



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Construção de programas de inovação no setor da Saúde

Daniel Alexandre Teixeira da Silva

Mestrado em Economia e Políticas Públicas,

Orientador:

Professor Doutor Raul Manuel Gonçalves Lopes, Professor Associado,
ISCTE-IUL

Coorientador:

Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes, Professor Associado Convidado,
ENSP-UNL

outubro, 2021

Departamento de Economia Política

Construção de programas de inovação no setor da Saúde

Daniel Alexandre Teixeira da Silva

Mestrado em Economia e Políticas Públicas,

Orientador:

Professor Doutor Raul Manuel Gonçalves Lopes, Professor Associado,
ISCTE-IUL

Co-Orientador:

Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes, Professor Associado Convidado,
ENSP-UNL

outubro, 2021

Dedicatória

Para o meu avô.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, aos meus orientadores, os Professores Doutores Raul Lopes e Adalberto Campos Fernandes, por terem aceitado orientar-me, pelo apoio prestado e por toda a disponibilidade e incentivo que me manteve focado na prossecução do objetivo de concluir este trabalho investigativo. São um bom exemplo de dedicação e qualidade da docência no nosso país.

À minha família, em especial à minha esposa, aos meus pais e aos meus sogros, que foram o meu esteio motivacional. O seu amor e respeito são o alicerce da minha felicidade!

Agradeço à Dra. Célia Roque, por todo o apoio e amizade, bem como ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar que analisei, pela disponibilidade e partilha de experiências.

Ao fantástico corpo docente do mestrado em Economia e Políticas Públicas. Foi um gosto ter podido aprender com este grupo tão competente.

Aos meus colegas de mestrado, aprendi bastante com a profícua interação que construímos, de onde levo várias amizades para a vida.

Agradeço a Deus pela sua orientação e bondade, que mesmo nos tempos mais difíceis me guiou e me deu a força de vontade tão necessária para a conclusão de um trabalho desta envergadura.

Resumo

Esta investigação, que parte das experiências inovadoras descritas desde a década de oitenta do século vinte até aos dias de hoje e da atividade de construção realizada no Centro Hospitalar HINOV, analisa a construção de programas de inovação no setor da saúde e o impacto das várias políticas públicas introduzidas, a par da ponderação dos caminhos futuros para a melhoria do sistema de saúde português e do Serviço Nacional de Saúde, em concreto.

Este trabalho põe em evidência um percurso de investigação que coloca Portugal como um dos mais inovadores no mundo ao nível das políticas públicas de inovação no setor da saúde, mas que apresenta ainda desafios no âmbito da estrutura organizativa e do quadro legal pesado, o que pode levar a atrasos na implementação das medidas identificadas nos programas de inovação e que retardam os benefícios conferidos à prestação dos serviços. Simultaneamente, mostrou que a inovação orientada para a melhoria (*enhancement-oriented innovation*) permite que as organizações do setor da saúde possam ser melhoradas, nomeadamente no atendimento administrativo, bem como comprovou que as políticas públicas de inovação são determinantes para o incremento global dos serviços prestados no setor da saúde.

As conclusões apontam, igualmente, para o facto de os programas de inovação aplicados no setor da saúde poderem servir de suporte aos gestores e decisores políticos, afirmando-se como um referencial que apresenta uma visão transversal a toda a organização e duradoura, resultando, contudo, a necessidade de os decisores políticos procurarem equilibrar o financiamento dos programas públicos de inovação, tanto para a fase de pesquisa e desenvolvimento como para a fase de suporte à adoção e propagação da inovação, de modo a obter um maior volume de proveitos provenientes da fase de pesquisa e desenvolvimento.

Estes resultados foram alcançados com recurso a uma metodologia de investigação-ação, recorrendo-se complementarmente à conciliação de métodos quantitativos e qualitativos, do qual resultaram um conjunto alargado de recomendações. O trabalho foi realizado em três etapas, concretamente, a fase de inquirição ou entrevistas, o Benchmarking e a observação e análise processual.

Palavras-chave: programa de inovação, setor da Saúde, políticas públicas, inovação orientada para a melhoria, hospital, atendimento administrativo

Classificação JEL: I1, O3.

Abstract

This investigation, based on the innovative experiences described from the 1980s to the present day and the construction activity carried out at the HINOV Hospital Center, analyzes the construction of innovation programs in the health sector and the impact of various policies introduced, along with the consideration of future paths to improve the Portuguese health system and the National Health Service, in particular.

This work highlights a path of research that places Portugal as one of the most innovative in the world in terms of public innovation policies in the health sector, but which still presents challenges in terms of the organizational structure and the cumbersome legal framework, which can lead to delays in the implementation of measures identified in the innovation programs and that delay the benefits conferred to the provision of the services. Simultaneously, it showed that enhancement-oriented innovation allows that organizations in the health sector can be improved, namely in administrative assistance, as well as proved that public innovation policies are crucial for the global increase of services provided in the health sector.

The conclusions also point to the fact that innovation programs applied in the health sector can support managers and policy makers, asserting themselves as a benchmark that presents a transversal and lasting vision of the entire organization, resulting, however, in the need for policy makers to seek to balance the financing of public innovation programs, both for the research and development phase and for the phase of support for the adoption and propagation of innovation, in order to obtain a greater volume of income from the phase of research and development.

These results were achieved using an research-action methodology, making use of the conciliation of quantitative and qualitative methods, which resulted in a wide range of recommendations. The work was carried out in three stages, specifically, the inquiry or interviews phase, the Benchmarking and the observation and procedural analysis.

Keywords: innovation program, health sector, public policies, enhancement-oriented innovation, hospital, administrative service

JEL Classification: I1, O3.

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento conceptual de inovação no âmbito do setor público	2
1.1. Conceito e tipologias de inovação	2
1.2. A produção de inovação no setor público	6
Capítulo 2 – Inovação em saúde – um enquadramento	18
2.1. Traços evolutivos da mudança de conceções em Saúde – Uma abordagem histórica	18
2.2. O contexto português do Sistema de Saúde	22
2.2.1. Períodos fraturantes e a afirmação do SNS	22
2.2.2. A estrutura organizativa do sistema de saúde português	26
2.2.3. Os hospitais no contexto do sistema de saúde	31
2.3. Portugal no contexto internacional – uma análise comparativa	33
Capítulo 3 – A evolução da inovação no sistema de saúde português no final do século XX e primeiras décadas do século XXI.....	36
3.1. Principais inovações na década de oitenta.....	36
3.1.1. Centros de Responsabilidade Integrada	36
3.1.2. Grupos de Diagnóstico Homogéneos.....	39
3.2. Principais inovações na década de noventa	42
3.2.1. Introdução de Taxas Moderadoras	42
3.2.2. Telessaúde.....	44
3.3. Principais inovações na primeira década do século XXI	48
3.3.1. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.....	48
3.3.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	52
3.4. Principais inovações na segunda década do século XXI.....	55
3.4.1. SNS sem papel	55
3.4.2. Hospitalização domiciliária	56
3.5. Perspetivas de inovações futuras no setor da saúde	59
Capítulo 4 – Opção metodológica	62
4.1. A investigação-ação como método de análise de processos de inovação e melhoria em saúde.....	62
4.2. Estratégia de investigação	63
4.3. Contextualização e caracterização do objeto de estudo	65
4.3.1. Contextualização do projeto.....	65
4.3.2. Elementos caracterizadores do Centro Hospitalar HINOV	67
Capítulo 5 – Análise de um programa de inovação num hospital público.....	67
5.1. Análise dos inquéritos e das entrevistas.....	67
5.2. Análise das notas sobre os serviços visitados.....	71
5.3. Análise do benchmarking das instituições hospitalares	73
5.4. Análise interpretativa e recomendações no âmbito do projeto e das políticas públicas de inovação.....	74
Conclusão	79
Bibliografia.....	81

Índice de Quadros

Quadro 1.1 – Classificação COFOG	8
Quadro 1.2 – Fatores externos e internos de difusão da inovação no setor público	12
Quadro 1.3 – Quatro facetas principais da inovação no setor público	16
Quadro 2.1 – Estrutura organizativa do sistema de saúde português	27
Quadro 2.2 – Áreas com maiores carências na saúde na Suécia, em Portugal, no Reino Unido e em Espanha	34
Quadro 3.1 – Síntese das características essenciais dos DRG e do Disease Staging	41
Quadro 3.2 – Vantagens da Hospitalização Domiciliária	57
Quadro 3.3 – Inovações perspetivadas para o setor da saúde	60
Quadro 4.1 – Grelha metodológica.....	64
Quadro 4.2 – Atividades no Quadro do programa de inovação	66
Quadro 4.3 – Atividade de produção anual considerada no projeto	67
Quadro 5.1 – Descrição da fase de inquirição.....	68
Quadro 5.2 – Matérias mais relevantes e com maior impacto no atendimento, por tipo de inquiridos	71
Quadro 5.3 – Pontos de melhoria identificados.....	72
Quadro 5.4 – Caracterização da atividade do benchmarking.....	73
Quadro 5.5 – Distribuição das recomendações enquadradas na matriz de esforço e impacto	75
Quadro 5.6 – As recomendações de implementação imediata e estado de execução	75

Índice de Figuras

Figura 2.1 – Investimento comparativo, no Reino Unido, na componente de pesquisa e no desenvolvimento da inovação, por um lado, e na matéria do suporte à adoção e propagação da inovação no NHS.....	35
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico 3.1 – Relação entre a percentagem de instituições que prestam cuidados de Telessaúde e o número de áreas de Telessaúde em utilização por Instituição	46
Gráfico 3.2 – Percentagem de projetos de Telessaúde.....	46
Gráfico 3.3 – Número de consultas de telemedicina, num total nacional	47
Gráfico 3.4 – Distribuição regional das consultas de telemedicina por ano.....	47
Gráfico 3.5 – Evolução dos tempos de espera para cirurgia, em Portugal	51

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AMA – Agência para a Modernização Administrativa
APACHE – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation
AP – DRG – All Patient Diagnosis Related Groups
ARS – Administrações Regionais de Saúde
AT – Assistentes Técnicos
CCT – Centro de Cirurgia Cardiorácica
CEE – Comunidade Económica Europeia
CIA – Central Intelligence Agency
CHUC – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFOG – Classification of the Functions of Government
CNTS – Centro Nacional de Telessaúde
CRI – Centros de Responsabilidade Integrada
CRIO – Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade
CRP – Constituição da República Portuguesa
CTH – Consulta a Tempo e Horas
DARPA – Defense Advanced Research Projects Agency
DGS – Direção Geral da Saúde
DRG – Diagnosis Related Groups
e-Gov – Conceito associado ao governo eletrónico ou à administração eletrónica
EPE – Entidade Pública Empresarial
EUA – Estados Unidos da América
EMRAM – Electronic Medical Record Adoption Model
ENESIS – Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
ESP – Exames sem Papel
GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos
GPS – Sistema de Posicionamento Global
HIMSS – Healthcare Information and Management Systems Society
HINOV – Centro Hospitalar alvo de análise e que engloba três unidades de saúde
HGO – Hospital Garcia de Orta
IA – Inteligência Artificial
I-A – Método de pesquisa de Investigação-Ação
ICD-9-CM – International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPST – Instituto Português do Sangue e da Transplantação
IT – Information Technology

LEDTS – Linhas Estratégicas de Desenvolvimento para a Telessaúde
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
LTC – Long Term Care
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MIT – Massachusetts Institute of Technology
MS – Ministério da Saúde
NHS – National Health Service
NPM – New Public Management
MTSSS – Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPSI – Observatory of Public Sector Innovation
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PENTS – Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde
PH-ANCI – Panóplia de Heróis – Associação Nacional de Cuidadores Informais
RGH – Regulamento Geral dos Hospitais
RH – Recursos Humanos
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RON – Registo Oncológico Nacional
RSP – Receita Sem Papel
SAMA – Sistema de Apoio à Modernização e Capacitação da Administração Pública
SEC – Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais
SIGA SNS – Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde
SIGIC – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGLIC – programa informático intitulado Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIGSS – Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TIC – Tecnologias da Informação e da Comunicação
TME – Tempos Médios de Espera
UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório
UE – União Europeia
UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária
UHD-COVID – Unidade de Hospitalização Domiciliária dedicada à resposta para a patologia provocada pelo vírus SARS-CoV2
ULS – Unidades Locais de Saúde

Introdução

Com o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crónicas que levam à maior pressão sobre os sistemas de saúde, origina-se uma problemática que tem implicações para os cidadãos, pelo que necessitamos de repensar o setor da saúde.

Com efeito, os sucessivos avanços tecnológicos e sociais possibilitam a conjugação da inovação com as melhores práticas operacionais, procurando servir melhor os utilizadores de serviços de saúde.

Neste contexto, o objeto de análise desta dissertação consiste na construção de programas de inovação no setor da saúde, concretizando-se um estudo incisivo sobre as mais valias da introdução de políticas públicas como incentivo à inovação.

Deste modo, pretendemos compreender o impacto das várias políticas públicas introduzidas e os caminhos de futuro para a melhoria do sistema de saúde português e do Serviço Nacional de Saúde, em concreto.

Começamos por estruturar um quadro teórico sobre inovação, após o que procuramos analisar a evolução de dinâmicas inovadoras verificadas no setor da saúde. Para o efeito, encetamos um enquadramento histórico sobre os sistemas de saúde, dando especial relevo ao sistema português. Neste sentido, efetuaremos uma caracterização das políticas públicas no setor da saúde, focando-nos nos últimos quarenta anos.

No desenvolvimento da parte empírica da nossa pesquisa, baseamo-nos no trabalho profissional por nós desenvolvido enquanto gestor de projetos de inovação, e em particular, nas organizações hospitalares. Em termos mais concretos, realizaremos uma investigação no âmbito da construção de um programa de inovação que pretende contribuir para a melhoria do atendimento administrativo num hospital público.

Deste modo, no âmbito deste nosso trabalho, pretendemos compreender o impacto das várias políticas públicas introduzidas e os caminhos de futuro para a melhoria do sistema de saúde português e do Serviço Nacional de Saúde.

Capítulo 1 – Enquadramento conceptual de inovação no âmbito do setor público

1.1. Conceito e tipologias de inovação

O conceito de *inovação*, comumente associado à originalidade, à novidade (Smith, 2005), à renovação, à reforma e à mudança, provém do substantivo latino *innovatio* e tem por base, por um lado, o lexema *nov*, que denota *novidade* e a noção de algo novo e, por outro, o prefixo *in*, que equivale a *em*, *adentro*, *dentro de*, ressaltando a introdução de algo de novo proveniente do exterior ou algo que se constrói de novo, a partir do interior de uma certa realidade (Navarro, 2000, p. 19).

Um dos primeiros autores a abordar o conceito em análise foi Schumpeter (1934), para quem a inovação, tecnológica e não tecnológica, representa a força matriz do desenvolvimento económico, uma vez que o processo inovador assegura a criação de um ciclo económico que gera um processo de expansão económica, através dos empreendedores capitalistas. O autor (1939, p. 84) definiu inovação como a “*criação de uma nova função de produção*”. Estamos, portanto, perante a existência de um elemento de novidade que gera a possibilidade de benefício para os *stakeholders* organizacionais (Vegara, 1989, p. 150), embora restringido a novos produtos e processos aplicados no setor comercial privado (Schumpeter, 1934)¹. Como salienta Schumpeter, a criação de algo novo implica a destruição do que existia, muitas vezes a posição competitiva de uma empresa adversária. Neste quadro, a inovação cria e destrói ao mesmo tempo, isto é, há uma *destruição criativa*, uma interrupção da atividade económica existente por inovações que criam novas maneiras de produzir bens, serviços ou indústrias inteiramente novas, sendo desejável, no entender do autor, que a criação exceda o valor da destruição ou da disrupção (Swann, 2009, p. 12).

Outros autores têm-se, igualmente, debruçado sobre o conceito de inovação.

Desde logo, Freeman, que destacou o papel do conhecimento científico na inovação, considerando a inovação um processo de integração da tecnologia existente e das invenções, de forma a criar ou melhorar um produto, um processo ou um sistema. Portanto, para o autor, a inovação é um processo iterativo no qual a empresa, para além de adquirir conhecimentos através da sua própria experiência nos processos de desenho, desenvolvimento, produção e

¹ Como evidencia Cavalcanti, Schumpeter “(...) concentrou a sua atenção nos efeitos positivos das inovações no desenvolvimento económico, bem como no papel da empresa e dos empreendedores” (2016).

comercialização (fontes internas, onde o autor mais incide), aprende, igualmente, através das suas relações com as diversas fontes externas, designadamente os fornecedores, os consumidores e as diversas instituições, nas quais se incluem as universidades, os centros públicos de investigação, consultores ou as próprias empresas concorrentes (Freeman, 1982).

Navarro (2000) entende que a inovação é a incorporação do novo dentro do velho, isto é, a incorporação de algo novo na realidade existente.

Drucker (1988), que define inovação como uma ferramenta específica para os empresários inovadores, considera que aquela dota os recursos com uma nova capacidade de produzir riqueza.

Para Cooke e Mayes (1996, p. 168), o que diferencia uma empresa inovadora de uma empresa tradicional é a “*necessidade de olhar continuamente para novas opções e oportunidades*”, bem como a “*necessidade de colocar as exigências dos clientes como principais prioridades*”.

Convocando Porter (1993, p. 60) – que considera a inovação um elemento fundamental no desempenho económico e na competitividade das empresas (Nunes, et al., 2019, p. 900) –, a inovação pode ocorrer das seguintes formas: através (i) de uma empresa nova, (ii) de altos dirigentes que são novos na indústria, (iii) da diversificação da empresa, ou (iv) de um outro país com diferentes circunstâncias ou meios de competir.

Neves define inovação como um processo através do qual “*(...) se garante a concretização de novos produtos, com valor económico ou social, a aplicação de novas formas de ação/intervenção e de novos processos produtivos e gestionários, considerando as fases de investigação/invenção, de difusão e de implementação e replicação dos mesmos*” (2003, p. 225).

Garcia e Calantone (2002, p. 112) entendem a inovação como a geração e/ou a aceitação de novas ideias, produtos ou serviços que a empresa que a adota compreende como novos. Os referidos autores convocam um novo conceito, *inovatividade* (em inglês, *innovativeness*), que pretende significar o grau de novidade de uma inovação. Pelo que, quando um produto tem um alto grau de inovatividade, entendem os autores estarmos perante um “highly innovative product” e no polo um “low innovative product”.

Também a Comissão Europeia (1995, pp. 5, 18), no *Livro Verde sobre a Inovação*, definiu a inovação como “*um fenómeno com múltiplas facetas*”, que embora consista num mecanismo económico ou num processo técnico, é, antes de mais, “*um fenómeno social*”. Neste sentido,

como realça a Comissão Europeia, deve reconhecer-se a importância dos aspetos organizacionais, mormente a “*capacidade de associar os trabalhadores às mudanças tecnológicas e às suas consequências na organização da produção e do trabalho*”, a par dos mecanismos de interação interna da empresa.

Após apresentarmos o entendimento de vários autores relativamente ao conceito de inovação, importa identificar os tipos de inovação, convocando, desde já, Schumpeter (1934), que enuncia cinco tipos: (i) introdução de um novo produto ou uma mudança qualitativa num produto existente, (ii) de inovação de processo que seja novidade para uma indústria, (iii) abertura de um novo mercado, (iv) mudanças na organização industrial e (v) desenvolvimento de novas fontes de suprimento de matérias-primas.

Abernathy e Clark's (1985, p. 7), diferentemente e recorrendo ao que denominam de *mapa de transiliência*, classificam a inovação em quatro tipos: (i) inovação arquitetural, (ii) inovação de nicho, (iii) inovação regular e (iv) inovação revolucionária. Vejamos melhor.

A inovação arquitetural, cuja essência reside no uso de novos conceitos em tecnologia para criar novos vínculos de mercado, surge quando o conhecimento técnico e a capacidade técnica se tornam obsoletos. A inovação de nicho pretende conservar e fortalecer os projetos estabelecidos, através da produção e dos sistemas técnicos, isto é, este segundo tipo de inovação representa a maximização de vendas, na qual uma tecnologia estável e bem especificada é refinada, aprimorada ou alterada de modo a suportar um novo impulso de marketing. Por vezes, a criação de nichos envolve apenas uma mudança trivial na tecnologia, ocorrendo impactos graduais nos sistemas produtivos e no conhecimento técnico. No que concerne à inovação regular, que é habitualmente invisível, pode ter efeitos dramáticos e cumulativos no custo e no desempenho do produto. Este terceiro tipo de inovação envolve mudanças que se baseiam nas competências técnicas e de produção estabelecidas, que são aplicadas aos mercados e aos clientes existentes e que pretendem consolidar as competências e os recursos existentes. Finalmente, a inovação revolucionária interrompe e torna obsoletas as competências técnicas e de produção estabelecidas, mas é aplicada aos mercados e aos clientes existentes (Abernathy & Clark, 1985, pp. 7-13).

Considerada a fonte internacional mais importante no que respeita aos progressos realizados na compreensão do processo de inovação e seu impacto económico, o Manual de Oslo, elaborado pela OCDE (1997, p. 80), diferenciava, na sua segunda edição, dois tipos de inovação: de produto e de processo.

Na edição subsequente, a OCDE (2005, p. 47) alargou a quatro os tipos de inovação: de produto, de processo, de *marketing* e organizacional, que importa analisar com maior acuidade. A inovação de produto “(...) *é a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne [às] suas características ou usos previstos. Incluem-se melhoramentos significativos em especificações técnicas, componentes e materiais, softwares incorporados, facilidade de uso ou outras características funcionais*”. Como adverte a OCDE (2005, pp. 48-49), não configuram tipos de inovação as meras atualizações de rotina ou as mudanças sazonais.

Inovação de processo é “(...) *a implementação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem-se mudanças significativas em técnicas, equipamentos e/ou softwares*”. Daí que a implementação de tecnologias da informação e da comunicação (TIC) novas ou significativamente melhoradas, quando pretende melhorar a eficiência e/ou a qualidade de uma atividade auxiliar de suporte, seja considerada uma inovação de processo. Este tipo de inovação visa, habitualmente, a redução de custos de produção ou de distribuição, a melhoria de qualidade, bem como a produção ou distribuição de produtos novos ou significativamente melhorados (OCDE, 2005, p. 49).

A *inovação de marketing* é o terceiro tipo de inovação que a OCDE enumerava, considerando que a sua “*caraterística distintiva*” consiste na “(...) *implementação de um método de marketing que não tenha sido utilizado previamente pela empresa*”. Isto é, neste tipo de inovação ocorre um distanciamento considerável dos antigos métodos de marketing da empresa, surgindo um novo conceito ou estratégia de marketing, através da mudança no *design* do produto, do posicionamento de produtos com a introdução de novos canais de vendas, da promoção de produtos e da fixação de preços (OCDE, 2005, pp. 49-51).

Finalmente, o último tipo de inovação elencado pela OCDE era a *inovação organizacional*, que visa melhorar o desempenho de uma empresa através “(...) *da redução de custos administrativos ou de custos de transação, estimulando a satisfação no local de trabalho (e assim a produtividade do trabalho), ganhando acesso a ativos não transacionáveis (como o conhecimento externo não codificado) ou reduzindo os custos de suprimentos*”. Neste quarto tipo de inovação há, portanto, a implementação de um novo método organizacional em práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas. Como deixa claro a OCDE, “[f]usões ou aquisições de outras firmas não são consideradas inovações organizacionais (...)”, a não ser que durante o curso da fusão ou da aquisição sejam desenvolvidos ou adotados novos métodos organizacionais (OCDE, 2005, pp. 51-52).

Mais recentemente, a OCDE (2018, p. 34) reduziu a complexidade anterior para dois tipos principais: (i) inovação de produto, isto é, “(...) *um bem ou serviço novo ou melhorado que difere significativamente dos bens ou serviços anteriores da empresa e que foi introduzido no mercado*”, e (ii) inovação de processo de negócio, ou seja, um “(...) *processo de negócio novo ou melhorado para uma ou mais funções de negócios que diferem significativamente dos processos de negócios anteriores da empresa e que foram usadas pela mesma*”.

A inovação deve ser entendida, de acordo com Nunes et al. (2019, p. 901), como um processo contínuo e cumulativo, considerando que as empresas mais inovadoras são aquelas que não limitam os seus esforços de inovação a um único domínio, mas que conseguem articular múltiplas tipologias de inovação, isto é, que conseguem inovar consistentemente nos seus diferentes campos. Ainda assim, como destacam os autores (2019, p. 900 e 915), há empresas que revelam maiores capacidades para inovar do que outras, concluindo que as redes de conhecimento desempenham um papel fundamental no processo de inovação das empresas, isto é, o desenvolvimento de atividades de inovação no contexto da cooperação aumenta substancialmente o desempenho em inovação das empresas e, portanto, o seu desempenho económico.

Como vimos supra, a Comissão Europeia coloca a tónica da inovação no carácter marcadamente social e não apenas tecnológico, entendimento que tem prevalecido, mais recentemente. Neste quadro, embora, inicialmente, a análise e aplicação da inovação tenham sido maioritariamente restringidas ao setor privado, que se considerava mais inovador (Albury, 2005, p. 52), numa dimensão tecnológica, associada à aquisição de máquinas ou de equipamentos e “*como equivalente a atividades de I&D ou à aquisição de novos equipamentos com vista ao lançamento de novos produtos ou à introdução de novos processos*” (Kovács, 2000, p. 35), a verdade é que definições mais recentes têm alargado o conceito de inovação aos aspetos sociais, organizacionais, institucionais, políticos e culturais, estendendo agora a inovação ao setor público (Koch & Hausknes, 2005; Kovács, 2000).

1.2. A produção de inovação no setor público

As análises económicas ortodoxas, que veem a inovação como um processo essencialmente do setor privado, “*veloz, que ama riscos e pioneiro*” (Mazzucato, 2015b), impulsionado por oportunidades tecnológicas “exógenas”, e que desconsideram o papel dos governos no processo de inovação, têm vindo a ser ultrapassadas (Mazzucato, 2015a, p. 98; Pollitt, 2008).

Até porque, como salienta Neves (2003, p. 213), “*a implementação e mesmo a definição de uma política de apoio à inovação não é viável sem um forte envolvimento da Administração Pública, enquanto instrumento de execução das políticas do Governo*”, surgindo o Estado “*como o impulsionador fundamental de uma política integrada de apoio à inovação*”. Mas, mais do que “*um elemento de suporte, de regulação e incentivo à inovação das empresas*” (Sousa, 2010, p. 64), o setor público é hoje uma organização que pode, também ela, produzir inovação, impulsionando formas de crescimento económico mais sustentáveis e inclusivas (Mazzucato, 2015a, p. 99), embora se opte, muitas vezes, por utilizar outros termos que não inovação, como “reformas”, “melhoria dos serviços” e “reestruturação” (Sousa, 2010, p. 70).

Como recorda Mazzucato (2015b), “*(...) os países que devem o seu crescimento à inovação, o Estado historicamente serviu não como um intrometido no setor privado, mas como um parceiro-chave e, muitas vezes, mais ousado, disposto a assumir os riscos que as empresas não queriam correr*”, designadamente através da criação de mercados e setores totalmente novos, como a Internet, a nanotecnologia, a biotecnologia e a energia limpa. Aliás, como salienta a autora (2015b), é sobejamente conhecida a influência estatal no surgimento de várias inovações hoje massificadas, como sejam, o iPhone, cuja invenção foi financiada publicamente; a Internet, cujo progenitor foi o ARPANET, um programa financiado pela Agência de Projetos de Pesquisa Avançada em Defesa (DARPA), que integrava o Departamento de Defesa americano; o GPS, que começou como um programa militar nos EUA da década de 1970, designado *Navstar*; a tecnologia *touchscreen* do iPhone, criada pela empresa FingerWorks, fundada por um Professor da Universidade de Delaware, com financiamento público da National Science Foundation e da CIA; e a Siri, assistente pessoal e reconhecedor de voz do iPhone, que deriva de um projeto de inteligência artificial da DARPA.

Tendo presente os objetivos a que nos propomos na nossa investigação, privilegiaremos, a partir de agora, o enquadramento da inovação no setor público, de forma a, numa fase posterior, aplicarmos a inovação ao setor da Saúde, importando, antes de mais, concretizar e esclarecer brevemente alguns conceitos que invocaremos ao longo da nossa investigação, em concreto os conceitos de *setor público* e de *inovação no setor público*.

O conceito de setor público está longe de ser estanque e imutável, acompanhando os grandes debates que têm existido na doutrina administrativista acerca da distinção entre pessoas coletivas públicas e pessoas coletivas privadas (Gonçalves, 2019; Amaral, 2001; Moreira, 1997).

