

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



CANCRO DA MAMA:
ANÁLISE COMPARADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NA RELAÇÃO DA ACESSIBILIDADE COM O ABSENTISMO

Maria Teresa Morais

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutor Luís Martins, Professor Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de Ciências de Gestão

Co-orientador:

Prof. Dr. Victor Hugo Roque Craveiro Pereira, Professor Convidado pelo **ISCTE** – Instituto Universitário de Lisboa para o Mestrado de Gestão de Serviços de Saúde, Professor Adjunto, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

Setembro 2008

RESUMO

Palavras-chave: Acessibilidade ao tratamento do Cancro da Mama; Absentismo pela Doença; Complementaridade entre Serviços de Saúde, Gestão da trajectória da Doença.

A Tese estuda as acessibilidades ao tratamento do Cancro da Mama em doentes assistidas no SNS e na Sãvida, Grupo EDP e o absentismo gerado por essa mesma doença.

Analisa-se a trajectória da doença, Cancro da Mama, no momento em que esta surge, de acordo com as boas práticas, minimizando os malefícios para os doentes e as suas consequências nas empresas empregadoras quer num Serviço de Saúde Privado, que trabalha em articulação com o SNS, quer no SNS.

As variáveis estudadas são: a Acessibilidade e o Absentismo. A Acessibilidade é caracterizada pelas variáveis independentes Tempo de Acesso à Primeira Consulta de Especialidade, TAPCE, e Tempo de Acesso para o Primeiro Tratamento Oncológico, TAPTO. O Absentismo é caracterizado pela variável independente Número de dias de ausência ao trabalho pela doença, DATD.

Evidencia a existência de uma relação directa entre a Acessibilidade e o Absentismo.

Constata-se que num dos Serviços estudados, o da Sãvida, o tempo de acesso à primeira consulta de Especialidade e Primeiro Tratamento Oncológico constituem uma clara redução do número de dias de ausência ao trabalho pela doença do cancro da Mama em comparação com os tempos que ocorrem no SNS.

Em corolário afirma-se que o plano de Saúde da EDP/REN, gerido pela Sãvida, é uma forma inovadora de constituir um Serviço de Saúde, passível de ser replicado noutras empresas ou grupos, como forma de aumentar a Equidade, Efectividade e Eficiência em Saúde nos Utentes com claras externalidades positivas nas Famílias, nas Empresas, no Serviço Nacional de Saúde, e no Estado de uma forma geral, sendo um precioso contributo para o desenvolvimento sustentável da sociedade.

JEL Classification System

I 0 e I 12

ABSTRACT

Keywords: Accessibility to Health Care in Breast Cancer; Absenteeism due to Illness; Complementarities between Health Care Services; Illness' trajectory management.

This thesis studies the accessibility to breast cancer's treatments in patients assisted in SNS and in Sãvida, Grupo EDP, and absenteeism due to this kind of illness.

This work will analyse the trajectory of the illness, breast cancer, at the time when it is detected, according the best practises, minimizing the consequences for the patients and the repercussions in their companies, both in Private Health Care Service which links to SNS, and in SNS by itself.

The studied variables are: Accessibility and Absenteeism. The first is characterized by the independent variables of Time of Access to the First Oncology Consult and Time of Access to the First Oncology Treatment. Absenteeism is characterized by the independent variable of Number of Days Absent from Work due to Illness.

It illustrates the direct relation between accessibility and absenteeism.

It highlights that, in one of the studied services, Sãvida, there is a noticeable reduction in absenteeism due to improving time of access to the first oncology consult and cancer treatments.

To sum up, it can be said that EDP/REN Health Care Plan, managed by Sãvida, is an innovative way of constituting a practical Health Care Service, that can be disseminated in other companies or groups, as a way of increasing Equity, Effectiveness and Efficiency on Health in patients with positive externalities in Families, Companies, Health Care National Service and in general, in the Country. It is a valuable contribution to a sustainable development of the society.

JEL Classification System

I 0 e I 12

AGRADECIMENTOS

À EDP que tem permitido a concretização de um projecto profissional aliciente, num sistema único de saúde no País pela sua excelência, concedendo a oportunidade desta etapa académica, numa área que é particularmente desafiante.

A todos os que tornaram possível a realização deste estudo e em particular aos colegas Médicos, que para além do trabalho árduo de todos os dias, amavelmente disponibilizaram parte do seu tempo, na prossecução do levantamento de dados, única forma de viabilização da presente investigação.

Dentro da Medicina Geral e Familiar, os reconhecidos agradecimentos à Dr.^a Alice Granja, à Dr.^a Laura Marques e ao Dr. Silva Paulo que colaboraram criteriosamente na selecção dos dados relevantes, pondo o seu conhecimento profundo da temática e do tipo de registos.

Aos colegas e também amigos companheiros de trabalho de equipa de há longa data, na Sãvida, distintos especialistas nomeadamente em Cirurgia Geral, do Hospital de Santa Maria, Dr. Carlos Reis e à Dr.^a Maria José Passos, de Oncologia Médica do Instituto Português de Oncologia de Lisboa – IPO, que muito auxiliaram a reunir consensos relativamente ao estadiamento da patologia seleccionada, a incluir no trabalho.

Ao Professor Doutor Luís Martins, Director Executivo do Mestrado de Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE, orientador desta Tese, pela excelência dos conhecimentos ministrados, entusiasmo e acolhimento prestado desde o início do Mestrado, até ao final desta etapa académica.

Ao Professor Victor Hugo sem o qual nunca teria sido possível chegar ao fim da tese pela força do seu conhecimento, capacidade de o comunicar, ajudar, motivar e conter as angústias decorrentes desta etapa.

Aos meus Pais, primeiros e sólidos pilares da pessoa que sou.

Um último e sentido agradecimento aos meus Filhos, que me consentiram fazer este percurso, privando-se da atenção e cuidado que mereciam, crescendo um pouco sozinhos.

A todos o meu obrigado.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	11
1. INTRODUÇÃO	11
2. REFLEXÃO CONCEPTUAL SOBRE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E NA EDP, ENERGIAS DE PORTUGAL	14
A. ABORDAGEM DA PROBLEMÁTICA ACTUAL RELATIVA À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E DE PREVENÇÃO.	14
B. EDP – ENERGIAS DE PORTUGAL, E RESPONSABILIDADE SOCIAL	22
O PLANO DE SAÚDE	24
A SÁVIDA – EMPRESA DO GRUPO EDP	27
CAPÍTULO II - OBJECTIVOS DO TRABALHO	47
1. PROBLEMA EM ESTUDO	47
2. OBJECTIVOS	52
CAPÍTULO III – METODOLOGIA	53
1. HIPÓTESE	53
2. TIPO DE ESTUDO UTILIZADO	53
CAPÍTULO IV – RESULTADOS E SUA ANÁLISE	56
1. ESTUDO DA ACESSIBILIDADE	56
2. ESTUDO DO ABSENTISMO	64
3. MÉTODO APLICADO PARA CÁLCULO/DETERMINAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA ACESSIBILIDADE À CONSULTA E TERAPEUTICA DO CANCRO DA MAMA NO ABSENTISMO	67

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, LIMITAÇÕES AO ESTUDO E CONCLUSÕES	71
1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
2. LIMITAÇÕES AO ESTUDO	72
3. CONCLUSÕES E CONSIDERANDOS FINAIS	73
4. SUGESTÕES DE MELHORIA	76
BIBLIOGRAFIA	77

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1 - % de faltas à consulta vs n.º de dias de antecedência da marcação da mesma	42
Tabela 2 - Estatística descritiva tempo de acesso/espera à 1ª. Consulta de especialidade do SNS	57
Tabela 3 - Frequências tempo de acesso/espera à 1ª. Consulta de especialidade do SNS	57
Tabela 4 - Frequências tempo de acesso/espera à 1ª. Consulta de especialidade do Sãvida	58
Tabela 5 - Estatística descritiva tempo de acesso/espera à 1ª. Consulta de especialidade do Sãvida	59
Tabela 6 - Estatística descritiva tempo de acesso/espera ao 1º. Tratamento oncológico – SNS	60
Tabela 7 - Frequências tempo de acesso/ espera ao 1º. Tratamento oncológico – SNS	61
Tabela 8 – Frequências tempo de acesso/ espera ao 1º. Tratamento oncológico – Sãvida	62
Tabela 9 - Estatística descritiva tempo de acesso/espera ao 1º. Tratamento oncológico – Sãvida	62
Tabela 10 – N.º de dias de ausências ao trabalho pela doença	64
Tabela 11 - Estatística descritiva n.º de dias de ausencia no SNS e na Sãvida	65
Tabela 12 - Resumo TAPCE, TAPTO, DATD- valor em dias	66
Tabela 13 - Sumário do modelo	68
Tabela 14 - Teste ANOVA para as variáveis tempo de acesso à a consulta da especialidade e o n.º de dias de ausências ao trabalho por doenças	68
Tabela 15 – Coeficientes do teste ANOVA (aplicado às variáveis tempo de acesso à a consulta da especialidade e o n.º de dias de ausências ao trabalho por doenças)	69
Tabela 16 – Teste ANOVA para as variáveis tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico e o n.º de dias de ausências ao trabalho por doenças	70

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos utentes por profissões SNS	55
Gráfico 2 – Distribuição dos utentes por profissões Sãvida	55
Gráfico 3 – Tempo de espera para a 1.º consulta de Especialidade	59
Gráfico 4 – Tempo de espera para o 1.º tratamento	63
Gráfico 5 – Distribuição em intervalos do n.º de dias de ausências ao trabalho pela Doenças	65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Organigrama do Grupo EDP	13
Figura 2 – Organigrama da empresa Sãvida	33
Figura 3 – Pontos-Chave do organização de um serviço de Saúde	38
Figura 4 – Fluxograma do atendimento na Sãvida	40
Figura 5 – Fluxograma do doente no sistema de Saúde	45

LISTA DE ABREVIATURAS

ACT - Acordo Colectivo de Trabalho

CA - Conselho de Administração

CMA - Coordenação de Medicina Assistencial

DATD - Dias de ausência ao trabalho pela doença

DCS - Direcção de Cuidados de Saúde

DIQG - Direcção de Infra-estruturas, Qualidade e Gestão

DSM - Direcção de Serviços Médicos

EAD - Exames Auxiliares de Diagnóstico

EDP - Energias de Portugal

UE - União Europeia

OMS - Organização Mundial de Saúde

PM - Posto Médico

PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

PPA - Programa de promoção de acesso

RS - Responsabilidade Social

RES - Responsabilidade Social das Empresas

SA - Sociedade Anónima

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TAPCE - Tempo de espera para a primeira consulta da especialidade

TAPTO - Tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

Para Peter Drucker “ As pessoas são a única vantagem competitiva sustentável que uma empresa pode dispor no longo prazo”.

São, as pessoas, os principais actores que contribuem para o objectivo definido pelo Conselho Europeu de Lisboa, de tornar “a União Europeia, a economia, baseada no conhecimento, mais dinâmica e competitiva do mundo, capaz de garantir um crescimento económico sustentável, com mais e melhores empregos, e com maior coesão social”. (1)

O maior activo dum País é a Saúde dos Cidadãos e sendo estes a matriz fundamental dum Sistema de Saúde, decorre da importância da transferência do conhecimento, a Saúde como um bem Estratégico e Económico.

O Direito à Saúde está consagrado na Constituição da República, cabendo ao Estado criar um Serviço Nacional de Saúde que assegure o acesso geral, universal e gratuito de todos os cidadãos aos cuidados de Saúde.

Conhecidas as dificuldades do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, na gestão da acessibilidade aos cuidados de Saúde, não obstante as diversas estratégias que têm sido postas em prática numa tentativa de ultrapassar esta dificuldade e conscientes do impacto que tal situação desencadeia nas empresas, em termos de absentismo, afigura-se importante um modelo de cooperação entre o público e o privado numa tentativa de optimização de recursos, melhoria dos acessos aos cuidados de saúde e diminuição de custos, no que respeita ao absentismo decorrente da doença.

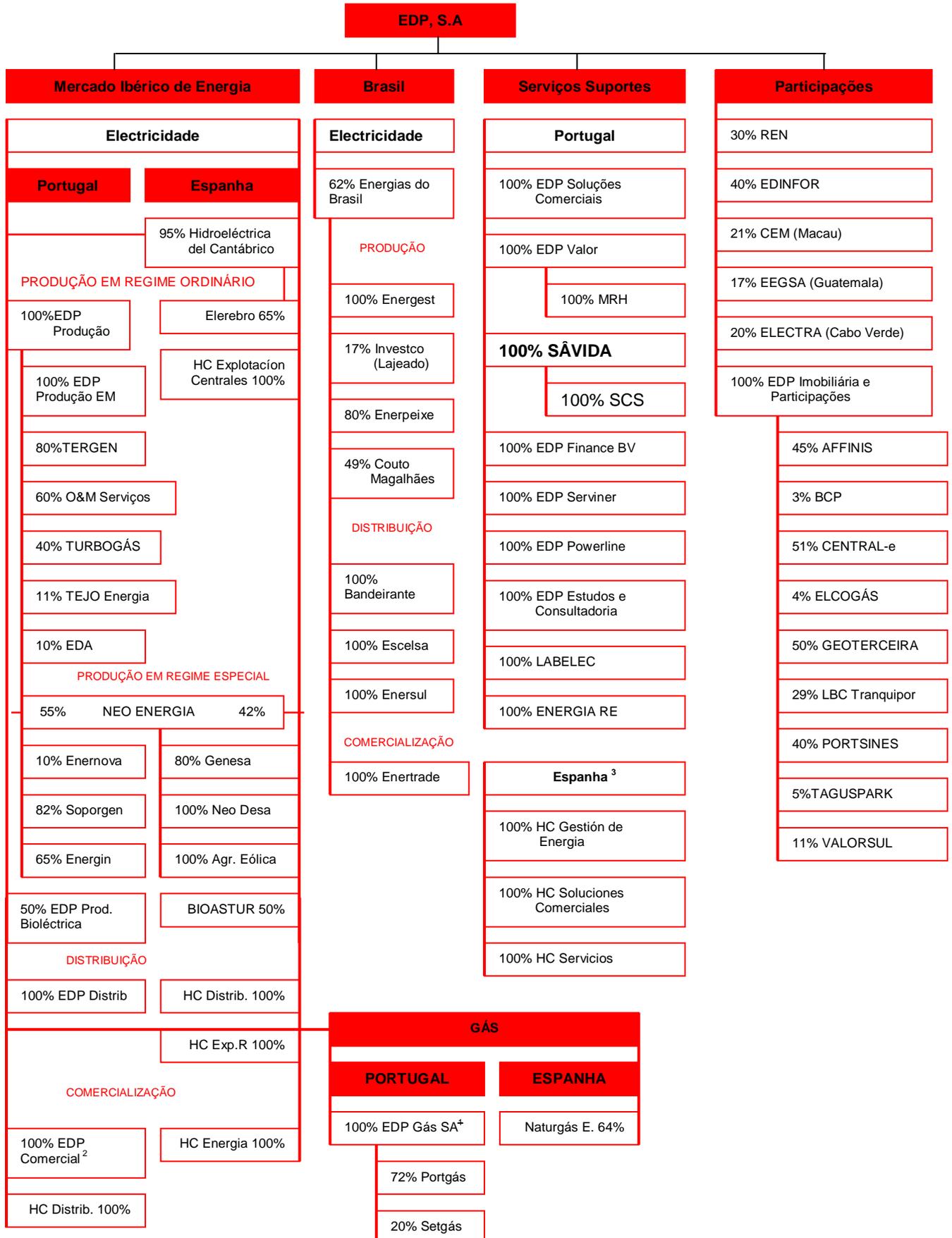
Nesta perspectiva surge como objecto de estudo uma comparação entre prestações de cuidados de saúde, no Cancro da Mama, por parte da Sãvida, empresa do Grupo EDP, que gere e executa o Plano de Saúde, do Grupo EDP, e o próprio SNS (Serviço Nacional de Saúde gerido pelo Ministério da Saúde e pelos organismos dele dependentes), numa perspectiva de tempos de acesso aos cuidados de saúde, no Cancro da Mama e absentismo induzido nos dois serviços.

Pretende-se relacionar, a influência dos tempos de acesso às diversas etapas da trajectória da doença, Cancro da Mama, com o absentismo gerado por essa mesma doença.

O Plano de Saúde do Grupo EDP integra-se no âmbito da gestão estratégica de Recursos Humanos e assume uma das múltiplas expressões da Responsabilidade Social das Empresas (RSE), que o Grupo EDP tem desenvolvido e implementado. (Figura 1 – Organigrama do Grupo EDP)

A Sãvida é uma empresa detida em 100% pelo grupo EDP. Criada em 1995, mantém o acordo de cooperação com a Direcção Geral de Saúde, que data de 25 de Outubro de 1985, com a EDP, EP e que reconhece os Postos Médicos privativos da EDP, para a prestação de Cuidados de Saúde, em articulação com as ARS locais.

FIGURA 1 – ORGANIGRAMA DO GRUPO EDP



2. REFLEXÃO CONCEPTUAL SOBRE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE: NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE E NA EDP, ENERGIAS DE PORTUGAL

A. ABORDAGEM DA PROBLEMÁTICA ACTUAL RELATIVA À PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE E DE PREVENÇÃO.

I. Problemas dos serviços de saúde públicos e privados

O SNS, seguro público de Saúde, financiado maioritariamente pelos impostos, ainda é em regra moroso, cuja componente burocrática, supostamente para aumentar a equidade, resvala muitas vezes para a duplicação dos procedimentos, para o deficiente encaminhamento da informação relevante, o que na prática leva a aumentos de ineficiência, com a consequente dilatação de tempos de espera, quer para os diagnósticos quer para as terapêuticas.

Estes factores que dificultam o acesso, complicam os procedimentos, por vezes ultrapassando o tempo útil para as intervenções em saúde, que se traduzem em prejuízos financeiros para a sociedade, com acrescidos custos directos, tais como: honorários dos profissionais de saúde, dos profissionais de apoio logístico, custos de gestão e tecno-estrutura, custos com cuidados clínicos, meios complementares de diagnóstico, terapêuticas, medicamentos e cuidados domiciliários; custos indirectos tais como: perda de horas de trabalho, perda de rendimento, custos futuros associados com o aumento de cuidados de saúde e medicamentosos; custos intangíveis tais como efeitos secundários, factores psicológicos (stress não controlado, fobias, dor), agravamento das queixas, da intolerância ao tratamento entre outros.

Um exemplo pode ser dado logo com a fonte de informação mais relevante que é o processo clínico do utente, guardado em arquivos de acesso difícil, que requer um grande número de funcionários para a sua manutenção. O arquivo de documentos e exames auxiliares de diagnóstico no domicílio faz com que os mesmos se percam, e, por vezes, nem sempre sejam seleccionados os mais adequados à consulta de que o doente necessita.

Os impressos para exames auxiliares de diagnóstico, relatórios clínicos e outras notas de informação perdem-se e desactualizam-se, devido, por vezes, ao tempo que medeia entre as intervenções clínicas. Por outro lado a informatização de alguns prestadores de serviços clínicos na área dos exames auxiliares de diagnóstico (radiologia, por exemplo) fazem chegar aos utentes e aos prestadores de serviços de saúde exames de qualidade inferior à que teriam se fossem enviados por canais informáticos que permitissem a digitalização dos mesmos. O tempo gasto em deslocações para marcação de consultas, meios auxiliares de diagnóstico e recolha dos exames feitos, traduz-se em muitas horas retiradas ao trabalho, ao lazer ou à escola, com o incómodo das agressões climáticas e do trânsito, e custos económicos consideráveis, sob a forma de custos ocultos, na medida em que não aparecem em estatísticas ou estudos que auxiliem os decisores a reformar os processos.

Os médicos nem sempre têm acesso à medicação que os utentes estão a tomar, dadas as consultas de diversas especialidades. Desconhecendo os medicamentos receitados pelo médico de família, a poli-medicação assim torna-se mais provável, com todos os custos económicos, para o utente e para a sociedade: duplicação de princípios activos, com interacção medicamentosa e implicações potencialmente graves para a saúde do utente. A constatação é que não existindo articulação entre os diversos prestadores de serviços de saúde e que se traduz para o utente numa dispersão de procedimentos, os custos sobem, na directa proporção em que ocorrem os atrasos no diagnóstico e início das terapêuticas.

II. O binómio médico/doente

O binómio médico / doente reveste-se ainda de maior complexidade e, paradoxalmente, com gestão de interesses que ora se tocam, ora se afastam. A perspectiva clínica, numa óptica custo versus benefício e/ou custo versus utilidade, torna-se difícil de compatibilizar com a perspectiva do utente,

ansiando pelo esclarecimento exaustivo da situação, ainda que, na praxis, o resultado, em termos de tratamento, seja passível de discussão.

O conceito de tempo útil de resposta é diferente entre médico e utente, atendendo ao mal-estar físico e psíquico do cliente, podendo resultar também em conflito.

A angústia de morte evidencia-se das formas mais inconscientes e manifesta-se sob a forma de conflito com o médico.

III. A saúde e o tempo – relação complexa em economia da saúde

Entre as várias definições de saúde que têm surgido ao longo dos tempos, parece-nos que a da OMS, mais especificamente do escritório Regional Europeu, que define Saúde como sendo a capacidade do indivíduo ou grupo realizar aspirações, satisfazer necessidades e lidar com o meio ambiente, é a que melhor serve à organização dos serviços de saúde por ser aquela que permite adequar os serviços às necessidades de cada indivíduo ou grupo, e assim melhorar a equidade dos serviços de saúde.

Para Grossman, e numa perspectiva de responsabilização do próprio, a saúde é um bem de investimento dado que aumentando o stock de saúde diminui os dias de incapacidade, obtendo um maior nível de rendimento e conseqüentemente de consumo de bens e serviços (2).

O "tempo" será objecto das suas escolhas: trabalho, para obtenção de rendimentos, tempo para produção de saúde, tempo de lazer, e o tempo perdido devido à falta de saúde. Assim a saúde é um bem em cujo investimento permite fazer a endogeneização do tempo máximo disponível para dedicar ao lazer e ao trabalho (2).

Contudo quando a doença surge, é também “o tempo” objecto das escolhas das instituições de saúde na forma como organizam e articulam os cuidados a prestar, de forma a minorar o sofrimento e dias de trabalho perdidos.

O actual contexto económico e a escassez de recursos obrigam a definição de estratégias e políticas que rentabilizem todos os sectores numa óptica de eficácia e eficiência assegurando a viabilidade e a qualidade que os Serviços de Saúde exigem.

A transparência das práticas adoptadas e a co-responsabilização das partes envolvidas na saúde são determinantes na persecução dos objectivos qualitativos e quantitativos na prestação de serviços na actividade da saúde.

O tempo na actividade de saúde adquire grande importância fase aos diagnósticos, terapêuticas e prognósticos sendo uma exigência determinante da qualidade dos serviços de saúde.

São diversos os actores intervenientes na saúde requerendo uma grande articulação entre eles na gestão da trajectória da doença, minimizando os desperdícios em tempo, de modo a permitir a fluidez do processo e a prestação dos cuidados de uma forma mais célere.

IV. As listas de espera

As listas de espera, constituem do ponto de vista económico, um mecanismo de racionamento da procura alternativo ao preço. Surgem em sistemas de saúde em que o seguro é público e as contribuições são recolhidas por via de impostos, havendo lugar apenas ao pagamento, no acto da prestação de taxas moderadores, também elas acabam por desincentivar a procura atempada e precoce de cuidados.

Em Portugal o SNS data de 1979, e prevê o acesso universal compreensivo gratuito aos cuidados de Saúde, através do pagamento de impostos. As listas de espera são uma das várias problemáticas relevantes no actual sistema de

Saúde em Portugal, sendo que em Maio de 1999 estimavam-se em 81.000 utentes sem resposta em tempo útil sendo que dois terços eram atribuídos a hérnias, varizes, cataratas e fracturas da anca.

Vários programas têm sido lançados tais como:

- Programa de Promoção de Acesso (PPA), em 1999;
- PECLEC em 2002, continuando a persistir as listas de espera.

Outros autores, como Cullis, Jones e Proper (2000) citado por Pita Barros, propõem cinco formas de actuação, que passam por mecanismos de redução da procura, subsídios à procura de solução no sector privado, encorajar a oferta privada, criar prioridades com base nas condições clínicas, melhor rentabilização de espaços e equipamentos.

O tempo de espera para acesso aos cuidados de saúde é um dos índices de Qualidade de vida, sendo esta, um indicador de desenvolvimento de um país.

V. O Absentismo

Segundo Savoi e Morin, (2001) a eficiência económica, e o desenvolvimento dos recursos humanos são os dois grandes objectivos da eficácia racional. Dentro deste ultimo grupo o Clima de trabalho e, a Saúde e Segurança dos Empregados são entre outros (Envolvimentos dos empregados, Rendimento dos empregados, e competências dos empregados) critérios de eficácia que têm como indicadores entre outros, a Taxa de absentismo e o Número de faltas ao trabalho por doença física ou psicológica, respectivamente.

