



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Escola Nacional de Saúde Pública

VI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde 2010-2012

Terapia da Fala no Serviço Nacional de Saúde: avaliação das necessidades de recursos humanos

Trabalho de Projeto de Investigação

Orientador: Professor Doutor Julian Perelman

Discente: Rita Marina da Silva Paixão

Lisboa, Dezembro de 2012

AGRADECIMENTOS

Neste trabalho procurei não só crescer a nível pessoal e profissional, mas também possibilitar um melhor conhecimento aos leitores do trabalho do Terapeuta da Fala, profissão que tanto gosto de exercer.

Agradeço ao Professor Doutor Julian Perelman, meu orientador, pelo profissionalismo, disponibilidade, incentivo, orientação e supervisão científica no estudo.

Aos Terapeutas da Fala que participaram e se disponibilizaram a contribuir algum do seu tempo para a concretização deste trabalho, sem eles não seria possível. Espero de alguma forma conseguir contribuir para o crescimento da nossa profissão.

Aos meus amigos que se preocuparam e me motivaram a concluir a dissertação. Nos momentos bons e maus, foram eles que tantas vezes me incentivaram a seguir em frente. Às amigas que criei neste curso, que deram mais alento ao mesmo e proporcionaram ânimo e boa disposição nos momentos mais difíceis.

À minha família mais próxima, pais, irmão e cunhada pelo apoio em seguir em frente na minha formação. Às minhas sobrinhas por compreenderem os momentos de maior ausência. Obrigada pelo amor, atenção e por fazerem de mim a pessoa que sou.

Ao meu namorado, pela atenção, ânimo, compreensão e, acima de tudo, por todo o amor.

A todas as pessoas que de alguma forma estiveram envolvidas na sua elaboração, um profundo obrigado pela colaboração neste completar de mais uma etapa de vida.

RESUMO

O planeamento dos recursos humanos em saúde é um assunto relevante na formulação de políticas, face às importantes alterações nos cuidados e necessidades, características demográficas e socioeconómicas. Este planeamento consiste na estimativa do número de profissionais necessários para se atingir determinados objetivos, existindo diferentes métodos para a sua realização.

Segundo a Direção Geral de Saúde considera-se adequado um Terapeuta da Fala para 60.000 habitantes – valores calculados através de estudos de prevalência de doença. Porém, o número de recursos humanos encontra-se intimamente ligado à produtividade, determinada através de unidades de medida como os procedimentos. Nesta área, fatores como a complexidade dos doentes e trabalho indireto, podem influenciar o produto final.

Neste estudo pretende-se averiguar a necessidade de recursos humanos em Terapia da Fala, analisando a atividade destes serviços nos hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo e aplicando a fórmula de preconização proposta pelo Ministério da Saúde, baseada num modelo de oferta. Participaram no estudo 23 Terapeutas da Fala de 9 instituições hospitalares. Foi construída uma folha de registo do trabalho diário, preenchida durante cinco dias não consecutivos, averiguando-se assim o tempo gasto nas diferentes atividades. Verificou-se que 63,21% do horário laboral é utilizado na concretização de atos diretos e 36,76% gasto em atos indiretos, relacionados com os utentes, não contabilizados na fórmula proposta.

Incluindo as diferentes componentes (atos diretos e indiretos), constata-se que o número de profissionais existentes na região de Lisboa e Vale do Tejo é adequado, embora numa análise por instituição o resultado seja contraditório.

Palavras-chave: planeamento; recursos humanos; Terapia da Fala; produtividade; atos diretos; atos indiretos.

ABSTRACT

Healthcare human resources management is a relevant issue in policy formulation, addressing changes in care providing and needs, as well as demographic and socioeconomic features. It is composed by the estimate number of healthcare professionals needed to achieve the proposed targets and there are different methods of performing it.

According to the “Direção Geral de Saúde”, one Speech Therapist is considered sufficient for 60.000 inhabitants – figures calculated by using disease prevalence studies. However, the number of human resources is intricately linked to productivity determined by measure units such as procedures. Thus, factors like patient complexity and indirect work can influence the final result.

This study intends to ascertain the human resources needs in Speech Therapy by evaluating the activity of these hospital services in the “Lisboa e Vale do Tejo” region and applying the advocating formula proposed by the Health Ministry, based in a supply model. The study involved 23 Speech Therapists from 9 hospitals. A log sheet of daily work was filled for 5 non consecutive days, to appraise the time spent in different activities. We found that 63,21% of the work schedule was spent in performing direct actions, while 36,76% was used in patient related indirect actions, which are not accounted for in the proposed formula.

Including the different components, (direct and indirect actions), we find that the existing number of healthcare professionals in the “Lisboa e Vale do Tejo” region is sufficient, although a contradictory result is achieved when conducting an institution driven analysis.

Key-words: planning, human resources, speech and language pathologist, productivity; direct actions; indirect actions.

ÍNDICE

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract.....	IV
Índice.....	V
Índice de tabelas	VII
Índice de ilustrações.....	IX
Índice de abreviaturas.....	X
Introdução.....	1
1. Planeamento de recursos humanos em saúde.....	5
1.1. A importância dos recursos humanos em saúde	6
1.2. Políticas de saúde	9
1.3. Modelos de planeamento em saúde	13
1.4. Projeções em Portugal.....	21
2. Necessidades médicas.....	23
2.1. Cuidados de saúde primários – Portugal Continental.....	26
2.2. Cuidados de saúde rede hospitalar – Portugal Continental.....	28
2.3. Rácios de cobertura populacional pelos médicos.....	29
2.4. A situação Internacional	30
2.5. A situação em Portugal.....	32
3. Medicina Física e de Reabilitação	33
3.1. População alvo dos serviços de Medicina Física de Reabilitação.....	33
3.2. Caracterização da rede de Medicina Física de Reabilitação.....	33
3.3. Rede atual de prestadores de Medicina Física de Reabilitação.....	36
3.4. Normas de recursos humanos na Medicina Física de Reabilitação	36
3.5. Estrutura organizacional atual dos serviços de Medicina Física de Reabilitação	39
3.6. Acesso dos utentes à Medicina Física de Reabilitação	41
3.6.1. Acessibilidade	41
3.6.2. Disponibilidade.....	41
4. O Terapeuta da Fala	43
4.1. Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne	43

4.2. Âmbito de intervenção do Terapeuta da Fala	44
4.3. Locais de prestação de cuidados	47
4.4. Distribuição demográfica dos Terapeutas da Fala na Europa	48
4.5. O Terapeuta da Fala em Portugal	50
5. Produtividade em Terapia da Fala	52
5.1. Cálculo da necessidade dos Terapeutas da Fala em Portugal.....	55
6. Metodologia	57
6.1. Tipo de estudo.....	57
6.2. Desenho da investigação	58
6.2.1. Objetivos	58
6.2.2. Instrumento de recolha de dados.....	58
6.2.3. Amostra	59
6.2.4. Procedimentos	59
6.2.5. Tratamento de dados	60
7. Resultados	61
8. Discussão.....	73
9. Conclusão	78
Bibliografia	81
Anexos.....	86
Anexo 1	87
Anexo 2	90
Anexo 3	102
Anexo 4	105

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sistema de Saúde Espanhol: número de pessoas por profissionais de saúde nos cuidados primários (Fonte: Consejería de Salud, 2010)	31
Tabela 2 - Sistema de Saúde Espanhol: índices de profissionais de saúde por 100 camas hospitalares, em 2005 (Fonte: Consejería de Salud, 2010)	31
Tabela 3 - Dados para o cálculo de necessidade de camas em Centros de Reabilitação (fonte: DGS, 2002)	35
Tabela 4 - Distribuição dos serviços de MFR de acordo com a tutela dos estabelecimentos (Fonte: ERS, 2008)	36
Tabela 5 - Dados para o cálculo de necessidade de camas em Hospitais de Plataforma A, a nível Continental (fonte: DGS, 2002).....	37
Tabela 6 - Dados normativos dos recursos humanos necessários nos serviços de MFR (fonte: DGS, 2002)	38
Tabela 7- Distribuição dos serviços e respetivos profissionais de MFR por natureza e entidade.....	39
Tabela 8 - Distribuição das diferentes categorias profissionais nos serviços de MFR existentes em 2008	40
Tabela 9 - Distribuição da quantidade dos diferentes profissionais nos serviços de MFR (fonte: ERS, 2008).....	40
Tabela 10 - Distribuição demográfica dos Terapeutas da Fala na Europa (CPLOL, 2011 ¹). 49	
Tabela 11 - Distribuição da carga horária em percentagem do horário laboral de um Terapeuta da Fala nos Estados Unidos da América (fonte: ASHA, 2011).	55
Tabela 12 - Distribuição dos participantes por instituições hospitalares	61
Tabela 13 - Média global e mediana da percentagem de tempo gasto em atos diretos e indiretos	63
Tabela 14 - Média de horas diárias dispensadas por terapeuta por hospital em atos diretos e indiretos	64
Tabela 15 - Média global, mediana e desvio-padrão das horas diárias gastas em atos diretos e indiretos	64
Tabela 16- Média do nº de doentes tratados diariamente e semanalmente por Terapeuta de cada hospital	66
Tabela 17 - Média global, mediana e desvio-padrão do nº de doentes tratados diariamente e semanalmente por Terapeuta.....	66
Tabela 18 - Média global, mediana e desvio-padrão do nº de sessões realizadas diariamente e semanalmente por Terapeuta.....	67
Tabela 19 - Nº médio de procedimentos realizados diariamente por terapeuta em cada instituição e tempo médio de cada procedimento em minutos	68

Tabela 20 - Média global, mediana e desvio-padrão do nº de procedimentos realizados diariamente e semanalmente por Terapeuta.....	69
Tabela 21 - Média global e mediana do tempo gasto por procedimento em minutos.....	69
Tabela 22 - Resultados da aplicação da fórmula de preconização do nº de Terapeutas da Fala por instituição hospitalar e região LVT	71
Tabela 23 - Resultados da aplicação da fórmula de preconização do nº de Terapeutas da Fala por instituição hospitalar e região de LVT, com base no número de horas de trabalho direto.....	72

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Abordagem tradicional ao planeamento da gestão de recursos humanos	10
Ilustração 2 - Principais etapas para o planeamento de recursos humanos em saúde (Roberfroid <i>et al.</i> , 2009)	13
Ilustração 3- Representação do âmbito de intervenção do Terapeuta da Fala de acordo com a OMS (Dias, 2011).....	47
Ilustração 4- Gráfico de comparação da carga horária estipulada com a efetuada em percentagem.....	62
Ilustração 5 - Gráfico da distribuição da carga horária laboral por hospital por dia em percentagem.....	63
Ilustração 6- Gráfico da Média de tempo gasto por dia por ato indireto em minutos.....	65
Ilustração 7- Média do nº de sessões realizadas por semana por cada terapeuta de cada hospital	67
Ilustração 8 - Gráfico da média do nº de doentes por sessão de grupo em cada hospital	68
Ilustração 9- Gráfico do tempo médio gasto por procedimento em minutos	70

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centro de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APTF	Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala
ARS	Administração Regional de Saúde
ASHA	American Speech-Language-Hearing Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CMRA	Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.
CHLO	Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.
CHO	Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras
CHS	Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CPLOL	Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/ Logopedes de l'Union Européenne
DGS	Direção Geral de Saúde
ERS	Entidade Reguladora de Saúde
h	Horas
HDS	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
HGO	Hospital Garcia da Orta, E.P.E.
HPPCASCAIS	HPP Hospital de Cascais
IPO	Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil, E.P.E.
LVM	Lesões Vertebro-Medulares
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MFR	Medicina Física de Reabilitação
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RRAS	Região de Referência para Avaliação em Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico

TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
ULS	Unidades Locais de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

Para a concretização de políticas e estratégias de planeamento dos recursos humanos, há necessidade de se averiguarem evidências para posteriormente se tomarem decisões de forma racional. No setor da saúde, os profissionais são a principal massa responsável pelo crescimento e desenvolvimento de uma instituição, sendo também os responsáveis por uma elevada percentagem do orçamento (Evans, 1984 e Murray e Dimick, 1978, citados por Dussault e Dubois, 2003). Desta forma mostra-se de suma importância a envolvência destes nas tomadas de decisão. Porém, segundo Filmer *et al.* (2000, citados por Dussault e Dubois, 2003), a maior falha ao nível das políticas de saúde advém mesmo da insuficiente importância dada a esta temática, chegando mesmo a ser tratada como uma mera questão de produtividade.

Para a realização de um planeamento em saúde existem várias metodologias possíveis, que poderão mesmo ser usadas como complementares. Entre elas encontram-se: (1) método do rácio profissionais-população, (2) modelo de projeção, também designado como modelo de tendência ou modelo baseado na oferta, (3) modelo baseado na procura, (4) modelo baseado nas necessidades ou modelo epidemiológico, (5) *Benchmarking* e (6) modelo baseado nas metas.

Para o êxito destas metodologias na fiabilidade dos resultados é extremamente relevante a recolha de informação fidedigna e completa, para permitir um maior ajuste possível à realidade. No entanto, verifica-se que grande parte dos países carece de sistemas de informação que reúnam todos os dados necessários.

Em Portugal, este planeamento é realizado sobretudo na área da medicina e enfermagem, não tendo sido encontrado estudos acerca de outras classes profissionais. De acordo com pesquisas realizadas pela European Observatory on Health Systems and Policies (Pita Barros, Machado e Simões, 2011), o número de médicos por 1.000 habitantes em Portugal encontra-se atualmente acima da média Europeia (Europa dos 27), ao contrário do número de enfermeiros que se revela bastante inferior ao de outros países. Surge desta a forma a dúvida acerca da forma como são traçadas no nosso país as políticas de saúde, em matéria de recursos humanos.

O Terapeuta da Fala é o profissional de saúde responsável por intervir em situações de patologia de fala, voz e linguagem oral e escrita, qualquer que seja a etiologia e faixa etária. Quando exercendo funções na área da saúde, encontra-se enquadrado na especialidade médica de Medicina Física de Reabilitação (MFR). Esta especialidade tem como objetivo

primordial a reabilitação/ recuperação do indivíduo afetado funcionalmente por uma doença ou traumatismo (Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS, 2011).

De acordo com Natário e Amaral (2011) são necessário por cada 60.000 habitantes um médico Fisiatra, três Fisioterapeutas, um Terapeuta Ocupacional e um Terapeuta da Fala. Numa perspetiva de incidência de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), Traumatismos Crânio-Encefálicos (TCE), Lesões Músculo-Esqueléticas, a Direção Geral de Saúde (DGS) (2002) prevê como recursos humanos recomendados para um serviço de MFR num hospital de 400-500 camas: sete Fisiatras, 15 Enfermeiros (sendo oito de reabilitação), 15 Fisioterapeutas, quatro Terapeutas Ocupacionais, dois Terapeutas da Fala, três Secretárias Clínicas, 12 Auxiliares de Ação Médica, dois Assistentes Sociais e dois Psicólogos.

Tipicamente, a produção de um profissional de saúde é medida através de unidades de serviços ou unidades de medida (por exemplo, diária do utente, procedimentos, etc.) (Batten, 1984, citado por Larkins, 2012). No caso da reabilitação, a medição da produtividade é realizada através do número de unidades de tempo gastas com base no número de utentes atendidos (Larkins, 2012). No entanto, na Terapia da Fala existem uma diversidade de fatores que dificultam a medição deste parâmetro, como a complexidade dos casos atendidos, a existência de recursos humanos suficientes, a disponibilidade de espaços e equipamentos, o tipo de sistemas de codificação de procedimentos, assim como tempos ocupados com deveres não clínicos (Dennis e Gonzenbach, 2011). Desta forma torna-se relevante conhecer a produtividade dos profissionais de saúde, para um melhor planeamento dos recursos humanos necessários.

Face ao exposto, verifica-se a necessidade e a pertinência de compreender de forma mais aprofundada as tarefas realizadas no âmbito da Terapia da Fala e como estas se traduzem em produtividade. Só desta forma será possível realizar um planeamento adequado face às necessidades.

Assim surge o estudo: Terapia da Fala no Serviço Nacional de Saúde: avaliação das necessidades de recursos humanos.

Este trabalho apresenta como objetivo geral: avaliar a necessidade de recursos humanos na área da Terapia da Fala, no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Foram ainda traçados como objetivos específicos:

- Analisar o tempo gasto nas diferentes atividades realizadas pelos Terapeutas da Fala dos hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT);

- Caracterizar a atividade diária dos Terapeutas da Fala dos hospitais da região de LVT;
- Verificar como as atividades dos Terapeutas da Fala dos hospitais da região de LVT se traduzem em produtividade;
- Averiguar a oferta de serviços em Terapia da Fala existente nos hospitais da região de LVT;
- Verificar a produtividade efetiva dos Terapeutas da Fala existentes nos hospitais da região de LVT;
- Comparar a necessidade efetiva de Terapeutas da Fala com a preconizada pelo Ministério da Saúde, com base nas fórmulas propostas;

Com este propósito foi realizado um estudo observacional descritivo quantitativo, constituído por uma amostra de 23 Terapeutas da Fala provenientes de quatro centros hospitalares, quatro hospitais e um centro de MFR da região de LVT. Estes preencheram uma folha de registo ao longo de cinco dias não consecutivos, descrevendo toda a sua atividade diária e a sua tradução em unidades de medida (procedimentos).

Assim, este documento apresenta na sua estrutura a abordagem a diferentes temas relacionados com o estudo em questão.

No primeiro capítulo é abordada a importância dos recursos humanos na saúde e na forma como este planeamento pode ser realizado, assim como algumas projeções efetuadas em Portugal.

No segundo capítulo apresentam-se as necessidades médicas averiguadas em Portugal Continental, a situação ao nível dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares e os rácios de cobertura populacional por esta classe profissional.

Tendo em conta que a Terapia da Fala se enquadra na MFR, considerou-se pertinente realizar uma abordagem a esta temática, no capítulo três. Aqui serão referidos aspetos como a população alvo desta especialidade, a caracterização da rede de MFR em Portugal, a rede atual de prestadores, os valores normativos no que se refere a recursos humanos nesta área e os realmente existentes e ainda o acesso dos utentes à mesma.

Posteriormente, no quarto capítulo, será caracterizado o profissional de saúde Terapeuta da Fala, no que consiste a profissão, a sua representação a nível europeu, áreas de intervenção, locais onde presta serviço, a distribuição demográfica na Europa e a situação em Portugal.

Dado o estudo se tratar das necessidades de recursos humanos na Terapia da Fala e desta estar intimamente relacionada com a medição da produtividade dos mesmos, no quinto capítulo é este o tema em questão, fazendo-se referência a como esta é habitualmente medida, quais os fatores que a podem influenciar e como é preconizado o número de Terapeutas da Fala nas instituições de saúde.

Após a introdução teórica, no sexto capítulo é apresentada a metodologia aplicada, fazendo referência ao tipo de estudo, objetivos, construção do instrumento, amostra, procedimentos e tratamento de dados.

O sétimo capítulo apresenta os resultados obtidos e no oitavo é exposta a discussão dos resultados, face aos objetivos propostos, bem como as limitações averiguadas.

Por fim, no nono capítulo, são expostas as conclusões.

1. PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Os recursos humanos na área da saúde desempenham um papel fundamental na prestação dos serviços à população. Desta forma, os responsáveis pela tomada de decisão nesta área têm de garantir que o número de profissionais, assim como as suas características e local de prestação de serviço, são adequados para as necessidades da população em questão, através de um custo acessível.

Alguns dos aspetos a ser considerados no processo de planificação são a razão de ser, o marco de valores e o próprio modelo de sistema de saúde. Assim, num contexto de sistema de saúde de carácter universal, público, acessível, gratuito, baseado em cuidados primários de saúde e com extensão a todo o território, estabelece-se que se tomem determinadas decisões na planificação e que se previnam outras. A própria orientação exige que se considerem as procuras futuras, que por sua vez permitem modelar a planificação para que seja coerente com o desenvolvimento previsto do modelo de saúde, não podendo ignorar-se as grandes tendências socioeconómicas e a sua influência sobre a procura e a oferta de profissionais de saúde (Consejería de Salud, 2010).

A formação de políticas e estratégias de recursos humanos requiere assim um planeamento baseado em evidências para racionalizar as decisões. Estes planos incluem, normalmente, metas a curto e longo prazo, estimativas de custos a incrementar na formação dos trabalhadores de saúde, redução do desequilíbrio da força laboral, fortalecimento do desempenho dos profissionais, adaptação às reformas de saúde, em harmonia com estratégias mais amplas para o desenvolvimento social e económico (Human Resources for Health Observer, 2010).

Hall e Mejia (1978, citados por Dreesch *et al.*, 2005) definem o planeamento dos recursos humanos em saúde como um processo de estimativa do número de pessoas necessárias com determinado tipo de conhecimentos, capacidades e atitudes para atingir determinados objetivos em saúde. Este planeamento envolve especificamente quem, quando, onde, como, com que recursos e para que população/ indivíduos estes conhecimentos e capacidades são necessários de forma a obter uma performance adequada, de acordo com os objetivos traçados. Deverá ser um processo contínuo e não esporádico, necessitando de uma monitorização e avaliação constante e englobando mecanismos de ajuste de acordo com as circunstâncias contínuas e em mudança. Assim, abrange modificações progressivas, com base em regras e padrões estáticos, combinados com ajustes a curto e médio prazo para os

serviços, em resposta a crises na área da saúde (Human Resources for Health Observer, 2010).

Este planeamento não se cinge apenas a um processo técnico, sendo também um processo político relativamente à decisão do número e distribuição dos profissionais de saúde, na medida em que depende das escolhas e valores políticos estabelecidos na organização nacional do sistema de saúde (Fulop e Roemer, 1987, Dussault *et al.*, 1997, citados por Dreesch *et al.*, 2005). Desta forma, os métodos escolhidos para a concretização deste planeamento são reflexo das opções políticas, económicas e sociais de cada sistema. Será esperado que um sistema de saúde financiado pelo estado e cujo acesso é atribuído com base nas necessidades, tenha um estudo epidemiológico como processo primordial na determinação das mesmas. Por outro lado, num sistema de saúde privado, onde o acesso está dependente do pagamento, os fatores económicos emergem como principal requisito (Birch, O'Brien-Pallas, Alksnis, Murphy, Thompson, 2003).

1.1. A importância dos recursos humanos em saúde

Segundo Dussault, Buchan, Sermeus e Padaiga (2010), existem quatro razões que justificam a necessidade de estudar e dimensionar o número de profissionais, competências e funções necessárias para dar resposta às necessidades dos diferentes países. A primeira de todas diz respeito às mudanças nos perfis demográficos, epidemiológicos e socioculturais das populações. No caso da Europa, mostram-se necessários mais serviços que deem resposta a situações crónicas, cuidados sociais e necessidades em fim de vida. O aparecimento de novas doenças infecciosas, a reemergência de antigas, como a tuberculose, criam também novas necessidades e conseqüentemente, ajustamentos na composição dos recursos humanos na saúde, a nível dos conhecimentos técnicos e culturais, em simultâneo com a manutenção das capacidades atuais. Como segundo argumento, os autores referem que a procura de serviços se modifica perante os fatores de pressão relacionados com as expectativas, a migração das populações, a inovação tecnológica (farmacêutica, diagnóstica e de equipamento e técnicas de intervenção) e inovação organizacional, que procura promover a performance dos serviços de prestação de cuidados. Um outro argumento diz respeito ao próprio futuro das equipas de prestação de cuidados. Elas próprias encontram-se em constante mudança, desde o envelhecimento dos prestadores, às expectativas do nível de qualidade de vida dos novos elementos das equipas. O desempenho profissional no setor da saúde torna-se cada vez mais competitivo. Como último argumento Dussault *et al.* (2010) apelam aos intervalos de tempo existentes entre as decisões, a introdução das mudanças e o alcance de resultados. Por exemplo, o nível de

produtividade dos novos profissionais pode requerer a abertura de novas escolas, recrutamento adicional de orientadores e/ou redefinição de currículos pedagógicos nas universidades.

Num outro estudo, um destes autores (Dussault e Dubois, 2003) faz referência a outros argumentos que se mostram igualmente relevantes para a formulação das políticas de saúde com a envolvimento dos profissionais desta área. Na saúde, mais que em qualquer outro setor, as organizações são altamente dependentes dos seus profissionais. Estes são os responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento de uma entidade prestadora destes serviços, sendo as organizações dependentes da disponibilidade, competência e nível de esforço dos seus colaboradores na execução das tarefas atribuídas (Evans, 1984, Murray e Dimick, 1978, citados por Dussault e Dubois, 2003).

Os recursos humanos são os responsáveis por uma percentagem elevada do orçamento no ramo da saúde, sendo o setor público um grande empregador em todos os países (Narine, 2000, citado por Dussault e Dubois, 2003). Segundo Saltman (1995, citado por Dussault e Dubois, 2003) e Kolehamainen-Aiken (1997, citado por Dussault e Dubois, 2003) as despesas de saúde reivindicam uma parte cada vez mais importante do Produto Interno Bruto (PIB) e os custos salariais são responsáveis por cerca de 65% a 80% das despesas. Para Ozcan e Hornby (1995, citados por Dussault e Dubois, 2003) estes custos encontram-se fortemente ligados à forma como são utilizados os recursos humanos. De acordo com estudos realizados por Wennberg *et al.* (1989) e McPherson (1982), citados por Dussault e Dubois (2003), as variações geográficas da utilização dos serviços de saúde mostram que, muitas vezes, estas se devem maioritariamente a decisões profissionais e padrões de prática, e não às necessidades da população. Além disto, os próprios custos económicos dos recursos humanos na saúde são particularmente elevados. A qualidade, eficiência, eficácia, acessibilidade e viabilidade estão fortemente dependentes do desempenho de quem os pratica (Organização Mundial de Saúde, OMS, 2000, Bennett e Franco, 2000, citados por Dussault e Dubois, 2003), que por sua vez está dependente das políticas e práticas que definem o número de pessoas, as suas qualificações, implantação e condições de trabalho (Martineau e Martinez, 1997, citados por Dussault e Dubois, 2003). Escolhas erradas podem prejudicar o funcionamento dos serviços e, conseqüentemente, dificultar a concretização dos objetivos traçados. Os mesmos autores referem ainda que estes efeitos se prolongam a longo prazo tornando as decisões difíceis de corrigir.

