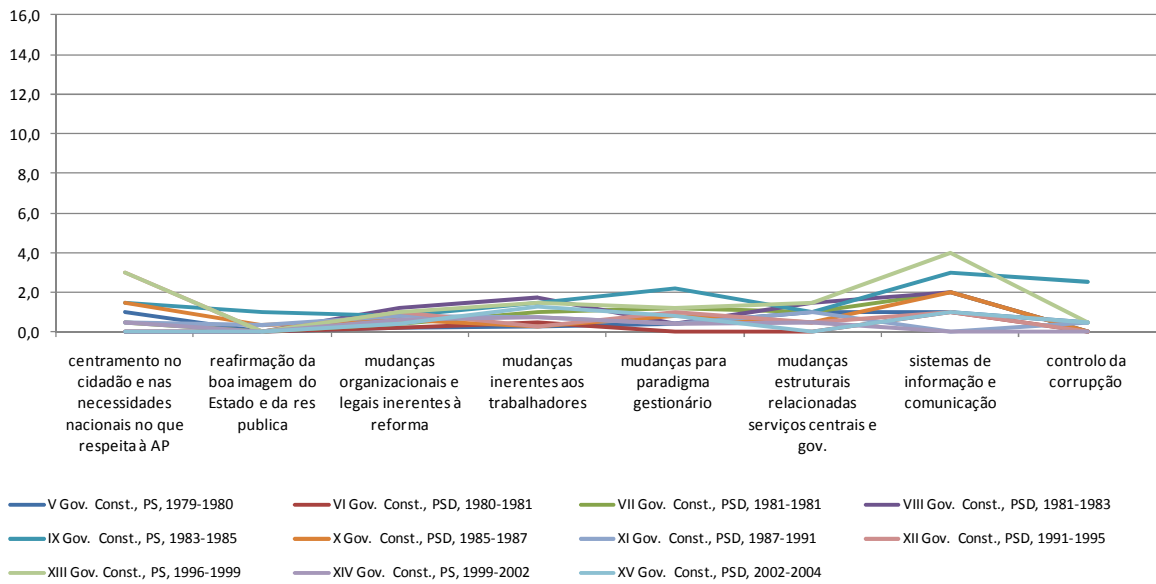
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional.



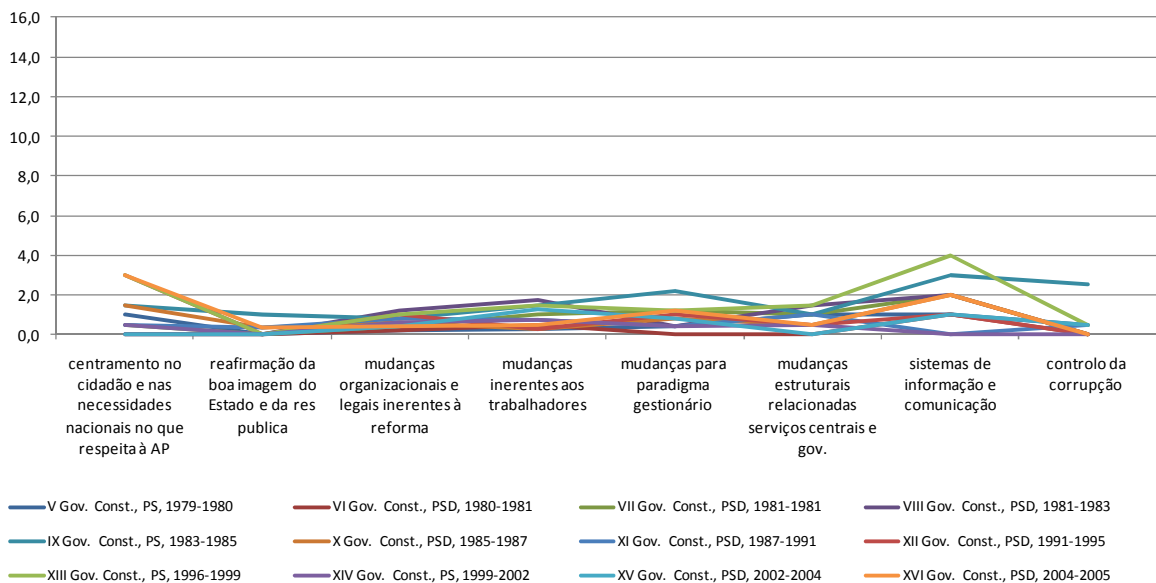
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional.