Na década de 1990 o custo do absentismo devido a incapacidade por doença ou acidente na União Europeia oscilava entre 1.5% e 4% do PIB, de acordo com os Estados membros, sendo que os países comunitários pagavam em média pelo absentismo o equivalente à sua taxa de crescimento económico num ano normal. Graça, L.(1999) Saúde e Trabalho.

Em Portugal, em 1995, este custo terá sido equivalente ao orçamento do SNS (600 milhões de contos), (Graça, 1995).

Segundo o mesmo autor no processo de absentismo por doença interagem factores de natureza individual, organizacional e societal:

- a) Desajustamento continuado entre as exigências do Posto de Trabalho (físicas, psicológicas e sociais) e a capacidade de resposta do trabalhador (motivação, satisfação, competências técnicas, humanas e relacionais, idade, potencial de saúde) resultando em problemas de saúde.
- b) Percepção por parte do trabalhador dos custos e benefícios, da barreira ao absentismo (grau de satisfação e motivação relativamente ao trabalho), o clima organizacional da empresa, a gravidade da doença, a perda da antiguidade, de remuneração, incluindo o prémio de produção e de assiduidade, o sistema de protecção social, a certificação da baixa, a acessibilidade ao centro de saúde.
- c) Percepção da barreira de reintegração como sejam a gravidade da doença e suas sequelas, a recuperação, as listas de espera nos serviços de saúde, a verificação das incapacidades temporárias, as pressões da empresa e da família, a vontade de retomar o trabalho, o papel dos colegas e das hierarquias, o papel dos Serviços de Higiene, Segurança e Medicina do Trabalho na reintegração.

O Médico de Família, o Médico de Trabalho e todos os profissionais ligados ao sistema de Gestão dos Serviços de Saúde dentro e fora da empresa devem estar conscientes da interacção dos diversos factores envolvidos no processo de absentismo pela doença.

Somente uma estratégia conjunta que valorize os Recursos Humanos, que incremente a promoção da saúde dos trabalhadores, que reinvente os locais de trabalho, que modernize as empresas, que fomente a equidade e solidariedade entre os portugueses, poderá reduzir os custos económicos e

sociais imputados às ausências ao trabalho por doença. A acessibilidade aos cuidados de saúde constitui um factor relevante dentro desta temática.

Com os Cuidados Preventivos, evitam-se doenças pelo desenvolvimento de práticas e estilos de vida saudáveis, em colaboração com a Medicina do Trabalho, bem como com a implementação de políticas e estratégias ambientais decorrentes das práticas de Responsabilidade Social das Empresas.

A EDP apresentou em 2006 um índice de absentismo de 4,06% sendo que 60,4% são inerentes a ausências por doença, o que corresponde a 337.038,7 horas de ausência por motivo de doença com uma média ponderada por meses, de 8.248 trabalhadores.

Em 2007 tem um índice de absentismo de 3,71% sendo que 55,57% são inerentes a ausências por doença, o que corresponde a 277.074,10 horas de ausência por motivo de doença com uma média ponderada por meses, de 8.161 trabalhadores.

Fonte do Ministério da Segurança Social e do Trabalho, Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional: Estatísticas em síntese. Balanço Social 1999, indicava que a Taxa de Absentismo Total era à época de 7,6%. Essa taxa em 2005 desceu para 7%. A título ilustrativo, refira-se que os índices de absentismo totais no Grupo EDP, também em 2005, foram de 4,41%, valor substancialmente menor que o valor nacional, em 2006 subiu para 4,45% e em 2007 para 4,65%.

Os valores do absentismo por doença resultam difíceis de obter na sociedade por razões culturais, ética no trabalho quer por parte dos empregadores quer por parte de trabalhadores, mas há estudos que dão alguma informação passível de ser usada como referência.

Fonte da Revista *Occupational and Environmental Medicine*, num trabalho publicado por David Gimano, ilustrava que a taxa de absentismo por doença na União Europeia a 15 membros, no ano 2000 era máxima na Finlândia com 24%, mínima na Grécia com 6,7% e que no nosso País se cifrava em 8,4%. Desta forma fica patente o quão difícil é a quantificação destas taxas, dependentes da notificação pelas empresas das autoridades e dos serviços estatísticos de cada País.

EM 2005 dados nacionais, mostram que 45,6% do absentismo total foi por doença.

Podemos comparar os dados do Grupo EDP decorrentes do Plano de Saúde gerido pela Sãvida Medicina Apoiada S.A.

A título meramente ilustrativo, a EDP apresentou em 2005 um índice de absentismo por motivo de doença de 2,78% (62,96% do valor do absentismo total). Em 2006 esse índice desceu para 2,39% (52,56% do valor do absentismo total) e em 2007 atingiu o valor mais baixo de sempre, tendo caído para 2,01% (43,21% do valor do absentismo total).

As taxas de absentismo por motivo de doença são muito abaixo dos valores nacionais, mesmo se tivermos em conta os valores do estudo de David Gimano.

Usando a Fonte do Ministério da Segurança Social e do Trabalho, Departamento de Estatística do Trabalho, Emprego e Formação Profissional: Direcção Geral de Estudos, Estatística e Planeamento em síntese. Balanço Social 2005, os valores nacionais para o absentismo por doença foram de 3,2%, valor superior aos 2,78% verificado no Grupo EDP. Relativamente aos anos de 2006 e 2007 não tivemos acesso aos dados Nacionais, por não se encontrarem disponíveis.

Os valores de Absentismo por doença que têm sido apresentados pelo grupo EDP, são nos três últimos anos:

- Ano de 2005 um índice de absentismo de ausência por motivo de doença de 2,78% (62,96% do valor do absentismo total);
- Ano de 2006 esse índice desceu para 2,39% (52,56% do valor do absentismo total);
- Ano de 2007 atingiu o valor mais baixo de sempre, tendo caído para 2,01% (43,21% do valor do absentismo total).

Observando-se que a percentagem de absentismo por doença nos doentes em idade activa tem diminuído nos últimos três anos, apercebemo-nos que a eficiência em saúde é longitudinal nestes três anos acrescida ao ponto de cada vez menos ser a doença uma causa de absentismo nesta população.

B. EDP – ENERGIAS DE PORTUGAL, E RESPONSABILIDADE SOCIAL

Numa perspectiva estratégica a longo prazo visando as necessidades dos habitantes do planeta, assume-se que existe escassez de recursos face à procura, particularmente os relacionados com a prestação de cuidados de saúde, devendo levar à adopção de políticas e práticas socialmente responsáveis, que surjam como necessidade imperiosa de equidade social, para garantir a paz, o desenvolvimento e a felicidade dos Povos. Esta postura surge em oposição às políticas e práticas de curto prazo orientadas meramente para a obtenção de valor para os Accionistas, que remunera o Capital investido.

No modelo europeu a responsabilidade assume-se numa visão sistémica das relações que a empresa mantém com a sua envolvente. Os Stakeholders são determinantes do sucesso social e económico de uma empresa. A Empresa que não tenha em conta os seus Stakeholders, não consegue vender os seus serviços ou produtos num Mercado sofisticado como é o da Europa, o do Canadá, ou dos Estados Unidos da América, entre outros países da OCDE, onde os valores são fundamentais para que os consumidores se sintam bem, comprando ou consumindo produtos de determinada empresa.

No Livro Verde (2000) citado por Duarte, Alzira, na sua Dissertação para Tese de Grau de Mestre, responsabilidade social define-se como: “Integração voluntária de preocupações sociais e ambientais por parte das empresas nas suas operações e na sua interacção com as partes interessadas”. (1)

Também a mesma autora citando o mesmo documento, Livro Verde, refere que são identificadas duas dimensões chave da R.S:

- A dimensão interna, que é a Empresa, e a dimensão externa, referindo-se à comunidade e a toda a rede de relações da Empresa

Na dimensão interna essas práticas relacionam-se com o investimento no capital Humano, na Saúde, na Segurança e na Gestão da mudança, enquanto as ambientalmente responsáveis, relacionam-se com a gestão de recursos naturais, explorados no processo de produção. Assim destacam-se nesta dimensão quatro domínios fundamentais:

“A gestão de Recursos Humanos, com investimento no capital humano, aprendizagem ao longo da vida, responsabilização dos trabalhadores, melhor informação dentro da empresa, maior diversidade dos RH, melhor equilíbrio entre a vida profissional e tempos livres, igualdade em termos de remuneração e perspectivas para mulheres, instituição de regime de participação dos lucros e no capital das empresas, e preocupações relativas à empregabilidade e segurança dos postos de trabalho; a Saúde e Segurança no Trabalho através de formas complementares de promoção da Saúde e Segurança, utilizando-as como critérios para selecção de fornecedores e produtos e serviços, incluindo os subcontratados, preocupação com produtos mais seguros e a inclusão de critérios de saúde e segurança nos programas de certificação; a Adaptação à mudança, promovendo-se a consideração e equilíbrio dos interesses de todos os Stakeholders afectados pelos processos de mudança decorrentes de reestruturação, despedimentos ou fusões e aquisições; e a gestão do impacto ambiental e dos recursos naturais, alertando para medidas essencialmente preventivas, na redução da exploração de recursos, de emissões poluentes, de resíduos, de despesas energéticas, e instalação

de sistemas de eco-gestão e auditorias que promovam a melhoria contínua de desempenho em termos ecológicos.”

- A dimensão externa da “RS de uma Empresa ultrapassa a própria empresa e estende-se à comunidade local, envolvendo, para além dos trabalhadores e accionistas um vasto espectro de outras partes interessadas: parceiros comerciais e fornecedores, clientes, autoridades públicas, ONGs que exercem a sua actividade junto das comunidades locais ou no domínio do ambiente” (Comissão das Comunidades Europeias, 2001b,p.12) citado em Duarte, A - Tese de Mestrado.

No Âmbito da Responsabilidade Social, a EDP tem reforçado acções e programas orientados para a comunidade. A Saúde e a Solidariedade social, a Ciência, Educação e a Cultura, são as áreas de eleição que o Grupo EDP tem vindo a desenvolver, ao nível das empresas e das suas Fundações.

Ainda no âmbito da RS, a nível de colaboradores internos a EDP disponibiliza: Plano de Pensões, Plano de Saúde, Complemento do subsidio de doença do SNS, Subsídios de Estudo aos trabalhadores com filhos em idade escolar, colónias de férias para filhos de trabalhadores até aos 15 anos, electricidade a preços reduzidos e prémio EDP desporto para os trabalhadores no activo., para além dos anteriormente citados no âmbito da dimensão interna da RS das Empresas, considerados no Livro Verde (1).

No Âmbito da Saúde destacam-se as acções da Fundação EDP para reequipamento da unidade de neonatologia da Maternidade Alfredo da Costa, o apoio em parceria com a Fundação Gulbenkian à Universidade de Coimbra para o Centro Simulação Biomédica, um novo domínio da Medicina a nível Mundial, e o Plano de Saúde que a própria empresa gere e aplica, através de uma das empresas do Grupo, Sãvida SA, que se descreve no ponto seguinte.

O PLANO DE SAÚDE

O Plano de Saúde que a EDP (Energias de Portugal) disponibiliza aos trabalhadores, abrangidos pelo ACT (Acordo Colectivo de Trabalho) tem

uma orientação para as pessoas, entendendo a Saúde como o maior dos bens e atenta aos custos ocultos da doença, opta pela primeira e desenvolve um plano de cuidados de saúde a prestar aos seus colaboradores e familiares, actuando numa perspectiva sistémica e na comunidade. Define:

- i. O tipo de cuidados a prestar: Cuidados de saúde primários e secundários integrados.
- ii. A população alvo: Colaboradores, cônjuges plano vitalício; descendentes até aos 25 anos enquanto estudantes.
- iii. Criar e otimizar PMs onde o número de beneficiários o exigiu; detentora já de uma rede de postos médicos próprios no âmbito da Medicina do Trabalho de Norte a Sul do País, propõe-se dotá-los de um corpo clínico de Medicina Assistencial.
- iv. Pelo acordo com o Serviço Nacional de Saúde, os postos são considerados como extensões dos Centros de Saúde.
- v. O plano de complementaridade e nalguns casos de suplementaridade ao S.N.S.
- vi. A adopção de práticas e sistemas de controlo e avaliação de resultados e satisfação de stakeholders, bem como de controlo de custos e conclui pela viabilidade do projecto passando à sua implementação.
- vii. Promove auditorias num sentido de aprendizagem e melhoria.

Este projecto tem evoluído no sentido da melhoria contínua, face às necessidades dos utentes e à qualidade dos serviços prestados, incluindo serviços de Pequena Cirurgia, Oncologia, de Cirurgia Geral, Cardiologia, Dermatologia, Psiquiatria, Urologia e Ortopedia. Outras especialidades são prestadas em regime de convenção e avenças.

Tendo em conta o número de utentes incluídos neste plano, cerca de 53.000, percebe-se as vantagens trazidas para o SNS: diminuição dos custos com o pessoal clínico, instalações e consumíveis; diminuição das listas de espera nos centros de saúde e para intervenções cirúrgicas, e ausência de custos com

consultas, cirurgias, alguns meios auxiliares de diagnóstico e terapêuticas várias.

Para o desenvolvimento deste projecto e garantia da sua sustentabilidade, têm contribuído várias medidas como sejam a de organização de práticas na óptica da eficácia e eficiência acompanhando a sustentabilidade do projecto com vários indicadores:

- i. Índice de referenciação às especialidades,
- ii. Índice ponderados de prescrição médica, periodicamente comparados aos do SNS,
- iii. Parcerias com clínicas públicas e privadas;
- iv. Guia do Utente, o qual informa dos direitos e condições de acessibilidade às diversas consultas definindo os procedimentos; co-responsabilização do utente na gestão da sua saúde, através da adopção de hábitos de vida saudável e com informação regular relativa aos seus gastos em saúde;
- v. Inquéritos de satisfação ao utente relativamente aos serviços prestados;
- vi. Inquéritos de satisfação aos colaboradores;
- vii. Taxa de absentismo às consultas marcadas.

Para alcançar estes objectivos a Sãvida realiza uma selecção criteriosa dos profissionais envolvidos no projecto, assegurando-se da qualidade dos cuidados prestados; gerindo segundo princípios éticos adequados à actividade e praticando uma gestão transparente com os Stakeholders.

A título de exemplo, ilustra-se os benefícios deste plano através da descrição da trajectória da doença de uma utente de 48 anos a quem foi detectado nódulo mamário na consulta de Clínica Geral:

- ✘ Análises efectuadas no dia seguinte ao da consulta de Clínica Geral;

- ✘ Mamografia quarenta e oito horas depois, com biopsia do nódulo, revelando indicação para cirurgia,
- ✘ Consulta de cirurgia geral no dia seguinte,
- ✘ Cirurgia efectuada dez dias após detecção do nódulo tendo sido feita mastectomia direita,
- ✘ Consulta de oncologia e reconstrução mamária em dois tempos operatórios.

A doente, durante todo este percurso foi acompanhada em processo de Aconselhamento Psicológico não tendo recorrido a psicofármacos.

O tempo de incapacidade para o trabalho, foi de apenas dez dias subsequentes a cada intervenção cirúrgica, e como ocorreram três intervenções cirúrgicas, o total de ausências ao trabalho foram de 30 dias.

Os custos suportados pela EDP, cirurgias, acompanhamento psicológico, quimioterapia foram largamente compensados pela adaptabilidade positiva da Utente face à situação de doença, continuando motivada, e voluntária e precocemente inserida nas actividades profissionais com elevado grau de implicação.

Estes serviços de saúde têm uma existência de cerca de 25 anos, sempre numa perspectiva de melhoria contínua dos serviços prestados, o que garante legitimidade nos stakeholders.

A SÂVIDA – EMPRESA DO GRUPO EDP

A Sâvida é a empresa do Grupo EDP que gere e executa o Plano de Saúde. Tem o conhecimento decorrente de um passado histórico que acompanha a evolução do grupo empresarial onde se insere.

1. CARACTERIZAÇÃO:

Actualmente contempla 53 000 utentes. A acessibilidade aos serviços de saúde está garantida por cerca de cinquenta postos médicos pertencentes à Empresa, abrangendo o País de Norte a Sul e que funcionam como extensões do Serviço Nacional de Saúde, onde são prestados os cuidados de saúde primários.

Os cuidados de saúde secundários são prestados por médicos especialistas avançados ou contratados para o efeito.

A Empresa possui diversos acordos com clínicas para internamentos, intervenções cirúrgicas, exames auxiliares de diagnóstico e/ ou terapêuticas específicas. Por cuidados integrados referimos a articulação dos cuidados primários e secundários. O Clínico Geral assume papel central no processo, dado que, para além de promover a saúde, motivando os utentes para adopção de estilos e práticas de vida saudáveis, através de programas de Educação para a saúde implementados em equipa com o serviço de enfermagem, acompanha a trajectória da doença referenciando apenas à especialidade para procedimentos específicos e/ou 2ª opinião. A gestão desta interface deve permitir um tempo mínimo de acesso às consultas e/ ou auxiliares de diagnóstico, isto é serem efectuados em tempo útil, dadas as repercussões da espera no bem-estar do doente.

2. MISSÃO:

Prestação de cuidados de saúde primários e secundários integrados.

3. VISÃO:

Assegurar a qualidade dos serviços prestados numa perspectiva de optimização da relação custo / benefício, garantindo a sustentabilidade do projecto a longo prazo, na complementaridade e/ou em substituição do Serviço Nacional de Saúde.

4. VALORES:

Garantir a acessibilidade e a equidade aos cuidados de saúde, numa óptica da promoção da saúde do utente e de tratamento da doença, numa perspectiva que

contemporiza as necessidades dos utentes, de uma forma holística, participada e informada.

Relevar a relação médico / doente como elemento principal do sistema e colocar o médico de família como co-gestor da saúde dos utentes e gerador de custos do sistema.

5. RECURSOS FÍSICOS

Rentabiliza as instalações já existentes da Medicina no Trabalho e cria novos postos médicos em várias localidades onde a concentração populacional assim o exige.

6. RECURSOS HUMANOS:

Para os cuidados primários, recruta um corpo clínico próprio, com cerca de 180 Médicos em trabalho de permanência no Serviço Clínico da Sãvida Medicina Apoiada S.A.

A Rede externa para os Cuidados Secundários é assegurada em regime de convenção e / ou avenças com Especialistas, dos quais cerca de 30 são Avenças em Consultório Externo e 1.400 são parte da Rede de Convencionados de Consultórios abrangendo 2.026 pontos de rede distribuídos geograficamente de Norte a Sul do País.

Acrescem cerca de 70 Acordos com Clínicas (para internamento e meios auxiliares de Diagnóstico).

O Corpo de Enfermagem é de cerca de 140 Enfermeiros. Há ainda cerca de 60 Assistentes Administrativos para realizar o Secretariado Clínico.

7. RECURSOS ECONÓMICOS:

Pela mútua a pagar pelo trabalhador num valor flexibilizado por escalões de vencimento e um valor per capita sustentado pelas Empresas do Grupo. EDP.

8. OS POSTOS MÉDICOS – (PMS):

Cada um dos 50 postos médicos da Empresa, dispersos pelas zonas onde a concentração de utentes assim o exige, aplica a missão e a visão atrás descritas para o seu universo de utentes.

Os PM dispõem de um corpo clínico, numa proporção de uma hora médica para 30 utentes, de Clínica Geral/Medicina Familiar, serviço de enfermagem e atendimento administrativo. O serviço é assegurado por equipas constituídas por Médico, enfermeiro e administrativo que servem o utente.

9. ENQUADRAMENTO E ESTRUTURA DOS PMS

Aos olhos da formulação de Henry Mintzberg, o modelo que melhor se ajusta à realidade dos PMS é a burocracia profissional (3) em que o componente chave é o centro operacional. A este nível, os mecanismos de coordenação são o ajustamento mútuo e a standardização das qualificações. Os profissionais centram-se na tarefa a realizar e os seus objectivos são de natureza qualitativa e decorrem da presença e pressões dos doentes.

Mecanismo de coordenação típico das organizações profissionais, o ajustamento mútuo entre os profissionais do centro operacional permite uma coordenação da actividade por comunicação informal entre eles, relevando-se a importância a qualidade das relações entre eles. Pode ou não existir, na linha hierárquica, a figura de Coordenador Local, primus inter pares neste modelo.

Tendo em atenção a natureza dos serviços prestados, estes mecanismos de coordenação são imprescindíveis por parte dos profissionais (médicos e enfermeiros) das diversas especialidades, tendo em vista as necessidades dos utentes, assegurando o êxito da integração dos cuidados prestados, baseado e coordenado por iniciativa dos profissionais. A standardização das qualificações e o ajustamento mútuo, permitem aos profissionais de saúde articularem-se na gestão da trajectória da doença.

Uma comunicação eficaz é um factor crítico da eficiência organizacional, resultando em benefício directo para o utente, e numa melhor imagem da organização, revelando os valores com que gere a sua actividade.

“O sistema funciona porque toda a gente sabe o que está a acontecer”

(Meyer, citado em Weick, 1976, pág.14).

O poder nas equipas clínicas está entregue à competência e é de natureza profissional, ou seja, faz quem sabe.

Em resumo, as equipas clínicas seguem um modelo de burocracia profissional, com coordenação por ajustamento mútuo entre os elementos do centro operacional, reforçada pela standardização das qualificações, adquirida pela formação. Através desta, os profissionais sabem o que esperam uns dos outros.

a. ESTRUTURA DA SÃVIDA

Analisando a estrutura global da SÃVIDA, de novo recorrendo a Mintzberg, (3) podemos caracterizá-la como uma estrutura diversificada, cujo centro operacional é o conjunto de PMs descritos, coordenados pela super estrutura. Se a cada uma daquelas unidades é permitido o controlo sobre as actividades operacionais necessárias à sua função, sendo relativamente livres, na sua actividade diária, do controlo directo da estrutura central ou mesmo da coordenação com outras equipas, claro que esta autonomia não é total, há uma estrutura central cujo papel faz a diferença entre uma configuração integrada e um conjunto de equipas independentes, produzindo os mesmos serviços.

Entre outras funções, compete à estrutura central controlar a performance das equipas. Os objectivos são fixados centralmente, em termos quantitativos, e os resultados são controlados pela estrutura central. Apesar da standardização de outputs, os responsáveis das equipas têm autonomia para as gerir como melhor convenha, dadas as circunstâncias de cada caso. Entre objectivos quantitativos fixados e qualitativos percebidos ou mais valorizados nascem situações de algum conflito que requerem arbitragem.

No caso da Sãvida, dada a multiplicidade de equipas operacionais, a estrutura é muito achatada com uma linha hierárquica estreita – Coordenação de Medicina Assistencial e Directores Adjuntos, e 2 Direcções – tendo no topo a cúpula estratégica formada pelo Conselho de Administração, constituído por 3 Administradores.

O Topo Estratégico assegura a gestão orçamental do projecto dentro dos objectivos do plano estratégico e implementa medidas, decorrentes dos processos de avaliação de desempenho, e satisfação dos utentes, de modo a fidelizar os colaboradores, médicos e enfermeiros. Compete-lhe ainda a definição da estratégia global da Empresa, a definição do portfolio de serviços, a criação ou encerramento de instalações locais, a preparação do orçamento e a locação de fundos a uma ou outra equipa. Deverá ainda preservar o centro operacional das mudanças das políticas e estratégias do negócio.

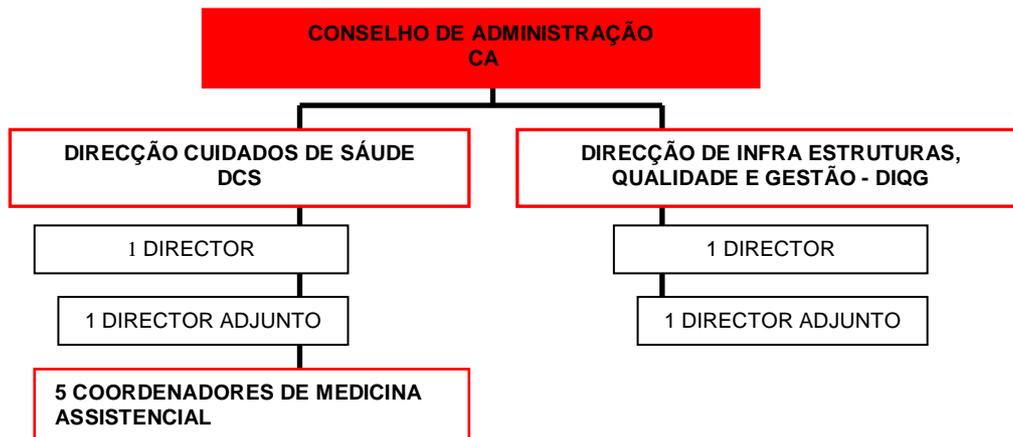
A Tecno-estrutura é pequena e produz e mantém um repositório de normas com o fim de standardizar as práticas adoptadas, de forma contínua e dinâmica. Por outro lado, selecciona um conjunto de indicadores que visa uniformizar a forma de avaliar a realização dos objectivos decorrentes da visão (taxa de referenciação, índices ponderados e outros) bem como o cumprimento das normas definidas pela Direcção de Qualidade.