O número de profissionais de saúde dependerá sempre e fundamentalmente da visão que se tem do sistema de saúde e do modelo de prestação de serviços, condicionando este a

necessidade de profissionais. Inversamente, a disponibilidade de profissionais pode condicionar de forma decisiva a prestação de serviços e a sua estruturação, bem como o papel relativo de cada uma das profissões da área da saúde.

Vários analistas argumentam que a maior falha ao nível das políticas de saúde diz respeito precisamente à insuficiente importância dada aos recursos humanos (PAHO, 2001; Buchan, 2000). De acordo com Healy e McKee (1997, citados por Dussault e Dubois, 2003) em muitas reformas existe mesmo uma discrepância entre a elevada atenção dada a questões relacionadas com o financiamento e estrutura, comparativamente com a questão dos recursos humanos que, segundo Filmer, *et al.* (2000, citados por Dussault e Dubois, 2003), é apenas tratada como fator de produtividade. O baixo interesse nas questões relacionadas com os recursos humanos é surpreendente ao constatar-se que são o fator imprescindível para o alcance dos objetivos propostos pelas políticas de saúde (PAHO, 1998, citado por Dussault e Dubois, 2003). Contudo, mesmo quando a questão dos recursos humanos é alvo de reflexão, a forma como é realizada é usualmente caracterizada por:

- visão limitada - muitas vezes a questão dos recursos humanos fica cingida a questões relacionadas com recrutamento, manutenção e resolução de reclamações (Bach, 1999, citado por Dussault e Dubois, 2003);

- dispersão da responsabilidade e falta de coordenação das ações – o papel dos responsáveis pelo desenvolvimento dos recursos humanos em saúde fica muitas vezes limitado ao planeamento e alocação de pessoal. Este facto leva muitas vezes a uma clivagem entre as políticas de saúde e as operações necessárias para a colocação das mesmas em prática (Buchan e Seccombe, 1994, citados por Dussault e Dubois, 2003).

- subordinação das decisões relativas aos recursos humanos a critérios económicos – os profissionais de saúde são muitas vezes vistos como instrumentos de produção. Este facto verifica-se quando os incentivos financeiros são introduzidos como forma de aumento da produtividade, sem se abordar outras dimensões do trabalho. Consequentemente os resultados previstos não são alcançados (Brito, Galin e Novick, 2000, citados por Dussault e Dubois, 2003). Existe uma tendência para a preocupação com as questões macroeconómicas, tais como o tamanho do corpo profissional e massa salarial (Bach, 2000, citados por Dussault e Dubois, 2003), em detrimento de questões relevantes relativas à organização do trabalho, motivação pessoal e desempenho individual.

- visão a curto prazo na gestão dos recursos humanos – há uma tendência para se dar respostas a problemas imediatos, sem se verificar a sua origem ou consequências a longo

prazo. Um exemplo dessa situação é a redução do número de efetivos para atender a restrições fiscais, o que posteriormente pode gerar faltas muito mais difíceis de corrigir (Dussault e Dubois, 2003).

Estas observações demonstram algumas das dificuldades que necessitam de ser abordadas antes das questões relacionadas diretamente com os recursos humanos em saúde, para assim serem incorporadas de forma mais firme nas políticas de saúde. Embora sejam já alvo de reflexão nas reformas de saúde internacionais, raramente esses planos são implementados na sua globalidade (OMS, 2000, citados por Dussault e Dubois, 2003). Deste modo, esta questão continua a permanecer de extrema importância, sendo a indiferença à mesma prejudicial para as reformas do setor da saúde.

1.2. Políticas de saúde

As políticas de saúde são por vezes entendidas como princípios que servem como um quadro de referência para a ação, outras vezes como um processo que deve conduzir à consecução de determinados objetivos (Wildavsky, 1979, citado por Dussault e Dubois, 2003).

Existem duas abordagens que se podem distinguir no que se refere ao planeamento na gestão dos recursos humanos, sendo o processo mais rico quando estas se complementam. Por um lado existe a abordagem tradicional que consiste num processo cíclico, com diferentes etapas, analisadas individualmente. Para a resolução de um problema, são definidas políticas, objetivos e estratégias para serem atingidos, sendo a implementação operacional da mesma o passo para a resolução do problema (Siler-Wells, 1987, Walt, 1994, Pederson *et al.*, 1988, Lee e Mills, 1982, Jones, 1970, citados por Dussault e Dubois, 2003). Desta forma, o processo é assumido como algo racional, seguindo etapas lógicas, baseadas na avaliação de objetivos em diferentes alternativas e com conhecimento científico (Ilustração 1) (Ziglio, 1987, citado por Dussault e Dubois, 2003).

Abordagem tradicional ao planeamento da gestão de recursos humanos



**Ilustração 1 - Abordagem tradicional ao planeamento da gestão de recursos humanos
(Dussault e Dubois, 2003)**

Esta abordagem é criticada por evidenciar conflitos de poder e interesse entre os decisores, por estes possuírem informações limitadas sobre os problemas levantados, estabelecendo objetivos e prioridades pouco racionais, por existirem influências ideológicas dos próprios decisores e por os resultados por vezes não serem os esperados, havendo necessidade de ajustamentos, tornando-se o processo interativo entre decisores e profissionais de saúde e não apenas realizado num sentido (Walt, 1994, Simon, 1957, Friedberg, 1993, Barker, 1996, citados por Dussault e Dubois, 2003).

Existe também a abordagem alternativa em que a política é concebida não como um processo sequencial, mas um processo integrado, envolvendo valores, diferenças, procurando consensos, compromissos e parcerias. Trata-se de um exercício que vai além das atividades técnicas, chegando a um processo de troca e negociação entre os diferentes intervenientes (Roberts *et al.*, 2000, citados por Dussault e Dubois, 2003). Segundo Kingdon (1984, citados por Dussault e Dubois, 2003), as mudanças das políticas raramente ocorrem num processo linear, mas resultam de um conjunto de interações entre três fluxos de ideias relacionadas com definição de problemas, propostas de solução e obtenção de políticas consensuais. As mudanças ocorrem quando estes fluxos convergem para uma nova oportunidade.

Na gestão dos recursos humanos em saúde, as duas abordagens não se devem tornar exclusivas, mas complementares. A abordagem tradicional promove o reconhecimento da importância das informações, das técnicas modernas e das ferramentas necessárias para o desenvolvimento de políticas coerentes. Com a abordagem alternativa é possível a realização de uma avaliação das políticas, do contexto económico, cultural e social onde vão ser implementadas.

Porém, segundo Dussault e Dubois (2003) existem ainda contextos específicos no sector da saúde, que devem ser tidos em consideração no processo de desenvolvimento e implementação de políticas referente aos recursos humanos:

- Variedade de participantes e setores envolvidos. Na saúde existem variadas causas para as problemáticas que vão surgindo, conseqüentemente as soluções dependem igualmente de muitos elementos, que frequentemente se encontram fora do âmbito de controlo dos decisores. Desta forma, as estratégias para intervir não podem ser decididas de forma autónoma, por uma única organização ou unidade do Ministério da Saúde, tendo de incorporar os pontos de vista de uma variedade de organizações, participantes e grupos de interesse. Bach (1999, citado por Dussault e Dubois, 2003) e CESSSS (2000, citado por Dussault e Dubois, 2003) referem que, por exemplo, em países industrializados como o Canadá e em alguns países da Europa Ocidental, as uniões centrais negociam as condições de trabalho diretamente com o governo, chegam a acordos, não envolvendo as organizações de saúde.

- Intervalo de tempo entre as tomadas de decisão e os resultados. As mudanças contextuais que influenciam a procura de serviços de saúde e as tendências nas equipas de trabalho, não podem ser tratadas num curto espaço de tempo. De acordo com Hall (1998) o aumento de 10% do número de alunos com registo nas escolas de medicina, apenas produzirá um aumento de 2% no fornecimento de serviço após 10 anos. Tendo em conta que este intervalo de tempo é ainda substancial, as reformas e as políticas que preveem ampliar os serviços de saúde devem permitir intervalos de tempo suficientes para treinar e desenvolver os profissionais, assim como prever algumas tendências importantes e conjeturáveis como por exemplo, o envelhecimento da população. Em 2002 28% dos médicos do SNS em Portugal Continental tinha idade superior a 50 anos, sendo que em 2007 esta percentagem subiu para 44% dos profissionais. Verificou-se entre este período um rejuvenescimento dos escalões inferiores a 35 anos de 20,5% para 23,5%, porém ainda insuficiente para cobrir o envelhecimento registado no mesmo período (Santana, Loureiro, Costa, Nunes, Peixoto, Duarte e Caramelo, 2009). Se se tiver em consideração o facto de um jovem médico não ser tão produtivo como um médico com vários anos de experiência na prestação de cuidados, este desfasamento entre médicos em final de carreira e médicos em início de carreira, torna-se ainda mais acentuado ao nível de produto final (cuidados prestados) (Santana *et al.*, 2009).

- Dominância profissional forte. De forma global, os grupos profissionais estão apoiados em estruturas legisladas, com diretrizes próprias, culturas e história. Este facto faz com que as

diferentes categorias profissionais assumam papéis distintos, com estruturas de formação e mecanismos de regulação muito próprios. Esta cultura e identidade distintas podem dificultar o processo de mudança, se não existir um entendimento claro. Assim, segundo Dussault (1999) e Smith e Preker (2000), o processo de desenvolvimento e implementação de novas políticas no setor da saúde deve surgir de um processo participativo e ajustado, não apenas para as necessidades da população, mas também tendo em conta as expectativas dos profissionais. Em Portugal, temos como entidade representativa desta classe profissional a Ordem dos Médicos. Esta entidade apresenta como um dos princípios fundamentais a defesa dos legítimos interesses dos médicos, exercendo a sua ação com total independência em relação ao Estado, formações políticas, religiosas ou outras organizações (Ordem dos Médicos, 2006). Desta forma, políticas de saúde implementadas pelo Estado podem facilmente ser reprovadas, se não houver um entendimento entre estas duas organizações.

- Interdependência das diferentes categorias profissionais. A maioria das profissões de saúde são altamente interdependentes na concretização das suas atividades. Desta forma, problemas numa determinada área podem influenciar outra. Em Portugal verifica-se que o número de médicos por 1.000 habitantes se encontra acima da média da Europa dos 27. Contudo, o número de enfermeiros, classe profissional que auxilia os cuidados médicos, é consideravelmente mais baixo, levando a que Portugal apresente um rácio enfermeiros/médicos mais baixo que a maioria dos países (Pita Barros *et al.*, 2011).

- Papel do estado como principal empregador. No setor da saúde o estado continua a ser o principal empregador, como já referido. Tendo em conta os elevados custos dos recursos humanos, qualquer política inadequada a este nível incentiva o excesso de profissionais, excesso de consumo de recursos ou má utilização de profissionais. Estes factos vão ter impacto direto sobre os gastos públicos e aumentar a escassez de recursos, que poderiam ser atribuídos a outros setores.

- Elevada proporção de mulheres empregadas no setor da saúde. De acordo com Standing (2000), o setor da saúde é reconhecido como aquele que mais emprega mulheres. Estas são cada vez mais ativas no mercado de trabalho e simultaneamente cumprem responsabilidades familiares. Esta situação poderá levar a um aumento do absentismo, sobretudo por questões de maternidade. Em Portugal este facto é igualmente evidente (Santana *et al.*, 2009). Dado o SNS acolher os profissionais de escalões etários mais jovens, é de se esperar que este aspeto se reflita com maior evidência ao nível das prestações públicas.

- Deficiências do mercado. Noutros setores da economia, o mercado respeita a lei da oferta e da procura. Contudo, na saúde existem imperfeições e o estado pode ser obrigado a intervir para fazer ajustes necessários no âmbito do processo político. Porém, como já referido, o desafio surge na rigidez associada a certos mecanismos institucionais como sindicatos, regulamentos profissionais, que podem restringir a implementação desses mesmos ajustamentos ou, por outro lado, torná-los ainda mais dispendiosos (Dussault e Dubois, 2003).

1.3. Modelos de planeamento em saúde

Segundo Roberfroid, Leonard e Stordeur (2009), o planeamento de recursos humanos em saúde consiste no processo para estimar as exigências a nível de profissionais de saúde de forma a dar resposta às necessidades de saúde futuras, assim como no desenvolvimento de estratégias para atender a esses requisitos. Este mesmo autor esquematiza o processo da seguinte forma:

Principais etapas para o planeamento de recursos humanos em saúde

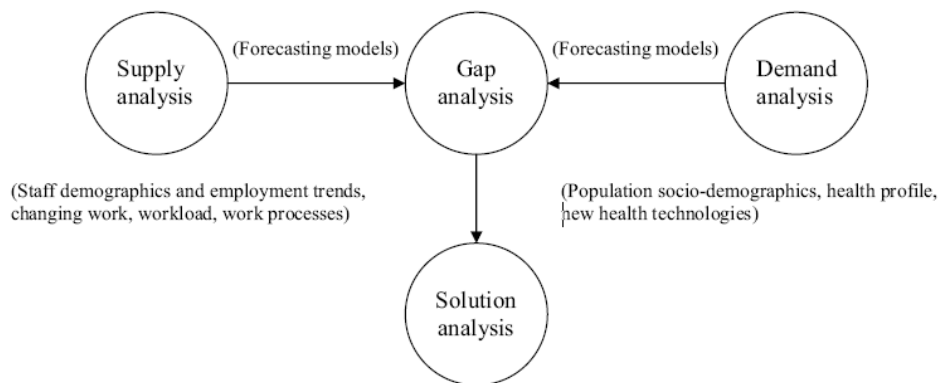


Ilustração 2 - Principais etapas para o planeamento de recursos humanos em saúde (Roberfroid *et al.*, 2009)

Para Roberfroid *et al.* (2009) o processo de planeamento realiza-se essencialmente em duas etapas, podendo existir passos intermédios. Num primeiro momento avalia-se a adequação da oferta atual, em comparação com as necessidades atuais. Esta análise permite a identificação dos desequilíbrios do mesmo momento, sempre tendo em consideração as características da população, o modelo de prestação de serviços, as especialidades, tipos de instituição e sua localização. Em segundo lugar, realiza-se uma previsão das necessidades de profissionais dentro de um determinado prazo (habitualmente

baseado numa análise das tendências demográficas dos profissionais e da procura de cuidados) e estima-se o número ótimo de profissionais para responder aos requisitos.

O ponto de partida para o desenvolvimento de qualquer plano na área dos recursos humanos em saúde consiste na análise da situação da força laboral, que incorpora os fatores principais que podem influenciar o seu tamanho e forma no futuro. Estes dados formam uma base mediante a qual se torna possível tomar decisões e explorar as consequências das mudanças internas e externas, na necessidade de providenciar recursos humanos para o sistema de saúde (Human Resources for Health Observer, 2010).

A finalidade das projeções dos recursos humanos é racionalizar as opções políticas baseadas (economicamente) numa imagem factível do futuro, em que a oferta esperada de recursos humanos está em harmonia com a procura da população. Dão enfoque aos diferentes aspetos da dinâmica dos recursos humanos, incluindo as projeções de procura, de oferta, a carga e atividades laborais, assim como o desenvolvimento e movimentação de profissionais (Human Resources for Health Observer, 2010).

Contudo, a própria procura de serviços pode ser bastante variável, não só por fatores de mortalidade e morbilidade da população, mas também por questões como a percentagem de PIB destinado à saúde, pelo nível de cobertura da população, o desenho do próprio sistema de saúde, entre outros (Blumenthal, 2004).

A questão do planeamento mostra-se assim um aspeto complexo, na medida em que tanto as estimativas por excesso como por defeito trazem problemas a vários níveis.

Habitualmente as variáveis envolvidas para a elaboração de projeções são: o crescimento demográfico e suas mudanças; políticas de saúde e legislações relacionadas; mudanças tecnológicas; quadro de doenças; utilizações de serviços e fornecedores; *standards* relevantes de qualidade; eficiência organizativa; desenho dos prestadores individuais; procura pública e expectativas; e disponibilidade e meios para o financiamento (Human Resources for Health Observer, 2010).

Não existem muitos estudos acerca da relevância destas variáveis. Assim, os países com níveis diferentes de desenvolvimento revelam capacidades diversas para analisar os dados requeridos. Estas diferenças refletir-se-ão no tipo de abordagem utilizada para projetar os recursos humanos necessários (Human Resources for Health Observer, 2010).

Uma das abordagens frequentemente utilizada consiste no **método do rácio profissionais-população**. Este método compõe-se por uma simples projeção do número futuro de

trabalhadores de saúde necessários sobre a densidade populacional (por exemplo nº de médicos por 10.000 habitantes). Esta abordagem exige poucos dados, contudo também não se debruça sobre variáveis chave, como diferentes crescimentos populacionais, que podem afetar o tipo e escala da previsão futura dos serviços de saúde e dos recursos humanos a ela associada. Este modelo baseia-se num nível de igualdade, ou seja, todos os profissionais produzem de forma igual em todas as circunstâncias e toda a população tem necessidades semelhantes e que permanecem constantes (Human Resources for Health Observer, 2010).

Para Dreesch *et al.* (2005) este modelo revela como vantagens a rapidez, facilidade e simplicidade de aplicação e compreensão. No entanto, não permite uma visão personalizada da utilização, na medida em que não tem em consideração as perspetivas dos utentes e profissionais, não possibilita o cruzamento de dados entre número, variação, distribuição, produtividade e resultados, dado estas variáveis não serem utilizadas. É ainda de referir que, no caso de se basear numa má distribuição, o planeamento manter-se-á errado durante um período de tempo até a realização de novos rácios.

Roberfroid *et al.* (2009) num estudo de revisão da literatura realizada em bases de dados eletrónicas, através da análise de planeamento de médicos em vários países (excluindo países em desenvolvimento), refere um modelo algo semelhante ao supracitado, embora envolva já algumas variáveis. Este modelo designa-se como **modelo de projeção**, ou **modelo de tendência** ou **modelo baseado na oferta**. Este assenta na relação do rácio de médicos por população, tendo em consideração os atuais serviços de saúde e projetando estes dados no futuro. Esta abordagem assume que as necessidades futuras de médicos terão de coincidir com o volume de serviços atualmente prestados, numa base *per capita*.

Assim, enquanto no modelo rácio profissionais-população há uma simples projeção de números, no modelo de projeção são tidas em consideração outras variáveis como produtividade e características da população, que poderão influenciar essa projeção.

São tidas em consideração três premissas: (1) o nível atual, a variação e a distribuição dos profissionais de forma adequada; (2) a tendência futura, no que respeita à idade e sexo dos profissionais de saúde; (3) e o perfil e dimensão demográfica dos mesmos, que vai variando com o tempo. Em tais modelos as necessidades são definidas com base no fluxo de recursos necessários a manter ou a atingir no futuro, em determinado serviço. Desta forma, o cálculo de requisitos não se baseia unicamente nas necessidades da população.

Embora este modelo pareça simples, ele pode tornar-se mais complexo na medida em que frequentemente integra parâmetros de procura, mudanças demográficas e mudanças do sistema de prestação de serviços. Não se baseia na simples contagem de profissionais, mas procura integrar também parâmetros como a produtividade dos mesmos.

Este tipo de abordagem foi utilizado na Bélgica (Roberfroid *et al.*, 2008, citado por Roberfroid *et al.*, 2009), Estados Unidos da América (Lurie *et al.*, 2002, Angus *et al.*, 2000, Shupman *et al.*, 2004, Holliman, *et al.*, 1997, citados por Roberfroid *et al.*, 2009), Austrália (Joyce *et al.*, 2006, O'Donnell *et al.*, 1997, Jones *et al.*, 2000, citados por Roberfroid *et al.*, 2009), Canadá (Basu e Gupta, 2005, citados por Roberfroid *et al.*, 2009) e França (Bessièrre, 2007, Doan *et al.*, 2004, Levy e Doan, 2004, Coste e Doan, 2004, citados por Roberfroid *et al.*, 2009). Este método mostra-se um dos modelos mais limitados, contudo, revela-se um exercício de base indispensável para a construção de qualquer modelo de projeção (Santana *et al.*, 2009).

O **modelo baseado na procura**, designado também por **modelo baseado na exigência** ou **modelo baseado na utilização** consiste na análise da quantidade de cuidados de saúde procurados pela população (Roberfroid *et al.*, 2009), ou seja, determina o volume de recursos com base na sua procura/ utilização atual e projeta esse padrão no futuro (Santana *et al.*, 2009). A procura aqui refere-se à quantidade dos diferentes tipos de serviço de saúde que a população de determinada área vai procurar e a capacidade monetária de acesso aos mesmos, de acordo com os preços vigentes num determinado período (Roberfroid *et al.*, 2009). As necessidades médicas são estimadas com base no número e tipo de serviços projetados e nos rácios médico por população referentes a essa mesma população. De modo geral, as características da população tidas em consideração estão limitadas à idade e sexo, embora possam ser integradas outras, como as condições existentes no mercado, adaptações institucionais, barreiras de acesso e preferências individuais (Jacoby, 1995). Hall Mejjia (1978, citados por Dreesch *et al.*, 2005) e Hornby *et al.* (1980, citados por Dreesch *et al.*, 2005) definem este modelo como uma abordagem onde, com base na apropriação dos atuais serviços de saúde, se reconhecem as necessidades, permitindo a projeção dos recursos necessários no futuro, tendo já em consideração as mudanças na estrutura da população. De acordo com a Human Resources for Health Observer (2010), esta abordagem utiliza as taxas de utilização dos serviços de saúde para os diferentes grupos de população, aplica essas mesmas taxas ao perfil da população futura, de forma a determinar a procura esperada no futuro. Estes números são posteriormente convertidos nos recursos humanos necessários de acordo com os *standards* de produtividade existentes. Porém, fixar

standards em profissionais de saúde por população, embora tenha a vantagem da simplicidade, apresenta inconvenientes, dado não se tratarem de dados calculados de acordo com métodos científicos, sendo resultado da avaliação de peritos ou mesmo dos próprios profissionais. Esta simplicidade traz inerente uma série de limitações tais como a não consideração da organização dos serviços, as mudanças na própria produtividade e a qualidade da prestação.

Para Roberfroid *et al.* (2009) esta abordagem baseia-se em três pressupostos: (1) a atual procura de cuidados e a resposta à mesma é adequada de acordo com o nível, variação e distribuição dos prestadores de cuidados; (2) o sexo e a idade são requisitos específicos dos recursos que permanecem constantes no futuro; (3) o tamanho e o perfil demográfico da população altera-se ao longo do tempo, conforme projetado pelas tendências observadas atualmente. De acordo com Ridoutt, Gadiel, Cook e Wise (2002), existem três métodos para a estimativa da procura:

- Método da utilização do serviço: os dados relativos à atual utilização dos serviços são utilizados como representativos da procura. Este é o método mais frequentemente utilizado.

- Método do rácio de profissionais-população: o rácio é estabelecido entre a população (segmentada em diferentes categorias de acordo com a idade) e as necessidades dos diferentes serviços. Assim, as projeções futuras têm por base a estimativa dos serviços necessários por unidade de população e pelos diferentes cenários previstos.

- Método económico da procura: a avaliação é feita na sociedade atual e futura, tendo em consideração as circunstâncias políticas e económicas, e ainda a forma como os consumidores, prestadores e empregadores se irão comportar perante tais circunstâncias. Cooper, Getzen e Laud (2003) afirma que a projeção económica poderá servir futuramente como medidor para a projeção futura da utilização dos serviços de medicina.

Santana *et al.* (2009) afirmam que os métodos baseados na procura têm sido utilizados com êxito para prever o comportamento dos sistemas com mercados altamente competitivos, não parecendo por isso uma boa opção para sistemas de saúde universais em que primam os critérios de necessidade e direito à assistência, sobre os argumentos económicos.

Segundo Roberfroid *et al.* (2009) o modelo baseado na procura é utilizado em diferentes países como Estados Unidos da América (Angus, *et al.*, 2000, Cooper, *et al.*, 2003, Greenberg e Cultice, 1997, Anderson, *et al.*, 1997, citados por Roberfroid *et al.*, 2009), Canadá (Persaud, *et al.*, 1999; Byrick, *et al.*, 2002, citados por Roberfroid *et al.*, 2009) e Holanda (Westert, *et al.*, 2006, citados por Roberfroid *et al.*, 2009).

Roberfroid *et al.* (2009) descreve ainda o **modelo baseado nas necessidades**, também conhecido como **modelo epidemiológico**, que reflete a definição e a projeção dos défices nos cuidados de saúde. Aqui o termo “necessidade” refere-se ao número de profissionais ou à quantidade de serviços necessários para proporcionar uma média ótima de serviços e para manter a população saudável. Este método combina informação acerca do nível de saúde da população com a prevalência de doença, demografia e adequação da média de cuidados, sendo a informação essencialmente fornecida pelos profissionais. Assim, este tipo de modelo parte da avaliação da informação demográfica, calculando os recursos humanos adequados e estimando as taxas de crescimento necessárias para assegurar a cobertura de médicos no futuro (Santana *et al.*, 2009).

Human Resources for Health Observer (2010) e Santana *et al.* (2009) caracterizam esta abordagem como sendo mais exaustiva pois pode explorar mudanças prováveis nas necessidades da população, baseando-se nas mudanças verificadas nos modelos de doença e incapacidades e nos números e tipos de serviços necessários para responder a estes factos. Assim têm de ser recolhidos e analisados dados demográficos e socioculturais.

Segundo Roberfroid *et al.* (2009) este modelo tem em consideração pontos como a taxa de incidência de condições específicas, a percentagem da população com condições específicas e que deveriam consultar um especialista, as taxas comuns de procedimentos, a percentagem de procedimentos que deveriam ser realizados por um especialista, a associação de pacientes e consultas por procedimento e a produtividade estimada por horas de trabalho semanal. Contudo, segundo Dreesch *et al.* (2005) este modelo não tem em conta as perspetivas dos utilizadores, no que concerne a valores, cultura e tradições. De igual forma não tem em atenção as diferentes perceções dos utentes acerca das necessidades nas diferentes classes de profissionais de saúde. Este método foi usado nos Estados Unidos da América no início da década de 80.

Para O'Brien-Pallas *et al.* (2001, citado por Roberfroid *et al.*, 2009), este modelo tem por base três pressupostos: (1) todos os cuidados de saúde necessários poderão e deverão ser encontrados, (2) poderão ser identificados e implementados métodos custo-efetividade para o requerimento de necessidades e (3) os recursos de cuidados de saúde são usados de acordo com os níveis de necessidades.