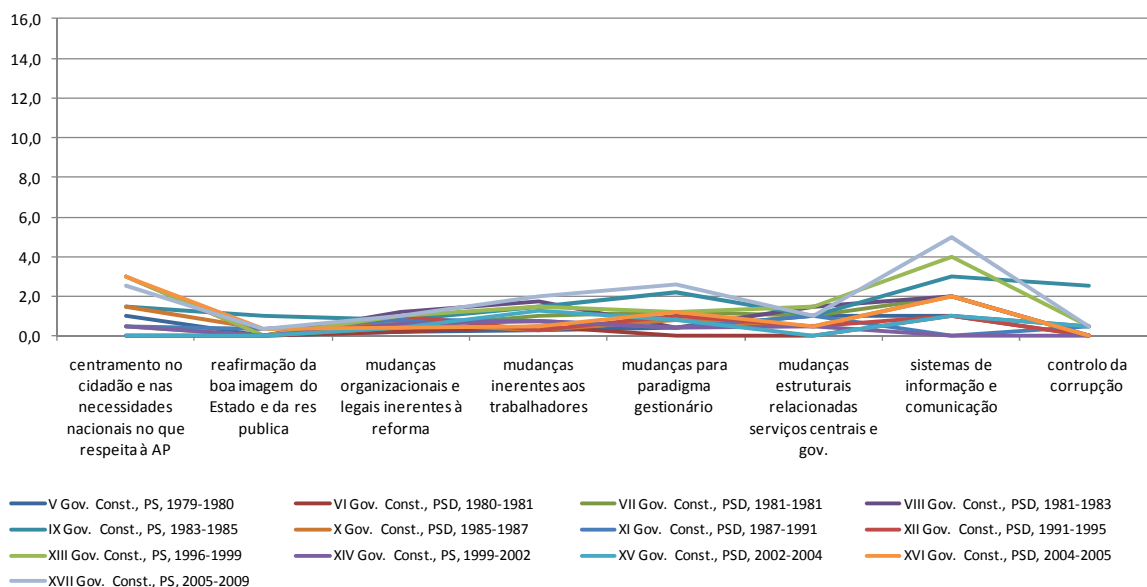
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional.



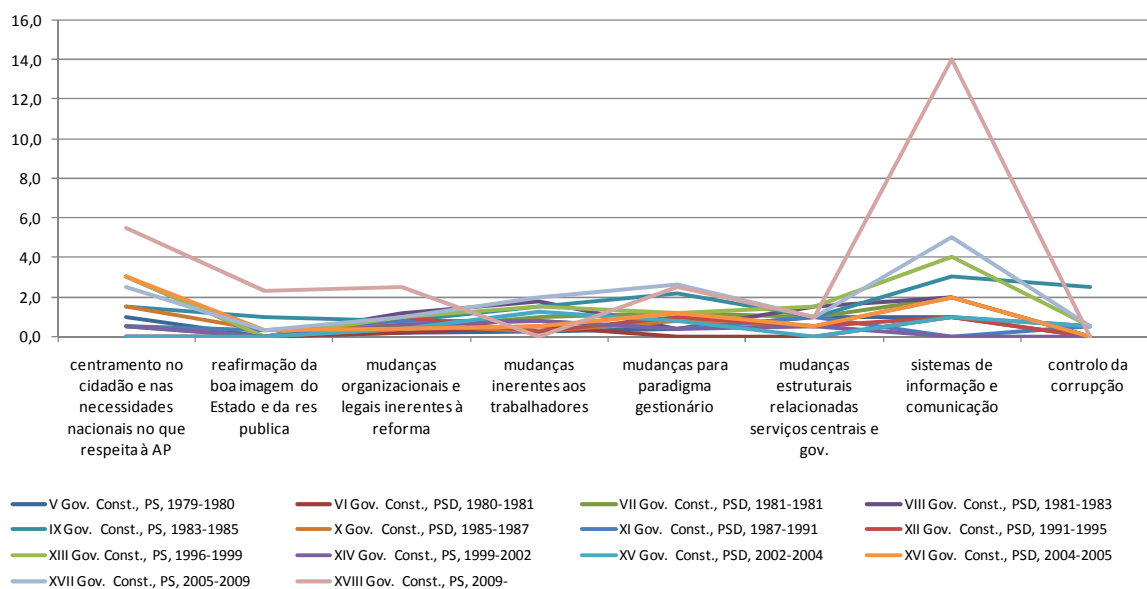
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional.



Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional.

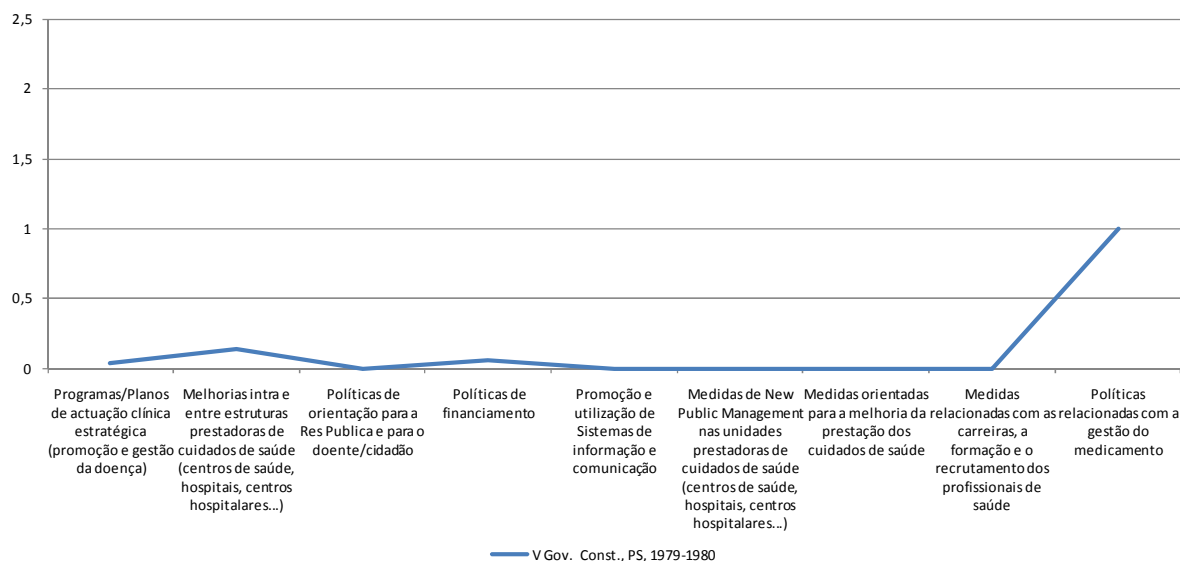


Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional.