O Apoio Logístico inclui várias actividades tais como: recepção, assistência social, estafetagem, call center, recursos humanos, etc. A este nível, a standardização é efectuada pelos resultados e a coordenação é de natureza hierárquica.

Os elementos administrativos dos PMs pertencem e reportam directamente ao Apoio Logístico. Entre este e o centro operacional há conflito de interesses por lógicas de actuação e de avaliação distintas. Este aspecto pode atingir a recepção de utentes, a marcação de consultas, o encaminhamento para consultas de especialidade, etc.

O trabalho do Topo Estratégico, da Tecno-Estrutura e do Apoio Logístico é rotineiro e desenvolve-se numa hierarquia estreita obedecendo a regras e normas, sendo os seus objectivos de natureza e económica.

FIGURA 2 - ORGANIGRAMA DA EMPRESA SÁVIDA



10. Coordenação da Medicina Assistencial (CMA)

A coordenação das equipas do centro operacional pelos CMA é assegurada por mecanismos de supervisão directa e por diversos tipos de standardização, seja de normas ou de competências.

De facto, os coordenadores da estrutura central, CMA e Directores Adjuntos, exercem esta função de forma intermitente no tempo, até porque eles mesmos, fazem parte de equipas técnicas como profissionais de saúde. Algumas dificuldades podem surgir neste tipo de coordenação. Para as evitar, afigura-se adequado:

Cada equipa deve ser tratada como um sistema autónomo, com objectivos consistentes. Por outras palavras, se bem que as equipas sejam claramente loosely coupled (4) entre si, elas devem ter grande coesão interna. A standardização de qualificações e competências, como grande factor de coesão, é um dos mecanismos de coordenação, e permite a descentralização de responsabilidades, a autonomia e a tomada de decisões local pelos profissionais de saúde.

Os objectivos definidos pela tecno-estrutura são operacionais, quantificáveis e mensuráveis, mas os objectivos percebidos pelos profissionais são qualitativos e visam o serviço ao utente. Só no respeito e o reconhecimento deste espaço de conflito, a liderança poderá actuar e ultrapassar a dificuldade de controlo das organizações profissionais através de um grupo simples de objectivos.

Quanto à estandardização, não são os coordenadores que a impõem mas a própria tecno-estrutura que decide sobre ela quando desenha o esqueleto da organização que pretende implementar, definindo os indicadores e os procedimentos a cumprir pelos elementos das equipas técnicas nos diversos processos, de acordo com as suas funções, ou as normas que cada equipa deve seguir para cumprir as suas missões.

Estes mecanismos de coordenação são de extraordinária importância para contrariar algumas tensões de balcanização típicas dos modelos de organização em burocracia profissional e organização diversificada, reforçadas, no caso da Sãvida pelo facto de a estrutura diversificada ter no seu centro operacional numerosas mini-estruturas profissionais.

Estas mini-estruturas são fortemente descentralizadas, dispersas num território muito diverso, sem tecno-estrutura local e com um pequeno apoio logístico. O centro operacional da estrutura diversificada central, como conjunto destas equipas, não é, pois, uma estrutura naturalmente integrada.

A balcanização emerge do aumento de importância dos coordenadores locais e da intenção de manter uma estrutura intermédia leve na super-estrutura central. Ela atinge a relação entre o centro operacional e a hierarquia intermédia, com forças contraditórias e tendencialmente conflituantes, bem como entre esta e o Topo Estratégico.

11. Coordenação em Loosely Coupled Systems

O conceito de Loosely Coupled System (4) permite dizer que qualquer unidade em qualquer ponto da estrutura pode agir a nível técnico, fechado a forças exteriores, (conexão produz estabilidade) quer a nível institucional, aberta a forças exteriores (imperfeição produz flexibilidade).

Detectam-se conexões imperfeitas resultantes de acções conflituantes dos vários elementos, manifestando-se fundamentalmente na base, reveladoras de separação e de identidades distintas e que se traduzem nos aspectos do relacionamento, como descritos por Orton e Weick (4).

Como se disse atrás, a relação entre os coordenadores e as equipas é mais discreta em vez de contínua, ocasional em vez de constante e continuada, indirecta em vez de directa e eventual em vez de imediata.

Na prática quotidiana e no que respeita às repercussões nos utentes, a gestão das interfaces dos processos com especial relevância nos procedimentos administrativos de articulação aos cuidados secundários, dada a diversidade de actores participantes e com diferentes interesses dentro e fora da organização, requer uma atenção muito especial e contínua, pela complexidade das decisões em causa, frente à especificidade dos casos em análise, envolvendo os interesses dos utentes e da organização.

No que respeita à modularidade, a delegação de competências de uma forma responsável tem sido a forma encontrada para assegurar as respostas atempadas às diversas necessidades dos utentes identificadas pelos clínicos e que carecem de vários procedimentos e processos administrativos. Tenta-se passar do *fight coupling* ao *loose coupling*, promovendo a autonomia, numa forma controlada pelos indicadores que são entendidos como medidas de controlo.

Assim a organização vai sendo, vai-se construindo no seu percurso. Isto é “ *A configuração que uma organização toma (design organizacional) é o que as pessoas acreditam que a organização é, constituindo a base para o que as pessoas fazem, e o que as pessoas fazem nas organizações é, como efeito, o design da organização*” Weick in “*Organization Redesign as Improvisation*” (4).

O desenho adequado é o que explora as crises e ineficácias e que se vai ajustando às necessidades da envolvente, isto é, das patologias dos doentes. Os mecanismos de coordenação de trabalho mais adequados são os que visam comunicação eficiente, grupos profissionais cooperantes na mudança, e sistemas de informação de gestão de actos médicos com outputs mais próximos do tempo útil.

As melhorias a propor devem salvaguardar as potencialidades da estrutura global diversificada e da estrutura profissional das equipas médicas locais, reformulando os mecanismos de coordenação e integração.

Cremadez (5) fala de três mecanismos de integração a operar em diversos níveis:

- i. **Pela via hierárquica** – na tecnoestrutura e apoio logístico;
- ii. **Por procedimentos e standardização** na tecnoestrutura;
- iii. **Pela criação de grupos de trabalho** com elementos de diferentes equipas que, periodicamente, façam levantamentos de necessidades e disfunções, criando propostas alternativas na perspectiva de melhoramentos e acompanhando indicadores de performance, mensalmente.

Na Sãvida, os dois primeiros mecanismos propostos por Cremadez seriam um retrocesso no que de bom têm as burocracias profissionais, mas o terceiro mecanismo, a vulgarização de grupos de trabalho, é uma proposta a considerar com muita atenção, a par do reforço da liderança dos CMA's, num estilo que contenha mobilização e acções de coaching, sendo que a visão da empresa se afigura clara e é consensual e, ela própria, também mobilizadora, tal como os valores são comumente partilhados.

12. A Estratégia da Sãvida

A estratégia da Sãvida centra-se no serviço ao Utente. Este deverá ser prestado dentro dum custo competitivo de mercado para as empresas do grupo EDP, como únicos clientes, garante de sustentabilidade do Plano de Saúde, por parte dos accionistas, e com resposta em tempo útil para os utentes. A noção de tempo útil é subjectiva e decorre de múltiplos factores inerentes aos diversos estados patológicos dos utentes, com repercussões nos tempos de diagnóstico, terapêutica e prognóstico, bem como efeitos psicológicos, de custos intangíveis. Para o Grupo Empresarial onde se insere a Sãvida este tempo tem uma tradução em custos ocultos no que se refere ao absentismo, rotação de pessoal, reclamações e desperdícios, sendo um factor crítico para as empresas clientes e para o sucesso do Grupo.

A Sãvida adquire a legitimidade perante o seu público-alvo (os utentes), pela qualidade do serviço prestado em tempo útil e a um custo competitivo, atendendo à particularidade de assegurar a assistência vitaliciamente, o que lhe confere uma especificidade única no mercado que advém também da não alteração do custo per capita face a qualquer patologia. Assumindo a prestação de cuidados primários retira utentes às superlotadas consultas do SNS e, prestando serviços secundários de especialidades e mesmo cirurgias, tem acção directa sobre a redução das listas de espera nos Hospitais.

O dilema da gestão logística para a Sãvida - conciliar a qualidade do serviço clínico (assegurar as consultas programadas com 24 a 72h após a marcação, pelo médico assistente, e o atendimento de urgências no próprio dia) com níveis de produtividade elevados (gestão de agendas médicas, ficheiros de utentes por médico, atendendo ao grupo etário e patologias, índice de prescrição, taxas de referenciação à especialidade, entre outros) - determinando a sua fronteira de produtividade.

Há um permanente desafio à organização para se superar a si própria, auto estimulando-se, isto é, mantendo colaboradores motivados, com elevados níveis de satisfação, decorrente de novos e constantes desafios, o que lhe confere uma mais valia pelo conhecimento acrescentado na busca de soluções sustentáveis e economicamente rentáveis, acrescentando valor para a Organização, para o público que serve e para a comunidade em que se insere.

Há, assim, uma logística entre a Sãvida e os seus clientes (as empresas do grupo, através do fornecimento de serviços a preços competitivos de mercado), entre a Sãvida e o público directo que serve (os utentes, exigindo serviços de qualidade e em tempo útil), entre a Sãvida e os fornecedores (gestão dos espaços, dos equipamentos, do aprovisionamento) e uma logística interna, contemplando os colaboradores.

Presentemente, toda esta gestão encontra-se suportada por sistemas de informação que permitem uma permanente monitorização de dados.

13. Pontos-chave da organização do serviço:

Centrada no serviço ao utente / doente, a Sãvida desenvolve a sua actividade conceptualizando o serviço em três fases:(6)

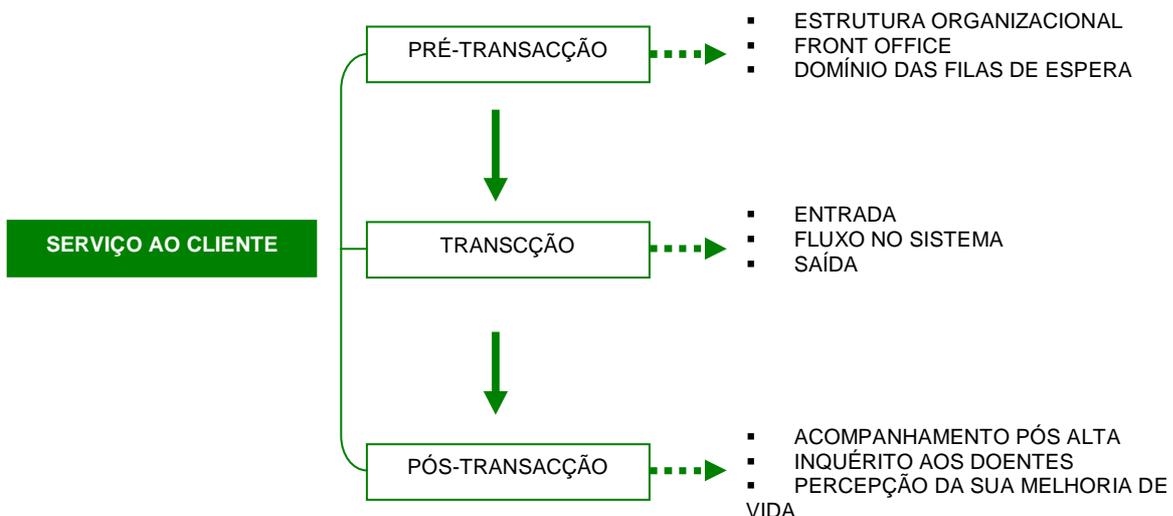


FIGURA 3 – PONTOS-CHAVE DA ORGANIZAÇÃO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE

a. Pré-Transacção e Estrutura organizacional

No caso da Sãvida, dada a multiplicidade de equipas operacionais, a estrutura é muito achatada com uma linha hierárquica estreita – Coordenação de Medicina Assistencial e Directores Adjuntos, e 2 Direcções - tendo no topo a cúpula estratégica formada pelo Conselho de Administração, constituído por 3 Administradores.

i. Front-Office

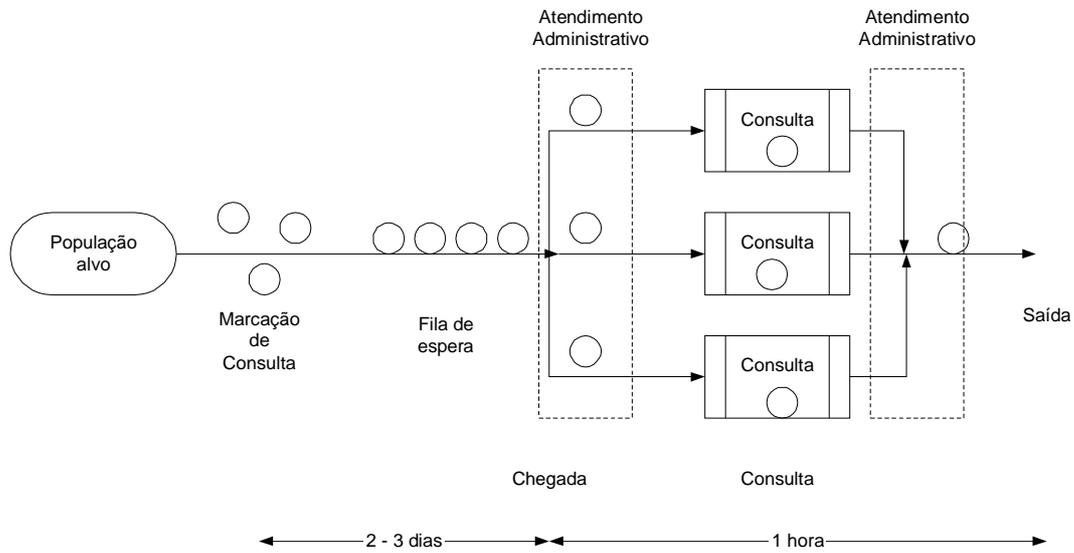
Actualmente o front office centra-se na agenda médica – marcação por call-center para consultas programadas e atendimento de situações urgentes no próprio dia, sendo a triagem feita pelo pessoal de enfermagem com encaminhamento para o médico.

Atendimento administrativo – assinala a presença do utente que é simultaneamente transmitida para a agenda médica. O médico chama o utente. A consulta processa-se com ficha de suporte de papel ou informática, sendo que esta é uma aplicação muito rudimentar que apenas regista dados mas não os cruza nem permite recolher informação para tratamento de dados. Após a consulta o utente volta ao atendimento administrativo para formalidades e registo de receituário e Exames Auxiliares de Diagnóstico (EADs).

ii. Domínio das filas de espera

Vale a pena determo-nos um pouco neste ponto. Graficamente, pode representar-se o sistema de cuidados primários da Sãvida do seguinte modo:

FIGURA 4 – FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO NA SÃVIDA



As características do sistema afectam a análise da fila de espera e as decisões a tomar sobre ela. Vejamos as características deste sistema e como a Sãvida tentou responder aos problemas levantados: População alvo, número de canais de serviço, padrões de chegada e de serviço e disciplina na fila.

População-alvo – A população alvo pode considerar-se como uma ‘população infinita’, dado que o número de potenciais clientes excede largamente as capacidades de resposta do sistema para responder simultaneamente a esses clientes.

Neste domínio, a Sãvida tem uma atenção especial quer a nível dos cuidados primários quer nos secundários. Os cuidados primários prestados por corpo clínico próprio são geridos directamente, bem como alguns cuidados secundários.

Assim, há uma especial atenção na gestão de listas de utentes que actualmente apenas contempla o grupo etário e o nº de horas médicas que lhe estão atribuídas. A correlação actualmente é de uma hora

médica semanal para cada 30 utentes inscritos. Refira-se que, para este efeito, consideramos utentes os utilizadores no ano transacto e não meramente e só inscritos.

Como atrás se disse a mais valia do serviço centra-se no binómio utente/médico assistente e a resposta pretendida para consultas previamente marcadas é de 2 a 3 dias no máximo. A acessibilidade às consultas pode originar um índice de consultas anuais muito elevado, dado que não há lugar a nenhum pagamento adicional.

As urgências são assistidas no próprio dia, sempre que possível, pelo médico assistente, trazendo alguma entropia ao sistema pela perturbação que podem implicar ao normal fluxo de consultas, marcadas com 15 minutos de diferença. Pretende-se, com estas práticas, conseguir que a sala de espera tenha um máximo de 1 cliente por médico.

Os dados identificadores dos utentes são lançados em base de dados, indexados quer pelo número de utente, que corresponde ao de trabalhador, adicionado a um código identificador do agregado familiar, quer pelo nome.

Um sistema informático SIGMED – Sistema de Gestão de Actos Médicos - tem permitido algumas constatações que visam o diagnóstico de situações que contribuam para o aumento da lista de espera como:

- ✘ Índice de frequência de consultas / utente, por ano, relativamente ao grupo etário aumentado
- ✘ Períodos sazonais de maior frequência de consultas, como Setembro, Outubro, Janeiro, Abril e Maio.

Consultas de Especialidades, especialmente Estomatologia ou Ginecologia, geram faltas às consultas conforme os dias de antecedência com que são marcadas. Assim:

TABELA 1 - % DE FALTAS À CONSULTA VS N.º DE DIAS DE ANTECEDÊNCIA DA MARCAÇÃO DA MESMA

N.º DE DIAS DE ANTECEDÊNCIA	% DE FALTAS
30	15%
7	5%
2 a 3	0%

Número de canais de atendimento – a capacidade do sistema depende da capacidade de cada canal e do número de canais utilizado. Este número foi adaptado, em cada posto médico, às necessidades verificadas, mantendo os 2 a 3 dias de marcação prévia e uma cadência média de quatro consultas por hora.

A experiência da Sãvida no domínio da gestão de listas de espera no que se refere aos cuidados primários, trabalho que tem vindo a realizar ao longo dos últimos 15 anos, aponta para a necessidade de envolver cada médico na gestão da sua agenda de acordo com necessidades pontuais, havendo uma correlação directa com o grau de motivação dos clínicos e o seu grau de envolvimento com a instituição. Salienta-se a importância da implementação de prémios para os objectivos alcançados, determinados pela Administração, baseada em valores ponderados e comparáveis a outros sistemas de saúde incluindo o Serviço Nacional de Saúde e atendendo ao plano estratégico da Empresa.

Uma variável importante relaciona-se com as características particulares da população dos diversos ficheiros por região geográfica bem como de recursos disponíveis nas diferentes regiões.

Tem-se verificado que o trabalho em equipa multidisciplinar, médico, enfermeira, psicólogo, assistente social, diminui francamente o índice de consultas anuais proporcionando respostas mais adequadas às necessidades dos utentes.

As agendas médicas das diferentes especialidades obedecem às necessidades específicas das mesmas, variando o tempo de consulta com as diferentes práticas decorrentes da especificidade de cada Especialidade.

Também as listas de espera para as especialidades existentes na Sãvida, revestem-se de particularidades específicas. Neste domínio, destaca-se a importância do médico de clínica geral, quando referencia o seu doente para a especialidade, ter um estudo completo e exaustivo do caso, restringindo o nº de consultas do especialista.

Padrões das chegadas e do serviço – Esta característica está relacionada com chegadas aleatórias que, no caso Sãvida, são restritas às urgências. Todas as entradas normais no sistema são marcadas com antecedência, preferencialmente de 2 a 3 dias.

As consultas têm uma duração média de 15 minutos e não oscilam muito desse valor.

Disciplina nas filas – A Sãvida diminuiu o peso desta característica pela marcação prévia de consultas. Como norma nas marcações, guardam-se os períodos, inicial e final do dia para doentes em idade activa, deixando o resto do dia para doentes reformados ou com baixa, no sentido de não minimizar as ausências ao trabalho.

Com esta restrição à norma geral, restam as urgências para alterar a forma de processar cada fila de espera, minimizando as perturbações.

b. Transacção

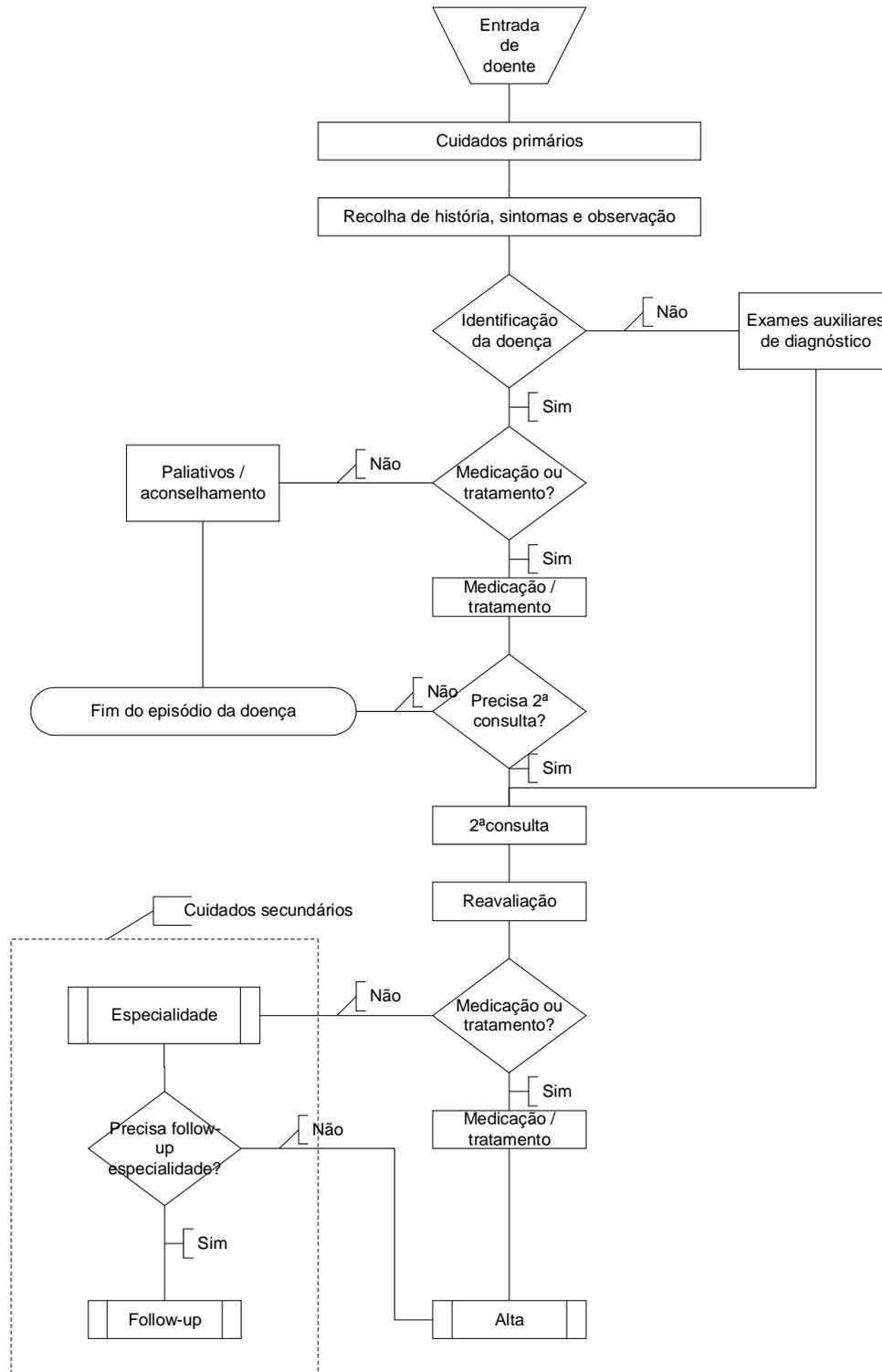
- ✗ **Entrada no sistema** – chegada do utente no dia da consulta, assinalando a presença junto do Atendimento Administrativo. Esta presença passa para a agenda do médico.
- ✗ **Fluxo no sistema** - consulta;
- ✗ **Saída do sistema** - atendimento administrativo para registo e encaminhamentos subsequentes.

Este ciclo, desde a chegada do utente à recepção, para assinalar a sua presença, à saída da consulta, e atendimento administrativo final não deverá exceder uma hora.

Este aspecto reveste-se de grande importância no cumprimento dos objectivos que a empresa se propõe e interfere directamente com a gestão do espaço da sala de espera.

Na página seguinte, apresenta-se um esquema do fluxo do doente no sistema.

FIGURA 5 – FLUXOGRAMA DO DOENTE NO SISTEMA DE SAÚDE



c. Pós-Transacção

- ✘ **Acompanhamento pós alta** – dada a proximidade dos utentes com o serviço, esta é uma constante. A particularidade de se encontrar dentro dum grupo empresarial estreita bastante os contactos.

