

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



Departamento de Ciências Económicas, Empresariais e Tecnológicas

Doutoramento em Economia

Especialidade de Economia da Empresa

**AS MÉTRICAS DE AVALIAÇÃO COMO DETERMINANTE DO ACTO MÉDICO
DE PRESCRIÇÃO**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Economia por

Alexandre Jorge Mateus Ferreira da Silva

Orientador: Professor Doutor Álvaro Lopes Dias

Setembro 2015

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Álvaro Lopes Dias, pela sua amizade, pela sua disponibilidade, pela sua capacidade de motivar, pela orientação e por ter-me conduzido à reflexão na profundidade necessária à realização deste trabalho.

Aos colegas da indústria farmacêutica, Sandra, Sara e António, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha filha Inês Ferreira da Silva, pelo tempo que me concedeu para a elaboração deste trabalho.

Aos meus pais, Eugénio Ferreira da Silva e Maria Roduzinda Ferreira da Silva, por todo o carinho e paciência em todos os momentos da minha vida.

A todos os médicos que de forma interessada se disponibilizaram a partilhar as suas convicções e tornaram possível a realização do trabalho de investigação.

E a todos aqueles que de forma directa ou indirecta, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Se há um tema que tem levantado alguma celeuma, de forma transversal a todos os sectores de actividade económica, esse será seguramente a avaliação ao desempenho profissional, a que cada indivíduo deve estar sujeito no âmbito da profissão que escolheu.

Prática comum em algumas áreas de actividade, desde há muito tempo a esta parte, com maior preponderância no sector privado que no público, esta tem sido uma ferramenta cada vez mais utilizada ao nível da gestão empresarial, quer como forma de distinguir o mérito individual no desempenho de tarefas idênticas, quer com o objectivo de otimizar recursos e reduzir custos.

Várias questões têm sido no entanto levantadas quanto à credibilidade, e consequente real valia, deste tipo de ferramenta de gestão, considerando que existem relatos de situações em que os profissionais alvo de avaliação se concentram, a partir de determinada altura, mais no objectivo a cumprir e menos na excelência de desempenho da sua tarefa.

O propósito deste trabalho é: (i) identificar e compreender de que forma a introdução de métricas de avaliação do desempenho dos profissionais de saúde – indicadores de desempenho, condiciona o acto médico de prescrição; (ii) quais as alterações decorrentes da introdução de indicadores de desempenho na avaliação dos médicos, na hierarquia de atributos que determinam a escolha de um medicamento; (iii) abrir espaço a futuras investigações sobre o impacto económico dessa medida nos custos do sector da saúde em Portugal.

Durante realização desta investigação foram consultados vários trabalhos anteriores relacionados com a mesma área, servindo as evidências sustentadas pelos mesmos como base da proposta aqui apresentada.

Destacamos o trabalho de Green, Goldberg & Montemayor (1981), cuja metodologia foi agora seguida, com o intuito de avaliar a importância das métricas de avaliação durante o processo de tomada de decisão do médico prescritor.

No âmbito deste trabalho de investigação são considerados especificamente os médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, que exercem a sua actividade em Unidades de Saúde Familiar (USF).

Da literatura existente e do trabalho de campo realizado, torna-se evidente que os médicos (i) sentem-se condicionados no exercício da sua actividade profissional pela necessidade de cumprimento dos indicadores de desempenho estabelecidos; (ii) a redução de custos em cuidados de saúde primários pode ser insignificante quando comparada com o aumento de custos nos cuidados de saúde secundários.

Palavras-chave: custos; saúde; métricas, médico, prescrição, medicamento, genérico.

Classificação do JEL: I11; I18;

ABSTRACT

If there is a topic that has raised some excitement from across all sectors of economic activity form, this will surely be the evaluation of professional performance that each individual should be subject to under the chosen profession.

Common practice in some areas of activity , long ago this part , more frequently in the private than in the public sector , this has been an increasingly used tool in enterprise management, both as a way of distinguishing individual merit in performing identical tasks or with the aim of optimizing resources and reducing costs.

Several questions have however been raised about the credibility and consequent real value of this type of management tool, whereas there are reports of situations in which the target of evaluation becomes often more focused on doctors personal priorities, instead of excellence at their professional performance.

The purpose of this work is (i) to identify and understand how the introduction of metrics for assessing the performance of health professionals - performance indicators, may affect the medical act of prescription; (ii) how it changes the hierarchy of attributes that sets the choice of a drug; (iii) to prepare future investigations about the impact of that measure in the health sector costs in Portugal.

While conducting this research several previous works related to the same area were consulted, serving the evidence sustained as the basis of the proposal made here.

This investigation was inspired by the work of Green, Goldberg and Montemayor (1981), whose methodology has now been followed in order to account for the importance of evaluation metrics during the process of decision making of the prescribing physician.

In the context of this research will be considered specifically primary care specialists, which carries on its activities in Family Health Units (USF).

Bearing in mind what was found in previous literature, it becomes evident that doctors: (i) feel constrained in the exercise of their profession by the need for compliance with

established performance indicators; (ii) the reduction of costs in primary care may be insignificant when compared to the increased costs in secondary care.

Keywords: costs; health; metrics; physician; prescription; generic.

JEL Classification: I11; I18;

ÍNDICE

Capítulo I	14
Introdução	14
1.1 O tema da investigação	15
1.2 Estrutura da Tese	18
1.3 Contexto Geral	22
1.3.1 O Sector da Saúde	22
1.3.2 O Sector da Saúde em Portugal	26
1.3.2.1 O sistema nacional de saúde	29
1.3.2.2 As unidades de saúde familiar	30
1.3.2.3 Os agrupamentos de centros de saúde	32
1.3.3 A contratualização. O que é?	35
1.3.3.1 A contratualização externa	41
1.3.3.2 A contratualização interna	43
1.3.4 Matriz de indicadores para actividades específicas em USF Modelo B	45
1.3.5 A negociação de metas com USF	47
1.3.6 Avaliação de incentivos institucionais das USF	50
1.3.7 Conclusão	51
Capítulo II	53
Revisão Bibliográfica	53
Análise sumária de alguns trabalhos prévios	54
2.1 As métricas de avaliação no sector da saúde	55
2.2 O Genérico como determinante da redução de custos no sector da saúde	61
2.3 Operacionalização do processo de redução de custos no sector da saúde	66
2.4 O ponto de partida para um trabalho de investigação	72
Capítulo III	73
Metodologia de Investigação	73
3.1 Lacunas e Problemática em Investigação	74
3.2 O desenho da investigação	78

3.3 A problemática existente: questões a responder	82
3.4 Objectivos a atingir	83
3.5 Conceptualização do modelo e formulação das hipóteses	84
3.6 Definição e Operacionalização dos Atributos Determinantes	85
3.6.1 Estudo exploratório I: Definição do atributo com maior notoriedade	85
3.6.2. Estudo exploratório II: Definição dos atributos mais importantes	86
3.6.3 A escolha dos atributos utilizados no processo de recolha de informação	88
3.7 A recolha de informação junto da população-alvo	97
3.7.1 A metodologia de recolha de informação e a estrutura do modelo utilizado	97
3.8 A definição da população alvo: a classe médica	100
3.8.1 Motivações de uma escolha	100
3.8.2 Caracterização da classe médica alvo de estudo	102
Capítulo IV	106
Análise dos Resultados	106
4.1 Caracterização da amostra da população	107
4.2 Avaliação dos resultados da análise conjunta	110
4.2.1 Caracterização dos médicos respondentes	110
4.2.2 Avaliação da Normalidade das variáveis em estudo	112
4.2.3. Descrição do modelo da análise conjunta	114
4.2.4 A utilidade estimada para cada variável	116
4.2.4.1 Utilidade da variável marca institucional	119
4.2.4.2 Utilidade da variável preço	120
4.2.4.3 Utilidade da variável - indicadores de desempenho	120
4.2.4.4 Utilidade da variável eficácia	121
4.3 Validação do modelo da análise conjunta	126
4.4 Os clínicos <i>outliers</i>	127
4.5 Caracterização dos segmentos encontrados: atributos sócio demográficos	128
4.5.1 Influência da sub-região da ARS nas preferências dos médicos	128
4.5.2 Influência do género nas preferências dos médicos	129
4.5.3 Influência da idade nas preferências dos médicos	130

4.5.4 Conclusão sobre a Influência dos atributos sócio demográficos nas preferências dos médicos _____	131
4.6 Análise de <i>clusters</i>: Detecção de segmentos diferenciados _____	132
4.6.1 Dendograma _____	135
4.7 Quadro resumo das decisões tomadas face às hipóteses formuladas _____	137
<u>Capítulo V</u> _____	138
<u>Conclusões e Recomendações</u> _____	138
5.1 Principais conclusões _____	139
5.1.1 Quanto aos objectivos definidos _____	139
5.1.2 Quanto ao mérito de trabalho científico _____	141
5.1.2.1 Contribuição _____	141
5.1.2.2 Relevância _____	142
5.1.2.3 Originalidade _____	142
5.1.2.4 Limitações _____	143
5.1.3 Perspectivas de continuidade _____	144
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u> _____	146
<u>ANEXOS</u> _____	155

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Crescimento Médio Anual com Gastos em Saúde na OCDE	25
Figura 2 - Percentagem do PIB alocado à Despesa em Saúde em Portugal.....	27
Figura 3 - Despesa da Saúde em Portugal no ano 2008	28
Figura 4 - Estrutura em que assenta o processo de contratualização dos cuidados de saúde primários.....	34
Figura 5 - Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes.....	38
Figura 6 - Plano de Desempenho e Contracto Programa na Contratualização externa.....	40
Figura 7 - Modelo Conceptual	84
Figura 8 - Primeiro Atributo Valorizado na Escolha de um Medicamento	86
Figura 9 - Relação Hierarquizada dos Atributos Mais Valorizados na Escolha de um Medicamento	87
Figura 10 - Ranking das Empresas da Indústria Farmacêutica por Volume Vendas	95
Figura 11 - A classe médica por especialistas e não especialistas (Ano de 2012).....	102
Figura 12 - Distribuição da Classe Médica por Especialidade (Ano de 2012)	103
Figura 13 - Distribuição dos médicos respondentes ao trabalho de campo por ARS	108
Figura 14 - Distribuição das USF por ARS (Ano de 2013)	108
Figura 15 - Distribuição dos médicos respondentes por género	109

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Métrica de avaliação das metas contratualizadas para atribuição	46
Tabela 2 - Atribuição de 100% de incentivos financeiros	46
Tabela 3 - Atribuição de 50% de incentivos financeiros	46
Tabela 4 - Valores máximos dos incentivos institucionais das USF.....	49
Tabela 5 - Acompanhamento e avaliação do desempenho das UP dos ACES	49
Tabela 6 - Acompanhamento e avaliação do desempenho dos ACES.....	50
Tabela 7 - Médicas/os não especialistas por Local de residência	104
Tabela 8- Distribuição da amostra por género	110
Tabela 9- Distribuição da amostra segundo o grupo etário.....	111
Tabela 10- Distribuição da amostra segundo regiões ARS.....	112
Tabela 11 - Teste Kolmogorov-Smirnov	113
Tabela 12- Descrição do modelo.....	114
Tabela 13- Desenho ortogonal	115
Tabela 14- Utilidade estimada pelo modelo para os níveis de cada atributo.	116

Tabela 15- Frequência da 1ª preferência dos clínicos	117
Tabela 16- Valor das utilidades de cada perfil do modelo	118
Tabela 17- Coeficientes de regressão linear dos atributos	122
Tabela 18- Importância relativa dos atributos incluídos no modelo	123
Tabela 19- Descrição da correlação existente entre os atributos do modelo	126
Tabela 20 - Teste Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo.....	129
Tabela 21 - Teste exacto de Fisher.....	130
Tabela 22 - Teste Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo.....	131
Tabela 23 - Clusters método K-mean.....	133
Tabela 24 - Centro dos clusters e estatística F para cada preferência	134

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra por género	110
Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra segundo o grupo etário.....	111
Gráfico 3 - Distribuição dos clínicos por ARS	112
Gráfico 4 - Utilidade no modelo de cada nível do atributo Marca.....	119
Gráfico 5 - Utilidade no modelo de cada nível do atributo Preço.....	120
Gráfico 6 - Utilidade no modelo de cada nível do atributo Indicadores de Desempenho.....	121
Gráfico 7 - Utilidade no modelo de cada nível do atributo Eficácia.....	122
Gráfico 8 - Importância relativa dos atributos do modelo	125
Gráfico 9 - Dendrograma utilizando método de Ward.....	136

LISTA DE SIGLAS

ADSE - Direcção-Geral de Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas

ACSS - Administração Central dos Cuidados de Saúde

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS - Administrações Regionais de Saúde

CC - Conselhos Clínicos

CP - Contracto Programa

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTT - Correios de Portugal

DCARS - Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde

DE - Directores Executivos

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

FSE – Fornecimentos e Serviços Externos

IDG - Índice de Desempenho Global

INE - Instituto Nacional de Estatística

LVT - Lisboa e Vale do Tejo

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MSD - Merck Sharp & Dohme

NIHCM - National Institute for Health Care Management

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PIB – Produto Interno Bruto

PD - Plano de Desempenho

PT – Portugal Telecom

PVP - Preço de Venda ao Público

SAMS - Serviços de Assistência Médico Social

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SRER - Sistema de Registo de Entidades Reguladas

UC - Unidades de Contratualização

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UE - União Europeia

UF - Unidades Funcionais

ULS - Unidades Locais de Saúde

UP - Unidades Ponderadas

USF - Unidades de Saúde Familiar

USP - Unidades de Saúde Pública

URAP - Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

Capítulo I

Introdução

1. Introdução à investigação

1.1 O tema da investigação

Em Portugal, como em muitos outros países europeus e especialmente nos Estados Unidos da América (EUA), os gastos com a saúde são um problema actual e afectam de forma transversal as sociedades mais desenvolvidas, onde a esperança média de vida tem vindo a aumentar significativamente, originando consequentemente o aumento do peso do Estado Social nos respectivos orçamentos.

Consequentemente a área da saúde tornou-se um alvo preferencial no que concerne à racionalização de custos, com particular destaque para o que diz respeito ao gasto com medicamentos, tanto a nível hospitalar como ao nível do ambulatório.

O sector da saúde tem revelado desde sempre diversas especificidades que o distinguem do sector de bens de consumo generalista, desde logo pelo facto de o cliente e o consumidor final serem quase sempre indivíduos diferentes (Caplow & Raymond, 1953), mas essencialmente pelo facto de na área da saúde nunca podermos perder a noção que lidamos com o bem mais precioso para todos nós, que queremos preservar, sem preço definido, mas com um valor inestimável.

Refira-se aqui, que sendo um sector com a especificidade de o cliente e o consumidor final serem quase sempre indivíduos diferentes, não é todavia o único em que tal situação sucede. O processo de compra organizacional, a compra de brinquedos e a compra de livros, são outros exemplos de situações em que o comprador e o utilizador são diferentes, (Kotler, 2000).

Tendo a noção de existir neste momento uma necessidade imperiosa de reduzir os custos no sector da saúde, mais especificamente os gastos associados ao consumo de medicamentos, torna-se necessário fazer pender sobre os responsáveis directos ou indirectos pelo aumento desenfreado das despesas do sector da saúde, a responsabilidade por um conjunto de medidas que reduza numa primeira fase essa tendência e a inverta totalmente numa fase posterior.

Surge naturalmente a questão, relacionada com a forma mais adequada para a prossecução deste objectivo, procurando simultaneamente manter os níveis de qualidade de um serviço considerado essencial para qualquer sociedade e reduzindo drasticamente os valores dos custos associados a esse serviço.

Uma das formas encontradas para tentar limitar os gastos com o sector da saúde e o seu peso desproporcionado nos orçamentos anuais de diversos estados dos países mais desenvolvidos, foi exactamente impor, mais do que sensibilizar, aos responsáveis directos pela prescrição de medicamentos – os médicos, um conjunto de normas e/ou objectivos para as suas escolhas no acto médico de prescrição.

Percebe-se o objectivo fundamental desta medida, a redução pretendida com os elevados custos suportados pelos diversos sistemas nacional de saúde, um pouco por toda a parte. Mas, poderemos questionar se o caminho traçado para o conseguir é o mais adequado, como adiante iremos ver, atendendo a que em algumas situações, talvez demasiadas, poderão não ter sido salvaguardadas questões fundamentais relacionadas com a manutenção dos níveis de qualidade em plano aceitável, para uma área tão sensível como a área da saúde, como atrás já havia sido sublinhado.

Uma das questões que tem levantado mais polémica, está directamente relacionada com a introdução de métricas de avaliação do desempenho dos médicos, que desempenham a sua actividade nos cuidados de saúde primários. Destacam-se neste contexto, aquelas que dizem respeito à introdução de normativo que determine uma hierarquia de preferências em relação ao tipo de medicamento a prescrever a um paciente, independentemente de outros factores julgados importantes pelo clínico, valorizando essencialmente o custo do mesmo para o orçamento do sistema nacional de saúde.

Não se discutindo a pertinência da introdução das referidas métricas como ferramenta importante na optimização da gestão dos recursos disponíveis nas organizações de saúde, a sua utilização sem a adequada sensibilização dos principais visados pela sua introdução neste tipo de organizações, pode levar a situações de incorrecta interpretação, ou até, em situações extremas, à sua rejeição no momento de implementação.

Estas situações, de interpretação incorrecta ou de total rejeição das métricas de avaliação propostas, podem assim conduzir a casos em que os profissionais afectados pelas mesmas adoptem posições extremadas e por isso mesmo desadequadas ao propósito inicial.

Por um lado, podem conduzir a momentos em que os médicos façam incidir o foco da sua actividade diária, essencialmente no cumprimento das métricas de avaliação, colocando em risco o objectivo clínico da mesma.

Por outro lado, podem levar a que os médicos, discordando da sua implementação, as ignorem, colocando em risco o objectivo económico subjacente ao seu aparecimento, a redução de custos no sector da saúde associados à utilização de medicamentos.

O foco desta investigação é, precisamente, a identificação das alterações que por via da introdução das métricas de avaliação, são observáveis na hierarquia de atributos que determinam o acto médico de prescrição, dos profissionais que exercem a sua actividade em organizações públicas do sistema nacional de saúde português.

Isto é, pretende-se desta forma contribuir para encontrar uma resposta adequada à seguinte questão:

“As métricas de avaliação condicionam o médico no processo de escolha do medicamento a prescrever?”

1.2 Estrutura da Tese

Este trabalho de investigação está estruturado em cinco capítulos principais, obedecendo a uma programação prévia, com o apoio e supervisão do Professor Álvaro Dias.

Sendo o **primeiro capítulo** dedicado à introdução e à apresentação da estrutura da tese, o capítulo seguinte, o **segundo capítulo**, corresponde à etapa de pesquisa, selecção e revisão bibliográfica, com o intuito de validar uma base de referência para o trabalho a desenvolver.

A revisão bibliográfica é apresentada considerando três perspectivas de análise, por uma questão de estruturação, objectividade e maior comodidade de leitura. Assim, evidenciamos o papel do médico enquanto prescriptor, a importância da utilização do medicamento genérico como catalisador da redução de custos e a introdução das métricas de avaliação como garantia de um comportamento padronizado entre a classe médica, no que toca à prescrição de medicamentos.

Nesta fase procurou-se efectuar uma síntese dos diferentes entendimentos publicados sobre a temática da utilização das métricas de avaliação, em particular na área da saúde, estabelecendo um padrão comum de pensamento entre os vários autores.

Uma vez identificadas as várias correntes doutrinárias existentes, procurou-se evidenciar as suas conclusões mais marcantes, bem como evidenciar eventuais limitações e a causa provável dessas limitações, lançando as bases de um processo empírico capaz de identificar a importância das métricas de avaliação nos serviços de saúde e o seu papel no acto médico de prescrição.

Importa ainda referir que durante esta fase, mais do que analisar de forma exaustiva todos os trabalhos publicados nesta área, procurou-se seleccionar com base em parâmetros de acessibilidade e relevância, aqueles que pelo seu conteúdo permitissem definir de forma clara uma corrente doutrinária existente em relação ao tema proposto e cujo contributo fosse dotado de alguma evidência empírica.

O **terceiro capítulo** apresenta-se a metodologia detalhando-se o objecto de estudo, as hipóteses e o modelo conceptual, a operacionalização das variáveis, os instrumentos de recolha, os métodos de recolha e o tipo de tratamento estatístico que será dado, assim como a

indicação do tipo de software usado a definição do modelo de estudo a adoptar e a definição das características da amostra a estudar, de forma a que a mesma fosse minimamente representativa da população alvo e pudesse servir para tirar conclusões com significado estatístico.

A fase de recolha de dados decorreu durante o primeiro trimestre de 2014, de forma a que os dados recolhidos proporcionassem uma imagem tão exacta quanto possível da realidade actual. Foram efectuados três questionários anteriores ao trabalho de investigação principal, com o intuito de reduzir o número de atributos a estudar no questionário utilizado para recolha de dados junto da amostra da população-alvo.

Este processo de recolha de dados foi levado a efeito quer pelo autor desta investigação quer por um grupo de delegados de informação médica, de várias empresas da indústria farmacêutica.

No **quarto capítulo** procedeu-se à discussão dos resultados e validação das hipóteses formuladas.

O **quinto capítulo** compreende a análise e interpretação dos resultados apresentados nesta investigação, com o intuito de podermos evidenciar as suas principais conclusões e contribuição para a ciência, discutir as limitações identificadas e definir as linhas de investigação futuras que poderão ter como base o trabalho aqui realizado.

O presente trabalho está organizado de forma a que os potenciais interessados na consulta do mesmo possam facilmente perceber a sua estrutura e se sintam genuinamente interessados no seu entendimento, quer façam parte do universo abordado ou estejam simplesmente à procura de conhecer melhor uma área tão cheia de particularidades, e por isso tão fascinante, como é a área da saúde.

Pretende-se, ao retractar de forma objectiva as sucessivas etapas que precederam a sua conclusão e posterior apresentação.

Para melhor entendimento de todos os potenciais leitores, foi feito inicialmente o enquadramento geral do sector da saúde a nível global e de forma particular, em Portugal, atendendo às questões mais pertinentes e que atravessam de forma transversal a realidade nacional e internacional.

Que problemas existem, que soluções são propostas e que impacto é que articulação dos primeiros com as segundas poderá ter no normal funcionamento de um sistema público de saúde.

Demonstra-se a crescente importância das ferramentas de gestão e a forma como tem sido estudado e avaliado o comportamento do sector da saúde e dos seus intervenientes ao longo dos últimos anos, procurando sintetizar o conteúdo de alguns trabalhos de investigação sobre o tema proposto.