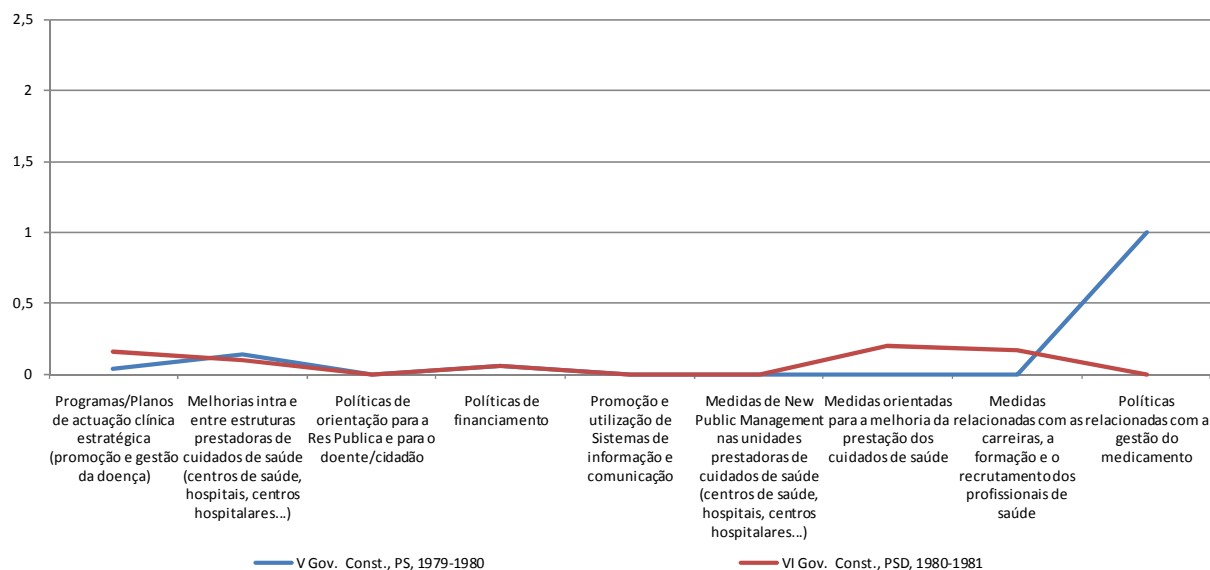


Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional, Programa do XVIII Governo Constitucional.

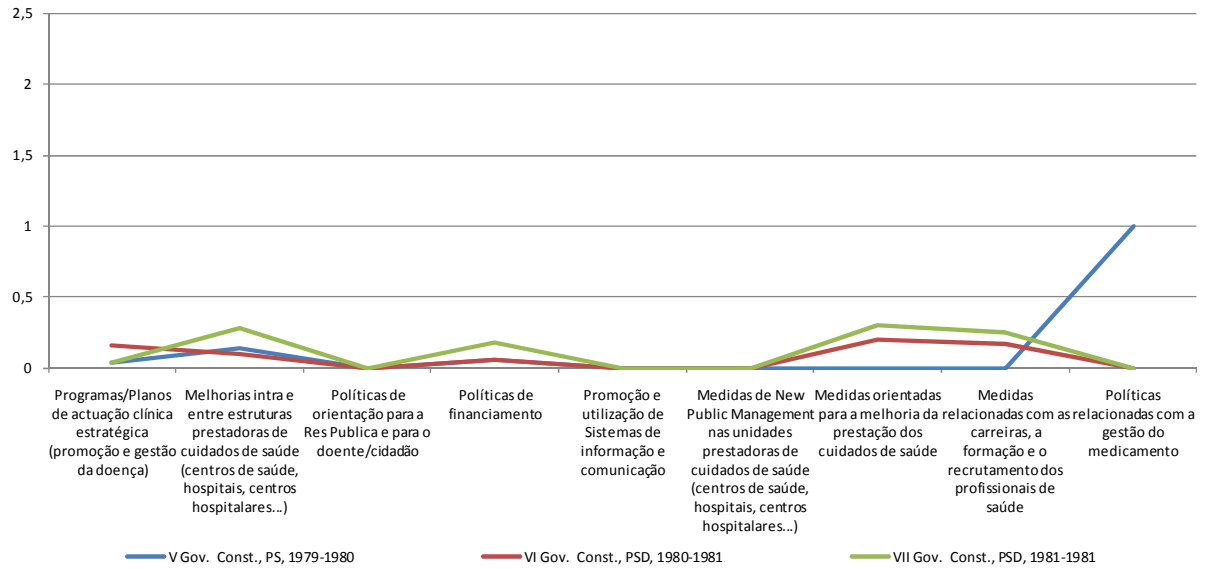
ANEXO 4: Figuras 1 a 14: As dinâmicas de cada Programa Governo no sector da Saúde em função das referências mais frequentes



