

Tema Calass 2012: *La Sostenibilidad de los Sistemas de Salud y la Calidad en la Prestación de Cuidados*

As Controvérsias e os Consensos da Responsabilidade Social do Sector da Saúde em Portugal

Mónica de Melo Freitas
Doutoranda em Sociologia
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e Universidade Nova de Lisboa
Investigadora em Estudos Sociais
Centro de Investigação em Estudos Sociais CESNOVA
monicaflul@hotmail.com

José Manuel Resende
Prof. Associado e Orientador Científico do Estudo
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa FCSH/UNL
josemenator@hotmail.com

Maria João Nicolau dos Santos
Profª. Associada e Co - Orientadora Científica do Estudo
Instituto Superior de Economia e Gestão ISEG
mjsantos@gmail.com

Resumo

O presente artigo é parte integrante de um projeto de doutoramento em Sociologia que está a ser desenvolvido na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.

Buscaremos neste artigo tentar perceber até que ponto o cumprimento legal corresponde ou não um dos objetivos atribuídos pelos atores (Garriga & Mellé, 2004).

Interessa-nos compreender neste estudo, até que ponto a legislação para o sector da saúde contempla ou não linhas de orientação que incentivam a prática da Responsabilidade Social.

Palavras – chave: Responsabilidade Social, Sector da Saúde

Tema Calass 2012: *La Sostenibilidad de los Sistemas de Salud y la Calidad en la Prestación de Cuidados*

Controversias y Consensos de la Responsabilidad Social del Sector de la Salud en Portugal

Mónica de Melo Freitas
Doutoranda em Sociologia
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e Universidade Nova de Lisboa
Investigadora em Estudos Sociais
Centro de Investigação em Estudos Sociais CESNOVA
monicaflul@hotmail.com

José Manuel Resende
Prof. Associado e Orientador Científico do Estudo
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa FCSH/UNL
josemenator@hotmail.com

Maria João Nicolau dos Santos
Profa. Associada e Co - Orientadora Científica do Estudo
Instituto Superior de Economia e Gestão ISEG
mjsantos@gmail.com

Resumen

Este artículo es parte de un proyecto de doctorado en Sociología que está siendo desarrollado en la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Nueva de Lisboa.

Procuramos en este artículo intentar comprender la medida en que cumplimiento de la legalidad representa el objetivo principal de la práctica de la RS (Garriga y Melle, 2004).

Por esta razón, comenzamos por revisar la legislación que regula el sector de la salud en Portugal.

Palabras – Clave: Responsabilidad Social; Sector de la Salud

I. Introdução

O referido documento resulta da análise que realizamos à legislação portuguesa para o sector da saúde, aprovada pela Presidência do Conselho de Ministros, Ministério da Saúde e Assembléia da República durante o período 2002-2011. Analisamos ao todo, cerca de 73 documentos, dentre os quais sublinharíamos os decretos – leis; os decretos regulamentares; as resoluções do conselho de ministros e as portarias.

A referida análise mostrou que foram incorporadas linhas de orientação normativa na legislação portuguesa para o sector da saúde, com vista elevar os níveis de eficiência alcançados a partir da inovação clínica, administrativa e tecnológica.

Os documentos normativos que analisamos, mostrou que a eficiência no sector da saúde, requer além da inovação, o uso racionalizado dos recursos disponíveis à ação médica e hospitalar; a diminuição dos desperdícios gerados e a reciclagem destes; a gestão mais eficaz dos recursos humanos; a consolidação de redes intersectoriais e incentivo à realização de investigação científica e translacional.

Neste sentido, a incorporação de práticas e modelos de gestão típicos do sector privado, surge como a via a ser adotada, pelo fato de colocar à disposição dos atores, os conceitos e as práticas que melhor atendem às necessidades de racionalização do nosso tempo (Diário da República, 1.^a série — N.º 31 — 13 de fevereiro de 2012. Pp.732).

De um modo geral, pode-se dizer que existe uma clarividente correlação entre a inovação dos modelos de gestão aos ganhos de sustentabilidade econômica, financeira e tecnológica deste sector.