É feita uma síntese das principais conclusões retiradas dos trabalhos anteriormente publicados sobre esta temática, e com base na mesma, definimos o objectivo específico da presente investigação que será alvo de comprovação empírica posterior.

Para tal, demonstra-se a razão subjacente à escolha da população alvo deste estudo: a classe médica.

Definem-se as razões de escolha do universo médico respondente ao trabalho de campo, considerando as diversas modalidades de exercício da actividade médica. Procura-se não só caracterizar a classe médica, mas também a sua envolvente, atendendo essencialmente aos diversos intervenientes no sector da saúde, aos seus diferentes interesses e às complexas relações que se estabelecem entre si.

Apresenta-se ainda a metodologia de recolha e tratamento de informação, atendendo às especificidades da população estudada. Assim, identificam-se as razões que levaram à escolha dos atributos mais relevantes, a estratégia de recolha de informação e o modelo de análise eleito para avaliar os dados recolhidos

Posteriormente, detalha-se o modelo estatístico utilizado para tratamento dos dados recolhidos e realiza-se a posterior análise dos mesmos face aos objectivos definidos no início da investigação.

No final apresentam-se as principais conclusões retiradas da presente investigação, a sua relevância e contribuição para o tema abordado, bem como as suas limitações, as quais poderão contribuir para futuras pesquisas dentro da mesma temática agora analisada.

Em anexo, apresenta-se o questionário utilizado no trabalho de campo desenvolvido.

É ainda apresentada a referência bibliográfica das obras e trabalhos mais importantes que contribuíram directamente para a elaboração deste trabalho.

1.3 Contexto Geral

A problemática da existência de custos muito avultados no sector da saúde, especialmente com a comparticipação estatal conferida ao consumo de medicamentos, e o respectivo peso nos orçamentos dos estados dos países mais desenvolvidos, tem levado ao estímulo constante da procura de soluções, que permitam a estabilização desses custos numa primeira fase e a sua diminuição numa fase posterior.

A razão subjacente à introdução de indicadores de desempenho, na avaliação das organizações e dos profissionais de saúde, é sem dúvida alguma uma das questões mais pertinentes no universo do Sistema Nacional de Saúde, em Portugal e um pouco por todas as economias mais desenvolvidas.

Assim, iremos seguidamente desenvolver esta questão, procurando identificar os motivos que levaram ao gradual aumento de importância destas ferramentas de gestão e à sua introdução neste sector de actividade tão específico.

Abordaremos ainda as consequências da utilização de indicadores de desempenho na avaliação das organizações e dos profissionais de saúde, considerando a alteração ou não dos hábitos de prescrição dos médicos sujeitos a este esquema de avaliação.

1.3.1 O Sector da Saúde

No conjunto dos países mais desenvolvidos, não existirá provavelmente nenhum destes, que não consigne ao sector da saúde parte substancial do seu orçamento de estado anual.

A garantia de protecção da saúde, caracteriza o tipo de sociedade em que vivemos, os valores que defende e a estrutura que tem.

Um estudo levado a efeito em 2010, apurou que metade (49%) dos 2500 pacientes envolvidos, defende que os profissionais de saúde devem tratar os seus doentes independentemente do custo desse tratamento (Patient View, 2011).

Como já anteriormente foi referido há uma preocupação latente desde finais do século XX, com os gastos excessivos no sector da saúde.

As taxas de crescimento anual com os custos da saúde entre 2000 e 2006 situavam-se acima dos 10% em vários países, ultrapassando as taxas de crescimento das respectivas economias (OCDE, 2007; Schur, Berk, & Yegian, 2004).

Os gastos em medicamentos de prescrição médica obrigatória nos EUA, por exemplo, aumentaram 14% entre 2004 e 2007 (Daly, 2007).

Esta preocupação cada vez mais acentuada e generalizada com os custos inerentes ao sector da saúde, resulta de vários factores que contribuíram para o seu crescimento: número elevado de prescrições (42%), os preços elevados dos novos medicamentos (34%) e o preço excessivo dos medicamentos existentes (25%) (Kaiser Family Foundation, 2004).

Inevitavelmente, o aparecimento de vários *blockbusters* - um medicamento que produza mais de mil milhões de dólares em vendas globais anualmente (apifarma: <<http://ceif.apifarma.pt/>>, visitado em 20 Setembro de 2013) durante a década de 90 do século passado, levou ao aumento acelerado do peso do sector da saúde, nos orçamentos dos países mais desenvolvidos, em função dos valores comparticipados por cada estado na factura do medicamento.

Em média, o preço de venda dos medicamentos aumentou 7,4% por ano entre 1993 e 2003, contribuindo para o diferencial de crescimento entre os preços dos medicamentos genéricos¹ e de marca (Kaiser Family Foundation, 2004).

¹O Estatuto do Medicamento define «Medicamento Genérico» como, medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, a mesma forma farmacêutica e cuja bio equivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados.

Como forma de atenuar este incremento na despesa do estado com o medicamento, emergiu um pouco por todo o lado uma política de fomento ao consumo do medicamento genérico, essencialmente devido ao seu preço mais reduzido.

No entanto, a quota de prescrições de genéricos manteve-se relativamente constante desde 1995 em 42-43% (Berndt, 2002).

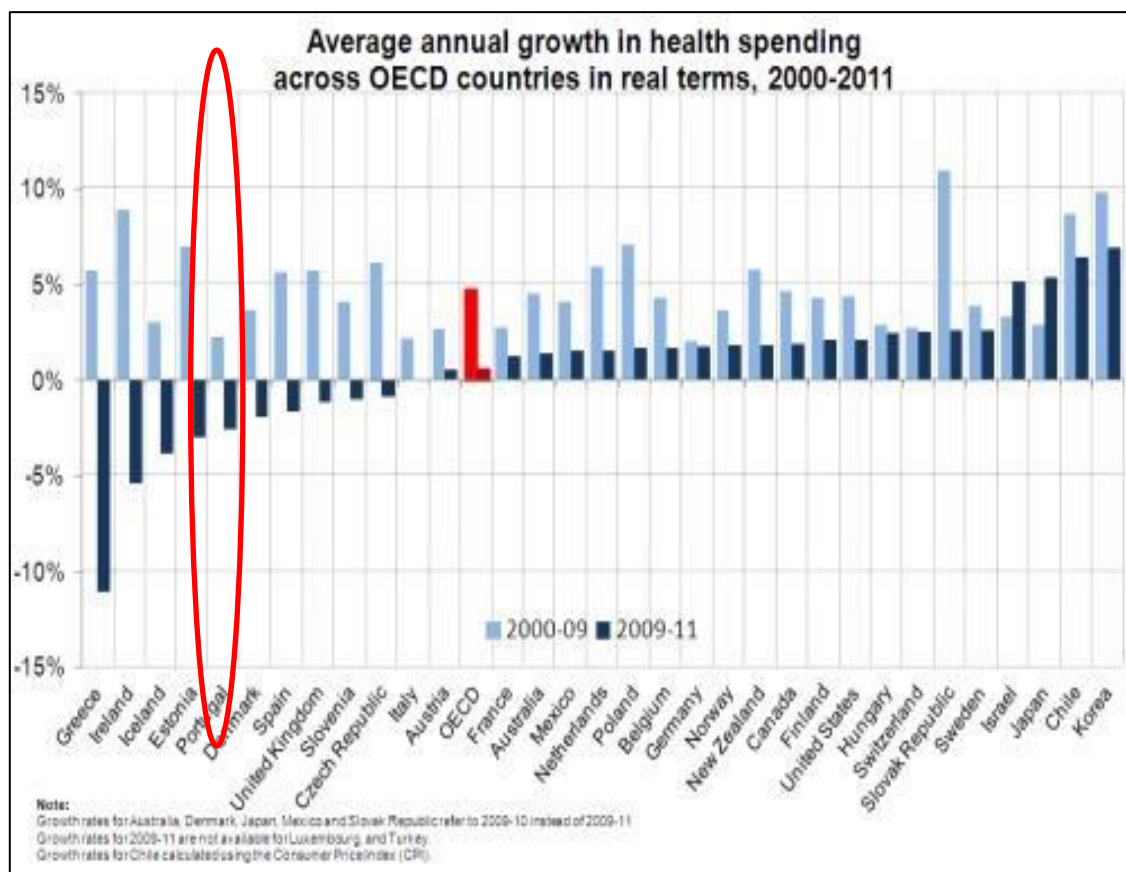
Além disso, apenas cinco dos cinquenta principais medicamentos vendidos em 2001 eram genéricos, sendo estes cinco responsáveis por apenas 5,7% das vendas totais (NIHCM Foundation, 2002).

Como os medicamentos de grande sucesso da década de noventa estão a aproximar-se da sua data de expiração de patente, existe uma significativa oportunidade para os medicamentos genéricos capturarem uma significativa parte do mercado farmacêutico e proporcionar enormes economias de custo. No entanto, a explicação do porquê dos medicamentos de marca manterem um preço de venda elevado, quando substitutos com custo inferior e terapeuticamente equivalentes estão disponíveis no mercado, permanece uma questão sem resposta (Rice, 2011).

Tal facto, leva a que a preferência em determinadas áreas terapêuticas por medicamentos de marca mantenha os custos com medicamentos acima do desejado e por consequência a despesa pública no sector da saúde dos vários estados alvo de permanente e intensa pressão no sentido da sua diminuição.

No gráfico abaixo podemos constatar que nos países da OCDE, as despesas em saúde cresceram em média 5% anualmente no período entre 2000 e 2009, sendo que a partir de 2009 esse crescimento diminuiu para valores médios perto de 0,5% em 2010 e 2011.

Figura 1 – Crescimento Médio Anual com Gastos em Saúde na OCDE



Fonte: OECD Health Data 2013

Não está claro ainda se a recente desaceleração reflecte factores cíclicos principalmente, não podendo portanto, ter um efeito duradouro quando o crescimento da economia retomar, ou se reflecte mudanças estruturais efectivas, como uma difusão mais lenta das novas tecnologias e novos produtos farmacêuticos, bem como mudanças nas políticas de co-pagamentos resultando em maior eficiência no controlo de custos. (Fonte: OECD Health Data 2013)

Como os gastos com produtos farmacêuticos nos Estados Unidos e outros países desenvolvidos cresceram vertiginosamente com o envelhecimento da população os governos e as entidades reguladoras centraram o foco da sua atenção nos factores que podem afectar o processo de decisão da prescrição do médico (Venkataraman and Stremersch, 2007).

As reduções de despesa pública em saúde em muitos países da OCDE têm sido alcançadas principalmente à custa da indústria farmacêutica que tem sido o principal alvo, com uma ligeira redução dos gastos em 2010 e por cortes mais profundos em 2011 (Fonte: OECD Health Data 2013).

Felder et al. (2000), Seshamani e Gray (2004a, b), Stearns e Norton (2004), defendem igualmente a importância de considerar o aumento da esperança média de vida na justificação do aumento das despesas de saúde.

Tal entendimento tem legítimo sustento nos dados divulgados pelas Nações Unidas que apuraram que em 2010 temos 18% da população em 27 países da UE com idade superior a 65 anos e que se prevê que em 2030 teremos 24% da população em 27 países da UE com idade superior a 65 anos.

Podemos então referir em jeito de resumo, que por um lado temos uma população largamente envelhecida nos países mais desenvolvidos, com uma esperança média de vida à nascença crescente nas últimas décadas, em grande parte sustentada pelo desenvolvimento continuado de novos medicamentos pela indústria farmacêutica.

Por outro lado, o lado obscuro da questão, esse aumento exponencial do consumo de medicamentos, inovadores muitas vezes e sempre dispendiosos, pelas populações mais envelhecidas, tem levado à falência de muitos dos sistemas estatais de protecção na saúde.

1.3.2 O Sector da Saúde em Portugal

Em Portugal, como na grande maioria dos países mais desenvolvidos, não podemos ignorar o envelhecimento da população (em 2011 a esperança média de vida à nascença em Portugal era de 80,2 anos e na OCDE era de 80,1 anos, OECD Health Data, 2013) agravada pela quebra sem precedentes da natalidade e a concentração populacional nos perímetros urbanos.

A continuidade de serviço público é indissociável da premência em regularizar compromissos e libertar as entidades para a definição de metas não condicionadas pelos constrangimentos económicos.

Em Portugal existiam, segundo dados do Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER) da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em Junho de 2008, 3.582 estabelecimentos com prestação de cuidados de saúde primários (definidos como estabelecimentos com a especialidade de Medicina Geral e Familiar), sendo destes 60% de natureza pública, 38% de natureza privada e 3% de natureza social.

Em articulação com outros sectores de actividade, a área da saúde e os custos inerentes ao serviço público da mesma tiveram que começar a ser repensados quando se sentiu de forma mais agudizada o impacto da chamada crise das dívidas soberanas, à qual Portugal não ficou imune.

A prioridade do governo português a partir de 2008, de forma a inflectir o curso do aumento insustentável das despesas com o sistema de saúde, foi reduzir o gasto com os meios e serviços de diagnóstico e medicamentos.

Atente-se na evolução da percentagem do PIB alocado à Despesa em Saúde durante a primeira década do século XXI, no gráfico a seguir apresentado:

Figura 2 - Percentagem do PIB alocado à Despesa em Saúde em Portugal

Anos	Despesa em saúde em % PIB
2000	8,6
2001	8,6
2002	8,7
2003	9,2
2004	9,5
2005	9,8
2006	9,4
2007	9,4
2008	9,7
2009	10,2
2010	10,2

Fonte: PORDATA

Em resultado desta nova realidade, em termos de política de saúde, o quadro de forte restrição orçamental existente desde 2010, decorrente da conjuntura económica e financeira internacional e nacional, exige um acrescido rigor e responsabilização na gestão do bem público e uma definição clara dos objectivos a alcançar. Com os recursos disponíveis, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) terá de, sem perda de qualidade, salvaguardando os atuais níveis de acesso e eficiência, continuar a responder às necessidades em saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados.

O Sistema Nacional de Saúde, inclui vários subsistemas e serviços, sendo que o Serviço Nacional de Saúde, SNS, é o mais importante e é pago quase exclusivamente pelos

contribuintes e apenas numa pequena parte pelos utilizadores, através das taxas moderadoras, o que como é natural cria grandes desequilíbrios orçamentais.

Há cerca de 16 subsistemas de saúde, em Portugal: nos públicos destaca-se a ADSE; nos privados, destacam-se o da PT, CTT, SAMS, entre outros.

Atentemos na forma como as despesas de saúde se distribuíam, quanto ao seu financiamento, antes da eclosão da grave crise económica e financeira internacional que assola igualmente o nosso país.

Figura 3 - Despesa da Saúde em Portugal no ano 2008

Distribuição da Despesa por Financiador (2008)	
<i>Financiador</i>	<i>(%)</i>
Administrações Públicas	65%
S.N.S.	51%
Subsistemas públicos	7%
Outra Administração Pública	6%
Fundos de segurança social	1%
Privado	35%
Subsistemas privados	2%
Outros seguros privados	3%
Despesa privada familiar	29%
Outra despesa privada	1%
Total	100%

Fonte: PORDATA

É neste contexto e com o propósito de mitigar o peso da despesa pública, com a área da saúde de uma forma geral e mais especificamente com a área dos cuidados de saúde primários, sobre os quais esta investigação mais pormenorizadamente se deterá, que durante o ano de 2010, foram implementados experimentalmente dois instrumentos previsionais junto dos recém-criados Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES): **Plano de Desempenho (PD)** e **Contrato-Programa (CP)**.

Estes instrumentos reflectem a necessidade em promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para melhor responder às necessidades em saúde das

populações e simultaneamente desenvolverem uma gestão mais cuidada dos recursos existentes.

Em seguida apresentamos as passagens mais importantes do documento de apresentação da “Operacionalização da Metodologia de Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários no Ano de 2014”, realçando desde já e uma vez mais que o propósito deste trabalho não é criticar ou avaliar a metodologia adoptada mas, pelo contrário, ressaltar a importância que a mesma tem nos hábitos de prescrição dos médicos pertencentes às unidades funcionais que adoptaram essa metodologia.

1.3.2.1 O sistema nacional de saúde

O sistema nacional de saúde em Portugal, tem evoluído nos últimos anos, em alguns aspectos como consequência natural da evolução das relações que se estabelecem entre os seus vários intervenientes e noutros aspectos, condicionado pela necessidade premente de se adaptar a uma conjuntura económica deveras desfavorável, que obriga à redução de custos em todos os sectores económicos do país, de forma transversal.

Em 2010, pela primeira vez, os **Directores Executivos (DE)** e os **Conselhos Clínicos (CC)**, com o devido apoio dos **Departamentos de Contratualização das Administrações Regionais de Saúde (DCARS)**, empreenderam a respectiva contratualização interna com as denominadas **Unidades de Saúde Familiar (USF)**, dando continuidade ao processo que havia tido início no ano de 2006.

No texto que se segue, apresentamos a forma como se desenrolou o processo de operacionalização da metodologia de contratualização dos cuidados de saúde primários, de acordo com o documento de Metodologia de Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde, que está disponível para consulta na sua versão integral no sítio do ministério da saúde, em www.acss.min-saude.pt.

Antes demais, e de forma a que nos situemos no universo do sistema nacional de saúde, refira-se que as actuais unidades prestadoras de cuidados de saúde primários encontram-se integradas em **Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)** e em **Unidades Locais de Saúde (ULS)**.

As **ULS** são entidades públicas empresariais que têm por objecto principal da sua actividade, a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados à população residente na área geográfica que por ela é abrangida, assegurando ainda as actividades inerentes de saúde pública e os meios que forem necessários ao exercício das competências de uma autoridade de saúde.

Os referidos **ACES** são serviços públicos de saúde que têm autonomia administrativa e por missão principal garantir a prestação de **CSP - Cuidados de Saúde Primários** à população de determinada área geográfica.

São constituídos por vários tipos de **unidades funcionais (UF)**:

- Unidades de Saúde Familiar (USF);
- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
- Unidades de Saúde Pública (USP);
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).

Cada UF assenta a sua estrutura numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica.

1.3.2.2 As unidades de saúde familiar

Para o âmbito deste trabalho, iremos deter o foco da nossa atenção nas primeiramente referenciadas **Unidades de Saúde Familiar (USF)**.

As USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e secretários clínicos, devendo ter uma estrutura leve, flexível, apoiada e focada no cidadão.

O Decreto-Lei n.º298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das unidades de saúde familiar (USF), dispõe no seu n.º 1 do artigo 3, que **as USF podem organizar-se em três modelos distintos de desenvolvimento**.

O referido diploma aprova a lista de critérios a adoptar e a metodologia que permite classificar as USF em três modelos de desenvolvimento, elaborados pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em estreita articulação com as Administrações Regionais de Saúde, IP, e a Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

A diferença existente entre os modelos de USF a adoptar, resulta na sua essência de três dimensões estruturantes:

- O seu grau de autonomia organizacional;
- A diferenciação do modelo retributivo escolhido e de **incentivos dos profissionais**;
- O modelo de financiamento adoptado e o respectivo estatuto jurídico.

Os três modelos apresentados têm diferentes níveis de autonomia, a que correspondem distintos níveis de partilha de risco e de correspondente compensação retributiva.

- O Modelo A engloba as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector público e às respectivas carreiras dos profissionais que as integram;
- O Modelo B engloba as USF do sector público administrativo com um regime retributivo específico para todos os profissionais, integrando uma remuneração base, além de suplementos e compensações pelo desempenho;
- O Modelo C é um modelo em fase experimental que abrangerá as USF dos sectores social, cooperativo e privado, em estreita articulação com os centros de saúde, mas sem existência de dependência hierárquica deste, baseando e desenvolvendo a sua actividade num contrato-programa previamente estabelecido com a ARS respectiva e sujeitas a controlo e avaliação externa.

No sentido de proporcionar a escolha do modelo mais a correcto aos propósitos de cada equipa multiprofissional, é permitida a transição de um modelo para outro modelo em qualquer momento desde que sejam observados os termos de acesso e a metodologia descrita, bem como o número de USF que é estabelecido, anualmente, por despacho conjunto dos

membros do Governo que são responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde (www.portaldasaude.pt).

O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece a organização e o modelo de funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos seus profissionais, a saber:

- Incentivos institucionais a atribuir à equipa multiprofissional das USF modelo A e modelo B;
- Incentivos financeiros a atribuir a assistentes técnicos e enfermeiros nas USF modelo B;
- Compensações pelo desempenho a atribuir a médicos em USF modelo B, por actividades específicas realizadas.

1.3.2.3 Os agrupamentos de centros de saúde

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, define os ACES do SNS, e o seu regime de organização e funcionamento, constituídos por várias unidades funcionais, cuja missão principal é garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos cidadãos e famílias de uma determinada área geográfica.

O mesmo diploma propõe a celebração de contratos-programa entre os conselhos directivos das ARS e os directores executivos do ACES, pelo qual se devem estabelecer, qualitativa e quantitativamente, todos objectivos dos ACES e os recursos afectos necessários ao seu cumprimento e fixando as regras relativas à sua execução.

A portaria n.º 377-A/2013, de 30 de Dezembro, altera a então vigente estrutura de indicadores que compõem o processo de atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF, passando desde então a existir um total de **22 indicadores** e uma nova metodologia de avaliação do desempenho profissional para atribuição de incentivos institucionais às USF.

Mais recentemente, foram publicadas novas portarias com nova configuração dos ACES, as quais permitem **reduzir o número de ACES existentes**, por agregação em outras estruturas de maior dimensão e mais desejavelmente mais eficientes que abranjam grupos de população mais numerosos, cumprindo também, atendendo ao contexto económico actual, o imperativo

de adopção de determinadas medidas para a **racionalização da despesa e optimização dos recursos disponíveis** – Portaria n.º 308/2012, de 9 de Outubro (ARS Alentejo), Portaria n.º 310/2012, de 10 de Outubro (ARS Norte), Portaria n.º 394-A/2012, de 29 de Novembro (ARS Centro) e Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de Novembro (ARS LVT).