Para o Manual do Plano Oficial de Contabilidade Pública, o setor público consiste no “conjunto de atividades económicas de qualquer natureza exercidas por entidades públicas (Estado, associações e instituições públicas, quer assentes na representatividade e na descentralização democrática, quer resultantes da funcionalidade tecnocrática e da descentralização por eficiência)” (Caiado & Pinto, 2001, p. 25).

De acordo com a OCDE (2001), o conceito de setor público compreende o setor das administrações públicas, a que acrescem todas as empresas públicas, onde está incluído o banco central. O Sistema Europeu de Contas Nacionais e Regionais (SEC), referencial contabilístico para contas nacionais, cuja última revisão instituiu o SEC 2010, com a entrada em vigor do Regulamento (UE) nº 549/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho de 21 de maio de 2013, relativo ao sistema europeu de contas nacionais e regionais na União Europeia, entende que o setor público agrupa as administrações públicas e as sociedades públicas, financeiras e não financeiras. É neste quadro que o Conselho das Finanças Públicas (2018) tem entendido o conceito em apreço, considerando que “[o] setor público compreende o conjunto das entidades controladas pelo poder político”, isto é, o “setor público administrativo e [o] setor público empresarial (entidades com estatuto de empresas públicas), bem como as sociedades e quase-sociedades (não financeiras e financeiras) controladas ou maioritariamente financiadas por unidades das Administrações Públicas, incluindo o banco central”. É este entendimento do Conselho das Finanças Públicas relativamente ao conceito de setor público que adotaremos ao longo do nosso trabalho.

Partindo da classificação das funções das Administrações Públicas (COFOG), utilizada para identificar a alocação da despesa pública de acordo com diferentes funções da governação, verificamos, no quadro infra, que são dez as funções de governação identificadas pela COFOG, onde está inserido o setor da Saúde, que constitui o palco da nossa investigação.

Quadro 1.1 – Classificação COFOG

Table 1: COFOG classification, 1-digit level (UN)	
01 - General public services	06 - Housing and community amenities
02 - Defence	07 - Health
03 - Public order and safety	08 - Recreation, culture and religion
04 - Economic affairs	09 - Education
05 - Environmental protection	10 - Social protection

Fonte: Hollanders et al., 2013, p. 8

Relativamente à inovação no setor público, conceito que tem vindo a ser considerado complexo e multidimensional (Sousa, 2010, p. 65), podemos definir como o processo de produção e implementação de novas ideias, de modo a criar valor para a sociedade (European Commission, 2013, p. 11), ou, simplesmente, “*novas ideias que trabalham para a criação de valor público*” (Mulgan, 2007, p. 6).

De forma mais extensa, Ramírez-Alujas (2010, p. 101) considera que a inovação no setor público refere-se diretamente a (i) novas ideias (ou conceitos) aplicadas, (ii) que respondem a uma necessidade específica ou problema, (iii) que podem envolver mudanças (deliberadas) no comportamento dos agentes, das práticas e/ou dos produtos (bens e/ou serviços públicos), (iv) que melhoram o desempenho institucional e geram resultados observáveis, (v) que agregam valor público, contribuindo para o fortalecimento institucional, e melhoram a qualidade de vida dos cidadãos, (vi) que incrementam os índices de eficácia, eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos, isto é, (vii) que é um meio para um fim e não um fim em si mesmo.

Windrum (2008) propõe uma tipologia de inovações no setor público, distinguindo:

(i) Inovação de serviços, alcançada com a introdução de um novo serviço ou melhoria de qualidade;

(ii) Inovação na prestação de serviços realizados por novas formas de entrega aos clientes;

(iii) Inovação administrativa ou organizacional provocada por modificações nas estruturas e rotinas organizacionais;

(iv) Inovação conceitual baseada no desenvolvimento de novas visões do mundo, questionando os pressupostos subjacentes aos produtos, processos e formas de organização;

(v) Inovação política através de mudanças de pensamentos ou intenções comportamentais associadas a um sistema de convicção política;

(vi) Inovação sistémica através de novos ou aprimorados meios de interação com outras organizações ou bases de conhecimento.

Halvorsen (2005, pp. 2-3) considera que o conceito de inovação no setor público convoca as seguintes dimensões:

(i) inovação que envolve mudanças nas características e no *design* de produtos de serviços e processos de produção, incluindo o desenvolvimento, o uso e a adaptação de tecnologias relevantes;

(ii) inovação na entrega, que engloba novas ou alteradas formas de resolver tarefas, prestar serviços ou interagir com os clientes, pretendendo prestar serviços específicos;

(iii) inovação administrativa e organizacional, que envolve novas ou alteradas formas de organizar as atividades dentro da organização fornecedora;

(iv) inovação conceptual, isto é, que introduz novas missões, novas visões do mundo, objetivos, estratégias e racionalidades; e

(v) inovação sistémica de interação, ou seja, novas ou melhoradas formas de interagir com outras organizações ou fontes de conhecimento.

No setor público, a inovação apresenta algumas singularidades e “*um nível de complexidade diferenciado*” (Júnior, et al., 2013), dado o carácter centralizado do Estado e o predomínio da organização setorial (Neves, 2003, p. 214), o tamanho e a complexidade, a herança e o legado, a resistência dos profissionais, a aversão ao risco, a necessidade de realizar consultas e resultados pouco claros, o ritmo e a magnitude da mudança, a ausência de capacidade para a aprendizagem organizacional, a resistência do público à mudança, a ausência de recursos e os obstáculos técnicos (Ramírez-Alujas, 2010, p. 104), a par da responsabilidade perante os cidadãos, da ausência ou raridade de organizações em competição, de processos orientados para o cidadão e não para o cliente, bem como do enquadramento legal (Pollitt, 1993).

É neste quadro que Pierre (2018, p. 18) defende a existência de “*uma nova estratégia para a prestação dos serviços e um novo modelo de prestar esses serviços (...), novos conceitos de serviço público, novas plataformas digitais para interagir com os cidadãos, novas ideias sobre gestão, envolvimento dos trabalhadores e capacitação*”. Na mesma linha, Neves (2003, p. 214) considera dever existir uma ação articulada e transversal em diferentes vetores, contribuindo “*decisivamente para alterações vitais no seu paradigma de funcionamento*”.

Assim, embora o setor público, na sua atuação, prossiga o interesse público e não o lucro nem a concorrência, deve “*(...) de alguma forma redesenh[ar] os seus modos de organização do trabalho, de redistribuição e de otimização dos recursos*”, adequando-se a dinâmicas “*(...) internacionais[,] de forma a obter um setor público eficaz, com qualidade, sustentável e inclusivo*” (Hernández, 2013, p. 34). Como salientam Kattel et al. (2018, p. 787), os países procuram, hoje, “*alcançar um crescimento económico que seja inteligente (liderado pela inovação), inclusivo e sustentável*”.

Historicamente, o setor público tem-se desenvolvido de uma forma diferente do setor privado, apresentando problemas ao nível da eficiência e da inovação. Tradicionalmente considerado obsoleto, imutável, conservador, caracterizado por apresentar uma máquina pesada, burocrática e pouco inovadora, o setor público tem vindo, no entanto, a sofrer profundas mutações, desde, sobretudo, a década de 80 do século passado – no caso de Portugal, especialmente a partir da entrada na antiga CEE, atual União Europeia, em 1986 –, impulsionando e implementando experiências inovadoras, que pretendem incidir e gerar valor nas políticas e nos serviços públicos. Isto é, a partir daquele momento, as autoridades político-administrativas viram-se confrontadas com a necessidade de repensar e reinventar o modelo tradicional de governo e gestão dos assuntos públicos, em virtude da confluência das seguintes causas ou fatores: *“causas económicas e financeiras (escassez de recursos públicos como consequência da crise económica e cortes nos gastos sociais, devido ao défice fiscal); gestão (políticas e serviços públicos ineficazes e ineficientes que não satisfazem as necessidades dos cidadãos); causas sociais (crescimento, complexidade e interconexão dos problemas sociais para cujo tratamento e resolução se requer um conhecimento especializado); e causas políticas (desconfiança da sociedade relativamente aos políticos e aos gestores públicos e perda da legitimidade política)”* (Mairal, et al., 2015, p. 25).

É neste quadro que, desde finais dos anos 90 do século XX, a Administração Pública tem vindo a incorporar, progressivamente, o conceito de “governo eletrónico” ou “administração eletrónica” (e-Gov), como meio através do qual fomenta novas transformações nos modelos de gestão do setor público, aproveitando as possibilidades das TICs. No entanto, como salienta Ramírez-Alujas (2010, p. 110), existe uma *“(...) tendência que pode ser perigosa e que pode levar a enganos e miragens: «maquilhar» tecnologicamente o setor público não resolve as dinâmicas de fundo e os incentivos perversos em virtude de continuarem a gerir «tal qual como se fez até aqui»*. Motivo pelo qual, como recorda o autor, *“(...) muitos projetos vinculados à estratégia de «governo eletrónico» fracassaram por inspirar-se de forma exagerada (e quase ingénua) na quimera de que a «ferramenta ou dispositivo tecnológico» resolveria o problema que se pretendia abordar”*.

Hoje, é pacífico que *“[a] qualidade e a inovação das instituições públicas (...) influenciam a competitividade e o crescimento”*, sendo fundamental para *“[a] consistência geral e [para] a eficiência da operação de serviços públicos, [de] sistemas legais e [de] condições de estrutura para os negócios”* (Hollanders, et al., 2013, p. 6).

Importa, no entanto, analisar a forma como a inovação surge no setor público. A visão tradicional considera que a inovação no setor público resulta de uma abordagem *top down*, isto é, através de decisões políticas ao mais alto nível ministerial ou político e de ações da alta administração com vista à sua implementação (Hartley, 2005). No entanto, diferentes entendimentos têm surgido, defendendo uns uma abordagem *bottom up*, isto é, em que a inovação no setor público é iniciada pelos diretores intermédios e pela equipa da linha da frente (Borins, 2006), e outros uma abordagem mista, ou seja, considerando que as ideias inovadoras surgem de ambos os lados (European Commission, 2013). A fonte da ideia, no entanto, influencia o tipo de inovação, isto é, se as ideias inovadoras partem dos diretores intermédios ou da equipa da linha da frente, há uma maior probabilidade de gerar inovações incrementais, diferentemente, se as ideias inovadoras surgem da gestão de alto nível, há uma maior probabilidade de gerar inovações em larga escala (European Commission, 2013, p. 12).

Surgindo a inovação no setor público de um quadro *top down*, *bottom up* ou ambos, a verdade é que existem fatores externos (*push-factors*), isto é, que não se relacionam com a organização pública, e internos (*pull-factors*) que incentivam à inovação, e que podem ser sistematizados da seguinte forma:

Quadro 1.2 – Fatores externos e internos de difusão da inovação no setor público

Factores externos de difusão da inovação no sector público (<i>push-factors</i>)	
Factor	Descrição
Objectivos políticos	A instituição eleitoral, com as suas eleições em prazos definidos, possui muitas funções, entre as quais o assegurar a vitalidade e renovação das políticas que governam os países. Por isso, pelo menos próximo dos períodos eleitorais, existe um fluxo maior de criatividade e inovação política que se expressa nos programas eleitorais dos diferentes partidos e na actividade governamental.
Opinião pública	A dinamização da opinião pública pode ser um factor que promove a inovação no sector público, especialmente quando a comunicação social capta os sentimentos populares, dando-lhes atenção, amplificando e politizando o seu tratamento. Os cidadãos possuem expectativas em relação à prestação dos serviços públicos e quando estes não correspondem a essas expectativas, o descontentamento da população surge e, em consequência, os políticos tendem a dar prioridade à criação de políticas ou reformas que vão ao encontro das deficiências assinaladas.
Acordos internacionais, leis, regulamentos e padrões	A ratificação de acordos supranacionais por parte das nações leva a que diversa legislação nacional seja produzida ou a que programas e projectos que incentivam a inovação em determinadas áreas de actividade sejam implementados.
Desenvolvimento tecnológico e científico	A interdependência das tecnologias leva a um efeito de “onda” de inovação já que, por exemplo, a disponibilidade de banda larga promove a aquisição de <i>hardware</i> e <i>software</i> adequados, melhora os processos de interface com os clientes e a criação e desenvolvimento de novos conteúdos. Para além deste aspecto, também é um factor determinante da inovação, já que tem um impacto grande nas oportunidades, prioridades e agenda dos políticos, funcionários públicos e público em geral.
Outros desenvolvimentos sociais	Um conjunto de outros desenvolvimentos do foro social podem funcionar como um incentivo à inovação no sector público, por exemplo, o desenvolvimento demográfico de um país pode funcionar como um incentivo à inovação no sector público (por exemplo, o aumento da percentagem da população com mais de 65 anos é um incentivo à criação e desenvolvimento de inovações ao nível da prestação de cuidados de saúde para este escalão da população).

Factores internos de difusão da inovação no sector público (<i>pull-factors</i>)	
Factor	Descrição
Necessidades e preferências dos utentes	Embora existam bastantes críticas em relação à atenção dos serviços públicos às necessidades e interesses dos utentes dos seus serviços, existem diversas evidências de que o sector público reage às necessidades e preferências dos utentes no dia-a-dia das organizações públicas através das interações com os funcionários e também ao nível dos eleitos políticos
Ultrapassagem dos limites da organização e frustração com o <i>status-quo</i>	Os funcionários públicos podem sentir-se frustrados com a incapacidade de uma organização pública providenciar os serviços esperados, o que, ampliado pela comunicação social, poderá conduzir a um sentimento público de que é necessário fazer alguma coisa para resolver esse desajustamento, influenciando a decisão dos eleitos políticos. Os funcionários podem igualmente ser a fonte de inovação: a) por estarem ideologicamente predispostos para encarar a mudança como um elemento necessário; b) por serem idealistas ou altruístas, encontrando-se a desempenhar funções no sector público porque querem fazer a diferença e mudar os hábitos instituídos; c) ao proporem inovações, almejando melhorar as condições de progressão na sua carreira profissional; d) por serem intelectualmente curiosos e encontrar na necessidade de mudança um desafio interessante.
Criação de <i>lobby</i>	Tanto no sector privado como no público, as organizações podem decidir encarar o combate à insatisfação dos seus clientes como uma causa de união da empresa, desenvolvendo acções de <i>lobby</i> nesse sentido.
Interdependência tecnológica	O inovador normalmente necessita de recursos complementares para implementar a inovação tais como o controle de inovações complementares, o <i>marketing</i> e canais de distribuição e activos intangíveis como marcas e outros elementos de propriedade intelectual.

Fonte: Sousa, 2010, pp. 97-98

Røste e Miles (2005, pp. 27-31) apresentaram as características arquetípicas dos setores público e privado, no sentido de averiguar as principais diferenças entre ambos relevantes para a inovação, recorrendo aos seguintes indicadores: (i) princípios organizadores, (ii) estruturas organizacionais, (iii) métricas de desempenho, (iv) questões de gestão, (v) relações com: (a) utilizadores finais, (b) cadeias de fornecimento, (c) funcionários, (d) fontes de conhecimento, e (vi) horizonte temporal.

Neste quadro, e no que concerne ao primeiro indicador, *princípios organizadores*, os autores entendem que, no setor privado, há uma busca de lucro, estabilidade ou crescimento de receita surgindo o mercado como um processo de seleção de inovações; já no setor público, pretende-se promulgar políticas públicas. Ora, como recordam Røste e Miles (2005, p. 25), “[g]eralmente, o tempo das eleições é uma explosão de ideias inovadoras, de criatividade política e de novas políticas”.

Relativamente ao segundo indicador, *estruturas organizacionais*, enquanto no setor privado estamos perante empresas de vários tamanhos que podem experimentar inovações de diferentes tipos, com as grandes empresas a terem capacidade para dotar uma parte do orçamento para a inovação; no setor público, estamos perante um sistema complexo de organizações com várias tarefas (e, até certo ponto, conflitantes), sendo necessário

implementar as inovações de uma forma politicamente aceitável, em virtude de preocupações com a equidade social e a eficiência económica.

No que respeita ao terceiro indicador, *métricas de desempenho*, no setor privado, espera-se um retorno do investimento, com muitas inovações, com exceção das estruturas de IT, a poderem ser quantificadas em termos de aumento de vendas e de lucros; já no setor público, há uma multiplicidade de indicadores e metas de desempenho, relacionadas, geralmente, com a racionalização das estruturas organizacionais e com a obtenção de melhores práticas nos termos decididos e implementados como política de cima para baixo. Neste quadro, no setor público, as inovações costumam ser difíceis de quantificar, em termos estritamente financeiros e orçamentais.

Relativamente ao quarto indicador, *questões de gestão*, no setor privado verifica-se a existência de alguns gestores com autonomia considerável e outros restringidos por acionistas, por administração e por rigor financeiro. Para além disso, há a capacidade para recompensar os gestores de sucesso através de benefícios materiais substanciais e de promoções. No que concerne ao setor público, embora haja esforços para imitar as práticas de gestão do setor privado, a verdade é que os gestores são, frequentemente, alvo de elevado escrutínio político, para além de seguirem objetivos de serviço público, a par de objetivos pessoais de promoção da carreira. Acresce que os gestores de sucesso, provavelmente, receberão benefícios materiais mais baixos comparativamente com os gestores do setor privado.

O quinto indicador, *relações*, divide-se em quatro subindicadores, segundo os autores.

No que respeita ao primeiro, *utilizadores finais*, no setor privado, habitualmente, o feedback do mercado fornece o veredito da inovação; já no setor público, os utilizadores finais são o público em geral, tradicionalmente vistos como cidadãos – embora, recentemente, como salientam os autores, tenham havido tentativas de introduzir princípios de tipo de mercado, passando a ver os cidadãos como *clientes* ou *consumidores*. No setor público, as relações e as estratégias de marketing são estabelecidas de forma diferente do setor privado: o preço não é necessariamente um mecanismo de feedback do mercado, os cidadãos costumam pagar uma quantia estipulada e o Estado o restante, o setor público não é um vendedor ansioso, os serviços/produtos “vendidos” têm consequências pessoais de maior alcance ao nível médico, de saúde, social, educacional, do que a maioria dos produtos/serviços do setor privado. É neste quadro que Røste e Miles (2005, p. 25) consideram que “[a]s organizações públicas dependem de receitas baseadas em decisões políticas e não no desempenho do mercado”.

Relativamente ao segundo subindicador, *cadeias de fornecimento*, no caso do setor privado, a maioria das empresas faz parte de uma ou mais cadeias de suprimentos, com empresas maiores a terem tendência para organizar essas cadeias; no caso do setor público, há uma dependência de fornecedores privados relativamente a grande parte dos seus equipamentos, revelando-se um importante mercado para muitas empresas.

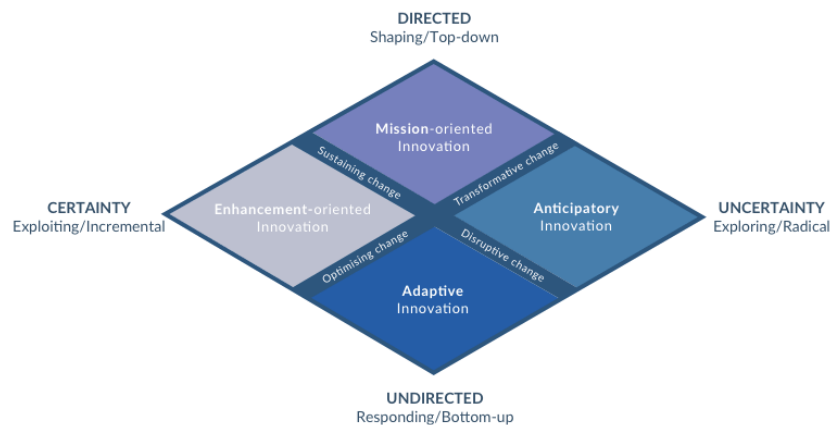
No que concerne ao terceiro subindicador, *funcionários*, no setor privado, a natureza da força de trabalho varia consideravelmente e as relações entre trabalhadores e gestores variam de fraturadas a harmoniosas, havendo um estímulo à lealdade para com a empresa e/ou a uma abordagem centrada no cliente. Os trabalhadores raramente são consultados sobre mudanças tecnológicas e organizacionais, embora possam ser incentivados a fazer sugestões sobre a melhoria dos produtos da empresa. No caso do setor público, os trabalhadores são tipicamente altamente sindicalizados e/ou organizados através de associações profissionais. Segundo os autores, a força de trabalho pode ser capaz de usar ações industriais para se opor a inovações consideradas ameaçadoras da quantidade ou qualidade de empregos ou serviços, sendo, no entanto, igualmente, capaz de trazer conhecimento das suas associações e redes relacionado com a inovação e de procurar introduzir e influenciar inovações para melhorar a qualidade dos serviços públicos.

No que respeita ao quarto subindicador, *fontes de conhecimento*, no setor privado, as empresas têm uma flexibilidade considerável no fornecimento de informações relacionadas com a inovação de consultores, associações comerciais e pesquisadores do setor público, embora muitas empresas menores tenham recursos limitados para isso. Muito conhecimento é gerado em particular, havendo esforços para reter a propriedade intelectual, podendo restringir a difusão de certas inovações e o conhecimento subjacente. No setor público, apesar dos grandes recursos e de uma ampla variedade de fontes de informação e conhecimento relevante para a inovação, uma parte pode ser impedida de usar fontes privadas de conhecimento (com exceção das dos fornecedores). As fontes de conhecimento do setor público, nomeadamente as universidades, podem ser altamente orientadas para outras partes do setor público.

Finalmente, e trazendo à colação o último indicador enunciado pelos autores, *horizonte temporal*, no setor privado predominam os efeitos a curto prazo, em virtude da necessidade de as inovações darem frutos rapidamente; são poucas as empresas que investem estrategicamente pensando em grandes vantagens no longo prazo. No setor público, embora muitas decisões tenham horizontes mais curtos, predominam os efeitos a longo prazo, o que significa que os responsáveis pelas decisões podem já ter sido transferidos aquando do alcance dos resultados.

Recentemente, de modo a apoiar os governos na compreensão da inovação nos dias de hoje e na adoção de uma abordagem de portfólio para a inovação, o Observatório de Inovação do Setor Público (doravante “OPSI”), organismo que pertence à OCDE, identificou quatro facetas principais da inovação no setor público, exemplificado através do seguinte quadro:

Quadro 1.3 – Quatro facetas principais da inovação no setor público



Fonte: OPSI (2019, p. 19)

Vejamos melhor (OPSI, 2019, p. 20).

A inovação orientada para a missão (*mission-oriented innovation*) envolve um resultado claro ou um objetivo abrangente para o qual a inovação é orientada. Um exemplo histórico dessa inovação foi a corrida para chegar à lua: havia um objetivo claro, determinado a partir dos níveis mais altos.

A inovação orientada para a melhoria (*enhancement-oriented innovation*) pretende melhorar práticas, alcançar eficiências, incrementar os resultados e desenvolver estruturas existentes. Esta segunda faceta da inovação no setor público, geralmente, utiliza o conhecimento existente e procura explorar inovações anteriores, isto é, baseia-se nos processos e programas existentes para obter maior eficiência, eficácia e impacto. Neste sentido, não estamos perante uma faceta disruptiva ou que envolva repensar o sistema fundamental ou medidas de valor, pelo que, tradicionalmente, a maioria dos governos, como constatou o OPSI, concentrou os seus esforços de inovação aqui.

A inovação adaptativa (*adaptive innovation*) envolve brincar, testar e experimentar novas abordagens para responder a um ambiente operacional em mudança. O objetivo de inovar pode, neste caso, ser o próprio processo de descoberta, impulsionado por novos conhecimentos ou pelo ambiente em mudança. Ora, como reflete o OPSI, quando o ambiente muda,

designadamente pela introdução de inovação por outras pessoas (por exemplo, uma nova tecnologia, um modelo de negócio ou novas práticas), pode ser necessário responder com inovação que permita a adaptação à mudança. A utilização das redes sociais pelas organizações governamentais, de modo a interagir com os cidadãos, inicialmente através de iniciativas de baixo para cima, o que pode criar tensões internas, é um exemplo desta terceira faceta de inovação.

Finalmente, a inovação antecipatória (*anticipatory innovation*) envolve a exploração e a envolvência de questões emergentes que podem moldar prioridades e compromissos futuros, tendo o potencial de subverter paradigmas existentes. Um exemplo desta faceta de inovação no setor público é o financiamento governamental de trabalho exploratório em inteligência artificial e os seus possíveis impactos na prestação de serviços e valores sociais.

Nos últimos anos, como salienta o OPSI (2019, p. 31), os governos começaram a perceber o potencial da realidade aumentada e da realidade virtual para novos propósitos do setor público, utilizando essas tecnologias para focar ideias, ideias e pessoas anteriormente invisíveis. A título de exemplo, o OPSI (2019, p. 44) apresenta o projeto *Finding Places*, uma iniciativa inovadora de melhoria de residentes, levado a cabo pelas autoridades governamentais de Hamburgo, na Alemanha, em parceria com o Massachusetts Institute of Technology (MIT) Media Lab e com a HafenCity University Hamburg, que reuniu os moradores de Hamburgo para identificar locais ideais para fornecer moradias a um número crescente de refugiados na cidade. O projeto combina peças da Lego codificadas com cores com código ótico, realidade aumentada, feedback de toque e algoritmos de simulação geográfica para criar uma experiência prática, permitindo aos utilizadores entender os recursos atuais da terra e propor coletivamente locais de habitação, colocando peças da Lego tangíveis em diferentes locais ao longo do mapa. Ora, como reflete o OPSI, este projeto permitiu trazer novas experiências pessoais e conhecimentos locais dos residentes ao processo de tomada de decisão.

Também o consumo colaborativo (*sharing economy*) está a ser explorado pelos governos para resolver problemas da comunidade. Um exemplo apresentado pelo OPSI (2019, pp. 62, 68) ocorre em Amesterdão, na Holanda, onde as autoridades governamentais executaram um esquema piloto que permite a organizações da sociedade civil aceder a escritórios subutilizados em prédios do governo, introduzindo o potencial de partilha de espaço do tipo Airbnb em edifícios da cidade. O *City's Technology Office* lançou a iniciativa depois de verificar que muitos gabinetes do governo não eram utilizados, ainda que tivessem que pagar por custos

irrecuperáveis, como aquecimento, eletricidade e segurança. O próximo passo das autoridades de Amesterdão é expandir o conceito ao aluguer de veículos e ferramentas municipais.

Também as tecnologias emergentes têm recebido especial atenção por parte dos governos, como é disso exemplo o caso que ocorreu na Mongólia, onde o governo, em associação com o setor privado, utilizou a *blockchain* e a inteligência artificial para detetar medicamentos falsificados, que constituem 40% de todos os medicamentos do país, ao longo de todas as etapas da cadeia de fornecimento até chegarem ao cliente (OPSI, 2019, p. 118).

No ponto seguinte, propomo-nos fazer o enquadramento da inovação no setor da saúde. Num primeiro momento, começamos por situar as dinâmicas inovadoras a nível internacional para depois abordarmos o caso específico de Portugal.

Capítulo 2 – Inovação em saúde – um enquadramento

2.1. Traços evolutivos da mudança de conceções em Saúde – Uma abordagem histórica

O domínio da Saúde sofreu profundas alterações, desde os primórdios da humanidade até aos dias de hoje, acompanhando a evolução que ocorreu na sociedade em termos de salubridade, da forma como o Homem encara o Outro, de novas e inovadoras práticas e tecnologias.

Nesse sentido, embora não pretendendo enquadrar os objetivos a que nos propusemos numa evolução histórica da Saúde excessivamente minuciosa, importa, contudo, começar por fazer uma breve resenha histórica, iniciando o nosso percurso temporal pela Mesopotâmia, correspondente aos atuais territórios do Iraque e do Kuwait, bem como à parte oriental da Síria e às regiões ao longo das fronteiras Turquia-Síria e Irão-Iraque.

Após a descoberta de um conjunto de 40 placas, conhecidas por Manual de Diagnósticos e Prognósticos, que remontam ao século XII a.C., que permitem ter uma visão mais clara das características da medicina da Mesopotâmia Antiga, tem-se entendido que esta região constitui o berço das primeiras formulações sobre os conceitos de saúde, doença e cura (Leal, 2017), ao apresentar uma “*diferenciação em especialidades, como a pediatria e a ginecologia*” e “*uma base empírica de conhecimentos e organização sistemática*”, ao recolher informação do doente “*da cabeça para os pés*”, através da observação, que predominou nos tratados médicos até quase à Idade Contemporânea e ao abordar doenças específicas, como a epilepsia, os acidentes vasculares cerebrais, doenças das mulheres e previsões sobre o sexo e o estado do feto, a par

da indicação de vários tratamentos para cefaleias e febres (Silva, 2009, pp. 851-852). Apesar disso, predominava na Mesopotâmia “*uma visão cosmológica da vida*” e não uma visão científica, vinculando o conceito de doença a um “*castigo dos deuses*” ou a uma “*ação diabólica, que provocava uma doença de acordo com a especialização do diabo*” (Boléo-Tomé, 2000, p. 133).