No que concerne à sustentabilidade econômica, pode-se dizer que esta aparece fortemente condicionada pelos moldes de gestão dos recursos humanos e dos *stakeholders*. Já a sustentabilidade financeira, passa pela centralização dos processos inerentes às aquisições, com vista reduzir os custos de transação por via do ganho de escala. Enquanto, a inovação tecnológica pressupõe a adoção de novas ferramentas sobretudo de âmbito clínico e farmacológico.

A inovação surge na legislação como um instrumento de salvaguarda à sustentabilidade do sistema nacional de saúde, principalmente quando se assiste à diminuição dos recursos disponíveis para a ação produtiva (Blownfield & Murray, 2008), ao envelhecimento massivo da população (Trigilia, 2002) a par da diminuição da mão-de-obra ativa resultante do aumento da média de esperança de vida e do baixo índice de natalidade (Trigilia, 2002), à intensificação do desemprego (Trigilia, 2002), à diminuição do volume de impostos afetados devido à desconfiança que se consolidou entre o Estado e os cidadãos (Parjis, 1993), à deslocação de grandes empresas para outros países do mundo em detrimento dos benefícios fiscais (Rego *et. all* 2006), fruto da globalização e da livre circulação de pessoas e mercadorias além do corte orçamental imposto a este sector em detrimento a conjuntura econômica e financeira do país (Decreto-Lei n.º 136/2010 de 27 de Dezembro. Pp.5934).

A estes fatores, acrescem ainda o elevado nível de informação das populações devido ao acesso facilitado às novas tecnologias de informação e de comunicação (Trigilia, 2002). Com a massificação do acesso à informação, as pessoas vêm se tornando mais exigentes quanto aos moldes e aos níveis de qualidade em que os serviços de saúde são prestados. Além disso, passaram a recorrer com mais frequência aos dispositivos de reinvidicação e de contestação socialmente consolidados (ex.: apresentação de queixas no livro amarelo das próprias organizações de saúde e/ou nas secretarias das ordens, sindicatos e associações profissionais), sempre que se vêem privadas do direito ao acesso aos cuidados de saúde ou quando estes apresentam níveis insatisfatórios de qualidade.

Com vista elevar o nível de satisfação daqueles que acedem aos serviços de saúde produzidos pelas unidades que compõem o serviço nacional de saúde português, foram incorporadas na legislação para este sector, algumas linhas de orientação que visam integrar representantes dos vários segmentos da sociedade civil nos processos decisoriais, quer nos centros de saúde como nos hospitais (Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril. Pp.2059), (Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004. Diário da República – I Série – B. N.º 170 de 21 de Julho de 2004. Pp.4254).

Além disto, a legislação da saúde preconiza a participação dos sindicatos, das associações profissionais e das ordens de especialidade na definição de linhas de orientação estratégicas e operacionais, em especial quando estão relacionados aos programas de formação médica e investigação clínica ou translacional.

Com vista por um lado, obter ganhos de eficiência na gestão dos recursos disponíveis para a produção de serviços de saúde, e por outro lado, evitar que surjam situações de controvérsias públicas que possam servir de entraves à ação produtiva neste sector, a legislação portuguesa coloca à disposição das organizações que se encontram sob a sua tutela, as linhas de orientação estratégica que incentivam a constituição de redes sociais multi- setoriais, quer a um nível mais macro (entre ministérios), quer a um nível mais micro (entre organizações da saúde, câmaras municipais, universidades, ONGs, associações).

II. Clarificações Iniciais: O Enquadramento Legal das Parcerias Público – Privadas e das Entidades Público - Empresariais EPE

Apesar das parcerias público – privadas no sector da saúde compreenderem um fenómeno recente em Portugal, em outros países europeus, estas há muito tempo que vêm sendo consolidadas (ex.: Espanha, Inglaterra, etc.).

No entanto, ao contrário de Portugal, estes países não optaram por não incluir a gestão clínica nos contratos – programa, devido aos elevados riscos que esta transporta (TC, 2009).

As parcerias público – privadas podem incidir sobre a construção e a gestão dos edifícios hospitalares, semelhante ao que acontece em Inglaterra, como também sobre a gestão clínica, tal como acontece em Portugal.