Com o acumular das experiências de contratualização que haviam sido iniciadas em 2006 pelas Agências de Contratualização, têm vindo a ser publicados vários documentos que enquadram a nível nacional o processo de contratualização nos cuidados de saúde primários, os quais são elencados da seguinte forma no documento de Metodologia de Contratualização da Administração Central do Sistema de Saúde:

“

- **Unidades de Saúde Familiar** - Metodologia de Contratualização – USF modelo A e modelo B
Operacionaliza pela primeira vez, em 2009, a metodologia da contratualização com as USF modelo A e modelo B e divulgou as regras de cálculo adequadas para os indicadores usados nos incentivos financeiros das USF em modelo B. Foi publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em 3 de Janeiro de 2009.
- **Unidades de Saúde Familiar e Unidades Cuidados de Saúde Personalizados - Cálculo de indicadores de desempenho** - Critérios a observar na sua implementação
Definiu as regras de cálculo adequadas e os bilhetes de identidade dos indicadores de desempenho usados nos incentivos institucionais, nos incentivos financeiros e nas actividades específicas, começando a produzir efeitos a partir de 2010.
- **Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados** - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010
Estabeleceu a metodologia de contratualização com as USF modelo A e B para o ano de 2010. Introduziu a contratualização nacional com as UCSP. Operacionalizou-se desta forma a contratualização interna efectuada entre os responsáveis dos ACES e das respectivas unidades funcionais. Publicado pela ACSS em 24 de Fevereiro de 2010 3.
- **Agrupamentos de Centros de Saúde** - Metodologia de Contratualização para o ano de 2010
Operacionalizou, pela primeira vez, a **contratualização externa** com os recém-criados ACES. Neste documento definiu-se que a contratualização dos ACES se basearia inicialmente em 14 indicadores definidos a nível nacional, 4 seleccionados a nível regional e 2 a nível local e estabeleceu-se a implementação, ainda em termos experimentais, de dois instrumentos previsionais junto dos recém-criados ACES:

- O **Plano de Desempenho (PD)** e o **Contracto Programa (CP)**.

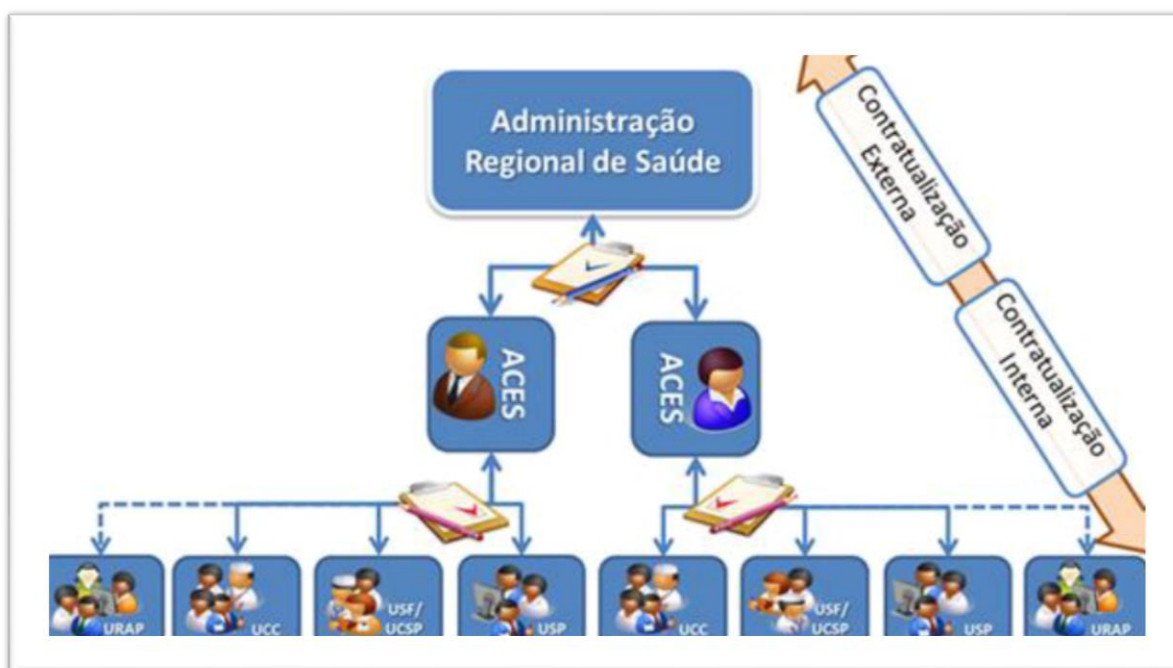
Estes instrumentos surgiram devido à imperiosa necessidade de promover a autonomização e responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde primários, com o objectivo de melhor responder às necessidades em saúde das populações.

Foi publicado pela ACSS em Março de 2010.

- Bilhete de Identidade dos **Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários**

Define, de forma clara e transparente, as regras de cálculo e as especificações de registo de uma matriz com um total de 100 indicadores de contratualização e monitorização, abrangendo um maior número de áreas clínicas e alargando o número de indicadores de resultado que estavam até à data disponíveis no processo de contratualização nos cuidados de saúde primários. Este documento foi publicado pela ACSS em Janeiro de 2013 e resultou de uma discussão abrangente com os DCARS, o colégio da especialidade da ordem dos médicos e com a USF-AN.”

Figura 4 - Estrutura em que assenta o processo de contratualização dos cuidados de saúde primários



Fonte: www.acss.min-saude.pt

Como corolário de um trabalho em permanente evolução e na senda da melhoria contínua, a contratualização com os cuidados de saúde primários é um instrumento que está hoje plenamente implementado em Portugal, sendo de destacar no âmbito desta investigação, de entre os princípios gerais pelos quais se tem norteado, aquele que mais pertinência poderá assumir, **“Indexar (nas USF Modelo B) uma componente do vencimento dos profissionais ao nível de desempenho medido por determinados indicadores”**.

Como seria de esperar numa fase de redução de despesa orçamental generalizada, o orçamento global dos ACES, teve por base a redução das seguintes rubricas de forma prioritária (*Relatório de Avaliação da Contratualização em ACES*):

- Custos com Pessoal: - 6%
- Encargos SNS com medicamentos: - 6%
- Encargos com MCDT: - 6%
- Outros:
- Custos com FSE: - 10%
- Outros custos directos: - 6%

1.3.3 A contratualização. O que é?

Em termos gerais, existem dois processos de contratualização, externa e interna, que se operacionalizam em **3 fases distintas e interdependentes**:

1ª Fase. **A Negociação** – inicia-se com os trabalhos preparatórios da negociação e estende-se até à assinatura do Contrato-Programa entre a ARS e os ACES e Cartas de Compromisso entre o ACES e as suas Unidades Funcionais, onde se efectua a aproximação entre a oferta e a procura (necessidades em saúde), tendo em conta as limitações preconizadas pela política de saúde em vigor para o período em causa, as restrições orçamentais existentes e outros condicionalismos associados à negociação e à partilha do risco em saúde. A negociação não se esgota numa mera troca de propostas. Normalmente, é usual fazer acompanhar as propostas das razões que as sustentam e, preferencialmente, as justificações devem preceder as propostas apresentadas;

2ª Fase. **A Monitorização e Acompanhamento** – a fase em que se determina a recolha sistemática da informação sobre o compromisso assumido entre as partes nas diferentes dimensões de análise (produção assistencial contratada, objectivos para as dimensões acesso, qualidade assistencial, eficiência e desempenho económico-financeiro, entre outras), e em que se argumentam em tempo útil as várias possibilidades de introdução de determinadas medidas que permitam corrigir eventuais desvios em relação ao preconizado pelas partes;

3ª Fase. A **Avaliação** – é a fase crucial que encerra o ciclo do processo de contratualização, sendo para além de um momento de prestação de contas, também um momento de reflexão sobre o desempenho de todos os intervenientes no processo, os quais deverão ter a capacidade de avaliar de forma imparcial e objectiva os resultados alcançados, agindo em função dos mesmos. A fase de avaliação tem um enorme potencial transformador, pretendendo-se que a mesma contribua significativamente para a **mudança de comportamentos, de atitudes e de práticas de gestão**, proporcionando a melhoria dos resultados globais da totalidade das entidades envolvidas no processo de contratualização.

Esta estrutura de operacionalização dos processos de contratualização externa e interna está perfeitamente em sintonia com o que é preconizado por Iles (1997), que define três regras fundamentais para gerir pessoas na prestação de cuidados de saúde:

- 1ª Fase - **Acordar** precisamente no que é expectável que os profissionais alcancem;
- 2ª Fase - **Assegurar** que ambos acreditam ter as **competências e recursos necessários** para atingir os resultados esperados;
- 3ª Fase - Dar **feedback** em que pontos estão os resultados a ser ou não alcançados.

Todo o processo de contratualização engloba ainda dois momentos distintos, que correspondem a dois subprocessos:

- 1º. A contratualização interna, estabelecida entre os ACES e as respectivas unidades funcionais, formalizada com a assinatura das Cartas de Compromisso;
- 2º. A contratualização externa, estabelecida entre as ARS e os respectivos ACES, formalizada com a assinatura dos **Contrato-Programa**.

A **contratualização interna** consiste na definição do conjunto de actividades a desenvolver pelas várias unidades funcionais dentro do ACES, tendo como principal foco aumentar o grau de envolvimento dos profissionais de saúde, responder às debilidades identificadas na área da saúde da população e às prioridades ao nível assistencial definidas pelo Director Executivo e Cartas de Compromisso do ACES.

O processo de negociação interna e externa é um processo dinâmico e continuado ao longo do tempo. A contratualização interna não encontra o seu fim com a proposta de Plano de

Desempenho, cujo resultado global decorre do que foi acordado numa primeira fase com as várias Unidades Funcionais existentes no ACES.

Após finalizada a fase de negociação de metas da contratualização interna, o Director Executivo e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES definem uma nova proposta de Plano de Desempenho (PD), que engloba, entre muitos outros conteúdos, propostas de **metas para os indicadores da contratualização externa**, que irão negociar posteriormente junto da respectiva ARS, num processo a que se dá o nome de contratualização **externa**. O processo negocial terá o seu epílogo com a assinatura de um Contrato-Programa.

Na sequência do que for definido entre o ACES e a ARS, numa segunda fase, e com a disponibilidade de dados finais da actividade do ano precedente, poderão ter que ser efectuados alguns ajustes aos objectivos e actividades estabelecidos com as várias unidades.

Posteriormente à contratualização externa entre ARS e o ACES, com o objectivo de assumir um compromisso no âmbito da prestação de cuidados de saúde, estão criadas as condições para terminar o processo de contratualização interna através da assinatura da **carta de compromisso**, podendo ser necessário proceder ao ajuste das metas contratualizadas com cada UF.

O processo de contratualização interna é dado por finalizado com a assinatura das cartas de compromisso entre o ACES e as USF/UCSP até final de Abril de cada ano.

Figura 5 - Modelo de contratualização de uma ARS com os ACES (externa) e destes com as respectivas UF (interna)



Fonte: www.acss.min-saude.pt

À semelhança do que tem ocorrido nos últimos anos, o ano de 2014 continuará a ser um ano de acentuada restrição orçamental ao nível das Finanças Públicas, nomeadamente no que concerne à gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e ao reforço do controlo do acompanhamento dos custos, essencialmente com **medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)**.

Para o ano de 2014 foram definidas as seguintes datas chave do processo de contratualização:

- Submissão do Plano de Desempenho até 14 Janeiro 2014.
- Contratualização Externa até 28 Fevereiro 2014.
- Contratualização Interna 31 Março 2014.
- Assinatura de Contratos-Programa com ACES até 31 de Março 2014.
- Assinatura de Cartas de Compromisso até 31 Março 2014.

A título de curiosidade e analisando os dados de 2012, o ano que neste momento tem dados para avaliação, podemos concluir que os **cinco problemas mais frequentes** codificados nos cuidados de saúde primários, foram:

1. Hipertensão sem complicações (15,2%)
2. Alteração do metabolismo dos lípidos (14,3%)
3. Perturbação depressiva (6,4%)
4. Diabetes tipo II (5,6%)
5. Abuso do tabaco (5,2%)

Estes problemas de saúde encontram-se na génese da Contratualização Externa e Interna de 2014 e anos seguintes representando informação imprescindível para a definição das áreas de intervenção mais prioritária ao nível dos ACES e das UF que os integram.

O intuito da valorização destes dados na preparação de objectivos de desempenho é demonstrar que o conhecimento dos problemas de saúde que mais afectam a população, conduzirá desejavelmente a uma melhor governação clínica.

Importante ainda durante o ano de 2014 é a introdução de um processo de avaliação da **satisfação dos utilizadores** nos cuidados de saúde primários. Pretende-se desta forma que, embora reunindo itens de cariz mais técnico e itens integrados num contexto de interacção pessoal entre profissionais de saúde e utentes com uma forte componente emoção-razão que é neste caso incontornável, os indicadores de satisfação sobre os cuidados prestados revelem a **diferença entre as expectativas dos utentes e o nível dos serviços que recebem**, esperando que se revele uma preciosa ferramenta para a melhoria contínua da qualidade dos serviços disponíveis e proporcionando ainda condições para o *benchmarking* a nível nacional e internacional.

Chegados a este ponto coloca-se neste momento a questão, o que contratualizar para atribuição de incentivos institucionais?

Os processos de contratualização interna e externa são dinâmicos e interdependentes, pois:

1. A proposta de objectivos para os indicadores do plano de desempenho do ACES deverá ser definida após estabelecidas as metas para a contratualização interna;
2. Na sequência do que for definido entre o ACES e a ARS (contratualização externa), poderão ter que ser ajustadas metas anteriormente negociadas com as várias USF e UCSP.

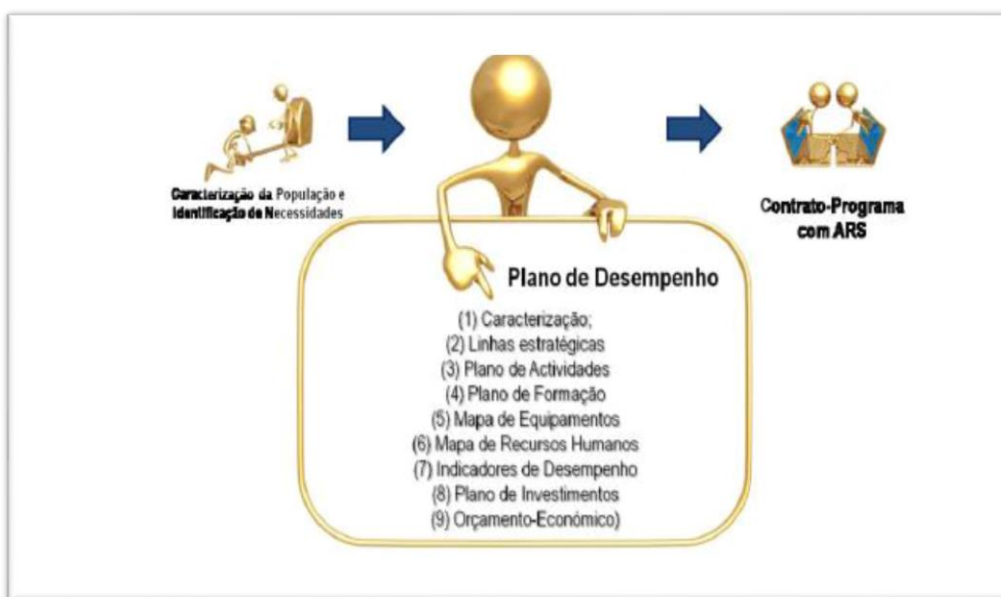
Após terminada a fase de negociação de metas da contratualização interna, o Director Executivo e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde do ACES elaboram uma proposta de **Plano de Desempenho (PD)**, que inclui, entre muitos outros aspectos, propostas de metas para os indicadores da contratualização externa, que negociam em seguida junto da respectiva ARS, num processo designado por **Contratualização Externa**.

O processo negocial culmina com a assinatura do **Contrato-Programa**.

O **Plano de Desempenho** e o **Contrato-Programa** dos ACES são, por excelência, os 2 mais importantes instrumentos de transferência de autonomia e de responsabilidade para os responsáveis dos cuidados de saúde primários.

O **Plano de Desempenho** é por definição um documento estratégico redigido anualmente, no qual se caracteriza o ACES, nomeadamente através de indicadores populacionais de natureza sociodemográfica, socioeconómica e de resultados em saúde, são estabelecidas prioridades assistenciais para o ano seguinte e são definidos os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem à sua disposição para cumprir a sua missão assistencial. É essencialmente uma ferramenta de monitorização e acompanhamento muito importante para todos os profissionais do ACES e, em especial, para os seus responsáveis.

Figura 6 - Plano de Desempenho e Contracto Programa na Contratualização externa



Fonte: www.acss.min-saude.pt

O **Contrato-Programa** é o documento que o ACES deve validar junto da ARS e está alinhado com o definido no Plano de Desempenho, concretizando o compromisso assumido ao identificar de forma clara as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das actividades a desenvolver pelo ACES.

Os objectivos e metas assistenciais definidas no Contracto Programa não têm correspondência necessariamente na totalidade dos indicadores de desempenho apresentados no Plano de Desempenho.

1.3.3.1 A contratualização externa

O processo de contratualização a realizar entre as ARS e os ACES será baseado numa matriz de **20 indicadores**, em 3 eixos:

- **Eixo nacional: 14 indicadores** seleccionados a nível nacional, susceptíveis de validar os ganhos em saúde. Oito desses indicadores seleccionados neste eixo são comuns à contratualização externa e interna, de maneira a definir um alinhamento de objectivos de contratualização. Dois dos indicadores comuns são de desempenho económico. A totalidade das ponderações destes indicadores é de 75%.
- **Eixo regional:** As ARS escolhem **4 indicadores** para a contratualização externa que vão ao encontro dos programas regionais ou prioridades de saúde estabelecidas regionalmente que não tenham ficado abrangidos pelos indicadores do eixo nacional. Os indicadores definidos para a contratualização externa aplicam-se a todos os ACES pertencentes à ARS. A totalidade das ponderações destes indicadores é de 17%.
- **Eixo local:** Cada ACES tem a possibilidade de, em conjunto com a ARS, definir **2 indicadores específicos**, de acordo com as necessidades locais de saúde. A totalidade das ponderações destes indicadores é de 8%.

A proposta de meta para cada um dos indicadores a negociar com os ACES deve considerar:

1. O valor definido como meta para esse indicador no Plano de Actividades do ACES e nos Planos de Saúde (regionais e nacional);
2. O histórico de resultados do indicador no ACES, na região e a nível nacional;

3. Os recursos existentes para disponibilizar pelo ACES;
4. As boas práticas de prestação de cuidados de saúde, bem como uma melhoria ao nível da acessibilidade, do grau de satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro.

Nos últimos anos, têm sido desenvolvidos pelas ARS (e pelos ACES), em conjunto com a ACSS, **diversas iniciativas com o objectivo de melhorar a imputação dos custos ao nível dos ACES e das Unidades Funcionais que os compõem**, de entre as quais se destacam acima de todos:

- Estabilização de um **Plano de Contas Analíticas**, que reflecta a realidade de cada ARS, de acordo com as circulares emitidas pela ACSS;
- Melhoria do **reporte de informação financeira** pelas ARS, com um reporte periódico de dados financeiros por centro de resultados, de acordo com a estrutura implementada;
- Alocação de **custos ao nível das unidades funcionais**, designadamente em recursos humanos, nos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

O orçamento-económico de cada ACES para 2014 deverá ser negociado e assumido pelos responsáveis da ARS e do ACES, os quais deverão monitorizar a sua execução ao longo de todo o ano, analisando mensalmente e de forma criteriosa os desvios das principais rubricas de custos (face ao período homólogo e face ao orçamentado), identificando as respectivas causas e adoptando as medidas preventivas ou correctivas que contribuam para um real controlo sobre o crescimento dos custos do ACES e, consequentemente da ARS a que o mesmo pertence.

O processo de acompanhamento dos ACES deverá decorrer de acordo com o cronograma e a metodologia proposto, que normalmente contempla três reuniões anuais, a realizar em Maio, Setembro e Novembro de 2014.

É definido um momento de avaliação final, calendarizado da seguinte forma:

- 15 de Abril de 2015: Realização de reunião para apresentação e discussão do relatório de actividades do ACES, referente a 2014 (promovida pela ARS);
- 30 de Junho de 2015: A ARS informa sobre quais os ACES que têm direito a incentivos institucionais (acção levada a efeito pela ARS).

Para 2014, como fora para 2013, a avaliação dos resultados dos indicadores e a determinação da atribuição dos respectivos incentivos aos ACES será efectuada através de um Índice de Desempenho Global. Desta forma, o resultado final de cada indicador deixa de ter validade por si só, passando a estar em conexão com todos os outros, e a contribuir para a construção do Índice de Desempenho Global do ACES.

Assim, são definidos os seguintes limites de cumprimento para cada indicador, com excepção dos indicadores da taxa de utilização, vacinação e de desempenho económico-financeiro:

- Grau de cumprimento do indicador inferior a 90% => grau de cumprimento ajustado = 0%;
- Grau de cumprimento do indicador entre 90% e 110% => grau de cumprimento ajustado = ao próprio valor;
- Grau de cumprimento do indicador superior a 110% => grau de cumprimento ajustado = 110%.

1.3.3.2 A contratualização interna

Detenhamo-nos mais, por agora, sobre a contratualização interna, na perspectiva que será esta a ditar mais directamente as regras que poderão afectar o acto médico de prescrição na óptica desta investigação.

Os ACES são compostos por várias unidades funcionais que intervêm no âmbito de:

- a) Cuidados de saúde comunitários e de base populacional;

- b) Cuidados de saúde personalizados, baseados na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Saúde pública.

A contratualização entre os ACES e as respectivas USF e UCSP será baseada numa matriz de **22 indicadores** com as seguintes características:

- 12 Indicadores comuns a todas as unidades USF/UCSP, estabelecidos a cada 3 anos pela ACSS;
- 4 Indicadores seleccionados a cada 3 anos pela ARS, em comum às respectivas USF/UCSP;
- 2 Indicadores seleccionados a cada 3 anos pelos ACES específicos para cada do USF/UCSP do ACES, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial;
- 4 Indicadores propostos pela USF/UCSP a cada 3 anos, em termos de acesso e/ou desempenho assistencial.

As tabelas onde constam os referidos indicadores poderão ser consultadas no sítio do ministério da saúde em www.acss.min-saude.pt.

Vamos deter agora o foco da nossa atenção na matriz de indicadores para atribuição de incentivos financeiros das USF Modelo B.

As USF Modelo B são unidades funcionais com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar deve ser uma prática efectiva e em que os profissionais estão dispostos a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigentes, traduzindo-se, tendencialmente, por metas com valores médios mais elevados.

Às **USF modelo B são atribuídos incentivos institucionais** (de acordo com princípios usados para as USF modelo A) e **incentivos financeiros aos profissionais**.

A atribuição de incentivos aos profissionais das USF é regulada pelo Decreto-lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, pela Portaria n.º 301/2008 de 18 de Abril, clarificados pelo —Regulamento

para Cálculo das Remunerações dos Profissionais Integrados em USF de Modelo B, homologado pelo Sr. Secretário de Estado da Saúde a 23 de Abril de 2008.

Os **incentivos atribuídos aos médicos** são aferidos pela compensação das actividades específicas e os dos restantes profissionais — enfermeiros e pessoal administrativo — integrados na compensação pelo desempenho.