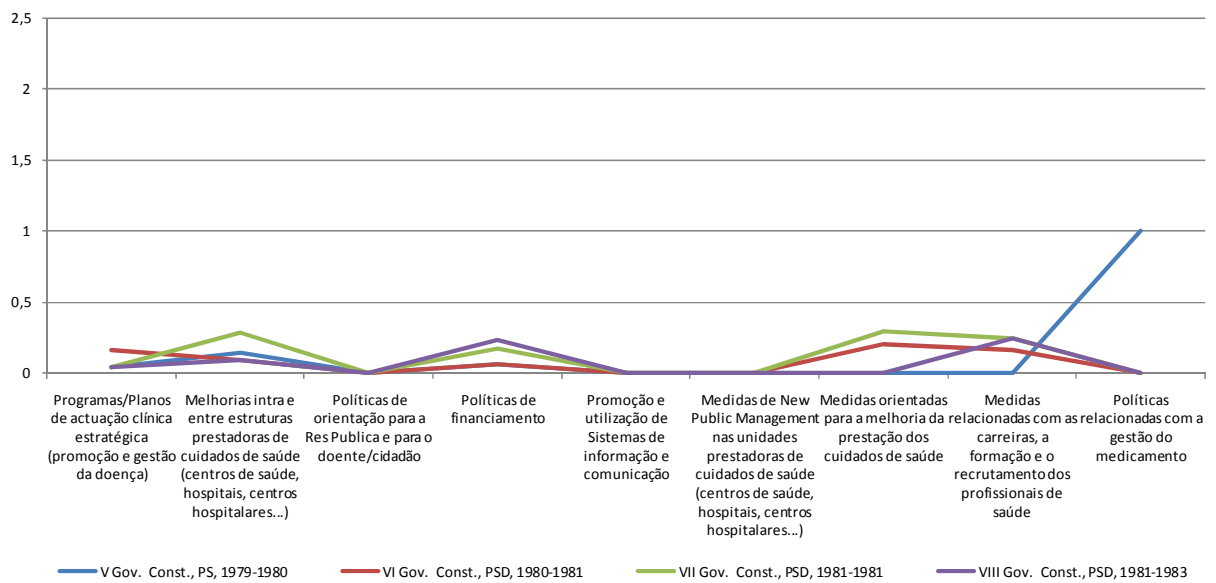
Fonte: Programa do V Governo Constitucional.



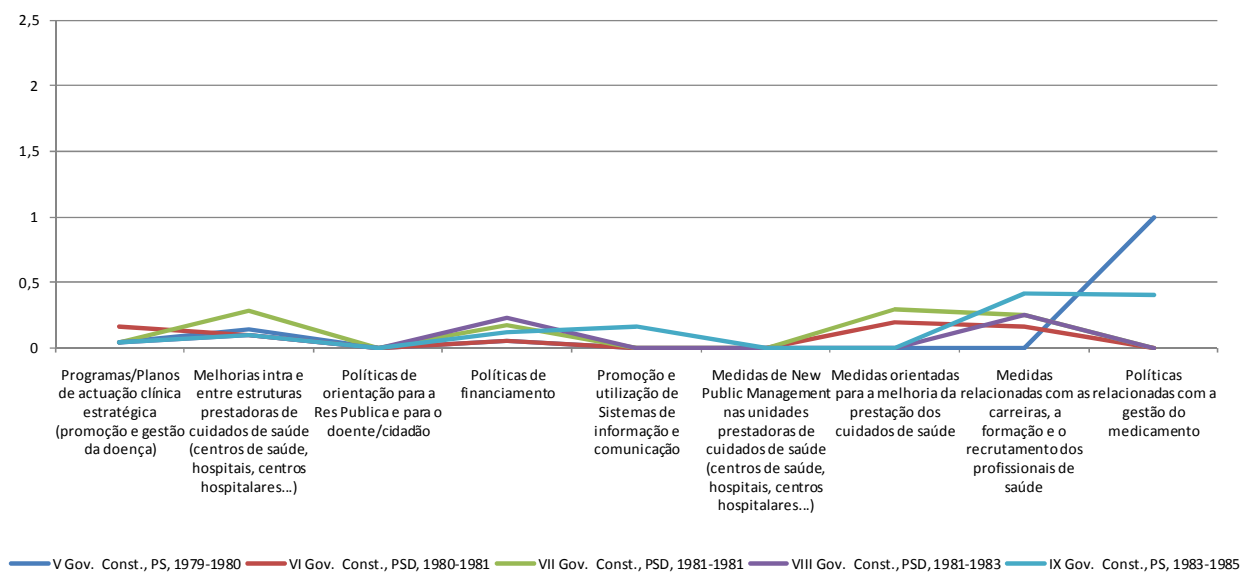
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional.