Não menos importante se revelou o Egito no que aos primórdios da Medicina diz respeito, havendo mesmo quem defenda que “*(...) a ciência médica nasceu junto das margens do Nilo*”, sendo disso reflexo o *Papiro Edwin Smith*, que descreve os 48 casos de feridas, fraturas e luxações, e o *Papiro Ebers*, que constitui um manual de ensino para o médico generalista da época. Embora no Egito existisse já uma “*medicina que se aproximava notavelmente das regras da medicina atual, baseada em princípios racionais*”, desenvolveu-se, igualmente, “*(...) uma medicina ligada aos deuses, exercida por sacerdotes ou homens influentes*” (Boléo-Tomé, 2000, p. 131).

Também a Grécia Antiga trouxe enormes contributos para o domínio da saúde, constituindo o primórdio da medicina medieval europeia, onde se começou a promover uma medicina científica (Sousa, 1996, pp. 36-38), destacando-se o papel desempenhado por aquele que ficou conhecido como o *pai da Medicina*, Hipócrates, na segunda metade do século V a.C.. Como salienta Silva, “*(...) o aparecimento de uma medicina que procura prevenir ou curar a doença através de procedimentos naturais, reconhecendo causas naturais a todas as enfermidades, conhecidas ou não, revolucionou a ciência da cura*”. Em particular no que concerne à profissão médica, “*(...) a escola hipocrática é responsável por uma primeira ética e identidade, assim como por um conhecimento não supersticioso e consciente tanto das suas limitações como do seu potencial*” (Silva, 2016, pp. 35-36). A conceção perfilhada por Hipócrates permitiu, portanto, direccionar a ação humana e científica para o combate à doença em todo o mundo, e na consequente profissionalização dos cuidados de saúde e no aparecimento dos sistemas de saúde.

A Roma Antiga aproveitou muitos dos ensinamentos adquiridos na Grécia da Antiguidade Clássica, sendo a sua medicina conhecida como a “*medicina grega em Roma*”. Tal é demonstrado, por exemplo, pelo facto de terem sido gregos estabelecidos em Roma, no final do século III a.C., a introduzirem o médico como profissional, a que acresce o influente Galeno de Pérgamo – que ficou conhecido por realizar dissecações de animais em público e por ser o médico pessoal dos imperadores Marco Aurélio, Cómodo e Septímio Severo – ser proveniente

do mundo helénico, tendo realizado a sua aprendizagem entre Pérgamo e Alexandria (Silva, 2016, pp. 36-37).

Porém, durante a Idade Média, “(...) o exercício da medicina (...) parece quase desaparecer. Boa parte dos escassos textos produzidos neste período e conservados até hoje são, sobretudo, pequenos receituários e descrições vagas e breves de doenças, com ou sem indicações terapêuticas, baseadas em observações empíricas” (Silva, 2016, p38). Nesta época histórica, a religião cristã tinha uma grande influência nos cuidados prestados, surgindo o pecado associado à doença e a fé à cura (Scliar, 2007, p. 33). A título de exemplo, os barbeiros detinham um papel curativo, sobretudo em trabalhos relacionados com o uso da navalha, eram considerados cirurgiões-barbeiros e a prática da cirurgia era ainda pouco valorizada.

A Baixa Idade Média, que se pode balizar entre os séculos XI e XV, foi, igualmente, pautada pela dimensão cristã que via o corpo doente por polos contrapostos: a culpa pelo pecado e pela bênção divina, unidos pela possibilidade de se redimirem da primeira e pela esperança de alcançarem a segunda. A par da dimensão cristã, era notória a dimensão social, em concreto a sua disparidade, já que os conceitos de doença e pobreza eram quase sinónimos (Parra, 2016, pp. 22, 27). É nesse quadro que Rodríguez (2004, p. 79) realça os cegos e os doentes, que, embora não servindo a comunidade, de alguma maneira são úteis perante a missão de Deus: graças a eles, os ricos podem redimir-se dos pecados através da esmola que lhes dão, assegurando, ao mesmo tempo, que os doentes estão ao seu serviço, porque sujeitos da sua caridade.

A Baixa Idade Média caracterizou-se por sobrelotações populacionais que atuavam como foco de propagação de doenças, pelo que foi fundamental fundar um maior número de instituições hospitalares, podendo destacar-se os seguintes tipos mais comuns nesta época: enfermaria ou *infirmarium*, que consistia num espaço dentro dos mosteiros que se destinava a cuidar dos monges; *hospitale pauperum* para acolher pobres e peregrinos, que se situava na parte sudoeste da igreja; hospitais fundados pela burguesia de modo a serem equiparados à nobreza e ganharem favores eclesiásticos; hospitais gerais, que dispunham os doentes em espaços diferentes em função do sexo; e hospitais especiais, para onde eram destinados os doentes contagiosos, como os leprosos e os contagiados com a peste. A par da necessidade de reconhecimento por parte da burguesia, o aumento da criação de hospitais, durante a Baixa Idade Média, ficou a dever-se, também, ao receio que começou a existir a partir da Peste Negra e das sucessivas epidemias, tendo havido uma maior consciência de que este tipo de doentes tinham que ser colocados em isolamento, como medida profilática (Parra, 2016, pp. 27, 30-36).

Porém, se a medicina e o conhecimento médico tiveram um revés, na Europa, durante a Idade Média, o mesmo não ocorreu no Oriente, onde brotou a idade de ouro da medicina árabe, através da cultura helénica que evoluiu entre os bizantinos. Como recorda Silva (2016, pp. 39-41), “[a] prática médica é protegida e desenvolve-se em todo o mundo árabe”, para o qual muito contribuiu o uso transversal do árabe, o que potenciou “(...) a difusão do conhecimento e dos autores notáveis, a circulação de pessoas, manuscritos e ideias, de Samarcanda a Coimbra”. O autor acrescenta que, “[a]ssociada a uma profunda erudição por parte dos grandes especialistas, a medicina grega é reinterpretada e acrescentada”. Nos primeiros cinco séculos do Islamismo, “(...) os hospitais tinham já adquirido um papel de casas de cura, estando bem mais próximos do modelo contemporâneo de hospital do que os seus congéneres coevos da Cristandade latina. Servindo simultaneamente de escolas e bibliotecas, os grandes hospitais islâmicos marcaram o conhecimento, a literatura e o exercício da medicina medieval de forma indelével”.

Na Europa, foi a partir do século XIX que os cuidados de saúde iniciaram um caminho de evolução mais significativo, destacando-se a maior consideração do microscópio na sua capacidade para a deteção de microrganismos e na consequente procura de soluções como o soro ou as vacinas, conhecidas como a revolução pasteuriana, bem como a valorização da estatística que contribuiu para a análise comparativa dos resultados de saúde em diferentes regiões, o que ajudou no surgimento e ascensão da Saúde Pública (designadamente na Grã-Bretanha) (Scliar, 2007, p. 35). No final do século XIX e início do século XX, ocorre a emergência da profissão médica e o conceito de Saúde Pública começa a generalizar-se pelos diversos países europeus, substituindo a noção de “higiene social” relevada sobretudo nos Estados Unidos da América. Foi, igualmente, nesta época que se deu um novo protagonismo social à infância, tendo sido criada a especialidade de medicina das crianças ou pediatria. Também foi durante esta baliza temporal que se começou a utilizar o conceito de “médico de cabeceira”, já que era muito comum os médicos titulares nas regiões rurais atenderem as populações das aldeias sempre que fosse solicitado, dirigindo-se a esses territórios a cavalo ou a pé (Anta, et al., 2016).

Ao longo do século XX e inícios do século XXI, apesar dos constantes desafios que se têm colocado – cabe recordar o mais recente repto na sequência da pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV2, causador da doença Covid-19 –, a medicina tem vindo a desenvolver-se exponencialmente, com a crescente preocupação com o ser humano, com o seu bem-estar físico e mental e com as demais questões relacionadas com a Saúde, com a evolução no que às curas

e vacinas diz respeito e com o desenvolvimento tecnológico que tem sido um aliado importante do progresso da medicina.

2.2. O contexto português do Sistema de Saúde

2.2.1. Períodos fraturantes e a afirmação do SNS

Particularizando o contexto português e centrando-nos nos séculos XX e XXI, em especial a partir da segunda metade do século XX, existem, sobretudo, dois períodos fraturantes do comportamento do Sistema de Saúde. Um primeiro momento ocorreu antes de 1971 e um segundo a partir de 1971, em decorrência da entrada em vigor de legislação promovida pelo então Secretário de Estado da Saúde e Assistência, Gonçalves Ferreira. Através da publicação do Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro, foi criada a Organização do Ministério da Saúde e Assistência e com o Decreto nº 414/71, de 27 de setembro, foi estabelecido o regime legal que permitia a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestassem serviço no Ministério da Saúde e Assistência.

No período anterior a 1971, em que vigorava em Portugal um regime ditatorial, o sistema de saúde caracterizou-se pela fragmentação e pela pouca intervenção estatal. Predominava uma ideologia corporativa e caritativa, através da Previdência Social – estabelecida em 1935, com a Lei nº 1884, de 16 de março de 1935, e que antecedeu o atual sistema da Segurança Social –, bem como das Misericórdias, que detinham a maioria dos hospitais, assumindo a função de coordenação das atividades de assistência social e dos cuidados de saúde (Sousa, 2009, p. 886).

O discurso proferido por António de Oliveira Salazar, em 1922, ainda na qualidade de Provedor da Misericórdia de Coimbra, reflete o seu entendimento sobre o papel e a intervenção do Estado na área da saúde, que se manteve durante grande parte da sua ação governativa: *“Deus nos livre que o Estado pretendesse substituir-se às velhas instituições portuguesas, fazendo por si a assistência. A oficialização da caridade seria a sua destruição, pela incomparável carestia da máquina burocrática, pela ingerência descabida e corrosiva da política, pela falta da fina sensibilidade moral que deve acompanhar o bem-fazer, sob pena de se transformar num vexame para a necessidade alheia, ou no árido cumprimento de uma obrigação legal que perigosamente eleva a miséria à categoria de uma fonte de direitos sobre a riqueza comum”* (Presidente do Conselho, 1950, p. 221).

Nos anos 60 do século XX, começa a despoletar o *Welfare State*², num arranque tímido, marcado sobretudo por várias pressões internacionais. Como esclarece Reis (2013, p. 57), foi pela mão de Melo e Castro, um dos homens do regime menos alinhados à época, que na sua passagem pelo Subsecretariado de Estado da Assistência Social, numa demonstração de preocupação pelas políticas sociais, que se procurou compreender melhor os serviços de saúde de outros países. Nesse sentido, visitou, à época, Inglaterra, país que verificava um avanço na vertente do Estado de bem-estar social. O descontentamento de Melo e Castro, no que respeita às políticas sociais e de saúde, foi notório e evidenciado em 1961, ao proferir o seguinte: “*contra evidências de ordem económica e técnica*”, em face de um seguro social que funcionava “*descoordenado da assistência, o que acentua a ineficiência do sistema geral de proteção social, encarece os seus custos no que respeita à proteção sanitária e não permite que os serviços desta cheguem a ser definidos com coerência*”.

Neste contexto, podemos considerar Melo e Castro como um dos promotores do embrião que levou, posteriormente, à criação do Ministério da Saúde, isto é, “*um departamento governamental responsável por toda a política e toda a administração da saúde*” (Jornal do Fundão, 1972). Até 1971, o foco da saúde pública assentou na prevenção e no controlo de doenças como a tuberculose, doenças psiquiátricas e afeções suscetíveis à vacinação (Sakellarides & al., 2015). A partir de 1971, com a reforma de Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio – à data diretor do Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde e Assistência e, a partir de 1972, Diretor-Geral de Saúde –, por um lado, os serviços centrais, regionais, distritais e locais foram reestruturados, permitindo criar as duas estruturas funcionais contemporâneas: os Centros de Saúde e os Hospitais, e, por outro, contribuiu para a tentativa de gerar uma mudança do paradigma do *hospitalocentrismo*³ que ainda hoje perdura.

² O *Welfare State*, igualmente conhecido por Estado-Providência, apresentou-se, “[d]epois da Grande Depressão de 1929, e durante as três décadas que se lhe seguiram, (...) como uma via mista, que aceitando e promovendo a economia de mercado, não deixava de considerar o papel do Estado como determinante na regulação da mesma, tentando desta forma gerar equidade, estabilidade e crescimento económico, sobretudo com o propósito de proteger os cidadãos ante a ameaça da exclusão e das demais contingências económicas e sociais” sociais” (INA - Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções, 2009). Como esclarece Esping-Andersen (1990), “[o]s economistas políticos clássicos – de convicções liberais, conservadoras ou marxistas – preocupavam-se com o relacionamento entre capitalismo e bem-estar social. É evidente que deram respostas diferentes (e, em geral, normativas), mas as suas análises convergiram para o relacionamento entre mercado (e propriedade) e Estado (democracia)”.

³ Partindo de Antunes e Correia (2009), o conceito de *hospitalocentrismo* é reflexo do “(...) peso e [d]a centralidade que (...) [os hospitais] assumem na configuração do sistema de saúde (...)”. A este propósito, importa convocar Adalberto Campos Fernandes, que, na qualidade de Ministro da Saúde, considerou que o *hospitalocentrismo* é “(...) o que tem falhado ao sistema de saúde português na vertente pública (...), em detrimento de uma política de proximidade” (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Com a implementação do regime democrático, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que se tornou um importante marco do Sistema de Saúde português, impulsionado pela diretriz revolucionária do 25 de Abril de 1974. Na Constituição da República Portuguesa (CRP) de 1976, a Saúde foi consagrada pelo legislador como um direito fundamental, dispondo o artigo 64º, nº 1, que “[t]odos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”.

Mas esta fase de transição constitui um período particularmente turbulento, dada a existência de diferenças ideológicas fraturantes e visões antagónicas sobre o modelo futuro de sociedade. De acordo com Rodrigues e Silva (2016) no início do sistema democrático, em Portugal: “[p]or exemplo, registavam-se divergências em torno do objetivo de ‘abertura do caminho para uma sociedade socialista’, tendo em vista ‘a construção de uma sociedade sem classes’, ou de ‘nacionalização dos principais meios de produção’, ou ainda de manutenção dos militares no exercício do poder político, através do Conselho da Revolução. Contudo, apesar das diferenças entre os partidos políticos não terem sido anuladas, elas também não foram impeditivas da aprovação do texto constitucional, nem um obstáculo à construção de compromissos políticos duradouros”.

Foi neste quadro de agitação política que o SNS foi criado, em 1979, pela Lei nº 56/79, de 15 de setembro⁴, tendo como objetivo primordial a criação de uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiadas através de impostos, com o propósito de salvaguardar o direito à proteção da saúde. No entanto, como salienta Mozzicafreddo (2000), o desenho estrutural do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado, num claro reflexo das lutas e contradições internas.

Inicialmente, o nº 2 do artigo 64º da CRP dispunha que “[o] direito à proteção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (...)”. No entanto, desde 1989, com a alteração introduzida pela Lei nº 1/89, de 8 de julho, o artigo 64º, nº 2, alínea a), da CRP, estatui que “[o] direito à proteção da saúde é realizado: a) [a]través de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

⁴ Considerado o melhor poema escrito por António Arnaut (Campos, 2018).

Independentemente das diversas alterações que se foram registando ao nível do financiamento das organizações de Saúde, importa destacar o incremento do papel interventivo do Estado face ao período anterior a 1970.

Nos anos 90, ocorreu uma nova reforma do sistema de saúde português, com a aprovação da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 48/90, de 24 de agosto, permitindo estabelecer o quadro geral do sistema de saúde, tornando-se este diploma a linha condutora da ação dos serviços de saúde. Ainda assim, foi considerada uma Lei insuficiente, sobretudo para a esquerda, como referia António Arnaut, em 1990: *“A nova Lei de Bases da Saúde deve ser substituída, porque inverteu a filosofia constitucional da Lei nº 56/79, ao prever que o direito à saúde é garantido pelo ‘sistema de saúde’ e não pelo SNS, equiparando, para esse efeito, o setor público ao setor privado. Foram criadas condições ‘legais’ para uma futura privatização do SNS através da ‘medicina convencionada’, da possibilidade da ‘gestão empresarial’ e de incentivos aos ‘seguros de saúde’. Foram também estabelecidos preçários para os utentes do SNS, conforme a sua situação económica”* (Soares, 2018).

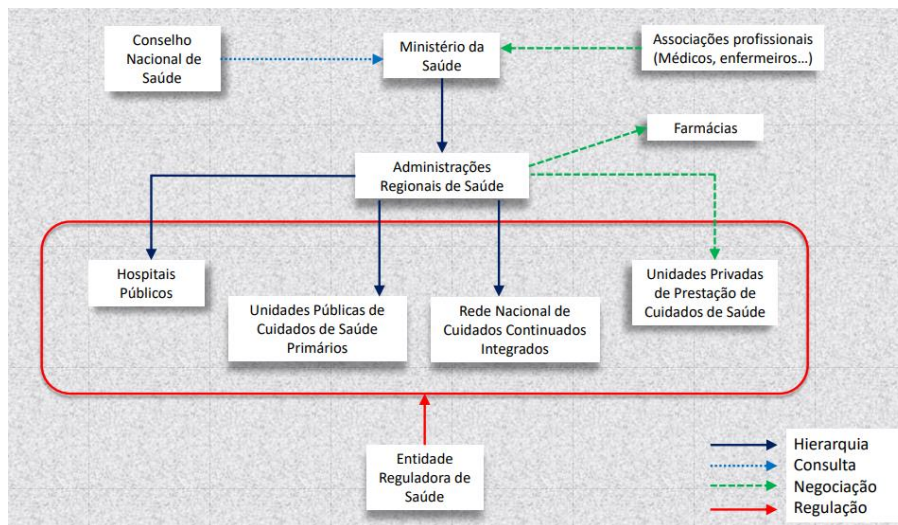
Perante a discórdia de que foi alvo, a lei-quadro foi revista, inicialmente, em 2002, pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, diploma que visou a aprovação do novo regime jurídico da gestão hospitalar, acabando, finalmente, por ser revogada, em 2019, pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro. Desde a alteração da Lei de Bases, em 2002, *“tanto o sistema de saúde português, como o seu contexto nacional e internacional evoluíram consideravelmente”*, como é evidenciado pelo Despacho nº 1222-A/2018, de 31 de janeiro de 2018, emitido pelo Ministro da Saúde, que designou a Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde para elaborar *“(…) uma Proposta de Lei até ao início da sessão legislativa 2018/19, com projeto de articulado”*. A referida Comissão, que foi presidida por Maria de Belém Roseira, teve em consideração diversas obras literárias da área da Saúde, com especial enfoque na obra *“Salvar o SNS – Uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia”*, da autoria de António Arnaut e João Semedo. A referida obra, com um certo pendor ideológico, prevê entraves à concessão de serviços de saúde a privados, conforme resulta das seguintes passagens: *“(…) o capitalismo predador, sem alma nem rosto, submergiu às melhores expectativas do Estado Social (...)”* ou *“(…) hoje o tendencialmente gratuito transformou-se em tendencialmente pago (...)”* (Arnaud & Semedo, 2017, pp. 13, 25) Os autores esclarecem que a Lei de Bases não é a solução milagrosa, mas é parte da solução: *“[a] resposta não parece difícil: não basta mudar a lei, muitas outras mudanças são indispensáveis, mas sem mudar a lei não conseguiremos interromper, travar e inverter o declínio do SNS ”* (Arnaud & Semedo, 2017, p. 28).

Em 2019, como referimos supra, a Lei nº 95/2019 de 4 de setembro, revogou a anterior lei de bases e criou a nova Lei de Bases da Saúde. Esta nova lei caracterizou-se pelas seguintes inovações: (i) inclusão dos migrantes (legalizados ou não) na lista de beneficiários do SNS, “[s]ão igualmente beneficiários do SNS os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de Estados-Membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de proteção internacional, bem como migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável.”; (ii) procura da redução da fuga de médicos para o privado, “[o]ra, nos últimos anos tem-se assistido a um forte crescimento do setor privado da saúde, quase sempre acompanhado por efeitos negativos no SNS, sobretudo ao nível da competição por profissionais de saúde e da desnatação da procura. Importa, portanto, rever aquele entendimento, (...)”; (iii) limitações à gestão privada e às Parcerias Público-Privadas, “[a]ssume-se que a gestão dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde é pública, podendo ser supletiva e temporariamente assegurada por contrato com entidades privadas ou do setor social (...)”; (iv) e promoção das tecnologias da informação e comunicação, destacando-se “[a]s tecnologias de informação e comunicação são desenvolvidas com vista a melhorar o acesso das pessoas aos serviços de saúde e prestações conexas, bem como a maximizar as condições de trabalho dos profissionais e a eficiência das organizações”. Em momento posterior da nossa investigação, incidiremos, com especial acuidade, sobre as Bases 12, 16 e 25 da referida Lei de Bases, particularmente no que respeita ao contributo da inovação para melhorar o atendimento aos Utentes, nos vértices do acesso e da eficiência da prestação do serviço no Serviço Nacional de Saúde.

2.2.2. A estrutura organizativa do sistema de saúde português

O sistema de saúde português registou algumas alterações, começando a consolidar-se a partir dos anos 70 do século XX, apresentando atualmente uma hierarquia e respetivas relações de ligação entre organismos que importa analisar, ainda que brevemente, partindo do quadro infra:

Quadro 2.1 – Estrutura organizativa do sistema de saúde português



Fonte: Ferreira (2020)

No que concerne ao Ministério da Saúde (MS), este começou a figurar com a referida nomenclatura a partir de 1973, autonomizando-se face à Assistência e substituindo a prévia designação de Ministério da Saúde e da Assistência, através do Decreto-Lei nº 584/73, de 6 de novembro. No entanto, em 1974, em virtude do Decreto-Lei nº 203/74, de 15 de maio, o Ministério da Saúde é transformado em Secretaria de Estado (da Saúde) e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais, uma estrutura com a tutela da Saúde e da Segurança Social. A partir de 1983, no IX Governo Constitucional, através do Decreto-Lei nº 344-A/83 de 25 de julho, é criado o Ministério da Saúde, com base no argumento de que “a autonomia é ditada pela importância do setor, pelo volume dos serviços, pelas infraestruturas que integra e pela importância que os cidadãos lhe reconhecem” (Ministério da Saúde, 2020).

De acordo com o Decreto-Lei nº124/2011, de 29 de dezembro, relativo à Lei Orgânica do Ministério da Saúde, integram a administração direta do Estado pelo Ministério da Saúde, os seguintes serviços centrais: a Secretaria-Geral, a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), a Direção-Geral da Saúde (DGS), o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (DGPSTFP).

Relativamente às Associações Profissionais relacionadas com a área da Saúde, cada uma delas apresenta estados diferentes sobre o seu surgimento e evolução. A Ordem dos Médicos surge em 1898, à época designada de Associação dos Médicos Portugueses, tendo adotado a atual designação com o Decreto-Lei nº 29 171 de 24 de novembro de 1938. A Ordem dos Farmacêuticos, por sua vez, é formalmente criada em 1972, nos termos do Decreto-Lei nº

334/72, de 23 de agosto. Presentemente, a referida Ordem, nos seus mais recentes Estatutos, aprovados em 2001, com o Decreto-Lei nº 288/2001, de 10 de novembro, cuja última alteração ocorreu com a Lei nº 131/2015, de 4 de setembro, determinou “(...) *importantes alterações na esfera de ação da Ordem e dos farmacêuticos portugueses, designadamente no domínio da qualificação, das especialidades e competências farmacêuticas, dos princípios éticos e deontológicos e na organização interna da própria instituição*”. A Ordem dos Enfermeiros é criada nos termos do Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril. A Ordem dos Biólogos é criada nos termos do Decreto-Lei nº 183/98, de 4 de julho, diploma onde ocorre uma mudança de Associação Portuguesa de Biólogos, de direito privado, para Ordem dos Biólogos, de direito público. Finalmente, a Ordem dos Médicos Dentistas é criada em 1998, pela Lei nº 82/98, de 10 de dezembro, onde se estabeleceu que “[a] *Associação Profissional dos Médicos Dentistas, criada pela Lei n.º 110/91, de 29 de agosto, passa a designar-se por Ordem dos Médicos Dentistas, designação que adota*”.

Das ordens profissionais mais recentes na área da Saúde destacamos a criação da Ordem dos Psicólogos, em 2008, nos termos da Lei nº 57/2008, de 4 de setembro, da Ordem dos Nutricionistas, que, formalmente (após um período de reivindicação desde, sobretudo, na década de 90 do século XX, através da Associação Portuguesa dos Nutricionistas), foi criada nos termos da Lei nº 51/2010, de 14 de dezembro, e da Ordem dos Fisioterapeutas, que nasceu com a Lei nº 122/2019, de 30 de setembro.

Prosseguindo a análise do organograma do SNS, as Administrações Regionais de Saúde (ARS), com a designação extensa de administrações regionais de cuidados de saúde, integrantes da administração indireta do Estado, foram criadas pelo Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho, que vieram substituir as administrações distritais dos serviços de saúde, na sequência da verificação de ineficiências, conforme reconhecido no referido decreto: “ (...) *mau grado o empenho que têm demonstrado na regionalização dos serviços, na medida em que o diploma em que se inspiram defende uma estrutura unitarista na conceção e organização dos serviços, inadequada à coordenação técnica e funcional que deve existir entre os serviços ambulatoriais dependentes de duas estruturas verticais com competências próprias – SMS e DGS – e entre estas e os estabelecimentos e serviços dependentes da Direcção-Geral dos Hospitais*”. Inicialmente, foram criadas dezoito administrações distritais, uma administração por cada distrito, responsáveis pela coordenação dos centros de saúde e caracterizadas pelo baixo poder de intervenção. Nos dias de hoje, existem cinco administrações regionais,

nomeadamente: ARS Norte, IP; ARS Centro, IP; ARS LVT, IP; ARS Alentejo, IP; ARS Algarve, IP.

Para além das ARS, integram, igualmente, a administração indireta do Estado os seguintes organismos: Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS); INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP; Instituto Nacional de Emergência Médica, IP (INEM); Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP (IPST); e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. No que respeita às Farmácias, estas estão organizadas em rede, o que levou à criação da Associação Nacional das Farmácias, em outubro de 1975, que representa os proprietários das farmácias, atualmente cerca de 95% (2800 lojas) da totalidade dos estabelecimentos em território nacional (Revista saúde, 2016).

Relativamente à Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que nasce apenas em 2003, através do Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro, configura uma entidade administrativa independente, dotada de autonomia administrativa e financeira, de autonomia de gestão, de independência orgânica, funcional e técnica e de património próprio, e tem por objeto a regulação, regulamentação, supervisão, fiscalização e sancionatórios (artigo 1º do Decreto-Lei nº 126/2014, de 22 de agosto). Seis anos volvidos da sua criação, a ERS foi objeto de uma reestruturação, nos termos do Decreto-Lei nº 127/2009, de 27 de maio – que revogou o Decreto-Lei nº 309/2003 –, diploma que também criou o conselho consultivo da referida entidade. O diploma de 2009 foi, igualmente, revogado, pelo Decreto-Lei nº 126/2014, de 22 de agosto, que procede à adaptação da Entidade Reguladora da Saúde ao regime estabelecido na lei-quadro das entidades reguladoras, aprovado em anexo à Lei nº 67/2013, de 18 de agosto. Em 2019, na sequência de uma audição à Presidente da ERS da Comissão de Saúde, ficaram explanadas algumas problemáticas da organização, nomeadamente “[a] ERS tem 28000 regulados e tem neste momento 97 colaboradores (...), a reguladora inglesa tem 30000 regulados e eles têm 3000 colaboradores (...) a Holanda (...) tem 800 colaboradores na reguladora” (Assembleia da República, 2019).