O valor máximo anual dos incentivos financeiros a distribuir, por enfermeiro é de € 3.600, e por assistente administrativo, é de €1.150.

1.3.4 Matriz de indicadores para actividades específicas em USF Modelo B

A **proposta de meta para um indicador** deve ter em consideração os seguintes aspectos:

1. O valor definido como objectivo para esse indicador no Plano de Acção da unidade funcional, no Plano de Actividades do ACES e nos Planos de Saúde (regionais e nacional);
2. O histórico de resultados do indicador na unidade funcional, na região e a nível nacional;
3. Os recursos existentes em cada USF/ UCSP;
4. As boas práticas de prestação de cuidados de saúde, assim como uma melhoria ao nível da acessibilidade, do grau de satisfação dos utentes e do desempenho assistencial e económico-financeiro.

O apuramento dos incentivos financeiros a atribuir a casa USF em Modelo B, obtém-se segundo a seguinte métrica de avaliação:

Tabela 1 - Métrica de avaliação das metas contratualizadas para atribuição de incentivos financeiros nas USF Modelo B

Estado	Pontuação por Actividade	Indicador
Atingido	2	> 90 %
Quase Atingido	1	[80 %, 90 %]
Não Atingido	0	< 80 %

Fonte: Documento Operacionalização Metodologia Contratualização CSP 2014

O valor dos incentivos é atribuído, na sua totalidade, nos casos em que a USF atinge uma pontuação de **30 ou mais pontos**:

Tabela 2 - Atribuição de 100% de incentivos financeiros

Número de indicadores de desempenho contratualizados	Pontuação máxima possível (100 %)	Pontuação mínima a obter (90 %)
17	34	30

Fonte: Documento Operacionalização Metodologia Contratualização CSP 2014

O valor dos incentivos é atribuído a 50 %, nos casos em que a USF atinge uma pontuação entre **25 e 29 pontos**:

Tabela 3 - Atribuição de 50% de incentivos financeiros

Número de indicadores de desempenho contratualizados	Pontuação máxima possível (100 %)	Pontuação mínima a obter (75 %)
17	34	25

Fonte: Documento Operacionalização Metodologia Contratualização CSP 2014

A componente da **remuneração dos profissionais médicos das USF modelo B** relacionada com as actividades específicas, previstas no artigo 29º do decreto-lei n.º 298/207, é determinada pelo número de **unidades de contratualização (UC)**, obtido a partir do somatório dos resultados dos **indicadores das actividades específicas** indicados em tabela própria, relacionada com o tipo de doente.

1.3.5 A negociação de metas com USF

A definição dos objectivos para cada indicador está dependente da negociação a ser efectuada entre o ACES e as unidades funcionais que o constituem. As metas devem ser exigentes, mas tangíveis, tendo como pressuposto garantir os melhores resultados em saúde, a motivação dos profissionais e o desenvolvimento organizacional das equipas.

Procurando criar uma base de dados homogénea para o processo de negociação de objectivos e do seu grau de exigência, é disponibilizado às entidades contratualizadas (ACES, UCSP e USF) uma avaliação dos resultados referentes a 31 de Dezembro do ano precedente, de todos os indicadores a contratualizar a cada ano, definindo para cada um deles os valores da média, do desvio padrão e dos percentis de 10% a 90% (com intervalos de 5%), para os resultados de todas as UCSP, de todas as USF modelo A, de todas as USF modelo B e de todos os ACES (dados nacionais e regionais).

Tendo como ponto de partida esta informação, será definido um racional de definição das metas, que estimule a convergência para níveis de desempenho harmonizados a nível nacional.

Refira-se que nos indicadores de eficiência estabelecidos para 2011 apenas eram considerados objecto de contratualização os **medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica** efectivamente facturados ao SNS, considerando-se para tal, o **Preço de Venda ao Público (PVP)**, embora o acompanhamento fosse feito igualmente aos valores prescritos.

O estabelecimento das metas para cada indicador encontra-se dependente da negociação a ser efectuada entre a USF e o DE/CC, e deve levar em consideração os objectivos de saúde traçados pela ARS e pelo ACES.

As regras de atribuição de incentivos são distintas das USF, sendo que no caso dos ACES estes decorrem do cumprimento dos indicadores contratualizados e simultaneamente da **redução dos encargos SNS com medicamentos e MCDT**.

Igualmente, deve ser levado em consideração, o comportamento dos indicadores na própria UF, o seu posicionamento face às restantes, e outros elementos considerados pertinentes. As metas devem ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da

USF para o ano – será apenas considerado o número de meses efectivamente completos de actividade. As metas devem ser exigentes, mas tangíveis, baseadas nas melhores práticas - *benchmarking*, com o fim de garantir que as características inerentes à constituição das USF proporcionem realmente melhores resultados em saúde.

Importa sublinhar que os valores de referência não constituem **metas negociais**, mas sim **objectivos de desempenho** à generalidade das USF. Assim, as metas negociais podem ser estabelecidas abaixo ao acima dos valores de referência.

A partir de 2011, de forma a apoiar a definição de metas para cada USF, os Departamentos de Contratualização passam a ter à sua disposição uma **análise de clusters por indicador** permitindo desta forma estabelecer graus de esforço semelhantes entre iguais.

Assim, a negociação de objectivos para cada indicador em cada USF deve considerar a evolução registada nos anos anteriores e o posicionamento actual da USF face às restantes, considerando por exemplo, a dimensão da própria USF quanto ao número de médicos que aí desenvolvem a sua actividade – mais de 5, 5 ou menos de 5, devendo ser observados os valores de referência.

Paralelamente à contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços, cada USF deverá dar início à progressiva implementação de um plano de acompanhamento interno, estimulando assim, um processo de **auto-avaliação**, tendo por fim chegar à acreditação.

Do apuramento dos resultados finais da contratualização deve resultar a atribuição, ou não, de um **Incentivo Institucional**.

Adicionalmente, o não cumprimento dos indicadores propostos pode, de acordo com regulamentação futura, implicar a passagem de **USF Modelo B** para **Modelo A**, ou em último recurso a **extinção da USF**.

O valor máximo de incentivos institucionais é definido de acordo com a seguinte tabela, e varia de acordo com as **unidades ponderadas (UP)** de cada USF:

Tabela 4 - Valores máximos dos incentivos institucionais das USF

Número de unidades ponderadas (UP) por USF	Valor dos Incentivos (euros)
<8 500	9 600
8 500 – 15 500	15 200
>= 15 500	20 000

Fonte: Documento Operacionalização Metodologia Contratualização CSP 2014

Para além disso, e no caso dos ACES, são definidos os seguintes critérios para atribuição do valor de incentivos, de acordo com o Índice de Desempenho Global apurado:

- A avaliação de desempenho será considerada **negativa** sempre que o índice de desempenho global for inferior a 75%, não havendo lugar a atribuição de qualquer valor de incentivo;
- Para um índice de desempenho global entre 75% e 100%, a atribuição de incentivo correspondente é calculada através do produto entre o IDG apurado e o valor afecto a incentivos;
- Sempre que o índice de desempenho global for **superior** a 100%, o valor de incentivo corresponde a 100%.

Caso a USF não venha a despendar a totalidade do incentivo a que teve direito até ao final do ano civil, pode transferi-lo para o ano seguinte.

O processo de acompanhamento das USF (modelo A e B) deverá decorrer de acordo com o cronograma e a metodologia proposta na tabela seguinte:

Tabela 5 - Acompanhamento e avaliação do desempenho das UP dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
15-MAI-2014	Reunião de acompanhamento do 1º trimestre	ACES
15-SET-2014	Reunião de acompanhamento do 2º trimestre	ACES
15-NOV-2014	Reunião de acompanhamento do 3º trimestre	ACES

Fonte: Documento Operacionalização Metodologia Contratualização CSP 2014

Os momentos de monitorização definidos, devem ser usados para discussão de estratégias, partilha de responsabilidades e reprogramação de alocação de recursos materiais, humanos ou financeiros.

Podem ainda ser usados para renegociação de metas de indicadores, sempre que se verifiquem desvios relevantes aos pressupostos da contratualização.

1.3.6 Avaliação de incentivos institucionais das USF

Preconiza-se um momento de avaliação final, calendarizado na tabela seguinte:

Tabela 6 - Acompanhamento e avaliação do desempenho dos ACES

Data Limite	Procedimento	Quem Promove?
31-MAR-2014	Apresentação e discussão do relatório de actividades do ACES, referente a 2013.	ARS
31-MAI-2014	Quais os ACES que têm acesso a incentivos institucionais.	ARS

Fonte: Documento Operacionalização Metodologia Contratualização CSP 2014

Para o caso particular dos indicadores de desempenho económico, nomeadamente na área dos custos com medicamentos, poderão ser efectuados ajustamentos à avaliação dos resultados finais alcançados pelas equipas, decorrentes da evidência sobre alterações administrativas do preço de medicamentos que tenham ocorrido no período a que se refere a contratualização.

A implementação do processo de contratualização nos CSP é bastante complexo e exigente, e do seu sucesso depende o êxito do novo modelo organizacional CSP.

O grau de exigência para todos os intervenientes obriga a um processo de coordenação centralizado e ao desenvolvimento de uma ferramenta de monitorização. Se por um lado o grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os CSP assume um papel coordenador neste processo (Despacho n.º 7816/2009), por outro lado é necessário implementar um conjunto de ferramentas que nos permitam acompanhar o seu grau de implementação e maturação, de forma objectiva e independente, considerando por exemplo:

1. O Planeamento;
2. A Monitorização;
3. A Negociação;

4. A Promoção da Qualidade;
 5. Os Serviços de Suporte.
- e os seus **níveis de responsabilidade:**

1. Conselho Directivo ARS;
2. Departamento de Contratualização;
3. Director Executivo;
4. Conselho Clínicos;
5. Unidades de Apoio à Gestão;
6. Coordenador Unidades Funcionais.

As ferramentas a utilizar contemplam a utilização de um *Tableaux de Bord* nacional, regional e local, e inquéritos periódicos ao grau de implementação do processo e percepção dos actores.

1.3.7 Conclusão

Para finalizar este capítulo, poderemos dizer que o objectivo primário da introdução das métricas de avaliação de desempenho tenderão a proporcionar a curto prazo uma redução dos custos de saúde em Portugal.

No entanto, se tal redução for baseada essencialmente na alteração do tipo de medicamento prescrito pelos médicos do Sistema Nacional de Saúde, privilegiando o factor preço em detrimento do factor qualidade/eficácia, poderá existir um efeito perverso do atingimento deste objectivo.

A factura dos custos totais a pagar a médio e longo prazo poderá a aumentar, pelo facto de aumentarem outro tipo de custos, nomeadamente aqueles que estão associados a internamentos hospitalares e morbilidade ou mortalidade dos doentes.

Ou não seremos todos muito sensíveis à questão de otimizar os cuidados de saúde, não olhando a meios para atingir o melhor resultado possível, como defende, Iglehart (2001), mostrando que a evidência sugere que os benefícios de utilização de novos produtos farmacêuticos são maiores que os seus custos.

Aqueles que se refugiam por sistema na frieza dos números, adoptarão provavelmente uma visão contrária, mais próxima da que defendem Wennberg, Fisher e Skinner (2002), ou seja, que os gastos médicos muito elevados nos últimos seis meses de vida dos pacientes, tem pouco ou nenhum impacto positivo.

É claro que é possível que ambas as posições, em casos muito concretos, tenham argumentos para a sua validação.

Mas quem terá a coragem e a certeza necessárias para definir que estratégia é a mais correcta a aplicar, quando estamos a lidar com a saúde do indivíduo, precisamente o bem mais precioso e sensível para todos nós?

Esta reflexão sugere a necessidade não só de uma maior base empírica e ampliação dos estudos sobre os determinantes das despesas de saúde, mas acima de tudo, de uma padronização metodológica essencial para perceber o caminho a seguir de forma a gastar menos e melhor no sector da saúde.

Capítulo II

Revisão Bibliográfica

2. Análise sumária de alguns trabalhos prévios

Pretendemos nesta fase apresentar alguns trabalhos que serviram de referência à elaboração desta investigação, nomeadamente aqueles que abordam a temática dos determinantes da prescrição médica, da preocupação com os custos no sector da saúde e a importância das métricas de avaliação como ferramenta utilizada para optimização e gestão de recursos numa qualquer organização.

Naturalmente que a procura de perspectivas diferentes sobre os temas supracitados, conduziu à consulta e ao estudo de diversos trabalhos, no entanto por razões relacionadas com a manutenção da objectividade desta investigação, nem todos poderão ser aqui referenciados com o destaque que provavelmente mereceriam.

Começamos a revisão da literatura com a apresentação dos tópicos relacionados com a avaliação das métricas de avaliação, especificamente no sector da saúde. Continuamos a revisão bibliográfica detalhando a importância do medicamento genérico num contexto de redução de custos no sector da saúde. Terminamos com a apresentação de medidas práticas de operacionalização e articulação da prescrição do médico, com a promoção do genérico e a utilização das métricas de avaliação.

2.1 As métricas de avaliação no sector da saúde

A utilização de métricas de avaliação em contexto profissional é uma realidade crescente desde a década de 90 do século XX, bem como o estudo da sua validade como ferramenta de apoio à gestão empresarial.

Apesar de não ser uma ideia nova, a avaliação da performance e o seu reporte tem sido adoptada pelas instâncias governamentais ao abrigo de um movimento originado pela necessidade de lidar com questões relacionadas com a contabilização, eficiência e eficácia, no sector público (Holzer e Yang 2004; Halachmi 2005; Taylor 2007; Taylor 2009).

Ao longo dos últimos anos, o contexto em que o sector da saúde tem evoluído, mudou substancialmente no que ao controlo de custos diz respeito, havendo uma preocupação cada vez maior para que os serviços de saúde mostrem uma eficiência crescente, se possível consumindo cada vez menos recursos.

Esta preocupação está patente em vários trabalhos científicos que de alguma forma foram procurando chamar a devida atenção para esta questão, como referem Bearden e Mason (1980), “os custos crescentes dos cuidados de saúde e os seus efeitos no bem-estar do utente, são questões chave na sociedade dos nossos dias”.

Esta postura perante os gastos com a saúde é algo que se mantém uma preocupação bastante actual como referem Baker e Rosnick, no seu trabalho de 2005, onde apontam os custos no sector da saúde, os quais tem aumentado significativamente nas últimas décadas e a qualidade dos cuidados de saúde, como duas das mais proeminentes preocupações das altas instâncias do sector público da saúde nos nossos dias.

Por sua vez, Bertoldi e outros (2011), referem que “o aumento das despesas com o sector da saúde é uma preocupação em todo o mundo. Estes aumentos estão relacionados com vários factores, incluindo o envelhecimento da população, movimentos demográficos e surtos epidemiológicos, novos e caros medicamentos, além do aumento da componente tecnológica. As despesas com medicamentos contribuem significativamente para o aumento dos gastos com a saúde, e têm vindo a aumentar a um ritmo ainda mais rápido do que até aqui”.

Estes autores referem o caso particular do nosso país, “em Portugal, a percentagem de gastos com medicamentos em relação às despesas totais de saúde, duplicou no espaço de tempo compreendido entre 1980-1998. ”

Desta forma, torna-se claro que existe uma crescente necessidade de desenvolver esforços para encontrar um conjunto de soluções que permita gerir de forma adequada os recursos existentes, reduzindo custos mas, mantendo a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade.

Esses esforços incluem um substancial investimento numa série de iniciativas interligadas para alcançar a melhoria da qualidade, destacando-se o desenvolvimento de diferentes conjuntos de directrizes clínicas, padrões de serviço e prática, o desenvolvimento de adequado planeamento, avaliação de desempenho e métricas de avaliação, *benchmarking* e relatórios sobre resultados a nível nacional (Brown e Pirkis 2009).

A avaliação do desempenho assenta na presunção de que as pessoas conseguem utilizar a informação para tomar melhores decisões (Cavalluzzo e Ittner, 2004; de Kool, 2004).

Segundo Muchiria e outros (2010), “a avaliação do desempenho é um instrumento fundamental da gestão (...). Um dos pontos-chave para assegurar que as actividades planeadas são executadas é a utilização adequada de métricas de avaliação, rigorosamente definidas”.

Abrimos aqui um parêntesis para estabelecer desde já no âmbito desta investigação a utilização do termo “métricas de avaliação” no sentido lato do mesmo, ou seja, englobando também, a terminologia “indicadores de desempenho”.

Assim, sempre que nos referirmos ao termo “métricas de avaliação” no texto deste trabalho, a fonte utilizada poderá estar a utilizar em alternativa, “indicadores de desempenho”, conforme proposta de Eckerson, (2005).

Um mecanismo que as organizações introduziram para auxílio à gestão de serviços foi precisamente a definição de métricas de avaliação do desempenho.

Estas métricas de avaliação de desempenho têm por objectivo enquadrar o desempenho individual do colaborador, com o desempenho da organização onde o mesmo está inserido,

podendo ser revistos numa base periódica, anual, trimestral, mensal ou até semanal se tal for necessário para a correcta prossecução dos objectivos definidos.

À medida que as dinâmicas dos mercados se foram tornando mais competitivas, em resultado da aceleração e da velocidade de processamento da informação, cada vez mais organizações procuram encontrar soluções para otimizar o processo de tomada de decisão ao nível da gestão. A recolha de informação sobre a qual se pode actuar é actualmente o paradigma para um melhor desempenho das organizações. É por esta razão que a utilização de métricas de avaliação, e a sua capacidade para medir, prever e gerir a actividade das organizações quase em tempo real, se tornou algo de indispensável no apoio à gestão, a partir de meados da década de 90 do século passado (Bauer, 2005).

Importa referir que um eficiente sistema de métricas de avaliação, depende antes de mais do desenvolvimento de um *balanced scorecard* e da sua correcta aplicação. Este instrumento proporciona uma estrutura que permite unir toda a organização em torno de um objectivo comum, definições e avaliações claras. Permite perceber a relação causa-efeito para as acções empreendidas pelo profissional e proporciona evidências sobre a forma como tais acções contribuem para os objectivos globais da organização.

O propósito do *balanced scorecard* é não só monitorizar o desempenho em cada área da organização, mas também desenvolver esse desempenho definindo objectivos específicos para cada métrica de avaliação e intervalos de tempo para os atingir.

A aplicação com sucesso de um *balanced scorecard*, como preconiza Wyatt, no seu trabalho em 2005, depende da integração da informação recolhida nestes sistemas e na sua disponibilização imediata a toda a organização através de um *dashboard* visual, que rapidamente e através de um sistema de código de cores – normalmente verde, amarelo e vermelho – permitem alertar os responsáveis das diversas áreas para a necessidade de melhoramento de algumas situações, antes que se transformem em verdadeiros problemas.

O *balanced scorecard*, por seu turno, permite ao responsável identificar rapidamente a origem do problema através de uma análise estratificada.

Um alerta vermelho pode identificar, por exemplo, que um determinado colaborador vai ultrapassar o *budget* para si definido.

A literatura existente sobre avaliação do desempenho no sector público, baseia-se principalmente em pareceres de auditores externos, académicos e gestores públicos (Holloway e outros, 2012).

Love e outros, no artigo apresentado em 2008, referem que as métricas de avaliação nos cuidados de saúde continuam a evoluir à medida que os seus responsáveis procuram informação em tempo real sobre o desempenho de toda a estrutura funcional. *Balanced scorecards* e *dashboards* estão a tornar-se um lugar-comum em muitas unidades de cuidados de saúde, criando o ímpeto para a sua expansão para além da tradicional medida de avaliação dos resultados financeiros, clínicos e de satisfação dos anos 90.

Para estes autores os referidos *balanced scorecards* e/ou *dashboards*, devem incluir, não apenas métricas de avaliação financeiras, mas também métricas de avaliação do desempenho da actividade processada, tais como o desempenho médico e resultados da actividade clínica, para além de indicadores de aprendizagem e crescimento, tais como investimento no *staff* e na informação tecnológica.

Na conclusão do seu trabalho estes autores apresentam, entre outros, como indicadores mais importantes a ser considerados no plano dos cuidados de saúde, a satisfação do médico, a satisfação do colaborador e a taxa de administração incorrecta de medicamentos.

O crescimento dos custos no sector da saúde tem estimulado o interesse no desenvolvimento de métodos que permitam aumentar a eficiência das organizações de cuidados de saúde, através da adopção de medidas tecnológicas.

Uma **métrica de avaliação de desempenho** é uma medida de avaliação capaz de avaliar aspectos críticos nos domínios dos cuidados de saúde (segurança do utente, efectividade, qualidade, orientação para o utente, objectivos temporais e eficiência).

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde utilizando métricas de avaliação de desempenho, obriga a uma sistemática, transparente e consistente, abordagem na recolha e análise de dados (Salinas e outros, 2010).

Concluem no mesmo estudo os autores que, a evolução da maioria dos resultados das métricas utilizadas ao longo dos anos, demonstra não ser suficiente para definir e implementar métricas. É essencial definir objectivos e apresentar resultados a todos aqueles que estão envolvidos no processo. O melhoramento contínuo no desempenho, pode ser alcançado através de uma eficiente comunicação e da valorização do trabalho de equipa, que são a base da segurança dos cuidados de saúde.

Importante será também colocar o foco nas métricas de avaliação de uma forma mais prospectiva e menos retrospectiva, considerando a utilização desta ferramenta como uma importante ajuda na identificação de aspectos organizacionais a melhorar e não somente como uma ferramenta de avaliação situacional, de forma a classificar e hierarquizar o desempenho de organizações e respectivos colaboradores.

Para Taylor (2009), a utilização de indicadores de desempenho nem sempre tem sido reportada com o intuito de efectivamente avaliarem o desempenho, levando alguns autores a estabelecer a diferença entre a disponibilidade da informação sobre o desempenho e a sua utilidade.

A este respeito atente-se no que defendem Holloway e outros (2012), “actualmente, a avaliação das métricas de avaliação é predominantemente uma actividade de conformidade, onde pouco tempo é concedido à instigação de iniciativas internas a fim de melhorar o desempenho.”

Já no seu trabalho de 2012, Andel, Davidow, Hollander, e Moreno, alertavam para o facto de que numa situação de perversão do conceito de retribuição pelo desempenho, as unidades de saúde e os seus profissionais, poderem beneficiar pelo subdiagnóstico e pelo deficiente tratamento de um paciente, de forma a que o mesmo tenha que voltar à instituição para nova consulta e cuidados de saúde, incrementando assim os valores dos rácios alvo de avaliação de desempenho, melhorando assim os resultados obtidos e a consequente retribuição em função da avaliação de desempenho.

Naturalmente não passará pela ideia de nenhum profissional de saúde tratar, de forma deficiente, algum utente, em seu benefício próprio. Porém, existem lacunas que deixam em aberto a questão sobre o melhor caminho a seguir.