O modelo baseado nas necessidades depende de uma abordagem normativa, o que evita a perpetuação da existência de iniquidades e ineficiências. Contudo, é referido como limitação a este método a indisponibilidade de dados epidemiológicos extensos, levando a que alguns

autores utilizem informação alternativa como dados de utilização (Roberfroid *et al.*, 2009). Requer também conhecimentos detalhados acerca da eficácia em cada especialidade médica em situações específicas, não tendo em consideração avanços tecnológicos e mudanças na organização dos serviços de saúde. Além disto, a suposição de que os recursos em saúde serão usados de acordo com os níveis de necessidade não é assim tão verídica. Para Dreesch *et al.* (2005) este modelo ignora ainda a questão da eficiência na alocação dos recursos entre os diferentes setores da sociedade. O modelo baseado nas necessidades mostra-se desta forma mais útil na projeção de números em especialidades específicas de prestação de cuidados, pois a gestão da incidência das doenças nessa especialidade poderá ser realizada com maior precisão (Roberfroid *et al.*, 2009).

Existe ainda o modelo com base em **Benchmarking** (Roberfroid *et al.*, 2009), que se baseia na identificação e comparação de regiões ou países com semelhante demografia e perfis de saúde, mas que no que se refere ao mercado são diferentes, a nível de custos e desenvolvimento dos recursos em saúde. Os municípios e planos de saúde que apresentarem menores níveis de desenvolvimento de clínicos ativos sem perda de classificação de bem-estar por parte dos utentes, são considerados *benchmarks*. Estes *benchmarks* são então utilizados como as melhores estimativas racionais da classe médica ativa no planeamento dos cuidados aos utentes (Goodman, *et al.*, 1996, citado por Roberfroid *et al.*, 2009).

Este tipo de metodologia mostra-se simples e transparente, explicitando “golden standards”. Contudo, por outro lado, mostra-se limitado pois estes mesmos valores não são calculados por nenhum método quantitativo de base científica, resultando apenas da apreciação de peritos ou dos próprios profissionais (Santana *et al.*, 2009). É ainda de referir que os próprios *standards* têm a sua limitação no tempo.

No *benchmarking* a metodologia de extrapolação é crucial. São desenhadas linhas relevantes a partir de um modelo de referência para uma situação específica. Desta forma são necessários ajustamentos à demografia da população, aos níveis de saúde, seguros dos utentes, produtividade dos médicos e organização do sistema de saúde.

Este modelo mostra-se assim como um modelo realista, sendo no entanto, apenas válido se as comunidades e os planos de saúde forem comparáveis e ainda se a metodologia de extrapolação for documentada eficientemente.

Assim, este modelo pode antes ser considerado como complementar aos anteriormente descritos, pois não reflete grande número de elementos essenciais e que influenciam de forma decisiva a dotação de recursos humanos (Santana *et al.*, 2009)

Além dos modelos já referidos, Dreesch *et al.* (2005) e Human Resources for Health Observer (2010) relatam ainda a existência do **modelo baseado nas metas**.

Este modelo consiste na definição de metas para a produção e alcance de determinados resultados nos serviços de saúde. Há uma conversão destas metas em recursos humanos necessários através de médias de profissionais e médias de produtividade. Este modelo defende que as médias de cada serviço são praticáveis e que poderão ser alcançadas através da projeção de prazos. Os números e tipos de serviços são definidos pelas autoridades de saúde a diferentes níveis, tendo em consideração o atual nível de tecnologia, a procura da população em determinados serviços e os diferentes serviços já realizados pelos profissionais de saúde. Estes autores referem como vantagens deste modelo a facilidade de compreensão e a possibilidade de interação entre as variáveis, contudo poderá revelar-se como pouco realista.

Com a exceção do modelo baseado no *benchmarking*, todos os restantes traduzem as estimativas numéricas das necessidades de recursos humanos, baseadas na aplicação das normas e *standards* de tempo produtivo real.

Para Dreesch *et al.* (2005) o modelo baseado nas necessidades, baseado na procura, baseado no rácio profissionais-população e baseado nas metas apresentam várias limitações metodológicas. A maior dessas limitações consiste no assumir o planeamento de recursos humanos como um processo isolado, não relacionado com políticas de saúde a nível nacional, com as necessidades de saúde da população ou resultados em saúde. Verifica-se ainda que os responsáveis por estes planeamentos não dominam dados adequados, que são a base das suas decisões, dando demasiada importância a aspetos quantitativos e menor a aspetos qualitativos. As opiniões tidas em consideração são também referentes, na sua maioria, a profissionais como médicos e enfermeiros, ignorando-se equipas, variações nas práticas e possibilidades de substituição de profissionais ou mudanças a nível da produtividade.

O método de planeamento ideal deveria ser capaz de integrar a planificação de todos os profissionais de saúde, ter em consideração a distribuição geográfica e manipular os modelos preditivos de procura e necessidades mais sofisticados do que os que se utilizam atualmente.

Contudo, o principal problema destas metodologias é a fiabilidade dos resultados, na medida em que informação fiável e completa é de extrema relevância. A estrutura da população, a estrutura demográfica dos serviços, os recursos destinados a cada setor, as características epidemiológicas da população, são fatores cujo ajuste à realidade determinará o êxito do planeamento. Contudo, a maioria dos países carece de um sistema de informatização harmonizado, que reúna, processe e difunda adequadamente a informação completa.

Cada vez mais se presta atenção, a nível nacional e internacional, à necessidade de dispor de dados novos e melhorados para o planeamento e supervisão do desenvolvimento dos recursos humanos na saúde, sendo a qualidade o parâmetro básico do fortalecimento dos sistemas de saúde.

No presente estudo será utilizado o modelo da projeção ou modelo da oferta, na medida em que se pretende averiguar as necessidades de Terapeutas da Fala, tendo em consideração o volume atual de serviços prestados por esta classe profissional.

1.4. Projeções em Portugal

Em Portugal, o tipo de planeamento anteriormente referido é realizado sobretudo na área da medicina. Em 2009 foi realizado um Estudo de Necessidades Previsionais de Médicos (Sanatana *et al.*, 2009), concretizado pela Universidade de Coimbra, com o objetivo de projetar a evolução previsível do efetivo de profissionais afetos ao SNS entre 2008 e 2020 e de estimar as necessidades de recursos médicos experimentadas pelo sistema em função das alterações de contexto, possíveis de prever à data do estudo, verificando-se a possível diferença entre as tendências.

Para a concretização deste mesmo estudo foram utilizados os modelos de projeção ou baseados na oferta e modelos baseados nas necessidades. O modelo baseado na procura não foi empregado pois, como afirmado por estes mesmos autores, não é um modelo adequado para projetar necessidade de profissionais de saúde em países baseados em sistemas nacionais de saúde gerais e universais e que defendem critérios de equidade e direito à assistência, como Portugal.

O facto de serem englobados dois modelos e não apenas um deveu-se à opinião dos autores que defendem que ambos mostram vantagens e desvantagens para o estudo em questão. Assim, num modelo composto é possível minimizar as limitações e maximizar as potencialidades.

Foi então construído um modelo de base evolutiva dinâmica, com variações do comportamento e dos valores das variáveis, com base na interação dinâmica entre as componentes dos modelos da oferta e da necessidade.

No que respeita à componente do modelo da oferta, este espelhou a evolução do mercado laboral dos médicos no SNS, através do cruzamento das saídas previstas (aposentações por limite de idade) e das entradas previstas (através da estimativa da capacidade de produção de novos profissionais, por sua vez resultante de dois grandes níveis: a formação inicial em medicina e os internatos médicos).

Relativamente à componente do modelo das necessidades, a projeção baseou-se na situação identificada em 2007, para a qual se desenvolveram possíveis cenários, tendo em consideração a evolução populacional e as expectativas generalizadas de incremento das necessidades por especialidade. Foram utilizadas como informações de suporte as tendências de evolução verificadas globalmente a nível internacional, associadas a fatores endógenos como a expectativa da diminuição do tempo de trabalho, o envelhecimento da classe em estudo e o previsível crescimento dos motivos de utilização dos serviços médicos (envelhecimento, aumento do nível de vida, avanços tecnológicos entre outros).

Foram assim consideradas duas possíveis situações de evolução das necessidades:

- Cenário de Manutenção, onde os índices do momento foram assumidos como permanentes ao longo do período de projeção;
- Cenário de Necessidade, onde se assumiu o crescimento da cobertura, para todas as especialidades, através da aplicação da taxa de crescimento médio anual fixa constante ao longo do período, tendo o SNS como objetivo alcançar a mesma dotação de médicos da EU 15 -2005.

A diferença entre a oferta e as necessidades estimadas, determinou os gaps e projetou o número de profissionais necessários para cada uma das especialidades, ao longo do período em estudo.

2. NECESSIDADES MÉDICAS

Portugal revela através do SNS objetivos de universalidade e equidade no acesso aos cuidados de saúde. Com a introdução da legislação em 1979 foi dado à população portuguesa o direito à proteção da saúde, a garantia do direito universal e livre dos cuidados de saúde no SNS, acesso a estes mesmos cuidados tendo em consideração o estado económico e social de cada cidadão, e a integração incluía a promoção e prestação de cuidados, prevenção da saúde e sistemas de cobertura de financiamento.

Assim, atualmente o SNS presta cuidados aos seus cidadãos através dos Cuidados de Saúde Primários, Hospitais e Cuidados Continuados Integrados. A sua oferta é complementada através da aquisição de serviços ao setor privado e social, com quem estabelece convenções e acordos em áreas em que não tem capacidade de resposta suficiente.

Porém, ao longo do tempo têm surgido várias questões no que respeita aos objetivos do SNS e no início do século XXI ainda se verificavam questões como serviços públicos ambulatoriais inadequados, levando a um aumento no uso dos serviços de urgência, longa lista de espera para procedimentos cirúrgicos, insatisfação por parte dos consumidores e profissionais do serviço público, um aumento das despesas em saúde e conseqüente dificuldade em controlá-las, aumento da procura por grupos mais vulneráveis, dificuldade na redução da mortalidade resultante de acidentes de viação e estilos de vida (Bentes, Dias, Sakellarides e Bankauskaite, 2004).

Dado o desenvolvimento científico e as novas tecnologias, mostra-se cada vez mais necessário a existência de um *continuum* no contributo dos prestadores, facto este que exige cada vez mais um esforço na articulação e complementaridade destes (Natário e Amaral, 2011). Contudo, os recursos humanos têm sido o ponto mais focado como fator pejorativo para a desigualdade nos resultados em saúde (Bentes, *et al.*, 2004).

O número de médicos por 1.000 habitantes encontra-se atualmente acima da média da Europa dos 27. Em contrapartida, o número relativo de enfermeiros em Portugal é bastante inferior ao de outros países, o que implica que Portugal apresente um rácio enfermeiros/médicos mais baixo que a maioria dos países (Pita Barros *et al.*, 2011).

O número de médicos afetos ao SNS em Portugal Continental tem vindo a demonstrar, entre 2002 e 2007, apenas uma ligeira tendência de crescimento, mais especificamente cerca de 1,8% (Santana *et al.*, 2009). O número de prestadores¹ regista-se também com um aumento neste mesmo período, contudo inferior (0,7%) (Santana *et al.*, 2009).

Todavia, através da análise dos dados da Ordem dos Médicos num estudo realizado por Santana *et al.* (2009) relativo às Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos, o número destes profissionais a nível Continental inscritos na respetiva Ordem registou um aumento bastante mais acentuado neste período, cerca de 11,7%. Em líquido, houve um aumento de 3.871 profissionais inscritos na ordem, tendo sido apenas registado um aumento de 415 (referente a 1,8% como supracitado) do total de clínicos em exercício no setor público.

Os autores indicam como possíveis justificações para a diferença tão acentuada entre os resultados da ACSS e os da Ordem os seguintes fatores:

- os registos da Ordem dos Médicos integram os profissionais habilitados a exercer medicina em Portugal, independentemente de se encontrarem a exercer (incluindo os aposentados), de onde se encontram a exercer (público e/ou privado), sendo assim os registos de carácter cumulativo.
- os registos do SNS incluem apenas os profissionais em exercício, excluindo assim os aposentados e as saídas por qualquer outro motivo, expressando a taxa referida o resultado líquido entre entradas e saídas do sistema.

É um facto que, através da análise da estrutura etária dos médicos do SNS no Continente, esta classe profissional é muito envelhecida, apresentando 44% dos profissionais com idade superior a 50 anos em 2007, percentagem que era de 28% em 2002 (Santana *et al.*, 2009). Registou-se uma ligeira tendência para o rejuvenescimento a nível dos escalões inferiores aos 35 anos passando de 20,5% em 2002 para 23,5% em 2007, contudo é um aumento insuficiente para compensar o envelhecimento registado neste mesmo período.

Desta forma, embora o aumento de médicos do sexo feminino se reflita tanto nos profissionais inscritos na Ordem como nos efetivos do SNS, este número mostra-se mais significativo no SNS, atingindo os 55,1% dos profissionais em 2007, enquanto na Ordem era representado por 48,5%.

¹ Termo aplicado pelo “Estudo de Necessidade Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos” (Santana *et al.*, 2009) para designar prestações de trabalho que podem ser desempenhadas por um mesmo profissional, ou seja, a um profissional podem corresponder diversos prestadores

A variável mais usada para estudar a distribuição espacial dos médicos é o número de médicos *per capita*. Segundo a OMS (citada por Correia e Veiga, 2007) a referência estabelecida é de pelo menos um médico por cada 1.000 habitantes em cada comunidade, sendo o desejável um número de médicos *per capita* semelhante entre as diferentes regiões. Segundo a evidência científica, a existência de altas densidades de médicos tem um efeito favorável nos resultados em saúde, promovendo uma melhor capacidade de resposta. Contudo, a análise da situação internacional revela uma enorme variabilidade entre os diversos países, evidenciando situações bastante díspares (Natário e Amaral, 2011).

Na realidade, segundo Correia e Veiga (2007), não existe consenso no que se refere à distribuição ideal dos médicos. Se atendermos à equidade dever-se-á ter em consideração as necessidades de consumo de cuidados de saúde bem como a acessibilidade geográfica aos mesmos. Contudo, questões como a eficiência, a segurança de procedimentos, acesso à informação podem levar a uma distribuição diferente da planeada sobre o ponto de vista da equidade.

A ausência de políticas de incentivo à deslocação de médicos para regiões menos populosas é um dos aspetos assinalados como causa de desigualdade em saúde (Bentes, *et al.*, 2004). De acordo com Rosko e Broyles (1988, citados por Correia e Veiga, 2007) e Benham *et al.*, (1968, citados por Correia e Veiga, 2007) parece haver uma correlação positiva entre o número de médicos e o poder de compra de uma região. Estes mesmos autores demonstraram que o rácio *per capita* aumenta com o nível de rendimento da região e que, havendo uma distribuição mais equitativa dos rendimentos entre as diferentes regiões, os desequilíbrios observados tenderiam a reduzir-se.

Vários estudos têm também mostrado que os médicos tendem a localizar-se próximo de universidades, em particular daquela onde realizaram os estudos não só por questões afetivas, mas também pelas relações sociais e profissionais estabelecidas durante esse período (Póvoa e Andrade, 2006, Kristiansen e Forde, 1993, Burfield *et al.*, 1996, Watson, 1980, citados por Correia e Veiga, 2007). Este facto pode ainda ser explicado pela atratividade dos hospitais universitários, em particular pela sua maior dotação tecnológica e pela difusão mais rápida do conhecimento. Assim, partindo do pressuposto que as decisões de localização dos estabelecimentos do SNS são exógenas às preferências de localização dos médicos, cuja fixação resulta de um processo de escolha individual, se o SNS concentrar recursos de forma desproporcionada em determinadas regiões, espera-se

também encontrar-se um excesso de recursos nessas mesmas regiões (Correia e Veiga, 2007).

Dadas as grandes variações, para a melhor compreensão dos recursos humanos em saúde é realizada então uma análise comparativa internacional da densidade de especialistas (*benchmarking*). No entanto, neste exercício verifica-se um elevado grau de dificuldade na medida em que do ponto de vista demográfico, económico, social, epidemiológico e de organização do sistema de saúde existem algumas diferenças comparativamente com Portugal. Além disso, outras limitações são encontradas, mesmo dentro do próprio sistema de saúde como números de outros profissionais de saúde, equipamentos, camas, horários de trabalho, produtividade e organização dos serviços do próprio sistema. São considerados como mais próximos da realidade portuguesa Espanha, França e Inglaterra (Natário e Amaral, 2011).

2.1. Cuidados de saúde primários – Portugal Continental

Como exposto, de acordo com o documento relativo às atuais e futuras necessidades previsionais de médicos no SNS (Natário e Amaral, 2011), a estrutura etária dos médicos em Portugal Continental encontra-se em faixas altas, tendo havido um aumento de 28% para 44% entre 2002 e 2007 no número de profissionais com idade superior a 50 anos. Estes valores tornam-se ainda mais evidentes se a análise disser apenas respeito ao setor dos cuidados primários onde, em 2007, 71% dos clínicos em exercício profissional tinham mais de 50 anos e apenas 9% tinham menos de 35 anos, sendo assim afirmado que a capacidade de substituição geracional no setor dos cuidados de saúde primários se encontra fortemente condicionada.

Se se realizar uma análise relativa à afetação dos médicos do SNS tendo em consideração a tipologia da instituição prestadora de cuidados de saúde entre 2002 e 2007, pode verificar-se que os cuidados primários descenderam a sua representatividade de 31,7% para 30,3% (Santana *et al.*, 2009).

De acordo com Natário e Amaral (2011), atualmente Portugal encontra-se numa fase de reorganização da estrutura de cuidados primários de saúde, tendo como objetivo tornar esta vertente o pilar central do sistema de saúde. Para tal pretende-se a concretização da reconfiguração de centros de saúde, com a formação de 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), cinco tipos de unidades funcionais e implementação generalizada de Unidades de Saúde Familiar (USF).

Assim, foram desenvolvidas projeções relativas às necessidades no que se refere aos cuidados de saúde primários com base nos seguintes modelos (Natário e Amaral, 2011):

- modelo da oferta – parte do pressuposto da absorção total dos diplomados em medicina pelo sistema de formação dos internatos médicos e da atribuição de 30% das vagas destes internatos para esta especialidade (modelo já desenvolvido e já aplicado à Medicina Geral e Familiar).

- modelo das necessidades – desdobra-se em “Cenário da Reforma” de acordo com a aplicação do rácio de 1 médico por cada 1.550 utentes (ou seja 64,5 especialistas por 100.000 habitante) e “Cenário da EU a 15” no qual se pretende em 2020 um rácio de 81 especialistas de Medicina Geral e Familiar por 100.000 habitantes.

No ano de 2007 existiam no SNS 6.288 especialistas em Medicina Geral e Familiar, quando de acordo com a aplicação do modelo de reforma deveriam existir 6.533, podendo assim identificar-se imediatamente um défice de 245 especialistas. Porém, encontrando-se o “Cenário de Reforma” baseado num rácio populacional e prevendo-se a diminuição da população portuguesa no período em análise, regista-se igualmente uma diminuição das necessidades destes especialistas, estimando-se a necessidade de 6.444, o que representa um aumento apenas de 2,5% relativamente ao número de profissionais existentes em 2007 (Natário e Amral, 2011).

No entanto, no âmbito do “modelo da oferta”, o sistema de formação instalado apenas terá capacidade para promover 3.543 novos especialistas nesta área entre 2008 e 2020, o que produzirá um total de 6.130 especialistas até ao final deste período, originando um défice estimado em 314 especialistas no “Cenário Reforma” e em 1.995 no “Cenário EU a 15” (Natário e Amaral, 2011).

Pode-se assim concluir que o modelo de atribuição de 30% das vagas de internato médico para esta área, se revela insuficiente para fazer face às saídas por aposentação e ao cumprimento dos rácios populacionais, em qualquer dos cenários considerados.

No que se refere à componente dos especialistas em Saúde Pública em exercício nos cuidados primários, considerou-se a respetiva projeção com base no modelo da oferta e do modelo das necessidades desdobrado nos cenários de manutenção e da UE a 15. Verificou-se que o modelo da oferta não revela capacidade para atingir a reposição em 2020 do número de profissionais existentes em 2007, registando-se um decréscimo de 28% na sua capacidade habitual de formação de especialistas (Natário e Amaral, 2011).

Desta forma, o modelo das necessidades regista naturalmente um défice de especialistas nos cenários considerados, entre 112 no “Cenário de Reposição” e os 240 no “Cenário da UE a 15”.

Atualmente, a distribuição geográfica de médicos por 100.000 residentes nas áreas de influência dos Centros de Saúde revela-se heterogénea, observando-se concelhos com valores mais baixos a nível do Norte litoral do país, LVT e Alentejo litoral e interior. Contrariamente, a região Centro destaca-se com concelhos com valores tendencialmente mais elevados (Natário e Amaral, 2011).

2.2. Cuidados de saúde rede hospitalar – Portugal Continental

A rede hospitalar deve ser entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, organizado de forma coerente com vista à eficiência. A cada hospital deve ser atribuída uma área geodemográfica de influência e um papel específico na área assistencial, tendo em conta a sua articulação com outras instituições hospitalares e rede de cuidados continuados (Natário e Amaral, 2011).

As redes de referenciação hospitalar são sistemas através dos quais se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares e entre estas e os Cuidados de Saúde Primários, com fim de garantir o acesso e a equidade a todos os cidadãos. Ao melhorarem esta regulação torna-se possível a minimização da duplicação e subutilização da capacidade instalada no SNS (Natário e Amaral, 2011).

A criação das redes de referenciação tem como conjetura essencial uma base populacional de onde provêm doentes em número suficiente para justificar a instalação de uma especialidade e de um conjunto de equipamentos. Para a implementação das mesmas deve-se então considerar as necessidades das populações, aproveitar a capacidade instalada e adaptar as especificidades e condicionalismos loco-regionais, com base em critérios de distribuição e rácios previamente definidos, de instalações, equipamentos e recursos humanos (Natário e Amaral, 2011).

As complementaridades entre hospitais deverão igualmente ser incentivadas através de formas orgânicas de relacionamento, contratualização e aproximações voluntárias.

O planeamento de recursos humanos da carreira médica deverá então previamente concretizar-se através da distribuição de vagas para os respetivos internatos médicos, pelas especialidades e pelas instituições que, de acordo com os pressupostos supra identificados, apresentem mais carências (Natário e Amaral, 2011).

Em 2008 Portugal tinha 189 hospitais, 77 dos quais pertenciam ao SNS, havendo assim uma evolução de número de hospitais semelhante aos dos outros países europeus. No entanto, o número de camas revela-se ainda relativamente baixo, quando comparado com os restantes países da Europa dos 27, embora mais elevada do que nos países similares (Reino Unido e Espanha) (Pita Barros *et al.*, 2011).

No setor dos cuidados hospitalares, embora a profissão assuma igualmente o envelhecimento, a situação é consideravelmente mais atenuada. Nos cuidados hospitalares, em 2007, 32% dos clínicos encontravam-se em escalões superiores aos 50 anos e 30% tinham idade inferior a 35 anos, encontrando-se a substituição praticamente assegurada (Natário e Amaral, 2011).

Numa análise relativa à afetação dos médicos do SNS por tipologia da instituição prestadora de cuidados de saúde entre 2002 e 2007, pode-se verificar que os cuidados hospitalares concretizaram uma evolução relativa à sua representatividade de 67,1% para 68,5%. Este facto veio acentuar a disparidade entre a afetação de recursos aos cuidados hospitalares em detrimento dos cuidados primários (Santana *et al.*, 2009).

2.3. Rácios de cobertura populacional pelos médicos

Como já supramencionado, o estudo dos rácios de cobertura populacional dos médicos são realizados através de *benchmarks* em países cujos perfis populacionais e epidemiológicos são comparáveis aos de Portugal, para assim se tentar estabelecer padrões de comparação.

Porém, o número de médicos num determinado país não pode ser analisado isoladamente uma vez que existe um conjunto de outros fatores que podem influenciar, como já exposto. Por outro lado, adaptar a disponibilidade destes profissionais à procura de serviços de saúde mostra-se igualmente difícil na medida em que este aspeto varia nomeadamente em função de diferenças na morbilidade e mortalidade das populações, da proporção do PIB afeto aos sistemas de saúde, dos níveis de cobertura, etc. (Santana *et al.*, 2009).

De acordo com estudo realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2006, referido por Santana *et al.*, 2009) e também mencionado por Natário e Amaral (2011), sugere-se que altas densidades de médicos são sinónimo de melhores resultados em saúde e de melhores capacidades de resposta. Assim, o número de médicos *per capita* parece estar inversamente relacionado com a mortalidade evitável em bastantes países da OCDE, enquanto parece não ter efeitos noutras dimensões.

2.4. A situação Internacional

Estudos acerca da situação internacional relativamente à densidade de médicos, demonstra uma enorme variabilidade entre os diferentes países.

No que se refere a Portugal, este indicador coloca-nos numa posição intermédia, 344.34 médicos por 100.000 habitantes em 2005, número similar à grande maioria dos países da Europa a 12, com rácios superiores à Finlândia e Suécia, e bastante superiores aos do Reino Unido (212,61 médicos por 100.000 habitantes) (Santana *et al.*, 2009).

Este rácio demonstra discrepâncias significativas com valores máximos de 618.52 médicos por 100.000 habitantes em Itália e mínimos de 118.54 médicos por 100.000 habitantes na Albânia (Santana *et al.*, 2009).

As variações regionais também são notórias, nomeadamente em Portugal em que as regiões se distribuem entre os 50% e os 150% da média nacional. Estas assimetrias verificam-se no desequilíbrio registado ao nível da repartição geográfica de profissionais entre zonas rurais, periféricas e pobres, versus zonas urbanas, centrais e ricas (Santana *et al.*, 2009).

Entre 1985 e 2000 houve uma quebra significativa no número de novos diplomados em medicina (de 5% para 3%). Esta quebra foi particularmente evidente em Portugal até meados da década de 90, tendo posteriormente começado a notar um ligeiro aumento até 2005. Este facto deveu-se em parte ao empenhamento a nível formativo através da criação de novas escolas (Santana *et al.*, 2009). Porém, embora esta ação suprima a carência de médicos, implica elevados gastos e produz resultados muito diferidos no tempo. Daí o recurso ao recrutamento de profissionais no estrangeiro fosse a forma menos dispendiosa para solucionar, a curto prazo, o défice de médicos (Santana *et al.*, 2009).