Ainda prosseguindo a análise do organograma, evidenciamos a criação do órgão consultivo do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), no dia mundial da Saúde, em 7 de abril de 2016, um órgão independente com o principal desígnio de reforçar o poder do cidadão no Serviço Nacional de Saúde e promover uma cultura de transparência e prestação de contas perante a sociedade (Governo da República Portuguesa, 2016). Ao CNS, que se encontra regulado nos termos do Decreto-Lei nº 49/2016, de 23 de agosto, compete “a) [a]preciar e emitir pareceres e recomendações sobre questões relativas a temas relacionados com a

política de saúde, designadamente: i) [e]xecução do programa do Governo e modelo de governação da saúde; (ii) [s]aúde dos portugueses, conforme relatórios anuais de acesso e qualidade; (iii) [p]lano Nacional de Saúde; (iv) [i]nvestigação e inovação em saúde” (artigo 4º, nº 1, alínea a)). Constitui, igualmente, competência do CNS “[p]romover a formação, e a sensibilização da população em geral sobre as questões relevantes para a saúde pública, por sua iniciativa ou em colaboração com outras entidades públicas, sociais ou privadas, nomeadamente através da realização de conferências periódicas e da apresentação pública das questões mais importantes que tenham sido submetidas à sua análise” (artigo 4º, nº 1, alínea c), do Decreto-Lei nº 49/2016).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada nos termos do Decreto-Lei 101/2006, de 6 de junho, resultando de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e o Ministério da Saúde. Os objetivos da RNCCI consistem na *“prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, na sequência de episódio de doença aguda ou na necessidade de prevenção de agravamentos de doença crónica”,* sendo que os seus serviços estão *“centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar”* (Instituto da Segurança Social, 2020). A RNCCI é reconhecida como parte do grande desafio das políticas públicas do SNS, que se justifica por fatores relacionados com o facto de *“Portugal te[r] uma população envelhecida em que as doenças crónicas são responsáveis pela maior parte das mortes, da incapacidade e da utilização de cuidados de saúde”,* mas, igualmente, na sequência do *“(…) aumento da esperança de vida, do declínio da natalidade e do saldo migratório negativo”* e em virtude de Portugal ser *“dos países da OCDE com menor número de anos de vida saudável depois dos 65 anos”*.

Nos últimos anos, têm sido sobejamente discutidos os cuidados continuados integrados de saúde mental, tendo inclusive sido publicado o Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, que cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. A doença mental, em Portugal, registou um resultado preocupante, em concreto um *“5º lugar, entre os países da OCDE, no consumo de medicamentos antidepressivos, apresentando também elevado consumo de ansiolíticos”,* com efeitos dispendiosos para o SNS e, particularmente, para a carga sobre os hospitais, já que estes

“(...) acabam por ter de manter internados, por vezes durante anos, doentes mentais crónicos que não deveriam aí estar, com custos muito elevados e desnecessários para o SNS” (Ferreira, et al., 2020). Apesar da criação de um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, em 2010, a verdade é que se verificou um interregno até 2017, ano em que a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados passou a incluir cerca de 366 lugares para pessoas com doença mental grave e em que começou a ser promovida a celebração de contratos-programa para o funcionamento da RNCCI na saúde mental, implementando-se, de forma progressiva, experiências piloto (Despacho nº 1269/2017, dos Gabinetes do Secretário de Estado do Orçamento, da Secretária de Estado da Segurança Social e do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde).

2.2.3. Os hospitais no contexto do sistema de saúde

Os hospitais destacam-se pelo grande peso na prestação de cuidados de saúde, sendo que, apesar de a maioria dos hospitais existentes serem privados, os cuidados de saúde prestados são maioritariamente efetuados pelos hospitais públicos pertencentes ao SNS. O crescimento dos hospitais do setor público está fortemente relacionado com a integração dos hospitais das misericórdias no SNS (Barros, 2005). Em virtude de os hospitais públicos constituírem o foco primordial do nosso trabalho, a contextualização que fazemos neste ponto centrar-se-á, por isso, sobretudo, no período pós criação do SNS.

Com base no Regulamento Geral dos Hospitais (RGH), criado pelo Decreto nº 48358, de 27 de abril de 1968, os hospitais constituem *“(...) serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação”*, incumbidos de *“(...) colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica”*. A definição elementar do RGH manteve-se, embora ao longo das várias décadas de evolução do SNS tenham ocorrido diversas mutações que se focalizaram no propósito de aumentaram a qualidade e eficiência dos serviços prestados.

Nos anos 70 do século XX, o número total dos hospitais em Portugal situava-se na ordem dos 500, decrescendo sucessivamente na sua globalidade, até ao ano de 2009, ano em que se fixava em 186 hospitais. Em 2010, ocorre a primeira quebra assinalável da tendência de decréscimo, crescendo o número global para os 229 e, apenas em 2018 e 2019, se verificaram novamente aumentos do número de unidades hospitalares, alcançando o valor de 238 hospitais (Pordata, 2021). Estes registos foram seguidos pelo crescimento global do número de Centros

de Saúde, que acompanhou uma das estratégias de políticas de Saúde, a aposta nos Cuidados Primários.

Atualmente, os Hospitais, em Portugal, subdividem-se, entre os que pertencem (i) ao Setor Público Empresarial, que representam a maioria dos cuidados hospitalares prestados, sendo exemplos as Unidades Locais de Saúde EPE, os Centros Hospitalares EPE e os Hospitais EPE; (ii) os Hospitais do Setor Público Administrativo; (iii) os Hospitais em parceria público-privada (PPP) e (iv) os Hospitais geridos pelas Misericórdias. O número total de Hospitais no espectro do SNS, com uma natureza pública ou parcialmente pública, fixa-se em 52 organizações, que se desdobra da seguinte forma: 42 Entidades Públicas Empresariais, 5 do Setor Público Administrativo, 2 Parcerias Público-Privadas e 3 das Misericórdias (Ministério da Saúde, 2021).

No panorama nacional de debate sobre as políticas públicas em Saúde, tem existido, ao longo dos anos, uma ampla discussão sobre as organizações hospitalares, nomeadamente na relação entre a eficiência hospitalar e a forma de organização administrativa que assumem. Este debate não será alvo de particular enfoque na presente investigação, ainda assim, importa ressaltar a evolução administrativa das organizações hospitalares, em Portugal.

Com a proliferação pela Europa dos movimentos da *New Public Management* (NPM), sobretudo a partir dos anos 90 do século XX, predominaram as políticas de melhoria da gestão na Administração Pública, o que levou à estipulação de “*um trio de metas (...) como condutor central para a reforma – contenção dos custos, apoio ao público e melhoria do desempenho*”. Esta visão conduziu as políticas públicas de saúde “[a] *desintervenção do Estado, nas suas diversas expressões (...) provocando alterações progressivas nos modelos dos hospitais no SNS fazendo sobressair os mecanismos do tipo mercado e a empresarialização, como substitutos da conceção tradicional de Administração Pública de Saúde, com o grande objetivo da procura pela eficiência do setor*” (Harfouche, 2012). Neste sentido, a empresarialização dos hospitais em Portugal arrancou com o XV e XVI Governos Constitucionais, pela denominada primeira vaga da empresarialização dos hospitais, ganhando um maior protagonismo no XVII Governo Constitucional, com o então Ministro da Saúde, António Correia de Campos, num período caracterizado pela fusão dos hospitais em centros hospitalares nas segunda e terceira vagas.

Neste contexto, a nossa opção de análise do papel da inovação no âmbito do setor hospitalar público decorre de este setor compreender uma realidade complexa, com especificidades

próprias e com diferentes graus de responsabilidade, em que a característica de direção é repartida entre os administradores e os diretores de serviço⁵, relevando o trabalho em rede destes atores. Associados a esta característica intrínseca à direção hospitalar, os principais desafios no seio dos hospitais públicos prendem-se com o modelo de financiamento inadequado, a ausência de mecanismos de concorrência, o modelo burocrático de gestão, a acumulação do exercício hospitalar público com a atividade privada e o peso dos serviços de urgência (Barros, 2005). A estas dificuldades acresce o desafio do envelhecimento populacional e a consequente relevância do peso crescente das doenças crónicas.

Assim, de modo a mitigar as dificuldades assinaladas, importa que a administração hospitalar *lato sensu* invista na eficiência, partindo de um atendimento mais centrado no utente e convocando a abordagem designada *patient-centricity*⁶, pois consideramos que a compreensão do papel da inovação adquire uma maior importância no contexto da análise das principais metodologias para a melhoria processual e operacional dos cuidados de saúde.

É neste quadro que nos propomos apreciar, no próximo capítulo, as principais inovações hospitalares por década, analisando os últimos quarenta anos, desde os anos oitenta do século XX até aos dias de hoje, em particular as inovações relativas à melhoria operacional e que conduzem a uma prestação mais eficaz do serviço ao utente. Numa fase posterior da nossa investigação, abordaremos com maior acuidade o contributo da inovação para a melhoria do atendimento administrativo hospitalar. Fazemos, assim, incidir a análise das inovações na vertente operacional e na introdução de políticas públicas no sistema de saúde. Neste sentido, as inovações consideradas resultarão tanto de um segmento de inovação de gestão como de inovação tecnológica.

2.3. Portugal no contexto internacional – uma análise comparativa

Tendo presente os objetivos a que nos propusemos na presente investigação, e colocando-nos na atualidade, analisámos o relatório “Euro Health Consumer Index de 2018 (EHCI)” da Health Consumer Powerhouse, que compara vários sistemas de saúde de países europeus. Com maior acuidade fazemos incidir a nossa análise sobre os países da União Europeia que, apesar das

⁵ Como salienta Antunes (2000), o papel dos diretores de serviço é tão relevante que a melhor equipa de gestão hospitalar não consegue nada sem uma boa colaboração (e gestão) dos Diretores de Serviço.

⁶ A abordagem *patient-centricity*, que pode ser traduzida por *centralização orientada ao paciente*, é “(...) um modelo que consiste no desenho de soluções em torno do paciente por parte dos prestadores de cuidados de saúde”, que tem adquirido importância crescente (Winning Scientific Management, 2017).

suas especificidades, se assemelham mais com Portugal (13º lugar) no modelo de saúde e no potencial de criação de inovação, a saber, Suécia (8º lugar), Reino Unido (16º lugar) e Espanha (19º lugar) (Björnberg & Phang, 2019).

O caso da Suécia, apesar da diferença do modelo de sociedade, que segue o modelo escandinavo de bem-estar social, apresenta semelhanças com Portugal no sistema de saúde e constitui, por isso, uma mais-valia para o *Benchmarking*. Seguimos, neste sentido, a proposta do professor Mário Amorim Lopes (Lopes, 2020), tendo também presente que se trata do país líder em matéria de inovação na União Europeia (Comissão Europeia, 2019).

A par da comparação dos vários sistemas de saúde, o EHCI permite, igualmente, aferir quais as áreas que registam um melhor desempenho e as que precisam de efetuar melhorias. Assim, este relatório possibilita determinar as áreas em que a aplicação da inovação será mais decisiva, permitindo realizar uma análise comparativa dos países e contribuir para o esforço conjunto de melhoria coletiva e de aprendizagem partilhada.

Partindo da tabela infra por nós elaborada, é possível apurar as áreas com maiores carências e em que a inovação poderá ser mais necessária:

Quadro 2.2 – Áreas com maiores carências na saúde na Suécia, em Portugal, no Reino Unido e em Espanha

Suécia	Portugal	Reino Unido	Espanha
Fraco acesso a cuidados primários	Fraco acesso a cuidados primários	Problemas com as listas de espera	Fraco acesso a medicamentos
Problemas com as listas de espera	Fraco desempenho no critério “infecções hospitalares adquiridas sendo resistentes”	Cultura autocrática de gestão <i>top-down</i>	Fraco desempenho em imagens por ressonância magnética (IRM)
Aumento significativo no intervalo de tempo decorrido entre o registo de um medicamento e a sua inclusão no sistema nacional de subsídios	Fraco nível em “Carências não satisfeitas em exames dentários”	Fraco nível em “implantação de novos medicamentos contra o cancro”	Os cuidados de saúde têm forte dependência do atendimento privado em conjugação com grandes variações regionais

Fonte: Elaboração própria, com base no Relatório Euro Health Consumer Index de 2018 (EHCI)

Dos quatro países europeus apresentados no quadro 2.2, a Suécia afigura-se como o país líder em inovação, encontrando-se na dianteira dos países “líderes em inovação”. No que concerne ao Reino Unido, verifica-se a perda de pontuação, descendo mesmo para o quadrante dos países “inovadores fortes”. Portugal é o líder dos países “inovadores moderados”, no mesmo quadrante que Espanha, que surge seis posições abaixo no ranking (Comissão Europeia, 2019). Com base nos dados assinalados, podemos constatar uma correlação entre o desempenho da inovação e o desempenho dos sistemas de saúde por nação, com exceção do caso português, que apresenta uma melhor classificação no seu sistema de saúde e um desempenho inferior no indicador de inovação, face ao Reino Unido. Assim, importa verificar as possíveis razões que justificam que, neste particular, Portugal consiga obter uma melhor classificação no seu serviço nacional de saúde do que o Reino Unido, mesmo apesar de comparativamente apresentar um pior desempenho global em matéria de inovação.

No caso particular do Reino Unido, a inovação no National Health Service (NHS) tem sido alvo de críticas de vários autores, salientando-se a desproporcionalidade do investimento entre a componente de pesquisa e desenvolvimento da inovação, com valores elevados, mas registando-se investimentos baixos na matéria do suporte à adoção e propagação da inovação no NHS.

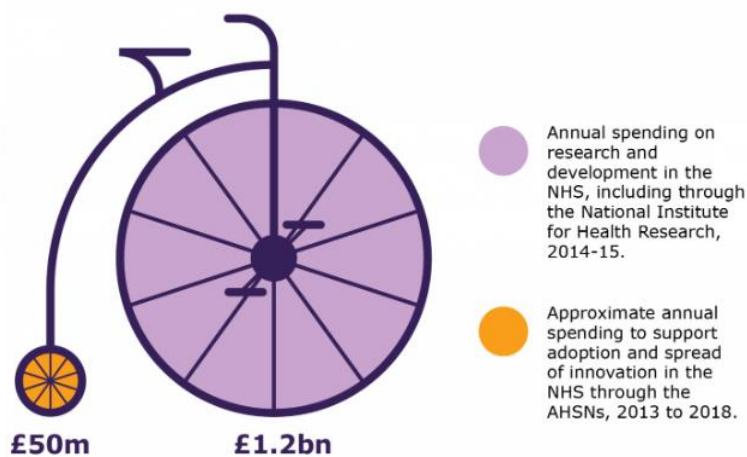


Figura 2.1 – Investimento comparativo, no Reino Unido, na componente de pesquisa e no desenvolvimento da inovação, por um lado, e na matéria do suporte à adoção e propagação da inovação no NHS

Fonte: Collins (2018)

Com base nas repercussões do desequilíbrio do investimento em inovação no NHS, têm resultado sucessivos pedidos de novos relatórios de análise a cada dois anos, onde os dados

convergem para um resultado lento no ritmo da evolução. Existem mesmo evidências que apontam para um moroso progresso no uso das tecnologias mais básicas de comunicação.

Uma maior proporcionalidade no investimento entre estas duas áreas (pesquisa e desenvolvimento, mas também suporte da adoção da inovação) será parte da solução do NHS para a melhoria do seu desempenho e ranking, justificando-se, deste modo, o resultado fora da norma, entre a pontuação obtida pelo Reino Unido no parâmetro da inovação e a classificação do seu sistema de saúde.

A Europa apresenta dos maiores avanços no que aos temas da Saúde dizem respeito⁷ e Portugal tem registado resultados positivos e lugares cimeiros dos rankings gerais da área. Neste sentido, importa atentar que a inovação ocupa um papel preponderante no contributo para os avanços na saúde em Portugal e a inovação tem margem para aprofundamento neste setor, podendo contribuir para incrementar os seus resultados globais.

Capítulo 3 – A evolução da inovação no sistema de saúde português no final do século XX e primeiras décadas do século XXI

3.1. Principais inovações na década de oitenta

3.1.1. Centros de Responsabilidade Integrada

Nos anos oitenta do século XX, uma das inovações mais relevantes consistiu na criação dos centros de responsabilidade, em consonância com o princípio de que os hospitais deviam organizar-se e ser administrados em termos empresariais. Os centros de responsabilidade configuram “(...) estruturas funcionais que devem agrupar, como regra, vários centros de custos com atividades homogêneas ou afins e podem constituir níveis intermédios de administração”, sendo-lhes “(...) atribuída a necessária autonomia, a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades” (artigo 9º, nºs 2 e 3, do Decreto Lei nº 19/88, de 21 de janeiro⁸).

⁷ Segundo as informações partilhadas pela Comissão Europeia, em 2019, o desempenho da inovação na União Europeia (UE) tem vindo a aumentar em média 8.8%, desde 2011, tendo o último registo do desempenho obtido ultrapassado, pela primeira vez, os valores dos Estados Unidos da América. Ainda assim, a China tem alcançado um desempenho em inovação três vezes maior que a EU, surgindo, igualmente, o Japão e a Coreia do Sul a superar o registo europeu.

⁸ Este diploma foi revogado pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro.

No entanto, apenas com o Decreto Lei nº 374/99 de 18 de setembro, cerca de onze anos depois, foram criados os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) – reforçando-se, deste modo, a iniciativa começada pelos centros de responsabilidade –, que pretenderam agrupar “(...) serviços e ou unidades de dimensão gestonária adequada segundo critérios de homogeneidade, afinidade e complementaridade, visando a articulação operativa entre as diferentes especialidades médicas, a redução de custos e a maior capacidade competitiva”. Os CRI permitiram, igualmente, “(...) a assunção de um processo de reengenharia hospitalar reconhecendo a necessidade de alterar a atual estrutura dos cuidados, de acordo com lógicas assistenciais direcionadas para a globalização dos cuidados, aproveitando sinergias e complementaridade de funções e especialidades, prosseguindo a maior efetividade e utilidade social das prestações”.

De acordo com Barros (2005), convocando o discurso oficial, os CRI pretenderam “(...) conciliar um conjunto de instrumentos para desburocratizar, agilizar e defender o melhor uso dos recursos, para além de procurar instituir estruturas que levem mais facilmente à obtenção de ganhos em saúde, a maior satisfação dos profissionais e maior satisfação dos utentes”.

Uma primeira aplicação prática da política pública em análise ocorreu pelas mãos do Dr. Manuel Antunes, no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC), mais propriamente nos cuidados de saúde relacionados com a Cardiologia, através da criação do Centro de Cirurgia Cardiorádica (CCT). Este centro registou resultados comparativos animadores nos cuidados prestados, potenciando a criação de economias de escala⁹. A maior autonomia proporcionada às equipas, acompanhada de mais meios financeiros, levaram a aumentos da capacidade de resposta e geraram o dinamismo necessário para se responder melhor aos utentes e de forma mais célere. A implementação desta medida permitiu criar um sistema de incentivo financeiro para os profissionais, que passaram a receber uma remuneração variável, determinada com base em critérios objetivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade (Barros, 2005). O ganho obtido com esta política pública levou a que a mesma fosse replicada, como é disso exemplo a criação do Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade (CRIO), no Centro Hospitalar Universitário de São João¹⁰.

⁹ “Uma empresa está na zona de economias de escala quando o custo médio de longo prazo diminui com o aumento da produção, ou seja, quando um aumento proporcional em todos os fatores produtivos gera um aumento, mais do que proporcional, do output” (Azevedo & Mateus, 2014).

¹⁰ Em funções desde janeiro de 2019.

O CRIO foi concebido seguindo a lógica de trabalho colaborativo, com base em equipas multidisciplinares e multiprofissionais, que construíram uma resposta encadeada para a patologia da obesidade e suas conexas, permitindo incrementar os resultados obtidos e colocar, de facto, o utente no centro da resposta médica. Isto mesmo é reforçado pelo diretor clínico do referido centro de responsabilidade integrado, John Preto, ao salientar que “(...) *o paciente é avaliado por uma equipa multidisciplinar e, de forma individualizada, é decidido qual o melhor tratamento a indicar, seja médico, cirúrgico e/ou endoscópico. São garantidos os procedimentos endoscópicos e cirúrgicos mais frequentes e atuais no tratamento da obesidade, além de serem permanentemente incorporadas técnicas inovadoras, como é o caso das metabólicas, que estão a surgir no algoritmo terapêutico*” (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

A política dos CRI, alcançou, nos diversos modelos instaurados, eficiências ao nível do atendimento dos utentes, em matérias como os tempos de resposta e a qualidade do serviço prestado.

Em 2017, através do Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, foram estabelecidos os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS com a natureza de entidade pública empresarial. O referido diploma previa, a nível organizativo, a possibilidade de serem criados Centros de Responsabilidade Integrada, com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, e aumentando a produtividade dos recursos aplicados. A Portaria 330/2017, de 31 de outubro, regulamentou o Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, e definiu o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS, com a natureza de entidades públicas empresariais, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial que se organizem em CRI.

A este propósito, importa convocar a posição partilhada pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), aquando dos avanços registados na definição do modelo de regulamento dos CRI: “[a] *Direção da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares saúda a publicação deste diploma pela sua relevância para a organização interna dos hospitais, potencialidade para a motivação dos profissionais de saúde e melhoria do acesso e qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos portugueses. Neste momento de regozijo, não podemos deixar de alertar que este modelo apenas vingará num quadro de rigor e reforço financeiro, maior autonomia dos hospitais, responsabilização e profissionalização da gestão*” (APAH, 2017).

3.1.2. Grupos de Diagnóstico Homogêneos

Os Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH) consistem num sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos¹¹ que visam organizar os doentes por grupos clinicamente coerentes e similares em matéria de consumo de recursos (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde IP, 2020).

O sistema dos GDH foi originalmente desenhado no final da década de 60 do século XX, na Universidade de Yale, com vista ao desenvolvimento de um sistema com classes de doentes que pudesse estar na base de um modelo de financiamento prospetivo, num trabalho liderado pelos professores Robert B. Fetter e John Thompson, motivados, principalmente, pelo surgimento do programa Medicare, em 1965, nos Estados Unidos da América (EUA), que levou a aumentos da procura de cuidados hospitalares. Foi no final dos anos 70 do século XX que os GDH foram, pela primeira vez, utilizados para servirem de base ao pagamento a hospitais, tendo sido utilizados em hospitais do estado de New Jersey e, posteriormente, a partir de 1983, alargados como método para os pagamentos prospetivos, alusivos aos beneficiários do programa Medicare nos restantes hospitais dos EUA (Noronha, et al., 1991, pp. 198-199). Os GDH consistem, portanto, em mecanismos de financiamento dos hospitais públicos e de controlo de gestão dos hospitais. Como principais vantagens do sistema de GDH podemos convocar as seguintes (Costa, et al., 2008, p. 21):

- Ter o sistema resultado de um número maleável de grupos;
- Basear-se o sistema em dados disponíveis nos hospitais, o que facilita o nível de comparação e a sua exequibilidade;
- O sistema de classificação é conceptualmente atrativo, porque pretende estabelecer padrões de consumo de recursos baseado nas semelhanças e diferenças entre os doentes;
- Em relação ao financiamento, evidencia-se o carácter prospetivo, decorrente do conhecimento prévio dos preços de pagamento, a definição objetiva da unidade

¹¹ “Hospital que trata os doentes na fase aguda da sua doença. Trata-se de hospitais com demora média de curta duração. A designação do conceito, assenta na classificação dos hospitais quanto à situação na doença (aguda / crónica)” (INE, 2005).

de pagamento e o incentivo existente para a prestação de cuidados de saúde mais eficientes.

Os níveis de severidade da doença foram sempre uma preocupação, sendo o problema das altas prematuras e da seleção adversa de doentes, isto é, a admissão de doentes mais rentáveis para o hospital, em detrimento de doentes que, pela sua maior gravidade, comportam maior risco financeiro para o hospital, alguns dos pontos mais criticados aos agrupadores de GDH. Como salienta Costa (2008), através da convocação de Horn e Moses “(...) *os DRG não têm significância clínica e (...) não são facilmente interpretáveis e utilizáveis pelos médicos*”. Neste quadro, apesar de não eliminar a dificuldade assinalada, os GDH passaram “*a incluir 3 níveis de severidade: sem CC (complicações ou comorbilidades), com CC e com CC major*”. A última alteração do AP – DRG ocorreu com a versão de 27 de outubro de 2009 (Borges, 2012).

Em Portugal, a unidade de medida GDH começa a ganhar forma a partir de 1984, através de um acordo celebrado entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Yale, sendo a equipa portuguesa encabeçada pelo professor Augusto Mantas, à época Diretor-Geral do Departamento de Gestão Financeira da Saúde, e pelo Dr. João Urbano, mandatado para coordenar o programa de parceria com os EUA, denominado Sistema de Informação para a Gestão dos Serviços de Saúde (SIGSS), parte integrante dos GDH. A este propósito, importa destacar que Portugal foi o primeiro país europeu a adotar o sistema americano dos GDH para caracterizar o perfil de produção das instituições, em termos de custos dos seus doentes tratados, e como via do processo de pagamento prospetivo dos episódios de internamento, tendo estabelecido uma Codificação Clínica baseada na ICD 9-CM (Varanda, 2017).

Em 1990 foi iniciada a implantação do sistema GDH em Portugal, como base de suporte ao cálculo dos pagamentos aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, aprovada pela Portaria nº 409/90 de 31 de maio, nomeadamente em matéria de cálculo do financiamento dos internamentos no SNS. A introdução do pagamento hospitalar prospetivo, em Portugal, ocorreu, no entanto, em duas fases, uma primeira que aplicava a faturação por GDH apenas às entidades terceiras pagadoras de cuidados de saúde (subsistemas de saúde, seguradoras), relativamente aos cuidados prestados em internamento aos seus beneficiários, em hospitais públicos, uma segunda, que ocorreu a partir de 1997, em que a tutela começou a financiar os

hospitais públicos por GDH, relativamente aos cuidados de internamento prestados a beneficiários do SNS¹².

Atualmente, o sistema GDH é utilizado por todo o SNS, representando, em 2009, cerca de 51% do total do financiamento dos hospitais públicos¹³.

Têm surgido alternativas aos GDH no quadro dos modelos de classificação de doentes, designadamente o Disease Staging, os MedisGroups ou o Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde IP, 2020). Em particular no que concerne ao *Disease Staging*, importa compará-lo com os GDH, salientando as suas diferenças, através do quadro comparativo que apresentamos:

Quadro 3.1 – Síntese das características essenciais dos DRG e do Disease Staging

Síntese das características essenciais dos DRG e do Disease Staging		
	Diagnosis Related Groups (DRG)	Coded Disease Staging
Finalidade	Consumo de recursos	Risco de morte
Fonte de informação	Dados administrativos	Dados administrativos
Crítérios para identificar produtos	Diagnósticos, idade, procedimentos realizados, destino após alta	Diagnósticos e alguns procedimentos
Crítérios para comparar produtos	Diagnósticos, idade, procedimentos realizados, destino após alta	Doença principal e estadio, idade, sexo, comorbilidades e estadios, tipo de admissão, procedimentos realizados
Momento de medição dos dados	Após a alta/Retrospectivo	Após a alta/Retrospectivo
Índices escalares	Traduz diferenças no risco de consumo de recursos. O consumo de recursos é medido pela demora média	Traduz diferenças no risco de mortalidade, complicações, readmissões, demora média e consumo de recursos

Fonte: Costa (2008, p. 15)

Apesar de algumas críticas a que o sistema de GDH tem sido alvo e dos vários avanços civilizacionais, inclusive em matéria de gestão hospitalar, a verdade é que ainda hoje perduram as bases de um trabalho de inovação iniciado em Portugal há mais de trinta e cinco anos.

¹² Os GDH apresentam como agrupadores o *All Patient Refined Diagnosis Related Groups* (APR – DRG), em virtude de o AP DRG vir a “(...) introduzir alterações significativas ao nível da obstetrícia, recém-nascidos, transplantes, queimaduras e doentes com VIH”, chegou-se à conclusão de que este agrupador “(...) seria mais adequado ao espectro de doentes internados nos hospitais do SNS” (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde IP, 2020)

¹³ O agrupador em vigor foi determinado pela Portaria nº 567/2006 de 12 de junho, consistindo na versão 21 do *All Patient Diagnosis Related Groups* (AP – DRG) (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde IP, 2020).

3.2. Principais inovações na década de noventa

3.2.1. Introdução de Taxas Moderadoras

As taxas moderadoras, cujo propósito consiste em “moderar” os padrões de consumo dos serviços de saúde, não devem ser, à partida, prefigurados como uma forma de aumentar a receita, tendo presente inclusive a baixa contribuição nos proveitos do SNS. Até 2012, as taxas moderadoras apresentaram valores relativamente constantes, em concreto “(...) *valores médios cobrados (...) compreendidos entre 8€, nos Hospitais, e 4€, nos Serviços de Cuidados Primários*”. Para estes números circunspectos contribuiu a isenção de pagamento que abrangia metade da população portuguesa (Soares dos Santos, et al., 2012).

A introdução de taxas moderadoras, em Portugal, em 1992, pretendeu racionalizar a procura de cuidados de saúde (Pinto & Aragão, 2003).