Os mesmos autores mostraram evidência para o facto de os médicos responderem de forma positiva quando as suas recompensas estão ligadas ao seu desempenho. Fazendo referência a um estudo levado a efeito pela Universidade de Illinois, em Chicago, destacam que um conjunto de médicos de cuidados de saúde primários, optou por um plano de compensações com um salário fixo mais baixo e uma valorização do número de consultas e actos médicos, em detrimento de um salário fixo mais elevado.

A percentagem de consultas aumentou de 11% para 61%, sendo cada consulta paga entre \$22 e \$30.

Em situação contrária, está ainda por demonstrar que a existência de penalidades possa motivar os profissionais de saúde a desenvolver uma prática clínica da melhor qualidade e com menores custos.

As métricas de avaliação mais comumente reconhecidas são as que estão relacionadas com a actividade desenvolvida e com o tempo consumido com as mesmas.

As maiorias das métricas de avaliação são definidas pressupondo que 90% a 95% dos casos, atingem os objectivos no intervalo de tempo estabelecido (Williams, 2013).

Para Williams, (2013), raramente as métricas de avaliação consideram a qualidade das tarefas que são levadas a efeito para atingimento dos objectivos definidos, o que num sector são sensível como o da saúde e especificamente nos cuidados primários de saúde, constitui um aspecto crítico e que deve merecer muita atenção na avaliação das mesmas, pelo grau de enviesamento que pode emprestar à análise da actuação dos agentes envolvidos.

Devem ainda as métricas de avaliação, primar pela objectividade, razão pela qual, definir como métrica de avaliação a “qualidade “ de alguma actividade, constitui um risco que deve ser bem ponderado sob pena de enviesar qualquer posterior análise às mesmas.

A este respeito, a maior parte dos estudos empíricos sobre métricas de avaliação tendem a apoiar a visão racional de que as falhas técnicas existentes nos mesmos (por exemplo, a incapacidade para definir níveis de qualidade) são em grande parte responsáveis por resultados menos conseguidos na sua utilização, tais como a ineficiência das métricas de avaliação para o processo de tomada de decisão, a incorrecta definição de objectivos e a deturpação de resultados de forma intencional (Bohte e Meier 2000; Taylor 2001, 2007, 2009).

2.2 O Genérico como determinante da redução de custos no sector da saúde

Prevê-se que os gastos com medicamentos prescritos continuem a ser a parcela com maior crescimento dentro do sector dos cuidados de saúde. Nos EUA esperava-se que atingissem 14,5% de um orçamento total para o sector da saúde de \$3.1 triliões, em 2012 (comparados com cerca de 10% em 2001), Mizik and Jacobson (2004).

Numa fase de tanta turbulência, com origem na denominada crise das dívidas soberanas que assola vários do sul da Europa, é natural constatar que o processo de tomada de decisão sobre a escolha do tratamento a administrar aos pacientes esteja sob aumento crescente do escrutínio público (Venkataraman e Stremersch, 2007).

Tal facto prende-se com a necessidade de garantir uma efectiva redução com os gastos em medicamentos, suportados pelos diversos sistemas de nacionais de saúde, uma vez que é precisamente através da comparticipação de medicamentos com preço mais elevado que se esgotam orçamentos de forma precoce (Kaiser Family Foundation, 2004).

A prescrição de um medicamento é uma componente fundamental dos cuidados de saúde, sendo afectada por problemas relacionados como seu custo e a sua qualidade e por uma resposta ineficaz a medidas de cariz administrativo que conjuguem de forma apropriada estas duas questões (Kuperman & Gibson, 2003; Shamliyan & outros, 2008).

No mesmo sentido, Venkataraman e Stremersch, em 2007, salientam que a decisão mais importante de um médico é, especialmente no que concerne aos médicos de cuidados de saúde primários, qual o medicamento a utilizar para o tratamento do doente.

É devido ao facto de o comportamento dos médicos enquanto prescritores ter um impacto directo tanto ao nível dos custos como da qualidade da saúde, que aqueles que investigam as formas de otimizar as políticas de saúde, estão cada vez mais interessados em perceber os processos de decisão dos médicos (Janakiraman & outros, 2008).

Para Mongan e outros, 2008, os nossos sistemas de saúde custam-nos talvez o dobro do que deveriam custar. Devemos por isso identificar a origem do problema de forma a eliminá-lo. Várias unidades de saúde procuram hoje em dia consolidar-se em vez de demonstrarem eficiência, cobram fortunas por serviços rotineiros, e pagam salários elevadíssimos para evitar

descontentamentos. As companhias de seguros dão muito pouco em troca do que recebem. As companhias farmacêuticas desenvolvem e promovem drogas repetitivas sem contemplação pelas quais cobram fortunas. Médicos especialistas em algumas áreas diagnosticam e operam doentes moribundos sem qualquer contenção.

De forma a tentar ultrapassar os problemas de custo, várias tem sido as soluções de contenção identificadas, destacando-se entre as mais comuns: (1) definição de formulários de medicamentos (Huskamp e outros, 2005); (2) mudança prioritária para medicação genérica (Patterson e outros, 2005); e (3) instituição de co-pagamentos (Gibson, Ozminkowski, & Goetzel, 2005).

Todas estas medidas, apesar de se revelarem capazes de alcançar reduções de custos significativas (Huskamp e outros, 2003a), são afectadas pela adesão dos prestadores de cuidados de saúde às políticas organizacionais instituídas, conduzindo em algumas situações a resultados indesejados junto dos utentes (Gibson e outros, 2005).

Das várias medidas que têm sido tomadas um pouco por todo o lado, de forma a conseguir reduzir esses gastos excessivos. O aparecimento e a promoção pelas cúpulas do sistema nacional de saúde dos medicamentos genéricos, insere-se precisamente nessa estratégia de redução do valor gasto com medicamentos sujeitos a receita médica², reduzindo assim a factura da despesa com a saúde.

Quando falamos de medicamentos, a mais conhecida forma de protecção de direitos é a respectiva patente, que se destina a promover a inovação, recompensando as empresas da indústria farmacêutica inovadoras, com um período de acesso exclusivo aos mercados. (...)

²O Estatuto do Medicamento define «Receita Médica» como, documento através do qual são prescritos, por um médico ou, nos casos previstos em legislação especial, por um médico dentista ou por um odontologista, um ou mais medicamentos determinados.

Em 1994 a Organização Mundial do Comércio (WTO) definiu o Tratado Sobre os Direitos de Propriedade Intelectual (*TRIPS*) introduzindo a primeira medida universal sobre protecção de Propriedade Intelectual, definindo um prazo de 20 anos de protecção (Godoy e Céron, 2011).

Desde então, várias têm sido as manifestações a favor da introdução desta medida que protege os medicamentos originais da concorrência dos medicamentos genéricos, dificultando a sua entrada no mercado. Concomitantemente, muitos têm sido também os detractores desta medida argumentando que a mesma “cria incentivos à inovação em determinados nichos, mas não necessariamente onde é mais necessária” (Godoy e Céron, 2011).

Coscelli, (2000) advoga que em situações em que o médico continua a prescrever preferencialmente medicamentos de marca, só a introdução do factor competitivo preço ao nível da venda em farmácia, poderá alterar a situação, levando à mitigação das diferenças de qualidade entre o medicamento de marca e os medicamentos genéricos.

Ainda assim, constata-se que o utente está disponível a pagar um preço superior por um produto de marca mesmo após a sua patente expirar, por lhe reconhecer superior eficácia em relação ao medicamento genérico entretanto entrado no mercado.

No final das conclusões do seu trabalho de 2000, Coscelli faz referência aos então correntes esforços em vários países da OCDE, no sentido de diminuir a despesa pública com medicamentos, aumentando o consumo de medicamentos genéricos.

A grande questão que se levanta, é o facto de a utilização de medicamentos genéricos em detrimento de medicamentos de marca, não ser uma questão consensual, pelo facto de não serem reconhecidas aos primeiros as mesmas propriedades terapêuticas que os segundos demonstram de forma empírica deter.

O trabalho de Bolich (1979), referido por Bearden e Mason (1980), evidenciava à data a polémica que nos dias de hoje se mantém actual, colocando o ênfase da questão na dimensão das empresas produtoras de medicamentos, afirmando que “entre as empresas da indústria farmacêutica se afirma que os registos de eficácia de medicamentos genéricos produzidos por pequenas empresas farmacêuticas, em grande parte desconhecidas, são significativamente

menos satisfatórios do que os dos produtos de marca fabricados pelas grandes empresas farmacêuticas”.

Argumentam os defensores da utilização de medicamentos de marca que, os genéricos não demonstram as mesmas propriedades farmacêuticas que os medicamentos de marca, inserindo-se a sua promoção numa estratégia globalizada com o objectivo de reduzir a factura do orçamento de estado com os medicamentos, desconsiderando a eficácia e a segurança que qualquer medicamento deve oferecer.

Contrapõem os produtores de genéricos, socorrendo-se de diversos estudos comparativos onde se evidencia a bioequivalência dos lotes de genéricos utilizados, face aos princípios activos dos medicamentos de marca originais. Acrescentam ainda que, a utilização de medicamentos genéricos proporciona o mesmo grau de satisfação ao utente, a um custo muito inferior ao do medicamento de marca, tanto para o utilizador como para o sistema nacional de saúde.

Em 1980, Bearden e Mason procuraram desde logo perceber as razões que poderiam distinguir os medicamentos genéricos dos medicamentos de marca, concluindo que “a confiança no controle regulatório, as percepções sobre o potencial de poupança com a utilização de produtos genéricos e os efeitos do seu uso na pesquisa de novos medicamentos foram significativos na decisão sobre o suporte à utilização de medicamentos genéricos, evidenciado em médicos e farmacêuticos”.

Em contraponto, Gonul e outros, no seu trabalho de 2001, revelam a “intrínseca preferência dos médicos por medicamentos de marca”.

De forma a aumentar a competitividade dos medicamentos genéricos os procedimentos para aprovação dos mesmos foram consideravelmente alterados. Em lugar de ter que se sujeitar a realizar novamente todos os ensaios clínicos, um produto genérico pode agora ser aprovado demonstrando a sua bioequivalência ao produto de marca original. Estes procedimentos de avaliação são menos dispendiosos que os testes originais de segurança e eficácia que os produtos de marca tiveram que realizar.

Assim, tanto nos EUA como na Europa, os vários governos alteraram os procedimentos de aprovação de medicamentos genéricos com o intuito de incrementar a sua importância e

competitividade junto dos medicamentos de marca, como podemos constatar no trabalho de Hellström e Niklas de 2010.

No entanto, vários estudos (e.g. Hellström and Rudholm 2004; Meredith 2003, 1996) indicam que os testes de bioequivalência podem não ser, por si só, suficientes para demonstrar que os medicamentos alcançam resultados iguais no tratamento dos doentes.

Resultados de outras investigações têm demonstrado (Aronsson e outros 2001; Bergman e Rudholm 2003; Granlund e Rudholm 2008) que os medicamentos genéricos são, regra geral, comercializados a preços inferiores aos medicamentos de marca e que a sua introdução tem como efeito a redução generalizada dos preços dos medicamentos.

Esta acção concertada entre vários estados europeus com o beneplácito da EMA (European Medical Association), a entidade que superintende a política do medicamento a nível europeu, que definiu um conjunto de regras para estudos de bioequivalência com o firme propósito de facilitar a aprovação de genéricos.

Existiram mesmo casos extremos em que “empregados do estado visitaram médicos com o intuito de os persuadir a trocarem a sua prescrição de medicamentos de marca para medicamentos genéricos mais baratos”, conforme destacam Mizik e Jacobson (2004).

Hellström e Rudholm (2004) demonstraram no entanto que “quando a quota de mercado dos medicamentos genéricos aumentou, aumentou igualmente o número de efeitos secundários reportado às autoridades de saúde”. O que de alguma maneira suporta o que os mais cépticos em relação ao uso de medicamentos genéricos apontam como uma das maiores fraquezas deste tipo de produto, a sua segurança.

No seu trabalho de 2011, Stargardt encontrou evidências que duas medidas – introdução de preços de referência e congelamento temporário de preços, levaram à diminuição dos preços dos medicamentos, na Alemanha entre Janeiro de 2004 e Junho de 2006.

Tal facto demonstrou segundo o mesmo autor, a importância da concorrência de preços entre classes de medicamentos e dentro da mesma classe e evidenciou que a entrada de medicamentos genéricos tem como efeito a redução substancial de preços dos medicamentos de marca originais.

Stargardt adverte, no entanto, para o facto de uma estratégia de contenção de preços adequada não se poder basear exclusivamente no controlo dos preços.

2.3 Operacionalização do processo de redução de custos no sector da saúde

Identificado o **problema**, os elevados custos suportados pelo sector da saúde com medicamentos, bem como os **agentes de mudança**, os médicos, através do reposicionamento da sua prescrição face ao medicamento genérico, e os **meios**, as métricas de avaliação, falta agora perceber como será possível articular esta tríade de forma a alcançar os resultados desejados, ou seja, a redução dos custos existentes e pagos pelo sistema nacional de saúde.

Há um aspecto importante a considerar, que entronca na necessidade de as ferramentas encontradas para conter os custos com os medicamentos, estarem dependentes da adesão dos médicos às mesmas. Ou seja, quando não existe a adopção por parte dos médicos dessas ferramentas, a redução de custos não é de todo possível.

Para Shamliyan, Duval, Du, e Kane (2008), está claro que qualquer medida para conter a escalada de custos no sector da saúde necessita da intervenção da classe médica. Quando estes não aderem a redução pretendida não é atingida, noutros casos, o atingimento de metas de redução de custos, resultou em determinadas situações num decréscimo da qualidade dos cuidados de saúde.

Até porque, os médicos, por sua iniciativa, não são muito atreitos à mudança de prescrição, uma vez fidelizados a determinado produto, o que, como defende Hellerstein (1998), naturalmente pode impedir em primeira instância, a adopção de genéricos de custo reduzido.

Uma das formas de promover a utilização de métricas de avaliação é a utilização de sistemas de registo electrónico da prática clínica dos médicos (Delpierre e outros., 2004; DesRoches e outros., 2008; Shamliyan e outros., 2008; Wolfstadt e outros., 2008).

No entanto, a resistência à utilização destes sistemas é uma realidade por parte de alguns clínicos (Piderit, 2000).

No seu trabalho, Kernan e outros (2011), encontram evidências consistentes de que “a capacidade profissional do indivíduo pode resultar num factor limitante, capaz de influenciar a avaliação das principais medidas de desempenho”.

A adopção voluntária de sistemas de registo electrónico da prática clínica dos médicos pelos profissionais de saúde, pode ser sustentadas até um determinado nível por medidas governamentais expressas nesse sentido (Goldman, 2009).

Apesar de todos os esforços desenvolvidos nas últimas duas décadas, a taxa de adopção de sistemas de registo electrónico nos EUA pelos médicos de cuidados primários de saúde, situa-se nos 14%, (DesRoches e outros, 2008).

Entre as razões apontadas para este índice de sucesso tão baixo estão, retorno questionável, risco de quebra de privacidade individual, indisponibilidade de registos do histórico e dificuldades na utilização dos sistemas disponíveis (Blumenthal, 2009).

É neste cenário algo conturbado, que se começam a edificar um conjunto de estruturas de apoio à efectivação da utilização de medicamentos genéricos, em substituição dos medicamentos de marca, onde os princípios de gestão começam a ganhar uma crescente importância na gestão destas estruturas que suportam a actividade do sector da saúde.

As seguradoras por exemplo lideraram este processo ao fomentar a utilização de medicamentos genéricos nos planos apresentados, concedendo para tal maiores benefícios a quem optasse por esta solução de tratamento em detrimento dos medicamentos de marca (Berndt, 2002; Phelps, 2003).

Iniciaram simultaneamente um processo de alteração dos hábitos de prescrição e consequente redução de custos fazendo circular a informação sobre a existência de medicamentos genéricos alternativos aos medicamentos de marca, monitorizando os padrões de prescrição de cada médico e desenvolvendo formulários de medicamentos de uso preferencial nos locais de trabalho dos médicos sob sua influência (Rice, 2011).

Este conceito de medicamentos de uso preferencial deve ser projectado para promover a disponibilidade, a acessibilidade, a qualidade e o uso racional de medicamentos que satisfaçam as necessidades de saúde pública. (...) A aplicação do conceito de medicamentos

de uso preferencial para o desenvolvimento de listas de medicamentos que estão disponíveis para os médicos prescreverem, poderia reduzir custos e fornecer qualidade ao sistema de saúde de forma mais justa e baseada em evidências, no que diz respeito a eficácia e segurança, mesmo a pacientes de mais baixos rendimentos. (Millar e outros, 2011).

No entanto, Johnson e Stahl-Moncada, no seu trabalho de 2008, alertavam para o facto de apesar de o propósito das restrições de formulário ser o de reduzir os custos com os medicamentos prescritos, tal facto poder conduzir a resultados indesejados. (...) Estes mecanismos podem encorajar a utilização de alternativas com custo inferior mas que podem não ser equivalentes em termos terapêuticos ou podem induzir à diminuição da adesão à terapêutica originando o aumento de casos não tratados, o que em última instância conduz ao incremento dos custos, algo que inicialmente seria exactamente aquilo que se procurava evitar.

Concluem os autores, afirmando que os formulários que são mais restritivos mudam de forma acentuada o padrão dos cuidados de saúde e do tipo de medicamentos utilizados e podem originar consequências indesejadas mais frequentemente, bem como um acréscimo final dos custos dos cuidados de saúde, algo que como temos vindo a constatar, é exactamente o que na presente conjuntura se pretende evitar.

Num contexto de gastos excessivos com o sector da saúde, que origina uma mudança de paradigma no controlo dos mesmos, surge o conceito de **gestão das unidades de saúde**, que assumem um papel importante no controlo de custos, e entre outras contribuições importantes, encoraja os médicos a serem mais conscientes em relação aos gastos e gradualmente a substituírem tratamentos mais drásticos, como as cirurgias, por medicina preventiva e terapêutica farmacológica, sempre que tal fosse possível (Miller and Luft, 1994).

Ferreyra e Kosenok (2005) defendem que uma forma de mitigar os efeitos de toda esta turbulência poderia ser garantindo um preço mais acessível aos novos medicamentos de marca. Assim se conseguiria de alguma forma, equilibrar a gestão de recursos financeiros consumidos pelo sistema nacional de saúde, relativamente a medicamentos de investigação inovadores e a medicamentos genéricos, com claro benefício para o utente.

Esta proposta é aliás muito comum mesmo em outros sectores de actividade, com o estabelece Larsson (2013), “quando as empresas optam pela produção de genéricos, os consumidores

têm pouco incentivo na procura de uma melhor solução se os custos de procura de alternativa são elevados, acabando esta por ser uma melhor maneira de suavizar a concorrência, através do preço.”

Como já foi perfeitamente salientado, este trabalho propõe-se a contribuir para o real entendimento da influência que a utilização da avaliação de indicadores de desempenho pode ter no acto médico de prescrição, condicionando as escolhas do médico em relação ao tipo de medicamento que decide prescrever.

Devemos nesta altura, tentar perceber de que forma é que são utilizadas estas métricas de avaliação, como são operacionalizadas, e que consequências podem ter para quem as cumpre e para quem não atinge os valores estabelecidos.

Apesar da literatura existente sobre indicadores de desempenho em cuidados de saúde ser limitada, a sua utilização com o intuito de regular a qualidade no sector dos cuidados de saúde está a aumentar consideravelmente, especialmente no sector público (Kuhn e Siciliani, 2009).

Está perfeitamente aceite como conceito generalizado que o foco de incidência dos indicadores de desempenho, pode variar de acordo com a unidade de saúde em avaliação.

Assim, a nível hospitalar os indicadores podem considerar taxas de mortalidade com risco ajustado, taxas de readmissão, incidência de complicações e infecções, e tempos de espera.

No Reino Unido os indicadores de desempenho também foram desenvolvidos para clínicos gerais, valorizando a medição da pressão arterial e do colesterol em pacientes com doença coronária isquémica. As recompensas financeiras para os melhores desempenhos podem ascender até 20% do salário de um clínico geral (Roland, 2004; Doran et al., 2006).

Igualmente, como concluíram Ganther and Kreling (2000), os incentivos financeiros para o uso de medicamentos genéricos são um estímulo importante à sua maior utilização, mesmo em situações em que os pacientes percepcionem a sua utilização como revestida de um risco maior.

Andel et al., 2012 mostram que os médicos respondem fortemente a incentivos, ainda que marginais, quando os mesmos estão directamente ligados à sua remuneração global.

Esta constatação pode ser considerada sem dúvida, o efeito perverso de uma medida que ninguém ousará contrariar quanto à sua bondade inicial.

Por sua vez, ao avaliar as tendências do serviço específico de utilização de medicamentos a nível interno e estabelecendo comparação com exemplos externos, estimulando práticas de prescrição semelhantes às de instituições com alto nível de desempenho, O'Neal, (2012), demonstra ter alcançado melhores resultados de assistência ao paciente e a desejada redução de custos.

Vejamos agora a análise efectuada por Smith (1995), Propper e Wilson (2003), e Bird e outros (2005), que apresentam perspectivas informais sobre os efeitos observados na utilização de indicadores de desempenho no sector público da saúde.

Consideram os autores que as avaliações de performance podem ser manipuladas, algo que já havia sido referido com um efeito perverso da utilização das métricas de avaliação, com os clínicos empenhando-se no controlo de custos que melhoram o indicador de desempenho mas não representam qualquer benefício para o utente.

Entre os exemplos referidos como alvo de manipulação estão:

- (a) As taxas de mortalidade. Os hospitais concedem alta mais cedo, possivelmente prematuramente, de forma a transferir para a comunidade uma proporção de mortes e complicações, que de outra forma teriam ocorrido e sido imputadas como eventos hospitalares (Goldacre e outros, 2002).
- (b) Em alguns hospitais do Reino Unido há evidência de que as listas de espera para cirurgia não urgente foram ajustadas de forma inadequada com o objectivo de reduzir os tempos de espera. Esses ajustamentos inapropriados foram efectuados quer por elementos menos experientes seguindo procedimentos definidos de forma incorrecta, quer por elementos sénior que propositadamente manipulavam ou alteravam valores (NÃO, 2001).

- (c) Os serviços de ambulância, aparentavam ter sido alvo de mudanças perversas nos métodos de classificação e nas horas de início, de forma a manipular o indicador do seu desempenho sem genuína justificação (Bird e outros, 2005).
- (d) Existem alguns indícios que os clínicos gerais no RU tenham atingido níveis elevados de desempenho, excluindo um largo número de pacientes dos indicadores (Doran e outros, 2006).