É igualmente relevante a análise comparativa dos recursos médicos por especialidade. No que se refere aos cuidados primários, a densidade nos diversos países da União Europeia, revela a mesma disparidade que se verifica nos restantes indicadores analisados. Portugal encontra-se aqui entre os mais baixos com 56 médicos de clínica geral por 100.000 habitantes, comparativamente com a Bélgica com 201 médicos e a Eslováquia com 43 por 100.000 habitantes (Santana *et al.*, 2009). No entanto, perante a análise realizada em instituições hospitalares, Portugal encontra-se no posicionamento inverso. Portugal é o país com maior percentagem de médicos hospitalares, no total dos 16 países europeus que disponibilizaram dados, com 74% destes profissionais a exercerem neste tipo de cuidados (Santana *et al.*, 2009).

Numa observação mais minuciosa pelo país similar e vizinho, Espanha apresenta uma posição média comparativamente com o resto da Europa, no que se refere ao número de médicos e enfermeiras (Consejería de Salud, 2010). Contudo, numa análise relativa aos rácios de profissionais de saúde ao nível das prestações primárias, tendo em consideração as pessoas abrangidas por cada médico de família, pediatra, enfermeira e pessoal auxiliar, podem observar-se algumas discrepâncias entre as diferentes regiões espanholas.

Número de pessoas por profissionais de saúde nos cuidados primários em Espanha

	Med Fam	Pediatra	Enfermera	PNS
España	1426	1041	1658	3091
Andalucía	1415	1016	1816	2733
Cataluña	1433	1232	1546	2547
Madrid	1571	1047	1968	4047
Valencia	1594	969	1777	3110

Tabela 1 - Sistema de Saúde Espanhol: número de pessoas por profissionais de saúde nos cuidados primários (Fonte: Consejería de Salud, 2010)

Em relação aos hospitais, calculado sobre a base de camas atribuídas, também se observam estas mesmas disparidades.

Índices de profissionais de saúde por 100 camas hospitalares, em Espanha em 2005

	Total personal	Médicos	Enfermería	Ayudantes sanitarios	P. No Sanitario
España	437	66	124	118	122
Andalucía	526	73	149	143	154
Cataluña	352	65	101	91	88
Madrid	509	66	140	143	151
Valencia	437	69	132	112	117

Tabela 2 - Sistema de Saúde Espanhol: índices de profissionais de saúde por 100 camas hospitalares, em 2005 (Fonte: Consejería de Salud, 2010)

De acordo com dados da Consejería de Salud (2010) pode observar-se que a taxa de médicos por população segue uma tendência crescente na última década, porém, apesar deste crescimento, a perceção de défices de profissionais é cada vez maior, podendo assim deduzir-se que este crescimento é menor que o crescimento da procura destes

profissionais. A salientar este facto prevê-se uma elevada taxa de aposentação de médicos nos próximos anos neste país, que alcançará o seu máximo pelo ano 2025.

Desta forma, estudos concluem que em Espanha há um ligeiro défice de médicos em número absoluto. As taxas de médicos tanto globais como por especialidades no sistema público são comparáveis ou mesmo superiores ao *standards* nacionais e internacionais, porém persiste um défice em certas especialidades. Este facto é agravado pelo aumento da procura, aumento da população, muito superior ao previsto, aumento do poder de aquisição, redução das cargas horárias, feminização, alternativas laborais e padrões de comportamento.

Prevê-se assim que nos próximos anos surja, em Espanha, um défice moderado em várias especialidades, um défice total moderado atenuado pelas decisões tomadas nos últimos anos e uma deterioração destes números no período entre 2015-2025 (devido ao aumento acentuado de aposentações e crescimento populacional elevado).

2.5. A situação em Portugal

Os rácios de cobertura dos médicos do SNS a exercer nas diversas regiões de Portugal em função da população residente, revela situações diversificadas (Santana *et al.*, 2009), sendo os valores mais baixos no Alentejo e Algarve (166,3 e 191,1 médicos por 100.000 habitantes, respetivamente) e os mais elevados no Centro e em LVT (244,4 e 242,7 médicos por 100.000 habitantes, respetivamente).

A nível dos cuidados de saúde primários o rácio mais elevado verifica-se no Alentejo e Centro com 75,6 e 78,8 médicos por 100.000 habitantes, respetivamente, verificando-se o menor valor na região Norte e em LVT, com 66,8 e 67,4 médicos por 100.000 habitantes, respetivamente.

Na perspetiva dos cuidados de saúde hospitalares, os valores já se mostram mais elevados na região de LVT (170,8 médicos por 100.000 residentes) e Centro (163,8 médicos por 100.000 residentes), e mais baixos no Alentejo e Algarve (90,3 e 120,1 médicos por 100.000 residentes, respetivamente) (Santana *et al.*, 2009).

3. MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

A MFR consiste numa área de especialização médica cujo objetivo concerne à reabilitação/recuperação do indivíduo afetado funcionalmente por uma doença ou traumatismo (Natário e Amaral, 2011). Assim, neste ramo da medicina são regularmente atendidos utentes com dor crónica ou aguda músculo-esquelética, utentes com paraplegia, tetraplegia, lesões cerebrais causadas por acidentes, utentes que sofreram de enfartes, lesões ortopédicas e doenças neurológicas (por exemplo esclerose múltipla). Nesta especialidade médica é enquadrada a prestação de cuidados de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala (Entidade Reguladora de Saúde, ERS, 2008).

3.1. População alvo dos serviços de Medicina Física de Reabilitação

De acordo com a ERS (2008) os utentes de MFR deverão pertencer maioritariamente a estratos de faixa etária mais elevada, dadas as doenças crónicas terem mais incidência nesta população, provocando assim incapacidades de longa duração. Este facto torna-se mais evidente perante o aumento da longevidade e crescimento da população idosa. A este grupo adicionam-se os muitos utentes que terão sofrido situações potencialmente incapacitantes como AVC, TCE, lesões vertebro-medulares (LVM) e outros politraumatismos. A sociedade atual apresenta cada vez mais estilos de vida que promovem o surgimento de situações incapacitantes, cada vez em maior número e em faixas etárias cada vez mais jovens. É ainda de referir um terceiro grupo com necessidades de cuidados a este nível, que são os utentes com sequelas neurológicas ou lesões derivadas da gestação e parto.

3.2. Caracterização da rede de Medicina Física de Reabilitação em Portugal

Em Portugal, para efeitos de carteira de cuidados e de um adequado sistema de financiamento hospitalar, encontram-se diferenciadas tipologias hospitalares (Natário e Amaral, 2011). São elas:

- Tipologia B2 – hospital que sirva uma população de cerca de 150.000 habitantes e integre a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência, com urgência médico-cirúrgica. Tem capacidade técnica para assegurar mais de 80% da diversidade dos cuidados necessários desta população, em função das especialidades assistenciais de que dispõe, variando habitualmente entre 15 e 17. Como exemplos desta tipologia é possível referir o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE; Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE; Centro Hospitalar do Oeste Norte; ULS do Baixo Alentejo, EPE e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

- Tipologia B1 – hospital que sirva uma população de cerca de 250.000 a 300.000 habitantes e integre igualmente a Rede de Referência Hospitalar de Urgência/ Emergência, com urgência médico-cirúrgica. Revela capacidade técnica para responder a pelo menos 85% das necessidades globais e servir de referência de segunda linha para os hospitais de tipologia B2, disponibilizando entre 20 a 24 especialidades. Como exemplo de instituições desta tipologia são ULS do Alto Minho, EPE; Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE; Centro Hospitalar do Barreiro- Montijo, EPE e Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE.

- Tipologia A1 – hospital que serve uma população direta de cerca de 350.000 habitantes, uma população de referência de segunda e terceira linha de mais de 650.000 habitantes. Esta tipologia engloba os hospitais de fim de linha da medicina portuguesa, integrando a rede de urgência/ emergência como polivalentes. Estes hospitais têm capacidade técnica para assegurar 100% da diversidade dos cuidados da população que abrangem. Encontram-se enquadrados nesta tipologia o Centro Hospitalar de São João, EPE; Centro Hospitalar do Porto, EPE; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE e Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

- Tipologia A2 – hospitais cujas populações oscilam entre B1 e A1, sendo considerados pela rede de urgência como hospitais polivalentes, tendo por isso responsabilidades acrescidas nas respostas às necessidades dos utentes não só da sua área direta, mas também para servirem de referência aos hospitais B2 e B1 das suas proximidades. Tendo em conta as necessidades desta população, a organização do sistema de saúde, a diferenciação do hospital e o seu desempenho, estes hospitais devem responder a pelo menos 85 a 90% das necessidades globais da população. Nesta tipologia podemos encontrar o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE; Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE; Hospital Garcia de Orta, EPE; Hospital do Espírito Santo, EPE e Hospital de Faro, EPE.

Desta forma, no SNS português e de acordo com Natário e Amaral (2011) a Rede de MFR enquadra-se em quatro níveis de atuação, que são:

- Centros de Saúde e Hospitais de nível I – responsáveis pela prevenção da incapacidade e pela orientação adequada do doente. Cada um dos serviços hospitalares de MFR da sua área de influência deverá designar um médico Fisiatra como consultor na zona geográfica de responsabilidade do respetivo hospital. São ainda responsáveis na formação de técnicos e orientação de atividades a desenvolver nos Centros de Saúde (DGS, 2002).

- Hospitais/ Centros Hospitalares de plataforma B – responsáveis pela resposta às situações clínicas que exijam intervenção da MFR na fase aguda. Desta forma, estas unidades assistirão doentes internados e doentes em regime ambulatorio que necessitem de cuidados diferenciados de MFR, de acordo com os protocolos pré-definidos com os centros de saúde e hospitais de nível I da sua área de referência. Considera-se que por cada 100 camas de internamento hospitalar deverá haver um médico Fisiatra, três Fisioterapeutas, um Terapeuta da Fala e um Terapeuta Ocupacional.

- Hospitais de plataforma A – consistem numa plataforma diferenciada do diagnóstico e do tratamento da MFR, implantados em zona com atração superior a 400.000 habitantes, casuística anual superior a 300 AVC's e integração na rede de urgência como hospitais polivalentes.

- Centros de Reabilitação – destinados a casos mais graves, mas com potencial de recuperação e reabilitação. Estas estruturas encontram-se direcionadas para a reabilitação ativa, dinâmica e intensiva, tendo como objetivo a reintegração socioprofissional plena, sempre que possível. A assistência é dada de acordo com a situação clínica de cada utente, feita em regime de internamento, hospital de dia e ambulatorio, sendo as consultas externas essencialmente dirigidas ao acompanhamento da evolução dos utentes anteriormente internados (DGS, 2002).

Assim, deverão existir no País quatro centros de reabilitação sítos no Norte, Centro, LVT e ainda Algarve, perfazendo um total de 600 camas (DGS, 2002).

O cálculo do número de camas necessárias em Portugal baseou-se nos pressupostos a seguir apresentados:

Dados para o cálculo de necessidade de camas em Centros de Reabilitação

Patologias	Pressupostos	Doentes/ano
Lesões medulares		400
TCE	Incidência: +/- 8000 doentes /ano dos quais cerca de 12% necessita de cuidados deste nível.	1 000
AVC	Cerca de 17 000 sobreviventes por ano, dos quais cerca de 6% necessita de cuidados a este nível.	1 000
	TOTAL	2 400
Com internamento médio de 3 meses, serão necessárias cerca de 600 camas.		

Tabela 3 - Dados para o cálculo de necessidade de camas em Centros de Reabilitação (fonte: DGS, 2002)

Atualmente existe no distrito de Lisboa, o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (CMRA) da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com o qual a Administração Regional de Saúde (ARS) de LVT tem protocolo. Encontra-se também em funcionamento o Centro de Reabilitação do Sul, o Centro de Reabilitação do Centro (Dr. Rovisco Pais), tendo estado prevista a abertura do Centro de Reabilitação Norte em Novembro de 2011 (ARS Norte, 2006), mas que até à data não aconteceu.

É contudo de referir que esta especialidade existe praticamente em todos os hospitais, embora com algumas assimetrias na distribuição dos especialistas. A situação mais crítica verifica-se no Hospital de Santarém, assim como nos hospitais do interior do País de norte a sul (Natário e Amaral, 2011).

3.3. Rede atual de prestadores de Medicina Física de Reabilitação em Portugal

Em Agosto de 2007, encontraram-se identificados pela ERS (2008) 617 serviços prestadores de cuidados na MFR. A maioria desses serviços encontrava-se integrada em estabelecimentos sobre a tutela de entidades privadas (pessoas coletivas e singulares), sendo um número bastante menor os detidos por entidades do setor público e setor social. Geograficamente, estes serviços encontram-se localizados sobretudo nas regiões litoral, de forma mais evidente nas zonas de Porto e Lisboa (ERS, 2008).

Distribuição dos serviços de MFR de acordo com a tutela dos estabelecimentos		
Natureza	Número de Serviços	%
Privada	462	74,9%
Social	87	14,1%
Pública	68	11,0%
Total Geral	617	

Tabela 4 - Distribuição dos serviços de MFR de acordo com a tutela dos estabelecimentos (Fonte: ERS, 2008)

3.4. Normas de recursos humanos na Medicina Física de Reabilitação

No que se refere a recursos humanos, no documento “Actuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS)” redigido por Natário e Amaral (2011), é afirmado que por cada 30.000 habitantes é considerado adequado um médico Fisiatra e três Fisioterapeutas. Já por cada 60.000 as necessidades relativas a Terapeutas adicionam um Terapeuta Ocupacional e um Terapeuta da Fala.

Relativamente aos níveis de atuação descritos anteriormente, aos Hospitais de nível I é exigido apenas a presença de um Fisiatra, com a função de consultor na área geográfica da responsabilidade do respetivo hospital, servindo como interlocutor entre estas unidades e respetivos centros de saúde.

Já nos Hospitais de Plataforma B é considerado pela DGS (2002) a necessidade de 100 camas, uma vez que se estima que 25% dos doentes internados num hospital geral carecem de cuidados de reabilitação e que cerca de 5% das camas estão ocupadas por doentes que, fundamentalmente, necessitam de reabilitação. Assim, por este mesmo documento há necessidade de um médico Fisiatra, três Fisioterapeutas, um Terapeuta da Fala e um Terapeuta Ocupacional para este tipo de instituições.

Por sua vez, nos Hospitais de Plataforma A, com uma zona de atração superior a 400.000 habitantes, casuística anual superior a 300 AVC's e com integração na rede de urgência como hospitais polivalentes, é aconselhável ter 12 a 15 camas atribuídas à MFR, correspondendo a cerca de 3% do total de camas e com um internamento médio de 30 dias. Este tempo médio de internamento pressupõe a existência de centros de reabilitação em articulação, dedicando-se às situações clínicas que exigem uma intervenção mais prolongada (DGS, 2002). Assim, os recursos humanos recomendados para um serviço de MFR num hospital de 400-500 camas são: sete Fisiatras, 15 Enfermeiros (sendo oito de reabilitação), 15 Fisioterapeutas, quatro Terapeutas Ocupacionais, dois Terapeutas da Fala, três Secretárias Clínicas, 12 Auxiliares de Ação Médica, dois Assistentes Sociais e dois Psicólogos. Para este tipo de Plataforma prevê-se um total de 240 camas a nível Continental, calculadas com base os seguintes pressupostos:

Dados para o cálculo de necessidade de camas em Hospitais de Plataforma A, a nível Continental

Patologias	Pressupostos	N.º de Camas
AVC	Incidência: 20 000/ano Sobreviventes: 17 000, dos quais 10% (1 700) necessitam de cuidados da Plataforma A. Internamento médio: 30 dias	140
TCE	Incidência: 8.000/ano 10% (800) necessitam de cuidados da Plataforma A. Duração média de internamento: 30 dias	70
Lesões musculoesqueléticas	Incidência: 7.500/ano. 10% (750) necessitam de cuidados da Plataforma A. Duração média de internamento: 10 dias	20
Outras		10
Total		240

Tabela 5 - Dados para o cálculo de necessidade de camas em Hospitais de Plataforma A, a nível Continental (fonte: DGS, 2002).

No que se refere aos centros de reabilitação, com um total de 600 camas e tempo médio de internamento previsto de três meses, a sua distribuição pelo país seria de 190 camas na região Norte, 140 na região Centro, 190 em LVT e Alto Alentejo e 80 na região do Algarve e Baixo Alentejo. Nestes centros por cada 80 doentes internados e 40 em hospital de dia, as necessidades ao nível de recursos humanos são oito Fisiatras, 32 Enfermeiros (sendo 50% de Reabilitação), 18 Fisioterapeutas, cinco Terapeutas Ocupacionais, dois Terapeutas da Fala, um Ortoprotésico, um Dietista, dois Assistentes Sociais e dois Psicólogos.

Assim, como resumo dos números normativos dos recursos humanos em MFR, consoante o tipo de instituição hospitalar, apresenta-se o seguinte quadro:

Dados normativos dos recursos humanos necessários nos serviços de MFR				
	Hospitais de nível I	Hospitais de Plataforma B	Hospitais de Plataforma A	CMR
Número de camas para MFR por hospital	---*	100	12 a 15	600
Fisiatras	1	1	7	8
Enfermeiros	---*	---*	15 (dos quais 8 de reabilitação)	32 (dos quais 16 de reabilitação)
Fisioterapeutas	---*	3	15	18
Terapeuta Ocupacional	---*	1	8	5
Terapeuta da Fala	---*	1	2	2
Secretárias Clínicas	---*	---*	3	---*
Auxiliares de Ação Médica	---*	---*	12	---*
Assistentes sociais	---*	---*	2	2
Psicólogos	---*	---*	2	2
Ortoprotésico	---*	---*	---*	1
Dietista	---*	---*	---*	1

* Não se encontrou referência a dados na pesquisa bibliográfica efetuada

Tabela 6 - Dados normativos dos recursos humanos necessários nos serviços de MFR (fonte: DGS, 2002)

3.5. Estrutura organizacional atual dos serviços de Medicina Física de Reabilitação

Segundo o Manual de Boas Práticas em MFR (aprovado no DR n.º 199, 2ª série, 2002), nos serviços de MFR deverão estar integrados médicos especializados em Fisiatria, colaboradores técnicos, sendo estes fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala e ortoprotésicos. Adiciona-se ainda outra grande diversidade de profissionais como auxiliares de fisioterapia, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de ação médica, etc.

De acordo com dados da ERS (2008) no ano 2008 em Portugal Continental existiam 617 serviços de MFR, sendo 462 da rede privada, 87 da rede social e 68 da rede pública, como demonstrado no quadro em baixo. Consequentemente, a rede privada englobaria cerca de 2.363 profissionais, a rede social 806 e a rede pública 1.018.

Distribuição dos serviços e respetivos profissionais de MFR por natureza e entidade				
Natureza	Nº de serviços	%	Nº de profissionais	%
Privada	462	74,9%	2.363	56,4%
Social	87	14,1%	806	19,3%
Pública	68	11,0%	1.018	24,3%
Total Geral	617	100%	4.187	100%

Tabela 7- Distribuição dos serviços e respetivos profissionais de MFR por natureza e entidade

(Fonte: ERS, 2008)

Nestes serviços cerca de 45% dos profissionais de saúde de MFR eram fisioterapeutas, seguindo-se os médicos com 29%. Os terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala eram os que se encontram em menor número (5% e 4% respetivamente).

Distribuição das diferentes categorias profissionais nos serviços de MFR existentes em 2008

Categoria Profissional	Número de Profissionais	% do total de profissionais	Média por serviço
Médicos	1.223	29%	1,98
Fisioterapeutas	1.904	45%	3,09
Terapeutas Ocupacionais	224	5%	0,36
Terapeutas da Fala	157	4%	0,25
Ortoprotésicos	12	0%	0,02
Outros	666	16%	1,08
Total	4.187	100%	6,79

Tabela 8 - Distribuição das diferentes categorias profissionais nos serviços de MFR existentes em 2008

(Fonte: ERS, 2008)

Embora os serviços de MFR devessem integrar uma diversidade de profissionais de saúde nomeadamente médicos fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, a estrutura organizacional destes serviços em Portugal não retrata estas diretrizes. Segundo a ERS (2008) os serviços de MFR revelam números bastante diferentes, sendo possível constatar que nenhum possui todas as categorias profissionais referidas no Manual de Boas Práticas da MFR (aprovado no DR n.º 199, 2ª série, 2002). Este facto é possível de se verificar na tabela que se segue:

Distribuição da quantidade dos diferentes profissionais nos serviços de MFR

Número de Profissionais por serviço	Médicos	Fisio-terapeutas	Terapeutas Ocupacionais	Terapeutas da Fala	Orto-protésicos	Outros	Total
0	0	124	522	535	614	423	0
1	362	117	60	50	1	85	75
2	133	121	16	15	1	39	66
3	56	85	5	11	0	18	87
4	27	47	5	2	0	11	85
5 a 6	21	56	5	2	0	17	95
7 a 9	11	33	0	1	1	9	96
10 a 19	6	27	3	1	0	12	82
20 ou mais	1	7	1	0	0	3	31
Mediana	1	2	0	0	0	0	4

Tabela 9 - Distribuição da quantidade dos diferentes profissionais nos serviços de MFR (fonte: ERS, 2008)

Ao nível da Terapia da Fala, são 535 os serviços que não possuem esta classe profissional, sendo apenas um o que tem entre dez a 19 Terapeutas da Fala a exercer funções. Já no caso dos médicos, todos os serviços têm pelo menos um médico Fisiatra, havendo apenas um com mais de 20 médicos desta especialidade.

3.6. Acesso dos utentes à Medicina Física de Reabilitação

De acordo com a ERS (2008) a oferta dos serviços deverá adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas da população de cada região, assegurando um grau de acessibilidade uniforme para todas as populações.

Porém, as barreiras que interferem na progressão do acesso podem ser agrupadas em cinco dimensões distintas: acessibilidade, disponibilidade, capacidade de pagamento, aceitabilidade e acolhimento (Penchansky, 1981, citado por ERS, 2008). As duas primeiras revelam uma vertente espacial, apresentando as três últimas dimensões um carácter não-espacial.

A disponibilidade refere-se ao número de serviços de entre os quais o utente pode optar, já a acessibilidade diz respeito à adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos utentes, em termos de distância e/ou tempo de deslocação até aos prestadores de cuidados.

3.6.1. Acessibilidade

Neste ponto, quanto menor for a percentagem da população a residir dentro da zona de alcance de um serviço de MFR, menor será a acessibilidade a estes mesmos serviços (ERS, 2008). Num estudo empírico realizado pela ERS (2008) acerca dos fluxos dos utentes destes serviços, com base em informação recolhida junto de uma amostra de prestadores representativa, conclui-se que 85% dos utentes efetua deslocações inferiores a 30 minutos até ao serviço de MFR mais próximo.

3.6.2. Disponibilidade

Este ponto pode ser avaliado a partir da análise da capacidade produtiva dos serviços de entre os quais o utente pode optar. Esta avaliação deveria considerar a análise de cada utente, na medida em que existirão diferenças na disponibilidade de cuidados de caso para caso. Porém, tal rigor é difícil de se atingir e, além do mais, as diferenças de utentes com residências próximas não serão significativas, pelo que será razoável a consideração de agregados geográficos.

Como já seria esperado, grande parte dos serviços situam-se nas regiões do litoral, sobretudo nas regiões de Porto e Lisboa. Todavia, este facto por si só é pouco ilustrativo no que respeita ao acesso das populações na medida em que há grandes discrepâncias entre o litoral e interior, ao nível da população residente (ERS, 2008).

Contudo, a avaliação da disponibilidade exige uma ponderação da oferta disponível de MFR por população abrangida. O rácio dos serviços por habitantes permite uma visão da capacidade de escolha por parte dos utentes. Desta forma, quanto maior for o número de serviços *per capita*, maior será a capacidade de escolha dos utentes. Por outro lado, o rácio de profissionais por habitante traduz a capacidade de resposta da rede de oferta às necessidades potenciais da população.

Neste âmbito pode constatar-se alguma heterogeneidade entre as Regiões de Referência para Avaliação em Saúde (RRAS) ao nível da disponibilidade de MFR por 100.000 habitantes, variando entre perto de dez serviços na Lousã e ausência dos mesmos nas RRAS de Odemira e Sertã.

Segundo a ERS (2008), através da conjugação das duas análises, constata-se que as regiões de Bragança, Covilhã, Sertã, Coruche e Odemira são aquelas em que a disponibilidade de cuidados de saúde em MFR é menor, na medida em que surgem mal classificadas em termos quer de capacidade de escolha das populações, quer da capacidade de resposta da oferta existente nessas áreas.

4. O TERAPEUTA DA FALA

O Terapeuta da Fala intervém em todas as situações de patologia da fala, da voz e da linguagem oral e escrita, qualquer que seja a etiologia, na criança, no adolescente, no adulto e na pessoa idosa.

De acordo com a definição da *American Speech- Language-Hearing Association (ASHA)* (2007) o Terapeuta da Fala é o profissional que se dedica à prestação de serviços clínicos, à prevenção, educação, administração e investigação nas áreas da comunicação e deglutição desde a infância até à idade geriátrica.

Já o *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL)* (2011¹) define-o como aquele que se preocupa com a comunicação e com a linguagem, que trata problemas de voz, fala e linguagem falada e escrita, independentemente da etiologia, em crianças, adolescentes, adultos e idosos. É desta forma responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e estudo científico das perturbações da comunicação humanas e alterações a elas associadas. Neste contexto, entenda-se por comunicação humana todos os processos associados à compreensão e expressão da linguagem falada ou escrita, assim como outras formas adequadas de comunicação não-verbal (CPLOL, 2011¹).