Este mecanismo das taxas moderadoras foi previsto, desde logo, pela Lei de Bases da Saúde, a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, em concreto na base xxxiv, no considerando relativo à matéria de medidas reguladoras do uso de serviços de saúde, sendo estas encaradas também como fonte de receita do Serviço Nacional de Saúde.

Este entendimento sobre a matéria da receita foi aprofundado pelo Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de novembro, em face de o XIX Governo Constitucional da República ter considerado que os valores das taxas deveriam ser ainda mais dirigidos para financiar o SNS. Neste quadro, o valor das taxas moderadoras foi aumentado, duplicando o seu valor em vários casos.

Verifica-se, portanto, que o objetivo alvitrado para as taxas moderadoras ficou condicionado e criou barreiras ao acesso, isto é, “(...) *o objetivo deixou de ser a regulação da procura e a eliminação dos excessos, mas, pelo contrário, o aumento das ‘receitas próprias’ (...) [criando] o risco das taxas moderadoras, quando colocadas em valores relativamente elevados, poder impedir o acesso a cuidados de saúde a pessoas realmente necessitadas, que vão atrasando até não poderem mais, a ida aos serviços. Foi o que seguramente aconteceu em 2012 (diga-se que o valor das taxas numa urgência polivalente, oscilava, então, entre 20€ e 50€)*” (Delgado, 2019).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), através do seu relatório de Primavera de 2015, que teve como foco o acesso aos cuidados de saúde, alertou, igualmente, para os desafios relacionados com a subida das taxas moderadores nos anos anteriores, tendo-se registado uma diminuição da procura tanto no acesso aos serviços de urgência como no das

consultas nos cuidados de saúde primários, salientando em matéria de financiamento que, “[a]o contrário do que tem acontecido em países geograficamente mais próximos de Portugal, as despesas de saúde pagas pelo cidadão continuam a subir e a registar valores cada vez mais insuportáveis pelas famílias, mesmo após as recentes alterações nas isenções das taxas moderadoras, sendo dos países da UE com uma das mais baixas despesas por habitante” (Ferreira, 2015).

Com a entrada em funções do XXI Governo Constitucional, procedeu-se a uma retoma gradual do papel preconizado inicialmente para as taxas moderadoras, destacando-se, deste modo, a redução do seu valor global e a introdução da isenção para os utentes referenciados pela Linha de Saúde 24. Com estas novas medidas, pretendeu-se dotar a Linha de Saúde 24 das capacidades necessárias para possibilitar que passasse “a ser verdadeiramente o primeiro ponto de contato entre os cidadãos que precisam de cuidados agudos de saúde e os serviços”, trazendo, em simultâneo, à colação, em matéria de taxas moderadoras, a necessidade de as mesmas serem “(...) equilibradas, proporcionais às condições de rendimento dos cidadãos, mas não podem ser um elemento que frena – através de uma barreira económica inaceitável – o acesso aos cuidados de saúde” (Fernandes, 2015).

No quadro da análise deste problema, as taxas moderadoras têm sido alvo de profundos e variados estudos em vários pontos do mundo. A este propósito Jacobs e Price levaram a cabo um estudo, desenvolvido no Camboja, que salientava o fenómeno “*poverty trap*”. O referido estudo concluiu pela ocorrência de ciclos viciosos de pobreza com elevados impactos na saúde da população, que evidenciavam a existência de uma correlação entre um “menor rendimento” e um “pior estado de saúde”. Em concreto, os autores supramencionados consideraram que os utilizadores mais recorrentes dos serviços e, consequentemente, aqueles que mais pagam as taxas moderadoras, mesmo considerando as isenções existentes, são aqueles que menos têm (Serapioni, 2012). O que nos convoca para a necessidade de refletir sobre a forma mais adequada e proporcional de implementação das taxas moderadoras no nosso país.

Na nova Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, houve uma clarificação acerca da substância das taxas moderadoras, em concreto na Base 24, tanto em matéria de isenções, como no estabelecimento de limites de cobrança e do referencial de orientação dos utentes. Como determinado pelo legislador no referido diploma, “[c]om o objetivo de promover a correta orientação dos utentes, deve ser dispensada a cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e, se a origem da referenciação for o SNS, nas demais prestações de saúde, nos termos a definir por lei”. O princípio da

racionalização da procura é, assim, reforçado, baseando-se na indagação de um melhor rastreamento dos casos, consoante o tipo de cuidados de saúde que necessitam de ser prestados.

3.2.2. Telessaúde

Com base na Organização Mundial da Saúde (OMS), a telessaúde¹⁴ define-se como a “[p]restação de serviços de saúde, onde a distância é um fator crítico, por todos os profissionais de saúde que utilizam tecnologias de informação e comunicação para o intercâmbio de informações válidas para diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças e lesões, pesquisa e avaliação e para a educação continuada dos profissionais de saúde, tudo no interesse de promover a saúde dos indivíduos e das suas comunidades” (OMS, 1998).

Num quadro em que o “[a]cesso, [a] equidade, [a] qualidade e [o] custo efetivo” (Kay, Santos, & Takane, 2010, p. 8) são considerados como “(...) os principais problemas enfrentados pelos sistemas universais de saúde em todo o mundo (...)”, a telemedicina tem vindo a ser ponderada como um importante instrumento para enfrentar os “(...) desafios contemporâneos dos sistemas de saúde universais” (Maldonado, Marques, & Cruz, 2016, p.2), podendo ser utilizada entre profissionais de saúde ou entre profissionais de saúde e pacientes (Kay, Santos, & Takane, 2010, p. 10).

A telemedicina pode ser subdividida em quatro vertentes (i) teleconsulta, (ii) teliagnóstico, (iii) telecirurgia, (iv) teleemergência, (v) telemonitorização, (vi) telereabilitação e (vii) teleformação.

Em Portugal, as primeiras experiências de telessaúde surgem em 1998, na região Centro, com as práticas de teleconsulta da cardiologia pediátrica do Serviço de Cardiologia do Hospital Pediátrico de Coimbra a destacarem-se como as pioneiras. Importa, a este propósito, destacar que estas teleconsultas apresentaram resultados em linha, e, por vezes, superior, às consultas tradicionais. Como refere Castela et al., “[a] Teleconsulta em Cardiologia Pediátrica é possível

¹⁴ A doutrina tem defendido uma distinção entre telemedicina, telessaúde e eSaúde. Segundo alguns autores, a primeira restringe-se à prestação de serviços dos médicos, a segunda abrange a prestação de serviços de todos os profissionais de saúde, onde estão incluídos os enfermeiros, os farmacêuticos, o pessoal administrativo, entre outros, e, finalmente, a terceira, compreende, através da utilização das TIC, a melhoria da promoção, educação e gestão de saúde, isto é, representa a convergência da Internet com a saúde. Neste trabalho iremos empregar o conceito telessaúde num sentido geral por ser a mais abrangente em matéria de prestação de cuidados de saúde, mas tendo em consideração que os conceitos se interligam, o termo telemedicina também será utilizado de forma abrangente.

e fiável usando a plataforma ‘Medigraf’, sendo o erro semelhante ao das consultas tradicionais” (2005).

Desde a implementação da telessaúde, em Portugal, têm vindo a registar-se resultados vantajosos ao nível dos custos das famílias, do tempo de espera e da escala da prestação dos cuidados de saúde, o que conduziu à proliferação das experiências da telessaúde.

No caso português, a telemedicina tem sido progressivamente adotada, dispondo o Despacho nº 3571/2013, de 6 de março, emitido pelo Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, que “[o]s serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem intensificar a utilização das tecnologias de informação e comunicação de forma a promover e garantir o fornecimento de serviços de telemedicina aos utentes do SNS”. Foi neste quadro que, em 2016, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 67/2016, de 26 de outubro, a SPMS, E.P.E. criou o CNTS – Centro Nacional de TeleSaúde, com a missão de potenciar a inovação e utilização das TIC’s e promover sinergias através de uma rede inclusiva de parceiros para aproximar o cidadão à sua saúde.

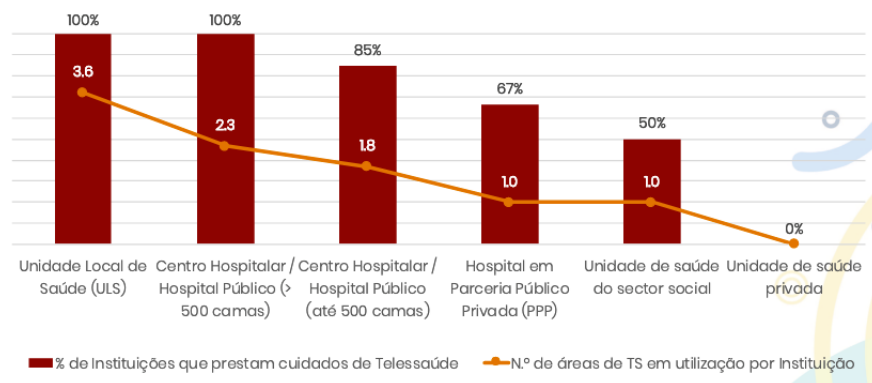
Na senda da referida promoção da telessaúde, em Portugal, existem alguns programas no quadro da telemedicina, importando destacar os seguintes: SNS 24 (inicialmente designada Dói, Dói? Trim, Trim! e, mais tarde, Linha de Saúde 24), telemonitorização de doentes com DPOC, telemonitorização de doentes em diálise peritoneal, telemedicina em tempo real, telerrastreio dermatológico e telemedicina de cardiologia pediátrica. No final de 2019, foi iniciado o Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde (PENTS)¹⁵, com seis Linhas Estratégicas de Desenvolvimento para a Telessaúde (LEDTS), a saber: (i) boa governação e desenvolvimento do capital humano; (ii) garantia da interoperabilidade e segurança; (iii) capacitação de infraestruturas e melhoria dos sistemas de informação num SNS colaborativo e centrado no cidadão; (iv) integração, continuidade e proximidade dos cuidados de saúde; (v) avaliação e partilha de boas práticas que promovam a inovação e assegurem o acesso, qualidade e eficiência dos cuidados de saúde; e (vi) aposta contínua na inovação, investigação e desenvolvimento por forma a gerar, testar e implementar novas ideias e soluções.

Partindo do Barómetro da adoção de telessaúde e de Inteligência Artificial no Sistema da Saúde, elaborado em 2019 pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, com o apoio da SPMS e da Escola Nacional de Saúde Pública, temos que 87% dos hospitais do SNS

¹⁵ Disponível em <https://www.spms.min-saude.pt/2019/11/10-plano-estrategico-nacional-para-a-telessaude-apresentado-pela-spms/>, consultado em 16/10/2020.

têm, pelo menos, um projeto implementado na área da telessaúde (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2019, p. 33). Ao nível da percentagem de instituições hospitalares que prestam cuidados de telessaúde e média de áreas em utilização por instituição, as unidades locais de saúde (ULS) são as instituições que têm implementadas mais áreas de telessaúde por instituição, seguidas dos centros hospitalares e dos hospitais públicos (>500 camas), em concreto:

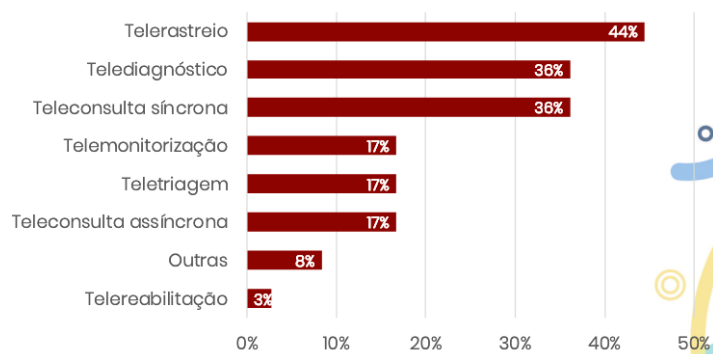
Gráfico 3.1 – Relação entre a percentagem de instituições que prestam cuidados de Telessaúde e o número de áreas de Telessaúde em utilização por Instituição



Fonte: Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (2019, p. 31)

Relativamente à percentagem de projetos de telessaúde, o telerrastreio é a área mais utilizada (44%), seguido da teleconsulta síncrona (36%) e do telediagnóstico (36%). Vejamos no gráfico infra:

Gráfico 3.2 – Percentagem de projetos de Telessaúde



Fonte: Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (2019, p. 32)

Ainda de acordo com o mesmo barómetro, as regiões do Norte (8%) e do Centro (8%) são as que mais prestam cuidados de telemonitorização nos hospitais SNS, com a região do Algarve (0%) a surgir em último (Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2019, p. 34).

A Telessaúde tem tido um papel primordial na democratização do acesso aos serviços de saúde. Em concreto no período pandémico provocado pelo vírus SARS-CoV2, causador da doença Covid-19, tem-se tornado mais evidente a preponderância dos instrumentos da eSaúde, de modo a permitir que o SNS responda ao aumento das necessidades ao nível dos cuidados de saúde, tanto nos episódios relacionados com a Covid-19, como com as demais necessidades que exigem uma resposta eficaz e atempada. O referido comportamento crescente é comprovável através dos gráficos que seguem:

Gráfico 3.3 – Número de consultas de telemedicina, num total nacional

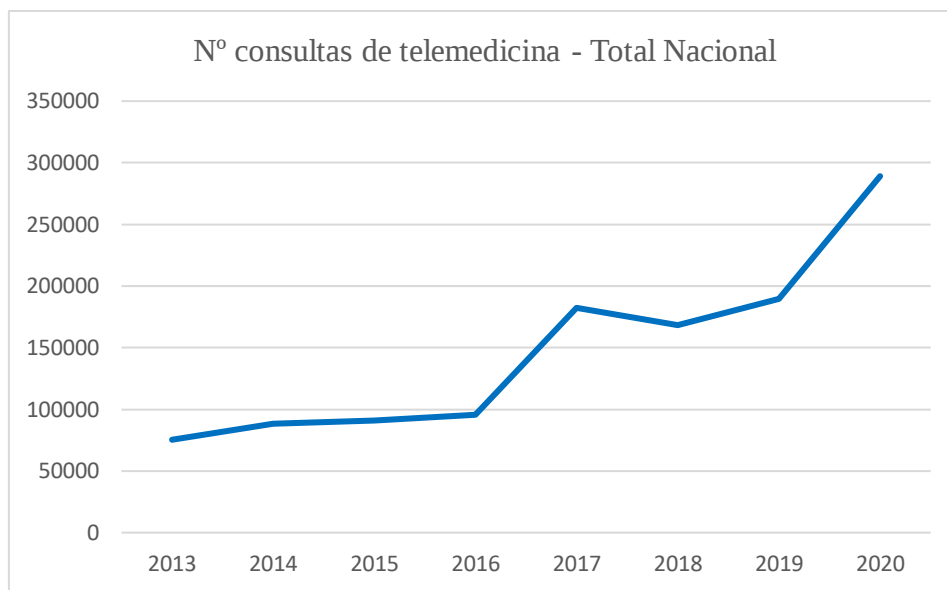
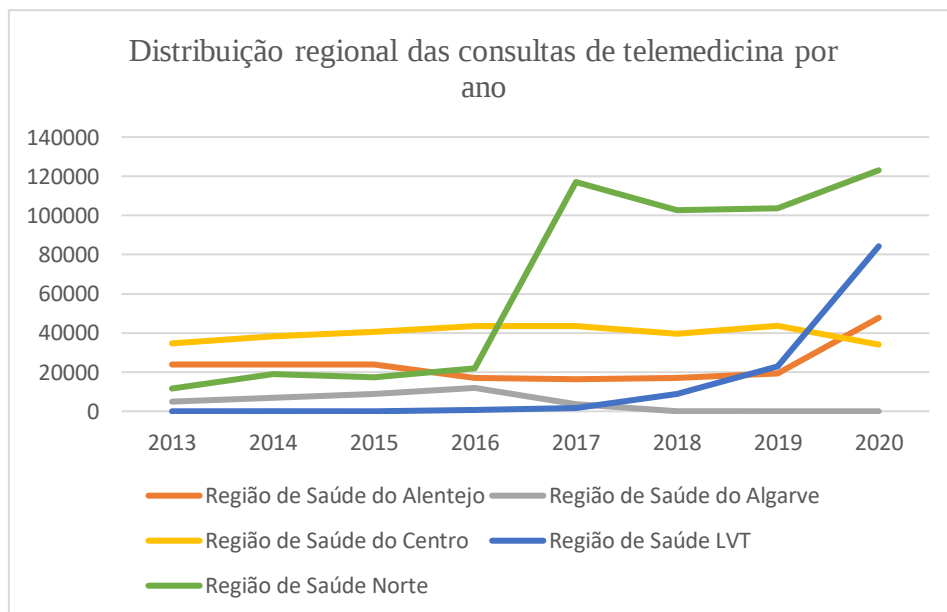


Gráfico 3.4 – Distribuição regional das consultas de telemedicina por ano



Fonte: Elaboração própria com base no Portal da Transparência do SNS.

Relativamente a 2020, em pleno período pandémico, verificou-se que, em Portugal, as consultas de telemedicina nos hospitais cresceram, tendo sido atingido o número mais elevado de sempre, com um valor de 289.101 consultas em todo o território nacional, um aumento bastante acentuado face ao ano de 2019, onde se registaram 189.502 consultas¹⁶.

No que toca à distribuição regional dos valores relativos às consultas de telemedicina, destacamos o papel preponderante da Região de Saúde do Centro e da Região de Saúde do Alentejo, sobretudo nos primeiros anos de análise (2013, 2014 e 2015), e da Região de Saúde do Norte e da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, nos anos mais recentes (2019 e 2020).

A telessaúde, em concreto a telemedicina e a telemonitorização, são, mais do que nunca, e num quadro pandémico como o atualmente vivido, alternativas viáveis e indispensáveis para um sistema de saúde inovador, de modo a responder às reais carências da comunidade, em especial quando se considera a importância da quarentena e da necessidade de não sobrecarregar os hospitais e outras entidades de saúde. A telessaúde oferece capacidades de triagem, a par de cuidados e tratamentos remotos, vigilância, monitorização, deteção e prevenção, que permite, por exemplo, mitigar os impactos aos cuidados de saúde indiretamente relacionados com a Covid-19. É, no entanto, urgente uma maior capacitação, em especial dos médicos e enfermeiros, ao nível *de know-how* e de infraestruturas de TI adequadas nesta valência.

3.3. Principais inovações na primeira década do século XXI

3.3.1. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), criado em 2004 pela Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, de 24 de junho, teve por finalidade “*minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível*”.

De acordo com o referido diploma, o SIGIC pretendia alcançar os seguintes objetivos: (a) “[i]dentificar prioridades e garantir um tempo médio e máximo de espera para a realização

¹⁶ Dados retirados do portal da Transparência do SNS, disponível em <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/consultas-em-telemedicina/information/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=tempo>, consultado em 16/04/2021.

de qualquer cirurgia no Serviço Nacional de Saúde (SNS), otimizando assim a capacidade instalada”, (b) “[e]nvolver o utente de uma forma ativa no processo de formalização do consentimento para a realização da cirurgia, cujos procedimentos deverão ser objeto de larga divulgação junto daqueles”, (c) “[i]ntroduzir maior controlo e transparência no processo de inscrição, pela emissão de um certificado de inscrição, datado, a emitir pelo hospital depois de assinada pelo utente a respetiva nota de consentimento”, e (d) “[g]arantir ao utente a realização da cirurgia num prazo adequado à sua situação clínica, podendo recorrer à emissão do vale-cirurgia, documento que pode ser utilizado por qualquer utente como meio de pagamento de uma cirurgia junto de uma entidade convencionada”.

O regulamento do SIGIC foi aprovado pela Portaria nº 1450/2004, de 25 de novembro, diploma, entretanto, revogado pela Portaria nº 45/2008, de 15 de janeiro, que aprovou um novo regulamento do SIGIC. A Portaria nº 45/2008 sofreu alterações através da Portaria nº 179/2014, de 11 de setembro, tendo sido revogada pela Portaria nº 147/2017, de 27 de abril, que regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), apesar de, até ao momento, a Portaria nº 45/2008 manter uma vigência condicionada¹⁷.

Analisando a Portaria nº 147/2017, salientamos que, em matéria de princípios do SIGIC, houve a necessidade de uma ação mais voltada para o cidadão. Nesse sentido, houve uma modificação da nomenclatura, passando a designar-se Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS), tendo-se tornado imperativo “(...) *alterar o paradigma da oferta de cuidados de saúde, reorganizando o sistema em torno do cidadão, das suas necessidades e expectativas, promovendo a acessibilidade, a celeridade, a equidade e a humanização dos serviços, sem perder de vista a qualidade, a viabilidade e a sustentabilidade do SNS*”. O SIGA SNS visa, igualmente, uma ação mais integrada e transparente, potenciando um acesso mais livre aos cidadãos, particularmente, nas consultas de especialidade hospitalar (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Em face das supramencionadas inovações que o SIGA SNS pretende implementar, consideramos importante que seja concretizada, de modo a potenciar a sua implementação e promover uma ação de melhoria do acesso do cidadão.

Esta necessidade é, igualmente, salientada por um grupo técnico independente, coordenado pelo Dr. Miguel Guimarães, no relatório intitulado “*Avaliação dos sistemas de gestão do acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde*”. O referido grupo recomenda, a

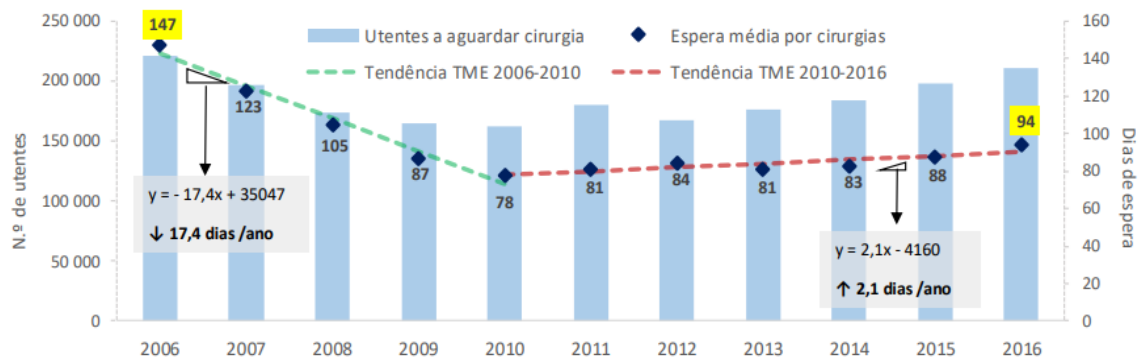
¹⁷ Em virtude do disposto no artigo 27º, alínea a), conjugado com o artigo 26º, nº 2, ambos da Portaria nº 147/2017.

título de exemplo, “[c]oncretizar o mais célere possível o Sistema de Informação de Gestão do Acesso, com a conclusão o mais breve possível, de toda a regulamentação prevista no Decreto-Lei nº 147/2017, de 27 de abril, como forma de efetivamente garantir a compilação de toda a informação que se encontrava dispersa por vários outros sistemas de informação(...)” e substituir os “(...) atuais sistemas de gestão do acesso pela efetiva implementação do SIGA SNS”, de modo a assegurar “a real verificação do cumprimento dos TMRG em todos os prestadores de cuidados de saúde do SNS” (Guimarães & et al., 2018, p. 23).

Os tempos de espera para a realização de cuidados de saúde, em particular os tempos para a realização de cirurgias (baseando-se no processo de gestão da LIC – Lista de inscritos para Cirurgia) são uma preocupação internacional e não apenas circunscrita a Portugal, sendo característica basilar para o estudo sobre a qualidade do acesso a cuidados de saúde. Por esse motivo, os indicadores nesta área têm sido seguidos de perto pela OCDE e o reconhecimento da política pública do SIGIC a nível internacional é grande. Tal é demonstrado no relatório da OCDE “*Waiting Time Policies in the Health Sector – What Works?*”, referindo-se ao SIGIC como um programa estrutural que permitiu a melhoria substancial dos tempos de espera para cirurgia nos utentes do SNS, considerando tratar-se de um exemplo para os restantes países da referida estrutura. O relatório supra enunciado salienta o papel inovador e a capacidade de rastreamento da jornada do utente do sistema de informação subjacente ao SIGIC, *in concreto*, o SIGLIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), referindo que “[o] SIGLIC reporta informação para gestão clínica de forma inovadora, pois a estrutura de informação do processo clínico eletrónico foi adaptada para ser mais atraente e útil para o pessoal clínico, em particular os cirurgiões”, a que acresce o maior controlo da “(...) jornada do paciente, desde os cuidados primários até à finalização do tratamento no SNS” (Siciliani, et al., 2013, p. 247). Ainda assim, a evolução do sistema de informação SIGLIC é premente, visto que é reconhecido que tanto o SIGIC como a Consulta a Tempo e Horas (CTH) apresentam fragilidades, tendo o mesmo sido reconhecido pela ACSS e vertido na auditoria realizada pelo Tribunal de Contas, que justifica “(...) a implementação de um novo quadro regulamentar e operacional e a reformulação dos sistemas de informação que suportam o acesso ao SNS” (Tribunal de Contas, 2017, p. 24).

Concretamente, no que concerne à evolução dos tempos de espera (TME) para cirurgia, em Portugal, verifica-se a seguinte evolução:

Gráfico 3.5 – Evolução dos tempos de espera para cirurgia, em Portugal



Fonte: Tribunal de Contas (2017, p. 29)

Os bons resultados alcançados no período compreendido entre 2006 e 2010 são reflexo da implementação do SIGIC, na medida em que “[e]ste sistema inovador reforçou a cooperação entre o setor público e o setor privado, no contexto das prestações convencionadas”. Importa constatar que, já “[e]m 2010, no setor privado convencionado, no âmbito do SIGIC, o número de cirurgias realizado cresceu 39,8% face a 2005 (cerca de 25000 cirurgias) contribuindo para a percentagem global de 15% de cirurgias realizadas, pelo setor privado, face ao total do número de cirurgias realizadas no SNS” (Fernandes, 2014).

A qualidade do sistema nacional de saúde também se mede pela sua rapidez no acesso a cuidados de saúde prestados à população. A este propósito, importa convocar o recente relatório do Tribunal de Contas, designado “Covid-19 – Impacto na atividade e no acesso ao SNS”, onde é referido que “[a]s notas de transferência entre unidades hospitalares do SNS permitem que as unidades hospitalares, com tempos de espera mais reduzidos, possam receber utentes de unidades hospitalares que não estejam em condições de cumprir os TMRG de determinada especialidade / procedimento cirúrgico”. O referido relatório acrescenta ainda que “[a] emissão automática de vales cirurgia nos prazos regulamentares foi uma das recomendações efetuadas (...) [de modo a que] não seja posto em causa o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável” (Tribunal de Contas, 2020).

No quadro do SNS, o SIGIC, agora designado SIGA SNS, será, cremos, sempre um bom aliado, pois contribui para evitar que o Sistema Nacional de Saúde se torne, no futuro, apenas um serviço destinado aos indivíduos com menor capacidade económica.

3.3.2. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada, em 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho, de modo a responder ao aumento do número de pessoas que se encontram em situação de dependência. De acordo com o artigo 3º, alínea a), do referido diploma, entende-se por *cuidados continuados integrados* o “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”.

A RNCCI apresenta um objeto de intervenção relevante e com crescente importância, em face de o índice de envelhecimento populacional¹⁸ de Portugal, um indicador que previsivelmente nos alerta para o aumento das necessidades dos cuidados protagonizados pela rede, ter vindo a aumentar sucessivamente. Aliás, prevê-se mesmo uma duplicação do valor, mais propriamente um aumento “de 147 para 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080” (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

Apesar de a RNCCI ser maioritariamente composta por utentes idosos, com um valor, em 2019, de 84,4% da população com idade superior aos 65 anos na RNCCI, a verdade é que o seu âmbito de aplicação é mais alargado. Foi nesse sentido que, em 2015, foram criadas as condições de instalação e funcionamento das Unidades de Cuidados Integrados Pediátricos (Portaria nº 343/2015, de 12 de outubro), em face da necessidade de também os jovens e as crianças receberem este tipo de cuidados. Os Cuidados Integrados Pediátricos apresentam uma singularidade, em concreto o facto de incidir no ambulatório, em virtude de as famílias apresentarem preferência pela permanência das crianças no domicílio, em detrimento do internamento (Gandra, 2020).