De forma lapidar, podemos observar que a manipulação reduz o nível óptimo de qualidade da prestação efectiva observada mas, inflaciona o nível óptimo de qualidade reportada.

É um facto que apesar de observarmos um aumento progressivo do uso de indicadores de desempenho, a maioria da literatura conceptual existente, assume que a qualidade não é contratualizável (Kuhn e Siciliani, 2009).

Chalkley e Malcomson, 1998; Chalkley e Malcomson, 1998b, acreditam que a introdução de sistemas de pagamentos prospectivos baseados em preços fixos, induz claramente o esforço de controlo de custos mas, com a consequente redução de qualidade.

Concluimos então que, “a assimetria de informação pode assentar respectivamente na gravidade da doença, no altruísmo do prestador ou na valorização de cada parâmetro” (Kuhn e Siciliani, 2009).

Como sugestão para uma melhor e mais eficiente utilização das métricas de avaliação atentemos na proposta de Taylor (2009), “o ênfase na satisfação da informação dos utilizadores dos sistemas de indicadores de desempenho, estabelece que os mesmos deverão procurar conciliar critérios de validade e credibilidade, tais como:

- Definição de um nível aceitável de convergência entre os indicadores de desempenho e os objectivos das organizações que estão a ser avaliadas;
- Definição de objectivos para os indicadores de desempenho que sirvam de incentivo e orientação para que as organizações realmente evoluam na sua direcção;

- Desenvolver indicadores de desempenho que permitam a avaliação de questões relacionadas com a qualidade do desempenho.”

2.4 O ponto de partida para um trabalho de investigação

Concluindo, pela literatura disponível e consultada pelo autor deste trabalho, podemos perceber que há uma tendência clara, neste momento de alguma turbulência económica e financeira, para procurar reduzir custos com a mais frequente utilização de medicamentos genéricos nos cuidados de saúde primários.

Existe igualmente, uma crescente utilização de ferramentas de gestão no sector de saúde, com o objectivo claro de racionalizar os custos existentes, criando um padrão de actuação para os profissionais de saúde que sejam confrontados com situações conceptualmente aceites como semelhantes.

A presente investigação pretende dar algum contributo no sentido de perceber se a utilização das ferramentas de gestão, como neste caso as métricas de avaliação de desempenho, estão neste momento a ser consideradas pelos médicos no acto de prescrição de um medicamento no seu quotidiano profissional e para além disso, identificar até que ponto condicionam a escolha desse mesmo medicamento.

Procuraremos ainda identificar como se hierarquiza neste momento a escolha dos atributos que determinam a prescrição do médico, estabelecendo os pontos de divergência, se os houver, face ao que acontecia antes da introdução das métricas de avaliação de desempenho.

Uma das lacunas desde já identificadas em relação a este trabalho, prende-se com a incapacidade de aferir e quantificar em que grau é que a qualidade dos serviços de saúde primários e dos tratamentos prestados será afectada com a utilização das métricas de avaliação no sector da saúde e a presumível alteração de hábitos de prescrição dos médicos que exercem a sua actividade em unidades de saúde familiar.

Capítulo III

Metodologia de Investigação

3. Metodologia de investigação utilizada

3.1 Lacunas e problemática em investigação

As razões subjacentes aos critérios de escolha do médico, relativamente ao produto farmacêutico a utilizar em determinado paciente, após o correcto diagnóstico da patologia a tratar, tem desde há muito tempo intrigado vários dos intervenientes no universo dos cuidados de saúde.

Muitas tem sido as tentativas levadas a efeito para justificar porque determinado medicamento é utilizado em detrimento de outro (s), quando aparentemente as características de cada um, torna imperceptíveis quaisquer diferenças existentes.

Os consensos gerados não têm sido muitos quanto à verdadeira razão que determina o tipo de prescrição do médico, podendo, admite-se hoje, existirem vários factores a determinar essa prescrição, dependendo essa escolha dos vários atributos, intrínsecos ou extrínsecos, do medicamento em causa.

O autor deste trabalho integrou uma equipa que procurou investigar esta questão, tendo evidenciado em trabalho anteriormente publicado, que a eficácia de um medicamento é o atributo mais determinante no acto médico de prescrição para uma larga percentagem dos médicos, (Castro Pinto e outros, 2010).

Como modelo a seguir para o nosso trabalho de investigação, de entre os trabalhos existentes e pelo autor conhecidos, destacamos o de Green, Goldberg e Montemayor (1981), cuja metodologia procurámos agora seguir, mantendo como população alvo a classe médica, de forma a conhecer e validar a forma como se estrutura o processo de tomada de decisão do médico prescritor e as condicionantes a que o mesmo está sujeito, não deixando por respeito aos autores de considerar as suas posteriores revisões e sugestões de melhoria à metodologia por eles, inicialmente, utilizada (Green e Srinivasan, 1990).

Pela constatação de que à data da realização do trabalho de Green, Goldberg e Montemayor, não estarem definidas métricas de avaliação que condicionassem o acto médico de prescrição,

o que permitia a um médico prescrever um determinado medicamento por realmente achar ser esse o mais indicado para tratar a patologia de um doente, e não outro qualquer que fizesse parte de um rol institucionalmente definido como adequado para cumprimento de metas organizacionais e individuais, pareceu-nos agora pertinente enquadrar esta problemática recente no conjunto de determinantes do acto médico de prescrição, procurando acrescentar alguma valia aos trabalhos de investigação desenvolvidos nesta área até à presente data.

Desta forma, queremos que o nosso contributo para o trabalho iniciado pelos citados autores, permita em última instância identificar as métricas de avaliação, pendentes sobre a utilização ou não de um medicamento, como mais um importante atributo determinante da prescrição dos médicos de cuidados de saúde primários em Portugal.

A pesquisa de trabalhos científicos que servissem de inspiração à presente investigação, foi dificultada pelo facto de o autor da mesma ter apostado em conseguir alguma originalidade na perspectiva de abordagem ao tema em questão.

A procura das razões que condicionam a **prescrição do médico**, a escolha de um produto farmacêutico em detrimento de outro, tem igualmente sido investigada desde há muito, havendo alguns trabalhos que datam da década de 50 do século passado, citando como exemplo o trabalho de Caplow & Raymond, de 1953.

Coscelli (2000) salienta que, parte significativa da literatura existente sobre prescrição de medicamentos, foca-se nas dimensões em que os produtos diferem, entre outras, a eficácia percebida ou a notoriedade da marca.

Gonul e outros (2001) demonstram que existem evidências de que, em geral, a sensibilidade ao preço dos médicos vem em segundo lugar, após a eficácia dos medicamentos e a condição dos pacientes.

Para Venkataraman e Stremersch (2007), um medicamento pode ser caracterizado através de vários atributos, tais como as indicações aprovadas, a sua dosagem, a sua potência, o método e frequência de administração, interacção com os alimentos e com outros medicamentos, a sua toxicidade, o seu preço, bem como nas suas mais evidentes características, a sua eficácia e os seus efeitos secundários.

O que se pretende com este trabalho de investigação não é, como já foi anteriormente referido, saber as razões que motivam a escolha de um medicamento em detrimento de outro, algo que outros trabalhos como o efectuado por Venkataraman e Stremersch, em 2007, já anteriormente referido, fazem de forma muito pertinente e encontrando no atributo eficácia, na maioria das vezes, a razão da escolha efectuada.

Pretende-se sim, procurando ir um pouco mais além, cruzando resultados evidenciados em anteriores pesquisas nos campos mencionados, perceber se a **utilização de métricas de avaliação** numa classe profissional distinta como a classe médica e num sector de actividade tão sensível como o da saúde, **condicionará ou não o acto médico de prescrição**, levando-o a valorizar mais o cumprimento dos objectivos das métricas de avaliação propostas do que os atributos, que sem a existência das referidas métricas de avaliação, determinariam a sua escolha.

A grande questão que assim se coloca é, será o médico levado a optar em algumas circunstâncias por medicamentos que lhe permitam em primeira instância cumprir os objectivos traçados para cada métrica de avaliação, em vez de optar por aqueles que pelo seu conhecimento conceptual ou empírico, poderiam proporcionar melhores resultados no tratamento dos seus pacientes?

Poderemos ainda questionar se tal situação, a efectivar-se, acontecerá sem perda da qualidade percebida pelos utentes do sistema nacional de saúde.

Ou ainda, se tal escolha permitirá na realidade ir optimizando os, cada vez mais escassos, recursos económicos existentes.

Na opinião de Van der Geer & Kangis (2002), na realidade existe uma fraca correlação entre a intenção e o comportamento dos médicos enquanto prescritores, usando para tal o modelo da teoria do comportamento planeado de Ajzen (1985), em que a intenção (i.e. decisão) é determinada pelas atitudes dos indivíduos, normas subjectivas (a percepção de que aqueles cujas opiniões são valorizadas aprovariam/desaprovariam um comportamento; multiplicado pelo grau de motivação para aderirem a esse comportamento) e o controlo do comportamento observado.

É exactamente a partir desta dúvida existente entre a intenção, relativamente ao processo de tomada de decisão sobre a solução mais indicada para prescrever ao doente, e a escolha efectiva, que desenvolvemos a nossa investigação junto da população alvo escolhida.

3.2 O desenho da investigação

Como já foi referido no capítulo um, o modelo a seguir para o nosso trabalho de investigação, foi o de Green, Goldberg e Montemayor (1981), cuja metodologia de investigação nas fases de recolha e de tratamento estatístico da informação, procurámos agora seguir, mantendo como população alvo a classe médica, e as condicionantes a que o mesmo está sujeito, não deixando por respeito aos autores de considerar as suas posteriores revisões e sugestões de melhoria à metodologia por eles inicialmente utilizada (Green e Srinivasan, 1990).

Recorrendo à técnica de análise estatística denominada *conjoint analysis* – **análise conjunta**, a mesma utilizada pelos autores anteriormente referidos, iremos procurar, avaliar se a percepção existente entre a classe médica relativamente ao seu comportamento enquanto prescritores, é efectivamente correcta e encontra correspondência no acto de prescrição em si, isto é, os médicos efectivamente prescrevem sempre de acordo com as suas convicções, ou pelo contrário, alturas existem em que são levados a alterar a sua escolha, em função de estímulos ou condicionalismos externos?

A análise conjunta tem sido identificada como um método relevante no processo de desenvolvimento de novos produtos.

Mahajan and Wind (1991) apresentaram resultados de um estudo em que os respondentes eram essencialmente representantes da indústria de consumo, tendo estes citado 24 modelos e métodos estatísticos por si utilizados, sendo que a análise conjunta era o sexto mais frequentemente utilizado.

O nível de satisfação reportado para os seis métodos mais utilizados demonstrou que 55% dos inquiridos estavam altamente satisfeitos com a análise conjunta e ninguém (0%) demonstrou insatisfação com a utilização do modelo.

A razão mais invocada por todos os respondentes para a utilização da análise conjunta foi “ a melhoria da taxa de sucesso (no lançamento) de um novo produto”.

Uma limitação referida foi “a incapacidade do método capturar a complexidade do mercado”.

A opção pela técnica de análise estatística análise conjunta, permite ao investigador responder a questões tais como:

- Que características do produto são ou não importantes para o consumidor?
- Que níveis das características do produto são os mais, ou os menos, desejáveis na mente do consumidor?

A virtude da análise conjunta é pedir ao respondente que faça escolhas da mesma forma que o consumidor presumivelmente faz – escolhendo características, uma em detrimento de outra – *tradeoffs*.

A tarefa do respondente é ordenar ou avaliar cada perfil, que constitui um produto contendo as suas características básicas mais relevantes, desde o mais importante até ao menos importante em função da escala de avaliação proposta.

A partir destas ordenações ou avaliações, a análise conjunta identifica valores de utilidade para cada modalidade, de cada variável, tendo em consideração as respostas de todos os indivíduos da amostra. Estes valores de utilidade podem ser utilizados para identificar a importância relativa de cada variável na escolha de um produto.

Este é um aspecto importante na análise conjunta. Tal como noutros modelos experimentais, pretende-se seleccionar apenas aqueles factores (atributos independentes), que se julgam influenciar mais a escolha do sujeito (a variável dependente).

Mesmo após cuidadosa selecção dos factores (atributos) e modalidades para o estudo, são frequentemente excessivos o número de casos a avaliar de uma forma significativa.

Atendendo a que o número de casos a considerar obedecerá à fórmula seguinte:

$$N^{\circ} \text{ modalidades variável } 1 \times N^{\circ} \text{ modalidades variável } 2 \times N^{\circ} \text{ modalidades variável } 3 \times \dots \times N^{\circ} \text{ modalidades variável } n$$

Para um caso em que tivéssemos cinco atributos, cada um com três modalidades de preferência, teríamos que estudar 243 casos ($3 \times 3 \times 3 \times 3 \times 3$) – claramente demasiados para tornar possível a sua execução, mantendo a objectividade necessária e indispensável.

Felizmente, em alternativa ao modelo factorial total, podemos utilizar um modelo ortogonal – um subconjunto de todas as combinações possíveis que permite estimar as utilidades para todos os atributos seleccionados.

Embora seja verdade que a estimativa melhore em função do aumento do número de perfis, a informação não se perde por omitir algumas combinações. Isto porque as utilidades identificadas para cada nível de cada variável, podem ser extrapoladas para equacionar as combinações que não foram avaliadas pelos respondentes.

Por defeito, o **SPSS**³ gera um mínimo de casos necessários para o modelo ortogonal de acordo com as necessidades para estimação das utilidades dos atributos. Este número poderá ser incrementado ou diminuído de acordo com as necessidades específicas de cada estudo.

³SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

Para além destes casos podem ainda ser especificados os *holdout cases* – são casos avaliados pelos respondentes mas não são utilizados pela análise conjunta para estimar utilidades. São utilizados para confirmar a validade das utilidades estimadas.

A análise conjunta adapta-se perfeitamente à implementação de tipos de segmentação de mercado específicos.

Em **primeiro lugar** o objectivo da análise conjunta (Green and Srinivasan 1978, 1990) está centrado na avaliação das preferências pelos níveis dos atributos dos produtos (preço incluído) e dos benefícios para o consumidor, provenientes dos atributos dos produtos.

Em **segundo lugar**, a análise conjunta é uma técnica de micro-avaliação. As funções (i.e., preferências pelos níveis de atributos) são medidas a um nível individual. Assim, se existir heterogeneidade nas preferências, o investigador tomará conhecimento.

Em **terceiro lugar**, os estudos com esta técnica geralmente englobam a totalidade da informação existente sobre o consumidor (ex.^o dados demográficos, dados psicográficos).

Quarto, mesmo estudos mais rudimentares utilizando esta técnica, incluem habitualmente uma simulação de escolha do consumidor na qual o investigador pode introduzir perfis de produtos novos ou alterar os existentes, avaliando quem os prefere em relação aos dos concorrentes. Wind (1978) chama a esta técnica *segmentação flexível*.

Alguns aspectos devem ser considerados na nossa análise subsequente:

- Primeiro, os estudos utilizando esta técnica, focam-se tipicamente nos atributos do produto/serviço, nome da marca e preço. Publicidade, promoção e distribuição são habitualmente considerados fora deste modelo.
- Finalmente, a concepção de qualquer produto baseada na análise conjunta, deve atender a que esta é basicamente uma técnica de análise estática, que considera as preferências dos consumidores num dado momento (Green e Krieger 1991).

3.3 A problemática existente: questões a responder

Como já anteriormente ficou patente, pretende-se com esta investigação perceber se a **utilização de métricas de avaliação** numa classe profissional distinta como a classe médica e num sector de actividade tão sensível como o da saúde, **condicionará ou não o acto médico de prescrição**, levando-o a valorizar mais o cumprimento dos objectivos das métricas de avaliação propostas do que os atributos, que sem a existência das referidas métricas de avaliação, determinariam a sua escolha.

Assim, as questões a que procuraremos dar resposta, são:

1. O cumprimento das métricas de avaliação de desempenho é considerado pelo médico no acto de prescrição?
2. O facto de o médico estar focado no cumprimento das métricas de avaliação, altera os seus hábitos de prescrição?
3. O facto de o médico alterar os seus hábitos de prescrição, poderá afectar a qualidade do tratamento ministrado ao doente?
4. Qual o verdadeiro resultado a médio e longo prazo da redução de custos com a comparticipação de medicamentos nos cuidados de saúde primários, no orçamento do sistema nacional de saúde?

3.4 Objectivos a atingir

O objectivo mais abrangente deste trabalho consiste na avaliação da importância que a introdução de ferramentas de gestão, como as métricas de avaliação de desempenho, tem nos hábitos de prescrição do médico.

Especificamente queremos:

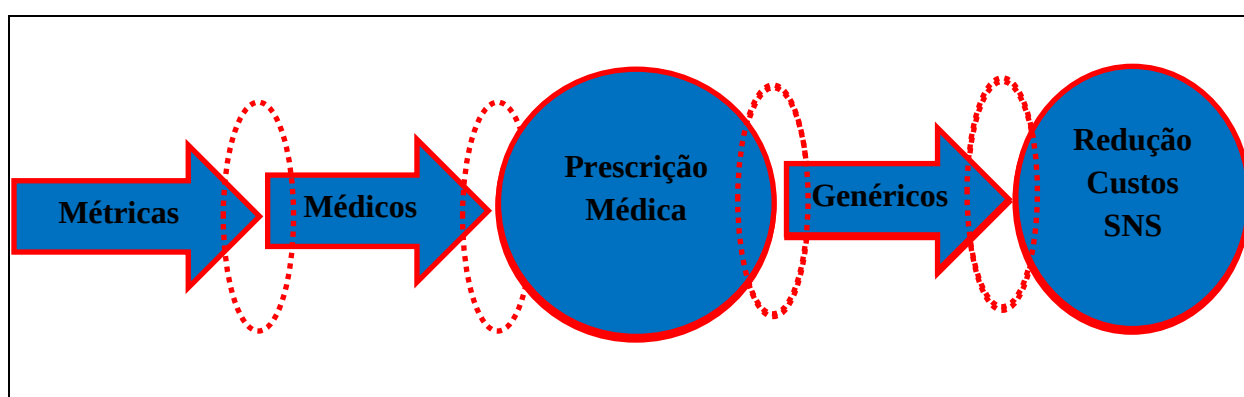
- Identificar os atributos determinantes do acto médico de prescrição;
- Validar de forma empírica a hierarquização desses atributos;
- Demonstrar que o médico valoriza o cumprimento das métricas de avaliação para si estabelecidas;
- Demonstrar que o cumprimento das métricas de avaliação estabelecidas para o médico, afectam os seus hábitos de prescrição;
- Perceber o impacto que a alteração dos hábitos de prescrição dos médicos tem na qualidade dos tratamentos administrados aos utentes dos cuidados de saúde primários;
- Avaliar se o objectivo subjacente à introdução das métricas de avaliação, a redução de custos no sistema nacional de saúde, poderá com esta política de poupança ser alcançada em tempo útil.

3.5 Conceptualização do modelo e formulação das hipóteses

Nos capítulos anteriores foi desenvolvida a base teórica de sustentação das hipóteses que servem de base ao modelo que a seguir apresentamos, o qual representa uma síntese da revisão bibliográfica levada a efeito anteriormente.

O modelo apresenta os quatro atributos determinantes para a prescrição médica, com três dimensões para cada um, decorrentes do levantamento teórico efectuado, previamente.

Figura 7 - Modelo Conceptual



Fonte: Própria

O modelo desenvolvido contempla os dados de dois estudos acessórios e os dados de um estudo principal, e engloba as seguintes **hipóteses**:

H1: A percepção dos médicos em relação à forma como hierarquizam os atributos do medicamento que prescrevem, tem correspondência na sua prática clínica quotidiana;

H2: Os médicos estão conscientes da necessidade de atingir os objectivos das métricas de avaliação propostas;

H3: A necessidade de atingir os objectivos das métricas de avaliação propostas irá afectar os hábitos de prescrição do médico;

H4: A alteração dos hábitos de prescrição do médico é influenciada por atributos sócio demográficos;

H5: A alteração dos hábitos de prescrição do médico irá ter um impacto positivo na redução dos custos do sistema nacional de saúde.

3.6 Definição e operacionalização dos Atributos Determinantes

O processo de escolha dos atributos a englobar na presente investigação obedeceu essencialmente a critérios de preferência manifestados pela classe médica num pré-questionário que foi levado a efeito junto de um grupo de médicos de medicina geral e familiar e ao respeito de critérios técnicos de análise dos dados estatísticos com o intuito de não desvirtuar a objectividade da mesma.

3.6.1 Estudo exploratório I: Definição do atributo com maior notoriedade

O despoletar do processo de recolha de informação deste trabalho de investigação, consistiu na realização de um estudo exploratório levado a efeito pelo autor deste trabalho, durante o mês de Maio de 2013 em entrevistas individuais, junto de um grupo de **25 médicos** de medicina geral e familiar, que desenvolvem a sua actividade em unidades de saúde familiar, pertencentes à Associação Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, sendo estas duas particularidades, quanto à **especialidade e local de trabalho**, as únicas que concorreram para a selecção dos profissionais a escolher para participar neste primeiro contacto com a população alvo de estudo.

Pretendeu-se desta forma conhecer, quais os **atributos mais valorizados** por este grupo de médicos para decidir qual o medicamento a utilizar num utente, num determinado momento, após o correcto diagnóstico da patologia que o afecta.

À pergunta sobre “*quais os atributos que mais considera no processo de decisão sobre qual o produto a administrar a um doente após o correcto diagnóstico da patologia que o afecta?*”, o médico deveria referir de forma espontânea, aquele que considerava realmente determinante na sua escolha.

O critério de escolha era, como referimos antes, completamente livre de qualquer condicionalismo, obedecendo a uma notoriedade espontânea, resultante do conhecimento empírico dos participantes neste processo, tendo como cenário virtual o seu gabinete de trabalho quotidiano.