4.1. Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne

Com o objetivo de representar os profissionais desta área, foi criado em 1988 a nível europeu o CPLOL. A designação desta identidade ressalva que a profissão apresenta quatro termos distintos para o seu desígnio, que varia consoante o país, embora todos queiram partilhar o mesmo conceito: Ortofonia (*orthophonie* – em países cuja língua predominante é o Francês), Logopedia (*logopedics* – em países com o predomínio da língua espanhola), Terapêutica da Fala (*speech and language therapy* – em países com influência anglo-saxónica) e Fonoaudiologia (em alguns países sul-americanos). A CPLOL (2011²) tem como objetivos representar os membros da organização na política europeia e internacional, parlamentar e autoridades administrativas, promover entre os membros liberdade de movimento e direito de prática dentro dos países da união europeia, coordenar as condições de prática terapêutica, realizar a equivalência de qualificações, harmonizar a legislação relacionada com a profissão, trocar conhecimentos científicos e realizar pesquisas no âmbito da Terapia da Fala, harmonizar os *standards* e a qualidade da prática inicial e da

continuidade de formação, promover encontros e congressos científicos, publicar material científico, entrar em contacto com outras organizações de terapeutas da fala de todo o mundo, estudar e publicar quaisquer documentos relacionados com a Terapia da Fala a nível europeu, fornecer assessoria especializada a qualquer autoridade política, parlamentar ou administrativa ou a qualquer associação reconhecida que o solicite e facilitar o desenvolvimento da profissão através da formação, negociação e a adesão de novas organizações (CPLOL, 2011²).

4.2. Âmbito de intervenção do Terapeuta da Fala

Consoante a organização que se encontra a reger este grupo profissional, os âmbitos de intervenção são delimitados. Embora possam existir ligeiras diferenças, as organizações europeias, bem como as de outros continentes têm campos de ação finais comuns.

De acordo com a CPLOL (2011¹) são definidos os seguintes âmbitos de intervenção:

- Perturbações de Fala;
- Perturbações a nível da voz (por causa funcional, orgânica, de desenvolvimento ou adquirida);
- Perturbações da linguagem oral e escrita;
- Perturbações que afetam raciocínio lógico e matemático;
- Intervenção precoce para as diferentes perturbações na infância;
- Ensino de leitura labial, fala/ linguagem em crianças com défice auditivo e intervenção em pessoas com surdez adquirida;
- Intervenção na afasia ou outros problemas de linguagem de causa neurológica;
- Intervenção ao nível da alimentação e deglutição;
- Intervenção em perturbações que afetam a trompa de Eustáquio;
- Promoção da comunicação em pessoas com alterações cerebrais associadas à idade.

A ASHA (2007), ao já descrito, acrescenta ainda:

- Problemas neonatais;
- Problemáticas do desenvolvimento (ex.: Autismo, Perturbações Específicas da Linguagem, etc.);
- Alterações anatómicas da face (ex.: fenda palatina);

- Alterações respiratórias;
- Anomalias a nível faríngeo e/ ou laríngeo;
- Disfunções neurológicas;
- Alterações psiquiátricas;
- Alterações genéticas.

O Terapeuta da Fala presta assim serviço individual, a famílias e grupos de diversidade linguística e cultural. Estes mesmos serviços são proporcionados com base em evidências, experiência clínica e tendo em consideração as preferências e valores de cada um, para assim maximizar o potencial verbal e não-verbal. Enquanto prestador de cuidados primários nas perturbações da comunicação e deglutição, são profissionais autónomos, não sendo os seus serviços prescritos ou supervisionados por outro profissional. Contudo, além de trabalhos de parceria com outros Terapeutas e/ ou classes profissionais (ASHA, 2007), este profissional poderá ficar dependente do médico, no que se refere à prescrição, devido à base legal de cada país para que os custos sejam cobertos pela entidade de saúde envolvida (CPLOL, 2011¹).

Desta forma, o Terapeuta da Fala intervém no âmbito da comunicação e deglutição nas seguintes áreas:

- » Produção de fala: articulação; apraxia do discurso; disartria; ataxia; disquinesia;
- » Ressonância: hipernasalidade; hiponasalidade; ressonância mista;
- » Voz: qualidade da fonação; pitch; sonoridade; respiração;
- » Fluência: disfluência;
- » Linguagem (Compreensão e Expressão): fonologia; morfologia; sintaxe; semântica; pragmática (uso da linguagem, aspetos sociais da comunicação); literacia (leitura e escrita; comunicação pré-linguística (atenção conjunta, intencionalidade, sinais de comunicação); comunicação paralinguística;
- » Cognição: atenção; memória; sequenciação; resolução de situações problemáticas; funcionalidade executiva;
- » Alimentação e Deglutição: a nível oral, faríngeo, laríngeo e esofágico; motricidade orofacial; função oro-motora.

Além da intervenção direta já referida, perante patologia evidente, o Terapeuta da Fala encontra-se ainda envolvido num trabalho de prevenção e rastreio, assim como na colaboração com outros profissionais de saúde em contacto com os utentes, com a família, ambientes educacionais, laborais e/ ou sociais envolventes.

De acordo com a CPLOL (2003, citado por Dias, 2011) é possível afirmar que o Terapeuta da Fala é responsável pela atuação ao nível de:

» prevenção: realizando rastreios e fornecendo informação à comunidade. Neste contexto a prevenção poderá ser primária tendo como objetivo reduzir a incidência de determinada incapacidade, fornecendo formação/ divulgação de informação e treino a profissionais que se encontrem em contacto com a população alvo. Poderá também ser uma prevenção secundária pressupondo a redução da prevalência de determinada incapacidade ou seja, a redução da sua evolução no tempo. Para este tipo de prevenção é essencial a deteção precoce de perturbações no âmbito de intervenção do Terapeuta da Fala. Existe ainda a prevenção terciária que consiste na tentativa de diminuir a prevalência de incapacidades crónicas ou (re)ocorrência de determinada incapacidade, reduzindo assim as modalidades funcionais da mesma, implicando a intervenção sobre determinado estado, tentando prevenir problemas futuros consequentes da patologia inicial.

» avaliação: consiste na verificação das competências comunicativas e suas limitações, bem como nas mudanças registadas ao longo do tempo e necessidades do utente inserido no seu contexto social. Neste ponto é importante guardar-se uma visão longitudinal e contínua, permitindo a avaliação da eficácia da intervenção.

» diagnóstico: realizado através da avaliação objetiva e possibilitando a definição da natureza da intervenção e sua respetiva duração.

» intervenção: podendo ser direta ou indireta, como já referido, envolve a terapia propriamente dita e a (re)integração do utente no seu contexto educacional/ laboral e social. Neste ponto é incluído ainda a intervenção precoce, a orientação/ aconselhamento aos cuidadores/ familiares ou outros elementos-chave envolvidos no processo terapêutico e pertencentes à comunidade.

Segundo Dias (2011) o Terapeuta da Fala enquanto profissional de saúde/ educação deve preocupar-se com uma intervenção direcionada para a função em sociedade, para a integração e acesso equitativo de acordo com cada indivíduo, justificando assim as formas e intensidade da intervenção. Desta forma, a OMS (in ASHA, 2001, citado por Dias, 2011) acrescenta um diagrama no seu documento de definição da intervenção do Terapeuta da

Fala, tendo em consideração a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). Neste esquema há uma tentativa de estabelecer relações entre as funções inerentes ao Terapeuta da Fala e os parâmetros integrados nesta classificação.

Representação do âmbito de intervenção do Terapeuta da Fala de acordo com a OMS



Ilustração 3- Representação do âmbito de intervenção do Terapeuta da Fala de acordo com a OMS (Dias, 2011)

Segundo esta mesma autora os conceitos de limitação na atividade e restrição na participação serão os mais relacionados com a atuação deste profissional de saúde.

4.3. Locais de prestação de cuidados

De acordo com a ASHA (2007) o Terapeuta da Fala pode desempenhar funções em diferentes locais que incluem:

- escolas privadas e públicas;
- equipas de intervenção precoce, pré-escolas/ jardins-de-infância e centros de cuidados diários;
- instituições de saúde como hospitais, centros de reabilitação, centros de cuidados de longo-termo, lares, clínicas, unidades de cuidados intensivos neonatais, etc.
- prática particular;
- universidades e clínicas universitárias;

- ao domicílio ou residências comunitárias;
- na comunidade, órgãos ou instituições do estado;
- instituições de investigação.

Já na Europa o CPLOL (CPLOL, 2011¹) sub-divide os locais onde o Terapeuta da Fala pode desempenhar as suas funções em dois grandes setores: saúde ou educação. Assim, na saúde podem encontrar-se em hospitais, centros de reabilitação, instituições especiais de assistência médico-educacional, centros especializados para crianças com deficiência, unidades pedopsiquiátricas, lares e na prática privada. Já a nível educacional poderão estar em unidades especiais ou em escolas que integram crianças com alterações nas áreas de intervenção deste profissional. Enquanto responsáveis pela prevenção poderão exercer em serviços de saúde e sociais para realização deste tipo de ação bem como rastreios.

4.4. Distribuição demográfica dos Terapeutas da Fala na Europa

De acordo com informação da CPLOL (2011¹), que inclui dados entre o ano de 2005 e 2008, a distribuição demográfica dos Terapeutas da Fala na Europa encontra-se da seguinte forma:

Distribuição demográfica dos Terapeutas da Fala na Europa

COUNTRY	Inhabitants (millions)	Speech and Language therapists	Inhabitants per SLT
Austria ×	8.090.000	about 1000	8.090
Belgium •	10.170.226	3.962*	2.567
Cyprus •	700.000	127	5.512
Czech Republic ◻	10.300.000	850	12.117
Denmark •	5.400.000	1150	4.695
Estonia •	1.410.000	200	7.050
France •	62.000.000	15.357	4.037
Finland ◊	5.255.580	1.047	5.020
Germany ◻	82.259.000	16.000	5.141
Greece •	10.000.000	800	12.500
Italy •	57.000.000	8.000	7.125
Ireland •	4.000.000	550	7.273
Latvia ◊	2.306.600	360	6.590
Luxembourg	423.700	37	11.451
Netherlands •	16.000.000	4.800	3.333
Norway ◊	4.600.000	1.150	4.000
Portugal •	10.299.000	650	15.845
United-Kingdom •	58.800.000	10.083	5.832
Spain	39.000.000	4.500	8.667
Sweden •	9.011.392	1180	7.636
Total	(372.612.928)	(59.459)	

• updated 1.11.2005
 * in private practice
 ◊ updated May 2006
 ◊ updated November 2006
 × updated July 2007
 ◻ updated April 2008

Tabela 10 - Distribuição demográfica dos Terapeutas da Fala na Europa (CPLOL, 2011¹).

De acordo com esta mesma entidade, a classe profissional é maioritariamente constituída por elementos do sexo feminino (aproximadamente 95%) com a média de idades compreendida entre os 38 e 40 anos. É assim considerada uma profissão dinâmica e jovem.

Nos diferentes países a Terapia da Fala é usualmente financiada através de (CPLOL, 2011¹):

- Sistemas de segurança social;
- Seguros de saúde privados;
- Estado ou autoridades públicas;
- Financiamento privado.

4.5. O Terapeuta da Fala em Portugal

Em Portugal os Terapeutas da Fala são representados pela Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF) fundada em 1978. Esta associação sem fins lucrativos revela como objetivos (APTF, 2011):

- Incentivar e divulgar a profissão de Terapeuta da Fala;
- Fixar normas deontológicas e velar pelo seu cumprimento;
- Defender os direitos dos seus associados;
- Promover o aperfeiçoamento dos seus associados e dar colaboração nos programas de ensino da Terapia da Fala;
- Prestar informações e dar parecer sobre assuntos do seu âmbito profissional, a nível oficial e privado;
- Manter relações a nível nacional e internacional, com organizações de comprovado interesse.

Como principal dever a APTF tem a responsabilidade de assegurar e fazer respeitar o direito dos utentes a uma terapia qualificada. Esta pretende ainda realizar a promoção da análise, o debate e a participação no domínio da terapêutica da fala, representar os interesses socioprofissionais dos seus associados, oferecer aos associados serviços destinados à defesa dos seus interesses profissionais e aperfeiçoamento profissional, e colaborar na realização de simpósios, congressos e colóquios nacionais e internacionais (APTF, 1999).

Em Portugal o Terapeuta da Fala encontra-se inserido dentro de um grupo profissional designado por Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) que envolve outros profissionais de saúde entre eles: técnico de análises clínicas e de saúde pública; técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica; técnico de audiologia; técnico de cardiopneumologia; dietista; técnico de farmácia; fisioterapeuta; higienista oral; técnico de medicina nuclear; técnico de neurofisiologia; ortoptista; ortoprotésico; técnico de prótese dentária; técnico de radiologia; técnico de radioterapia; terapeuta ocupacional; técnico de saúde ambiental (DL nº 564/99 de 21 de Dezembro).

Apesar de se encontrarem diferentes grupos profissionais numa mesma carreira, eles regem-se com códigos deontológicos diferentes de acordo com o exercício profissional específico de cada um.

De acordo com documento redigido no âmbito da implementação do processo de Bolonha na área do conhecimento/ tecnologias da saúde para o curso de Terapeutas da Fala (Mendes *et al.*, 2004), ficou definido que, em Portugal, esta classe profissional pode exercer funções numa grande variedade de contextos, nomeadamente nos abaixo indicados :

1. Creches e Jardins-de-infância;
2. Escolas públicas e privadas de ensino obrigatório;
3. Instituições particulares de solidariedade social;
4. Instituições de prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados (centros de saúde, hospitais, centros de MFR);
5. Instituições de reinserção social;
6. Centros de dia e lares de idosos;
7. Unidades de investigação;
8. Consultórios privados;
9. Domicílio do utente.

No que se refere ao ponto quatro, relativamente à área da saúde, os Terapeutas da Fala podem desempenhar funções nas ARS, em centros hospitalares, centros de MFR, hospitais, institutos de oncologia e ULS (Natário e Amaral, 2011). No que concerne aos centros hospitalares, centros de MFR, hospitais e institutos de oncologia, os Terapeutas da Fala encontram-se geralmente integrados em serviços de acordo com as etiologias das patologias de comunicação, linguagem e deglutição. Assim, os Terapeutas da Fala, apesar de a nível organizacional das instituições prestadoras de saúde se enquadrarem no grupo dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's), os mesmos podem desempenhar funções nas especialidades médicas como Otorrinolaringologia, Neurologia, Fisiatria, Psiquiatria, Ortodontia, Consulta de Desenvolvimento.

De acordo com a ACSS, até Setembro de 2012 foram emitidas 1628 cédulas profissionais. Porém, é de referir que neste número poderão estar incluídos os profissionais que não exercem, como por exemplo os já aposentados ou os que emigraram. Dado a cédula profissional não ser um documento obrigatório, este número pode também não englobar profissionais que optaram por não a requerer. No anexo um, de acordo com documento fornecido por esta mesma entidade, a 30 de Junho de 2011 encontra-se a distribuição de Terapeutas da Fala no SNS em Portugal Continental (ACSS, 2011).

5. PRODUTIVIDADE EM TERAPIA DA FALA

A produtividade é uma das variáveis que pode ser utilizada em alguns dos modelos de planeamento supracitados, como por exemplo no modelo projeção ou modelo da oferta. Pode ser definida como a medida da eficiência de um profissional, de um programa, departamento ou organização na entrega dos seus produtos ou serviços. É tradicionalmente definida como a razão entre o output e o input. Bain (1982, citado por Larkins, 2012) descreve-a como uma medida da utilização de recursos para alcançar resultados específicos. Elevados níveis de produtividade são essenciais para o sucesso de qualquer negócio. Contudo, alcançar altos níveis de produtividade sem sacrificar a qualidade ou satisfação do colaborador é um desafio constante para os líderes de todas as organizações (Kummer, 2006).

Na saúde, de acordo com Batten (1984, citado por Larkins, 2012), os output são medidos em unidades de serviços ou unidades de medida (por exemplo, diária do utente, procedimentos, etc.).

Larkins (2012) refere que o input é geralmente quantificado em termos de tempo utilizado. Tipicamente, segundo esta mesma autora, a medição da produtividade em reabilitação é o número de unidades de tempo gastas com base no número de utentes atendidos, correspondendo uma unidade a 15 minutos. Perante este facto, o objetivo seguinte no que respeita à produtividade é a garantia de que todos os clientes de um determinado recurso, o recebam dentro de um período razoável de tempo.

A medição da produtividade fornece muitas vantagens entre as quais conhecimentos úteis sobre a duração média do tratamento, necessidades de recursos humanos, padrões de reembolso, grupos diagnósticos e resultados do tratamento. A análise destes dados fornece informações que podem ajudar nas projeções de pessoal, melhoria da eficácia pessoal, na criação de novos programas, e na contenção ou redução de custos (Larkins, 2012).

Contudo, medir a produtividade não é uma tarefa fácil, pois os resultados obtidos dependem quase sempre de outros fatores e da maneira como estes se inter-relacionam.

Segundo Dennis e Gonzenbach (2011), existe uma diversidade de fatores que podem influenciar a produtividade na área da Terapia da Fala. São eles:

- Complexidade. A complexidade dos serviços a realizar afeta a produtividade na medida em que poderá pôr em causa a quantidade de tempo que leva a executar os serviços. Além disso, aspetos como o tipo de serviço prestado (como diagnósticos, tratamento ou serviço pós-tratamento), a idade do utente, tipo e gravidade das afeções comunicativas e, conseqüentemente, o número de serviços que podem ser realizados, bem como o tempo necessário para realizá-los, podem igualmente influenciar. Assim, um profissional poderá ser muito produtivo porque exerce com eficácia as suas funções, ou porque exerce rapidamente mas de forma inadequada ou simplesmente porque desempenha funções menos complexas.

- Recursos humanos. A disponibilidade de recursos humanos suficientes afeta muito a produtividade. Existe a tendência para se julgar que grandes equipas clínicas tendem a ser mais produtivas, mas este facto não é obrigatoriamente real. Por exemplo, uma instituição de prestação de cuidados com funcionários e assistentes pode ser mais produtiva na medida em que as atividades burocráticas poderão ser desempenhadas pelos assistentes, ficando os profissionais especializados para realizar funções de cariz mais complexo e técnico. Desta forma mostra-se revelante a existência de equipas multidisciplinares de modo a existir complementaridade, distribuição e coordenação de tarefas.

- Espaço e Equipamentos. Há instituições de prestação de cuidados em que determinados procedimentos só podem ser realizados quando o equipamento ou espaço está disponível. Em algumas situações este aspeto surge por falta de equipamentos, mas poderá também surgir por uma gestão inapropriada dos equipamentos existentes, limitando o fluxo de utentes.

- Sistemas de codificação. Os sistemas de codificação de procedimentos podem afetar a produtividade quando não são eficientes no registo de todos os serviços oferecidos pela instituição. Idealmente deverá haver um código para cada procedimento prestado. Estes códigos dizem respeito não só ao trabalho direto com os utentes, mas também a serviços como tomada de decisão, planeamento da assistência, coordenação do atendimento, aconselhamento, gestão da equipa e manipulação de dispositivos. Sistemas de codificação criados para reembolso podem também não estar sensíveis a serviços não cobertos. Como consequência, estes sistemas podem subestimar a produtividade, dado alguns serviços profissionais não estarem incluídos.

- Horas ocupadas, saídas e deveres não clínicos. Horas de licença como férias e baixas afetam obviamente o tempo de disponibilidade para o atendimento direto ao utente. Do mesmo modo funções de assistência ao doente (como orientação, administração ou pesquisa) mas que não consistem em operações clínicas propriamente ditas, são tempo produtivo e necessário e que não gera horas de cuidados diretos, como tal, não é muitas vezes contabilizado.

O mapeamento do trabalho é uma forma útil de alocar tempo durante um dia. Esta alocação pode englobar aspetos como (Dennis e Gonzenbach, 2011):

» Intervenção direta: tempo dedicado para preparar, prever e acompanhar as necessidades dos utentes. Inclui tempo gasto na prestação de cuidados ao utente (pré, intra e pós-atendimento), coordenação de atendimento, documentação, estudo continuado e reuniões de equipa focadas no atendimento do utente. Pode ainda incluir tempo gasto na supervisão ou orientação a estagiários que participam no cuidado direto ao utente.

» Administração: tempo dedicado à gestão de programas, supervisão de pessoal ou funções de gestão. Pode ainda incluir tempo de trabalho no departamento, comissões hospitalares ou atuações em comitês, conselhos ou associações profissionais.

» Educação: tempo dedicado à aprendizagem didática e ao ensino formal numa universidade. Pode incluir gestão de um programa de estágio, mas não inclui o tempo gasto a receber formação contínua, estágios ou supervisão/ orientação de estudantes.

» Pesquisa: tempo dedicado à realização formal de pesquisa de cuidados de saúde efetivos ou em atividades de pesquisa para o apoio direto. Esta pesquisa pode ter um cariz clínico, laboratorial ou de investigação em serviços de saúde. Aqui está englobado o tempo gasto não só em pesquisas para laboratórios ou hospitais, mas também a supervisão de pesquisas, a redação de publicações, participação em reuniões de pesquisa, preparação e apresentação em reuniões ou publicações. Este tempo gasto em pesquisa clínica, produz carga laboral e pode ser atribuído na posterior assistência direta ao utente.

Dado a produtividade ser influenciada por uma série de variáveis como já descrito, incluindo o nível de gravidade das doenças, a população dos utentes, entre outras, torna-se difícil para as organizações de Terapeutas da Fala estabelecerem *standards* de produtividade. Contudo, a ASHA recolhe informações sobre este aspeto através de inquéritos.

Sendo a produtividade definida pelo número de horas em intervenção direta com o doente, as pesquisas realizadas pela ASHA (2009) entre os seus membros para monitorização dos requisitos de produtividade demonstraram que em 2009 os terapeutas inquiridos (n=1.915) apenas eram produtivos 59% da sua carga laboral, sendo em 2007 (n=2.241) e 2005 (n=1.907) de 60% e 61%, respetivamente.

No relatório da pesquisa realizado referente ao ano de 2011 (ASHA, 2011) para recolher informações sobre questões relacionadas com os profissionais prestadores de cuidados de saúde, consta que apenas cerca de 71% do horário laboral completo é aproveitado para o trabalho direto do Terapeuta da Fala com o doente em intervenção individual e 4% em intervenção em grupo, demonstrando assim que 25% é despendido noutros pontos. No Terapeuta a part-time o aproveitamento é diferente (74% para intervenção direta individual e 3% em grupo, sobrando 23%), contudo as diferenças não se mostraram significativas. Em traços gerais a exigência de produtividade média foi de 77%, o que equivale aproximadamente a seis horas de tratamento direto por oito horas diárias.

A distribuição encontra-se descrita na tabela que se segue.

Distribuição da carga horária do horário laboral de um Terapeuta da Fala nos Estados Unidos da América		
Atividade	Tempo Inteiro	Part-Time
Tratamento Direto Individual	71%	74%
Tratamento Direto Grupo	4%	3%
Documentação Clínica (relatórios, registos)	19%	19%
Outros	6%	4%
Número de terapeutas inquiridos	1.298	729

Tabela 11 - Distribuição da carga horária em percentagem do horário laboral de um Terapeuta da Fala nos Estados Unidos da América (fonte: ASHA, 2011).

5.1. Cálculo da necessidade dos Terapeutas da Fala em Portugal

De acordo com circular normativa n.º 1 de 12/01/2006 do Ministério da Saúde (anexo 2) (Secretaria Geral do Ministério da Saúde, 2006) seria expectável à data da mesma que num futuro próximo já se dispusesse de rácios e indicadores de desempenho que permitissem quantificar as necessidades de pessoal para todos os grupos profissionais visados no mesmo documento, tendo em conta a conclusão de diversos trabalhos em curso no âmbito das respetivas associações profissionais e Escolas Superiores de Tecnologias de Saúde.

Dada a indisponibilidade destes dados, o cálculo de rácios e de indicadores de referência para o grupo profissional de Técnicos Superiores de Saúde e TDT passou a ser colmatada com a utilização de valores médios calculados pelas Agências de Contratualização, relativamente às instituições da respetiva região, segundo a aplicação de fórmulas de cálculo indicativas que constam no anexo dois dessa mesma circular e que se apresentam a seguir.

$$TC = \frac{At \times TM/At}{T}$$

TC= Número de técnicos necessários

At = Número de actos por ano (para este efeito deve considerar-se acto a formulação genérica da medida de produção, a qual pode assumir, em concreto, diferentes unidades, conforme a área de actividade em análise. Por ex.: análises, sessões, procedimentos.)

TM/At = Tempo necessário por acto – *a fornecer pela Agência (média da região)*
*

T = Número de horas de trabalho por técnico e por ano
Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

Ou a seguinte:

$$TC = \frac{PT \times HF \times N.º \text{ dias/ano}}{T}$$

TC= Número de técnicos necessários

PT = Número de postos de trabalho

HF = Número de horas de funcionamento por dia

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano

T = Número de horas de trabalho por técnico e por ano
Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

6. METODOLOGIA

Com base nos modelos supracitados relativamente ao planeamento de recursos humanos, este estudo irá basear-se no modelo de projeção, ou habitualmente designado por modelo baseado na oferta. Desta forma, são tidos em consideração os atuais serviços prestados ao nível da Terapia da Fala nos diferentes hospitais do SNS na região de LVT, verificando-se se as projeções estabelecidas pelo Ministério da Saúde coincidem com o volume de serviços prestados.

Assim, foi realizada uma recolha exaustiva das atividades, prestações e produtos realizados em cada serviço, num determinado período de tempo. Desta forma torna-se possível verificar qual o tempo requerido para se concretizarem as tarefas atuais e averiguar se coincide ou não com o proposto pelo Ministério da Saúde.

6.1. Tipo de estudo

Num primeiro momento do planeamento da investigação mostra-se de suma importância a definição do tipo de estudo a aplicar. Desta forma torna-se imediatamente mais fácil a organização da progressão da investigação.

A questão primordial reside na participação ativa ou passiva do investigador (Reis, Ciconell e Faloppa, 2002). Assim, quanto à manipulação de intervenções diretas sobre o objeto em estudo podem-se definir três tipos de estudos: experimentais, quasi-experimentais e observacionais (FMUP, 2000). Neste estudo em concreto estamos perante um estudo observacional na medida em que não há intervenção controlada pelo investigador, limitando-se este à observação do comportamento da amostra e suas características (FMUP, 2000). Aqui são descritos a distribuição dos fenómenos no tempo, no espaço e em relação às características das pessoas (Beaglehole, Bonita e Kjellström, 2003).

Dentro dos estudos observacionais podemos definir o estudo em causa como um estudo descritivo quantitativo. Neste tipo de estudo, poderá haver uma comparação entre grupos ou populações, porém apenas é feito para estabelecer paralelismos. Limita-se a descrever fenómenos, não parte de hipóteses que se pretendem testar, sendo muitas vezes o ponto de partida para posteriormente se analisarem relações (Beaglehole, *et al.*, 2003). Desta forma o objetivo do presente estudo não é estabelecer causalidades ou associações entre as variáveis, mas sim utilizar os dados quantitativos para efeitos de planeamento.