Independentemente da modalidade de contratualização, as parcerias público – privadas só podem ser constituídas quando os meios de diagnóstico, terapêuticos ou de reabilitação disponibilizados pelo sector público, demonstrarem serem insuficientes. Além disto, as contratualizações requerem que sejam realizados outros estudos que comprovem que a capacitação do sector público seria algo inviável, tendo vista o montante necessário ao investimento, e os resultados previstos a alcançar.

De um modo geral, as parcerias público – privadas tanto podem contemplar a prestação de serviços médicos, de diagnósticos, terapêuticos e de reabilitação, como ainda, à formação médica, a formação em enfermagem além da investigação científica, clínica/farmacológica e translacional.

Neste tipo de parcerias cabe ao Estado definir o quanto está disposto a pagar pelos serviços a serem produzidos e os parâmetros gerais para a sua produção, posto isto interrogamos, até que ponto o bom desempenho social e ambiental é levado em conta no

momento da contratação dos serviços? Partimos da hipótese que o processo de contratação não se restringe ao mero cumprimento dos parâmetros normativos, antes pelo contrário, privilegia também as opções de caráter subjetivo. Em primeiro lugar, porque os atores que estão à frente dos processos de contratação tomam as decisões com base num conjunto de valores e sentidos que lhes são peculiares (Boltanski & Thèvénot, 1991). Em segundo lugar, porque são de evitar os constrangimentos sociais que podem servir de entrave à ação produtiva levada a cabo pelas organizações da saúde, incluindo os hospitais.

No entanto, as parcerias público – privadas do sector saúde têm-se visto no meio de controvérsias públicas, pelo fato dos líderes políticos quer do partido do governo em exercício (Bagão Félix, Manuela Ferreira Leite) quer da oposição (Francisco Louçã, Gerónimo de Sousa) apresentarem duras críticas às opções tomadas para a área da saúde a partir da comunicação social (PS – Partido Socialista, BE – Bloco de Esquerda e PCP – Partido Comunista Português).

Os líderes políticos acusam o governo de prevaricar, já que as organizações contratadas não partilham os riscos financeiros com o Estado conforme está previsto no contrato – programa que rege as contratualizações; acusam-no ainda de ser insolente pelo fato de insistir em manter as parcerias público – privadas, quando estas já deram provas de serem inviáveis do ponto de vista financeiro. Além disto, acusam o governo de manter um modelo de contratualização que intensifica as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, porque foram várias as situações em que as organizações contratadas encaminharam pacientes para outras unidades hospitalares, com o objetivo de reduzir os custos com a produção dos tratamentos.

Em resposta às críticas levantadas, as organizações de Saúde contratadas, justificam que as derrapagens no orçamento da saúde, devem-se sobretudo ao pagamento dos juros inerentes às transferências em atraso por parte do Ministério da Saúde e organismos públicos de regulação do sector.

As referidas organizações alegam que o encaminhamento de pacientes para outras unidades justifica-se quando a patologia apresentada pelo paciente se enquadra numa rede de referenciação, ou a unidade hospitalar que o recebeu, não dispõe dos meios necessários para realizar o tratamento.

Quanto à acusação de que não há partilha dos riscos entre o sector público e o sector privado, as organizações contratadas alegam de que isto não corresponde à verdade, visto que estas investem uma quantia enorme de dinheiro na condição de recebê-lo ao longo dos 30 ou 50 anos.

As organizações contratadas explicam que as críticas que lhes são direcionadas não se justificam, pois a atividade que desenvolvem encontra-se fortemente controlada pelo

Ministério e outras instituições estatais de regulação, através das auditorias. Neste sentido, interroga-se, até que ponto as acusações levam em conta os resultados das auditorias? Em que medida, os canais de comunicação utilizados favorecem as acusações apresentadas?

Segundo Dr. Germano de Sousa, ex-bastionário da Ordem dos Médicos em Portugal, as parcerias público – privadas na área da saúde são benéficas ao SNS – Sistema Nacional de Saúde apesar das controvérsias geradas. Ele sustenta este ponto de vista, defendendo que o sector público precisa do sector privado da saúde, para garantir aos utentes o acesso aos cuidados de saúde, incluindo os especializados (Jornal da Região. Município de Cascais. 02.05.12).