Integrada, igualmente, na RNCCI, surge a rede de Cuidados Continuados Integrados da Saúde Mental, criada pelo Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro, destinada a pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. A coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras

¹⁸ Podemos entender índice de envelhecimento populacional como a “[r]elação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (expressa habitualmente por 100 (10[^]2) pessoas dos 0 aos 14 anos)” (Instituto Nacional de Estatística, 2003).

de cuidados continuados integrados de saúde mental foi estabelecida pela Portaria nº 149/2011, de 8 de abril, posteriormente alterada pela Portaria nº 68/2017, de 16 de fevereiro. Conforme referido neste último diploma, “[a]pesar da legislação que criou as unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental datar de 2010, através do Decreto-Lei supramencionado, não foram desde então criadas estas respostas. Após cinco anos da entrada em vigor da referida portaria, e apesar da mesma nunca ter sido implementada, importa proceder a alterações na Portaria nº 149/2011, de 8 de abril, ao nível da coordenação das unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, assim como à revisão das suas condições de instalação, organização e funcionamento, da capacidade das equipas e da adequação dos profissionais que as integram, reforçando as competências e a experiência em saúde mental dos elementos e das estruturas que as governam”.

Neste sentido, cremos que existe ainda um longo caminho a percorrer ao nível dos cuidados de saúde mental, já que, importa salientar, é das principais causas de morte e incapacidade verificadas em Portugal, na última década – “o maior crescimento é para a doença alzheimer” (Fronteira, 2020).

Convocando alguns números exemplificativos no quadro da rede de Cuidados Continuados Integrados da Saúde Mental, importa referir que, até dezembro de 2020, existiram 386 respostas de saúde mental, a funcionar no âmbito de experiência piloto, estando previsto o alargamento de mais 700 novas respostas durante o ano de 2021 (Gandra, 2020).

Volvendo à RNCCI, temos que a capacidade de resposta da rede é sobretudo voltada para o conceito aproximado que nos é apresentado pela OMS, *Long Term Care (LTC)*, por isso, neste quadro, os objetivos específicos traçados para a RNCCI são os relativos à resposta direta da rede e da intervenção da comunidade: “(...) Apoiar os familiares ou cuidadores informais, na qualificação e na prestação dos cuidados; [g]arantir a referenciação adequada; [g]arantir a mobilidade nas diferentes respostas da rede; [m]elhorar continuamente a qualidade; [i]ntegrar a oferta de cuidados com os diversos serviços e equipamentos do sistema de Segurança Social; [a]ssegurar a cobertura a nível nacional e resposta às necessidades das pessoas em situação de dependência, sustentada numa oferta de tipologias adequadas, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas” (Gandra, 2020).

No decorrer dos objetivos da RNCCI previamente referidos, ressaltamos a importância do estatuto do cuidador informal, estabelecido pela recente Lei nº 100/2019, de 6 de setembro, que “regula os direitos e os deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelecendo as

respetivas medidas de apoio”, e do papel preponderante da rede na promoção da sua capacitação para a prestação dos cuidados.

O estatuto encontra-se ainda numa fase inicial, pelo que a expansão desta importante política pública é uma necessidade premente e complementar à rede, após a comprovada avaliação da implementação da mesma. Segundo a Portaria nº 64/2020, de 10 de março, os testes piloto estão a ser desenvolvidos em 30 concelhos (Alcoutim, Alvaiázere, Amadora, Arcos de Valdevez, Boticas, Cabeceiras de Basto, Campo Maior, Castelo de Paiva, Coruche, Évora, Figueira da Foz, Fundão, Grândola, Lamego, Mação, Matosinhos, Mértola, Miranda do Corvo, Moita, Montalegre, Mora, Moura, Penafiel, Portimão, Sabugal, Seia, Viana do Castelo, Vieira do Minho, Vila Real, Vimioso).

Embora se estimasse, em 2020, que cerca de 800 mil portugueses cuidam regularmente de um familiar dependente, à luz do quadro legal do cuidador informal, a fraca adesão ao estatuto registada nesse ano inicial, para a Panóplia de Heróis – Associação Nacional de Cuidadores Informais (PH-ANCI) é justificada pelo facto de a informação não chegar a quem mais precisa (Andersson & Coutinho, 2020).

A intervenção da RNCCI é ampla, caracterizada pela intersectorialidade (saúde e apoio social), multidisciplinariedade (envolve profissionais de múltiplas especialidades) e pela criação de alianças (ex. IPSS, Misericórdias), pelo que *“cruza todo o sistema público de saúde, sendo articulada, de modo intersectorial, com o setor social como parceiro de excelência”* (Campos & Simões, 2011, p. 155).

Neste sentido, a RNCCI tem necessariamente um cariz de trabalho conjunto e sinérgico essencial, seja com as várias entidades de saúde (ex. Hospitais, Cuidados de Saúde Primários), seja com a autarquia local ou com os cuidadores informais, entre outros, sendo por isso, necessário garantir uma ação colaborativa e dinâmica coletiva de proximidade para a prossecução da realização de cuidados mais centrados nos cidadãos. É neste sentido que advertimos para a necessidade de serem, frequentemente, trabalhados conceitos como *“(…) a cooperação inter organizacional, estratégias de ação coletiva, atores-chave na rede, mudança organizacional e resistência organizacional, práticas de cooperação, análise de redes sociais e redes de apoio social”* (Santanita, et al., 2017, p. 90).

3.4. Principais inovações na segunda década do século XXI

3.4.1. SNS sem papel

O programa SNS Sem Papel integra-se na Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde 2020 (ENESIS 2020), estratégia aprovada pela Resolução nº 62/2016 do Conselho de Ministros de 17 de outubro de 2016. A ENESIS 2020 é uma estratégia alargada que visa a implementação da modernização administrativa, de onde podemos destacar a transformação digital na Saúde, onde está enquadrada a iniciativa *SNS sem papel* e possui variados expedientes, nomeadamente: “[d]efinição da arquitetura de referência do eSIS e elaboração de guias e boas práticas; Reforço de competências digitais dos recursos humanos; Melhoria contínua dos processos de gestão dos SI, nomeadamente na componente de segurança; Melhoria contínua dos processos de gestão dos SI, nomeadamente na componente de serviço; Criação do Centro Nacional de TeleSaúde como catalisador para a generalização da prática de telessaúde – um princípio facilitador para o acesso à saúde; Portabilidade e acesso ao Registo de Saúde Eletrónico (MySNS – Carteira Eletrónica de Saúde); Desmaterialização de processos do ciclo de vida do cidadão, interoperabilidade e partilha de informação clínica no âmbito da articulação interministerial; SNS Sem Papel 2020 – desmaterialização e integração dos registos e processos no SNS até 2020” (SPMS EPE, 2017). A ENESIS 2020 viu estabelecidas as suas disposições e princípios de governança e gestão pelo Despacho nº 3156/2017, de 13 de abril de 2017.

A iniciativa SNS Sem Papel realiza “a prescrição e dispensa eletrónicas de medicamentos; a desmaterialização dos processos associados aos certificados de óbito e baixas médicas; ou a disponibilização de dados e serviços na internet, consagrando o princípio da transparência e dos dados abertos” (Ministério da Saúde, 2018), introduzindo um posicionamento que segue a visão da organização americana HIMSS¹⁹, no que concerne ao referencial EMRAM²⁰. Para alcançar as realizações a que se propõe, engloba projetos como a Receita Sem Papel (RSP) e Exames sem Papel (ESP).

A introdução do SNS Sem Papel foi liderada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), apresentando vantagens em matéria de transparência, eficácia e redução

¹⁹ A Healthcare Information and Management Systems Society, Inc. (HIMSS) é uma organização sem fins lucrativos, consultora global e líder de ideias que apoia a transformação do ecossistema da saúde por meio das tecnologias de informação.

²⁰ O *Electronic Medical Record Adoption Model* (EMRAM) é um modelo de adoção que avalia a maturidade digital nos hospitais em todo o mundo, sendo apresentado através de uma pontuação enquadrada num de oito estágios (0-7), consoante as capacidades de registo médico eletrónico em cada instituição.

da fraude. O projeto RSP surgiu através da Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio, mas a prescrição eletrónica com desmaterialização da receita apenas avançou, substancialmente, a partir do lançamento da Portaria nº 224/2015, de 27 de julho.

Em termos de quantificação dos ganhos da iniciativa SNS Sem Papel, em particular no que respeita ao projeto Receita Sem Papel, verificou-se, no primeiro ano e meio de atividade, uma redução da fraude no SNS estimada em 80%, um resultado obtido com a envolvimento da Polícia Judiciária. Este projeto da RSP tem permitido *“reduzir custos, combater a fraude, otimizar recursos disponíveis e, também, obter enormes ganhos ambientais”* (Serviço Nacional de Saúde, 2017). No setor privado, as embalagens prescritas por RSP já rondam os 99%, mostrando a grande adesão e amplitude do projeto (Serviço Nacional de Saúde, 2019). Em tempos de pandemia Covid-19, a RSP atingiu já cerca de 95% da população portuguesa, permitindo uma diminuição notória da pressão burocrática dos serviços, que foram sobrecarregados ao nível do atendimento.

O projeto ESP, focado na componente de desmaterialização dos MCDTs, surge no decorrer da Portaria nº 126/2018 de 8 de maio, tendo o arranque oficial sido concretizado em 19 de julho de 2018. O projeto ESP *“representa uma iniciativa importante do Ministério da Saúde, de enorme complexidade que abrange muitos prestadores e diferentes tipologias de exames, visando desmaterialização da requisição, efetivação e faturação de MCDT e assegurando que toda a informação acompanha, em suporte digital, o utente”* (Serviço Nacional de Saúde, 2020). No que respeita à iniciativa ESP, verificamos que permitiu incrementar o acesso digital aos MCDTs por parte dos utentes e dos profissionais de saúde, reduzindo o desperdício, nomeadamente na solicitação de MCDTs duplicados e no que concerne a deslocações desnecessárias dos utentes ou dos documentos enviados pelos profissionais de saúde. Isto é, ganhos que representam a evidência de que a melhoria do registo clínico contribui para atenuar a prescrição excessiva de MCDTs (Miyakis, et al., 2006).

Concluimos, deste modo, pela forte pertinência do SNS sem papel, um programa liderado pela SPMS, da Transformação Digital do sistema de saúde português, num contexto em que as exigências crescentes dos cidadãos ressaltam a necessidade de evolução das organizações.

3.4.2. Hospitalização domiciliária

O conceito de hospitalização domiciliária define-se como *“um modelo de assistência hospitalar ao doente agudo, que se caracteriza pela prestação de cuidados de saúde no domicílio,*

tornando-se uma alternativa ao internamento hospitalar convencional” e apresenta inúmeras vantagens, nomeadamente em matérias como “a otimização do número de camas hospitalares, a redução da demora média dos internamentos hospitalares convencionais, a diminuição dos custos por episódio de internamento, das infeções associadas aos cuidados de saúde e da mortalidade, como também a promoção e integração dos cuidadores na definição e execução de um plano assistencial centrado no doente” (Tosatto, et al., 2019, p. 18).

O conceito de tratar o doente em casa surge na Idade Média, para os mais abastados, reservando-se o tratamento no hospital para os indigentes. Atualmente, cerca de 50% dos internamentos hospitalares podem ocorrer em casa (RTP - Rádio e Televisão de Portugal, 2020).

As atividades de hospitalização domiciliária remontam, historicamente, ao ano de 1947, em particular nos Estados Unidos, com o programa *Home Care*, caracterizado pelo seu arranque num hospital situado numa comunidade italiana que apresentava falta de camas. A experiência *Home Care* visou “(...) descongestionar os hospitais, assim como criar um ambiente psicológico mais favorável para o doente”, tendo apenas chegado à Europa, em concreto, França, em 1957 (Delerue, 2019). As vantagens da Hospitalização Domiciliária podem ser sistematizadas através do seguinte quadro:

Quadro 3.2 – Vantagens da Hospitalização Domiciliária

<u>Utentes e famílias</u>	<u>Hospital</u>	<u>Sistema de Saúde</u>
Melhor atenção, participação e responsabilização	Maior rentabilidade dos recursos disponíveis	Incremento da eficácia e efetividade através de uma assistência mais humanizada
Melhor qualidade de vida, intimidade e bem-estar	Aumento da rotação e disponibilidade de camas	Uso mais eficiente das ferramentas de saúde do sistema
Assistência personalizada e mais humanidade	Redução de internamentos desnecessários	Possibilidade de integrar e melhorar as relações entre os diversos níveis assistenciais
Educação para a saúde	Diminuição dos períodos de internamento	Possibilidade de prestar cuidados de forma continuada, integral e multidisciplinar entre os profissionais dos cuidados primários, hospitalares e sociais

Prevenção da desinserção social e internamento psiquiátrico	Redução do valor planeado no orçamento	
Menor risco de iatrogenia	Possibilidade de melhorar os serviços	

Fonte: Adaptado de Cotta et al. (2001, p. 50)

Relativamente às desvantagens, destacamos o facto de a equipa de enfermagem não estar no domicílio durante 24h por dia, o que implica ensinamentos ao cuidador e ao paciente sobre o controlo da infeção, o que pode provocar um lapso de informação e problemas ao nível dos cuidados. Também o facto de existir uma exclusão dos habitantes que socialmente são mais desfavorecidos (ex.: casas sem condições) não permite a universalidade da prática.

Em Portugal, a hospitalização domiciliária teve início em 2015, mais propriamente em 16 de novembro, tendo a Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital Garcia de Orta (HGO) sido a pioneira. Na experiência de hospitalização domiciliária no HGO destacamos o carácter humanista dos cuidados e a seguinte motriz desta atividade “*There’s no place like home*”. Nos dias de hoje, Espanha, Dinamarca e Holanda são os países europeus mais avançados na prática de hospitalização domiciliária, ocorrendo os programas mais desenvolvidos de hospitalização domiciliária nas regiões dos referidos países mais oprimidas do ponto de vista social (Azevedo, 2019). O projeto piloto de hospitalização domiciliária no HGO, que esteve sob a monitorização da tutela, demonstrou resultados positivos, passando a atividade a ser regulamentada pela Direção Geral da Saúde (DGS) na norma 020/2018, expandindo-se para já cerca de vinte e cinco hospitais em todo o país (Nortadas, et al., 2020).

Com o aumento das experiências de hospitalização domiciliária em Portugal, foram-se sucedendo vários resultados positivos da introdução desta política pública. Concretamente, no caso da ULS de Castelo Branco, foi criada, em março de 2019, a UHD dedicada à patologia de Insuficiência Cardíaca Crónica. Neste caso, destacamos os efeitos positivos da hospitalização domiciliária relativos ao número elevado de altas para o serviço de consultas e o potencial para incrementar a literacia em saúde da população (Mariano, et al., 2021). No decorrer da pandemia Covid-19, a resposta da hospitalização domiciliária também teve de sofrer adaptações, sendo que no HGO a opção consistiu em criar a equipa UHD-COVID, que visou dar uma resposta exclusiva aos doentes com a infeção de SARS-CoV2.

Em jeito de conclusão, parece-nos que o incremento de hospitalização domiciliária passa por um trabalho multidisciplinar, com a participação dos profissionais de saúde e que envolva

os serviços sociais, através dos técnicos superiores desta área que podem desenvolver uma avaliação e parecer sobre as condições necessárias para assegurar o isolamento apropriado em casa dos doentes (Nortadas, et al., 2020). Constatamos, deste modo, que a política pública de hospitalização domiciliária tem vindo a revolucionar, de modo muito positivo, a forma como os cuidados de saúde são prestados, alterando o paradigma da prestação confinada à localização da unidade hospitalar, o que possibilita uma melhoria da satisfação dos utentes.

3.5. Perspetivas de inovações futuras no setor da saúde

O caminho da inovação faz-se de passado, presente e futuro. Assim, no que respeita à evolução no setor da saúde, propomo-nos, nesta fase, analisar as principais tendências, os modelos e os caminhos de progresso perspectivados para o sistema de saúde português.

Neste quadro, importa reter que a evolução no setor da saúde necessita, desde logo, de identificar a inteligência artificial (IA) como um parceiro dos médicos e não um substituto. Pois, com o auxílio da IA torna-se possível combinar capacidades que podem revolucionar a medicina e tornar os profissionais em super médicos, ou seja, através da IA os médicos passam a poupar tempo que pode ser reinvestido nos doentes (Parikh, 2018). De facto, existem casos em que a IA pode ser mais eficaz no diagnóstico, como é exemplo a previsão de ataques cardíacos ou derrames em dez anos (Strickland, 2017). No entanto, estes avanços necessitam, por exemplo, de humanismo, de complementaridade de informações, para que sejam bem geridos em prol da saúde dos pacientes. Assim, os médicos tornam-se profissionais fulcrais nos sistemas de saúde do futuro.

A este propósito, convocando um estudo sobre as dez tecnologias emergentes publicado pela MIT Technology Review em 2019 e que foi coordenado por Bill Gates, podemos destacar as inovações perspectivadas para o setor da saúde e que sistematizamos no quadro infra:

Quadro 3.3 – Inovações perspectivadas para o setor da saúde

<u>Produtos e tendências inovadoras</u>	<u>Descrição</u>
Relógios inteligentes (ex.: Apple Watch Series). Os “guardiões da saúde” (Hon, 2019).	Nesta tipologia de produto referimos a funcionalidade do eletrocardiograma, que permite detetar, em cerca de trinta segundos, sinais de fibrilação atrial. A possibilidade da recolha de informação em tempo real permite obter dados que podem ajudar no diagnóstico.
Previsão de nascimentos prematuros (Rochman, 2019).	Os partos prematuros são a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, daí a pertinência desta solução. O sequenciamento do RNA no sangue da mãe permite identificar quais as mães que estão em risco de ter um parto prematuro e pode ser efetuado através de um simples exame de sangue.
Cápsula que contém a visão de um tubo intestinal (Humphries, 2019).	É um método não evasivo, que se materializa num dispositivo que pode ser engolido e que contém microscópios minúsculos que permitem enviar imagens para o exterior. Este dispositivo torna mais fácil detetar e estudar doenças intestinais.
Vacinas contra o cancro personalizadas (Piore, 2019).	O tratamento providenciado pela vacina permitirá estimular o sistema imunológico da pessoa a identificar e combater o respetivo tumor e as mutações exclusivas. Este tratamento apresenta uma vantagem comparativamente com as quimioterapias convencionais, pois limita o dano causado às células saudáveis.

Fonte: elaboração própria, com base no MIT Technology Review em 2019

Com efeito, o sistema de saúde do futuro apresentará uma ligação muito estreita com a tecnologia e com a evolução da ciência na investigação biomédica.

Neste sentido, de acordo com Campos (2019), importa compreender que ações devem ser desencadeadas para garantir que o sistema de saúde do futuro apresenta os recursos (humanos, materiais, infraestruturais) necessários. Para isso, devem ser conduzidas pelos diversos atores-chave as seguintes boas práticas e trabalho futuro (Campos, 2019, p. 133):

“(a) Melhorar a disponibilidade, qualidade e quantidade e informação sobre os RH, como forma de reduzir a incerteza envolvida no processo;

(b) Adequar a oferta às necessidades da população a nível nacional e territorial, para se estabelecerem níveis adequados de formação; o que obriga a conhecer as necessidades futuras da população em cada nível de serviço de saúde, bem como retratar a influência de variáveis demográficas, epidemiológicas e territoriais, para garantir equidade no acesso e na utilização;

(c) Definir políticas para melhorar a distribuição geográfica de profissionais, quer pela criação de oportunidades profissionais, quer por incentivos de vária natureza;

(d) Alargar o estudo a outras profissões de saúde;

(e) Criar sistemas de apoio à decisão para testar o impacto das diversas políticas, de forma automatizada e com instrumentos de uso amigável para o utilizador”.

Através da análise do estudo realizado pela Deloitte – “Health in 2040: 10 archetypes that could define the future of health” –, podemos concluir que a evolução ficará segmentada por três categorias: dados e plataformas, facilitadores de cuidados e cultura de bem-estar e cuidado (Beaudoin, 2019).

Deste modo, as tendências evolutivas do sistema de saúde apontam para:

- um sistema centrado no paciente, orientado por dados que possibilitam a deteção mais precoce dos problemas de saúde e o avanço de um modelo curativo para um modelo mais preventivo;

- a mudança do foco da medicina tradicional, passando a caracterizar-se pela maior responsabilização dos cidadãos na sua própria saúde e bem-estar; e

- o surgimento de lideranças fortes que, com a colaboração das partes envolvidas, visa garantir que as mudanças e os avanços necessários se concretizem.

Estamos, contudo, cientes que a pressão decorrente da pandemia poderá levar à emergência de outras abordagens inovadoras para o sistema de saúde em Portugal e no âmbito internacional.

Capítulo 4 – Opção metodológica

O capítulo que ora apresentamos configura a vertente empírica do nosso trabalho, que assenta num projeto de inovação realizado num hospital público da região sul do país e que se enquadra na nossa atividade profissional enquanto consultor de uma empresa de consultoria de gestão e que decorreu ao longo de quatro meses, entre julho e outubro de 2019.

Num primeiro momento, fazemos uma breve abordagem do método de investigação-ação, que sustentou esta nossa reflexão, bem como a questão de investigação e os objetivos orientadores da pesquisa. Num segundo momento, delineamos a estratégia de investigação por nós concebida, após o que passamos à contextualização e caracterização do objeto de estudo.

4.1. A investigação-ação como método de análise de processos de inovação e melhoria em saúde

Não existem certezas sobre a origem da investigação-ação (I-A) como método de pesquisa, mas a maioria dos autores atribui a Kurt Lewin a cunhagem da expressão investigação-ação em 1946 (Arnal, et al., 1994)²¹. Lewin (1946) descreveu a investigação-ação como um processo de pesquisa organizado em espiral que comporta as fases de planificação, ação e avaliação. Posteriormente, Kemmis (2007, p. 168) veio a especificar este processo como “*uma espiral autorreflexiva de ciclos de planificação, ação, observação e reflexão*”.

Não havendo uma definição consensual desta metodologia, dos diferentes autores por nós consultados, assumimos no contexto deste trabalho aquela que foi apresentada por Elliot (1991), para quem a investigação-ação traduz o estudo de uma situação social que tem como objetivo melhorar a qualidade de ação aí desenvolvida.

Deste modo, a I-A traduz um processo metodológico que assenta na compreensão de uma situação social, perspetivando uma mudança da realidade existente, desenvolvendo-se de forma colaborativa e com a finalidade de melhorar as práticas através de ciclos de ação e reflexão.

No caso vertente da nossa investigação, devemos considerar que o trabalho desenvolvido enquanto consultor de gestão implicou a organização de um conjunto de recomendações de melhoria a serem implementadas pelo HINOV.

²¹ Apesar disso, devemos mencionar contributos pioneiros aplicados no campo da educação, como os de Dewey (1929), em programas sociais.

Partimos, assim, da articulação entre a investigação-ação e a inovação que configurou um conjunto de melhorias a implementar, seguindo uma conceção de inovação que, como tivemos oportunidade de evidenciar na componente teórica deste trabalho, pretende melhorar práticas, alcançar eficiências, incrementar os resultados e desenvolver estruturas existentes. Esta perspetiva traduz, deste modo, uma conceção de inovação orientada para a melhoria (*enhancement-oriented innovation*) que ora analisamos enquanto investigador, no contexto da realização do trabalho de dissertação do mestrado em Economia e Políticas Públicas.

Sendo um processo dinâmico, a I-A inicia-se partindo de uma ideia geral de melhoria que envolve na pesquisa os protagonistas, reconhecendo a importância do contributo de cada um para o processo e os resultados a alcançar.

Os instrumentos e técnicas de investigação a que recorremos assumiram uma abordagem mista – ou de triangulação da investigação – de modo a podermos desenvolver mecanismo de compensação das “*fraquezas e dos pontos cegos de cada um dos métodos*”, nos termos defendidos por Flick (2005, p. 270).

No desenvolvimento desta nossa investigação estabelecemos como referência da análise a seguinte questão de investigação:

Em que medida a implementação de políticas de inovação no setor da saúde contribui para a melhoria da prestação dos serviços?

No sentido de clarificarmos a questão apresentada e de orientarmos a nossa investigação delineámos um percurso investigativo assente em quatro objetivos enquadradores:

1. Analisar o conceito de inovação em diferentes perspetivas.
2. Compreender a evolução histórica da prestação de cuidados em saúde e da formação do Sistema de Saúde em Portugal.
3. Reconhecer a introdução de processos de desenvolvimento de práticas de saúde inovadoras no sistema de saúde português.
4. Analisar a implementação de um programa de inovação num hospital público, visando a melhoria do atendimento administrativo.

4.2. Estratégia de investigação

A estratégia metodológica por nós utilizada neste trabalho enquadra-se numa recolha e análise dos dados que é detalhada através do seguinte diagrama:

Quadro 4.1 – Grelha metodológica



Fonte: elaboração própria

No projeto por nós desenvolvido, o foco primordial foi a vertente do atendimento administrativo, tendo sido envolvidos os diversos intervenientes do HINOV, desde os membros do Conselho de Administração, Diretores de Serviço/Departamento, Assistentes Técnicos e Utentes/Acompanhantes.

O projeto foi implementado com recurso à conciliação de métodos quantitativos e qualitativos e do qual resultaram um conjunto alargado de recomendações, que representam uma visão holística das várias necessidades de melhorias operacionais do HINOV, donde se evidencia uma necessidade de complementaridade com uma ação revigorada na modernização administrativa dos serviços.

O trabalho foi realizado em três etapas, concretamente, a fase de inquirição ou entrevistas, o *Benchmarking*¹⁹ e a observação e análise processual.

Do ponto de vista da recolha da informação, esta foi obtida através da realização de entrevistas semiestruturadas a 66 profissionais (58 Assistentes Técnicos, 3 chefias da área do Serviço de Gestão de Doentes e 5 responsáveis de áreas de gestão com atendimento), de 432 inquéritos realizados a Utentes/Acompanhantes pela via presencial e de 18 inquéritos a Diretores de Serviço/Departamento de áreas clínicas pela via online.

Para a etapa de observação e análise processual, foram analisados vinte e seis serviços através de visitas presenciais e realizadas entrevistas aos responsáveis de área e profissionais no atendimento administrativo.

Relativamente à etapa de *Benchmarking* das práticas realizadas noutros hospitais, recorremos a dez hospitais públicos ou em regime de parceria público-privada. Os hospitais

escolhidos para essa análise foram os seguintes: Hospital de Vila Franca de Xira, EPE, Hospital Beatriz Ângelo, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, Hospital Garcia de Orta, EPE, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, EPE, Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim – Vila do Conde, EPE, Centro Hospitalar de Tondela Viseu, EPE, Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE e Centro Hospitalar do Oeste, EPE. Nesta tarefa, as metodologias de observação adotadas foram por via presencial, via telefónica e online, tendo sido envolvidos profissionais de saúde e consultores.

Neste quadro, por forma a aprofundar as análises estatísticas e recomendações, recorreremos a métodos científicos que permitiram atribuir pertinência e sustentação ao trabalho desenvolvido, nomeadamente ao método estatístico do coeficiente V-Cramer²², à matriz de esforço e impacto²³ e ao método Pereira Diamond²⁴.

4.3. Contextualização e caracterização do objeto de estudo

4.3.1. Contextualização do projeto

O trabalho descrito neste capítulo da dissertação resulta de uma atividade de investigação no “terreno”, decorrente de um programa de inovação realizado para uma unidade de saúde no quadro do Sistema de Apoio à Modernização e Capacitação da Administração Pública (SAMA2020), da responsabilidade da Agência para a Modernização Administrativa (AMA). A candidatura intitulada “Modernização e Capacitação do Atendimento – Central de Atendimento do Utente” visa a implementação de um novo modelo de atendimento dos Utentes.

O quadro que se apresenta de seguida condensa as atividades que se pretendem levar a cabo com o programa de inovação em que se insere o projeto implementando:

²² V-Cramer, que é baseado na estatística qui-quadrado de Pearson, consiste numa medida de associação entre duas variáveis nominais, resultando num valor entre 0 e +1 (inclusive).

²³ A matriz de esforço e impacto é uma ferramenta que permite priorizar tarefas, dividindo-as em quatro grupos, de acordo com o impacto gerado e o esforço despendido. A matriz é dividida em dois eixos, vertical, que trata do impacto, tendo presente fatores como o lucro, as vendas e a satisfação do cliente, e horizontal, que convoca o esforço, considerando o tempo, a energia, o dinheiro ou os recursos humanos.

²⁴ O método Pereira Diamond interage no exercício de *Problem Solving* aplicado no presente projeto, na parte da formulação dos impactos do problema atual e na formulação dos benefícios da solução futura, tendo sido utilizado na ótica dos impactos decorrentes da não aplicação da recomendação evidenciada. Todos os benefícios que podemos absorver de um projeto ou solução, são enquadrados nas quatro dimensões apresentadas: redução de custo, aumento de eficiência, conformidade legal (ou com standards) e aumento de negócio (que no caso da Administração Pública podemos ver na ótica do aumento dos níveis de serviço em qualidade e/ou quantidade) (Teixeira & Pereira, 2015).