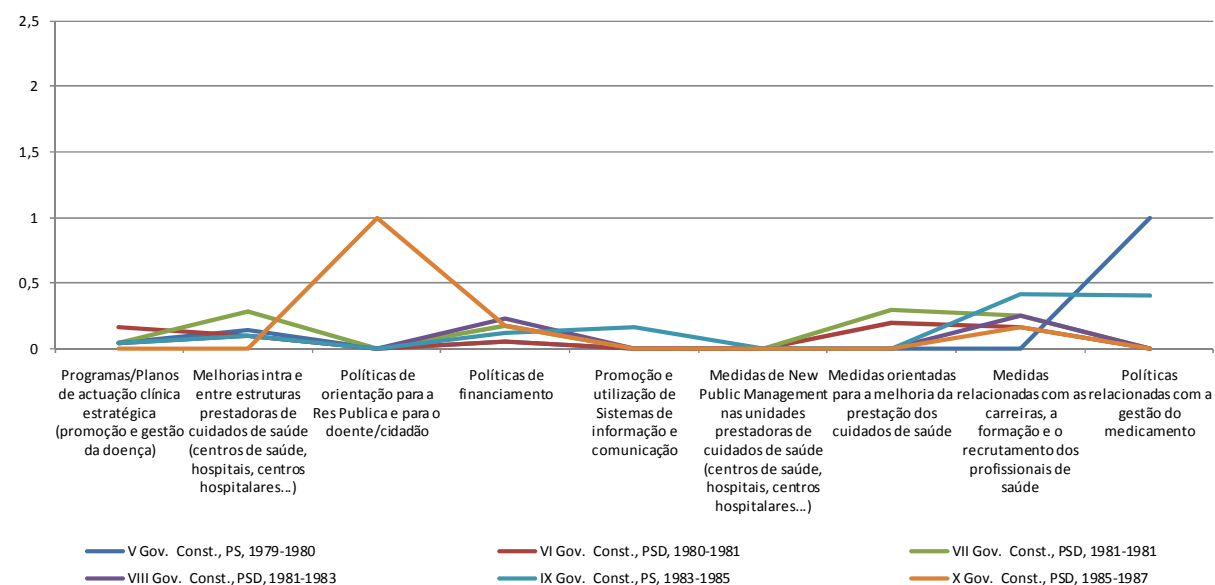
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional.



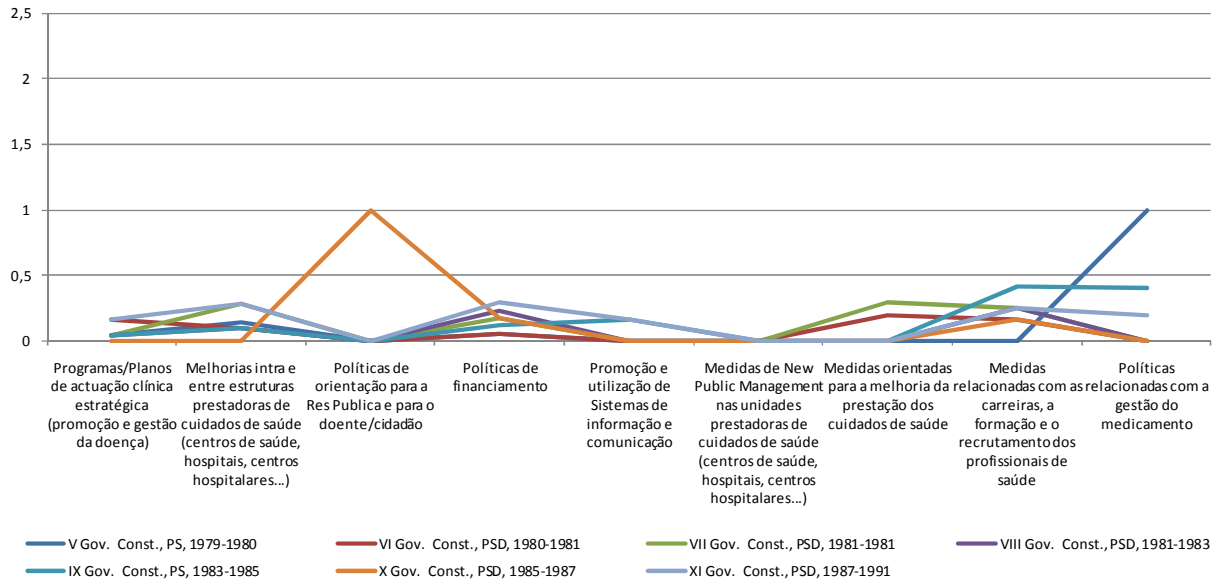
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional.