Ao contrário do Dr. Germano de Sousa, o Dr. Carlos Carreiras, atual presidente da Câmara Municipal de Cascais (Jornal da Região. Município de Cascais. 02.05.12) defende que as parcerias «boas» são aquelas constituídas entre organizações públicas (ex.: Estado e autarquias). O ponto do Dr. Carlos Carreiras ilustra um dos objetivos estratégicos propostos pela Câmara Municipal de Cascais, que está relacionado à ampliação das responsabilidades da Autarquia na área da saúde.

Apesar das controvérsias em torno das parcerias público – privadas no sector da saúde, o governo português vem apostando tanto neste modelo de contratualização como na empresarialização dos modelos de gestão dos hospitais públicos de Portugal (Silvestre *et. all.*, 2005), com vista elevar os ganhos de eficácia da ação hospitalar através de uma gestão mais racionalizada dos meios.

Desde 2004, cerca de 31 hospitais públicos foram transformados em sociedades anónimas denominadas EPE – Entidades Públicas Empresariais. O modelo de gestão EPE, preconiza a consolidação de sociedades anónimas constituídas por capitais públicos divididos em 39.000 ações no valor de 100.000 €. O acionista principal é o Estado, embora seja permitido a outras instituições públicas a aquisição de ações dos hospitais EPE.

Na base da empresarialização dos modelos de gestão dos hospitais públicos, incide o interesse em torná-los mais autónomos e atribuir-lhes uma maior capacidade negocial. Na verdade, este interesse integra um objetivo político, que consiste em implementar no sector público da saúde a lógica concorrencial e a gestão com base nos princípios de mercado.

A questão concorrencial na área da saúde levanta algumas interrogações porque em primeiro lugar, os hospitais públicos dominam o segmento da prestação dos cuidados em saúde porque são em maior número; em segundo lugar, os clientes (utentes) que recorrem aos cuidados de saúde do sector público não têm condições financeiras para acedê-los no sector privado lucrativo ou não lucrativo; em terceiro lugar, os hospitais do sector público

não têm conseguido dar resposta às necessidades dos utentes em áreas de especializadas tais como (ex.: ortopedia, cardiologia, oftalmologia, urologia, etc.), logo a prestação destes serviços pelo sector privado, vem no sentido de complementar os serviços oferecidos pelo privado e não concorrer; em quarto lugar, todos os hospitais EPE têm o Estado como acionista principal, e os cargos de direção exercidos por funcionários nomeados por este.

Posto isto, acreditamos que a lógica concorrencial ainda não se encontra devidamente fundamentada, quer ao nível dos princípios como dos mecanismos de implementação. Existem segmentos da sociedade civil que defendem que a lógica concorrencial não deveria ser invocada, porque contraria o princípio do «serviço» defendido pelos modelos de gestão para a coisa pública. Além disso, os resultados económicos e financeiros obtidos pelos hospitais envolvidos nas parcerias público – privadas e/ou transformados em EPE, ficaram muito aquém dos pretendidos.

Como exemplo da incipiência dos resultados económicos e financeiros gerados pelo modelo de contratualização público - privada, sublinhava o fato do grupo empresarial responsável pela gestão do Centro Hospitalar de Cascais (HPP – Hospitais Privados de Portugal) ter manifestado publicamente, o interesse em repassar o direito de gestão que adjudicou em concurso público a outro grupo empresarial. Na corrida à gestão do Centro Hospitalar de Cascais, encontram-se o Grupo AMIL (Brasil), a José de Mello Saúde (Portugal) e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Os resultados obtidos pelos hospitais EPE também foram apontados como incipientes na imprensa portuguesa, publicada no primeiro semestre de 2012. Em primeiro lugar, porque não tem propiciado o pagamento atempado aos fornecedores; em segundo lugar, porque o atraso no pagamento aos fornecedores têm levado à suspensão no fornecimento de materiais clínicos e farmacológicos aos hospitais devedores, causando com isto o cancelamento de cirurgias e a transferência de pacientes para outras unidades hospitalares.