Quadro 4.2 – Atividades no Quadro do programa de inovação

Atividades
A1 – Gestão de projeto
A2 – Diagnóstico inicial e mapeamento do processo
A3 – Elaboração de manual de atendimento e guia do profissional do atendimento
A4 – Implementação da plataforma online de atendimento
A5 – Implementação do balcão único de atendimento
A6 – Implementação de sistema de gestão de filas de espera e de presenças
A7 – Implementação de <i>call center</i>
A8 – Avaliação da satisfação do Utente – tipo semáforo
A9 – Promoção e divulgação da operação

Fonte: elaboração própria com base na candidatura ao SAMA 2020

Como objetivos chave deste programa de inovação apresentamos os cinco vetores estratégicos da candidatura, nomeadamente a criação da Plataforma Online do Utente, a criação do Balcão Único de Atendimento Multisserviços, a atualização do sistema de Gestão de Filas de Espera e de Chamadas, a criação do *Call Center* e a avaliação sistemática da satisfação do Utente.

No que concerne ao projeto desenvolvido, este representa uma componente do programa de inovação, que pretendeu dar resposta a duas atividades da operação, nomeadamente ao diagnóstico inicial e mapeamento do processo (A2) e lançar os alicerces para a elaboração do manual de atendimento e do guia do profissional do atendimento (A3).

O ponto de partida do projeto foi realizado através de uma reunião de *Kick-Off*, que envolveu os vários *stakeholders* e que serviu essencialmente para apresentar a equipa do projeto, alinhar as expectativas sobre os serviços a ser entregues e apresentar os próximos passos (detalhes sobre o cronograma das atividades).

A primeira aproximação ao objeto de estudo processou-se através de um primeiro encontro com a diretora do serviço de gestão de doentes e a diretora de comunicação. Neste contexto, foram realizadas conversas enquadradoras que pretendiam colher as suas visões sobre a instituição hospitalar.

4.3.2. Elementos caracterizadores do Centro Hospitalar HINOV

Com o propósito de manutenção de alguma reserva de anonimato atribuímos o código HINOV ao Centro Hospitalar que foi objeto de análise e que constituiu o nosso objeto de estudo. Os elementos caracterizadores do objeto de estudo são aqui apresentados com base na documentação que nos foi enviada pela Diretora do Serviço de Gestão de Doentes e pelo secretariado do presidente do Conselho de Administração.

O Centro Hospitalar HINOV localiza-se na zona do sul de Portugal Continental. Sendo composto por três unidades de saúde, caracteriza-se como público e apresenta-se como uma organização que tem natureza de entidade pública empresarial (EPE), integrada no Serviço Nacional de Saúde desde 2005. O HINOV possui trinta e duas especialidades hospitalares e cerca de cento e trinta e dois profissionais com funções de atendimento administrativo, e visa responder de forma direta a uma área de influência que compreende seis concelhos e uma população. Segundo os Censos de 2021, a área de influência desta unidade de saúde é estimada em cerca de duzentas e cinquenta e nove mil pessoas. Relativamente à atividade de produção anual considerada no âmbito do projeto foi distribuída da seguinte forma:

Quadro 4.3 – Atividade de produção anual considerada no projeto

Áreas	Produção
Consultas	259215
Urgências	149006
Hospital de Dia	40964

Fonte: elaboração própria

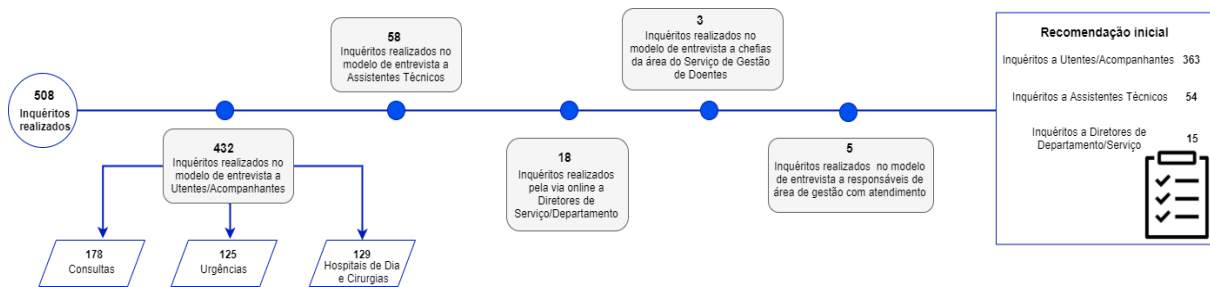
Assim, o trabalho desenvolvido, por forma a ser estatisticamente significativo, teve em conta estes valores de produção.

Capítulo 5 – Análise de um programa de inovação num hospital público

5.1. Análise dos inquéritos e das entrevistas

O detalhe referente à tarefa da fase de inquirição pode ser acompanhado através do seguinte gráfico:

Quadro 5.1 – Descrição da fase de inquirição



Fonte: elaboração própria

A realização dos inquéritos e entrevistas decorreu entre os dias 30 de julho de 2019 e 17 de agosto de 2019. Nos inquéritos relativos aos Utentes e Acompanhantes a amostra foi aleatória.

Na fase de inquirição (inquéritos em modelo de entrevistas), importa referir que a recomendação inicial referente aos volumes de recolha de informação foi ultrapassada em todas as categorias, sendo que a referência inicial alinhada entre os membros da equipa de projeto fixou-se em valores que permitiam atingir resultados com um nível de confiança de cerca de 90%. Assim, os valores alcançados permitiram atingir um intervalo de confiança final superior a 90%.

Relativamente aos inquéritos realizados aos Utentes e Acompanhantes, a população apresentou uma distribuição geográfica por vinte e nove concelhos diferentes em Portugal, sendo mais representativa do distrito de Setúbal numa faixa etária em que 51% tem mais de 50 anos e que 61% são do género feminino. As habilitações literárias registadas foram maioritariamente de ensino primário (36%), ensino secundário (27%) e licenciatura (15%). A tipologia do visitante do HINOV foi equilibrada entre Utentes (55%) e Acompanhantes (45%).

Sobre o motivo de deslocação ao HINOV, segundo a maioria dos inquiridos, esta foi para efeitos de consulta médica ou de enfermagem (41%), de Hospital de dia (28%) ou de Urgência (27%).

Sobre a questão relacionada com a utilização do Quiosque eletrónico no atendimento, cerca de 81% dos inquiridos afirmou recorrer a esse serviço. Mas 51% dos inquiridos precisou de ajuda para utilizar o Quiosque.

Adicionalmente, 86% afirmou que o seu canal de contacto preferencial com o HINOV é o contacto presencial e cerca de 48% considera que deveriam existir mais Quiosques.

Deste modo, ficou patente a importância do instrumento de atendimento pelo Quiosque e da existência de pessoal de apoio disponível por forma a permitir a maior agilização na sua utilização. A duração do atendimento administrativo foi em 67% das vezes recolhida em inquérito, num período de 1 a 20 minutos e em 25% num período de mais de 30 minutos.

A avaliação global dada pelos Utentes e Acompanhantes sobre o atendimento administrativo prestado pelos profissionais Assistentes Técnicos foi, numa escala de 1 a 10, maioritariamente de 8 valores, sendo que para 61% dos inquiridos a avaliação foi igual ou superior a esse valor.

Salientamos que ao nível dos *clusters* de sugestão referidos pelos Utentes e Acompanhantes, as mais expressivas foram melhorar as condições da sala de espera (18%), melhorar o estacionamento (15%), melhorar a organização do Serviço (12%) ou melhorar o Atendimento do Assistente Técnico (11%).

Nos inquéritos realizados aos Assistentes Técnicos (AT), para o indicador sobre o horário de trabalho, cerca de 76% destes profissionais referiram estar satisfeitos ou muito satisfeitos. Sobre as funções exercidas pelos AT, estes consideraram que estão maioritariamente satisfeitos ou muito satisfeitos (67%), assim como com a variedade do trabalho que desempenham (64%) e com o grau de autonomia nas atividades e tarefas (67%).

Nas questões relativas ao relacionamento com os colegas e chefia, o nível de satisfação foi maioritariamente de satisfeito ou muito satisfeito, registando-se valores de 86% e 74%, respetivamente.

Nos pontos mais criticados pelos AT, com respostas maioritárias de nada ou pouco satisfeito, destaque para as condições de trabalho (instalações, computadores...) (74%) e para a formação profissional (59%). Também registou uma avaliação negativa a valorização do trabalho (55%), em que indicaram um valor inferior a 5 (escala de 1 a 10 em que 10 é o valor mais elevado).

Para o *cluster* de sugestões, a maioria dos AT indicou a necessidade de aumentar o pessoal (21%), de melhorar as condições logísticas (21%) e de melhorar a organização do trabalho (trabalho repetitivo, fundo de maneio para falhas, distribuição de tarefas) (15%).

Sobre a satisfação global dos AT (escala de 1 a 10 em que 10 é o valor mais elevado), denotou-se uma fragmentação das respostas, pois 38% dos inquiridos atribuíram uma classificação de valor igual ou acima de 7, mas para 33% apresentam uma indicação de nota igual ou inferior a 4.

No que concerne aos inquéritos realizados aos Diretores de Serviço/Departamento, estes apresentam-se satisfeitos ou muito satisfeitos com a autonomia nas atividades e tarefas desempenhadas pelos AT (89%), com as funções atualmente exercidas pelos AT (83%), com a organização existente no serviço (73%), com o contacto com os utentes (73%) e com a formação profissional dos AT (72%). Estes inquiridos também afirmam encontrar-se satisfeitos com a eficiência na resposta aos pedidos efetuados (67%).

No *cluster* de sugestões observou-se um maior volume das propostas sobre a melhoria da formação dos profissionais em atendimento e na melhoria da organização do trabalho (trabalho repetitivo, fundo de manuseio para falhas, distribuição de tarefas, substituições em períodos de férias).

A satisfação global deste grupo de inquiridos com a área administrativa (AT) fixou-se para 50% numa nota igual ou superior a 8 (escala de 1 a 10 em que 10 é nota máxima) e 44% apresentaram uma nota entre 4 e 6.

Com base no coeficiente de V-Cramer, que neste projeto foi utilizado para auxiliar na análise estatística dos inquéritos dos três grupos de inquiridos previamente referidos, pretendeu-se estabelecer o grau de associação entre variáveis, pois é o coeficiente mais apropriado para os conjuntos de variáveis nominais.

Considerámos os valores registados acima de 0,70 como indicativos de uma forte associação entre as variáveis. Nestes casos, a variável independente deverá ser alvo de foco porque é bastante explicativa para, por exemplo, realizar-se ações de melhoria futuras. Neste trabalho efetuamos uma análise estratificada por idade.

Assim, foi possível identificar variáveis relevantes por faixa etária, nos inquéritos dos Utentes e Acompanhantes (18 variáveis), dos Assistentes Técnicos (3) e Diretores de Serviço/Departamento (4).

No gráfico seguinte identificam-se, por tipo de inquiridos, as matérias mais relevantes de ação e que têm maior impacto no atendimento administrativo prestado no HINOV:

Quadro 5.2 – Matérias mais relevantes e com maior impacto no atendimento, por tipo de inquiridos

<u>Tipo de inquiridos</u>	<u>Matérias mais relevantes e com maior impacto no atendimento</u>			
Utentes e Acompanhantes	Atendimento do Quiosque eletrónico	Atendimento do Gabinete do Utente	Melhoria das zonas de atendimento	Apresentação e indicadores de atendimento prestado pelos AT
Assistentes Técnicos	Maiores dificuldades sentidas no trabalho	Ideias para a otimização global do trabalho no serviço	Sugestões de melhoria no atendimento	
Diretores de Serviço/Departamento	Maiores dificuldades sentidas no trabalho	Ideias para a otimização global do trabalho no serviço	Sugestões de melhoria no atendimento administrativo	

Fonte: elaboração própria

Neste sentido, os inquéritos efetuados permitiram auscultar as forças vivas do HINOV, identificando as suas visões sobre o serviço prestado pela instituição, o que sustentou o diagnóstico interno e as recomendações realizadas.

5.2. Análise das notas sobre os serviços visitados

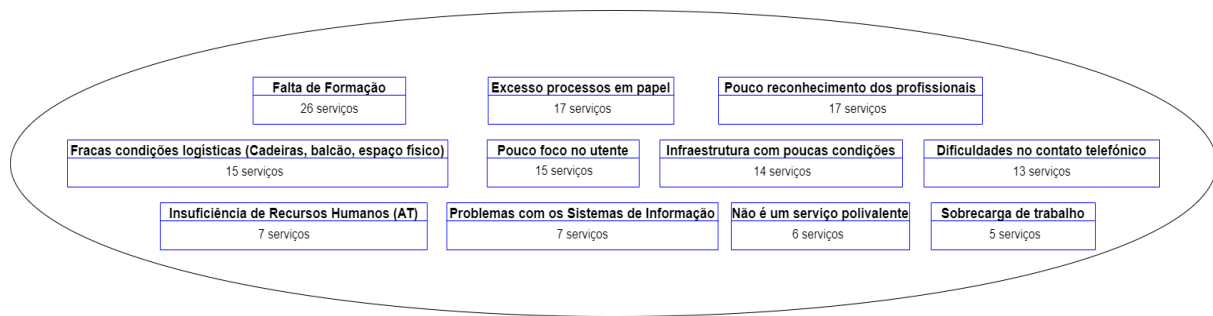
Nesta etapa do trabalho foram visitados vinte e seis serviços das três unidades hospitalares pertencentes ao HINOV, com o propósito da obtenção de um diagnóstico observacional baseado numa análise processual do atendimento administrativo, visando identificar pontos de melhoria conexos à prestação dos serviços.

Os serviços visitados foram os seguintes: Internamento, Anestesiologia, Bloco Operatório, Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), Bloco de Partos, Técnicas de Gastroenterologia, Oncologia, Técnicas de Cardiologia e Consulta, Imagiologia, Patologia Clínica, Imunohemoterapia e Nefrologia, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Física e de Reabilitação I, Anatomia Patológica, Urgência Geral, Urgência de Obstetrícia, Urgência Pediátrica,

Neurologia, Consulta Externa I, Imunoalergologia, Infeciologia, Pneumologia, Central de Atendimento de Doentes, Consulta Externa II, Medicina Física e de Reabilitação I e Psiquiatria e Saúde Mental.

Os pontos de melhoria identificados pelos diferentes serviços podem ser sistematizados no gráfico que a seguir apresentamos:

Quadro 5.3 – Pontos de melhoria identificados



Fonte: elaboração própria

Constatamos, assim, que os três pontos de melhoria mais assinalados foram a falta de formação, o excesso de processos em papel e o pouco reconhecimento dos profissionais. Posto isto, verificamos que sobre os recursos humanos (RH) existe necessariamente um trabalho de melhoria por realizar. Ao nível dos RH, a esfera de ação direta dos responsáveis do HINOV é limitada, pois, se para a formação é possível desencadear melhorias que dependem diretamente destes, e possivelmente mais ágeis, sobre os mecanismos de reconhecimento dos profissionais as ações dependem de alterações à legislação que permitam uma maior autonomia na sua gestão e a criação de mecanismos de incentivo dos profissionais.

Relativamente à melhoria necessária para o excesso de processos em papel, importa evidenciar que o aprofundamento da iniciativa *SNS Sem Papel* afigura-se como o garante da solução. Contudo, nesta matéria, fazemos notar que as mudanças inerentes ao Registo Oncológico Nacional²⁵ (RON), onde nos foi relatada a necessidade de salvaguarda dos registos em papel, foi um processo que veio piorar esta problemática. Não obstante, tal é a importância do RON para o bem comum da sociedade, que a procura de soluções internas para a agilização do arquivo e da limpeza atempada destes registos permitirá colmatar o problema aqui relatado.

²⁵ “O RON é um registo centralizado que agrega numa única plataforma informática os diversos registos de todos os doentes oncológicos tratados em Portugal Continental e Regiões Autónomas, permitindo a monitorização da atividade realizada nas instituições, de forma a garantir a uniformidade dos dados e da informação tratada e possibilitando a sua utilização para avaliação epidemiológica e análise da efetividade dos rastreios e terapêuticas” (Ministério da Saúde, 2018).

Constatámos que em 71% dos serviços em que se identificou pouco foco no utente, foram assinaladas insuficiências de AT, e verificámos que em 67% desses serviços foi sinalizada a sobrecarga de trabalho dos AT e as fracas condições logísticas (cadeiras, balcão, espaço), tanto no decurso das tarefas desempenhadas pelos AT, como nos espaços de atendimento ou espera destinados aos utentes e acompanhantes.

Assim, denotamos alguma ligação entre as observações aqui evidenciadas, pelo que uma intervenção holística permitirá enfrentar melhor os pontos de melhoria necessários.

5.3. Análise do benchmarking das instituições hospitalares

Esta fase do projeto visou identificar o estado do atendimento noutras instituições hospitalares, para podermos comparar com a realidade do HINOV e permitir tirar ilações sobre as melhores práticas relativas ao atendimento administrativo hospitalar.

Nesta linha, para caracterizar a atividade do *benchmarking* apresentamos o seguinte quadro, que se encontra segmentado pelos hospitais analisados e os respetivos métodos de observação:

Quadro 5.4 – Caraterização da atividade do benchmarking

<u>Observação por via presencial</u>	<u>Observação por via telefónica</u>	<u>Observação por via online</u>
Hospital de Vila Franca de Xira	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central
Hospital Beatriz Ângelo	Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim e Vila do Conde	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca
Centro Hospitalar Lisboa Norte	Centro Hospitalar de Tondela Viseu	Centro Hospitalar do Oeste
Hospital Garcia de Orta	Hospital de Ovar	

Fonte: elaboração própria

Relativamente aos hospitais escolhidos e aos pontos alvo de auscultação, foram articulados com a equipa de projeto, de modo a garantir o alinhamento de todos com a decisão. Nessa linha, estes hospitais representaram, na nossa ótica, um potencial comparativo assinalável, na medida em que consideramos ser um bom veículo para a constituição de recomendações mais ajustadas à realidade do HINOV.

Neste trabalho, as variáveis escolhidas como alvo de análise foram o pessoal em atendimento, as condições logísticas e o atendimento eletrónico. Já as áreas de atendimento escolhidas para a análise foram as dos serviços de consulta externa, urgência geral, patologia clínica e imagiologia.

Do trabalho desenvolvido pudemos constatar que existe uma tendência na aposta em balcões sem proteção de vidro, exceto no caso das urgências. Concluímos também que existe uma aposta maioritária para o uso de fardas e para o atendimento eletrónico.

No que respeita ao atendimento eletrónico presente nas instituições, em 50% dos casos verificou-se um apoio dedicado de um profissional, inclusive na escolha de opções presentes no dispositivo.

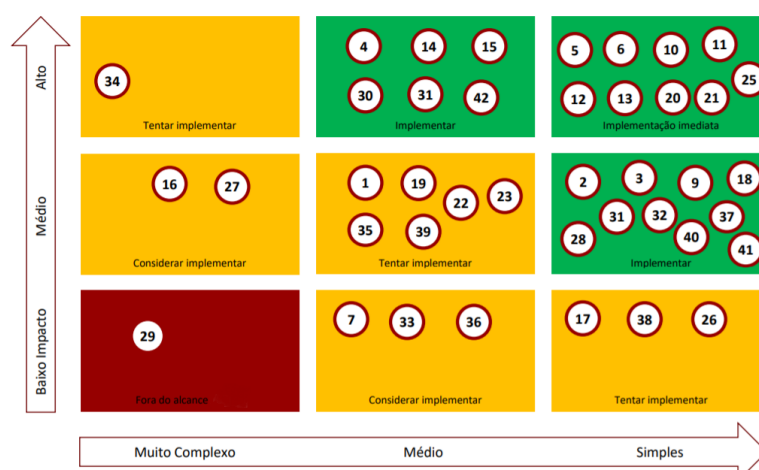
Verificámos ainda que existem serviços hospitalares que disponibilizam o pagamento das taxas moderadoras por via multibanco como um meio de pagamento obrigatório.

Por outro lado, existem hospitais que se encontram a desenhar a jornada do utente com vista a mapear as oportunidades de melhoria e segmentar por grupos de pessoas para assegurar argumentos à efetivação do investimento.

5.4. Análise interpretativa e recomendações no âmbito do projeto e das políticas públicas de inovação

No que respeita às recomendações efetuadas no âmbito do projeto implementado, resultaram num total de quarenta e duas recomendações que ficaram segmentadas de acordo com o impacto de melhoria operacional que geram e com o grau de complexidade associado. Nesta linha, apresentamos a seguinte distribuição das recomendações enquadradas na matriz de esforço e impacto:

Quadro 5.5 – Distribuição das recomendações enquadradas na matriz de esforço e impacto



Fonte: elaboração própria

Iremos incidir o nosso foco somente sobre as recomendações de implementação imediata, uma vez que são as que num menor espaço temporal podem ser desencadeadas e que nesta fase da nossa investigação serão, possivelmente, uma realidade. Apresentamos, de seguida, as recomendações alvo de análise e correspondente ponto de situação da execução:

Quadro 5.6 – As recomendações de implementação imediata e estado de execução

Identificador	Descrição da recomendação	Estado de execução
5	Criar o Manual de Atendimento e Guia para os profissionais, documentos que providenciam uma melhor imagem profissional dos serviços e um melhor conhecimento. Para além disso, permite capacitar os recursos para uniformizarem o Atendimento e a passagem uniformizada da imagem do HINOV para os Utentes.	Em curso.
6	Implementar sistemas eletrónicos e de Atendimento telefónico aos Utentes com Atendimento à distância (Aquisição de um <i>CallCenter</i> de Atendimento da gestão de doentes; investimento contemplado pelo SAMA).	Em curso.
10	Eliminar entrega do papel da data pretendida ao Utente, passando o ónus para a Assistente Técnica: (ex: “A Assistente técnica vai entrar em contato consigo para marcação”).	Ainda não implementado dado que a Plataforma ainda vai ser testada.

Construção de programas de inovação no setor da Saúde

11	Criar um balcão único de Atendimento que agregue vários serviços (ex: ULGA, RAI, Gabinete do Cidadão[...]) (investimento contemplado pelo SAMA 2020). Permitir a centralização progressiva de marcação de MCDT's.	Estamos na fase inicial. Devido à Pandemia, ainda não juntámos os recursos humanos (nem o atendimento dos Utentes nesta Central)
12	Implementar a utilização da Farda (ex: começar pelos Atendimentos mais expostos).	Já previsto no Plano de Ação do Serviço, mas ainda não implementado.
13	Retirar vidro e tornar um espaço no qual o Utente fica próximo do profissional (esta é a tendência do <i>patient centrality</i>) e garantir uma melhor receção dos materiais.	Integra a obra de beneficiação da Central ainda não iniciada.
20	Promover a padronização no registo dos acompanhantes.	A implementar aquando da entrada em produção da Plataforma.
21	Constar no organograma os profissionais Assistentes Técnicos.	O Serviço de Gestão de Doentes tem organograma próprio. A inclusão no organograma da Urgência, enquanto equipa multiprofissional, já foi solicitada à Direção da mesma.
25	Adquirir um serviço com uma plataforma eletrónica com o propósito de reduzir o número de interações com o Utente e dispensar a sua presença nas unidades do HINOV sempre que a mesma não seja necessária (investimento contemplado pelo SAMA 2020).	Plataforma já adquirida (QUÂNTICO) mas em fase de integração com os restantes sistemas de informação.

Neste quadro, evidenciamos que mesmo com um enquadramento favorável de implementação, revelam-se barreiras à sua realização, já que, adicionalmente ao contexto de pandemia da Covid-19 que sobrecarregou os hospitais, a realidade complexa e burocrática associada a estas instituições representam um fator inibidor da rapidez na adoção de iniciativas inovadoras.

Assim, consideramos que existem fatores externos, os denominados *push-factors*, já previamente detalhados por nós no quadro teórico, que podem representar um efeito de urgência que é crucial para o impulso das políticas públicas de inovação no setor da saúde.

Concretamente, numa primeira fase, em fatores como a opinião pública e os objetivos políticos. Posteriormente, na concretização de leis que agilizem a adoção da inovação no contexto hospitalar. Evidenciamos, igualmente, a importância do fator desenvolvimento tecnológico e científico que pode e deve impactar a agenda dos decisores políticos, donde se destaca o potencial de inovação inerente ao contexto de pandemia da Covid-19. Nesta linha, existem também os fatores internos, os *pull-factors*, que podem ser motivadores de uma adoção da inovação mais rápida no setor da saúde dentro das organizações que o compõem, trazendo como exemplo, o trabalho de investigação por nós realizado, em que se identifica a necessária melhoria da valorização dos profissionais e a criação de mecanismos de incentivo às melhores práticas profissionais. Como dificuldade sentida no quadro das organizações hospitalares públicas, devido aos constrangimentos legais, identificámos a criação dos incentivos necessários, o que exige um grau de criatividade maior dos gestores públicos de modo a conseguirem criar a motivação necessária, sendo que também estes não têm os incentivos necessários à boa gestão. Adicionalmente, a evolução da população portuguesa e da sua consequente caracterização (ex.: população mais idosa, o aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas, as gerações mais novas são mais qualificadas entre outras), possibilitam a mudança das necessidades e preferências dos pacientes que podem intensificar o avanço da forma de atendimento no setor da saúde e da inovação.

No que concerne ao trabalho de investigação desencadeado, salientamos que se enquadra como inovação orientada para a melhoria (*enhancement-oriented innovation*), em que os resultados obtidos foram no sentido de melhorar as práticas existentes e de alcançar mais eficiência. Nesta linha, recorreremos ao conhecimento existente dos profissionais, dos Utentes e Acompanhantes do HINOV e às experiências positivas, ao nível do atendimento administrativo, registadas noutras instituições hospitalares.

Neste quadro, o sistema de apoio à modernização e capacitação da administração pública (SAMA) é um instrumento de incentivo às políticas públicas de inovação essencial, mas é um instrumento que, de certa forma, isolado, não permite fazer face às necessidades operacionais mais prementes, que dependam de ações associadas à inovação orientada para a melhoria. Assim, no setor da saúde, o SAMA é um instrumento que conjuntamente com a aplicação de métodos científicos no que respeita à gestão, permite realizar um diagnóstico abrangente e

completo sobre os vetores mais cruciais de atuação. Nesta linha, consideramos que os efeitos da etapa do programa de inovação relativo ao mapeamento e diagnóstico do HINOV apontou uma direção aos membros do conselho de administração, alicerçada numa visão holística da organização, que não se esgota no período de implementação deste programa.

Assim, a construção de programas de inovação no setor da saúde permite uma evolução gradual das organizações que impactam positivamente os seus profissionais nas tarefas desempenhadas e possibilitam ganhos de eficiência. No entanto, decorrente da realidade complexa da gestão destas organizações, os programas necessitam de ser acompanhados por planos de formação atualizados, por forma a serem aproveitados os períodos temporais ganhos.

Conclusão

Com base em tudo o que foi referido no que concerne à construção de programas de inovação no setor da saúde, obtidas pelas experiências inovadoras descritas desde a década de oitenta do século vinte até aos dias de hoje e da atividade de construção realizada no centro hospitalar HINOV, evidenciamos um percurso de investigação que coloca o nosso país como um dos mais inovadores no mundo, com políticas públicas de inovação no setor da saúde de última geração, mas que apresenta ainda desafios ao nível da estrutura organizativa e um quadro legal pesado, que podem causar atrasos na implementação das medidas identificadas nos programas de inovação e que atrasam os benefícios provocados na prestação dos serviços.

Ressalvamos que este estudo, que apresenta referenciais consistentes, está sujeito a falhas, pelo que a problemática relacionada com os programas de inovação no setor da saúde não se esgota no presente trabalho.

Assim, procurámos sobretudo elencar os pontos de melhoria mais urgentes das políticas públicas de inovação no setor da saúde, por forma a alertar e orientar os decisores políticos nesta temática. Nesta linha, confirmamos que a inovação orientada para a melhoria (*enhancement-oriented innovation*) permite que as organizações do setor da saúde possam ser melhoradas, nomeadamente no atendimento administrativo, e verificar que as políticas públicas de inovação são determinantes para o incremento global dos serviços prestados no setor da saúde.

Importa, pois, reforçar a ideia de que os programas de inovação que sejam aplicados no setor da saúde, podem servir de suporte aos gestores e decisores políticos, afirmando-se como um referencial que apresenta uma visão que é transversal a toda a organização e duradora, não se esgotando no período de implementação desses programas. Adicionalmente, destacamos que é relevante que os decisores políticos procurem equilibrar o financiamento dos programas públicos de inovação, tanto para a fase de pesquisa e desenvolvimento como para a fase de suporte à adoção e propagação da inovação. Deste modo, à partida, será possível obter um maior volume de proveitos provenientes da fase de pesquisa e desenvolvimento.