6.2. Desenho da investigação

6.2.1. Objetivos

Este trabalho apresenta como objetivo geral: avaliar a necessidade de recursos humanos na área da Terapia da Fala, no SNS.

Foram ainda traçados como objetivos específicos:

- Analisar o tempo gasto nas diferentes atividades realizadas pelos Terapeutas da Fala dos hospitais da região de LVT;
- Caracterizar a atividade diária dos Terapeutas da Fala dos hospitais da região de LVT;
- Verificar como as atividades dos Terapeutas da Fala dos hospitais da região de LVT se traduzem em produtividade;
- Averiguar a oferta de serviços em Terapia da Fala existente nos hospitais da região de LVT;
- Verificar a produtividade efetiva dos Terapeutas da Fala existentes nos hospitais da região de LVT;
- Comparar a necessidade efetiva de Terapeutas da Fala com a preconizada pela DGS, com base nas fórmulas propostas;

6.2.2. Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados foi elaborada uma folha de registo onde constam todas as atividades que poderão ser realizadas por um Terapeuta da Fala no seu dia de trabalho (anexo 3). A construção desta folha de registos teve por base um estudo semelhante realizado no âmbito da Fisioterapia (Souza-Guerra, 2003). Assim foram englobadas tarefas de atos indiretos onde constam a realização de telefonemas, agendamentos, registo, relatórios, informações à equipa, consultas, estatística, objetivos, realização de reuniões, dar e receber formação e orientação de estágios e ainda as tarefas de atos diretos que se traduzem nas sessões com os utentes, propriamente ditas. Aqui pode-se encontrar sessões de rastreios, avaliação de linguagem, fala ou deglutição, informação/ orientação à família, reabilitação de linguagem, reeducação da fala, treino de alimentação, sessões de linguagem ou fala em grupo, bem como intervenções na comunidade. Porém, mesmo durante as sessões o Terapeuta da Fala poderá ter de utilizar algum desse mesmo tempo para concretizar tarefas de trabalho indireto relativas a esse utente. Por esse motivo foi contabilizado na folha de registo um espaço para a discriminação do tempo da sessão para trabalho direto e indireto. Como a produtividade do Terapeuta da Fala se traduz em número

de procedimentos, nesta folha de registo, os Terapeutas devem ainda fazer corresponder, quando possível, o tempo gasto em procedimentos contabilizados.

Este instrumento contou com algumas versões diferentes que se foram aperfeiçoando através de um preenchimento experimental por alguns Terapeutas da Fala, que fizeram parte, posteriormente, da amostra final estudada.

6.2.3. Amostra

Este estudo envolveu os Terapeutas da Fala em exercício profissional nos hospitais que prestam serviço à ARS da Região de LVT. Desta forma foram solicitadas respostas a seis hospitais, oito centros hospitalares e um Centro de MFR o que englobaria aproximadamente 65 Terapeutas da Fala. O Centro de MFR envolvido foi o CMRA por ser o Centro de MFR de referência da região LVT, com o qual a ARS LVT tem acordo.

Obteve-se a resposta atempada de nove instituições: quatro hospitais, quatro centros hospitalares e o centro de MFR, não havendo uma adesão completa dos Terapeutas dessas mesmas instituições. Desta forma a amostra foi constituída por um total 23 Terapeutas da Fala, o que corresponde a aproximadamente 35% da amostra inicialmente planeada.

6.2.4. Procedimentos

Foi solicitada a autorização (anexo 4) ao Conselho de Administração dos seis hospitais, oito centros hospitalares e um Centro de MFR da região LVT, para a participação dos Terapeutas da Fala no estudo em questão, tendo seguido em anexo a folha de registo para a recolha dos dados.

Garantiu-se a confidencialidade dos Terapeutas da Fala, referindo-se a possibilidade de nomeação das instituições participantes.

Após a autorização, contactou-se diretamente o Terapeuta responsável de cada hospital para a clarificação dos objetivos do estudo e para o esclarecimento de dúvidas.

Cada Terapeuta da Fala realizou o preenchimento da folha de registo durante um período de cinco dias não consecutivos, nem repetidos, durante o mês de Novembro e início de Dezembro de 2012. Por exemplo, foi preenchida a segunda, quarta e sexta-feira de uma semana e terça e quinta de outra semana. Pretendeu-se com este tipo de procedimento englobar as rotinas de todos os dias da semana de um Terapeuta, bem como conseguir ultrapassar alguma diminuição de produtividade esporádica e não controlada.

Aguardaram-se as respostas dos Terapeutas da Fala até sete de Dezembro de 2012.

6.2.5. Tratamento de dados

Para a análise dos dados foram utilizados os softwares Microsoft Office Excel 2007 e IBM SPSS Statistics 20.

Tanto para a caracterização da amostra como para a análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva, nomeadamente medidas de localização de tendência central (média e mediana) e de dispersão absoluta (desvio-padrão).

7. RESULTADOS

Serão agora apresentados os resultados obtidos. É de referir que quando as variáveis não podem assumir valores decimais, como caso do número de doentes, número de Terapeutas, entre outros, o valor foi arredondado de acordo com as regras para o efeito. Porém, a nível de cálculo foi utilizado o número real auferido.

Foram inquiridos um total de 23 Terapeutas da Fala de seis hospitais, oito centros hospitalares e um centro de MFR, distribuídos de acordo com o quadro que se segue.

Distribuição dos participantes por instituições hospitalares				
Instituição Hospitalar	Nº de Terapeutas existente	Nº de Terapeutas que participaram	Área de intervenção	Carga Laboral Semanal (sem hora de almoço)
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. (CHLN)	12	1	Neurologia	1 Terapeuta – 35h
Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E. (CHLO)	1	1	MFR	1 Terapeuta – 35h
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (CHS)	2	2	MFR	1 Terapeuta – 35h 1 Terapeuta – 20h
Centro Hospitalar do Oeste - Torres Vedras (CHO)	2	1	MFR	1 Terapeuta – 20h
Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil, E.P.E. (IPO)	1	1	ORL	1 Terapeuta – 35h
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. (HDS)	1	1	ORL	1 Terapeuta – 35h
Hospital Garcia da Orta, E.P.E. (HGO)	5	2	MFR	2 Terapeuta – 35h
HPP Hospital de Cascais (HPPCASCAIS)	1	1	MFR	1 Terapeuta – 35h
CMRA	17	13	MFR	10 Terapeutas - 32h30 2 Terapeutas – 30h 1 Terapeuta – 8h
TOTAL	42	23		

Tabela 12 - Distribuição dos participantes por instituições hospitalares

O CMRA foi a instituição de onde se obteve maior participação (13 Terapeutas), sendo também a que possui maior número deste tipo de profissionais. A dos restantes hospitais foi sempre em número de um ou dois. Apesar de haver disparidade nas cargas horárias sem hora de almoço, maioritariamente os Terapeutas fazem 6h30 e 7h de trabalho diárias, equivalente a 32h30 e 35h semanais, respetivamente.

Realizando-se uma análise da totalidade da carga horária estipulada e da realmente efetuada, pode-se observar no gráfico que se segue que ao longo dos cinco dias de registo, pelo menos 91% dos Terapeutas, cumpriram ou excederam o seu horário laboral, havendo ao longo de toda a semana um mínimo de 39,13% que excederam sempre o seu horário.

No entanto, pode-se verificar também que em três dias da semana, houve uma minoria (correspondente a um Terapeuta, no primeiro e segundo dia, e a dois Terapeutas no terceiro dia) que trabalhou um número de horas abaixo do esperado.

Comparação da carga horária estipulada com a efetuada

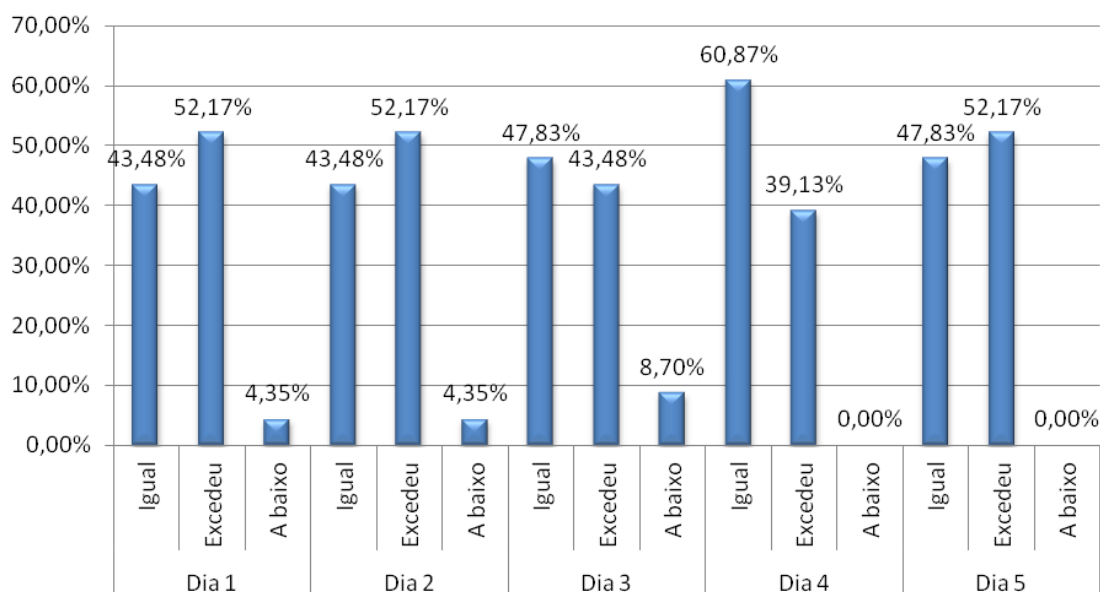


Ilustração 4- Gráfico de comparação da carga horária estipulada com a efetuada em percentagem

Efetuando-se agora uma observação do tempo gasto em intervenções diretas e indiretas, pode-se averiguar no gráfico que se segue a percentagem de tempo dispensada por estas duas valências em média por Terapeuta em cada hospital participante por dia de trabalho.

Regista-se que o hospital F é aquele que menos tempo gasta em atos indiretos (9,76%), sendo o hospital C o que dispensa mais tempo para este tipo de atos (42,34%).

Distribuição da carga horária laboral por hospital

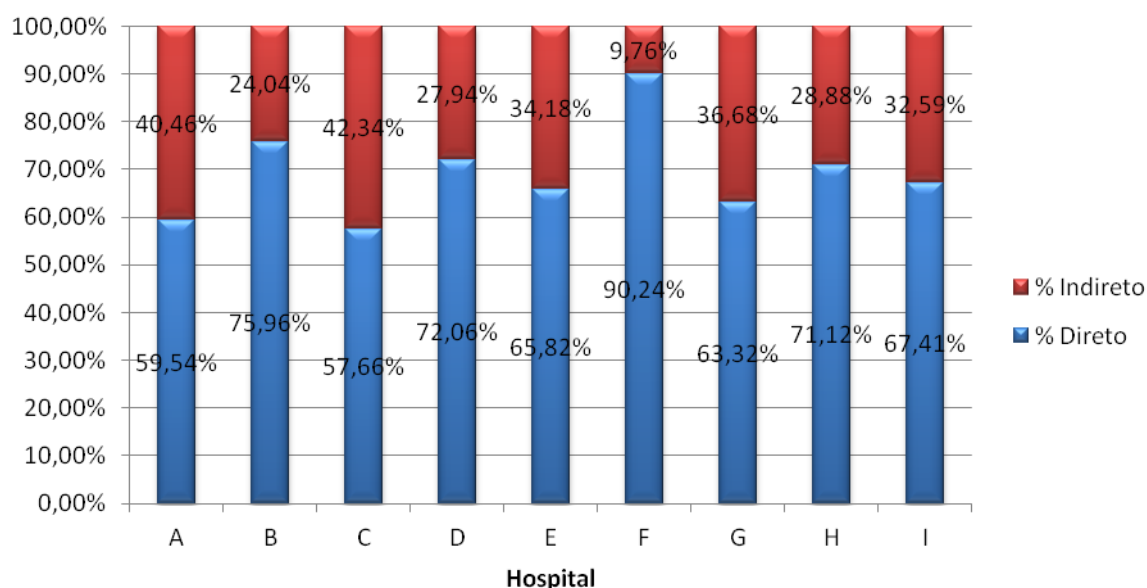


Ilustração 5 - Gráfico da distribuição da carga horária laboral por hospital por dia em percentagem

Numa apreciação global pode-se afirmar que estes hospitais gastam em média 63,21% da sua carga horária laboral em atos diretos e 36,79% em atos indiretos.

Percentagem de tempo gasto em atos diretos e indiretos		
	Direto	Indireto
Média Global	63,21%	36,79%
Mediana	[60% - 65%[[35% - 40%[

Tabela 13 - Média global e mediana da percentagem de tempo gasto em atos diretos e indiretos

Dado a percentagem ser calculada com base em duas variáveis (tempo direto e indireto), não se torna possível verificar o desvio-padrão para estes valores.

Nos quadros que se seguem poder-se-á analisar esta mesma situação em horas diárias.

Média de horas diárias dispensadas por terapeuta por hospital em atos diretos e indiretos			
Hospital	Média de horas por dia		
	Direto	Indireto	Total
A	3h22	2h20	5h42
B	5h23	1h49	7h12
C	3h58	2h52	6h50
D	5h09	2h01	7h10
E	4h41	2h17	6h58
F	6h45	0h44	7h29
G	4h42	2h39	7h20
H	5h35	2h14	7h49
I	4h07	2h00	6h07

Tabela 14 - Média de horas diárias dispensadas por terapeuta por hospital em atos diretos e indiretos

Horas diárias gastas em atos diretos e indiretos		
	Direto	Indireto
Média Global	4h19	2h32
Mediana	[4h – 4h30[[2h30 – 3h[
Desvio-padrão	62,39	62,17

Tabela 15 - Média global, mediana e desvio-padrão das horas diárias gastas em atos diretos e indiretos

Numa apreciação global dos Terapeutas participantes é possível observar-se que, em média 4h19 do trabalho diário foram gastas em atos diretos e 2h32 em atos indiretos.

Mostrou-se então interessante averiguar onde é dispensado o tempo corresponde aos atos indiretos. De acordo com os dados recolhidos, os registos são o que mais tempo ocupam (23 minutos diários), seguidos das reuniões de serviço (19 minutos diários), supervisão de estágios (16 minutos diários) e elaboração de relatórios (15 minutos diários), sendo as consultas (dois minutos diários) e a preparação/ prestação de formação, bem como a realização de formação que menos tempo ocupa (três e dois minutos diários, respetivamente). No item “outro” registaram-se a perda média de 11 minutos diários. Neste ponto foram referidos pelos terapeutas aspetos como: tarefas de coordenação não descritas, informações gerais a outros profissionais/ utentes, verificação de email, visita médica, participação no estudo, esclarecimento de informações burocráticas entre técnicos

e preparação de material. É de referir que a este tipo de atividades não houve nenhuma correspondência em procedimentos.

Média de tempo gasto por dia por ato indireto

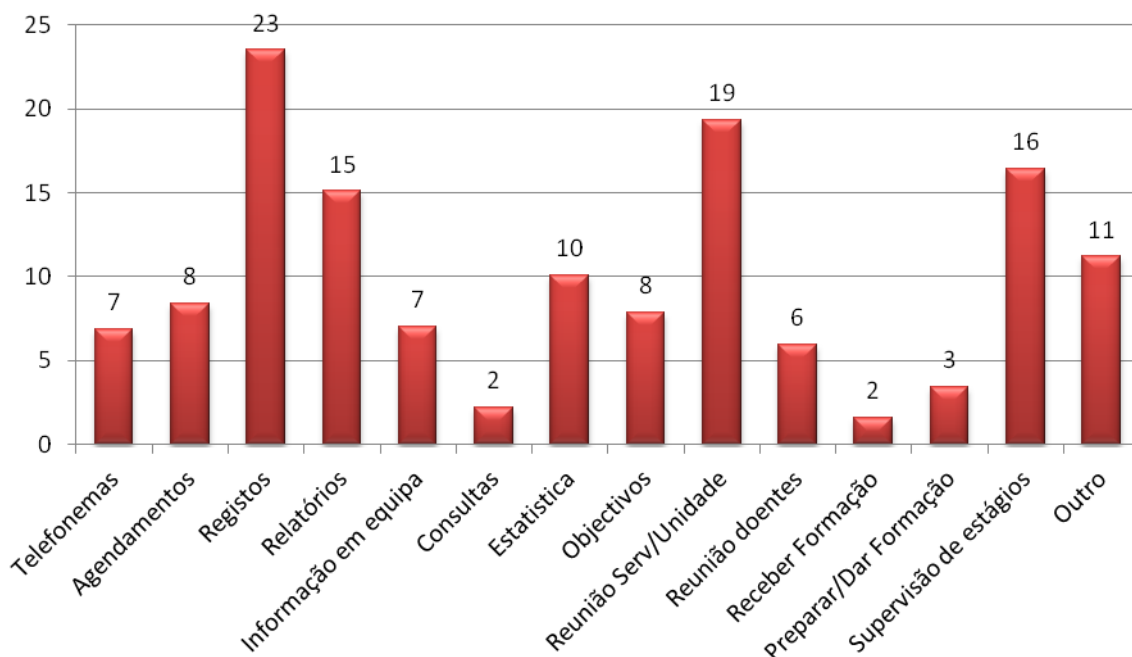


Ilustração 6- Gráfico da Média de tempo gasto por dia por ato indireto em minutos

Fazendo uma análise no que se refere ao tempo gasto em atos diretos pode-se verificar, no quadro que se segue, a média de doentes tratados por terapeuta, em cada hospital. Encontra-se um valor mínimo de cinco doentes diários e um valor máximo de 19 doentes diários.

Nº de doentes tratados diariamente e semanalmente por Terapeuta de cada hospital		
Hospital	Média do nº de doentes tratados diariamente por Terapeuta	Média do nº de doentes tratados semanalmente por Terapeuta
A	5	25
B	9	45
C	9	45
D	5	25
E	19	95
F	9	45
G	8	40
H	8	40
I	7	35

Tabela 16- Média do nº de doentes tratados diariamente e semanalmente por Terapeuta de cada hospital

Numa apreciação global, são tratados em média nove doentes por dia por cada Terapeuta da Fala, como se pode observar na tabela que se segue.

Nº de doentes tratados diariamente e semanalmente por Terapeuta		
	nº de doentes tratados diariamente por Terapeuta	nº de doentes tratados semanalmente por Terapeuta
Média Global	9	43
Mediana	8	38
Desvio-padrão	3.82	19.11

Tabela 17 - Média global, mediana e desvio-padrão do nº de doentes tratados diariamente e semanalmente por Terapeuta

No entanto, ao observar-se os dados por instituição constata-se que o hospital E apresenta um número bastante superior de doentes diários tratados comparativamente com o dos restantes hospitais.

No que se refere ao tipo de sessões (em grupo ou individuais), a distribuição média por Terapeuta em cada hospital é a que se constata no gráfico seguinte. O hospital E revela-se mais uma vez como aquele que realiza maior número de sessões em grupo por semana, por Terapeuta (em número de 13), sendo o hospital F o que maior número de sessões

individuais realiza (em número de 45). Em contrapartida o hospital D é o que realiza menor número de sessões individuais (23), havendo hospitais que não concretizaram sessões de grupo (hospitais D, F, H e I).

Média do nº de sessões realizadas por semana por Terapeuta de cada hospital

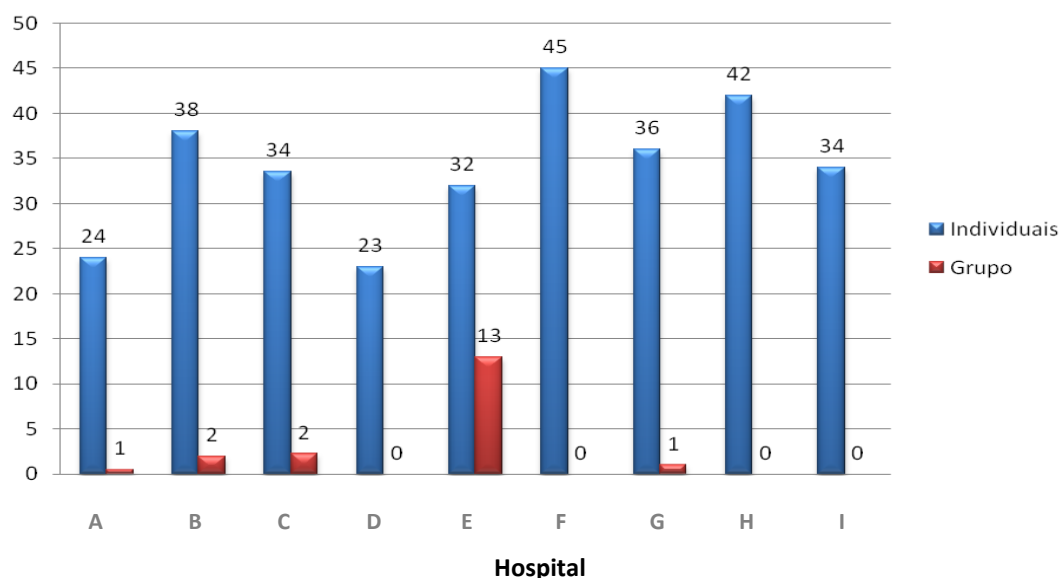


Ilustração 7- Média do nº de sessões realizadas por semana por cada terapeuta de cada hospital

Realizando cálculos para valores globais, pode-se afirmar que cada Terapeuta da Fala realiza em média sete sessões por dia (valor arredondado), o que equivale a 36 sessões semanais, como observado na tabela que se segue.

Nº de sessões realizadas diariamente e semanalmente por Terapeuta		
	nº de sessões realizadas diariamente por Terapeuta	nº de sessões realizadas semanalmente por Terapeuta
Média global	7	36
Mediana	7	34
Desvio-padrão	1,93	10

Tabela 18 - Média global, mediana e desvio-padrão do nº de sessões realizadas diariamente e semanalmente por Terapeuta

Tendo em conta que as sessões de grupo possibilitam o tratamento de um maior número de doentes por unidade de tempo, mostrou-se relevante verificar a média de doentes tratados neste tipo de sessões, por cada hospital. O hospital C, E e G revelam um número similar (cinco), seguido do hospital B com três e o hospital A com dois doentes.

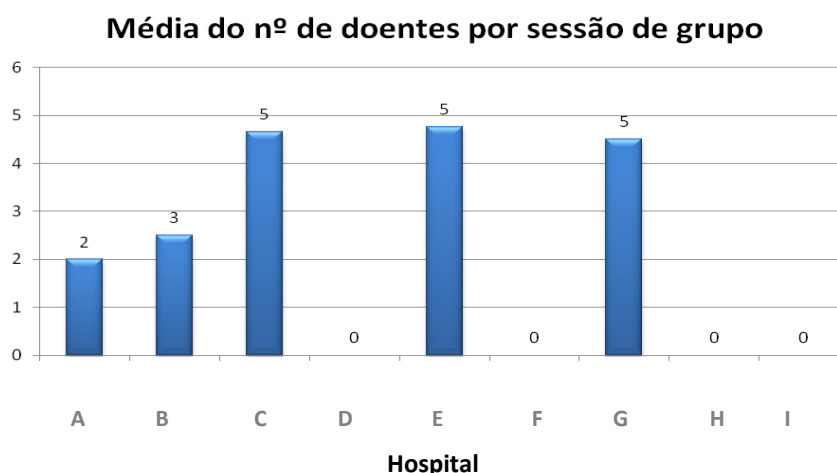


Ilustração 8 - Gráfico da média do nº de doentes por sessão de grupo em cada hospital

A produtividade de cada terapeuta é registada tendo em consideração o número de procedimentos realizados por dia. Assim, mostra-se de suma importância a averiguação destes dados. No quadro que se segue pode observar a quantidade média e o tempo médio de cada procedimento realizados por cada terapeuta de cada instituição. O hospital E é o hospital que maior número de procedimentos realiza por dia, sendo também um dos que menos tempo leva por procedimento. Em contrapartida, o hospital D é o que efetua menor número de procedimentos, mas em que o tempo médio de cada um é mais elevado.

Nº médio de procedimentos realizados diariamente por terapeuta em cada instituição e tempo médio de cada procedimento		
Hospital	Nº médio de procedimentos	Tempo médio de cada procedimento
A	8	25
B	9	38
C	13	23
D	5	67
E	30	10
F	9	45
G	18	16
H	20	17
I	27	9

Tabela 19 - Nº médio de procedimentos realizados diariamente por terapeuta em cada instituição e tempo médio de cada procedimento em minutos

De forma global, cada Terapeuta realiza em média 14 procedimentos por dia, ocupando cada procedimento em média 19 minutos.

Nº de procedimentos realizados diariamente e semanalmente por Terapeuta		
	nº de procedimentos realizados diariamente por Terapeuta	nº de procedimentos realizados semanalmente por Terapeuta
Média global	14	70
Mediana	12	58
Desvio-padrão	8	39

Tabela 20 - Média global, mediana e desvio-padrão do nº de procedimentos realizados diariamente e semanalmente por Terapeuta

Tempo gasto por procedimento	
Média global	19
Mediana	[18-20[

Tabela 21 - Média global e mediana do tempo gasto por procedimento em minutos

Devido ao facto do tempo de cada procedimento advir da subtração do tempo de trabalho direto com o utente ao tempo total da sessão (duas variáveis), não é possível realizar o cálculo do desvio-padrão.

Porém, o tipo de procedimento realizado varia, assim foi ainda apurado o tempo médio de cada procedimento, por área de intervenção. Estes resultados encontram-se no gráfico que se segue. É possível observar que a avaliação da linguagem na criança (41 minutos) e a reabilitação da linguagem em grupo na criança (40 minutos) são os procedimentos que dependem mais tempo, seguido da avaliação da linguagem no adulto (33 minutos), avaliação da fala (28 minutos) e avaliação da deglutição (22 minutos). Já a reeducação da fala em grupo, reabilitação da linguagem em grupo no adulto e o treino de alimentação foram os procedimentos que se traduziram num tempo mais reduzido, cinco, dez e 14 minutos, respetivamente. No item “outro” encontra-se o registo de visitas a enfermarias, referido apenas por uma instituição. E com um gasto de 18 minutos diários. No procedimento “intervenção na comunidade” não houve gasto de tempo no período de observação.