Inquéritos aos doentes são realizados periodicamente dentro da empresa e por entidades externas de consultadoria.

Periodicamente, são feitos telefonemas aos utentes aferindo o seu grau de satisfação com os serviços e pedindo sugestões de melhoria.

Percepção da sua melhoria de vida é dada pelos colegas, pelo próprio ou por familiares.

Terminada a apresentação e caracterização da Sãvida, salientamos a importância da gestão das interfaces com as especialidades, aspecto relevante para a optimização dos tempos de acesso às diversas etapas da trajectória da doença no geral e particularmente na patologia objecto do presente estudo: Cancro da Mama.

A solução encontrada pela Sãvida tem passado por procurar estabelecer parcerias com diversas entidades, rentabilizando a diferenciação dentro das diversas especialidades, criando uma rede de cuidados secundários respondendo às necessidades dos utentes.

A importância da negociação no desenho das parcerias com instituições de internamento, cirurgia ambulatória e alguns meios auxiliares de diagnóstico, negociando em preços fechados decorrente do número de utentes, e prestígio empresarial do grupo EDP, permitem a sustentabilidade económica dos cuidados prestados.

CAPÍTULO II - OBJECTIVOS DO TRABALHO

1. PROBLEMA EM ESTUDO

O estudo contempla a trajectória de uma Patologia relevante em termos de danos em Saúde e também do ponto de vista económico, pois tratar precocemente é menos dispendioso que tratar em fase avançada.

Para o efeito elege-se uma Patologia Oncológica e entre estas selecciona-se o Cancro da Mama.

Focaliza-se o trabalho em duas questões principais

- i. O impacto da Gestão da trajectória da doença Cancro da Mama no SNS e numa estratégia de cooperação entre o SNS e a Sãvida.**
- ii. Como se relaciona a gestão da trajectória da doença no que se refere à acessibilidade aos cuidados de saúde com o absentismo gerado (número dias de incapacidade) por essa mesma doença.**

Assim sendo importa compreender e reflectir sobre o conceito de trajectória da doença especificamente no Cancro da Mama, e as razões conducentes à opção por uma patologia do foro Oncológico, e dentro deste, a eleita, o Cancro da Mama.

a. TRAJECTÓRIA DA DOENÇA

Na trajectória da doença para além do percurso fisiológico da doença de um determinado individuo, é relevante toda a organização do trabalho que se desenvolve ao longo desse percurso, dos vários agentes envolvidos e da (s) organização(ões).

Nas diferentes doenças, a trajectória envolve acções médicas, paramédicas e de enfermagem, diferentes tipos de competências e recursos, com divisão de tarefas entre os trabalhadores, envolvendo diversos tipos de relações com o doente e os familiares mais próximos.

A trajectória é fundamental para entender a gestão da doença, a organização do trabalho e da estrutura organizacional, descrevendo e/ou antecipando os recursos que lhe estão subjacentes.

Também o doente, como elemento cooperante com o trabalho dos técnicos, deve ter uma intervenção activa, inclusivamente com capacidade de decidir acerca das propostas que lhe sejam apresentadas para o seu tratamento.

O caso do cancro da mama, foi a patologia escolhida e objecto de estudo neste trabalho, em que o diagnóstico precoce assume grande importância face ao tratamento a instituir, bem como o prognóstico.

Em termos de absentismo o diagnóstico precoce assume importância vital dado que:

- i. Alguns dos nódulos não são malignos, mas sim pré malignos e que tratados atempadamente não evoluem para situações malignas.
- ii. O tratamento precoce evita absentismo por evitar complicações clínicas que podem comprometer o resultado final.

Em Cuidados Primários, o diagnóstico precoce passa pela realização de rastreios, por um lado, e por outro, pela motivação e ensino prático da auto-palpação mamária às mulheres dos diversos grupos etários.

Uma vez detectado o nódulo, quer por auto-palpação quer por rastreio, quer ainda no exame objectivo pelo médico assistente, há uma sequência de processos que têm que ser activados de imediato e que se identificam abaixo.

Informar e comunicar ao utente as diversas fases e as hipóteses de tratamento, a que poderá ser sujeito, se concordar e que irão sendo implementados de acordo com os resultados obtidos pelos exames auxiliares de diagnóstico.

A sequência dos processos é a seguinte:

- i. Ecografia mamária com mamografia em simultâneo. Quando, e sempre que necessário, deverá ser feita citologia aspirativa/ biópsia para identificação do diagnóstico histológico

- ii. Diagnóstico histológico e estadiamento
- iii. Ressonância Magnética, Cintigrafia Óssea, Ecografia Abdominal, Rx de Tórax e Análises Clínicas
- iv. Avaliação clínica da situação face aos resultados
- v. Decisão terapêutica:
 - a. Cirurgia que se divide em:
 - ✗ Conservadora (quadractomia ou tumorectomia);
 - ✗ Radical (mastectomia)
 - b. Quimioterapia neo-adjuvante seguida de cirurgia nos casos de carcinoma avançado da mama
- vi. Avaliação oncológica com decisão da necessidade de continuidade de tratamento oncológico.

As decisões em causa, com repercussões no estado psicológico da doente e familiares, implicam a cooperação da família e o seu esclarecimento, face às alterações que se avizinham no corpo da mulher e sua fragilidade emocional, face à ameaça com a qual se confronta. O acompanhamento psicológico revela-se muito importante.

A organização do trabalho e a forma de relacionamento com os doentes que passam por estes processos é fundamental, dada a confiança indispensável que a doente tem que sentir por parte da equipa que a atende. Aliás, esta é uma característica indispensável no trabalho em instituições de saúde.

O tempo de espera para realização da ecografia e mamografia deve ser o mais curto possível, dado o estado de ansiedade que promove na utente, visto que, do seu resultado, ficará pendente a sequência de decisões futuras.

Assim, o médico deve assinalar a necessidade de Urgência do exame.

É crítica a capacidade de resposta da Radiologia e da Anatomia Patológica, neste caso dependente das convenções feitas pela organização e da forma como os serviços se articulam. A acessibilidade aos cuidados relaciona-se com o modo como os diversos actores intervenientes se articulam entre si, no primórdio da comunicação informal entre eles, não obstante o trabalho em rede desenvolvido pela organização no

estabelecimento de avenças e convenções com os diversos prestadores. O relatório Karin Jöns-A5-0159/2003, na c) do ponto 7 refere que “(...)Cada mulher deve ser informada dos resultados de um exame clínico ou de uma mamografia no prazo de cinco dias úteis e que nenhuma mulher com o diagnóstico de cancro de mama tenha que esperar mais que 4 semanas pelo início dos tratamentos”. (vide anexo IV)

No que respeita ao absentismo por doença, para além de se relacionar com vários factores, depende também do tipo de patologia, e do modo como o indivíduo a vivência, como percebe a gravidade da doença e conseqüentemente a iminência de morte.

O estudo contempla a trajectória de uma Patologia relevante em termos de danos em Saúde e também do ponto de vista económico, pois tratar precocemente é menos dispendioso que tratar em fase avançada.

Para o efeito elege-se uma Patologia Oncológica e entre estas selecciona-se o Cancro da Mama.

b. ESCOLHA DA PATOLOGIA

A escolha da Patologia do presente estudo relaciona-se com os seguintes pressupostos:

- I. *“O artigo 152º do tratado CE prevê que, na definição e execução de todas as políticas e acções da Comunidade, seja assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana, e que as acções empreendidas pela Comunidade como complemento das políticas nacionais incluem a luta contra as doenças graves mais disseminadas – como, por exemplo o cancro - , promovendo a investigação das respectivas causas, a prevenção, bem como a educação e a informação no domínio da saúde”*

Resolução do Parlamento Europeu sobre o Cancro da Mama na EU (2002/2279 (INI), considerando A)

- II. As doenças oncológicas são a 2ª causa de morte em Portugal, responsáveis em 2002, por 21% dos óbitos o que representa uma taxa de 214:100 000 hab. “ *O impacto económico e social das neoplasias malignas, para doentes e familiares, são imensos e por isso mesmo a luta contra o Cancro é uma das prioridades inscritas no Programa do XVII Governo Constitucional e no Plano Nacional de Saúde.*” Diário da República - II série n.º 169-2 de Setembro de 2005-12833.
- III. Dentro dos Tumores malignos, a Mama com 4.358 casos diagnosticados, representa a 2ª. localização mais frequente a seguir ao Cólon e Recto, que se encontram agrupadas, desde os zero anos até acima dos 75 anos, que foram 5.714 casos diagnosticados. Contudo entre os grupos etários de população activa esse número é o mais elevado com 2.022 casos, sendo os do cólon e recto de 1.172 casos. Fonte: Cancro em Portugal, IARC Technical Publication Nº 38, Lyon 2002 - Tumores Malignos, número de casos estimados, segundo a localização e o tipo de tumor , por grupo etário, Portugal, 2000 - (Pag.29 Elementos Estatísticos, Informação Geral, SAÚDE 2005- Direcção Geral de Saúde).(7)
- IV. Na EU no ano de 2000, segundo dados da OMS, foram diagnosticados 216.000 novos casos de cancro da mama, e registaram-se 79.000 mortes pela mesma doença. Afecta uma em cada nove mulheres sendo também na EU a causa de mortalidade mais frequente, nas mulheres com idades entre os 35 e 55 anos. (Resolução do Parlamento Europeu sobre o Cancro da Mama na EU (2002/2279 (INI), considerando B).
- V. “*Considerando que todas as mulheres, independentemente do seu local de residência da sua posição social, da sua profissão e da sua formação devem ter acesso à despistagem, ao tratamento e a um acompanhamento de elevada qualidade, embora continuem a existir consideráveis disparidades no que diz respeito a qualidade dos cuidados de saúde prestados às pacientes de cancro na mama e, por conseguinte às possibilidades de sobrevivência das mulheres, consoante o Estado-Membro, a região, e inclusive numa mesma cidade, o estabelecimento hospitalar*”. (Resolução do

Parlamento Europeu sobre o Cancro da Mama na EU (2002/2279 (INI), considerando D).

O ponto 7 do mesmo documento no âmbito da protecção do bem estar psíquico e da integridade física das mulheres prevê que cada mulher seja informada dos resultados da mamografia no prazo de 5 dias e que nenhuma mulher tenha que esperar mais do que quatro semanas pelo inicio do primeiro tratamento oncológico.

Contextualizada a situação da prestação de cuidados de saúde, e apresentados os dois serviços em comparação, reúnem-se as condições para prosseguir o estudo realizando os objectivos do trabalho

2. OBJECTIVOS

Definem-se como objectivos na concretização do trabalho, a realização de dois estudos comparados:

- Estudo comparado na Sãvida e no SNS da acessibilidade à consulta e Terapêutica do Cancro da Mama;
- Estudo comparado na Sãvida e no SNS sobre o absentismo decorrente do Cancro da Mama, e ainda,
- Estudo da influência da acessibilidade no absentismo.

CAPÍTULO III – METODOLOGIA

1. HIPÓTESE

O presente estudo tem como hipótese: **a gestão da trajectória do cancro da mama, no que se refere à acessibilidade aos cuidados das diferentes etapas desta patologia, na Sãvida gera menor absentismo que no público.**

2. TIPO DE ESTUDO UTILIZADO

Para testar a hipótese do presente trabalho foi adoptada a estratégia de efectuar um estudo comparativo retrospectivo da acessibilidade à consulta e terapêutica do Cancro da mama no SNS e na Sãvida e um estudo comparado sobre o absentismo decorrente no cancro da mama no SNS e na Sãvida.

Para tal identificaram-se os tempos (em n.º de dias de espera) que medeiam as diferentes etapas da trajectória da patologia identificada, “Cancro da mama localizado”, nas duas instituições e o absentismo, identificado pelo número total de dias de trabalho perdido pela população-alvo, em cada uma das instituições, no decurso da trajectória desta patologia.

Relativamente à identificação dos tempos que medeiam entre as diferentes etapas da trajectória desta patologia só foi possível considerar para efeitos do estudo o tempo de acesso à 1ª consulta de especialidade, nos casos estudados, consulta de Cirurgia e o tempo desde esta até ao primeiro tratamento para o cancro, que nestes casos foi cirúrgico, mastectomia, por se considerar que:

- A 1ª consulta, a partir da detecção do nódulo pela doente, pode ser feita pelo serviço de urgência em qualquer das instituições;
- O nódulo pode ser detectado no decurso de uma consulta de rotina, na observação do médico;
- Pode também ser detectado, na mamografia/ecografia mamária de rotina;
- A citologia/biopsia do nódulo pode ser feita logo no acto da ecografia ou marcada para outra data. (dependente da organização dos serviços).

O resultado da histologia da citologia/biopsia, numa primeira avaliação da lâmina pode ser comunicado, directamente ao médico assistente nas 24/48 horas seguintes, ou ser dado ao utente que terá de marcar uma próxima consulta. (dependente da organização dos serviços).

A comunicação informal entre os diversos clínicos intervenientes na gestão da trajectória desta patologia é determinante na celeridade de todo este processo e isso também se relaciona com os meios disponibilizados pela Organização. Assim sendo só foi possível identificarmos as seguintes etapas:

- i. Tempo de espera para a primeira consulta da especialidade - (TAPCE)
-Consulta de Cirurgia identificado em número de dias;
- ii. Tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico - (TAPTO) -
Mastectomia- Identificado em número de dias;
- iii. Absentismo continuo gerado pela doença, identificado em numero de dias de ausência ao trabalho pela doença - (DATD).

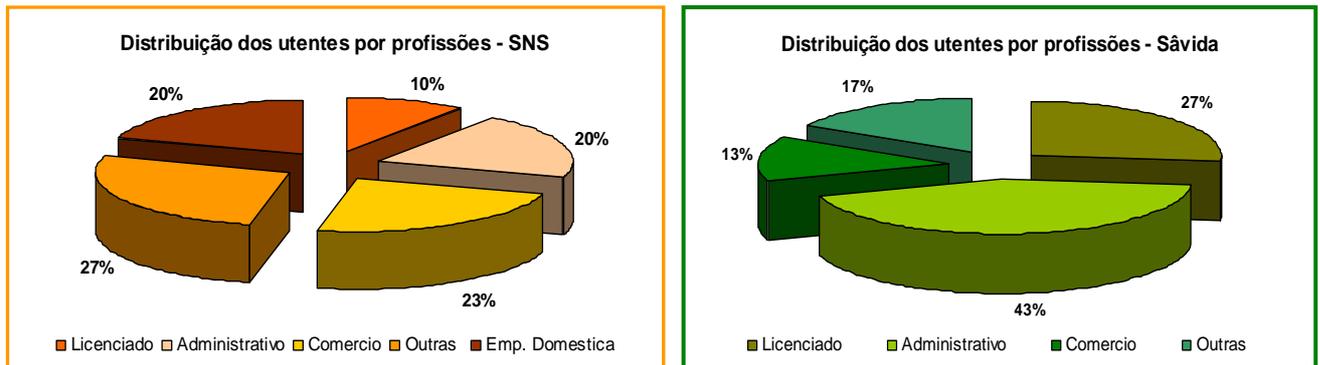
Os dados em análise são variáveis quantitativas. A recolha de dados foi obtida dos processos clínicos constantes dos ficheiros dos médicos de família que colaboraram no estudo, tendo-se para o efeito elaborado uma ficha de identificação e registo dos casos seleccionados.

✱ **Processo de Amostragem:**

A população-alvo, do presente estudo, é constituída pelos utentes assistidos pelo SNS e os utentes assistidos na Sãvida.

A amostra foi recolhida nas duas instituições, SNS e Sãvida - Grupo EDP, na zona da Grande Lisboa. Seleccionaram-se mulheres com cancro da mama localizado, em idade laboral entre os 30 e 60 anos por compreender a faixa etária em que a mortalidade por esta patologia é mais frequente.

GRÁFICO 1 E 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS UTENTES POR PROFISSÕES SNS E SÁVIDA, RESPECTIVAMENTE.



A população estudada contempla 30 utentes com cancro da mama localizado, de cada um dos dois Serviços de saúde com profissões similares (vide tabelas 1 e 2), submetidos ao mesmo tipo de cirurgia, no período de 2000 a 2006, efectuada **por um processo de amostragem dirigida, por conveniência com utentes cujos dados dos processos clínicos se encontravam disponíveis e que se encontravam nos critérios de inclusão do estudo.** Para o efeito foi realizada consulta dos registos dos processos clínicos dos Serviços de saúde e elaborada uma Ficha para Recolha de Dados, em Centros de Saúde das áreas abrangidas pelo Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e pelo Hospital Amadora Sintra, e das extensões da mesma área da Sâvida (vide anexo VI).

Procuraram-se uniformizar as amostras em termos de tratamentos post cirúrgicos, para tornar comparável os dois grupos, incluindo em igual proporção, os tratamentos de quimio e/ou radioterapia, pós-operatórias. Alerta-se o leitor que nos 60 casos estudados o primeiro tratamento oncológico foi a mastectomia, sendo a primeira consulta de especialidade para o Cancro da mama, a de Cirurgia Geral. Não se incluiu no estudo outro tipo de abordagens oncológicas como por exemplo de casos de cancro da mama cujo primeiro tratamento para o Cancro tenha sido quimio ou radioterapia, por apontarem para casos de tumor invasivo e estes casos incidirem sobre tumor que ainda estava no estadio de localizado.

Cada um dos grupos em estudo constitui uma amostra com trinta indivíduos.

CAPÍTULO IV – RESULTADOS E SUA ANÁLISE

No presente estudo, a dimensão das amostras é de trinta indivíduos para cada grupo (amostras pequenas $n=30$), sendo a média das idades de 48,67 anos e 44,13 anos, Sãvida e SNS, respectivamente.

1. ESTUDO DA ACESSIBILIDADE

No estudo da acessibilidade definida pelas variáveis independentes:

- ✘ Tempo de acesso à primeira consulta de especialidade – TAPCE;
- ✘ Tempo de acesso ao primeiro tratamento oncológico – TAPTO.

A. VARIÁVEL - TEMPO DE ACESSO À PRIMEIRA CONSULTA DE ESPECIALIDADE - TAPCE

✘ Sistema de saúde = SNS

Nas tabelas 2 e 3 é observável a análise descritiva da variável e de frequências para o SNS. Estas revelam-nos que no SNS esta variável apresenta uma média de 31,13 dias com intervalo de confiança de 95%, sendo o valor mínimo de 7 dias com uma frequência de 2 casos (6,7%) e o máximo de 70 dias, com uma frequência de 1 caso (3,3%).

A maior percentagem de 16,7%, que corresponde a uma frequência de 5 casos espera 14 dias seguida de 13,3% (4 casos) que esperam 21 dias, 28 dias e 35 dias e 10% (3 casos) esperam 42 dias. A mediana situa-se nos 28 dias (com resposta a 16 casos) de espera para a 1ª consulta de especialidade o desvio padrão é de 16,774.

TABELA 2 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA TEMPO DE ACESSO/ESPERA À 1ª. CONSULTA DE ESPECIALIDADE DO SNS

	ESTATISTICA	ERRO
TEMPO DE ACESSO À CONSULTA DA ESPECIALIDADE		
MEDIA	31,13	3,062
MEDIA APARADA	30,44	
MEDIANA	28,00	
VARIANCIA	281,361	
DESVIO PADRÃO	16,774	
MAXIMO	70	
MINIMO	7	

Fonte: Ferramenta de cálculo SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Science*). (vide anexo V.2)

TABELA 3 - QUADRO DE FREQUÊNCIAS TEMPO DE ACESSO/ESPERA À 1ª. CONSULTA DE ESPECIALIDADE DO SNS

	FREQUENCIA	%	VALIDADE %	% CUMULATIVA
7	2	6,7	6,7	6,7
14	5	16,7	16,7	23,3
15	1	3,3	3,3	26,7
21	4	13,3	13,3	40,0
28	4	13,3	13,3	53,3
30	1	3,3	3,3	56,7
35	4	13,3	13,3	70,0
42	3	10,0	10,0	80,0
49	2	6,7	6,7	86,7
56	2	6,7	6,7	93,3
63	1	3,3	3,3	96,7
70	1	3,3	3,3	100,0
TOTAL	30	100	100,0	#

Fonte: Ferramenta de cálculo SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Science*). (vide anexo V.1)

A. Sistema de saúde = Sãvida

Nas tabelas 2 e 3 é observável a análise descritiva da variável e de frequências para o Sãvida. Estas revelam-nos uma média de 5,3 dias com um intervalo de confiança de 95%, sendo o valor mínimo de 1dia com uma frequência de 6 casos (20%) e o máximo de 15 dias com uma frequência de 2 casos (6,7%).

A maior percentagem de 16,7% que corresponde a uma frequência de 5 casos esperam 2 dias, 13,3% ou seja 4 casos esperam 10 dias e 3 casos esperam 3 e 6 dias. A mediana situa-se nos 4 dias para a 1ª consulta de especialidade (16 casos obtiveram resposta até 4 dias), sendo o desvio padrão de 4,252.

Para a variável TAPCE a Sãvida apresenta valores bastante mais reduzidos, indicando-nos que os doentes obtêm a primeira consulta de especialidade para o cancro da mama, muito mais rapidamente que no SNS o que contribui para a fluidez do processo de gestão da trajectória da doença.

TABELA 4 - QUADRO DE FREQUÊNCIAS TEMPO DE ACESSO/ESPERA À 1ª. CONSULTA DE ESPECIALIDADE DO SÃVIDA

	FREQUENCIA	%	VALIDADE %	% CUMULATIVA
1	6	20,0	20,0	20,0
2	5	16,7	16,7	36,7
3	3	10,0	10,0	46,7
4	2	6,7	6,7	53,3
5	2	6,7	6,7	60,0
6	3	10,0	10,0	70,0
7	1	3,3	3,3	73,3
9	1	3,3	3,3	76,7
10	4	13,3	13,3	90,0
12	1	3,3	3,3	93,3
15	2	6,7	6,7	100,0
TOTAL	30	100	100,0	#

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science) (vide anexo V.3)

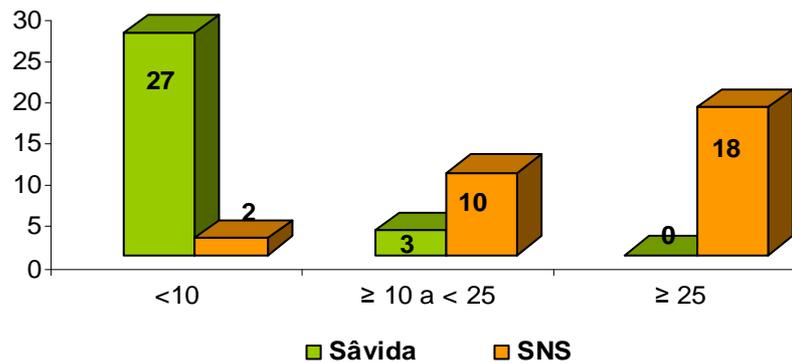
TABELA 5 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA TEMPO DE ACESSO/ESPERA À 1ª. CONSULTA DE ESPECIALIDADE DO SÃVIDA

	ESTATISTICA	ERRO
TEMPO DE ACESSO À CONSULTA DA ESPECIALIDADE		
MEDIA	5,3	,776
MEDIA APARADA	5,00	
MEDIANA	4,00	
VARIANCIA	18,079	
DESVIO PADRÃO	4,252	
MAXIMO	15	
MINIMO	1	

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).(vide anexo v.4)

Como é observável no gráfico 3, 27 utentes da Sãvida obtêm resposta num tempo inferior a 10 dias, enquanto que, no SNS o tempo de espera é superior a 10 dias (28 utentes).

GRÁFICO 3 – TEMPO DE ESPERA PARA A 1.ª CONSULTA DA ESPECIALIDADE



B. VARIÁVEL -TEMPO DE ACESSO PARA O PRIMEIRO TRATAMENTO ONCOLÓGICO – TAPTO

✘ Sistema de saúde = SNS

A análise descritiva para esta variável, no SNS (tabela 6) e a respectiva tabela de frequências (Tabela 7), apresenta uma média de 36,23 dias, com um intervalo de confiança de 5%, sendo o valor mínimo de 21 dias com uma frequência de 6 casos (20% da amostra) e o valor máximo de 84 dias.com um caso (3,3% da amostra).

Podemos observar também que 6 casos, ou seja 20% da amostra esperam 21 dias, 28 dias e 35 dias respectivamente e que 33,3% dos casos ultrapassam os 35 dias, situando-se 13,3% nos 42 dias e 10% nos 49 dias. A mediana situa-se nos 35 dias de espera para a realização da mastectomia sendo o desvio padrão de 14,214.