A partir de 2002, começou-se a desenhar o modelo de empresarialização dos modelos de gestão hospitalar que deveriam ser levados a cabo em Portugal nos anos vindouros. De 2004 para cá, 31 hospitais públicos portugueses foram convertidos em entidades públicas empresariais EPE, dentre os quais se ressalta o Hospital São Francisco Xavier, o Hospital Egas Moniz e o Hospital Santa Cruz. Os dois primeiros estão sediados no concelho de Lisboa, enquanto o último no concelho de Oeiras. Estes hospitais foram alvo de reestruturação no mesmo ano passando posteriormente integrar Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

No que concerne à estrutura administrativa delineada para estes hospitais, sublinharia os três gabinetes seguintes: 1. Gabinete de Humanização e Qualidade; 2. Gabinete de Ética; 3. Conselho Consultivo.

Na base da justificação para a consolidação do primeiro gabinete, parece ter estado uma melhor otimização dos recursos humanos hospitalares, enquanto no segundo, o objetivo de levar os profissionais da saúde a atuarem de forma mais humana (ao nível do relacionamento com os pacientes), mais inovadora (capacitação para a aplicação das tecnologias mais recentes nos cuidados da saúde prestados) e mais sustentável (diminuição do volume de desperdícios gerados pela ação produtiva).

Já o Conselho Consultivo, apresenta uma lógica de justificação de consolidação, assente na facilitação do estreitamento dos laços de cooperação com os vários segmentos produtivos da sociedade civil, incluindo o autárquico. Através do referido conselho, as partes negociam os tipos de programas que deverão ser desenvolvidos no âmbito da saúde pública e as metodologias de mobilização social a serem empregues.

No que concerne ao gabinete de ética, este sustenta a sua pertinência sublinhando o fato de propiciar uma maior assertividade nas decisões clínicas tomadas, através da consulta a outros profissionais da área da saúde.

De acordo com a legislação da saúde, quando não existir um departamento específico para tratar determinados assuntos no interior dos hospitais, é o presidente do conselho de administração quem fica responsável pela gestão destes.

Pelo fato de não termos encontrado nenhuma legislação que regule a responsabilidade social no sector da saúde, buscaremos enquadrar este estudo no âmbito da implementação voluntária de iniciativas de cariz social, com vista legitimar a ação produtiva e a obtenção da permissão da sociedade para operar.

III. Interrogações de Partida

Partindo do pressuposto que a responsabilidade social compreende a incorporação voluntária das demandas sociais nas estratégias das organizações e na relação que esta estabelece com os seus *stakeholders* (Blownfield & Murray, 2008), interrogamos: Por que os hospitais desenvolvem iniciativas de RS¹? Que sentido os atores da saúde

1

□ RS – Abreviatura de Responsabilidade Social

atribuem às iniciativas que levam a cabo, quer no âmbito do ambiente como social? Quais foram as motivações que estão na base da implementação das referidas iniciativas? Como são realizados o planeamento, a coordenação, a implementação e a avaliação de impactes das iniciativas que levam a cabo? Que fatores são levados em conta no momento da escolha das iniciativas? Até que ponto houve alterações no perfil das práticas de Responsabilidade Social implementadas, e a que fatores se devem estas alterações? De que fontes de financiamento os hospitais se valem nos projetos de responsabilidade social e quais são os montantes envolvidos? Que tipo de recursos e profissionais são mobilizados nestes projetos? Quais foram os resultados produzidos pelos projetos de RS levados a cabo? Até que ponto os responsáveis pela implementação dos projetos se revêem nos projetos desenvolvidos? Que tipo de entraves costuma haver quando se implementa iniciativas de Responsabilidade Social no sector da saúde? De que forma são superados estes entraves? Qual é o papel da liderança nas fases do planeamento e da implementação dos projetos de Responsabilidade Social no sector da saúde? Até que ponto são constituídas redes de parcerias em torno dos projetos de Responsabilidade Social? Quem são os parceiros? Quais são os recursos e as competências transacionadas? Que tipos de contratos sustentam as redes de parcerias? As parcerias consolidadas são extensíveis a outros projetos? Em caso afirmativo, de que outros projetos se tratam? São realizadas auditorias às iniciativas de RS implementadas? Qual é o sentido que os atores atribuem às auditorias? Em caso de não se realizarem auditorias, qual é a lógica que sustenta esta opção? Até que ponto os hospitais produzem relatórios de responsabilidade social? Quais são as motivações que sustentam a produção destes relatórios? Que importância atribuem à divulgação de relatórios de responsabilidade social? Até que ponto os projetos de responsabilidade social são alvo de certificação? Em que âmbito se dão as certificações e quem as realiza? Que importância é atribuída à certificação das iniciativas de RS? Qual é a visão de médio e longo prazo para a responsabilidade social do sector da saúde? Quais são os projetos/ iniciativas que estão em vias de se desenvolver e por quê?