No que concerne a futuras investigações, apresentamos como desafios o aprofundamento de questões de investigação complementares, que se focalizem, por exemplo, sobre: quais as políticas públicas necessárias para uma execução do investimento inerente aos programas de inovação que seja mais rápido? Ou seja, quais as decisões políticas chave, que permitam a redução da burocracia, mas que mantenham níveis adequados de controlo e monitorização dos

investimentos. Nesta linha, também podem ser equacionadas investigações que envolvam outros programas públicos de apoio à inovação em saúde diferentes do SAMA e que neste trabalho não nos debruçamos. Além disso, a investigação relacionada com os modelos de acesso à inovação que se baseiam nos resultados obtidos previamente noutros programas de inovação, pode representar um caminho de análise.

Neste quadro, acreditamos que a inovação ocupa um papel de charneira no que respeita à gestão das organizações do setor da saúde e que permite, com os incentivos adequados, auxiliar à resposta dos serviços do sistema nacional de saúde português, e em particular, na resposta do Serviço Nacional de Saúde.

Bibliografia

- Abernathy, W. J. & Clark, K. B., 1985. Innovation: Mapping the winds of creative destruction. *Research Policy*, Issue 14, pp. 3-22.
- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde IP, 2020. *Grupos de Diagnósticos Homogéneos*. [Online] Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt-PT> [Acedido em 17.08.2020].
- Albury, D., 2005. Fostering Innovation in Public Services. *Public Money & Management*, January, pp. 51-56.
- Amaral, D. F. d., 2001. *Curso de Direito Administrativo*. Coimbra: Almedina.
- Andersson, P. & Coutinho, C., 2020. *O Estatuto do Cuidador Informal*. [Online] Disponível em: <https://sicnoticias.pt/programas/contaspoupanca/2020-12-16-O-Estatuto-do-Cuidador-Informal> [Acedido em 28.12.2020].
- Anta, M. Á. Z. et al., 2016. La medicina rural a principios de siglo XX. A propósito de Martínez Saldise (1855-1937), socio de honor de la Sociedad de Pediatría de Madrid en 1927. *Atención Primaria*, January, 48(1), pp. 54-62.
- Antunes, M., 2000. *A Doença da Saúde. Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício*. Lisboa: Quetzal Editores.
- Antunes, R. & Correia, T., 2009. Sociologia da Saúde em Portugal: Contextos, temas e protagonistas. *Sociologia, problemas e práticas*, Volume nº 61, pp. 101-125.
- APAH, 2017. *APAH saúda a regulamentação dos CRI*. [Online] Disponível em: <https://apah.pt/noticia/apah-sauda-regulamentacao-dos-cri/> [Acedido em 30.05.2020].
- Arnal, J., del Rincon, D. & Latorre, A., 1994. *Investigación Educativa. Fundamentos y metodología*. 1.ª ed. Barcelona: Editorial Labor.
- Arnaut, A. & Semedo, J., 2017. *Salvar o SNS - Uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia*. Porto: Porto Editora.
- Assembleia da República, 2019. *Audição Parlamentar Nº 3-CS-XIV. Para que "sejam prestados esclarecimentos relativos ao caso de um bebé que nasceu no Hospital de Setúbal com graves malformações"*, Lisboa: Assembleia da República.
- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, 2019. *Barómetro da adoção telessaúde e de Inteligência Artificial no Sistema da Saúde*, Lisboa.

- Azevedo, H. & Mateus, C., 2014. Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares.
- Azevedo, P., 2019. *Hospitalização Domiciliária * Hospital Garcia de Orta | Pedro Azevedo | APAH*. [Online] Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Ce98v3jGgIE> [Acedido em 19.11.2020].
- Barros, P. P., 2005. *Economia da Saúde*.
- Beaudoin, D., 2019. *Health in 2040: 10 archetypes that could define the future of health*. [Online] Disponível em: <https://www2.deloitte.com/us/en/blog/health-care-blog/2019/health-care-current-january15-2019.html> [Acedido em 04.08.2021].
- Björnberg, A. & Phang, A. Y., 2019. *Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2018. Report*, Health Consumer Powerhouse.
- Boléo-Tomé, J., 2000. Juramentos médicos e a noção de dignidade humana. *Acta Médica Portuguesa. Revista Científica Portuguesa*, Volume 13(3), pp. 129-142.
- Borges, C. M., 2012. *Agrupadores de Grupos de Diagnósticos Homogéneos*. s.l., ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde IP.
- Borins, S., 2006. *The Challenge of Innovation in Government*. Washington: IBM Center for Business of Government.
- Caiado, A. C. & Pinto, A. C., 2001. *Manual do Plano Oficial de Contabilidade Pública*. Lisboa: Áreas Editora.
- Cairus, H. F., 2005. Da Doença Sagrada. Em: FIOCRUZ, ed. *TEXTOS Hipocráticos o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro, pp. 61-90.
- Campos, A., 2018. *O Serviço Nacional de Saúde foi o "melhor poema" de António Arnaut*, Lisboa: Jornal Público.
- Campos, A. C. d., 2019. *Análise sobre o livro "Saúde 2040 - necessidade de médicos e enfermeiros em Portugal"*.
- Campos, A. C. D. & Simões, J., 2011. *O percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, M. T. G., 2006. *A Nova Gestão Pública, as reformas no setor da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal. Tese de Doutoramento*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Castela, E. et al., 2005. Cinco Anos de Teleconsulta. Experiência do Serviço de Cardiologia do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Revista Portuguesa Cardiologia*.
- Cavalcanti, C., 2016. *A abordagem da inovação na perspetiva sociotécnica de Michel Callon*. Porto Alegre, IV Congresso Brasileiro de Estudos Organizacionais.

- Collins, B., 2018. Adoption and spread of innovation in the NHS. *The Kings Fund*, 16 01.
- Comissão Europeia, 1995. *Livro Verde sobre a Inovação*. Bruxelas: CE.
- Comissão Europeia, 2019. *2019 Innovation Scoreboards: The innovation performance of the EU and its regions is increasing*, Bruxelas: Comissão Europeia.
- Conselho Nacional de Saúde, s.d. *Competências*. [Online] Disponível em: <http://www.cns.min-saude.pt/category/sobre-nos/o-cns/> [Acedido em 17.07.2020].
- Cooke, I. & Mayes, P., 1996. *Introduction to Innovation and Technology Transfer*. Norwood: Artech House.
- Correia, T., 2011. *A Gestão das Incertezas nas Certezas da Gestão: uma abordagem sociológica sobre os efeitos da empresarialização hospitalar nas relações profissionais*. s.l.:Tese de Doutoramento, ISCTE-IUL.
- Costa, C., Santana, R. & Lopes, S., 2008. Diagnosis Related Groups e Disease Staging: importância para a administração hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 7, pp. 7 - 28.
- Cotta, R. M. M. et al., 2001. *La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas*.
- Delerue, F., 2019. *Atlas da Saúde*. [Online] Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/artigos/hospitalizacao-domiciliaria-uma-realidade-em-portugal> [Acedido em 08.11.2020].
- Delgado, M., 2019. Taxas Moderadoras ou taxas de utilização?. *Visão*, 01.07.2019. [Online] Disponível em <https://visao.sapo.pt/opiniao/ponto-de-vista/2019-07-01-taxas-moderadoras-ou-taxas-de-utilizacao/> [Acedido em 09.11.2020].
- Dewey, J., 1929. *The quest for certainty, a study of the relation of knowledge and action*. New York: Minton: Balch.
- Drucker, P. F., 1988. The Coming of the New Organization. *Harvard Business Review*, Volume 66, pp. 45-53.
- Elliot, J., 1991. *Action research for educational change*. 1.^a ed ed. Philadelphia: Open University Press.
- Esping-Andersen, G., 1990. The Three Worlds of Welfare Capitalism. *Cambridge: Polity Press*, pp. 9-54.
- European Commission, 2013. *Powering European. Public Sector Innovation: Towards a new architecture. Report of the Expert Group on Public Sector Innovation*. Brussels: European Commission.
- European Commission, 2019. *2019 Innovation Scoreboards: The innovation performance of the EU and its regions is increasing*, Brussels: European Commission.
- Exworthy, M. & Halford, S., 1999. Professionals and managers in a changing public sector: conflict, compromise and collaboration?. Em: *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham: Open University Press, pp. 1-18.

- Fernandes, A. C., 2014. A combinação público-privado. Em: *40 anos de abril na Saúde*. Coimbra: Almedina.
- Fernandes, A. C., 2015. *Taxas moderadoras deverão baixar em inícios do próximo ano*, Lisboa: Jornal de Negócios.
- Ferreira, A. S., Silva, M. & Perelman, J., 2020. Saúde.O grande desafio do SNS: cuidados de saúde integrados de proximidade para uma população envelhecida. A rede de cuidados continuados integrados de saúde mental. Em: *Valorizar as Políticas Públicas. O Estado da Nação e as Políticas Públicas 2020*. Lisboa: IPPS-ISCTE - Instituto para as Políticas Públicas e Sociais, pp. 10-16.
- Ferreira, C. M., 2020. *Sistemas e Políticas de Saúde*. Lisboa, ISCTE-IUL.
- Ferreira, F. A. G., 1988. *Sistemas de saúde e seu funcionamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, P. L., 2015. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?. *Nascer e Crescer, revista de pediatria do centro hospitalar do porto*, Volume XXIV.
- Flick, U., 2005. *Métodos qualitativos na investigação científica*. 1.^a ed ed. Lisboa: Monitor.
- Flynn, N., 1997. *Public sector management*. Harlow: Prentice Hall.
- Freeman, C., 1982. *The Economics of Industrial Innovation*. London: Frances Pinter.
- Fronteira, I., 2020. Aula da Unidade Curricular "Economia e Política da Saúde" inserida no L Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Gandra, P., 2020. Aula da Unidade Curricular "Economia e Política da Saúde", inserida no L Curso de Especialização em Administração Hospitalar. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Garcia, R. & Calantone, R., 2002. A critical look at technological innovation typology and innovativeness terminology: a literature review. *The journal of product innovation management*, Issue 19, pp. 110-132.
- Gonçalves, P. C., 2019. *Manual de Direito Administrativo*. Coimbra: Almedina.
- Governo da República Portuguesa, 2016. *Conselho Nacional de Saúde*, Lisboa: SPMS.
- Graça, L., 2015. História e memória da saúde pública. *Revista portuguesa de saúde pública*, pp. 125-127.
- Guimarães, M. & et al., 2018. *Avaliação dos sistemas de gestão do acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde. Relatório*, Lisboa: Grupo Técnico Independente.
- Halvorsen, T., 2005. On innovation in the public sector. Em: *On the differences between public and private sector innovation. Public Report no. D9*. Oslo: Publin.
- Harfouche, A. P. d. J., 2012. *Opções políticas em saúde: efeitos sobre a eficiência Hospitalar*. Coimbra: Almedina.

- Hartley, J., 2005. Innovation in Governance and Public Services: Past and Present. *Public Money & Management*, Volume 25 (1), pp. 27-34.
- Hernández, J. L. S., 2013. Innovación y cambio microinstitucional en el sector salud: evidencia de la telemedicina en México. *Economía: teoría y práctica*, julio-diciembre, Volume 39, pp. 31-57.
- Hollanders, H., Arundel, A. & Buligescu, B. e. a., 2013. *European Public Sector Innovation Scoreboard 2013. A pilot exercise*, Bruxelas: European Union.
- Hon, D., 2019. *Relógios inteligentes: de dispositivos inúteis a guardiões da saúde*. [Online] Disponível em: <https://www.technologyreview.es/s/10982/relojes-inteligentes-de-dispositivos-inutiles-guardianes-de-la-salud> [Acedido em 04.08.2021].
- Hood, C., 1991. A public management for all seasons?. *Public Administration*, Spring, Volume 69, pp. 3-19.
- Humphries, C., 2019. *TR10: A cápsula que contém um tubo intestinal*. [Online] Disponível em: <https://www.technologyreview.es/s/10990/tr10-la-capsula-que-contiene-una-sonda-intestinal> [Acedido em 04.08.2021].
- INA - Direção Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções, 2009. *7º Congresso Nacional da Administração Pública "Estado e Administração"*. Lisboa, INA.
- INE, I. N. d. E., 2005. *Detalhe do conceito*. [Online] Disponível em: <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/2925?voltar=1> [Acedido em 04.08.2021].
- Instituto da Segurança Social, 2020. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*, Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Instituto Nacional de Estatística, 2003. *Detalhe do conceito*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística, 2017. *Projeções de População Residente em Portugal*, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Jornal do Fundão, 1972. Melo e Castro e a sua política evocados na Assembleia Nacional. *Jornal do Fundão*, 10 dezembro. p. 8.
- Júnior, P. R., Guimarães, T. & Bilhim, J., 2013. Inovação no setor público. Análise comparativa entre organizações do Brasil e Portugal. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, outubro-dezembro. Volume 12 (4).
- Kattel, R. & Mazzucato, M., 2018. Mission-oriented innovation policy and dynamic capabilities in the public sector. *Industrial and Corporate Change*, Volume 27 (5), pp. 787-801.
- Kemmis, S., 2007. Action research. Em: *Educational research and evidence-based practice*. London: Sage Publications, pp. 167-180.

- Koch, P. & Hausknes, J., 2005. *On innovation in the public sector - today and beyond*. Brussels: European Commission.
- Kovács, I., 2000. *Inovação e organização*. Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, pp. 35-62.
- Leal, M. L. C., 2017. *História da Saúde. Da idade antiga à moderna*. Rio de Janeiro: Clube de Autores.
- Lewin, K., 1946. Action research and minority problems. *Journal of Social Issues*, Issue 2, pp. 34-46.
- Lopes, M. A., 2020. *INOVAÇÃO NÃO-CLÍNICA NA SAÚDE: GESTÃO DE TECNOLOGIAS INOVADORAS | 5.º Webinar Transformação Digital na Saúde*, Lisboa: APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.
- Mairal, P., Pastor, G. & García, M. J., 2015. La gobernanza local: Retos y Oportunidades. Em: *La gobernanza de la seguridad y justicia en la sociedad diversa*. Arganda del Rey: Ayuntamiento de Arganda del Rey, pp. 25-40.
- Mariano, P. et al., 2021. Insuficiência Cardíaca Crónica em Hospitalização Domiciliária. 01.
- Marques, M. M. L., 2018. *Abertura da Ministra da Presidência e da Modernização Administrativa*. Lisboa, INA, pp. 7-8.
- Mazzucato, M., 2015a. Innovation, the State and Patient Capital. *The Political Quarterly*, December, Volume 86, pp. 98-118.
- Mazzucato, M., 2015b. The Innovative State. *Foreign Affairs*, Volume 94 (1), pp. 61-68.
- Ministério da Saúde, 2018. *Relatório Anual. Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, 2018. *Retrato da Saúde*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde, 2020. *História do Serviço Nacional de Saúde*. [Online] Disponível em: <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc19/os-ministerios/ms/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx> [Acedido em 16.07.2020].
- Ministério da Saúde, 2021. *Entidades de Saúde*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Miyakis, S., Karamanof, G., Lontos, M. & Mountokalakis, T. D., 2006. Factors contributing to inappropriate ordering of tests in an academic medical department and the effect of an educational feedback strategy. *Postgraduate Medical Journal*, dezembro, 82(974), pp. 823-829.
- Moreira, V., 1997. *Administração Autónoma e Associações Públicas*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Mozzicafreddo, J., 2000. *Estado-providência em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

- Mulgan, G., 2007. *Ready or not? Taking innovation in the public sector seriously*. London: NESTA Provocation 03.
- Navarro, M. R., 2000. *Innovation educativa: teoría, procesos y estrategias*. Madrid: Síntesis.
- Neves, A., 2003. O papel da Administração Pública na política de apoio à inovação. Em: *Para uma política de inovação em Portugal*. Lisboa: Dom Quixote, pp. 211-237.
- Noronha, M. F. et al., 1991. O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups" - DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, 25(3), pp. 198-208.
- Nortadas, R., Azevedo, P. C., Cunha, V. & Delerue, F., 2020. A Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. abril.
- Nunes, S., Lopes, R. & Fuller-Love, N., 2019. Networking, Innovation, and Firms' Performance: Portugal as Illustration. *Journal of the Knowledge Economy*, September, Volume 3, pp. 899-920.
- OCDE, 1997. *Oslo Manual. Proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data*. 2ª ed. Bruxelas: European Commission, Eurostat.
- OCDE, 2001. *Public Sector. Glossary of Statistical Terms*. [Online] Disponível em: <https://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=2199> [Acedido em abril 2020].
- OCDE, 2005. *Oslo Manual. Guidelines for collecting and interpreting innovation data*. 3ª ed. Paris: OECD Publishing and Eurostat.
- OCDE, 2006. *La modernización del Estado: El camino a seguir*. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública.
- OCDE, 2008. *From open to inclusive: building citizen-centered policy and services*. Paris: OCDE.
- OCDE, 2018. *Oslo Manual 2018. Guidelines for collecting, reporting and using data on innovation. The measurement of scientific, technological and innovation activities*. 4ª ed. Paris, Luxembourg: OECD and Eurostat.
- OMS, 1998. *A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics*. Geneva: World Health Organization., Genebra: OMS.
- OMS, s.d. *Organización Mundial de la Salud*. [Online] Disponível em: <https://www.who.int/healthsystems/about/es/> [Acedido em 28.12.2019].
- OPSI, 2019. *Embracing Innovation in Government. Global Trends 2019*. Paris: OECD.
- Parikh, R., 2018. *A IA não pode substituir os médicos, mas os transforma em super médicos*. [Online] Disponível em: <https://www.technologyreview.es/s/10636/la-ia-no-puede-sustituir-los-medicos-pero-les-convierte-en-supermedicos> [Acedido em 04.08.2021].

- Parra, M. M., 2016. *Imagen y cultura de la enfermedad en la Europa de la Baja Edad Media*. Tesis Doctoral, Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Geografía e Historia.
- Pierre, J., 2018. *Envolver os trabalhadores na inovação*. Lisboa, INA, p. 18.
- Pinto, C. G. & Aragão, F., 2003. *Health Care Rationing in Portugal a retrospective analysis*, Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Piore, A., 2019. *TR10: Vacinas contra o cancro personalizadas*. [Online] Disponível em: <https://www.technologyreview.es/s/10991/tr10-vacunas-personalizadas-contr-el-cancer> [Acedido em 04.08.2021].
- Pollitt, C., 1993. *Managerialism and the Public Services: Cuts or Cultural Change in the 90s*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Pollitt, C., 2008. *La Innovación en el Sector Público. Discurso de Apertura de la Conferencia Anual del Grupo Europeo de Administración Pública (EGPA em inglês)*. Róterdam, Erasmus Universiteit Róterdam.
- Pordata, 2021. *Hospitais: número e camas*. [Online] Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Hospitais+n%C3%BAmero+e+camas-142> [Acedido em 08.09.2021].
- Porter, M., 1993. *A vantagem competitiva das nações*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Presidente do Conselho, 1950. *Discursos e Notas Políticas*. Coimbra: Coimbra.
- Públicas, C. d. F., 2018. *Setor Público. Glossário*. [Online] Disponível em: <https://www.cfp.pt/pt/glossario/sector-publico> [Acedido em 08.09.2020]
- Ramió, C., 2009. *La colaboración público.privada y la creación de valor público*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Ramírez-Alujas, A. V., 2010. *Innovación en la Gestión Pública y Open Government (gobierno abierto): Una vieja nueva idea*. *Revista Buen Gobierno*, Volume 9, pp. 96-133.
- Reed, M., 2002. *New managerialism, professional power and organisational governance in UK universities: A review and assessment*. Em: *Governing higher education: National perspectives on institutional governance*. Dordrecht: Kluwer University Publishers, pp. 163-185.
- Reis, J., 2013. *Melo e Castro: o provedor que dizia sim à democracia*. Alfragide: Casa das Letras.
- Revista saúde, 2016. *Rede de farmácias*, Lisboa: Farmácias Portuguesas.
- Rocha, J. A. O., 2006. *Gestão da qualidade. Aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rochman, B., 2019. *TR10: Previsão de nascimentos prematuros*. [Online] Disponível em: <https://www.technologyreview.es/s/10989/tr10-prediccion-de-nacimientos-prematuros> [Acedido em 05.08.2021].

- Rodrigues, M. d. L. & Silva, P. A. e., 2016. A Constituição e as Políticas Públicas em Portugal. *Sociologia, problemas e práticas*, pp. 21-22.
- Rodríguez, J. L. M., 2004. *La ciudad y el príncipe: estudio y traducción de los textos de Francesc Eiximenis*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Røste, R. & Miles, I., 2005. Differences between public and private sector innovation. Em: *On the differences between public and private sector innovation. Publin Report no. D9*. Oslo: Publin, pp. 23-48.
- RTP - Rádio e Televisão de Portugal, 2020. *RTP Play*. [Online] Disponível em: <https://www.rtp.pt/play/p7224/e481482/que-vida-e-a-nossa> [Acedido em 07.03.2021].
- Sakellarides, C. & al., e., 2015. *O Futuro do Sistema de Saúde Português. "Saúde 2015"*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.
- Santana, P., 1992. Sistemas de saúde na Europa: estudo comparativo em oito países da Comunidade Europeia. *Impactum Coimbra University Press*, pp. 93-105.
- Santanita, C., Fialho, J. & Arco, H., 2017. *Organizações em rede. Um olhar da sociologia sobre a Rede Nacional de Cuidados Continuados no Alentejo..* Évora, CICS.NOVA – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, pp. 86-93.
- Schumpeter, J., 1934. *The Theory of Economic Development*. Oxford: Oxford University Press.
- Schumpeter, J. A., 1939. *Business Cycles. A theoretical, historical and statistical analysis of the capitalist process*. New York, Toronto, London: McGraw-Hill Book Company.
- Scliar, M., 2007. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, pp. 29-41.
- Scliar, M., 2007. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Volume 17(1)*, pp. 29-41.
- Serapioni, M., 2012. *Dicionário das crises e das alternativas*. Coimbra: Coimbra, Centro de Estudos Sociais – Laboratório Associado Universidade de.
- Serviço Nacional de Saúde, 2018. *Radioterapia*. [Online] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/05/18/radioterapia/> [Acedido em 09.08.2020].
- Serviço Nacional de Saúde, 2018. *SIGA SNS - Sistema Integrado de Gestão do Acesso no Serviço Nacional de Saúde*. [Online] Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/cidadao/siga-sns-sistema-integrado-de-gestao-do-acesso-no-servico-nacional-de-saude/> [Acedido em 12.12.2020].
- Serviço Nacional de Saúde, 2019. *São João melhora resposta a doentes com Obesidade com a criação de um Centro de Responsabilidade Integrada para a patologia*. [Online]

Disponível em: https://portal-chsj.min-saude.pt/frontoffice/pages/16?news_id=579 [Acedido em 15.08.2020].

Serviço Nacional de Saúde, 2020. *Exames Sem Papel – Área do Cidadão já disponibiliza mais de 2 milhões de resultados*. [Online] Disponível em: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/01/exames-sem-papel-area-do-cidadao-ja-disponibiliza-mais-de-2-milhoes-de-resultados/> [Acedido em 09.03.2021].

Siciliani, L., Borowitz, M., Moran, V. & (eds.), 2013. *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*. s.l.:OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

Silva, A. F. O. d., 2016. *Físicos e cirurgiões medievais portugueses. Contextos socioculturais, práticas e transmissão de conhecimentos (1192-1340)*. Porto: CITCEM. Centro de Investigação Transdisciplinar. Cultura, Espaço e Memória.

Silva, J. M. e., 2009. A Medicina na Mesopotâmia Antiga (1ª Parte). *Acta Médica Portuguesa. Revista Científica da Ordem dos Médicos*, Volume 22, pp. 841-854.

Smith, K., 2005. Measuring innovation. Em: *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press, pp. 149-177.

Soares dos Santos, E. et al., 2012. *Taxas Moderadoras: Como modificaram os padrões de consumo de Cuidados de Saúde Primários em 2012*. [Online] Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Estevao-Soares-dos-Santos/publication/302913633_Taxas_Moderadoras_Como_modificaram_os_padroes_de_consumo_de_Cuidados_de_Saude_Primarios_em_2012/links/57333a7e08aea45ee838f05d/Taxas-Moderadoras-Como-modificaram-os-padro [Acedido em 27.09.2020].

Soares, P. F., 2018. *Pacto para a saúde*. [Online] Disponível em: <https://www.dn.pt/opinioao/opinioao-dn/pedro-filipe-soares/pacto-para-a-saude-9270021.html> [Acedido em 29.07.2020].

Sousa, A. T. d., 1996. *Curso de História da Medicina. Das origens aos fins do século XVI*. 2 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Sousa, G. F. S., 2010. *Inovação nos serviços públicos. Estudo da capacidade inovadora das Câmaras Municipais portuguesas nos serviços de desporto. Tese de Doutoramento*, Covilhã: Universidade da Beira Interior. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.

Sousa, P. A. F. d., 2009. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paul Enferm*, Volume 22, pp. 884-894.

Strickland, E., 2017. *AI prevê ataques cardíacos e derrames com mais precisão do que o método médico padrão*.

Swann, G. M. P., 2009. *The Economics of Innovation. An Introduction*. Cheltenham, UK. Northampton, MA, USA: Edward Elgar.

- Teixeira, C. S. B. & Pereira, L. L. F., 2015. Pereira Diamond: Benefits Management Framework. *The International Journal of Business & Management*, March, 3(3), pp. 47-56.
- Tosatto, V., Pires, C., Cruz, C. & Santos, A. M., 2019. Hospitalização Domiciliária: os primeiros 100 dias no nosso Centro Hospitalar. *Revista Medicina Interna - Online, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central*, Janeiro a Junho, p. 18.
- Tribunal de Contas, 2017. *Auditoria ao Acesso e Cuidados de Saúde no SNS*, Lisboa: Tribunal de Contas.
- Tribunal de Contas, 2020. *Covid-19. Impactos na atividade e no acesso ao SNS*, Lisboa: Tribunal de Contas.
- Varanda, J., 2017. Inteligência Clínica e Hospitalar. *Gestão Hospitalar. APAH*.
- Vegara, J. M., 1989. *Ensayos económicos sobre innovación tecnológica*. Madrid: Alianza Economía y Finanzas.
- Vigoda, E., 2002. From responsiveness to collaboration: Governance, citizens and the next generation of Public Administration. *Public Administration Review*, Volume 62 (5), pp. 527-540.
- Windrum, P., 2008. Innovation and entrepreneurship in public services. Em: *Innovation in public sector services: entrepreneurship, creativity and management*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Winning Scientific Management, 2017. *WINNING implementa modelos de "patient-centricity" através da certificação HIMMS*. [Online] Disponível em: <https://pt.calameo.com/read/005204428cafae53c54a2> [Acedido em 03.09.2020].

Legislação

Portugal

- Decreto-Lei nº 29171 de 24 de novembro de 1938
- Decreto-Lei nº 48358 de 27 de abril de 1968
- Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro
- Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de setembro
- Decreto-Lei nº 334/72, de 23 de agosto
- Decreto-Lei nº 203/74, de 15 de maio
- Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de junho
- Decreto-Lei nº 344-A/83, de 25 de julho
- Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro
- Portaria nº 409/90 de 31 de maio
- Lei n.º 110/91, de 29 de agosto
- Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril

- Decreto-Lei nº 183/98, de 4 de julho
- Lei nº 82/98, de 10 de dezembro
- Decreto-Lei nº 374/99, de 18 de setembro
- Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de dezembro
- Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, de 24 de junho
- Portaria nº 1450/2004, de 25 de novembro
- Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de junho
- Portaria nº 45/2008, de 15 de janeiro
- Lei nº 57/2008, de 4 de setembro
- Decreto-Lei nº 127/2009, de 27 de maio
- Decreto-Lei nº 8/2010, de 28 de janeiro
- Lei nº 51/2010, de 14 de dezembro
- Portaria nº 149/2011, de 8 de abril
- Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de novembro
- Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro
- Portaria nº 179/2014, de 11 de setembro
- Lei nº 131/2015, de 4 de setembro
- Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, aprovados pelo Decreto-Lei nº 288/2001, cuja última alteração ocorreu com a Lei nº 131/2015, de 4 de setembro
- Portaria nº 343/2015, de 12 de outubro
- Decreto-Lei nº 49/2016, de 23 de agosto
- Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro
- Portaria 68/2017, de 16 de fevereiro
- Portaria nº 147/2017, de 27 de abril
- Portaria 330/2017, de 31 de outubro
- Lei nº 95/2019, de 4 de setembro
- Lei nº 100/2019, de 6 de setembro
- Portaria nº 64/2020, de 10 de março