Tempo médio gasto por procedimento

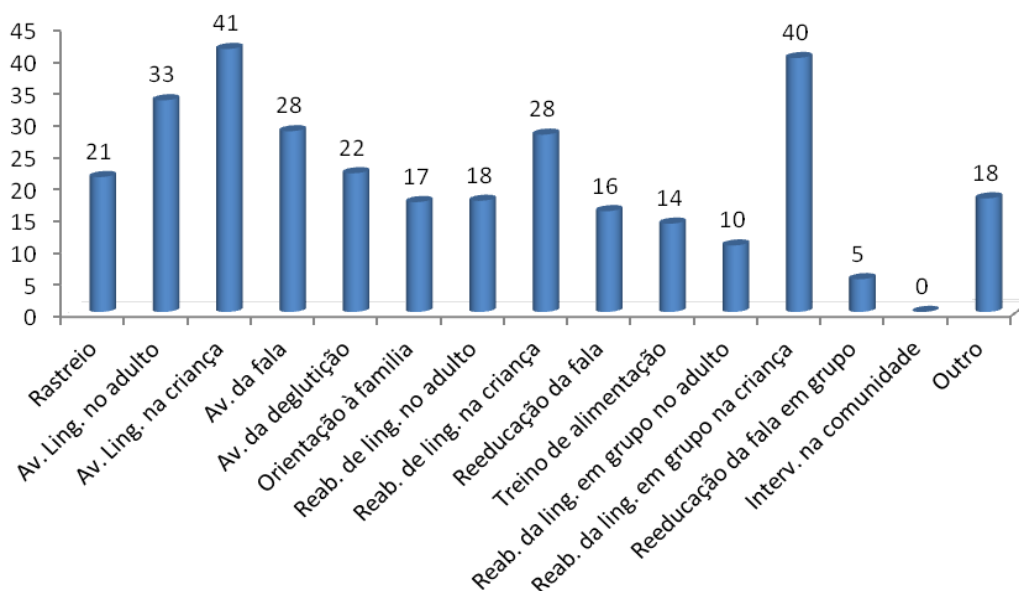


Ilustração 9- Gráfico do tempo médio gasto por procedimento em minutos

À semelhança do tempo médio global por procedimento, não é possível realizar o cálculo do desvio-padrão.

Com base nas fórmulas apresentadas anteriormente no enquadramento teórico para o cálculo indicativo relativamente às necessidades de técnicos de diagnóstico e terapêutica e nos resultados aqui obtidos, decidiu-se realizar a aplicação da primeira fórmula (dado ser aquela para a qual se tinham todos os elementos) para se averiguar os resultados obtidos.

$$TC = \frac{At \times TM/At}{T}$$

TC= Número de técnicos necessários

At = Número de actos por ano (para este efeito deve considerar-se acto a formulação genérica da medida de produção, a qual pode assumir, em concreto, diferentes unidades, conforme a área de actividade em análise. Por ex.: análises, sessões, procedimentos.)

TM/At = Tempo necessário por acto – a fornecer pela Agência (média da região)
*

T = Número de horas de trabalho por técnico e por ano
Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

O valor de At é obtido através da multiplicação do número de procedimentos realizados por Terapeuta ao ano pelo número de Terapeutas.

No quadro abaixo encontram-se os resultados por hospital e pela totalidade de Terapeutas da região de LVT (considerou-se 65, número aproximado), com base nas médias globais encontradas. Pode verificar-se que com a exceção do hospital A e C, que apresentam um número superior de técnicos ao necessário, todas as restantes instituições possuem um número adequado. Na região de LVT, considerando-se o número atual de Terapeutas da Fala 65, o número de técnicos necessários, através da aplicação da fórmula, mostra-se bastante inferior ao efetivamente existente (41).

Resultados da aplicação da fórmula de preconização do nº de Terapeutas da Fala

Hospital	Atos diretos (At)*	Tempo necessário por ato (TM/At)	Nº horas de trabalho por técnico e por ano	Técnicos necessários (TC)	Nº técnicos atual (participantes no estudo)
A	3.280	25	1.435	1	2
B	1.763	38	1.435	1	1
C	34.932	23	1.435	10	13
D	943	67	1.435	1	1
E	6.068	10	1.435	1	1
F	1.845	45	1.435	1	1
G	7.421	16	1.435	2	2
H	4.100	17	1.435	1	1
I	5.617	9	1.435	1	1
Reg LVT	186.434	19	1.435	41	65*

*este valor diz respeito ao valor aproximado de Terapeutas da Fala existente na região LVT

Tabela 22 - Resultados da aplicação da fórmula de preconização do nº de Terapeutas da Fala por instituição hospitalar e região LVT

Porém, como referido, existe uma percentagem considerável do tempo de trabalho de um terapeuta que é ocupado em atos indiretos e que não se traduz em procedimentos (número que dá valor ao item atos diretos da fórmula apresentada). Assim optou-se por aplicar a mesma fórmula, utilizando o número de horas de trabalho direto por técnico por ano (com base nas percentagens inicialmente apresentadas neste capítulo) em vez do número de horas de trabalho por técnico por ano.

Obtiveram-se assim os seguintes resultados:

Resultados da aplicação da fórmula de preconização do nº de Terapeutas da Fala com base no número de horas de trabalho direto							
Hospital	Atos diretos (At)	Tempo necessário por ato (TM/At)	Nº horas trabalho direto por técnico e por ano	Nº horas trabalho por técnico e por ano indireto	Técnicos necessários (TC)	Técnicos necessários considerando apenas tempo direto (TC)	Nº técnicos atual (participantes no estudo)
A	3.280	25	854	581	1	2	2
B	1.763	38	1.090	345	1	2	1
C	34.932	23	827	608	10	17	13
D	943	67	1.034	401	1	2	1
E	6.068	10	944	491	1	2	1
F	1.845	45	1.295	140	1	2	1
G	7.421	16	909	526	2	3	2
H	4.100	17	1.021	414	1	2	1
I	5.617	9	967	468	1	1	1
Reg LVT	186.434	19	907	528	41	65	65*

*este valor diz respeito ao valor aproximado de Terapeutas da Fala existente na região LVT

Tabela 23 - Resultados da aplicação da fórmula de preconização do nº de Terapeutas da Fala por instituição hospitalar e região de LVT, com base no número de horas de trabalho direto

Como se pode observar, com a exceção do hospital I, todas instituições mostram a necessidade de um número superior de Terapeutas para a concretização do número de procedimentos anuais, tendo em consideração a média diária de trabalho direto verificada durante a semana de estudo, com a exceção do hospital I que se mostra com um número adequado. Relativamente aos cálculos globais, para a região de LVT, pode-se observar que o número de técnicos necessários, tendo em consideração o tempo gasto em atos diretos, coincide com o número de técnicos existentes.

8. DISCUSSÃO

Realizando uma análise dos dados recolhidos, é possível aferir alguns aspetos relevantes.

Ao observar os resultados da carga horária estipulada com a efetivamente realizada, verificou-se que existem casos onde a carga horária efetuada é inferior à prevista. Este facto, no total da amostra (23 Terapeutas), diz respeito a quatro casos ao longo da semana, podendo estar relacionado com saídas antes da hora de término por motivos pessoais, ou mesmo compensação de tempos excedidos nos restantes dias. Já olhando para a quantidade de casos que excedeu a carga horária durante a semana, foi bastante superior (em número de 55 no total da semana). Este facto pode traduzir a necessidade de concretizar trabalho fora das horas de serviço, devido à falta tempo para o mesmo durante o horário laboral.

No que se refere à distribuição da carga horária laboral em atos diretos e indiretos, podemos verificar que todos os hospitais necessitam de dispensar tempo para este último item, uma percentagem mínima de 9,76% e máxima de 42,34%, havendo uma média global dos hospitais participantes de 36,79%. De acordo com o referido na revisão bibliográfica, em traços gerais a exigência de produtividade média é de 77%, o que equivale aproximadamente a 6 horas de tratamento direto por 8 horas diário (ASHA, 2011). Comparando estes dados com os resultados globais, podemos verificar que a percentagem média global de tempo utilizada em atos diretos, 63,21%, é menor que a referida. Numa comparação por instituição pode-se afirmar que apenas o hospital B (75,96%), D (72,06%) e H (71,12%) apresentam valores mais próximos do referido pela bibliografia, estando os restantes hospitais com valores inferiores a 70% de produtividade. O hospital F destacou-se com um valor bastante superior de produtividade (90,24%).

Dado a produtividade nos Terapeutas da Fala ser medida através do número de atos diretos (que se traduzem em procedimentos), como referido na revisão bibliográfica (Batten 1984, citado por Larkins, 2012) e constatado nos resultados, então, haverá uma média global de 36,79% da carga horária laboral que não se traduz em produtividade, embora contribua para a melhoria da prestação de cuidados. No hospital G e de forma mais evidente, nos hospitais A e C, este valor apresenta-se superior ao estipulado pela bibliografia. Porém, é de referir que nestas últimas instituições as cargas horárias variam entre os Terapeutas que participaram no estudo, o que pode justificar as oscilações. No caso do hospital I, sendo o Terapeuta contratado a meio tempo, seria de esperar que a média de horas de trabalho direto e indireto se distinguisse, por valores mais altos e mais baixos, respetivamente, dos

restantes Terapeutas, de acordo com o referido na revisão bibliográfica (ASHA, 2011). No entanto esse facto não acontece, possivelmente devido a exceder a sua carga horária estipulada.

Analisando a mediana dos valores médios globais, esta corresponde a [60%-65%] para o trabalho direto e [35%-40%] para o trabalho indireto, intervalo onde se encontram os valores médios encontrados, mostrando assim que estes são fiáveis para se comparar com a literatura. Verifica-se que a percentagem média de tempo gasto em atos diretos e a percentagem média encontrada na bibliografia apresenta uma diferença de 14%.

Na tradução destas percentagens em horas pode verificar-se que a média total das horas de trabalho dos Terapeutas da Fala do hospital A é apenas de 5h42. Este facto pode dever-se às Terapeutas apresentarem cargas horárias diferentes. O mesmo acontece com hospital C em que o total de horas realizado não chega às 7h diárias (6h50). No hospital I, a carga laboral é apenas de 4h, dando uma média final 6h07, o que mostra que todo o tempo é gasto em atos diretos (4h07), sendo o trabalho indireto concretizado fora do horário laboral (2h).

Numa média global 4h19 são utilizados em atos diretos, sendo 2h32 em atos indiretos. A totalidade destes tempos não perfaz as 7h diárias devido às diferenciações de horários existentes entre os Terapeutas participantes. O desvio-padrão é para os atos diretos de 62,39 e para os atos indiretos 62,17. Apesar de não serem valores demasiado baixos, também não se pode afirmar o contrário. Assim, não se pode considerar que estes valores se encontram muito dispersos.

Na análise do tipo de atos indiretos realizados, os que ocupam mais tempo diário são: registos, reuniões de serviço/ unidade), supervisão de estágios e relatórios. Dada a natureza destas tarefas, estes atos indiretos terão mesmo de ser feitos pelos próprios Terapeutas. Porém existem atividades como estatística, agendamentos e telefonemas que possivelmente poderiam ser concretizados por administrativos, libertando os Terapeutas para mais tempo para atos diretos.

O facto de nem todas as instituições hospitalares participarem com o número total de terapeutas, torna impossível realizar uma análise estatística por hospital, mas apenas uma média global por Terapeuta e uma média por Terapeuta de cada hospital. Assim, observando o número de doentes tratados em média por cada Terapeuta de cada hospital, pode-se verificar que o hospital E apresenta um valor bastante superior ao dos restantes hospitais (95 doentes semanais, no caso de cada doente só realizar uma sessão por

semana). Contudo, se a esta análise adicionarmos a verificação do número de sessões de grupo, regista-se que esta mesma instituição realiza um número superior de sessões de grupo semanais por Terapeuta (em número de 13), comparativamente com as restantes. De forma mais pormenorizada, ao examinar a quantidade média de doentes por sessão de grupo, são as sessões de reeducação da fala das que maior número de doentes envolve em cada sessão (cinco doentes por sessão) e as que são habitualmente realizadas na área de intervenção do hospital E (área da voz, englobada neste estudo em fala). Assim, este elevado número encontra-se justificado.

Com base em valores globais diários por Terapeuta observou-se que em média são tratados nove doentes (com mediana de oito e desvio-padrão de 3,82) o que corresponde a aproximadamente sete sessões (com mediana de sete e desvio padrão de 1,93), 14 procedimentos com um tempo médio de 19 minutos. No que se refere ao número de procedimentos a mediana é 12 e o desvio-padrão oito, o que traduz dispersão destes dados na amostra utilizada.

Comentando o número médio de procedimentos diários por instituição, os Terapeutas que realizam maior número de procedimentos apresentam um tempo médio para cada um deles mais baixo que os Terapeutas que realizam um menor número de procedimentos diários. Este facto poderá estar relacionado com o tipo de sessões que realizam. Assim, se a esta análise adicionarmos a observação do tempo médio por tipo de procedimento, pode-se constatar que a reeducação da fala em grupo e a reabilitação da linguagem em grupo no adulto são as que menos tempo gastam, dado haver mais que um doente por sessão, aumentando o número de procedimentos para um mesmo tempo de sessão. Desta forma, e realçando a quantidade de sessões semanais de grupo realizadas pelo hospital E, o tempo médio de cada procedimento desta instituição encontra-se justificado. Já no hospital I tal facto não acontece, sendo este valor díspar em relação aos restantes. Talvez esta ocorrência se justifique com a complexidade dos serviços prestados por esta instituição, sendo de menor complexidade e por isso exigindo menor tempo (como referido por Dennis e Gonzenbach, 2011). Ainda relativamente ao tempo médio por tipo de procedimento verificou-se também que a avaliação de linguagem no adulto e na criança, a avaliação de fala e a reabilitação de linguagem em grupo na criança e a reabilitação da linguagem na criança (sessão individual) são o tipo de procedimentos que mais tempo necessitam. O elevado tempo registado nos procedimentos de reabilitação de linguagem em grupo na criança deve-se possivelmente a um aumento do tempo de sessão, não havendo um aumento proporcional no número de procedimentos, ou seja, são provavelmente sessões,

onde apesar de ser realizado um grupo, este envolve um número reduzido de doentes, comparativamente com outras sessões de grupo, como a reabilitação de linguagem em grupo no adulto.

Num momento final aplicou-se a fórmula proposta pelo Ministério da Saúde e referida na revisão bibliográfica. Segundo a circular normativa estão disponíveis duas fórmulas possíveis, porém, devido a só se terem dados referentes à primeira proposta, foi essa que se passou a aplicar. Apesar de haver discrepância entre a carga horária dos Terapeutas participantes, aplicou-se a percentagem de horas de trabalho direto e indireto, analisada num momento inicial, ao número total de horas proposto na própria circular (1435 horas anuais). Dado não ter havido uma adesão total dos Terapeutas das instituições participantes, a fórmula foi aplicada como se estes Terapeutas fossem os existentes nas instituições. Porém, estes dados são possíveis de extrapolar bastando substituir o número de terapeutas utilizado no cálculo do valor de At.

Utilizando a fórmula tal como previsto, verifica-se que todas as instituições hospitalares, com exceção do hospital A e C, apresentam um número adequado de técnicos. Na avaliação da situação em toda a região de LVT regista-se um excesso de Terapeutas, considerando o número destes 65, são apenas necessários 41. Todavia, nesta fórmula em numerador estão contabilizados os atos diretos, ou seja, procedimentos, (número de atos anuais x tempo necessário por ato) sobre um denominador de tempo de horas de trabalho por técnico por ano. Assim, quanto mais atos diretos forem realizados por um Terapeuta, menos Terapeutas serão necessários para a instituição em análise. Tendo em consideração que aproximadamente 36,79% do tempo dos Terapeutas em análise é gasto em atos indiretos e que não se traduzem em procedimentos, esta percentagem não é tida em consideração na fórmula, aspeto que Dennis e Gonzenbach (2011) referem como limitador da contabilização da produtividade. Assim, decidiu-se aplicar a mesma fórmula, mas no denominador, em vez de se colocar o tempo de horas de trabalho por técnico por ano, colocou-se o tempo de horas de trabalho direto por técnico por ano. Nesta base pode-se observar um aumento das necessidades de Terapeutas nas instituições participantes, com a exceção do hospital I, que é também o que apresenta menor tempo necessário por ato. Porém, na análise da situação na região de LVT, o número de técnicos necessários, tendo em consideração as médias globais encontradas e apenas o tempo médio de horas de trabalho direto, encontra-se adequado. Ambos os resultados dão 65 Terapeutas da Fala. Tendo em consideração que na análise destes valores por instituição revela uma necessidade maior de técnicos, este resultado global parece estranho. No entanto, este facto pode dever-se à quantidade de

procedimentos diários apresentar valores dispersos, como foi possível verificar através do valor do desvio-padrão, sendo a média encontrada um valor influenciado pelos valores discrepantes. Como o tempo médio por procedimento é calculado com base no número total de procedimentos por tempo total gasto, o aspeto anteriormente referido vai influenciar igualmente este valor.

9. CONCLUSÃO

Com este estudo pode concluir-se que o planeamento de recursos humanos em saúde não é efetivamente tarefa fácil. O uso de um único modelo de planeamento por si só pode tornar este planeamento redutor, não conseguindo responder às necessidades efetivamente verificadas.

No caso dos Terapeutas da Fala, a averiguação das necessidades em Portugal está a ser concretizada com base numa fórmula que utiliza o modelo da oferta, em que as necessidades futuras têm de coincidir com o volume de serviços atualmente prestados, partindo do pressuposto que a variação de aspetos como sexo, idade, perfil e dimensão demográfica dos profissionais se mantém no futuro. Assim, não são tidas em consideração as características da população e as suas variações e não há relação entre as necessidades da população e os resultados em saúde. Não obstante, a fórmula proposta apresenta algumas limitações na medida em que não tem em consideração um fator que influencia a produtividade dos Terapeutas da Fala: os atos indiretos. Assim sendo, se o número de Terapeutas da Fala não é suficiente para as necessidades encontradas, os que se encontram em exercício profissional têm necessidade de aumentar a sua produtividade, levando provavelmente à redução da qualidade.

Com base nos resultados alcançados pode-se concluir que:

- pelo menos 39,13% da amostra em cada dia de recolha de dados teve de exceder o seu horário laboral;
- os Terapeutas da Fala participantes dedicam em média 63,21% do seu horário para o trabalho direto, sendo os restantes 36,79% para o trabalho indireto;
- no trabalho indireto, os registos, reuniões de serviço, supervisão de estágios e relatórios são as tarefas que mais tempo ocupam;
- cada Terapeuta trata em média nove doentes por dia;
- cada Terapeuta realiza em média sete sessões diárias;
- cada Terapeuta realiza uma média diária de 14 procedimentos;
- cada procedimento necessita em média de 19 minutos para ser concretizado;

- o tipo de sessões realizadas faz variar o tempo médio do procedimento, sobretudo no que se refere às sessões de grupo;
- a fórmula proposta pelo Ministério da Saúde encontra-se a preconizar adequadamente, na maioria das instituições em estudo, o número de Terapeutas da Fala efetivamente existente;
- a fórmula proposta pelo Ministério da Saúde encontra-se a preconizar um número inferior de Terapeutas da Fala, comparativamente com o existente, na região de LVT;
- a fórmula proposta pelo Ministério da Saúde, contabilizando apenas o tempo gasto em atos diretos, que se traduzem em procedimentos, preconiza um número inferior de Terapeutas da Fala, comparativamente com o realmente necessário;
- a fórmula proposta pelo Ministério da Saúde, contabilizando apenas o tempo gasto em atos diretos, que se traduzem em procedimentos, preconiza o número de Terapeutas da Fala existente na região de LVT, mostrando-se neste caso adequada. Dado este facto não suceder com a maioria das instituições, revela que a forma de trabalho varia de instituição para instituição, possivelmente pelas características da população atendida, e por esse motivo a análise será mais fidedigna se realizada por instituição e não por região;
- o estudo mostrou-se importante numa primeira tentativa de medir a atividade dos Terapeutas da Fala e na averiguação dos resultados da fórmula proposta pelo Ministério da saúde.

Contata-se que seria relevante:

- a diminuição da quantidade de tempo dispensado por estes profissionais em tarefas indiretas. Talvez este aspeto pudesse ser melhorado através da integração de mais funcionários que desempenhassem atividades burocráticas ao nível das equipas, podendo assim libertar os profissionais especializados para tarefas mais técnicas;
- a criação de um sistema de codificação de procedimentos que permitisse registar todo o tipo de trabalho realizado (direto e indireto) por estes profissionais, permitindo a contabilização concreta do mesmo;
- a alteração da fórmula proposta, passando a ter em consideração uma percentagem de tempo direcionada para os atos indiretos;
- a concretização de um estudo a nível Nacional que pudesse padronizar tempos médios de sessão e tempos médios de procedimentos, por tipo de intervenção;

- a concretização de um possível estudo de *benchmarking* com os hospitais que mostraram melhores resultados no que se refere a produtividade, nomeadamente o hospital F.

Este estudo apresenta contudo limitações que podem influenciar a generalização dos resultados:

- a quantidade de Terapeutas em estudo corresponde a cerca de um terço dos Terapeutas inicialmente previstos. No entanto, constituem por si só uma proporção elevada;
- dos Terapeutas em estudo, mais de 50% dizem respeito a uma única instituição. Este facto obrigou a uma comparação apenas de médias por Terapeuta;
- tendo a recolha sido realizada apenas num período do ano (cinco dias, distribuídos por duas semanas), pode não ser representativo do trabalho efetuado ao longo de todo o ano;
- o modelo da oferta apenas se baseia na atividade realizada atualmente e não tem em consideração as necessidades da população. Assim, pode haver necessidades que não se verificam neste estudo;
- o estudo das variações no tipo de trabalho em função das características dos Terapeutas (como idade, experiência, perfil da população tratada, sexo, entre outras) teria sido interessante. No entanto, para não tornar o pedido demasiado extenso e por esse não ser o objetivo do estudo, estes dados não foram solicitados;
- foi ignorada a complexidade dos casos atendidos pelos diferentes Terapeutas da Fala, aspeto este que pode influenciar o tempo necessário por sessão;
- as projeções para o futuro são impossibilitadas pela ausência de dados epidemiológicos e características dos Terapeutas;
- as projeções para o futuro são impossibilitadas pela ausência de dados epidemiológicos e características dos Terapeutas.

BIBLIOGRAFIA

- » ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - Documento das distribuições de Terapeutas da Fala no Serviço Nacional de Saúde, em Portugal. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2011.
- » ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE – Centro de Reabilitação do Norte. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, 2006.
- » AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION - About the American Speech-Language-Hearing Association. [Em linha] EUA : American Speech-Language-Hearing Association, 2007 [consult. 15 de Maio 2012] Disponível em: <http://www.asha.org/about/>
- » AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION - Survey Report: workforce and work conditions trends 2005-2009. [Em linha] EUA : American Speech-Language-Hearing Association, 2009 [consult. 15 de Maio 2012] Disponível em: <http://www.asha.org/uploadedFiles/research/memberdata/HC09WandWCTrends.pdf>
- » AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION -. 2011 SLP Health Care Survey – workforce and work conditions. [Em linha] EUA : American Speech-Language-Hearing Association, 2011 [consult. 15 de Maio 2012] Disponível em: <http://www.asha.org/uploadedFiles/HC11-Workforce-Work-Conditions.pdf>
- » ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE TERAPEUTAS DA FALA – Estatutos da APTF. [Em linha] Lisboa: Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 1999 [Consult. 7 Maio 2012] Disponível em: <http://www.aptf.org/docs/EstatutosRegulamentos/Estatutos.pdf>
- » ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE TERAPEUTAS DA FALA – APTF, História. [Em linha] Lisboa: Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, 2011 [consult. 7 Maio 2012] Disponível em: <http://www.aptf.org/historia.php>
- » BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖM, T. – Epidemiologia básica. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- » BENTES, M.; DIAS, C., SAKELLARIDES, C.; BANKAUSKAITE, V. - Health Care Systems in Transition. Portugal: The Portuguese Observatory on Health Systems, 2004.