TABELA 6 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA TEMPO DE ACESSO/ESPERA AO 1º. TRATAMENTO ONCOLÓGICO – SNS

	ESTATISTICA	ERRO
TEMPO DE ACESSO À CONSULTA DA ESPECIALIDADE		
MEDIA	36,23	2,595
MEDIA APARADA	34,81	
MEDIANA	35,00	
VARIANCIA	202,047	
DESVIO PADRÃO	14,214	
MAXIMO	84	
MINIMO	21	

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).(vide anexo v.6)

TABELA 7 -QUADRO DE FREQUÊNCIAS TEMPO DE ACESSO/ ESPERA AO 1º. TRATAMENTO ONCOLÓGICO – SNS

	FREQUENCIA	%	VALIDADE %	% CUMULATIVA
21	6	20,0	20,0	20,0
28	6	20,0	20,0	40,0
30	1	3,3	3,3	43,3
35	7	23,3	23,3	66,7
42	4	13,3	13,3	80,0
49	3	10,0	10,0	90,0
56	1	3,3	3,3	93,3
63	1	3,3	3,3	96,7
84	1	3,3	3,3	100,0
TOTAL	30	100	100	#

Fonte: SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Science*). (vide anexo v.5)

✘ Sistema de saúde = Sãvida

Para a Sãvida (Tabela 8 e 9) a variável, para o mesmo intervalo de confiança de 95%, apresenta uma média de 17,73 dias, sendo o valor mais baixo de 7 dias, com uma frequência de 1 caso e o valor mais alto o de 32 dias, também com a mesma frequência de 1 caso. A frequência mais elevada de 7 casos ou seja 23,3% da amostra apresentam 15 dias de espera e 20% um tempo de espera de 20 dias. A mediana situa-se nesta variável nos 18 dias de espera com 17 casos mastectomizados. O desvio padrão é de 6,153.

TABELA 8 – QUADRO DE FREQUÊNCIAS TEMPO DE ACESSO/ ESPERA AO 1º. TRATAMENTO ONCOLÓGICO – SÃVIDA

	FREQUENCIA	%	VALIDADE %	% CUMULATIVA
7	1	3,3	3,3	3,3
8	1	3,3	3,3	6,7
10	2	6,7	6,7	13,3
12	2	6,7	6,7	20,0
14	1	3,3	3,3	23,3
15	7	23,3	23,3	46,7
17	1	3,3	3,3	50,0
18	2	6,7	6,7	56,7
19	1	3,3	3,3	60,0
20	6	20,0	20,0	80,0
22	1	3,3	3,3	83,3
23	1	3,3	3,3	86,7
25	1	3,3	3,3	90,0
30	2	6,7	6,7	96,7
32	1	3,3	3,3	100,0
TOTAL	30	100	100,0	#

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).(vide anexo v.7)

TABELA 9 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA TEMPO DE ACESSO/ESPERA AO 1º. TRATAMENTO ONCOLÓGICO – SÃVIDA

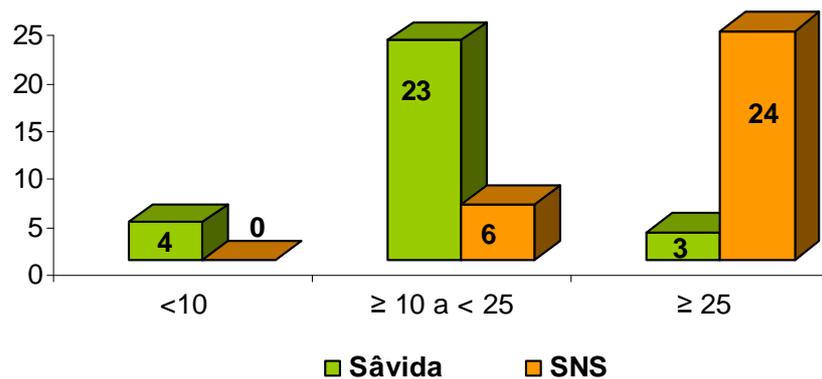
	ESTATISTICA	ERRO
TEMPO DE ACESSO À CONSULTA DA ESPECIALIDADE		
MEDIA	17,73	1,123
MEDIA APARADA	17,56	
MEDIANA	17,50	
VARIANCIA	37,857	
DESVIO PADRÃO	6,153	
MAXIMO	32	
MINIMO	7	

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).(vide anexo v.8)

Da análise comparada destes valores na Sãvida, verifica-se que 80% dos casos iniciam o primeiro tratamento para o Cancro até os vinte dias após a primeira consulta de especialidade, enquanto que no SNS, 21 dias é o valor do mínimo tempo apresentado para responder apenas a 20% dos casos.

Para a variável TAPTO a Sãvida apresenta também valores mais reduzidos contribuindo também, com esta variável, para a fluidez do processo de gestão da trajectória desta doença.

GRÁFICO 4 - TEMPO DE ESPERA PARA O 1.º TRATAMENTO



Em suma, 27 utentes da Sãvida recebem o primeiro tratamento oncológico em menos de 25 dias, enquanto que no SNS, apenas 6 utentes conseguem resposta no mesmo intervalo de tempo (Gráfico 4).

2. ESTUDO DO ABSENTISMO

O estudo do absentismo é analisado em função da variável independente:

- ✗ Número de dias de ausências ao trabalho pela doença – DATD

A. VARIÁVEL - NÚMERO DE DIAS DE AUSÊNCIA AO TRABALHO PELA DOENÇA – DATD

- ✗ Sistema de saúde = SNS

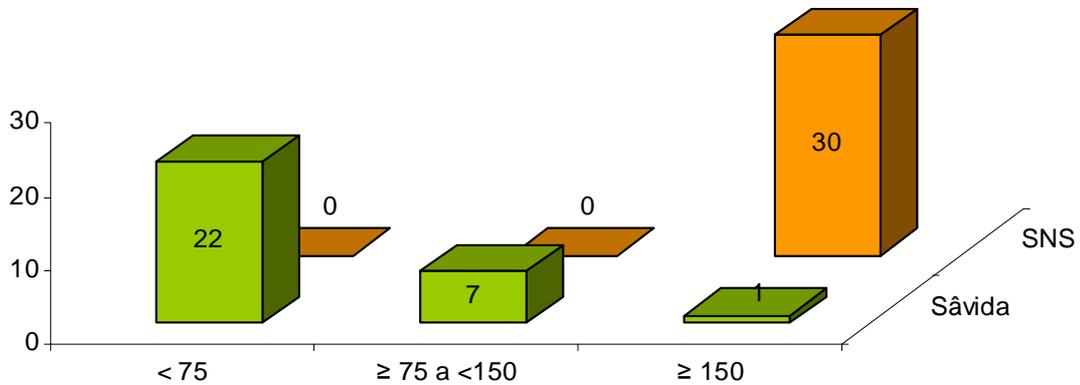
Conforme é observável na tabela 10 e gráfico 5, para o SNS (vide anexos V.9 e V.10), para um intervalo de confiança de 95% a variável em estudo apresenta um valor médio de 722,83, para um mínimo de 180 dias com uma frequência de 2 casos 6,7% da população estudada e um máximo de 1080 dias com 8 casos, 26,7% da mesma população, sendo esta a % mais elevada de casos, seguida de 5 casos, 16,7% com 730 dias e de 3 casos, 10% com 730 e 600 dias respectivamente, situando-se 23,3% da mesma em valores compreendidos entre os 540 e 180 dias.

TABELA 10 – N.º DE DIAS DE AUSÊNCIAS AO TRABALHO PELA DOENÇA

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE			SÁVIDA		
N.º DE DIAS	FREQUENCIA	%	N.º DE DIAS	FREQUENCIA	%
180	2	6,7	10	2	6,7
360	1	3,3	15	1	3,3
365	1	3,3	20	2	6,7
420	1	3,3	30	8	26,7
540	2	6,7	40	1	3,3
570	3	10,0	45	2	6,7
600	3	10,0	60	6	20,0
720	1	3,3	90	7	23,3
730	5	16,7	360	1	3,3
780	1	3,3	TOTAL	30	100,0
900	2	6,7			
1080	8	26,7			
TOTAL	30	100			

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO EM INTERVALOS DO N.º DE DIAS DE AUSÊNCIAS AO TRABALHO PELA DOENÇA PARA AS DUAS AMOSTRAS (SNS, SÃVIDA)



✘ **Sistema de saúde = Sãvida**

Para a Sãvida (vide anexo V.12) a mesma variável, para igual intervalo de confiança apresenta um valor da média de 59,83 dias, para um mínimo de 10 dias com a frequência de 1 caso e o máximo de 360 com igual frequência. A maior percentagem de casos, 96,7% apresenta até 90 dias de ausência ao trabalho pela patologia estudada. Observa-se uma maior concentração nos 30 dias com 26,7% dos casos estudados seguida, de 90 dias com 23,3% e de 60 dias com 20% dos casos.

TABELA 11 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA N.º DE DIAS DE AUSENCIA NO SNS E NA SÃVIDA

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE			SÃVIDA		
	ESTATÍSTICA	ERRO		ESTATÍSTICA	ERRO
MEDIA	722,83	50,398	MEDIA	59,83	11,476
MEDIA APARADA	733,15		MEDIA APARADA	50,93	
MEDIANA	730,00		MEDIANA	45,00	
DESVIO PADRÃO	276,042		DESVIO PADRÃO	62,856	
MAXIMO	1080		MAXIMO	360	
MINIMO	180		MINIMO	10	

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).

Observa-se na tabela 11 que desvio padrão para o SNS é de 276,04 e a média aparada é de 733,15 dias de ausência ao trabalho por esta doença. A mediana situa se nos 730 dias de ausências por doença. Enquanto que para a Sãvida o desvio padrão é de 62,856, a media aparada é 50,93 e a mediana situa se nos 45 dias de ausência ao trabalho por esta doença. Para esta variável a população estudada na Sãvida apresenta valores significativamente menores que a do SNS.

A gestão da trajectória da patologia em estudo, Cancro da Mama, gera menor absentismo na Sãvida que no SNS.

Pelo estudo comparado da acessibilidade e pelo estudo comparado do absentismo, é observado num primeiro momento que a hipótese formulada para a presente investigação é aceitável, ou seja, a gestão da trajectória da doença do cancro da mama, na Sãvida no que se refere a acessibilidade gere menor absentismo que a trajectória da doença do cancro da mama no SNS.

TABELA 12 - RESUMO TAPCE, TAPTO, DATD- VALOR EM DIAS

		SNS	SÃVIDA
TAPCE	MÉDIA	31,13	5,30
	MEDIA APARADA	30,44	5,00
	MEDIANA	28,00	4,00
TAPTO	MÉDIA	36,23	17,73
	MEDIA APARADA	34,81	17,56
	MEDIANA	35,00	17,50
DATD	MÉDIA	722,83	59,83
	MEDIA APARADA	733,15	50,93
	MEDIANA	730,00	45,00

Como é observável na tabela 12, a Sãvida contribui de modo significativo para a diminuição dos TAPCE e TAPTO. Para a média aparada, a variável DATD tem um comportamento distinto pois assume uma expressão de maior importância pelo valor que atinge.

3. MÉTODO APLICADO PARA CÁLCULO/DETERMINAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA ACESSIBILIDADE À CONSULTA E TERAPEUTICA DO CANCRO DA MAMA NO ABSENTISMO

Na análise estatística para medir o impacto da Sãvida na relação de acessibilidade com o absentismo foi utilizado o teste paramétrico: Análise de Variância Simples - ANOVA (1 factor, modelo de efeito fixo) de forma a evidenciar a existência de uma relação directa entre a Acessibilidade (Tempo de Espera 1ª. Consulta de Especialidade e Tempo de Espera para o 1º. Tratamento para o Cancro da Mama) e o Absentismo (Nº. de Dias de Ausências ao Trabalho pela Doença)

Por razões de simplicidade, utilizamos a seguinte notação:

- g - grupos;
- n - observações em cada grupo (planeamento equilibrado);
- Total de $N = gn$ observações.

As observações são designadas por

- Y_{ij} onde $i = 1, \dots,$
- g - identifica o grupo e $j = 1, \dots,$
- n - identifica a posição da cada observação dentro do seu grupo.

$$Y_{ij} = \mu_i + \varepsilon_{ij} = \mu + \tau_i + \varepsilon_{ij}, \text{ onde}$$

- μ_i - representa a média de cada grupo;
- μ - representa a media de todos os grupos;
- τ_i - representa a diferença entre a média total e a média de cada grupo ($\sum_{i=1}^g \tau_i = 0$);
- ε_{ij} - representa um erro aleatório de cada observação sendo estes erros independentes entre si.

Pressupõe-se que: $E_{ij} \rightarrow N(0, \sigma)$, pelo que $Y_{ij} \rightarrow N(\mu_i, \sigma)$, isto significa que cada grupo provem de uma população normal com uma certa média μ_i mas todos com a mesma variância σ^2 .

Hipótese a testar:

$$H_0 = \mu_1 = \mu_2 \text{ vs } H_1 = \mu_i \neq \mu \text{ pelo menos para um } i$$

Prova-se que, se $\mu_1 = \mu_2$, $\rightarrow f = \frac{SR / 1}{SE / n-2} \cap F_{1, n-2}$

F é significativo ao nível de significância α se $F_{obs} > F_{crit} = F_{\alpha, G1, G2}(n-1)$

A. ACESSO À CONSULTA DA ESPECIALIDADE VS ABSENTISMO

Numa primeira fase aplicou-se a ANOVA as variáveis tempo (n.º de dias) de acesso à 1.ª consulta da especialidade e o absentismo (n.º de dias).

TABELA 13 - SUMÁRIO DO MODELO

R	R SQUARE	ADJUSTED R . SQUARE	STD ERRO
0,589 ^a	0,347	0,336	316,890

^a Tempo de acesso à consulta da especialidade

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).(vide anexo v.13)

TABELA 14 - TESTE ANOVA PARA AS VARIÁVEIS TEMPO DE ACESSO À A CONSULTA DA ESPECIALIDADE E O N.º DE DIAS DE AUSÊNCIAS AO TRABALHO POR DOENÇAS

ANOVA ^b					
	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F.	SIG.
REGRESSION	3093577,929	1	3093577,929	30,807	0,000 ^a
RESIDUAL	5824315,404	58	100419,231		
TOTAL	8917893,333	0,59			

^a Tempo de acesso à consulta da especialidade
^b Variável dependente: número de dias de ausências ao trabalho por doenças

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).(vide anexo v.13)

TABELA 15 – COEFICIENTES DO TESTE ANOVA (APLICADO ÀS VARIÁVEIS TEMPO DE ACESSO À A CONSULTA DA ESPECIALIDADE E O N.º DE DIAS DE AUSÊNCIAS AO TRABALHO POR DOENÇAS)

	UNSTANDARDIZED COEFFICIENTS		STANDARDIZED COEFFICIENTS	t	SIG.
	B	STD. ERROR	BETA		
(CONSTANT)	156,993	58,790		2,670	0,010
TEMPO DE ACESSO À CONSULTA DA ESPECIALIDADE	12,864	2,318	0,589	5,550	0,000

Fonte: SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Science).(vide anexo v)

Como é observável na tabela 14,

$$f = \frac{3093577,93 / 1}{5824315,40 / 58} = 30,807$$

O que significa que a variabilidade entre os grupos é de 30,807 vezes maior que a variabilidade dentro dos grupos.

Assim, sendo $f = 30,807 > F_{crit} = 0,00$, uma vez que o p-value é aproximadamente zero, rejeitamos a hipótese nula de igualdade de médias para qualquer nível de significância.

Aplicação do teste (ANOVA) permite concluir que para qualquer nível de significância, as médias dos grupos não são todas iguais, o que quer dizer que existem diferenças significativas no absentismo tendo em conto o tempo de acesso à consulta de especialidade. Ou seja, **existe evidências estatísticas que permitem optar pela não veracidade de H₀.**

B. TEMPO DE ESPERA PARA O 1º TRATAMENTO VS ABSENTISMOS

TABELA 16 – TESTE ANOVA PARA AS VARIÁVEIS TEMPO DE ESPERA PARA O PRIMEIRO TRATAMENTO ONCOLÓGICO E O N.º DE DIAS DE AUSÊNCIAS AO TRABALHO POR DOENÇAS

ANOVA ^b					
	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F.	SIG.
REGRESSION	1769646,447	1	1769646,447	14,359	0,000 ^a
RESIDUAL	7148246,887	58	123245,636		
TOTAL	8917893,333	59			

^a Tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico
^b Variável dependente: número de dias de ausências ao trabalho por doenças

Fonte: SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Science*). (vide anexo v. 13)

Da tabela 16 retira-se o valor de $F = \frac{1769646,447 / 1}{7148246,887 / 58} = 14,359$

O que significa que a variabilidade entre os grupos é de 14,359 vezes maior que a variabilidade dentro dos grupos.

Como $F = 14,359 > F_{crit} = 0,00$, uma vez que o p-value é aproximadamente zero, rejeitamos a hipótese nula de igualdade de médias para qualquer nível de significância. Ou seja, ANOVA permite concluir que para qualquer nível de significância, as médias dos grupos não são todas iguais, o que quer dizer que **existem diferenças significativas no absentismo tendo em conto o tempo de espera para o 1º tratamento.** Existe evidências estatísticas que permite optar pela não veracidade de H_0 .

Para ambos os testes é possível afirmar que o modelo, tem capacidade explicativa estatisticamente significativa.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS, LIMITAÇÕES AO ESTUDO E CONCLUSÕES

1. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para a variável TAPCE a Sãvida apresenta valores bastante mais reduzidos contribuindo para a fluidez do processo de gestão da trajectória da doença.

Para a variável TAPTO a Sãvida apresenta também valores mais reduzidos contribuindo também para a fluidez do processo de gestão da trajectória da doença.

Para a variável DATD a Sãvida apresenta valores substancialmente mais baixos que o SNS.

As duas variáveis TAPCE e TAPTO integram a gestão da trajectória da Patologia estudada –Cancro da Mama pois relacionam-se com o modo como a organização de saúde gere a acessibilidade às várias etapas da trajectória da doença evidencia a celeridade da prestação dos cuidados. É de grande importância a articulação dos vários actores intervenientes no processo.

Confirma-se assim a hipótese colocada na presente investigação:

- ✦ A gestão da trajectória da patologia em estudo, Cancro da Mama, **gera menor absentismo na Sãvida que no SNS.**
- ✦ A acessibilidade aos cuidados influencia o absentismo por doença, **maiores tempos de espera condicionam maior absentismo.**

A Sãvida com a celeridade na prestação dos cuidados de saúde contribui fortemente para o diminuir o número de dias de ausência ao trabalho por doença.

Creemos contudo que diferenças tão acentuadas nos DATD nas duas instituições serão devidas seguramente a outras causas, que não só a acessibilidade às diferentes etapas da trajectória desta doença, muito embora a precocidade do tratamento da doença oncológica seja um requisito prioritário para o sucesso do tratamento, evitando o desenvolvimento da doença e conseqüentemente diminuindo as repercussões físicas e

psicológicas que conduzem à depressão reactiva, e que por sua vez poderá ser uma das causas para as diferenças tão acentuadas nos valores do absentismo.

Outras causas poderão ser apontadas ainda de natureza individual e organizacional que interagem com o equilíbrio psicológico:

- ✘ Sentir o apoio de um serviço de saúde que o acolhe quando o utente adoce, fornecendo-lhe os cuidados de que necessita atempadamente promove segurança e confiança nos cuidados de saúde e do Serviço.
- ✘ Rendimentos mensais mantidos pelo complemento por parte da EDP, ao subsidio de doença da Segurança Social, permitem fazer face aos compromissos dos utentes da Sãvida, quando a doença surge, contrariamente aos utentes do SNS, que vêm os rendimentos reduzidos e por tal se desencadeia mais um factor de preocupação e ansiedade face à sua incapacidade.

A detecção precoce será outro requisito importante que se relaciona com a periodicidade dos exames de rotina e o desenvolvimento do ensino e motivação das mulheres para a auto-palpação, o que obriga a uma auto disciplina que se desenvolve com acções de educação para a saúde motivando os utentes e responsabilizando-os também para o desenvolvimento de estilos e hábitos de vida saudáveis.

2. LIMITAÇÕES AO ESTUDO

A selecção das variáveis resultou de uma observação aturada dos registos constantes das fichas clínicas, e foram as que se tornaram possíveis de recolha na maioria dos processos consultados.

A dispersão dos dados, a dificuldade de recolha, constituem obstáculos difíceis de ultrapassar neste tipo de estudos retrospectivos em que o material de recolha se limita ao existente e não pode ser planeado e devidamente estruturado para os objectivos que o estudo se propõe realizar. Embora saibamos que na Sãvida o tempo de acesso à 1ª consulta de triagem é muito inferior há que existe nos centros de saúde, desperdiçamos esta variável por não nos ser possível obter um registo fidedigno.

Outro tempo que importaria estudar é o tempo que decorre até ao diagnóstico histológico, que também não nos foi acessível de estudar por falta de registos ou dificuldades em nos serem facultados.

Outra limitação foi não ter sido possível, nesta fase, investigar a influência do vínculo afectivo, *commitment*, dos utentes à entidade empregadora, que é a mesma que disponibiliza o plano de Saúde e os cuidados de saúde, mantendo uma tradição da sua cultura de responsabilidade social, que se tem vindo a perpetuar desde o início.

3. CONCLUSÕES E CONSIDERANDOS FINAIS

Conclui-se pelo presente trabalho que há diferenças de Absentismo por doença, para a patologia estudada, nos dois Serviços de Saúde.

O Estudo aponta-nos para o valioso contributo do serviço de Saúde proporcionado pelo grupo EDP/REN e gerido pela Sãvida.

As taxas de absentismo implicam perdas de rendimento importantes para as empresas, custos acrescidos para a Segurança Social, rotação de pessoal, afectação das capacidades produtivas, em suma, disfunções nas organizações/ empresas (grupo produtor), nas Famílias (grupo consumidor) e no Estado (que tem por obrigação aumentar o bem estar social dos cidadãos).

A acção preventiva (evitar a doença é sempre mais barato que tratar), a acção terapêutica que ocorre no menor espaço de tempo, obviando também danos mais graves do ponto de vista clínico e humano (mas também mais caros) no tratamento dos doentes, desenvolvida pela valorização da relação Médico/Doente, colocando o Médico de Família como co-gestor da saúde dos utentes, fomentando a comunicação informal dos diversos actores intervenientes no processo de tratar, é uma orientação chave dos serviços de Saúde praticados pela Sãvida, que tem vindo a contribuir para os resultados acima apresentados, evitando desperdícios de tempos de espera. Esta figura de co-gestor otimiza recursos ao grupo e poupa recursos ao Estado pela racionalização de meios e pela correcta afectação dos mesmos com vantagem para a Sociedade no seu todo.

Assumindo a prestação de cuidados primários e secundários, os serviços de saúde da Sãvida tiram utentes às superlotadas consultas de Clínica Geral e consultas de especialidades médico cirúrgicas do SNS, e também pela prevenção primária que atempadamente realiza.

Ao incluir os cônjuges, no plano de saúde e na prestação dos cuidados de saúde, beneficia as empresas empregadoras destes, também pela celeridade dos cuidados prestados, que envolvem menores dias de ausência ao trabalho, intervindo também na produtividade e diminuição de custos ocultos nessas empresas, havendo assim uma actuação sistémica na comunidade onde se insere.

O desafio sustentado por muitos anos de boas práticas, é reconhecer que a cooperação entre diversas entidades, Públicas e Privadas pode representar ganhos em saúde nos utentes, e maiores efectividades e eficiência no Sistema de Saúde aumentando a equidade. Apresenta-se assim como uma 3ª via, ao actual sistema Público e Privado.

O conhecimento exacto das necessidades dos utentes, bem como o trabalho em rede, tem proporcionado as respostas adequadas às situações e é fundamental para o sucesso dum Serviço de Saúde que decorre da fluidez dos diferentes processos.

Como norma, nas marcações prevê-se guardar períodos, para doentes em idade activa, deixando o resto do dia para doentes reformados ou com baixa, no sentido de não minimizar as ausências ao trabalho. Assim os serviços de saúde contribuem para a produtividade de todo o grupo EDP, auxiliando na criação de valor mas sem beliscar a acessibilidade dos utentes.

O entendimento da GRH numa perspectiva estratégica visa a identificação e desenvolvimento de um conjunto de práticas que promovam a sintonia entre as pessoas e a organização, de modo a que esta atinja os fins a que se destina, cumprindo os objectivos da eficiência e eficácia da organização sendo as pessoas em si mesmo que trazem valor à organização onde se inserem.

Tomando-se a empresa como comunidade social, com objectivos de ordem social, releva-se a Responsabilidade Social das Empresas como visão estratégica de Gestão de Recursos Humanos, atraindo e fidelizando os melhores colaboradores. Esta, por si só, será tida como a melhor imagem de marketing para a organização e conseqüente sucesso do negócio, através do seu impacto socioeconómico, e conseqüente garante de sustentabilidade numa perspectiva de longo prazo.

É nosso entendimento que existe uma dialéctica entre a reflexão sobre custos e a abordagem estratégica da responsabilidade social na gestão dos recursos humanos, tanto mais que não nos podemos alhear do facto de não haver doenças, mas sim doentes, havendo a variável individual de reacção à doença.