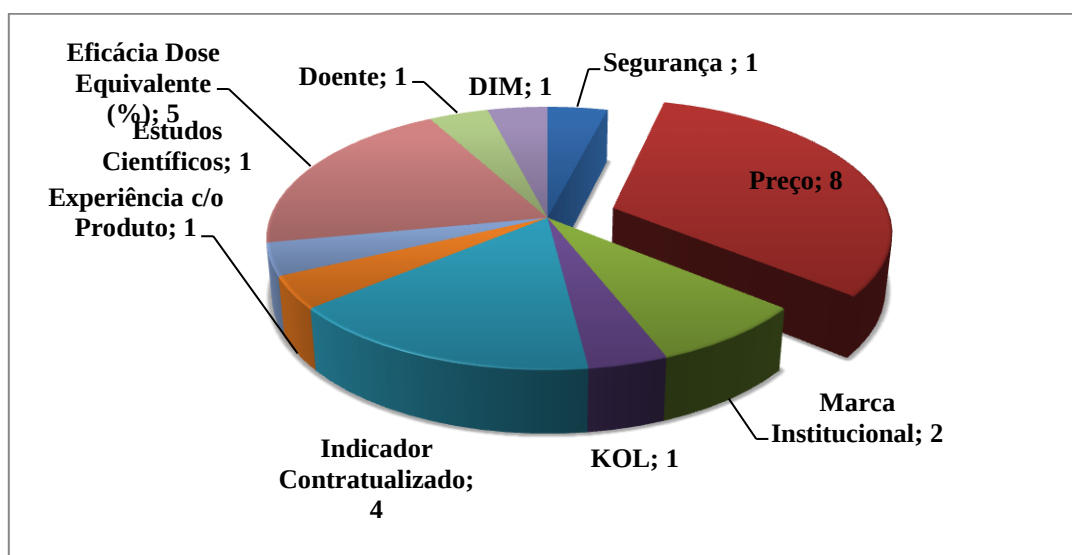
De entre as respostas obtidas, seleccionámos aquele atributo que foi referido **mais repetidamente** como primeira preferência pelos médicos participantes e assim sucessivamente.

Como podemos constatar na figura em baixo, o atributo Preço (8 citações) é aquele que de forma mais espontânea é referido como o mais valorizado pelos participantes deste grupo, na altura de escolha de um medicamento.

Seguem-se, por esta ordem, Eficácia (5 citações), Indicadores Contratualizados (4 citações) e a Marca Institucional (2 citações).

As respostas obtidas permitiram obter a seguinte relação de preferências:

Figura 8 - Primeiro Atributo Valorizado na Escolha de um Medicamento



3.6.2 Estudo exploratório II: Definição dos atributos mais importantes

Como forma de validar a primeira impressão recolhida, pedimos posteriormente aos mesmos 25 médicos, que definissem uma hierarquia relativa às escolhas anteriores, considerando os **10 atributos** referidos pelo grupo participante, como os mais importantes na definição do medicamento a prescrever ao doente.

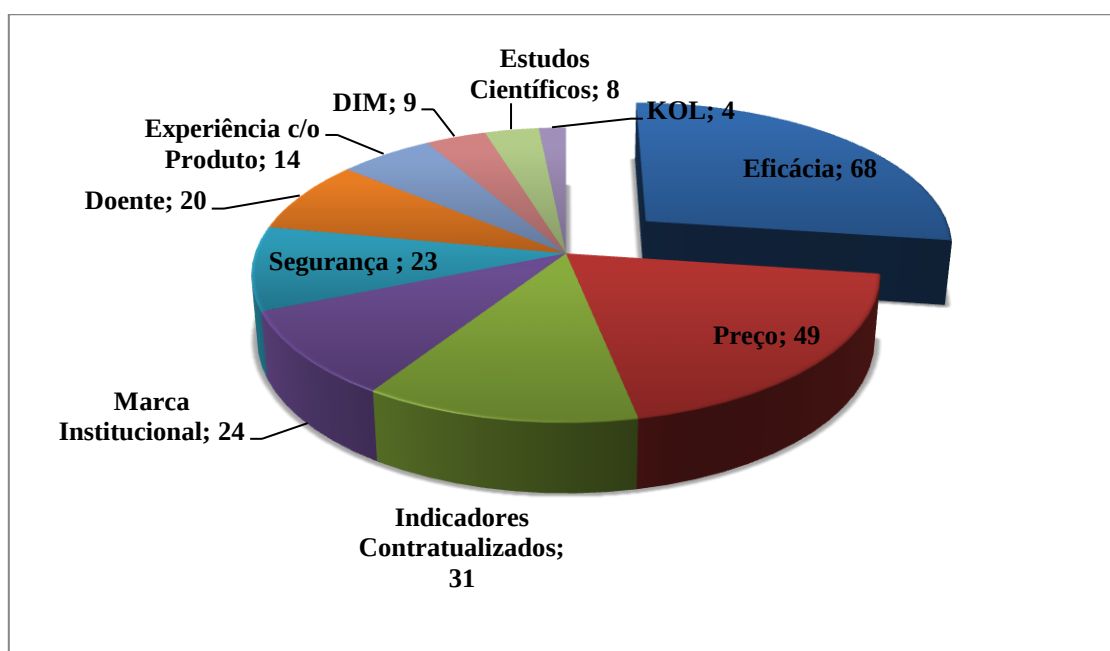
Para tal, deveriam atribuir durante o processo de escolha, 4 pontos ao atributo mais importante, 3 pontos ao segundo atributo mais importante, 2 pontos ao terceiro atributo mais importante e 1 ponto ao quarto atributo mais importante.

Ou seja, cada médico teria que distribuir um total de 10 pontos, pelos quatro atributos por si considerados como os mais importantes, de entre os que foram referidos na primeira fase do processo, na escolha do produto farmacêutico a utilizar.

Refira-se aqui que, esta é uma apresentação do **método de Borda** original, em que cada decisor deve ordenar as alternativas de acordo com as suas preferências. À alternativa menos preferida é atribuído um ponto, à segunda dois pontos e assim sucessivamente. No final, os pontos atribuídos pelos decisores a cada alternativa são somados e a alternativa que tiver obtido a maior pontuação será a escolhida (Dias et al., 1996). Este sistema leva em consideração não apenas a primeira escolha de cada respondente, como também todas as outras, de modo que nem sempre o atributo mais vezes colocado em primeiro lugar é o vencedor.

A soma dos valores totais obtidos para cada atributo, permitiram obter o seguinte resultado global, para a relação de preferências estabelecida:

Figura 9 - Relação Hierarquizada dos Atributos Mais Valorizados na Escolha de um Medicamento



Podemos então retirar como evidência observável neste estudo exploratório inicial que, tendencialmente o atributo **preço** é aquele que de forma espontânea – mais vezes referido em primeiro lugar, mais determinante se revela na escolha de um produto farmacêutico a prescrever.

No entanto, o atributo **eficácia**, consegue reunir o maior número de citações (27,2%) num conjunto mais alargado de atributos determinantes para a escolha do medicamento a prescrever, sendo assim o mais valorizado no conjunto dos 10 atributos referenciados pelo grupo de médicos participantes no estudo exploratório.

É a partir desta hierarquização de atributos que, como veremos mais adiante, iremos estruturar a o nosso processo de recolha de dados, junto da população alvo deste trabalho.

Mas, serão efectivamente estes os atributos que na realidade mais importância têm no acto médico de prescrição?

Há uma efectiva correspondência entre aquilo que os médicos acreditam que fazem e aquele que na realidade é o seu comportamento quando estão perante o doente?

Nos pontos seguintes, procurar-se-á explanar as razões que levaram à escolha destes atributos para serem incluídos no modelo estatístico da investigação, em detrimento de outras possíveis escolhas.

3.6.3 A escolha dos atributos utilizados no processo de recolha de informação

A opção pela análise conjunta, enquanto técnica de análise estatística para tratamento dos dados recolhidos junto da amostra da população alvo desta investigação, obriga desde logo à limitação do número de atributos a considerar na elaboração do questionário utilizado.

Neste caso, iremos considerar quatro variáveis pelo facto de, caso mantivéssemos o total de atributos acima deste valor, poderemos tornar irrealizável a prossecução dos nossos objectivos, devido à pouca objectividade dos respondentes na ordenação dos perfis (produtos) apresentados.

Torna-se assim inevitável, o *tradeoff* entre a objectividade dos resultados e a eventual consideração de todos os atributos, que foram mencionados pelos respondentes no estudo exploratório inicial.

Tendo por base o referido estudo exploratório, recordemos os quatro atributos que formam referidos como os mais importantes na escolha de um medicamento a prescrever pelo médico e que nos permitirão ir de encontro aos nossos objectivos:

- Eficácia (68 pontos em 250 possíveis);
- Preço (49/250);
- Indicadores Contratualizados (31/250);
- Marca Institucional (24/250).

Atentemos que, estes quatro atributos no seu conjunto atingem 68,8% (172/250) do total de pontos atribuídos, o que se traduz numa aceitável margem de segurança na utilização dos mesmos, como representação da real importância que lhes é conferida pelos médicos no seu quotidiano profissional.

Apenas os atributos Segurança/Tolerabilidade do medicamento, 23 pontos em 250 possíveis, e o Doente, 20 pontos em 250 possíveis, se aproximam em valor absoluto da representatividade obtida pela Marca Institucional (24/250), mas como já foi anteriormente referido, as limitações impostas pelo método estatístico utilizado obrigam-nos a manter o foco da nossa atenção em apenas quatro dos atributos referenciados.

Assim, foi primeiramente obedecendo à classificação dos atributos obtida pela utilização do **método de Borda**, que definimos os atributos a utilizar e não outros.

A **Eficácia** de um medicamento, está directamente relacionada com as propriedades farmacodinâmicas – o mecanismo de acção, e as propriedades farmacocinéticas – absorção e biodisponibilidade, da substância activa do medicamento administrado, como podemos

observar no RCM – Resumo das Características do Medicamento, de qualquer produto farmacêutico.

A credibilidade de qualquer produto farmacêutico, será tanto maior quanto maior for a sua eficácia, que deverá numa fase mais precoce do ciclo de vida do produto ser comprovada através da apresentação dos resultados de ensaios clínicos ao médico prescritor, de forma a que o mesmo se sinta sensibilizado a experimentá-lo.

O **Preço**, numa altura em que existem cada vez mais constrangimentos em relação aos custos com medicamentos, como já tivemos oportunidade de constatar no capítulo dedicado à revisão bibliográfica, teria quase que obrigatoriamente constar do rol de atributos referenciados pelos médicos, tantas serão as vezes com que os mesmos terão que se debater com esta preocupação na sua actividade diária.

Hellerstein (1997) avalia as preferências dos médicos comparando produtos de marca versus produtos genéricos e conclui que os médicos prescrevem mais genéricos aos doentes que pertençam a algum subsistema de saúde, sendo o preço mais baixo do produto genérico o factor determinante para que tal suceda.

O preço do medicamento em Portugal, é alvo de um processo algo complexo, sendo o seu valor determinado pela Direcção Geral da Empresa (DGE) e regulamentado pelo INFARMED no que à comparticipação a atribuir pelo Estado diz respeito.

O artigo 6º, do Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de Março, no seu n.º 1, define que o Preço de Venda ao Público (PVP), a introduzir pela primeira vez no mercado nacional não pode exceder a média que resultar da comparação com preços em vigor para o mesmo medicamento nos mercados de referência, sem taxas nem impostos, acrescido das margens de comercialização e das taxas e impostos vigentes em Portugal.

No caso deste trabalho, iremos definir três níveis para o atributo Preço (90; 60; 30) com o objectivo de marcar claramente a diferença entre cada um dos níveis. Desta forma pretende-se que o médico respondente tenha a clara percepção da importância do Preço enquanto determinante do medicamento a escolher.

Os **Indicadores Contratualizados** são, como o tema desta investigação anuncia, o atributo sobre o qual se estrutura este trabalho, uma vez que é através do seu cumprimento que os médicos verão o seu desempenho mais ou menos valorizado, com todas as consequências daí decorrentes para o reconhecimento financeiro correspondente e a eventual progressão de carreira.

Pretende-se no âmbito deste trabalho, que o médico respondente no caso de ter sempre presente o cumprimento dos objectivos dos indicadores (métricas) contratualizados, quando define o medicamento a prescrever a um utente, opte pelo valor **100%**, que representa assim a preocupação em atingir integralmente o objectivo que lhe é proposto.

No caso de o médico não basear a sua escolha em relação ao medicamento a utilizar na sua prática clínica, no cumprimento dos objectivos dos indicadores (métricas) contratualizados, mas não deixar de os integrar no seu processo de decisão, deve escolher o valor **50%**.

O médico poderá ser ainda justificar o não cumprimento integral dos indicadores contratualizados, utilizando como justificação técnica para tal situação, uma das que a seguir se apresentam, conforme consta do documento das “Normas relativas à dispensa de medicamentos”, do Infarmed, adaptação à Portaria n.º 24/2014, de 31 de Janeiro:

- Medicamentos com margem ou índice terapêutico estreito;

Na receita tem que constar a menção “Excepção a) do n.º 3 do artigo. 6.º”.

- Reacção adversa prévia;

Na receita tem que constar a menção “Excepção b) do n.º 3 do artigo. 6.º - Reacção adversa prévia”.

- Continuidade de tratamento superior a 28 dias;

Na receita tem que constar a menção “Excepção c) do n.º 3 do artigo. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias”.

Por último, os médicos que não ligam de todo ao cumprimento dos objectivos dos indicadores (métricas) contratualizados, devem optar pelo valor **0%**.

A escolha dos indicadores a contratualizar deve ter em conta a prevalência dos problemas, a sua importância (gravidade), o impacto nos custos (eficiência), na saúde, qualidade de vida e satisfação dos cidadãos.

Estes Indicadores Contratualizados, serão ainda para muitos profissionais de saúde e especialmente para a classe que é objecto de estudo na nossa investigação, um problema a contornar, mais do que uma verdadeira ferramenta de gestão que tem como principal missão definir objectivos de excelência, os meios para os atingir e corrigir eventuais desvios em relação às metas definidas.

A prática de cuidados de saúde primários, centrada em Indicadores acontece quando se tem uma preocupação predominante com as áreas avaliadas pelos Indicadores (i.e. mais restrita e mais afunilada, em vez da globalidade, característica dos cuidados de saúde primários); e quando se está mais preocupado em atingir metas elevadas, focalizando-se em tarefas que requerem elevadas taxas de esforço.

A preocupação passará a ser com áreas clínicas relacionadas com os indicadores (mais do que com as pessoas), correndo-se o risco de se ser menos cuidadoso no seguimento de outros programas de saúde.

Um aspecto muito importante é o valor dos objectivos. É de esperar que objectivos muito elevados, condicionem demasiado a concentração de esforços (focalização) na actividade clínica sob monitorização, para que a equipa consiga resultados e incentivos financeiros.

Este aspecto é tanto mais importante quanto maior a tendência, visível, para um crescimento anual dos objectivos negociados.

Em recente entrevista, de Março de 2014, o bastonário da ordem dos médicos, José Manuel Silva, considerou que a contratualização nos centros de saúde obriga os clínicos a “colocar o computador no centro das consultas”, prejudicando a assistência ao doente, e apelou às instituições para não pactuarem com esta “farsa”.

José Manuel Silva afirmou que os indicadores que são impostos aos profissionais nos centros de saúde são de tal forma “absurdos” que, em alguns casos, se traduzem em zero por cento de sucesso, quando isso não é verdade.

Para o bastonário, a contratualização devia ser parte de um diálogo, construtivo e com objectivos, mas está a ser “imposta”.

“É uma farsa imposta por burocratas para justificarem a sua própria existência”, disse José Manuel Silva, alertando para as crescentes dificuldades dos médicos – com listas de 1.900 doentes – que são obrigados a preencher cada vez mais itens no computador e, por isso, a não terem tempo para observarem os doentes.

O bastonário criticou ainda o facto desta contratualização ser igual para todos os centros de saúde, ignorando as características das unidades e da população que servem.

“É uma espécie de camisa de tamanho único que se quer vestir em todos os centros de saúde”, sublinhou.

José Manuel Silva questionou ainda os ganhos em saúde que resultam destes indicadores, mas afirma não ter dúvidas de que a relação médico-doente sai prejudicada.

Isto porque, avançou, o número de doentes que têm de seguir e os parâmetros que têm de preencher leva a que as consultas não durem mais de 15 minutos, muitos dos quais sem a devida observação do doente.

Situação agravada por um sistema informático, que “bloqueia muitas vezes”, avançou.

José Manuel Silva lembrou que, para praticarem medicina, não precisam de contratualização, principalmente se esta tiver por base indicadores “absurdos”, bastando-lhes a sua “obrigação deontológica de praticarem medicina com respeito pelos doentes e cumprindo as *leges artis*” (boa prática médica).

O bastonário apelou, assim, a que os médicos dos cuidados de saúde primários não assinem esta contratualização, mostrando disponibilidade do organismo a que preside para uma negociação sobre a matéria.

Não cumprindo ao autor deste trabalho emitir juízos de valor sobre a opinião de alguém com grande mediatismo no universo médico, deve no entanto daqui retirar-se a pertinência de que

o tema desta investigação se reveste, considerando toda a celeuma que vem causando entre os seus apoiantes e os seus detractores.

São ou não, as métricas de avaliação, um factor determinante na prática clínica quotidiana dos cuidados de saúde primários, mais especificamente no acto médico de prescrição?

A **Marca Institucional**, na área da saúde deve ser entendida como o garante da qualidade do medicamento a utilizar pelo médico, tanto numa situação de continuidade como numa situação de experimentação inicial. Como recomendam Moss e Schuiling (2004), é fundamental criar nomes de marcas que estejam relacionados com marcas corporativas e não exclusivamente com produtos – existe a necessidade de criar marcas corporativas fortes com uma clara identidade de marca, porque tanto médicos como pacientes procuram a garantia de qualidade e segurança que a marca corporativa pode proporcionar.

Marcas poderosas geram igualmente confiança - um factor crítico de sucesso para os produtos farmacêuticos que têm impacto na saúde humana.

Como defendem Janakiraman e Outros, no seu trabalho de 2008, é importante notar que existe uma tendência marcada para o médico prescrever a mesma substância a diferentes pacientes, simplesmente porque foi a substância anteriormente prescrita.

Ora, se existe confiança num produto de uma determinada empresa, logicamente que a tendência será a de generalizar essa confiança a todas as marcas dessa empresa, diminuindo a vontade de mudar.

Para estabelecermos um padrão diferenciado de escolha, nos cartões apresentados aos médicos respondentes, seleccionámos três marcas institucionais de laboratórios com actividade comercial em Portugal, há pelo menos dois anos.

A definição das marcas institucionais a constar dos cartões utilizados, teve como principal critério o **ranking por volume de vendas em euros**, registado em Março de 2014, conforme o quadro seguinte.

Figura 10 - Ranking das Empresas da Indústria Farmacêutica por Volume Vendas em Euros (Março 2014)

	Rank	Rank	Rank	Mth1
				vs.
	Mat1	Ytd1	Mth1	Mth2
Market Total				
MERCK SHARP DOH/SP	1	1	1	0
NOVARTIS FARMA	2	2	2	0
BIAL	3	3	3	0
PFIZER	4	4	5	-1
ASTRAZENECA	5	5	4	1
SERVIER	6	8	7	0
BAYER PORTUGAL	7	6	6	0
SANOFI	8	9	9	0
BOEHRINGER INGELH	9	7	8	0
RATIOPHARM	10	10	10	0
GENERIS	11	12	12	0
GLAXOSMITHKLINE	12	11	11	0
A.MENARINI PORT.	13	13	13	0
MEDINFAR	14	14	14	0
MERCK	15	15	16	-1
LILLY PORTUGAL	16	16	15	1
JABA RECORDATI	17	18	18	-1
JANSSEN/CILAG FAR.	18	17	17	2
VITORIA	19	20	20	0
SANDOZ	20	19	19	-1
MYLAN	21	24	27	-4
ROTTAPHARM MADAUS	22	22	21	0
ABBOTT	23	23	26	-2
TOLIFE	24	21	22	0
TECNIFAR I.T.FARM.	25	27	25	0
JOHNSON & JOHNSON	26	25	23	3
NOVO NORDISK C.P.F	27	26	24	3
ANGELINI FARMACEUT	28	30	29	1
FARMOZ	29	29	30	-1
ACTAVIS	30	31	31	1
KRKA	31	28	28	0
MEDA PHARMA	32	36	34	1
BENE FARMACEUTICA	33	32	33	-2
TEVA PHARMA	34	33	32	1
ATRAL-CIPAN FARMA	35	34	36	0
PENTAFARMA	36	35	35	-1
ROCHE FARM.QUIMICA	37	39	39	-1
LUSOMEDICAMENTA	38	40	41	-1
BRISTOL-MYERS SQUI	39	38	37	2
DAIICHI SANKYO POR	40	41	40	2
LUNDBECK PORTUGAL	41	45	47	-1
GRUNENTHAL S.A	42	42	42	-1

Fonte: IMS Health (Março 2014)

Foram seleccionadas, de um ranking que nesta edição apresentava **153 empresas**, as seguintes:

- a empresa **Merck Sharp & Dhome**, líder do *ranking* acima apresentado, pelo facto de liderar o dito ranking, o que por si só demonstra a notoriedade detida junto da classe médica, mas também por ser uma empresa multinacional, com um grande investimento em investigação e desenvolvimento de novas moléculas, o que lhe permite comercializar **medicamentos inovadores** nas mais diversas áreas terapêuticas;
- a empresa **Tecnifar**, porque sendo uma empresa nacional, têm essencialmente apostado ao longo dos anos em **medicamentos licenciados** por outras empresas da indústria farmacêutica;
- a empresa eslovena **Krka**, porque é uma das maiores empresas de **medicamentos genéricos** em Portugal, tendo comercializado, em 2012, mais de 1 milhão e 200 mil embalagens. Esta empresa foi seleccionada, com se pode inferir pela sua apresentação, por orientar toda a sua estratégia para a comercialização de medicamentos genéricos. Desta forma, um médico que demonstre preferência pelos produtos desta empresa, estará seguramente a fazê-lo porque privilegia o uso de genéricos no tratamento dos utentes da sua consulta, com as inerentes consequências dessa escolha a reflectirem-se nas restantes variáveis em referência neste trabalho.

Ao escolhermos estas três empresas, pretende-se que fiquem representadas as estratégias de mercado mais comumente adoptadas pelas empresas da indústria farmacêutica, no mercado de medicamentos sujeitos a prescrição médica obrigatória.

3.7 A recolha de informação junto da população-alvo

O processo de recolha de informação junto da população-alvo, com o intuito de construir o modelo de análise estatística que suporta esta investigação, é uma das fases mais sensíveis da mesma e por isso das que reservou para si uma parte importante do trabalho desenvolvido.

3.7.1 A metodologia de recolha de informação e a estrutura do modelo utilizado

O processo de recolha de informação para a análise conjunta foi efectuada entre Dezembro de 2013 e Maio de 2014.

Para recolha de dados, foi utilizada a preciosa colaboração de alguns delegados de informação médica, que desenvolvem a sua actividade profissional detalhando a informação mais pertinente sobre os medicamentos das suas empresas junto dos médicos das unidades de saúde familiar.

Para esse efeito foram previamente informados sobre o modelo de entrevista a seguir durante o contacto individual com os prescritores, de forma a garantir uma convergência na recolha de dados a efectuar por todos os entrevistadores e a evitar que a atitude individual de cada um pudesse influenciar o tipo de respostas obtidas.

O processo de entrevista consistiu na apresentação por parte de cada delegado de informação médica, ao médico respondente de um conjunto de vinte cartões representando o perfil de um produto com base nos quatro atributos atrás referidos, cada um compreendendo três níveis diferentes.