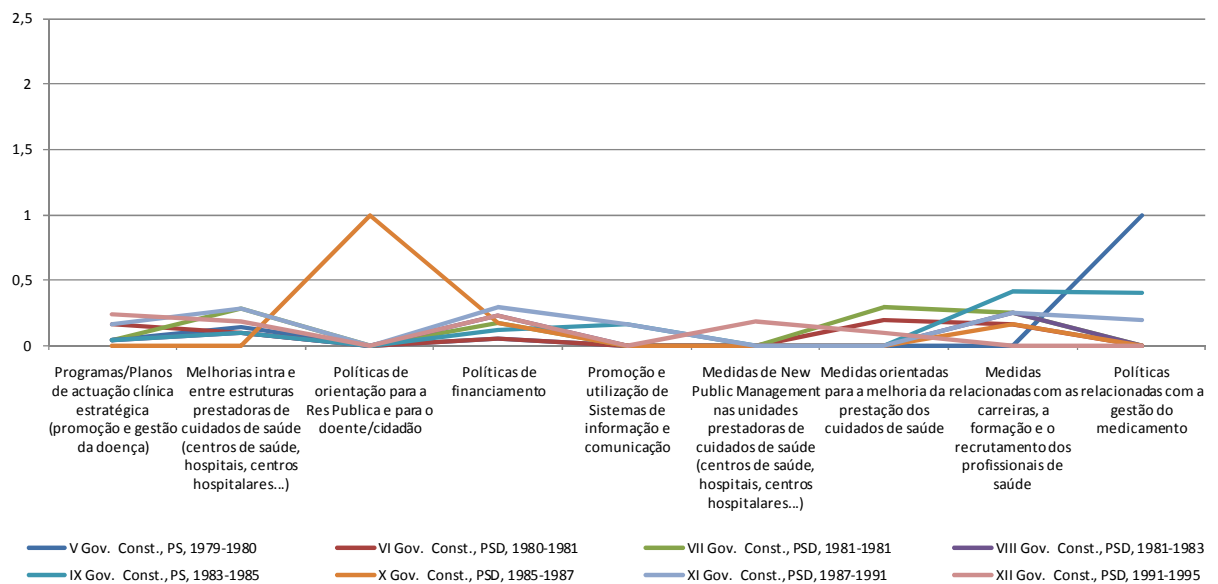
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional.



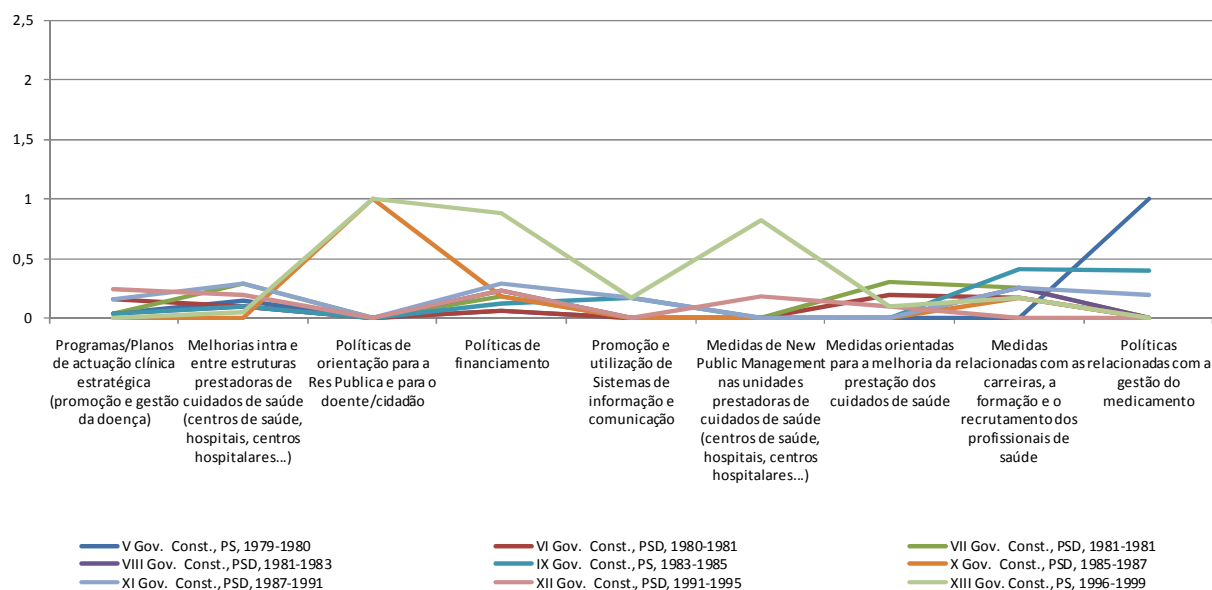
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional.



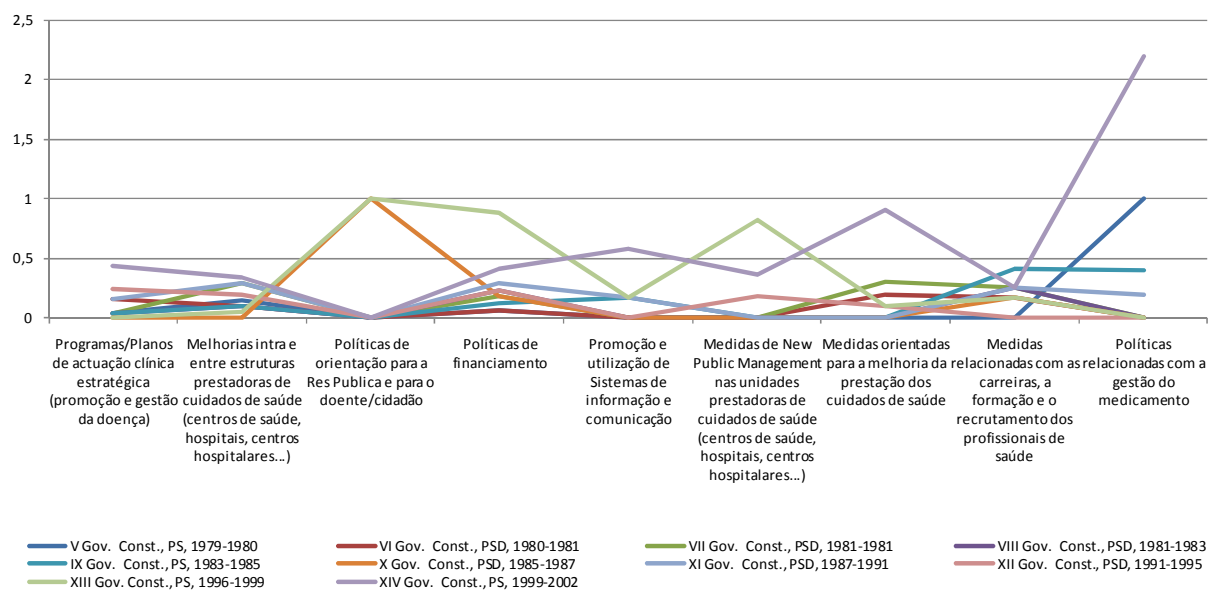
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional.