Com efeito a optimização desta estratégia nas suas várias vertentes, implica necessariamente uma diminuição nas variáveis dos custos tais como no absentismo, na rotação de pessoal, nos acidentes de trabalho, nos desperdícios e nas reclamações. Assim esta abordagem visa a integração a integração dos valores da ética e do desenvolvimento humano no eixo da eficácia/ eficiência organizacional que visa a coesão social e a sustentabilidade do negócio.

Este vínculo dará a confiança e o envolvimento com a organização que marcará a diferença, com a delegação das responsabilidades, para as Seguradoras, entidades alheias à empresa empregadora e aos doentes, e que provavelmente à semelhança do que acontece com o SNS, em que este vínculo também não existe, e, se relacionará com a rápida reintegração nas actividades laborais, por haver uma motivação forte. Este, provavelmente dará um grande contributo para a diferença de resultados do número de dias de ausência ao trabalho por doença, apresentada no presente trabalho para a mesma patologia.

A matriz fundamental de um Sistema de Saúde, orienta-se no sentido de alcançar finalidades e valores claramente definidos pela Sociedade e que serão o ponto de partida para desafios estratégicos de médio e longo prazo.

A confluência de interesses de todas as partes, aponta-nos para estratégias de cooperação em que todos podem ganhar: as Pessoas, as Empresas e o Estado.

4. SUGESTÕES DE MELHORIA

A investigação realizada para a patologia em estudo confirma-nos uma experiência de sucesso nesta área de cooperação entre o público e o privado dando um grande contributo para a redução do absentismo por doença, e conseqüentemente também sócio económico pelo que seria de grande proveito tanto para o SNS como para as empresas e para o país a sua replicação.

“Somos o que fazemos e fazemos o que nos transforma”

Estélie Morin 1990

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA CITADA

- (1) Duarte, Alzira (2007) Responsabilidade Social das Empresas - moda ou mudança de paradigma de Gestão. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre – ISCTE.
- 2) Barros, Pedro Pita (2005) Economia da Saúde, conceitos e comportamentos, Coimbra: Edições Almedina.
- (3) Mintzberg, Henry (1999). Estruturas e Dinâmica das Organizações. Lisboa: Publicações Dom Quixote. Segunda Edição.
- (4) Orton, J. D. e Weick, K.E.(1990) Loosely Coupled Systems: A Reconceptualization, Academy of Management Review, Vol.15 N.º2 pp 203-223
- Prahalad, C.K. e Ramaswamy, V.(2000) Co-opting Customer Competence Harvard Business Review January-February pp79-87.
- (5) Cremadez, Michel (1992). Le Management Stratégique Hospitalier. InterEditions
- (6) Carvalho, José Crespo, e Dias, Eurico Brilhante (2004) Estratégias Logísticas. Lisboa: Edições Sílabo.
- (7) Elementos Estatísticos, Informação Geral, Saúde 2005 - Direcção Geral de Saúde
Bibliografia consultada.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Bartol, K, Martin, D (2001) Management. Mcgraw-Hill, Third Edition: N York
- Colins, Jim (2001) Good to Great. New York:Harper Collins Publishers
- Drummond, M., O'Brien B, Stoddard, G., Torrance, G (1997)-Methods for the economic evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press.
- Ebers, M. (1999) The Formation of Inter-Organization Networks. New York: Oxford University Press. Kaplan, Robert (2001). Strategic Focused Company, Ed Harvard Business Press

- Folland, Sherman, Allen Goodman and Miron Stano (1997), *The Economics of Health and Health Care*, 2nd Ed., Prentice-Hall: New York
- Lopes, Albino, Teixeira, Reto (1998) *Metodologia da Análise Socioeconómica* Edição IEFP
- Magretta, Joan (2003) - *What Management is*. London: Profile Books Ltd
- Morin, Estelle (1994). *Théories, Représentation et Measures*. Ed. Galtan Morin. Canadá: Montréal.
- Pereira, João (1993) - *Economia da Saúde –Glossário de termos e conceitos-(3ª ed.)*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde
- Quinn, B.; Anderson, P; Finkelstein, S. (1996) *Managing Professional Intellect: Making the Most of the Best*. Harvard Business Review March-April pp71-80
- Ravald, A. e Grönroos, C.(1996) *The value Concept and Relationship Marketing in European Journal of Marketing* Volume 30 nº. 2 pp19-30 57 Copyright MCB University press ISSN 0309-0566
- Rodrigues, Luís A. Carvalho; et al. (2002) – *Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Edições Colibri, Apifarma.
- Saltman, R.; Otter,C.-*Planned markets and public competition*. Buchingham: Open University Press, 1992.
- Starfield, B. (1998) *Primary care: balancing health needs services and technology*. New York: Oxford University Press,
- Senge, Peter; et al. (2000) – *A dança das Mudanças, os desafios de manter o crescimento e o sucesso em organizações que aprendem*. Rio de Janeiro: 5ª Edição, Editora Campus.
- Simões, Jorge (2004), - *Retrato político da Saúde*. Coimbra: Almedina
- *The Primary Health Care: Alma-Ata* (1978). Geneve: WHO. !
- *The World Health Report* (2000): *Health Systems: improving performance*. Genève: WHO
- <http://www.jornaldenegócios.pot/default.asp?Session=&CpContentId=305540>, consultado em 11-03-2008
- <http://www.eurofond.ie/pubdocs/1997/15/pt/1/ef9715pt.pdf> 26 consultado em 20-03-2008

- www.epgbc.org/pdf/Resolution-PT.pdf- (resolução do Parlamento Europeu sobre Cancro da Mama na União Europeia) consultado em 15-09-2008.
- <http://www.enspunl.pt/lgraca/textos11.html> consultado em 07-3-2008
- <http://www.enspunl.pt/lgraca/textos132.html> consultado em 07-3-2008

ANEXOS:

- **ANEXO I** – SAÚDE PARA TODOS – REVISTA EXAME, DE 01-05-2007;
- **ANEXO II** – PIRÂMIDE ETÁRIA DOS UTENTES DA SÁVIDA;
- **ANEXO III** – TAXA DE ABSENTISMO (FORMULA DE CALCULO);
- **ANEXO IV** – CANCRO DA MAMA NA UNIÃO EUROPEIA [P5_TA (2003/0270), RESOLUÇÃO DO PARLAMENTO EUROPEU SOBRE O CANCRO DA MAMA NA UNIÃO EUROPEIA [2002/2279-INI] – RELATÓRIO KARIN JONS – A5-0159/2003;
- **ANEXO V** – TABELAS DO SPSS 15.0;
- **ANEXO VI** – FICHA PARA RECOLHA DE DADOS;
- **ANEXO VII** – APRESENTAÇÃO EM POWER-POINT DA DISSERTAÇÃO DA TESE.

10.º

EDP

3.º melhor empresa portuguesa

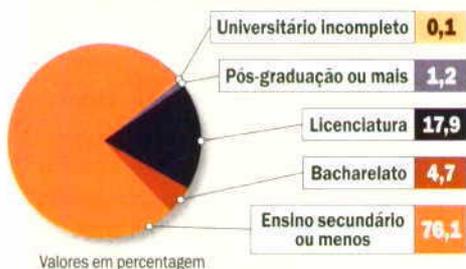
MENÇÕES HONROSAS

► **3.ª Melhor empresa do PSI-20**

RETRATO DA EMPRESA

Empresa	Privada/Internacional
Sector	Produção, distribuição e comércio de electricidade e gás
Localização	Portugal continental, Brasil e Espanha
Facturação (€)	7 mil milhões
Número de colaboradores	8119
Horas de formação por colaborador	31,9 (50,22 para quadros superiores)
Colaboradores recrutados em 2006	127 (13 dos quais são quadros superiores)
Estagiários	99 (mais 129 curriculares)
Saídas voluntárias	109
Saídas involuntárias, incluindo reformas	170
Mulheres em cargos de direcção	41
Colaboradores portugueses a trabalhar no estrangeiro	53
17,5% dos colaboradores são mulheres	
46,7% têm entre 41 e 50 anos	
76,9% trabalham na empresa há mais de 20 anos	

Diplomas da empresa



PONTOS FORTES

- Serviço ao cliente:** Colaboradores sabem qual o contributo para garantir a qualidade.
- Qualidade de serviço:** É uma preocupação presente na organização.
- Missão, visão e valores:** São conhecidos.
- Mudança:** Adapta-se às tendências do sector.
- Ética:** Não há discriminação de raça.

PONTOS QUENTES

- Promoção:** Nem sempre os melhores são promovidos.
- Remuneração:** As pessoas não são pagas de forma adequada ao seu desempenho.
- Avaliação:** O modelo anual não reconhece objectivamente o desempenho.
- Avaliação:** Os critérios anuais não são adequados.
- Reconhecimento:** Nem todos são reconhecidos.

Saúde para todos

A EDP aposta na saúde, comunicação interna, responsabilidade social e formação para ser uma boa empresa para trabalhar

Texto **Helena C. Peralta**

Ter os colaboradores de boa saúde é uma das principais apostas da EDP. O seu plano de saúde, vitalício e complementar ao Serviço Nacional de Saúde, é um dos mais completos a nível nacional. Esta é uma das regalias mais apreciadas pelos seus colaboradores.

A eléctrica nacional criou, ao longo dos anos, uma rede de postos médicos e consultórios aderentes bastante completa, tendo inclusive formado uma empresa, a Sávica, gerida por António Pita de Abreu, administrador da EDP. Esta representa uma despesa anual de 30 milhões de euros, dos quais 10 milhões dizem respeito a medicamentos financiados pela eléctrica aos seus 8 mil trabalhadores, familiares e reformados da empresa. A companhia ainda atribui seguro de vida a alguns quadros, complemento de reforma e pensões para a família em caso de morte.

Ainda no seguimento da sua preocupação pela saúde, o Clube de Pessoal da EDP promove desporto a nível nacional, nomeadamente campeonatos de futebol, golfe, ténis e ainda tem ginásios de norte a sul do país. Existe até um prémio monetário simbólico, que distingue anualmente 12 pessoas, ou seja os três primeiros de quatro classes.

As acções de responsabilidade social, através da Fundação EDP, são também ao nível da saúde, por exemplo, com a doação de sangue. Em 2006 a companhia aprovou uma nova estratégia na área da responsabilidade social, investindo forte em acções

deste género. A fundação, que fora sempre virada para o mecenato cultural – patrocina a Companhia Nacional de Bailado –, aposta agora em áreas como a educação, sustentabilidade, ciência e inovação. A EDP disponibilizou, por exemplo, cerca de 20 pessoas, que não trabalharam durante uma tarde, para dar aulas de empreendedorismo em escolas. Esta foi uma acção que agradou aos colaboradores envolvidos, que acharam a experiência gratificante.

A inovação tem sido, aliás, um aspecto diferenciador na EDP. Foi criada uma empresa própria para esta área, a EDP Inovação, cujo objectivo é gerir o investimento na investigação e inovação. Estima-se que essa aposta passe de 1 milhão de euros para 10 milhões até ao final de 2010.

Ligação às universidades

Simultaneamente esta nova empresa preocupa-se ainda a fazer a ligação às universidades. Aliás, a companhia está já presente em feiras de oferta profissional em diversas instituições de ensino superior. A atracção, formação e retenção de novos colaboradores é uma preocupação constante na EDP. Lecciona cerca de 300 mil horas anuais de formação, em *campus* específicos para o efeito, e facilita a obtenção de graus de escolaridade mais elevada. Centenas de colaboradores já obtiveram, por intermédio da companhia eléctrica, o certificado do 9.º ano de escolaridade.

A eléctrica tem um programa para jovens de elevado potencial, o Projecto Talento, mas ainda é pouco reconhecido pelos colaboradores. Existe um plano de formação em liderança e uma direcção de gestão de recursos humanos de topo, com o intuito de seleccionar os jovens que melhor se destacam dentro da organização.



Colaboradores, familiares e reformados usufruem de um sistema de saúde exemplar

Em matéria de comunicação dentro de portas, António Mexia, presidente da EDP, inaugurou ainda uma sessão de pequenos-almoços com 10 a 12 colaboradores, sobretudo hierarquias de segunda linha, para conhecer melhor as pessoas e comunicar assim os planos globais da empresa. A comunicação interna é, aliás, o forte desta administração, já que os colaboradores sentem que têm um bom conhecimento da estratégia da companhia e sabem bem qual o seu contributo para a melhoria da qualidade do serviço ao cliente. Segundo António Pita de Abreu a divulgação interna destes e outros assuntos é feita através da revista interna *On*, da intranet e através das hierarquias. Regularmente são feitas notas e cartas do presidente comunicando o trilha que a companhia está a seguir.

“A EDP nasceu de um conjunto de empresas, mas agora já está culturalmente estabe-

lizada. Todas as mudanças obrigam a um grande processo de comunicação, penso que as pessoas assimilaram isso bem”, afirma o administrador. Há ainda reuniões gerais onde ninguém fica de fora, e um canal aberto, via *e-mail*, para o presidente responder a todas as perguntas colocadas pelos colaboradores. A realização de concursos anuais, como o 30 Ideias para o Futuro e o Valorizar Ideias, pretende ainda ser um veículo de comunicação entre funcionários e chefias. Os vencedores vêem as suas sugestões ser aplicadas e ainda são reconhecidos dentro da organização.

Um aspecto que, para alguns colaboradores, é ainda negativo, é a questão das promoções e também das avaliações de desempenho. António Pita de Abreu explica que as pessoas esperam ter promoções automáticas, mas o modelo de negócio está em mudança, logo o mérito é cada vez mais importante. “Cerca de um

terço dos efectivos são promovidos de três em três anos”, afirma o administrador da empresa. As avaliações são necessárias para a atribuição do prémio anual, mas a EDP pretende que contribuam cada vez mais para as promoções por mérito.

Premiar os melhores

O pacote salarial da companhia é composto por uma parte fixa e por uma parte variável. A relação entre ambas altera-se à medida que se vai subindo na hierarquia ou na especificidade técnica. A parte variável pode ir de meio ordenado a quatro ordenados e meio anualmente. Existem ainda prémios específicos para determinados projectos desenvolvidos ou para situações honrosas. Por exemplo, um monitor de um campo de férias da EDP salvou 200 crianças e foi premiado pela sua coragem.

A empresa disponibiliza, através de meios próprios, actividades para os filhos dos funcionários, nas férias do Verão e da Páscoa. Subsídios de estudo, apoio para creches e licenças para apoio à família compõem o restante pacote de benefícios. ■

António Mexia fez da comunicação interna um ponto crucial na EDP. Os colaboradores sabem bem qual é o seu papel dentro da companhia

sãvida



> 85

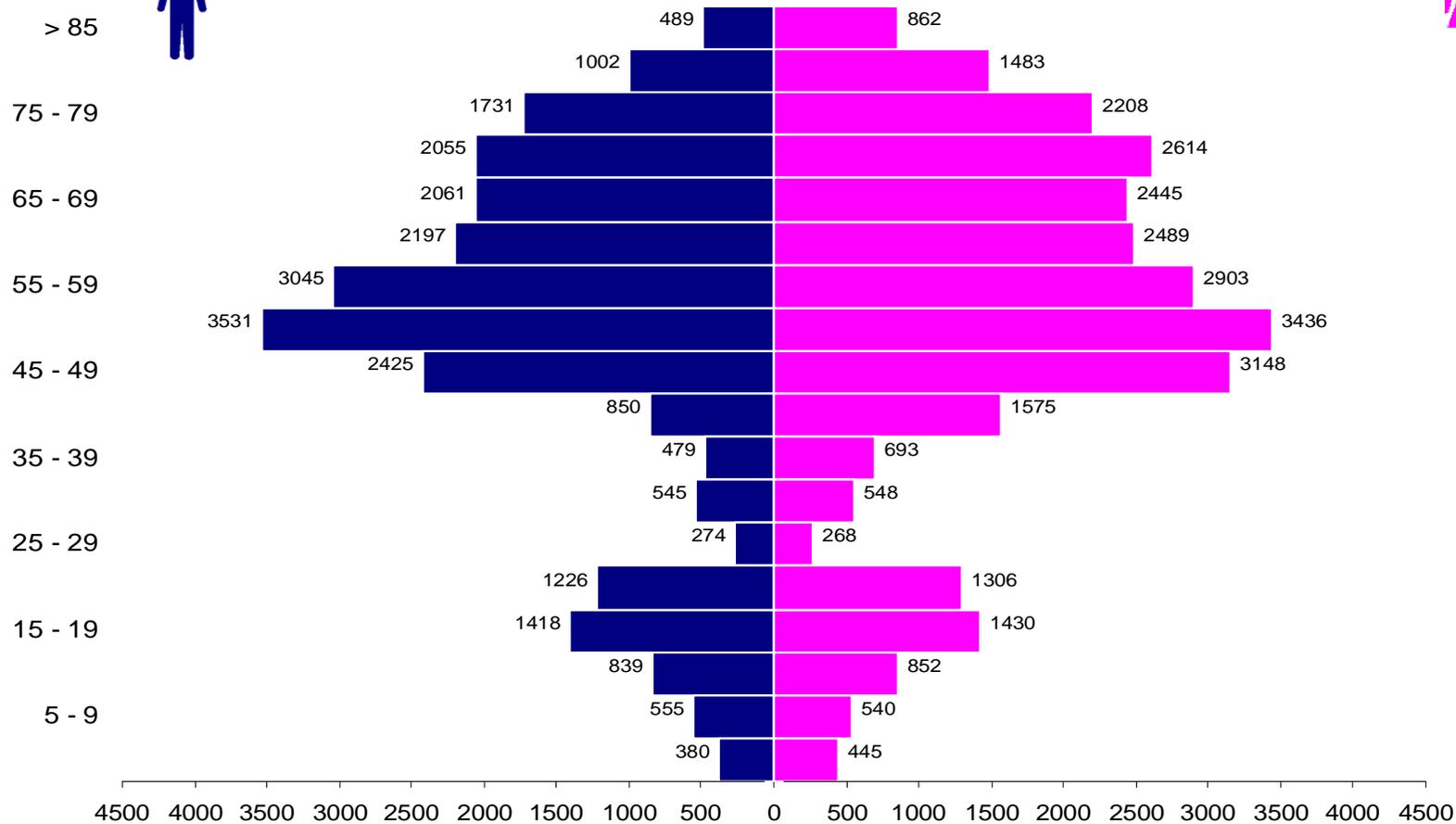


DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA - 2006



**G
r
u
p
o

E
t
á
r
i
o**



Anexo III

Taxa de Absentismo
(Formula de calculo)

A TAXA DE ABSENTISMO POR MOTIVO DE DOENÇA MEDE-SE DA SEGUINTE FORMA:

$$\text{Taxa de Absentismo} = \frac{\text{Número de días perdidos devido a ausencias por doença}}{(\text{Número de trabalhadores}) \times (\text{Número de días de trabalho})} \times 100$$

P5_TA(2003)0270

Cancro da mama na União Europeia

Resolução do Parlamento Europeu sobre o cancro da mama na União Europeia (2002/2279(INI))

O Parlamento Europeu,

- Tendo em conta o artigo 152º do Tratado CE, na versão alterada pelo Tratado Nice,
- Tendo em conta o artigo 35º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia¹,
- Tendo em conta a sua Resolução de 9 de Março de 1999 sobre o relatório da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões sobre o estado da saúde das mulheres na Comunidade Europeia²,
- Tendo em conta a sua Resolução de 13 de Fevereiro de 2003 relativa à comunicação da Comissão sobre as medidas comunitárias e nacionais respeitantes aos implantes mamários³,
- Tendo em conta a sua Resolução de 4 de Outubro de 2001 sobre a patenteação dos genes BRCA 1 e BRCA 2 (“cancro da mama”)⁴,
- Tendo em conta a sua Resolução de 15 de Janeiro de 2003 sobre a Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões sobre o futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira⁵,
- Tendo em conta a Decisão n.º 646/96/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Março de 1996, que adopta um plano de acção de luta contra o cancro no âmbito da acção no domínio da saúde pública (1996-2000)⁶, prorrogada pela Decisão n.º 521/2001/CE⁷ do Parlamento Europeu e do Conselho,
- Tendo em conta a Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Setembro de 2002, que aprova um programa de acção comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008)⁸,
- Tendo em conta a Decisão n.º 1513/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Junho de 2002, relativa ao sexto programa-quadro da Comunidade Europeia de acções em matéria de investigação, desenvolvimento tecnológico e demonstração que

¹ JO C 364 de 18.12.2000, p. 1.

² JO C 175 de 21.6.1999, p. 68.

³ P5-TA(2003)0063.

⁴ JO C 87 E de 11.4.2002, p. 265.

⁵ P5-TA(2003)0015.

⁶ JO L 95 de 16.4.1996, p. 9.

⁷ JO L 79 de 17.3.2001, p. 1.

⁸ JO L 271 de 9.10.2002, p. 1.

visam contribuir para a realização do espaço europeu da investigação e para a inovação (2002-2006)¹,

- Tendo em conta a Directiva 2001/20/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de Abril de 2001, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros respeitantes à aplicação de boas práticas clínicas na condução dos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano²,
 - Tendo em conta a Carta contra o Cancro, adoptada em 4 de Fevereiro de 2000, aquando da primeira Cimeira Mundial sobre o Cancro, realizada em Paris,
 - Tendo em conta as Directrizes Europeias para a Garantia de Qualidade no Rastreo Mamográfico³,
 - Tendo em conta as recomendações da Sociedade Europeia de Mastologia (EUSOMA), intituladas "The requirements of a specialist breast unit"⁴,
 - Tendo em conta as "Recomendações para a despistagem do cancro na União Europeia" do Comité Consultivo para a Prevenção do Cancro⁵,
 - Tendo em conta o artigo 163º do seu Regimento,
 - Tendo em conta o relatório da Comissão dos Direitos da Mulher e da Igualdade de Oportunidades (A5-0159/2003),
- A. Considerando que o artigo 152º do Tratado CE prevê que, na definição e execução de todas as políticas e acções da Comunidade, seja assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana, e que as acções empreendidas pela Comunidade como complemento das políticas nacionais incluem a luta contra as doenças graves mais disseminadas – como, por exemplo, o cancro –, promovendo a investigação das respectivas causas, a prevenção, bem como a educação e a informação no domínio da saúde;
- B. Considerando que, segundo dados da OMS, foram diagnosticados na UE 216.000 novos casos de cancro da mama em 2000, tendo a doença sido nesse ano responsável por 79.000 mortes; considerando igualmente o facto de o cancro da mama ser o tipo de cancro mais frequente na mulher, dado que afecta uma em cada nove mulheres e que é a causa de mortalidade mais frequente na União Europeia nas mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 55 anos;
- C. Considerando que a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia reconhece a todos os cidadãos o direito de acesso a cuidados de saúde preventivos e a tratamento médico;

¹ JO L 232 de 29.8.2002, p. 1.

² JO L 121 de 1.5.2001, p. 34.

³ A 3ª edição, elaborada pela Rede Europeia do Cancro da Mama, foi publicada pela Comissão em 2001.

⁴ In "European Journal of Cancer", n° 36 (2000), pp. 2288-2293.

⁵ Publicado no Jornal Europeu do Cancro, 36 (2000) 1473-1478.

- D. Considerando que todas as mulheres, independentemente do seu local de residência, da sua posição social, da sua profissão e da sua formação, devem ter acesso à despistagem, ao tratamento e a um acompanhamento de elevada qualidade, embora continuem a existir consideráveis disparidades no que diz respeito à qualidade dos cuidados de saúde prestados às pacientes de cancro da mama e, por conseguinte, às possibilidades de sobrevivência das mulheres, consoante o Estado-Membro, a região e, inclusive, numa mesma cidade, o estabelecimento hospitalar;
- E. Considerando que o estudo do Eurocare, realizado em 1999, demonstrou a existência de disparidades inaceitáveis, que podem atingir os 16%, nas taxas de sobrevivência das doentes de cancro da mama nos diversos Estados-Membros, atribuíveis, entre outras causas, às discrepâncias no acesso à despistagem, ao diagnóstico e ao tratamento da doença¹;
- F. Considerando que, até à data, a investigação não permitiu o desenvolvimento de medidas de prevenção eficazes ou o tratamento eficaz da doença independentemente da fase em que ela é diagnosticada, e que 90% dos casos de cancro da mama são curáveis se forem diagnosticados e convenientemente tratados numa fase precoce;
- G. Considerando que o programa comunitário “A Europa contra o Cancro” deu significativos impulsos à luta contra o cancro da mama, de que as Directrizes Europeias para a Garantia de Qualidade no Rastreio Mamográfico, implementadas pela primeira vez em 1992, constituem um exemplo notável dos padrões de qualidade e da aplicação das melhores práticas no domínio da política de saúde a nível europeu;
- H. Considerando que, segundo dados da OMS, uma despistagem de qualidade — que consiste em propor regularmente à população feminina a realização de mamografias gratuitas e voluntárias, seguida de um diagnóstico de acompanhamento, no âmbito de um programa sistemático centrado sobre a população a nível nacional ou regional — poderia reduzir a taxa de mortalidade decorrente do cancro da mama até 35%, nas mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 69 anos, e, segundo determinados estudos científicos, até 20%, nas mulheres com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos;
- I. Considerando que deverá ser propiciado às mulheres com implantes mamários um controlo com equipamento de ultra-sons, dado aqueles serem mais difíceis de examinar;
- J. Considerando que o auto-exame da mama dá um contributo precioso para a percepção do próprio corpo, embora não constitua uma alternativa ao diagnóstico precoce efectuado através de uma mamografia, tanto mais que a OMS concluiu igualmente serem insuficientes as provas abonatórias de que um exame clínico ou um auto-exame da mama reduzam a mortalidade causada pelo cancro da mama;
- K. Considerando que a palpação constitui um meio de grande importância na detecção precoce de carcinomas no lapso de tempo que medeia entre a realização de duas mamografias, bem como no caso das mulheres que, pela sua idade, não podem participar em programas organizados de despistagem;

¹ "Survival of adult cancer patients in Europe diagnosed from 1978-1989: The Eurocare II study, European Journal of Cancer", Vol. 34, n° 14.