Tentar perceber a questão da Responsabilidade Social no âmbito das parcerias público – privadas do sector da saúde, tem a mais – valia de permitir compreender de que forma as práticas de gestão do sector privado vêm sendo implementadas num sector, que por si só, representa um garante de cidadania contemplada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, Artigo nº 25, Resolução 217A (III) das Nações Unidas de 10 de Dezembro de 1948 e na Constituição da República Portuguesa, VII Revisão Constitucional, 2005. Artigo nº64.

IV. Ensaio sobre a Legalidade da Responsabilidade Social no Sector da Saúde

Na análise que realizamos à legislação do sector da saúde publicada entre 2002-2012, verificamos que os ganhos de eficiência preconizados não aparecem associados à criação de externalidades positivas aos *stakeholders*. Neste sentido, pode-se dizer que a responsabilidade social ainda não foi compreendida como uma ferramenta valorativa da cadeia de valor para o sistema nacional de saúde português, tal como sucedeu na Toscana, Itália (Meneguzzo, 2010).

De uma forma geral, pode-se dizer que as ferramentas valorativas da cadeia de valor do sector da saúde compreendem essencialmente a **terceirização de serviços** (incluindo os serviços clínicos, os serviços de enfermagem, os serviços laboratoriais), a **consolidação de centros hospitalares e de redes de centros de saúde** (ex.: ACES – Agrupamento de Centros de Saúde), a **criação de uma central de aquisições**, com vista obter ganhos de escala, a **formação de redes inter e intra-hospitalares** além da **consolidação de redes intra-sectoriais** (ex.: rede nacional de cuidados paliativos) e a **constituição de redes multisectoriais** de apoio à decisão médica e clínica nos centros hospitalares.

No que concerne à terceirização dos serviços clínicos, laboratoriais a outras organizações de saúde privadas com ou sem fins lucrativos, soube-se que esta tanto pode ser realizada pelo Ministério da Saúde como pelas instituições de regulação que se encontram a seu cargo (ex.: Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo ARSLVT e a Administração Central do Sistema de Saúde ACSS).

Dentre os requisitos normativos exigidos às organizações contratadas, citam-se o fato destas não apresentarem dívidas nas finanças ou na segurança social, disporem de um capital social superior ao montante total preconizado no contrato de adjudicação e não terem sido alvo de condenações judiciais.

Como contrapartida, exige-se às organizações contratadas, que estas façam prova dos serviços de saúde que foram prestados, através da apresentação de documentos e/ou de relatórios.

Pelo que pudemos verificar, os contratos programa que regem as parcerias público – privadas no sector da saúde, não preconizam a apresentação de relatórios de responsabilidade social por parte das organizações de saúde contratadas. Tal fato, ilustra a ausência de normatividade que permeia as práticas de responsabilidade social no sector da saúde. Levando-nos a crer que as práticas implementadas são sobretudo de carácter voluntário.

De acordo com o que constatamos, os hospitais – alvo das parcerias público – privadas, quer de origem privada lucrativa como não lucrativa, implementam projetos na área da

sustentabilidade ambiental e da responsabilidade social (www.hppcascais.pt; www.josedemellosaude.pt; www.essa.pt. Consultado em 02.07.12).

Na consulta que realizamos ao site dos referidos hospitais, constatamos que estes definem como responsabilidade social as iniciativas que desenvolvem no âmbito da promoção de hábitos saudáveis de vida e prevenção de doenças (www.hppcascais.pt; www.josedemellosaude.pt; www.essa.pt. Consultado em 02.07.12).

Ao contrário dos hospitais, nem a legislação do sector da saúde Portugal 2002-2012, nem os documentos divulgados pela Organização Mundial da Saúde WHO (2006) apresentam um conceito claro de responsabilidade social no sector da saúde.