- » BIRCH, S.; O'BRIEN-PALLAS, L.; ALKSNIS, C.; MURPHY G.; THOMPSON, D. – Beyond demographic change in human resources planning: an extended framework and application to nursing. **Journal of Health Services Research and Policy** 8 (Outubro 2003) 225-229.
- » BLUMENTHAL D - The physician-supply debate. New steam from an old cauldron. **The New England Journal of Medicine**. 350 (Abril 2004) 1780-1787.
- » BUCHAN, J. – Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. **Health Policy and Planning**. 15:3 (2000) 319-325.
- » ¹COMITE PERMANENT DE LIAISON DES ORTHOPHONISTES/LOGOPEDES DE L'UNION EUROPEENNE – Speech and Language Therapy. [Em linha] Paris: Comite Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopedes de l'Union Europeenne, 2011 [Consult. 10 Maio 2011] Disponível em : <http://www.cplol.eu/eng/SLT.htm>
- » ²COMITE PERMANENT DE LIAISON DES ORTHOPHONISTES/LOGOPEDES DE L'UNION EUROPEENNE –The Organization. [Em linha] Paris : Comite Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopedes de l'Union Europeenne, 2011 [Consult. 14 Maio 2012] Disponível em : <http://www.cplol.eu/eng/organization.htm#obj>
- » CONSEJERIA DE SALUD – Demografía sanitária en Andalucía – Diseño e implementación de una estratégia de planificación regional sobre la oferta y demanda de profesionales sanitários. Andaluzia: Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 2010.
- » COOPER, R. ; GETZEN T.; LAUD, P. – Economic expansion is a major determinant of physician supply and utilization. **Health Services Resources**. 38:2 (Abril 2003) 675-696.
- » CORREIA, I.; VEIGA, P.(2007) – (Má) Distribuição de médicos em Portugal. In XXXIII Reunión de Estudios Regionales Competitividad, cohesión y desarrollo regional sostenible. Leon, 15 e 16 de Novembro de 2007. Barcelona: Asociación Española de Ciencia Regional – Asociación Castellano-Leonesa de Ciencia Regional.
- » Decreto-Lei nº 564/99. D.R. 1ª Série-A. 295 (02-12-11) 9083.
- » DENNIS, K.; GONZENBACH, S. - Productivity in Audiology and Speech-Language Pathology. [Em linha] EUA : American Speech-Language-Hearing Association, 2011. [consult. 27 de Maio 2012] Disponível em :
<http://www.asha.org/Publications/leader/2011/110517/Productivity-in-Audiology-and-Speech-Language-Pathology.htm>

- » Diário da República IIª Série, n.º199 (29-08-2002) - Manual de Boas Práticas de Medicina Física e de Reabilitação, Aviso n.º 9448/2002,
- » DIAS, A. – Ética profissional e Terapêutica da Fala. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Bioética ministrado pela FMUP.
- » DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – Rede de referenciação de Medicina Física de Reabilitação. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2002.
- » DREESCH, N.; DOLEA, C.; POZ, M.; GOUBAREV, A.; ADAMS, O.; AREGAWI, M; BERGSTROM, K.; FOGSTAD, H.; SHERATT, D.; LINKINS, J.; SCHERPBIER, R.; YOUSSEF-FOX, M. – An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millenium Development Goals. [Em linha] Oxford Journals, 2005. [consult. 30 de Maio de 2012]. Disponível em:
<http://heapol.oxfordjournals.org/search?fulltext=An+approach+to+estimating+human+resource+requirements&submit=yes>
- » DUSSAULT, G. – Human resources developmental: the challenge of health sector reform. Washington DC: Latin America and the Caribbean Department, Human Development Division, World Bank, 1999.
- » DUSSAULT, G.; BUCHAN, J.; SERMEUS, W.; PADAIGA, Z. – Investing in Europe’s health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration – Assessing future health workforce needs. [Em linha] European Observatory on Health Systems and Policies, 2010. Draft for consultation. Health Evidence Network of WHO/Europe, 2010. [consult. 3 de Setembro de 2012]. Disponível em:
http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Draft_Policy_Summary_assessing_future_workforce_needs.pdf
- » DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. – Human resources for health policies: a critical component in health policies. [Em linha]. **Human Resources for Health** 1:1. (Abril 2003). [Consult. 27 Jul. 2012]. Disponível em <http://www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-1-1.pdf>
- » ENTIDADE REGULADORA DE SAÚDE – Caracterização do acesso dos utentes a serviços de medicina física e de reabilitação. Porto: Entidade Reguladora de Saúde, 2008.

» FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO – Classificação dos desenhos de estudos. [Em linha] Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2000. [consult. 8 de Outubro 2012] Disponível em :

http://stat2.med.up.pt/cursop/main.php3?capitulo=desenhos_estudo&numero=1&titulo=Desenhos+de+estudo

» HALL, T. – Why plan human resources for health. *Human Resource for Health Developmental Journal* 2:2 (1998) 77-86.

» HUMAN RESOURCES FOR HEALTH OBSERVER – Models and tools for health workforce planning and projections. World Health Organization. *Human Resources for Health Observer*, 3, 2010.

» JACOBY, I. – Forecasting requirements for physical therapists. ***Physical Therapy***, 75:1 (Janeiro 1995) 38-44.

» KUMMER, A. - Increasing Efficiency in SLP Practice: Maximize Productivity, Minimize Pain. EUA: American Speech-Language-Hearing Association. *Professional Developmental*, 2006

» LARKINS, P. - Measuring Productivity: Finding the Right Quality Quotient. [Em linha] EUA : American Speech-Language-Hearing Association, 2012 [consult. 15 de Agosto 2012] Disponível em: <http://www.asha.org/slp/healthcare/productivity.htm>

» MENDES, A.; SANTOS, M.E.; OLIVEIRA, I.; FREY, A.; MOGAS, S.; CUNHA, M.; CORREIA, P.; PATRÍCIO, A. VITAL, P. - Implementação do processo de Bolonha e a formação na área da terapia da fala. Grupo de Trabalho do Curso de Terapia da Fala, no âmbito da Implementação do Processo de Bolonha a Nível Nacional por Área do Conhecimento – *Tecnologias da Saúde*, 2004.

» NATÁRIO, A.; AMARAL, J. – *Atuais e Futuras Necessidades Previsionais de Médicos (SNS)*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2011.

» ORDEM DOS MÉDICOS – *Estatutos da Ordem dos Médicos*. In *Dos princípios fundamentais e fins*, Capítulo II, Art. 4º.

» PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO) – *Development and strengthening of human resources management in the health sector*. Washington DC: 128th Session of the Executive Committee, Pan American Health Organization, 2001.

- » PITA BARROS, P.; MACHADO, S.; SIMÕES, J.– Portugal: Health system review. **Health Systems in Transition** - European Observatory on Health Systems and Policies. 13:4 (2011) 1-156.
- » REIS, F.; CICONELLI, R.; FALOPPA, F. – Pesquisa científica: a importância da metodologia. **Revista Brasileira de Ortopedia**. 37:3 (Março 2002) 51-55.
- » RIDOUTT, L.; GADIEL, D.; COOK, K.; WISE, M. - Planning framework for the public health workforce. Austrália: National public health partnership, 2002. Discussion paper.
- » ROBERFROID, D.; LEONARD, C.; STORDEUS, S. – Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? [Em linha]. **Human Resources for Health** 7:10. (Fevereiro 2009). [Consult. 27 Jul. 2012]. Disponível em:
<http://www.human-resources-health.com/content/7/1/10>
- » SANTANA, P.; LOUREIRO, A.; COSTA, C.; NUNES, C.; PEIXOTO, H.; DUARTE, N. CAMELO, S. – Estudo de Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde – Médicos – Relatório Final. Coimbra: Universidade de Coimbra, Administração Central do Sistema de Saúde, 2009.
- » SECRETARIA GERAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. Circular Normativa n.º 1 de 12/1/2006: Regime de trabalho de horário acrescido – Critérios. Lisboa: Secretaria-geral do Ministério da Saúde, 2006.
- » SMITH, D.; PREKER, A. – Labour market adjustment in health systems. In Workshop on Global Workforce Strategy. França: 9 a 12 de Dezembro de 2000. França: World Health Organization, 2000.
- » SOUZA GUERRA, I. - Projecto de qualidade total numa unidade de fisioterapia : diagnóstico e projecto de mudança. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Instituto Universitário de Lisboa, 2003. Dissertação elaborada no âmbito do mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, ministrado pelo ISCTE, IUL.
- » STANDING, H. - Gender – a missing dimension in human resource policy and planning for health reforms – Special Article. World Health Organization. [consult. 18 Junho 2012]. Disponível em: www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_1_04.pdf

ANEXOS

ANEXO 1

Distribuição dos Terapeutas da Fala em Portugal Continental a 30 de Junho de 2011

(ACSS, 2011)

**Distribuição dos Terapeutas da Fala em Portugal Continental a 30 de Junho de 2011
(ACSS, 2011)**

Instituição	Terapeutas Da Fala
Administração Regional De Saúde Do Alentejo, I.P.	2
Administração Regional Saúde Lisboa Vale Tejo, I.P	3
Ars Algarve	6
Ars Norte	3
Centro Hosp. De Trás-Os-Montes E Alto Douro, E.P.E	2
Centro Hosp. V. N.Gaia Espinho, E.P.E.	5
Centro Hosp.Entre Douro E Vouga, E.P.E.	2
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.	2
Centro Hospitalar Da Cova Da Beira, E.P.E.	1
Centro Hospitalar De S. Joao, E.P.E.	4
Centro Hospitalar De Lisboa Central, E.P.E	11
Centro Hospitalar De Lisboa Ocidental, Epe	3
Centro Hospitalar De Setúbal E.P.E.	3
Centro Hospitalar Do Alto Ave, E.P.E.	1
Centro Hospitalar Do Baixo Vouga E.P.E.	1
Centro Hospitalar Do Barlavento Algarvio, E.P.E.	3
Centro Hospitalar Do Médio Ave, E.P.E.	1
Centro Hospitalar Do Medio Tejo, E.P.E.	3
Centro Hospitalar Do Porto, E. P. E.	4
Centro Hospitalar Do Tâmega E Sousa, E. P. E.	2
Centro Hospitalar E Universitário De Coimbra, E.P.E.	11
Centro Hospitalar Leiria-Pombal E.P.E.	3
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.	13
Centro Hospitalar Oeste Norte	2
Centro Hospitalar Tondela-Viseu E.P.E.	4
Centro Med R. Reg. Centro - Rovisco Pais	1
Hff, Epe	4
Hospital Arcebispo Joao Crisostomo - Cantanhede	1
Hospital Curry Cabral, E.P.E.	3
Hospital De Faro	3
Hospital Distrital De Santarém, E.P.E.	2
Hospital Do Espirito Santo - Evora, E.P.E.	6
Hospital Garcia De Orta, E.P.E. - Almada	5
Hospital Jose Luciano Castro - Anadia	1
Hospital Litoral Alentejano, E.P.E.	1
Inst.Port.Onc.Fran.Gentil-E.P.E.	1
Inst.Port.Oncologia De Lisboa -Franc.Gentil,E.P.E.	1
Unidade Local De Saúde Da Guarda, E.P.E.	1
Unidade Local De Saúde De Castelo Branco, E.P.E.	3

Instituição (continuação)	Terapeutas Da Fala
Unidade Local De Saúde Do Alto Minho, E.P.E.	1
Unidade Local De Saúde Do Baixo Alentejo, E.P.E.	7
Unidade Local De Saúde Do Nordeste, E.P.E.	3
Unidade Local De Saúde Do Norte Alentejano, E.P.E.	1
Unidade Local Saúde De Matosinhos, E.P.E.	3
Total	143

ANEXO 2

Circular normativa n.º 1 de 12/01/2006 do Ministério da Saúde

Circular Normativa

Nº 01
Data 12/01/2006

Para conhecimento de todos os serviços e estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde

ASSUNTO: Regime de trabalho de horário acrescido – Critérios.

A Circular Normativa n.º 9, de 2 de Dezembro de 2005, suspendeu a atribuição de novos regimes de horário acrescido, bem como a renovação dos regimes já atribuídos, até à negociação com as Agências de Contratualização das respectivas administrações regionais de saúde, do número de efectivos em horário acrescido para 2006.

O Despacho n.º 27144/2005 (2ª série), publicado no Diário da República n.º 250, de 30 de Dezembro, procedeu à uniformização do processo de atribuição do regime de horário acrescido ao pessoal de enfermagem, técnico superior de saúde e técnico de diagnóstico e terapêutica.

O referido despacho determinou que as propostas a apresentar pelos serviços deverão fundamentar a "necessidade do recurso ao regime de horário acrescido, como forma indispensável de assegurar o regular e eficiente funcionamento dos serviços", através de um conjunto de critérios objectivos que, embora não exaustivos, deverão constituir uma plataforma mínima de justificação do recurso a tal regime.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

Circular Normativa

Cumpra agora estabelecer a metodologia que deve estar subjacente aos novos critérios determinados pelo mencionado despacho.

É expectável que, num futuro próximo, se disponha de rácios e indicadores de desempenho que permitam quantificar as necessidades de pessoal para todos os grupos profissionais visados, tendo em conta a conclusão de diversos trabalhos em curso no âmbito das respectivas associações profissionais e das Escolas Superiores de Tecnologias de Saúde.

No imediato, no entanto, apenas existem de forma consistente, elementos daquela natureza para o pessoal de enfermagem, fruto de um longo trabalho desenvolvido por diversas entidades, nomeadamente, a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, a Direcção-Geral da Saúde e o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, o que determina que os critérios infra referidos para o pessoal de enfermagem se apliquem, com as devidas adaptações, aos outros grupos profissionais.

Assim, nos termos do n.º 2 do Despacho n.º 27144/2005 (2ª série), publicado no Diário da República n.º 250, de 30 de Dezembro, determina-se que, para efeitos de fundamentação da necessidade do recurso ao regime de trabalho de horário acrescido, se proceda de acordo com o previsto nos documentos anexos.

O Secretário-Geral



(Rui Gonçalves)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

CrITÉrios para atribuiÇão do regime de trabalho de horÁrio acrescido

Metodologia

1. A metodologia para o critério “**InsuficiênciA de horas de prestaÇão de cuidados/serviÇos em funÇão de valores de referênciA**” deverÁ ser a seguinte:

- Calcular, por Área de actividade e para a globalidade da instituiÇão, o nÚmero de horas anuais de cuidados de enfermagem necessÁrias, segundo a aplicaÇão das **fÓrmulas de cÁlculo e dos rÁcios constantes do anexo 1**. Estas fÓrmulas e rÁcios têm por base estudos efectuados, bem como indicadores e valores de referênciA a serem fornecidos pelas Agências, no Âmbito do processo de contratualizaÇão;
- Calcular, por Área de actividade, o diferencial entre o nÚmero anual de horas necessÁrias, calculado nos termos do nÚmero anterior, e o nÚmero de horas de enfermagem disponÍveis;
- Transformar o eventual nÚmero de horas “deficitÁrias”, em acréscimos de horas correspondentes ao diferencial entre o nÚmero de horas do regime normal e o nÚmero de horas do regime de horÁrio acrescido;
- Proceder ao cÁlculo do nÚmero de efectivos a propor no regime de horÁrio acrescido.

Para o ano de 2006, o nÚmero de horas de enfermagem necessÁrias e disponÍveis deverÁ calcular-se com base nos valores da instituiÇão estimados para o ano econÓmico de 2005, conforme determinado no n.º 3 do Despacho n.º 22 250 / 2005 (2.ª SÉrie), publicado no DiÁrio da RepÚblica, n.º 205, de 25 de Outubro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

2. Para o critério “**Impossibilidade e/ou inadequação da reafecção entre valências /serviços, de horas de prestação de cuidados/serviços**” deverá ser adoptada a seguinte metodologia:

- Justificar, **casuisticamente**, as situações em que verificando-se, numa determinada área de actividade e/ou valência, um *superavit* de horas prestadas face às horas necessárias, não seja possível ou adequado proceder à sua reafecção a outras áreas e/ou valências eventualmente “deficitárias”, nomeadamente pela complexidade e especificidade dos cuidados a prestar.

3. Para o critério “**Vantagem económica do recurso a “horários de tempo acrescido”**”, a metodologia deverá ser a seguinte:

- Calcular os encargos correspondentes à atribuição dos horários acrescidos propostos, comparativamente com os encargos decorrentes do correspondente pagamento de horas extraordinárias.

4. A utilização de critérios adicionais para fundamentação da necessidade do recurso ao regime de horário acrescido deverá ter um carácter excepcional, não substituindo a obrigatoriedade de cumprimento da plataforma mínima acima identificada.

5. Os critérios acima referidos para o pessoal de enfermagem aplicam-se, com as devidas adaptações, aos técnicos superiores de saúde e técnicos de diagnóstico e terapêutica, devendo a indisponibilidade de rácios e de indicadores de referência ser colmatada com a utilização de valores médios calculados pelas Agências de Contratualização, relativamente às instituições da respectiva região, segundo a aplicação das **fórmulas de cálculo indicativas, constantes do anexo 2**.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

Anexo 1

(A que se refere o ponto 1)

FÓRMULAS DE CÁLCULO RELATIVAMENTE A NECESSIDADES DE ENFERMEIROS

A – CENTROS DE SAÚDE

A.1- Centros de Saúde com serviços programados

$$EN = \frac{At \times HCN/At}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

At = Número de actividades de enfermagem por ano

HCN/At = **Número de horas de cuidados necessárias por actividade / área de intervenção – segundo tabela I**

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano

Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)*

*Consideram-se as seguintes deduções ao horário de 35 horas semanais: 5 semanas para férias + 2 semanas para feriados + 3 semanas para formação + 1 semana para faltas

A.2 - Centros de Saúde com horário de funcionamento para continuidade e acessibilidade de cuidados de saúde para doença grave

$$EN = \frac{PT \times HF \times N.^{\circ} \text{ dias/ano}}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

PT = Número de postos de trabalho

HF = Número de horas de funcionamento por dia

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano - 365

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano
Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

B- HOSPITAIS

B.1- Serviços com internamento

$$EN = \frac{LP \times TO \times HCN/DI \times N.^{\circ} \text{ dias/ano}}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

LP = Lotação praticada

TO = Taxa de ocupação esperada – *a fornecer pela Agência*

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano -365

HCN/DI = Número de horas de cuidados necessárias por dia de internamento – *segundo tabela II*

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano

Valor de T:

1268 H para Serviços de Psiquiatria e Oncologia *

1435 H para restantes Serviços (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

* De acordo com as bonificações previstas no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, para os serviços de Psiquiatria e Oncologia.

B.2- Consulta Externa

$$EN = \frac{PT \times HF \times N.^{\circ} \text{ dias/ano}}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

PT = Número de postos de trabalho (0,5 enf. x n.º gabinetes de consulta.)

HF = Número de horas de funcionamento por dia

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano - 250

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano

Valor de T:

1268 H para Serviços de Psiquiatria e Oncologia

1435 H para restantes Serviços (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

B.3 – Hospitais de Dia

$$EN = \frac{At \times HCN/At}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

At = Número de sessões por ano

HCN/At = Número de horas de cuidados necessárias por sessão – *segundo tabela III*

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano

Valor de T:

1268 H para Serviços de Psiquiatria e Oncologia

1435 H para restantes Serviços (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

B.4 - Bloco Operatório (Cirurgia Programada)

$$EN = \frac{PT \times HF \times N.º \text{ dias/ano}}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

PT = Número de postos de trabalho (3 enf. x n.º salas operatórias) ou (< 3 enf. x n.º salas operatórias, decidido em função das especialidades cirúrgicas, aspectos organizacionais e estruturais dos blocos operatórios)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

HF = Número de horas de funcionamento por dia

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano -250

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano
Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

B.5. Urgência*

$$EN = \frac{At \times HCN/At}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

At = Número de atendimentos por ano

HCN/At = Número de horas de cuidados necessárias por atendimento- *a fornecer pela Agência (média da região)*

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano
Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

*Poderá , em alternativa aplicar-se a fórmula prevista para B.6

B.6 – Outros Serviços (Esterilização, Formação, etc)

$$EN = \frac{PT \times HF \times N.º \text{ dias/ano}}{T}$$

EN = Número de enfermeiros necessários

PT = Número de postos de trabalho - *a fornecer pela Agência (média da região)*

HF = Número de horas de funcionamento por dia

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano -250

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano
Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

TABELA I

(A que se refere a sigla HCN/At do ponto A.1 do anexo 1)

Horas de cuidados necessários por actividade / área de intervenção – Centros de Saúde

Tipo de actividades	HCN Tempo médio (min)
Consulta de Enfermagem / entrevista	15'
Pensos e outros tratamentos	20'
Administração de terapêutica	10'
Educação para a saúde em grupo	60'
Visitação domiciliária (incl. Deslocação)	40'

TABELA II

(A que se refere a sigla HCN/DI do ponto B.1 do anexo 1)

Horas de cuidados necessárias por dia de internamento (HCN/DI) – Hospitais

VALÊNCIA / SERVIÇO	HCN / DI Tempo médio
Especialidades Básicas	
Medicina	3,78
Cirurgia	3,66
Pediatria	4,78
Obstetrícia	3,86
Ginecologia	3,66
Ortopedia	3,93
Neonatologia	9,87
Psiquiatria de agudos	2,85
Especialidades Intermédias	
Dermatologia	2,71
Endocrinologia	3,23
Gastrenterologia	3,61

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

Oftalmologia	3,32
Nefrologia	4,84
Otorrinolaringologia	3,58
Urologia	3,45
Neurologia	3,34
Pneumologia	3,48
Infeciologia	3,63
Medicina Física e Reabilitação	3,14
<i>Especialidades Diferenciadas</i>	
Cardiologia	4,20
Cirurgia Cardiorácica	4,33
Cirurgia Plástica	3,83
Cirurgia Vascular	3,89
Neurocirurgia	4,93
Hematologia	2,88
Oncologia Médica	3,84
<i>Camas Técnicas</i>	
UCI Polivalente	16,63
UCI Cardiologia	13,42
UCI Cirurgia Cardiorácica	13,96
UCI Cirurgia Geral	8,70
UCI Neurocirurgia	8,70
UCI Queimados	14,68

TABELA III

(A que se refere a sigla HCN/At do ponto B.3 do anexo 1)

Horas de cuidados necessários por sessão de Hospital de Dia

Tipo de Hospital de Dia	HCN Tempo médio (horas)
Hematologia	1.31
Infeciologia	1.95
Oncologia	1.21
Psiquiatria	1.09

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

Anexo 2

(A que se refere o ponto 5)

FÓRMULAS DE CÁLCULO INDICATIVAS RELATIVAMENTE A NECESSIDADES DE TÉCNICOS SUPERIORES DE SAÚDE E DE TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

$$TC = \frac{At \times TM/At}{T}$$

TC= Número de técnicos necessários

At = Número de actos por ano (para este efeito deve considerar-se acto a formulação genérica da medida de produção, a qual pode assumir, em concreto, diferentes unidades, conforme a área de actividade em análise. Por ex.: análises, sessões, procedimentos.)

TM/At = Tempo necessário por acto – *a fornecer pela Agência (média da região)*
*

T = Número de horas de trabalho por técnico e por ano
Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

ou

$$TC = \frac{PT \times HF \times N.º \text{ dias/ano}}{T}$$

TC= Número de técnicos necessários

PT = Número de postos de trabalho

HF = Número de horas de funcionamento por dia

N.º dias/ano = Número de dias de funcionamento por ano



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA-GERAL

T = Número de horas de trabalho por técnico e por ano

Valor de T: 1435 H (correspondentes a 41 semanas úteis por ano)

* No caso específico dos técnicos de fisioterapia poderá utilizar-se como base de trabalho, valores disponibilizados por Isabel Souza Guerra – Dissertação de Mestrado, ISCTE, Lisboa 2003), que permitem **deduzir tempos médios por sessão e por procedimento:**

N.º sessões /fisioterapeuta /dia – 12

N.º sessões / fisioterapeuta /ano (250 dias) - 3000

Tempo médio por sessão – 30 minutos

N.º de procedimentos / sessão – 7

N.º procedimentos / fisioterapeuta /ano (250 dias) - 21000

Tempo médio por procedimento – 5 minutos.

ANEXO 3

Grelhas de registo

Terapia da Fala no Serviço Nacional de Saúde: avaliação das necessidades de recursos humanos

Identificação

Instituição: _____

Carga horária diária: _____ horas (sem hora de almoço)

Categoria Profissional: _____

Área de trabalho (ORL, MFR, etc.): _____

Data de Registo ____/____/____

Glossário:

- o registo deverá ser efectuado ao longo de 5 dias alternados em duas semanas (ex.: 1ª semana: 2ª, 4ª e 6ª feira; 2ª semana: 3ª e 5ª feira)
- por cada dia de registo deverá ser utilizada uma folha de registo;
- deverá preencher ao longo do dia o tempo gasto (em minutos) na tabela de atos diretos (sessões com os utentes) e na tabela de atos indiretos;
- se numa sessão de ato direto dispensar tempo para atos indiretos relativos a esse mesmo utente registe na respetiva sessão, em atos indiretos, discriminando o tempo da sessão que gastou e se atribuiu a esse tempo algum código de procedimento;
- o registo do numero de utentes por sessão é importante no caso das sessões em grupo;
- por cada ato registe apenas no local que achar mais adequado (ex. rastreio em consulta, marque apenas em rastreio ou apenas em consulta);
- nas sessões de linguagem estão incluídas intervenções ao nível da comunicação, linguagem oral e escrita;
- nas sessões de fala estão incluídas intervenções ao nível da articulação, MOF e voz;
- caso efetue alguma intervenção que não se encontra na folha de registo, por favor, adicione-a em "Outro", especificando-a.

- Qualquer dúvida contacte r.paixao@ensp.unl.pt

Atos Indiretos	Tempo Gasto	Nº de Procedimentos
Telefonemas		
Agendamentos		
Registos		
Relatórios		
Informação à equipa		
Consultas		
Estatística		
Objetivos		
Reuniões Serviço/ Unidade		
Reuniões acerca de doentes		
Receber formação		
Dar/ Preparar formação		
Supervisão de estágios		
Outro: _____		

ANEXO 4

Pedido de autorização

Exma. Senhor

Dr. _____

Presidente do Conselho de Administração

Lisboa, 1 de Outubro de 2012

Assunto: Pedido de colaboração à aluna do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

A nossa aluna do VI Curso de Mestrado em Gestão da Saúde (VI CMGS 2010/2012), **Rita Marina da Silva Paixão**, encontra-se neste momento em fase de realização do seu Trabalho de Projeto, cuja investigação incide sobre **“Terapia da Fala no Serviço Nacional de Saúde: avaliação das necessidades de recursos humanos”** sob a orientação do docente desta Escola, Prof. Julian Perelman.

Esta investigação pretende efetuar uma avaliação das necessidades de Terapeutas da Fala no Serviço Nacional de Saúde, através da verificação da capacidade de oferta dos serviços prestados por estes profissionais de saúde nos diferentes hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Neste âmbito, vimos solicitar a colaboração de V. Ex^a no sentido de autorizar a participação dos Terapeutas da Fala do _____, através do preenchimento de uma folha de registo para a recolha de dados. Esta folha permite recolher informação exaustiva sobre as atividades realizadas no dia-a-dia dos Terapeutas da Fala, incluindo as sessões terapêuticas de vários tipos e as diferentes tarefas administrativas, tais como relatórios, registos, marcações ou estatísticas.

O preenchimento dos registos deverá ser efectuado durante um período de 5 dias, a distribuir por duas semanas, e não ocupará mais do que uma quinzena de minutos por dia. Neste sentido, já foi contactada o Terapeuta _____, Terapeuta da Fala do V. hospital.

Os dados recolhidos não serão individualizados aos técnicos, apenas às instituições envolvidas, e receberão tratamento estatístico, não implicando a participação qualquer prejuízo ou dano. Acrescenta-se que o estudo não implica qualquer recolha de informação sobre os utentes.

Para mais informação, enviam-se em anexo as folhas de registo.

Na expectativa do bom acolhimento deste pedido, apresento os meus melhores cumprimentos.

O DIRETOR

(João Pereira, *Prof. Doutor*)

Contactos da aluna:

Rita Marina da Silva Paixão

e-mail: r.paixao@ensp.unl.pt

Tm: 963 062 176/ 913925219