- L. Considerando que a detecção precoce, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento na convalescença do cancro da mama só devem ser assegurados por equipas médicas interdisciplinares, compostas por médicos especialistas, uma vez que o recurso a tais equipas pode permitir um aumento substancial da taxa de sobrevivência das mulheres em causa;
- M. Considerando que, no caso desta doença, um enquadramento médico de qualidade pode permitir, a médio e longo prazo, uma redução das despesas na área da saúde, na medida em que permite evitar exames e tratamentos desnecessários e que uma detecção precoce do carcinoma da mama conduzirá a um número inferior de operações dispendiosas e tratamentos pós-operatórios;
- N. Considerando que se deverá proporcionar às pacientes a melhor qualidade de vida possível, já que o tratamento do cancro da mama se faz acompanhar de um importante sofrimento físico e psíquico;
- O. Considerando que as mulheres atingidas pela doença devem ser devidamente informadas pelos seus médicos sobre o diagnóstico e o tratamento da doença, envolvidas nas decisões relativas às opções de carácter terapêutico e alertadas para os efeitos secundários;
- P. Considerando que, até à data, nem todos os Estados-Membros adoptaram uma regulamentação específica sobre os direitos das pacientes, pelo que, actualmente, os direitos em causa são para elas pouco transparentes;
1. Exorta os Estados-Membros e a Comissão a fazerem da luta contra o cancro da mama uma prioridade em matéria de política de saúde, bem como a desenvolverem e a implementarem estratégias eficazes para melhorar a prevenção, a despistagem, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento da doença, a fim de assegurar a prestação de cuidados da melhor qualidade possível em toda a Europa;
 2. Exorta os Estados-Membros a comprometerem-se com o objectivo de criar, até 2008, as condições necessárias que permitam reduzir em 25% a taxa média de mortalidade do cancro da mama na UE e baixar para 5% as disparidades que caracterizam a taxa de sobrevivência de cinco anos entre os diversos Estados-Membros;
 3. Critica o facto de as Directrizes Europeias para a Garantia de Qualidade no Rastreamento Mamográfico, em apenas oito dos quinze Estados-Membros, terem permitido o desenvolvimento de programas nacionais de despistagem; insta, por conseguinte, os Estados-Membros a porem em prática, tão depressa quanto possível, um modelo de despistagem bienal, conforme com as Directrizes Europeias, para todas as mulheres entre os 50 e, pelo menos, os 69 anos de idade, o qual, no contexto de programas centrados na população e em que o voluntariado permita taxas de participação superiores a 70%, seja capaz de respeitar os critérios de qualidade seguidamente enumerados:
 - a realização da despistagem em estabelecimentos previstos e certificados para o efeito, em unidades fixas ou móveis, sob a tutela desses estabelecimentos, nos quais a avaliação dos casos suspeitos seja também levada a cabo por uma equipa pluridisciplinar em unidades especializadas,

- a interpretação independente de cada mamografia por dois radiologistas num ensaio duplo cego, realizando cada um deles um número mínimo de 5 000 diagnósticos por ano,
 - a verificação regular da qualidade de imagem e do teor de radiações emitidas pelo equipamento, assim como do processo de desenvolvimento, e
 - a participação regular dos médicos e do pessoal médico em acções de formação profissional complementar;
4. Insta a que, nos controlos de despistagem, se disponha de aparelhos de ultra-sons capazes de realizar exames em mulheres portadoras de implantes mamários, que inibem a penetração de raios X;
5. Afirma o direito de todas as mulheres vítimas de cancro da mama a serem tratadas por uma equipa interdisciplinar, exortando, por isso, os Estados-Membros a criarem uma rede geral de centros de tratamento interdisciplinar devidamente certificados, que permitam uma cobertura a nível nacional e respondam às seguintes normas de qualidade:
- a realização de, pelo menos, 150 intervenções cirúrgicas por ano, após o primeiro diagnóstico;
 - a obrigatoriedade de esses centros serem dirigidos por um médico altamente qualificado e especializado no domínio do cancro da mama; a obrigatoriedade de a equipa interdisciplinar integrar cirurgiões experientes em operações da mama e que pratiquem exclusivamente intervenções deste tipo, bem como radiologistas, oncologistas e patologistas, enfermeiros(as) e assistentes de radiologia igualmente especializados em doenças da mama, para além de um responsável pela gestão dos dados;
 - a realização de uma conferência interdisciplinar sobre os casos em tratamento, pelo menos uma vez por semana, em que será analisado um caso tanto na fase pré-operatória como pós-operatória;
 - a garantia da qualidade dos resultados assegurada por trabalhos de investigação clínica;
 - a participação regular dos médicos e do pessoal médico em acções de aperfeiçoamento profissional;
 - através de um teste a realizar periodicamente e em que deverão ser bem sucedidos, os médicos e o restante pessoal médico comprovarão possuírem conhecimentos suficientes e devidamente actualizados na especialidade;
 - a realização de exames de controlo e de acompanhamento na convalescença em cooperação estreita com o centro interdisciplinar;
 - a prestação de acompanhamento oncopsicológico, de apoio psicoterapêutico e de cuidados de fisioterapia, para além da possibilidade de acesso a serviços sociais;

6. Congratula-se com o facto de, no Sexto Programa-Quadro de Investigação, terem sido consagrados, no total, 400 milhões de euros à investigação no domínio do cancro, exortando a Comissão e os Estados-Membros a:
- a) melhorarem a coordenação dos trabalhos de investigação nacionais e europeus;
 - b) assegurarem que uma medicina baseada em provas sirva também de base para o tratamento do cancro da mama na Europa;
 - c) transporem o mais depressa possível para o tratamento de casos concretos os progressos obtidos no âmbito da investigação fundamental, bem como redobrar os esforços no plano da investigação clínica, em particular os ensaios clínicos coordenados pela Organização Europeia de Investigação e Tratamento do Cancro (EORTC) e levados a efeito em centros e clínicas de oncologia em toda a União Europeia;
 - d) aumentarem, em comparação com o passado, os meios postos à disposição da investigação no domínio do cancro da mama, a fim de
 - intensificar o estudo das causas da doença e as formas de terapia;
 - melhorar a previsão dos efeitos da terapia e da segurança dos resultados;
 - estudar com profundidade acrescida a relação entre o cancro da mama e os factores potenciais de risco, como o tabaco, a alimentação, as hormonas e o estilo de vida (excedente ponderal, exercício físico);
 - aumentar a investigação sobre os protocolos terapêuticos em meio hospitalar e ambulatório, a fim de evitar que, no futuro, as doentes padeçam de constrangimentos desnecessários a nível clínico e médico;
 - instituir um método de avaliação normalizado das mulheres em risco de desenvolver um cancro da mama de origem hereditária;
7. Insta os Estados-Membros, no âmbito das suas responsabilidades, a:
- a) seguirem as recomendações da OMS e a elaborarem planos de acção nacionais de luta contra o cancro, com a participação de todos os actores relevantes;
 - b) desenvolverem e a actualizarem de forma constante novas directrizes, fundadas na observação dos factos, sobre a despistagem precoce, o diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento do cancro da mama, a instaurarem um serviço nacional de coordenação do cancro da mama e a garantirem a aplicação dessas directrizes através de um processo transparente de auditorias;
 - c) protegerem o bem-estar psíquico e a integridade física das mulheres, garantindo
 - que cada mulher seja informada dos resultados de um exame clínico ou de uma mamografia no prazo de cinco dias úteis e que nenhuma mulher com um diagnóstico de cancro da mama tenha de esperar mais do que quatro semanas pelo início dos tratamentos;

- que, a fim de reduzir o número de mastectomias desnecessárias, todas as mulheres tenham a possibilidade de beneficiar, nos casos em que tal se justifique, de uma cirurgia de conservação da mama, e que, na medida do possível, a reconstrução seja feita com tecidos da própria paciente e dentro do prazo mais curto possível;
 - que, antes de se submeterem a uma intervenção, as mulheres beneficiem de um diagnóstico pré-operatório fidedigno (nomeadamente, através de uma biópsia minimamente invasiva);
 - que as portadoras de implantes mamários obtenham um cartão de doente, de que constem as particularidades do implante e os indispensáveis cuidados pós-operatórios;
- d) garantirem o reembolso das despesas com acessórios complementares, como as perucas, as próteses para o peito e as drenagens linfáticas realizadas no âmbito do acompanhamento;
- e) difundirem, através da criação de correspondentes programas de formação e de formação contínua, especialidades como a de cirurgião especialista em mamografia, de enfermeira especialista em cancro da mama ou de oncopsicólogo, tal como já existem, e com êxito, nalguns Estados-Membros;
- f) criarem centros de aconselhamento médico e psicológico para as mulheres que apresentem um risco hereditário provável de contrair a doença, bem como a proporcionarem um programa reforçado de despistagem às mulheres que tenham tido um teste positivo;
- g) aprovarem uma regulamentação especial sobre os direitos das pacientes que lhes reconheça os seguintes direitos:
- direito a tratamento médico adequado e de qualidade, ministrado por pessoal médico qualificado, em consultórios e estabelecimentos hospitalares devidamente equipados e organizados para o efeito,
 - direito a informação e aconselhamento pelo médico de forma compreensível, profissional e adequada, antes, durante e após o tratamento,
 - direito da própria a tomar uma decisão depois de ter sido amplamente informada,
 - direito de a paciente aceder e consultar a documentação sobre o tratamento,
 - direito à confidencialidade e à protecção dos dados pessoais,
 - direito à apresentação de uma queixa,
 - direito a um segundo parecer médico em caso de cancro;

- h) associarem, num grau mais elevado do que o praticado até à data, as organizações de doentes às decisões em matéria de política de saúde e a apoiarem de forma adequada o trabalho por elas desenvolvido;
 - i) ocuparem-se da melhoria dos dados disponíveis e a instaurarem, o mais depressa possível, registos nacionais do cancro, conformes com as normas da Rede Europeia de Registos Oncológicos, com o propósito de recolher no espaço da União Europeia dados relevantes e comparáveis sobre a evolução do cancro e, em particular, do cancro da mama;
8. Solicita à Comissão que:
- a) de futuro, promova de forma adequada, no âmbito do Programa de Acção em matéria de Saúde Pública (2003-2008), os projectos inovadores herdados do programa "A Europa contra o Cancro", como a Rede Europeia do Cancro da Mama, a Rede Europeia de Registos Oncológicos e a Rede Europeia de Investigação Prospectiva sobre Cancro e Alimentação (EPIC);
 - b) congregue as actividades existentes das Direcções-Gerais da Saúde, da Investigação e da Sociedade da Informação, por forma a criar uma página da UE na Internet consagrada ao cancro, na qual tanto cidadãos e leigos, como médicos e investigadores, possam encontrar informações devidamente qualificadas sobre esta doença, fornecidas por investigadores nacionais e europeus, pelas sociedades médicas, pelas associações de doentes, etc., com uma linguagem de fácil compreensão e em diferentes línguas;
 - c) apresente uma breve nota com a proposta de recomendação do Conselho sobre a despistagem do cancro baseada nas "Recomendações sobre a Despistagem do Cancro na União Europeia", elaboradas pelo Comité Consultivo sobre a Prevenção do Cancro, nota essa que reforce a importância de uma abordagem estruturada e coerente da despistagem do cancro (cancro da mama, cancro do colo do útero, cancro colorectal e cancro da próstata); considera fundamental uma abordagem coordenada a nível europeu a fim de evitar uma despistagem ineficaz, de baixa qualidade e ditada por razões oportunistas; o Parlamento Europeu compromete-se, por sua vez, a participar neste processo;
9. Realça a importância dos estudos clínicos para o progresso da medicina; saúda a adopção da citada Directiva 2001/20/CE; considera que a formulação das disposições de execução deve ter em conta as necessidades dos centros de investigação; manifesta-se apreensivo face à eventualidade de que o objectivo de uma harmonização das disposições legislativas, regulamentares e administrativas relativas à investigação clínica não seja atingido e que não sejam removidos os obstáculos aos estudos clínicos em que actualmente participam vários Estados-Membros;
10. Exorta os Estados-Membros com regiões do Objectivo 1 a que, face às grandes diferenças regionais no acesso à despistagem precoce, ao diagnóstico e ao tratamento do cancro da mama, canalizem mais dotações dos Fundos Estruturais para financiar a infra-estrutura do sistema de saúde;

11. Reitera a sua preocupação face às possíveis consequências da concessão pelo Instituto Europeu das Patentes de patentes dos genes BRC AC 1 e BRC A2 ("cancro da mama"); solicita ao IEP que reconsidere a patenteação destes genes e insta o Conselho, a Comissão e os Estados-Membros a assegurarem que o código genético humano esteja à livre disposição da investigação em todo o mundo, e que os monopólios baseados em patentes não impeçam as aplicações médicas de determinados genes humanos;
12. Insta a Comissão a organizar, em cooperação com a Presidência italiana, no final de 2003 — momento em que os últimos projectos serão concluídos — uma conferência com o objectivo de promover o balanço final do programa "A Europa contra o Cancro", na perspectiva do novo Programa de Acção no domínio da Saúde (2003-2008);
13. Manifesta a sua preocupação face à taxa de sobrevivência comparativamente baixa das mulheres com cancro da mama nos países candidatos; exorta estes países a intensificarem os seus esforços na luta contra o cancro da mama e insta a Comissão a organizar um intercâmbio estruturado de experiências com os futuros Estados-Membros;
14. Insta a Comissão a elaborar, em cooperação com os Estados-Membros, e até à realização da Cimeira da Primavera de 2006, um relatório das medidas tomadas pelos Estados-Membros, com base nos progressos realizados, visando uma tomada de decisão sobre outras medidas de luta contra o cancro da mama;
15. Encarrega o seu Presidente de transmitir a presente resolução ao Conselho, à Comissão e aos parlamentos dos Estados-Membros.

ANEXO V.1 – QUADRO DE FREQUÊNCIAS TEMPO DE ACESSO/ESPERA À 1ª. CONSULTA DE ESPECIALIDADE DO SNS

Tempo de acesso à consulta da especialidade ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7	2	6,7	6,7	6,7
14	5	16,7	16,7	23,3
15	1	3,3	3,3	26,7
21	4	13,3	13,3	40,0
28	4	13,3	13,3	53,3
30	1	3,3	3,3	56,7
35	4	13,3	13,3	70,0
42	3	10,0	10,0	80,0
49	2	6,7	6,7	86,7
56	2	6,7	6,7	93,3
63	1	3,3	3,3	96,7
70	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

^a. Sistema de saúde = SNS

ANEXO V.2 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA TEMPO DE ACESSO/ESPERA À 1ª. CONSULTA DE ESPECIALIDADE DO SNS

Descriptives ^a

		Statistic	Std. Error	
Tempo de acesso à consulta da especialidade	Mean	31,13	3,062	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	24,87	
		Upper Bound	37,40	
	5% Trimmed Mean	30,44		
	Median	28,00		
	Variance	281,361		
	Std. Deviation	16,774		
	Minimum	7		
	Maximum	70		
	Range	63		
	Interquartile Range	27		
	Skewness	,592	,427	
	Kurtosis	-,367	,833	

^a. Sistema de saúde = SNS

ANEXO V.3. – QUADRO DE FREQUÊNCIAS TEMPO DE ACESSO/ESPERA À 1ª. CONSULTA DE ESPECIALIDADE DO SÃVIDA

Tempo de acesso à consulta da especialidade ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	6	20,0	20,0	20,0
2	5	16,7	16,7	36,7
3	3	10,0	10,0	46,7
4	2	6,7	6,7	53,3
5	2	6,7	6,7	60,0
6	3	10,0	10,0	70,0
7	1	3,3	3,3	73,3
9	1	3,3	3,3	76,7
10	4	13,3	13,3	90,0
12	1	3,3	3,3	93,3
15	2	6,7	6,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

^a. Sistema de saúde = Sãvida

ANEXO V.4. – ESTATÍSTICA DESCRITIVA TEMPO DE ACESSO/ESPERA À 1ª. CONSULTA DE ESPECIALIDADE DO SÃVIDA

Descriptives ^a

	Statistic	Std. Error
Tempo de acesso à consulta da especialidade	Mean	5,30 ,776
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound Upper Bound
		3,71 6,89
	5% Trimmed Mean	5,00
	Median	4,00
	Variance	18,079
	Std. Deviation	4,252
	Minimum	1
	Maximum	15
	Range	14
	Interquartile Range	7
	Skewness	,913 ,427
	Kurtosis	-,144 ,833

^a. Sistema de saúde = Sãvida

ANEXO V.5. – QUADRO DE FREQUÊNCIAS TEMPO DE ACESSO/ESPERA PARA O 1º. TRATAMENTO ONCOLÓGICO DO SNS

Tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21	6	20,0	20,0
	28	6	20,0	40,0
	30	1	3,3	43,3
	35	7	23,3	66,7
	42	4	13,3	80,0
	49	3	10,0	90,0
	56	1	3,3	93,3
	63	1	3,3	96,7
	84	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

^a. Sistema de saude = SNS

ANEXO V.6. – ESTATÍSTICA DESCRITIVA TEMPO DE ACESSO/ESPERA PARA O 1º. TRATAMENTO ONCOLÓGICO DO SNS

Descriptives^a

		Statistic	Std. Error	
Tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico	Mean	36,23	2,595	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	30,93	
		Upper Bound	41,54	
	5% Trimmed Mean	34,81		
	Median	35,00		
	Variance	202,047		
	Std. Deviation	14,214		
	Minimum	21		
	Maximum	84		
	Range	63		
	Interquartile Range	14		
	Skewness	1,519	,427	
	Kurtosis	3,218	,833	

^a. Sistema de saude = SNS

ANEXO V.7. – QUADRO DE FREQUÊNCIAS TEMPO DE ACESSO/ESPERA PARA O 1º. TRATAMENTO ONCOLÓGICO DO SÃVIDA

Tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 7	1	3,3	3,3	3,3
8	1	3,3	3,3	6,7
10	2	6,7	6,7	13,3
12	2	6,7	6,7	20,0
14	1	3,3	3,3	23,3
15	7	23,3	23,3	46,7
17	1	3,3	3,3	50,0
18	2	6,7	6,7	56,7
19	1	3,3	3,3	60,0
20	6	20,0	20,0	80,0
22	1	3,3	3,3	83,3
23	1	3,3	3,3	86,7
25	1	3,3	3,3	90,0
30	2	6,7	6,7	96,7
32	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

^a. Sistema de saúde = Sãvida

ANEXO V.8. – ESTATÍSTICA DESCRITIVA TEMPO DE ACESSO/ESPERA PARA O 1º. TRATAMENTO ONCOLÓGICO DO SÃVIDA

Descriptives ^a

	Statistic	Std. Error
Tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico	Mean	17,73
	95% Confidence Interval for Mean	1,123
	Lower Bound	15,44
	Upper Bound	20,03
	5% Trimmed Mean	17,56
	Median	17,50
	Variance	37,857
	Std. Deviation	6,153
	Minimum	7
	Maximum	32
	Range	25
	Interquartile Range	5
	Skewness	,574
	Kurtosis	,833

^a. Sistema de saúde = Sãvida

ANEXO V. 9. – QUADRO DE FREQUÊNCIAS Nº. DE DIAS DE AUSÊNCIA AO TRABALHO NO SNS

Número de dias de ausência ao trabalho pela doença ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	180	2	6,7	6,7
	360	1	3,3	10,0
	365	1	3,3	13,3
	420	1	3,3	16,7
	540	2	6,7	23,3
	570	3	10,0	33,3
	600	3	10,0	43,3
	720	1	3,3	46,7
	730	5	16,7	63,3
	780	1	3,3	66,7
	900	2	6,7	73,3
	1080	8	26,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

^a. Sistema de saúde = SNS

ANEXO V. 10. – ESTATÍSTICA DESCRITIVA Nº. DE DIAS DE AUSÊNCIA AO TRABALHO NO SNS

Descriptives ^a

		Statistic	Std. Error	
Número de dias de ausência ao trabalho pela doença	Mean	722,83	50,398	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	619,76	
		Upper Bound	825,91	
	5% Trimmed Mean	733,15		
	Median	730,00		
	Variance	76199,454		
	Std. Deviation	276,042		
	Minimum	180		
	Maximum	1080		
	Range	900		
	Interquartile Range	518		
	Skewness	-,165	,427	
	Kurtosis	-,762	,833	

^a. Sistema de saúde = SNS

ANEXO V.11. – QUADRO DE FREQUÊNCIAS Nº. DE DIAS DE AUSÊNCIA AO TRABALHO NO SÃVIDA

Número de dias de ausência ao trabalho pela doença ^a

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10	2	6,7	6,7
	15	1	3,3	10,0
	20	2	6,7	16,7
	30	8	26,7	43,3
	40	1	3,3	46,7
	45	2	6,7	53,3
	60	6	20,0	73,3
	90	7	23,3	96,7
	360	1	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

^a. Sistema de saúde = Sãvida

ANEXO V. 12. – ESTATÍSTICA DESCRITIVA Nº. DE DIAS DE AUSÊNCIA AO TRABALHO NA SÃVIDA

Descriptives ^a

	Statistic	Std. Error
Número de dias de ausência ao trabalho pela doença	Mean	59,83
	95% Confidence Interval for Mean	11,476
	Lower Bound	36,36
	Upper Bound	83,30
	5% Trimmed Mean	50,93
	Median	45,00
	Variance	3950,833
	Std. Deviation	62,856
	Minimum	10
	Maximum	360
	Range	350
	Interquartile Range	60
	Skewness	3,949
	Kurtosis	,427
		,833

^a. Sistema de saúde = Sãvida

ANEXO V. 13. – ANOVA – ACESSO À CONSULTA DA ESPECIALIDADE VS ABSENTISMO

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,589 ^a	,347	,336	316,890

^a. Predictors: (Constant), Tempo de acesso à consulta da especialidade

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3093577,929	1	3093577,929	30,807	,000 ^a
	Residual	5824315,404	58	100419,231		
	Total	8917893,333	59			

^a. Predictors: (Constant), Tempo de acesso à consulta da especialidade

^b. Dependent Variable: Número de dias de ausência ao trabalho pela doença

Coefficients ^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	156,993	58,790		2,670	,010
	Tempo de acesso à consulta da especialidade	12,864	2,318	,589	5,550	,000

^a. Dependent Variable: Número de dias de ausência ao trabalho pela doença

ANEXO V. 14. – ANOVA – ACESSO AO TRATAMENTO VS ABSENTISMO

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1769646,447	1	1769646,447	14,359	,000 ^a
	Residual	7148246,887	58	123245,636		
	Total	8917893,333	59			

^a. Predictors: (Constant), Tempo de espera para o primeiro tratamento oncológico

^b. Dependent Variable: Número de dias de ausência ao trabalho pela doença

Ficha para recolha de dados

N^o de identificação ficheiro: _____ Instituição de saúde: _____

N^o de identificação do estudo: _____

A-Idade: _____

B- Profissão: _____

C- Tempo de acesso para primeira consulta da especialidade: _____
(Cirurgia Geral)

D- Tempo de acesso para o primeiro tratamento com actividade tumoral: _____
(Mastectomia)

E- Número de dias de ausência ao trabalho no decurso da doença: _____

A- Idade

B- Profissão

C- Tempo de acesso para a primeira consulta da especialidade em número de dias -
TAPCE

D- Tempo de acesso para o primeiro tratamento com actividade tumoral em número de
dias - **TAPTO**

E- Número de dias de ausência ao trabalho por esta doença - **DATD**

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

**CANCRO DA MAMA:
ANÁLISE COMPARADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NA RELAÇÃO DA ACESSIBILIDADE COM O
ABSENTISMO**

Orientador:

Prof. Doutor Luís Martins

Co-orientador:

Dr. Victor Hugo Pereira

Maria Teresa Morais

IDENTIFICAÇÃO DOS **SERVIÇOS DE SAÚDE**

OS 2 SERVIÇOS DE SAÚDE OBJECTO DO PRESENTE ESTUDO

SÃVIDA
QUE GERE
E EXECUTA O
PLANO DE SAÚDE
DOS
TRABALHADORES E
FAMILIARES DO
GRUPO EDP

SNS
GERIDO PELO
ESTADO
(MINISTÉRIO DA
SAÚDE E
ORGANISMOS DELE
DEPENDENTES)

PROPOSIÇÃO

INFLUÊNCIA DA **ACESSIBILIDADE** À CONSULTA E TERAPÊUTICA DO CANCRO DA MAMA NO **ABSENTISMO**

ESTRATÉGIA

- 1 - ESTUDO COMPARADO DA ACESSIBILIDADE À CONSULTA E TERAPÊUTICA DO CANCRO DA MAMA NA SÃVIDA E NO SNS.
- 2 - ESTUDO COMPARADO SOBRE O ABSENTISMO DECORRENTE DO CANCRO DA MAMA NA SÃVIDA E NO SNS.