Se por um lado, as práticas de responsabilidade social no sector da saúde não apresentam um enquadramento legal, por outro lado, foi destinado à Administração Central do Serviço de Saúde – ACSS e à Secretaria Geral da Saúde o planeamento e a coordenação destas práticas. Como se sabe, consolidou-se no sector da saúde, um consenso social em torno dos programas de promoção dos hábitos saudáveis de vida e de prevenção de doenças como sendo de responsabilidade social.

Posto isto, interrogamos, até que ponto as práticas de responsabilidade social levadas a cabo pelas organizações de saúde têm como objetivo atender às implicações implícitas das instituições de regulação do sector? Sabendo que as organizações do sector da saúde independentemente do estatuto, são reguladas pelo ministério da Saúde e respectivas organizações de apoio, perguntava-se por que razão as organizações de saúde de estatuto EPE (entidades públicas empresariais) não associam as iniciativas de promoção de hábitos saudáveis de vida e de prevenção de doenças como sendo de responsabilidade social www.hsfxavier.min-saude.pt; www.hegasmoniz.min-saude.pt; www.hsc.min-saude.pt.

Pelo que pudemos verificar, as organizações de saúde privadas com ou sem fins lucrativos, divulgam as ações que desenvolvem no âmbito da promoção dos hábitos saudáveis de vida e da prevenção de doenças como sendo de responsabilidade social, enquanto os hospitais EPE não o fazem.

Levantamos algumas hipóteses que poderão ajudar a explicar por que razão os hospitais EPE não associam as referidas ações como sendo responsabilidade social. Em primeiro lugar, porque na base da implementação das referidas ações deverá estar o atendimento às implicações institucionais apresentadas pelos organismos de regulação da saúde (Mandarino & Gomberg, 2009); em segundo lugar, porque a lógica empresarial passou a integrar os modelos gestionários destes hospitais há relativamente pouco tempo (Silvestre *et. all.* 2005); em terceiro lugar, porque os profissionais que ocupam os cargos de chefia trabalharam durante décadas de acordo com os pressupostos da gestão pública (Mandarino & Gomberg, 2009); em quarto lugar, porque os decisores encaram as ações

implementadas nos âmbitos em epígrafe, como sendo extensíveis à sua função profissional (Almeida, 2010).

V. Síntese da Discussão

Se por um lado, a promoção de hábitos saudáveis de vida e prevenção de doenças compreende um dos objetivos estratégicos da política de saúde, por outro lado, há falta de sistematização. Por exemplo, não estão previstas na legislação as metodologias de planeamento, de implementação, de coordenação e de avaliação de impactes que as instituições de regulação da saúde deverão implementar no desenvolvimento de ações de promoção de hábitos saudáveis de vida e prevenção de doenças.

Contudo, verificamos que a legislação da saúde publicada entre 2002-2012 contempla algumas linhas de orientação estratégica que vão ao sentido de mobilizarem as organizações do sector da saúde a ampliarem as responsabilidades assumidas no campo da saúde, desenvolvendo iniciativas de carácter preventivo com vista combater as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, principalmente nos segmentos mais vulneráveis da sociedade (ex.: idosos, crianças, imigrantes, desempregados e doentes crónicos).

Vale a pena realçar que apesar de termos encontrado na legislação analisada, algumas linhas de orientação política e estratégica específicas para a área dos cuidados continuados (ex.: rede nacional de cuidados continuados integrados), contudo, acreditamos que estas poderiam ser reforçadas com a consolidação de um banco social de atendimento médico a utentes sem recursos financeiros nos hospitais privados; com a disponibilização de um fundo de apoio à realização de exames de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos aos utentes sem recursos financeiros nas unidades hospitalares do sector privado; como ainda com a consolidação de um banco social do medicamento, onde as farmácias lucrativas, contribuiriam para que os utentes desprovidos de recursos financeiros pudessem realizar os tratamentos farmacológicos que lhes foram prescritos, a partir da disponibilização gratuita dos medicamentos.

Por detrás da ampliação das responsabilidades das organizações da saúde inclusive do sector privado, existe um objetivo político muito mais amplo que está relacionado à consolidação de um conceito mais alargado de cuidados na área da saúde.