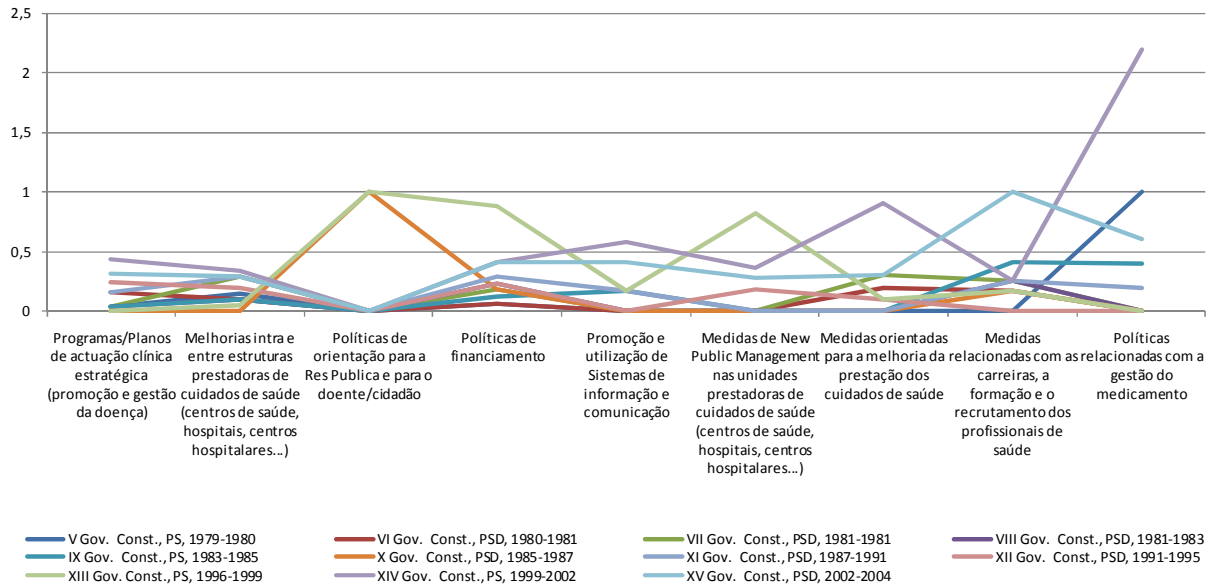
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional.



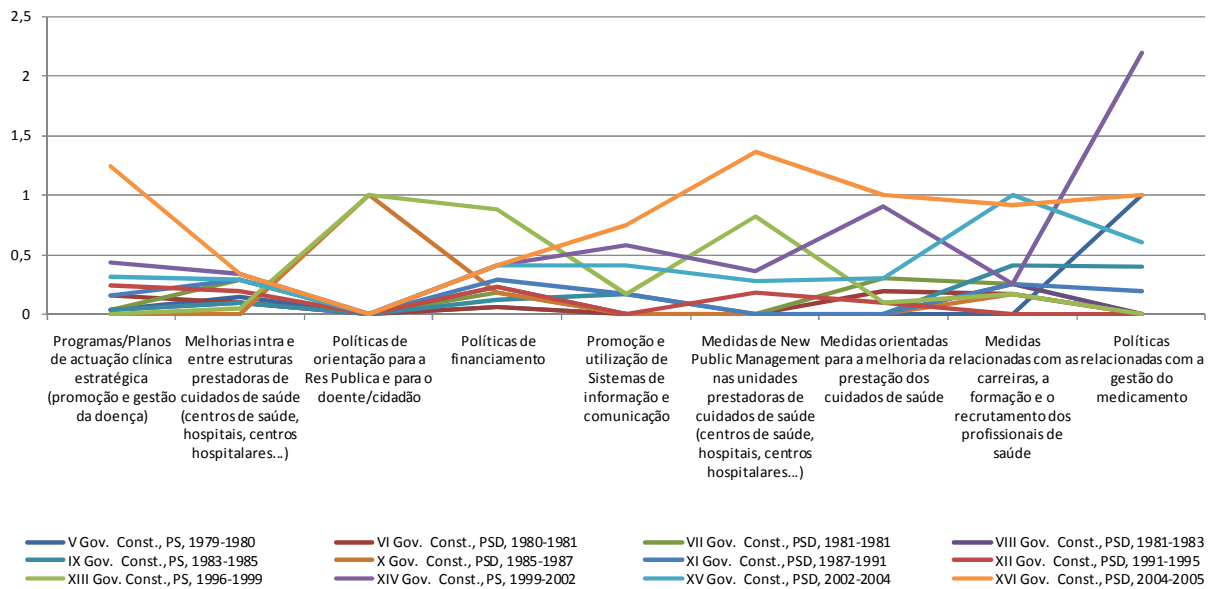
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional.