HIPÓTESE

A GESTÃO DA TRAJECTÓRIA DA
DOENÇA DO CANCRO DA MAMA, NA
SÃVIDA NO QUE SE REFERE À
ACESSIBILIDADE,

GERA MENOR ABSENTISMO

QUE A TRAJECTÓRIA DA DOENÇA
DO CANCRO DA MAMA NO SNS.

METODOLOGIA

ESTUDO COMPARATIVO RETROSPECTIVO

FORAM DEFINIDAS VARIÁVEIS CONTÍNUAS
INDEPENDENTES E DEPENDENTES

ANÁLISE QUANTITATIVA

ANÁLISE ESTATÍSTICA

METODOLOGIA

ESTUDO COMPARATIVO RETROSPECTIVO

DEFINIU-SE PROTOCOLO DE ESTUDO

A POPULAÇÃO ALVO:

UTENTES DE SEXO FEMININO COM CANCRO DA MAMA ASSISTIDAS NO SNS E NA SÃVIDA

A POPULAÇÃO A ESTUDAR:

- 60 MULHERES,**
- COM CANCRO DA MAMA LOCALIZADO,**
- SUBMETIDAS A MASTECTOMIA (RADICAL MODIFICADA),**
- NO PERÍODO DE 2000 A 2006,**
- EM IDADE LABORAL (ENTRE OS 30 E 60ANOS) SENDO**
- 30 ASSISTIDAS NO SNS E 30 ASSISTIDAS NA SÃVIDA.**

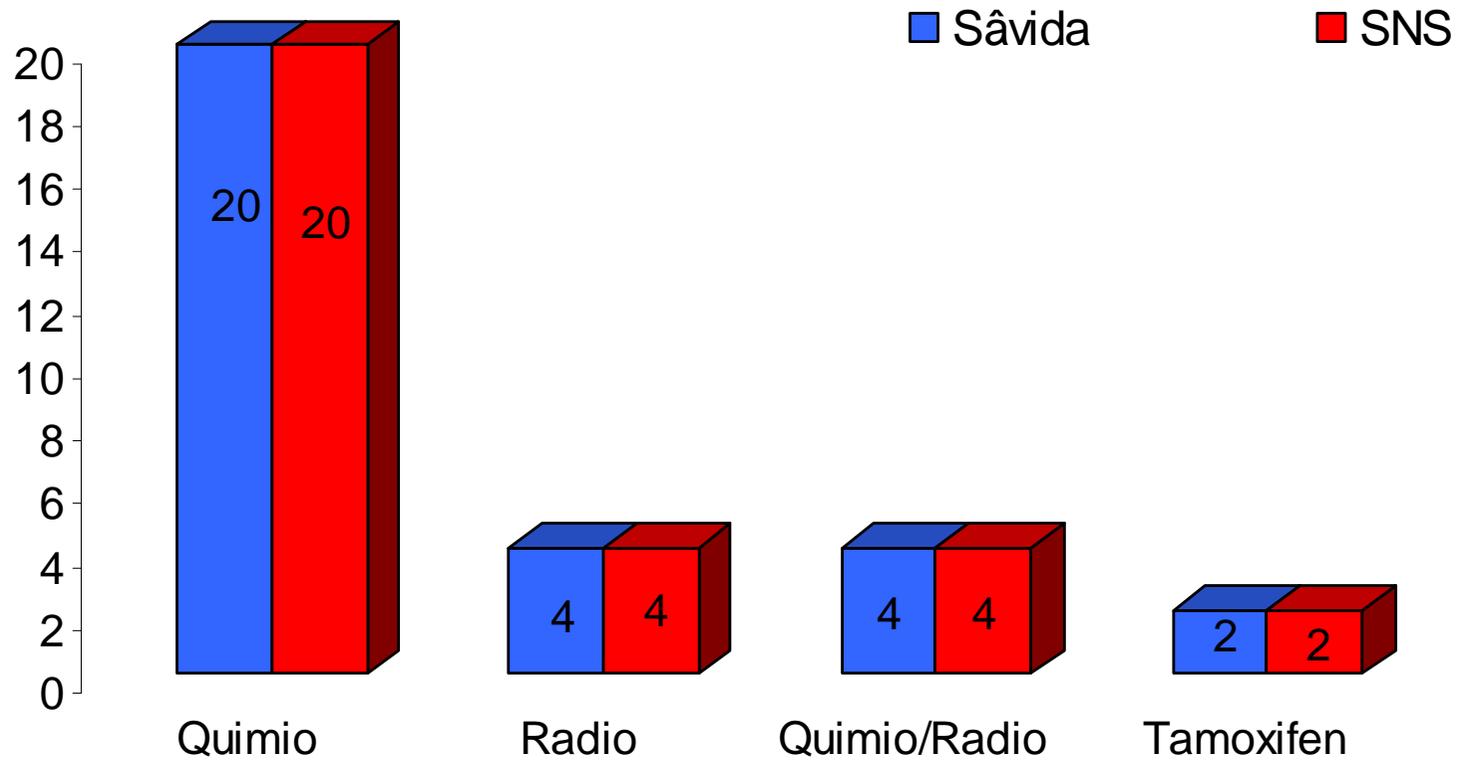
METODOLOGIA

ESTUDO COMPARATIVO RETROSPECTIVO

DEFINIU-SE PROTOCOLO DE ESTUDO

- **PROCESSO DE AMOSTRAGEM POR CONVENIÊNCIA.**
- **UNIFORMIZAÇÃO DAS AMOSTRAS EM TERMOS DE TRATAMENTOS POST CIRÚRGICOS.**

TRATAMENTOS ADJUVANTES



METODOLOGIA

ESTUDO COMPARATIVO RETROSPECTIVO

DEFINIÇÃO DO PROTOCOLO DE ESTUDO

CRITÉRIO UTILIZADO PARA DEFINIR O TIPO DE UTENTES A INCLUIR NO ESTUDO COM ESTA PATOLOGIA DE MODO DE PERMITIR COMPARAR AS DUAS AMOSTRAS:

FOI O TIPO DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA REALIZADA, COMO PRIMEIRO TRATAMENTO PARA O CANCRO DA MAMA.

METODOLOGIA

ESTUDO COMPARATIVO RETROSPECTIVO

DEPOIS PROCURARAM-SE OS DADOS PRÉ-EXISTENTES

**A AMOSTRA FOI RECOLHIDA DOS PROCESSOS
CLÍNICOS:**

- **FOI ELABORADA UMA FICHA DE RECOLHA DE DADOS**
- **OS DADOS FORAM RECOLHIDOS NA ZONA DA GRANDE LISBOA, NOS DOIS SERVIÇOS DE SAÚDE (SNS E SAVIDA).**

IDENTIFICAÇÃO DAS **AMOSTRAS**

Cada um dos grupos em estudo constitui uma amostra com trinta indivíduos (amostras pequenas $n \leq 30$).

**TRINTA (30)
CASOS
DIAGNOSTICADOS
E TRATADOS NA
SÃVIDA
(N=30),
CUJA MÉDIAS
DAS IDADES
É DE **48,67** ANOS.**

VERSUS

**TRINTA (30)
CASOS
DIAGNOSTICADOS
E TRATADOS NO
SNS
(N=30),
CUJA MÉDIAS
DAS IDADES
É DE **44,13** ANOS.**

IDENTIFICAÇÃO DAS **VARIÁVEIS INDEPENDENTES**

TAPCE

**TEMPO
DE
ACESSO
À
PRIMEIRA
CONSULTA DE
ESPECIALIDADE**

TAPTO

**TEMPO
DE
ACESSO
PARA O
PRIMEIRO
TRATAMENTO
ONCOLÓGICO**

DATD

**NÚMERO
DE
DIAS
DE AUSÊNCIA
AO TRABALHO
PELA
DOENÇA**

IDENTIFICAÇÃO DAS **VARIÁVEIS DEPENDENTES**

ACESSIBILIDADE

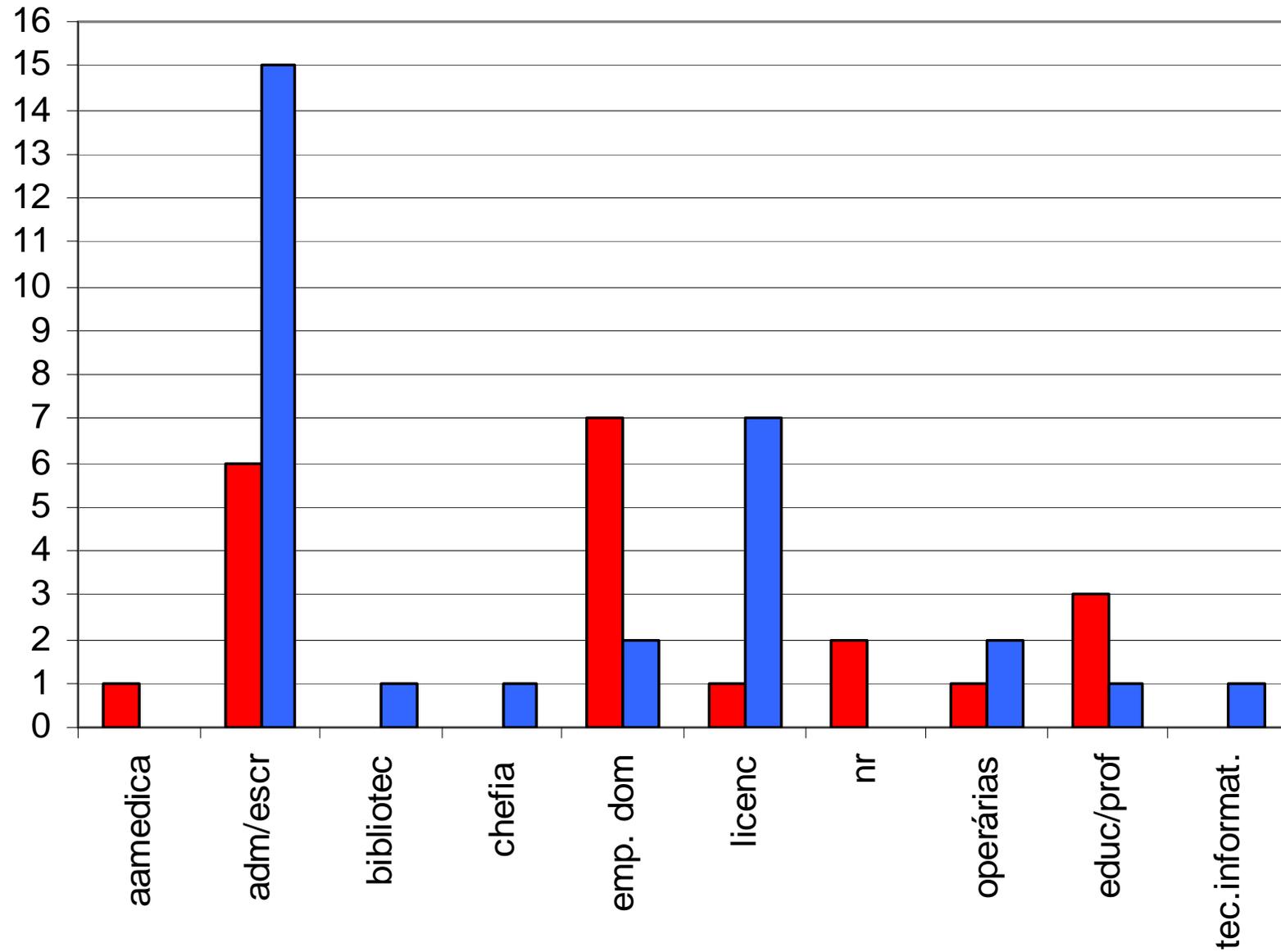
TAPCE – TEMPO DE ACESSO À PRIMEIRA
CONSULTA DE ESPECIALIDADE

TAPTO – TEMPO DE ACESSO PARA O
PRIMEIRO TRATAMENTO
ONCOLÓGICO

ABSENTISMO

DATD – NÚMERO DE DIAS DE AUSÊNCIA
AO TRABALHO PELA DOENÇA

Profissões por Serviço de Saúde



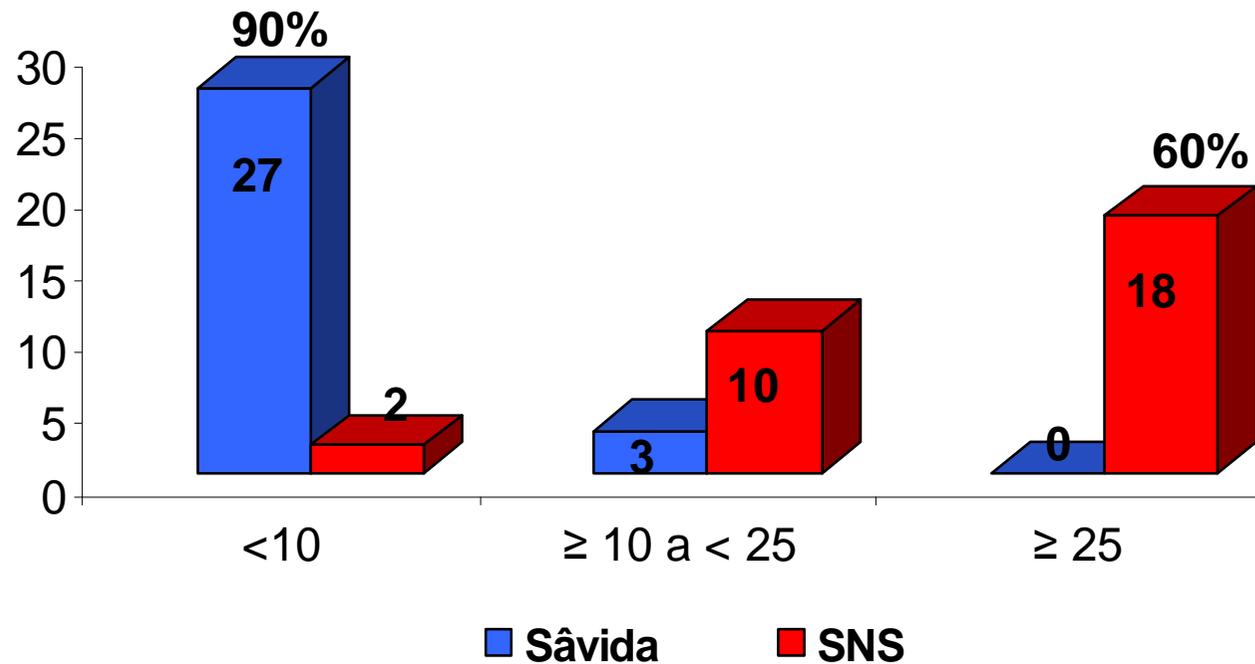
RESULTADOS

A SÃVIDA contribui de modo significativo para a diminuição dos valores das Variáveis **TAPCE** E **TAPTO**.

		SNS	SAVIDA
	Média	31,13	5,30
TAPCE	M.Aparada	30,44	5,00
	Mediana	28,00	4,00
	Média	36,23	17,73
TAPTO	M Aparada	34,81	17,56
	Mediana	35,00	17,50

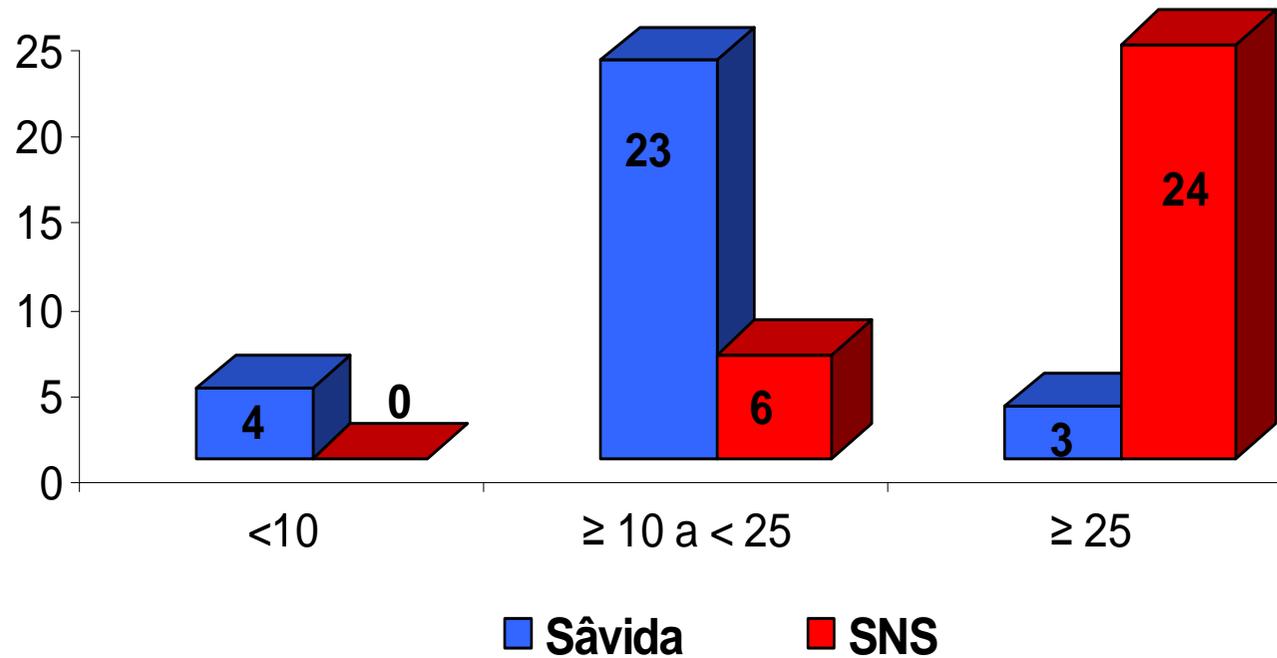
RESULTADOS

Tempo de espera para a 1ª. Consulta da Especialidade



RESULTADOS

Tempo de espera para o 1º. Tratamento Oncológico (Cirurgia)



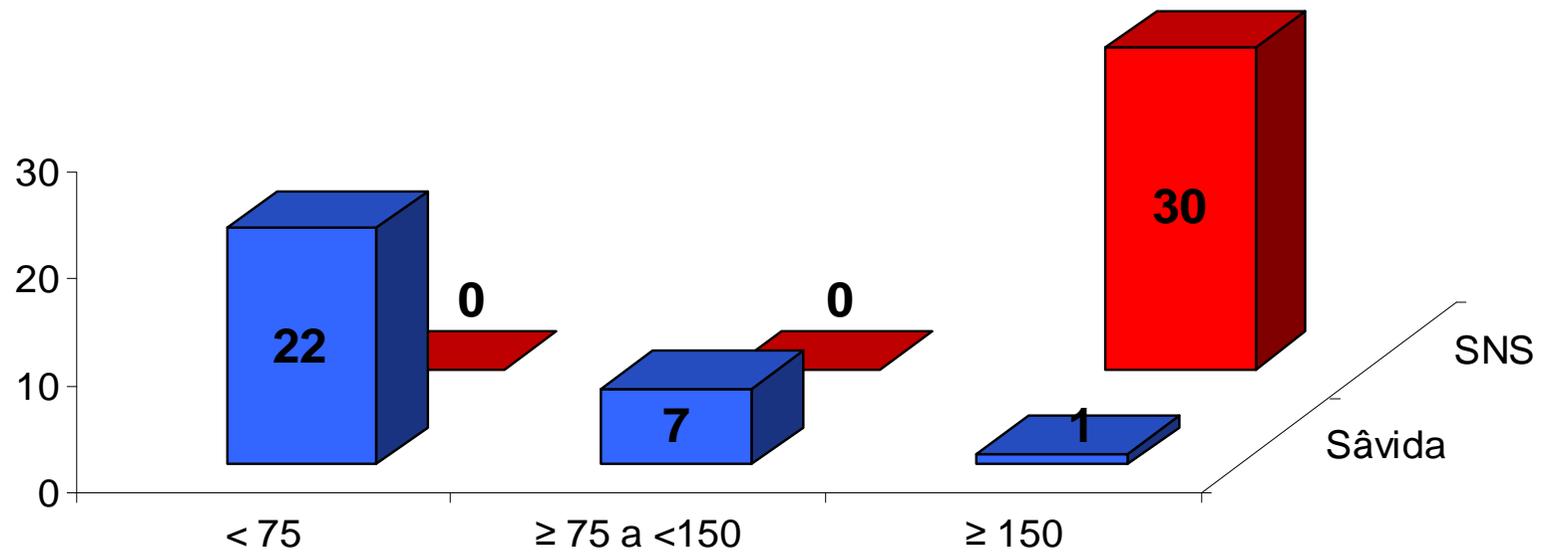
RESULTADOS

PARA A MÉDIA APARADA,
A VARIÁVEL **DATD**
TEM UM COMPORTAMENTO DISTINTO
POIS ASSUME
UMA EXPRESSÃO DE MAIOR IMPORTÂNCIA
PELO VALOR QUE ATINGE.

		SNS	SAVIDA
	Média	722,83	59,83
DATD	M Aparada	733,15	50,93
	Mediana	730,00	45,00

RESULTADOS

NÚMERO DE DIAS DE BAIXA



CONCLUSÕES

Comprovou-se que não havia relação no que respeita às amostras estudadas, entre o SNS e a Sãvida.

Comprovou-se que são amostras distintas, realidades diferentes, logo independentes entre si.

O teste estatístico ANOVA mostrou que a Hipótese Nula H_0 foi rejeitada pelo que a Hipótese Alternativa foi confirmada:

**H_a : A GESTÃO DA TRAJECTÓRIA DA DOENÇA
DO CANCRO DA MAMA, NA SÃVIDA
NO QUE SE REFERE À ACESSIBILIDADE,
GERA MENOR ABSENTISMO
QUE A TRAJECTÓRIA DA DOENÇA
DO CANCRO DA MAMA NO SNS**

CONCLUSÕES

Neste estudo, há o cuidado de referir que podem contribuir para tão grande discrepância dos resultados apresentados no absentismo, por Cancro da Mama, várias causas

CONCLUSÕES

Aspectos de natureza individual

Falta de disponibilidade por razões
ou de saúde, financeiras, familiares.

Negação da doença.

Desconhecimento sobre o tema.

Aspectos de natureza social.

CONCLUSÕES

Razões de ordem laboral que levam à falta de disponibilidade para se ausentarem e podem levar a adiar as consultas e os exames auxiliares de diagnóstico.

CONCLUSÕES

Desadequação do SNS da oferta de serviços em tempo útil, com demoras no acesso à

1ª. Consulta de Clínica Geral.

CONCLUSÕES

No entanto...

A Sãvida com a celeridade na prestação dos cuidados de saúde contribui fortemente para diminuir o número de dias de ausência ao trabalho pelo Cancro da Mama.

CONCLUSÕES

No comparativo das médias
aparadas, o estudo mostra que o
número de dias de ausência ao
trabalho na Sãvida,
para o Cancro da Mama é de apenas
6,9%
em relação ao número de dias de
absentismo pelas mesmas causas na amostra
retirada dos Centros de Saúde do SNS.

CONCLUSÕES

A investigação realizada para a patologia em estudo confirma-nos uma experiencia de sucesso nesta área de cooperação entre o público e o privado.

Há uma redução do **absentismo por doença** com todas as externalidades positivas na sociedade e na Doente.

CONCLUSÕES

A replicação do modelo de complementaridade do SNS por planos equivalentes ao da EDP/REN geridos pela Sãvida em outras empresas privadas, seria uma solução, para a melhoria da prestação de cuidados de saúde no País.

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

**MUITO OBRIGADO
AOS PRESENTES
PELA ATENÇÃO
DISPENSADA**

Maria Teresa Morais

Lisboa, 21 de Maio de 2009

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde

**CANCRO DA MAMA:
ANÁLISE COMPARADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
NA RELAÇÃO DA ACESSIBILIDADE COM O
ABSENTISMO**

Orientador:

Prof. Doutor Luís Martins

Co-orientador:

Dr. Victor Hugo Pereira

Maria Teresa Morais