Posto isto, interrogamos, até que ponto o conceito de cuidados em saúde que vigora em Portugal está ajustado às características da sociedade portuguesa? Em que medida, o desajustamento conceptual dificulta a resolução dos principais problemas enfrentados

pelo sistema nacional de saúde em Portugal (ex.: elevado número de utentes sem médico de família; tempo de espera relativamente alto para a realização da primeira consulta de especialidade; dentre outros.

Pelo que nos parece, o Estado não tem sido capaz de responder às críticas que lhe são dirigidas por causa da reforma do sistema nacional de saúde, quer ao nível conceptual como prático. Posto isto, as organizações deste sector têm buscado por conta própria a sua legitimação, quer através da incorporação de princípios e valores reconhecidos socialmente como os mais éticos na missão organizacional (ex.: produzir serviços de saúde com qualidade a partir do estreitamento de laços com a comunidade. www.josedemellosaude.pt. Consultado em Maio de 2012), como também através da implementação voluntária de iniciativas, ora relacionadas ao meio ambiente ora às demandas sociais manifestadas pelas comunidades circundantes (ex.: campanha de sensibilização no âmbito das alterações climáticas. www.hppcascais.pt. Consultado em Maio de 2012.

VI. Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, FELIPE (2010). Ética, valores Humanos e Responsabilidade social das Empresas. Ed. Princípia. Cascais.
- BOLTASKI, L.; THÉVENOT, L. (1991). De La Justification. Les Économies de La Grandeur. Edition Gallimard.
- BLOWFIELD, MICHAEL; MURRAY, ALAN (2008). Corporate Responsibility: A Critical Introduction. Oxford University Press. New York.
- CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA. VII Revisão Constitucional. 2005. Artigo nº64.
- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM. Artigo nº 25. Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948.
- DECRETO-LEI N.º 136/2010. 27 de Dezembro. Pp.5934
- DECRETO-LEI N.º 81/2009. 2 de Abril. Pp.2059.
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. 1.ª série, N.º 31. 13 de fevereiro de 2012. Pp.732.

- GARRIGA, E., MELÉ, D (2004). Corporate Social Responsibility Theories: Mapping the Territory. *Journal of Business Ethics*, 53. Pp. 51–71. Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands.
- JORNAL DA REGIÃO. Município de Cascais. 02 de Maio de 2012.
- MANDARINO, ANA CRISTINA DE SOUZA; GOMBERG, ESTÉLIO (2009). *Leituras de Novas Tecnologias e Saúde*. Editora da Universidade Federal de Sergipe. Salvador da Bahia. Brasil.
- FREY, M.; MENEGUZZO, M.; FIORANI, G. (2010). *La Sanità come Volano dello Sviluppo Económico*. Edizioni ETS. Firenze. Itália.
- PARJIS, Philippe Van (1993). Social Justice and Individual Ethics. *Philosophica* 52 (1993, 2). Pp. 75-103. <http://logica.ugent.be/philosophica/fulltexts/52-7.pdf>. Consultado em 27 de Agosto de 2012.
- REGO, Arménio; Cunha, Miguel Pina; Costa, Nuno Guimarães; Gonçalves, Helena; Cardoso, Carlos Cabral (2006). *Gestão Ética e Socialmente Responsável*. Editora RH. Lisboa.
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 102/2004. DIÁRIO DA REPÚBLICA. I SÉRIE-B. N.º 170. 21 de Julho de 2004. Pp.4254.
- SILVESTRE, HUGO MARCO C., ARAÚJO, JOAQUIM FILIPE F. E. (2005). *A gestão por Resultados no Sector Público: O caso dos Hospitais EPE*.
- TC (2009). *Auditoria ao Programa das Parcerias Público – Privadas. Primeira Vaga de Hospitais*. Relatório n.º 15/2009 AUDIT. Tribunal de Contas. Lisboa. Portugal.
- TRIGILIA, CARLO (2002). *Economic Sociology. State, Market, and Society in Modern Capitalism*. Blackwell Publishers. United Kingdom.
- WHO (2006). *Engaging for Health Eleventh General Programme of Work 2006-2015. A Global Health Agenda*. World Health Organization. Geneva.

Sites Institucionais Consultados

www.hppcascais.pt

www.josedemellosaude.pt

www.essa.pt

www.hsfxavier.min-saude.pt

www.hegasmoniz.min-saude.pt

www.hsc.min-saude.pt