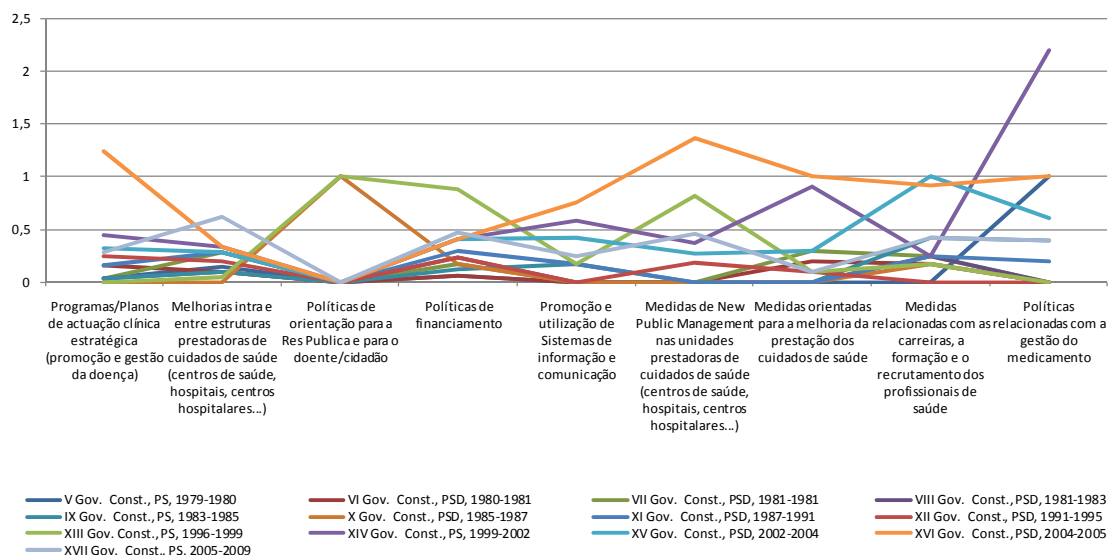
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional.



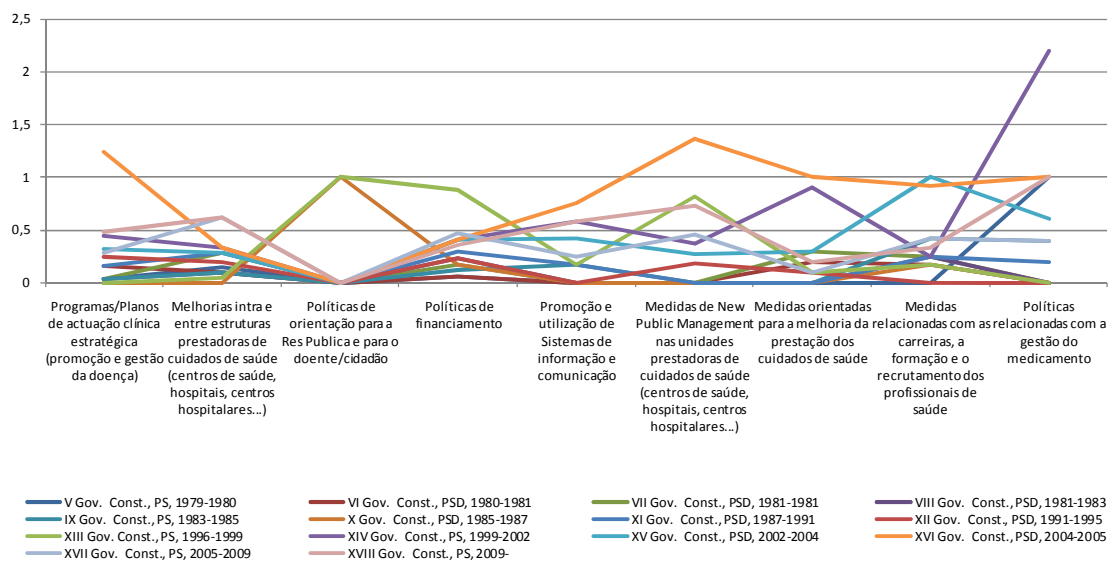
Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional.



Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional.



Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional.



Fonte: Programa do V Governo Constitucional, Programa do VI Governo Constitucional, Programa do VII Governo Constitucional, Programa do VIII Governo Constitucional, Programa do IX Governo Constitucional, Programa do X Governo Constitucional, Programa do XI Governo Constitucional, Programa do XII Governo Constitucional, Programa do XIII Governo Constitucional, Programa do XIV Governo Constitucional, Programa do XV Governo Constitucional, Programa do XVI Governo Constitucional, Programa do XVII Governo Constitucional, Programa do XVIII Governo Constitucional.