Como já foi referido em fase anterior deste trabalho, as diferentes modalidades apresentadas para cada um dos quatro atributos procuraram estabelecer uma relação equilibrada entre si, próxima daquela existente no quotidiano do prescritor.

Quando estamos perante atributos como a eficácia (60%; 75% e 90%) e o preço (30; 60 e 90) os intervalos entre as três modalidades para serem representativos de uma mais-valia competitiva, devem ser obrigatoriamente mais alargados de forma a que justifique a utilização de um produto em detrimento de outro.

A definição do número de cartões a apresentar ao médico, resulta da aplicação da fórmula utilizada para cálculo do número de casos a considerar, conforme o ponto 2 do presente capítulo,

ou seja:

3 (níveis de preço) X 3 (níveis de importância dos indicadores contratualizados) X 3 (níveis de eficácia) X 3 (marcas institucionais)

Então, teríamos um total de 81 casos a apresentar aos médicos respondentes ao questionário, algo que seria impraticável devido à morosidade inerente a cada uma das entrevistas, bem como à objectividade da sua ordenação.

A utilização do já referido programa SPSS, permitiu-nos, através da criação de um plano ortogonal (ver anexo), reduzir os casos válidos a um total de 20, incluindo 4 *holdouts*.

Importa aqui referir, que mesmo tendo conseguido reduzir o número de cartões utilizados pelo processo anteriormente descrito, de 81 para 20, este tipo de entrevista teve uma duração média de 30 minutos, o que teve algum impacto na duração do período estabelecido para o trabalho de campo, uma vez que o mesmo se prolongou por quase seis meses.

Em seguida, o médico respondente deveria ordenar por ordem decrescente de importância os 20 cartões apresentados, dos quais faziam parte os 4 *holdouts*, considerando que cada um dos mesmos representaria o perfil de um produto farmacêutico a prescrever na patologia previamente diagnosticada (ver anexo 3).

Cada entrevistador, neste caso o delegado de informação médica, sem nunca interferir nas escolhas do respondente, encarregar-se-ia em seguida de anotar as preferências manifestadas, em formulário adequado para o efeito (ver anexo1), bem como de recolher junto do médico, o seu **nome** (facultativo, uma vez que os médicos foram identificados pelas iniciais do seu nome próprio e apelido apenas com o intuito de diferenciar as respostas no processo de recolha das mesmas), **idade**, e **Administração Regional de Saúde** a que pertence a unidade de saúde familiar onde exerce a sua actividade profissional.

3.8 A definição da população alvo: a Classe Médica

Em qualquer trabalho de investigação a definição adequada e atempada da população alvo da mesma, é essencial para um mais correcto planeamento da mesma. Como a denominação deste trabalho de investigação deixa antever, a classe médica, mais propriamente os médicos que exercem a sua actividade profissional em Unidades de Saúde Familiar (USF), é a população alvo de estudo.

Procuraremos neste ponto descrever de forma sumária, a população que servirá de base de sustentação a esta investigação.

Quem são, o que fazem e como articulam a sua actividade com os outros elementos constituintes das suas equipas na prossecução dos seus objectivos, são algumas das questões que procuraremos esclarecer nas linhas seguintes.

3.8.1 Motivações de uma escolha

A população alvo estudo desta investigação tem algumas particularidades, uma vez que é constituída por indivíduos que exercem o poder de escolha de um determinado medicamento a ser utilizado por uma terceira pessoa, o utente da unidade de saúde onde o médico exerce a sua actividade.

É a partir deste pressuposto, a escolha do medicamento a utilizar em cada situação após o diagnóstico da patologia que afecta o doente, que esta investigação assenta a sua estrutura. Neste caso, vamos em busca da possível existência, de um condicionamento que é exercido pela existência de indicadores de desempenho na actividade deste profissional de saúde, na escolha do medicamento a escolher, face ao possível leque de escolhas existente.

Os médicos que desenvolvem a sua actividade nas referidas USF, são a face mais visível da racionalização dos recursos humanos e financeiros existentes, pendendo sobre os mesmos, como já vimos no capítulo anterior, um conjunto de regras a cumprir no âmbito da sua actividade quotidiana, as já referenciadas métricas de avaliação, que terão um papel decisivo no conjunto de incentivos individuais a receber no final de cada ano de actividade.

Excluímos desta investigação o com junto de médicos que exercem a sua actividade em ambiente hospitalar, não por ser de menor importância o desempenho da sua função, mas porque, como podemos constatar no Contrato Programa para 2014 - Metodologia para definição de preços e fixação de objectivos da ACSS – Administração Central dos Cuidados de Saúde, “a prescrição de medicamentos em ambiente hospitalar e cedidos em farmácia de oficina representa cerca de 17% da despesa do SNS com medicamentos cedidos em farmácia de oficina.” Porém, “Até momento, ao contrário do verificado para os cuidados de saúde primários, **não existem mecanismos para uma monitorização e controlo da prescrição realizada em ambiente hospitalar**”, pelo que, para 2014, mantem-se o mecanismo de incentivos aos hospitais, ou seja:

- Penalização se variação acima da variação média nacional (20% do crescimento absoluto face a 2013);
- Incentivos se variação abaixo da média nacional (20% da redução absoluta face a 2013).

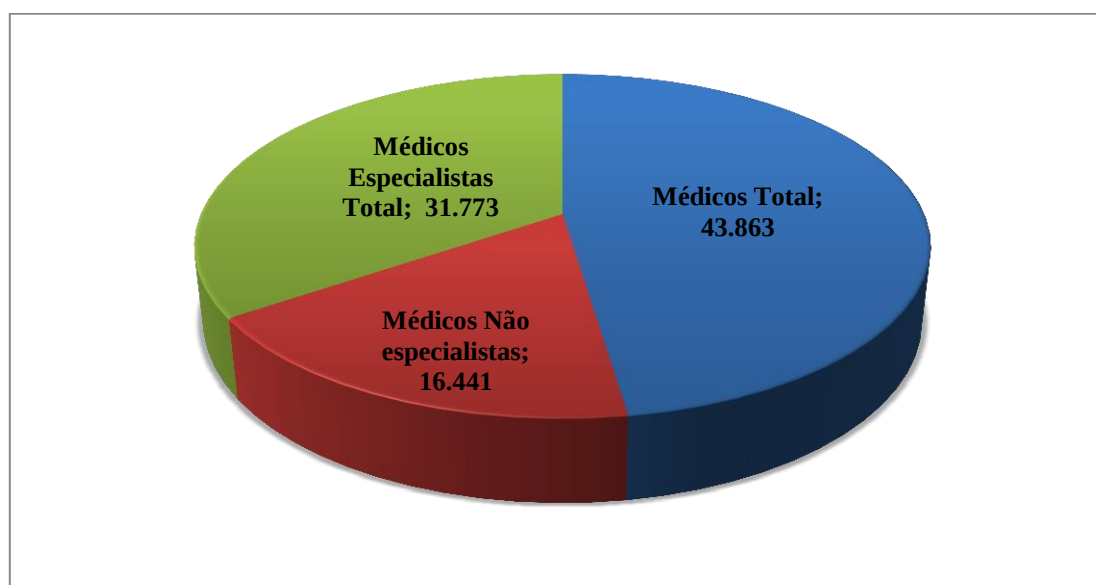
Justifica-se assim a opção pela parte da população que exerce a sua actividade em USF, uma vez que mais do que sobre os médicos que exercem a sua actividade em ambiente hospitalar, é sobre estes que irá ser feito o escrutínio da sua actividade individual e como parte integrante de uma equipa pluridisciplinar com objectivos a cumprir n um espaço temporal determinado.

Não são igualmente foco de atenção deste trabalho, os médicos que exercem a sua actividade no sector privado da saúde, uma vez que os mesmos terão métricas de avaliação próprias das entidades onde exerçam a sua actividade ou estas poderão estar única e exclusivamente dependentes do volume de consultas registado, caso estejamos a falar consultórios particulares, de mais reduzida dimensão.

3.8.2 Caracterização da classe médica alvo de estudo

Tal como podemos observar no gráfico seguinte, existem em Portugal um total de **43 863** médicos, sendo que destes **31773** são médicos especialistas e os restantes **16441** não têm especialidade atribuída, grupo este onde se integram os clínicos gerais que não possuem a especialidade de medicina geral e familiar.

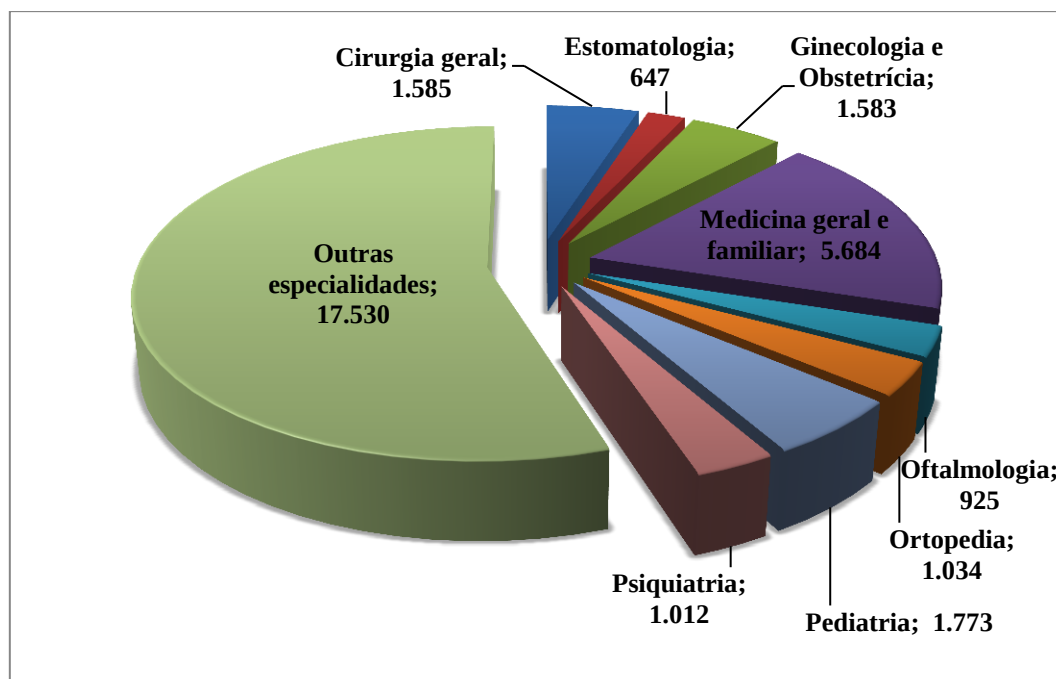
Figura 11 - A classe médica por especialistas e não especialistas (Ano de 2012)



Fonte: PORDATA

Nas unidades de saúde familiar, desenvolvem a sua actividade profissional os médicos sem especialidade definida, os denominados médicos de clínica geral como já anteriormente referimos e os médicos cuja especialidade é medicina geral e familiar, que se estimava serem quase 5700 em 2012, sendo claramente a especialidade mais numerosa, conforme podemos constatar no gráfico seguinte:

Figura 12 - Distribuição da Classe Médica por Especialidade (Ano de 2012)



Fonte: PORDATA

Um fenómeno já previsto começa a manifestar-se: trata-se da perda de recursos humanos médicos resultante da variação acentuada em termos de médicos formados entre as décadas de 1970 e 2000.

Prevê-se que, entre 2008 e 2020 cerca de 56% dos médicos de família deixem a sua actividade profissional (Santana e Vaz, 2009).

Agravando a situação, a especialidade de medicina geral e familiar, que veio conferir especialidade aos anteriormente denominados clínicos gerais, continua a ser pouco atractiva para os estudantes de medicina, mantendo-se um marcado viés de escolha para especialidades hospitalares (Biscaia e col., 2008) o que deverá resultar numa perda de cerca de 3% do número de médicos de família até 2020 (Santana e Vaz, 2009).

Estas perdas resultarão inevitavelmente em menor cobertura da população e no consequente recurso desta ao nível secundário de cuidados, com evidentes reduções de eficiência e aumento de custos.

A classe médica alvo de estudo neste trabalho, é, como já foi referido anteriormente, constituída por médicos que exercem a sua actividade profissional nas denominadas Unidades de Saúde Familiar (USF).

As Unidades de Saúde Familiar (USF) são pequenas unidades operativas dos Centros de Saúde com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços, conforme descrição presente no sítio da USF – AN – Unidades de Saúde Familiar Associação Nacional.

Nem todas as USF estarão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A e B) é resultante do grau de autonomia organizacional e da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais.

Em Portugal existem, segundo dados de 2012 do Instituto Nacional de Estatística – INE, 16 441 médicos não especialistas, sendo que destes 15922 exercerão a sua actividade em Portugal continental.

Tabela 7 - Médicas/os não especialistas por Local de residência

Local de residência (NUTS - 2001)		Médicas/os não especialistas (N.º) por Local de residência (NUTS - 2001); Anual	
		Período de referência dos dados	
		2012	
		N.º Médicos	
Portugal	PT	16441	
Continente	1	15922	
Região Autónoma dos Açores	2	255	
Região Autónoma da Madeira	3	264	

Fonte: INE (Última actualização destes dados: 05 de Novembro de 2013)

Serão estes médicos não especialistas que para o efeito serão considerados a população de estudo neste trabalho, por serem os que constituirão na sua essência, os quadros a exercer a sua actividade em USF, os anteriormente denominados médicos de clínica geral, hoje especialistas de medicina geral e familiar.

Existem neste momento em actividade cerca de **trezentas e cinquenta unidades de saúde familiar**, distribuídas pelo país, de norte a sul, calculando-se que neste momento quase **cinco milhões de cidadãos** estejam abrangidos por estas unidades funcionais.

Face à importância que estas estruturas têm na obtenção dos resultados desejados, na óptica de optimização de recursos, existem mais cerca de quatrocentos pedidos de acreditação aceites para implementação de novas unidades de saúde familiar.

De acordo com as características geodemográficas, a população inscrita em cada USF não deve ser inferior a 4000 nem superior a 18 000 utentes, e visando satisfazer as necessidades da população abrangida pela USF, poderá variar a dimensão da lista de utentes (que corresponde a uma média de 1550 utentes por médico, de acordo com o disposto no n.º 3 do artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto) e o número de elementos que integram a equipa multiprofissional.

O número de médicos por mil habitantes em Portugal aumentou de 3,2 para 4,2 entre 2002 e 2012.

O rácio estabelecido como meta global para o sistema de saúde em 2010, no Plano Nacional de Saúde, era de 6 médicos de medicina familiar por 10.000 habitantes.

Capítulo IV

Análise dos Resultados

4. A população em estudo

4.1 Caracterização da amostra da população

Durante o trabalho de campo desta investigação, foi seleccionada e posteriormente estudada uma amostra de 117 médicos com especialidade em medicina geral e familiar, exercendo a sua actividade em unidades de saúde familiar, que se disponibilizaram a participar de forma altruísta e em respeito ao fundamento puramente académico deste trabalho.

É usual que a amostra populacional nos estudos com vertente comercial, usando a análise conjunta, varie entre 100 e 1000, Cattin e Wittink (1982), admitindo-se ainda amostras com tamanho inferior a 100 indivíduos em alguns casos, Akaah e Korgaonkar (1988).

A nossa amostra é de **117 médicos respondentes**, sendo que a maioria, 55 médicos, exerce a sua actividade profissional na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, representando um total de 47% dos médicos respondentes.

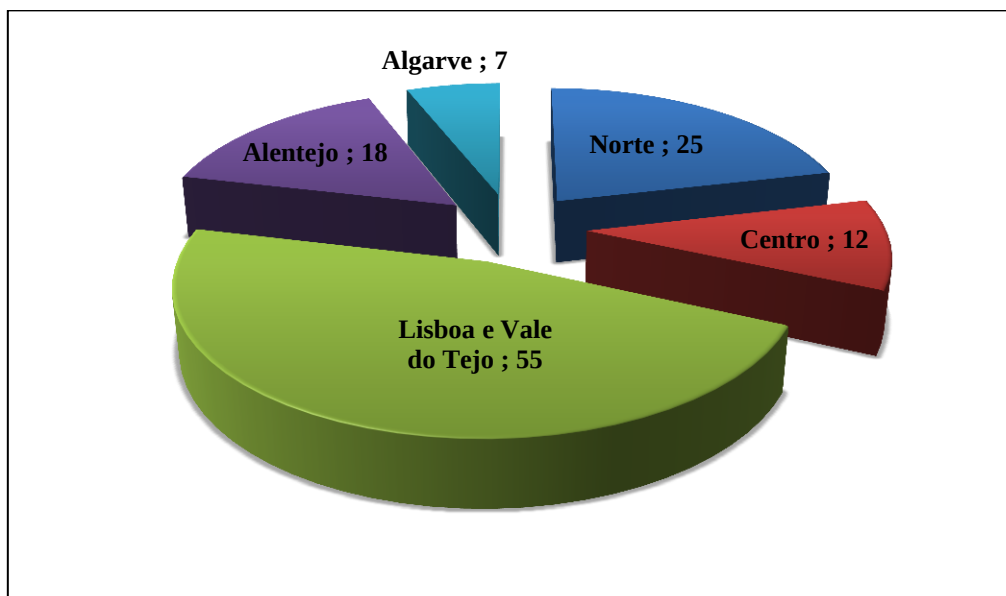
A Administração Regional de Saúde do Norte, é a segunda mais representada, com 25 médicos, 22% do total.

Da Administração Regional de Saúde do Alentejo encontramos 18 médicos, 15% do total.

12 Médicos da Administração Regional de Saúde do Centro, representam cerca de 10% do total.

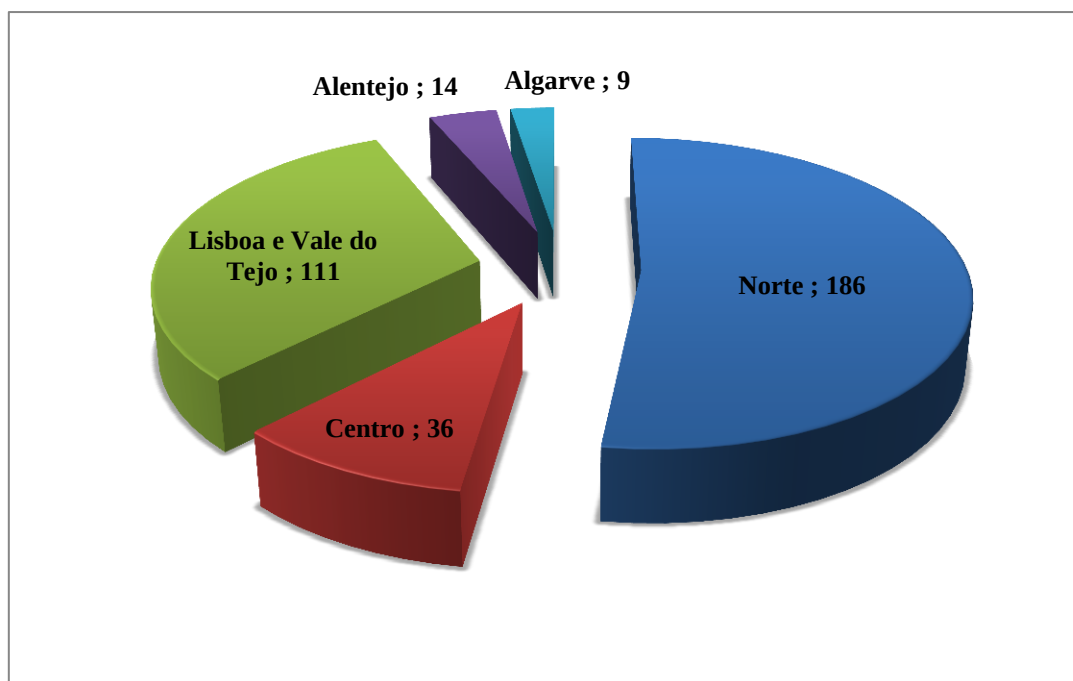
A Administração Regional de Saúde do Algarve é a menos representada com 7 médicos, representando cerca de 6% do total.

Figura 13 - Distribuição dos médicos respondentes ao trabalho de campo por ARS



Considerando que a distribuição das 356 unidades de saúde familiar, por Administração Regional de Saúde em Janeiro de 2013, era a seguinte:

Figura 14 - Distribuição das USF por ARS (Ano de 2013)



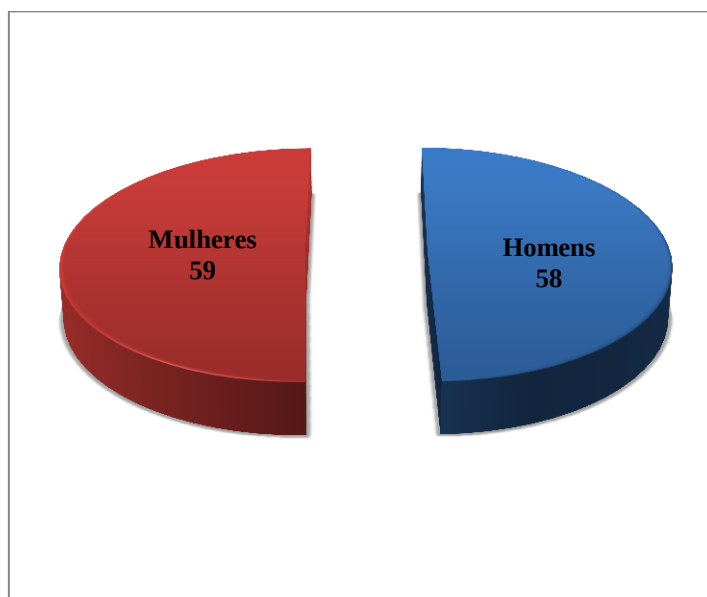
Fonte: <http://www.usf-an.pt/>

Verificamos que não foi conseguida uma representatividade tão alargada dos médicos respondentes pertencentes à Administração Regional de Saúde do Norte, como a sua preponderância justificaria em função do número de unidades de saúde familiar aí existentes na realidade.

No entanto, o objectivo inicial desta investigação, atendendo à complexidade do tipo de entrevista a levar a efeito pelos entrevistadores, era essencialmente garantir que teríamos representadas todas as Administrações Regionais de Saúde do país, entre os médicos participantes.

Em relação ao género, verificou-se uma distribuição equilibrada entre os médicos respondentes, 59 mulheres e 58 homens, o que reflecte de alguma maneira a realidade que encontramos no universo da classe médica.

Figura 15 - Distribuição dos médicos respondentes por género



4.2 Avaliação dos resultados da análise conjunta

Nos procedimentos adoptados na análise dos dados, recorreu-se ao *software* de estatística IBM SPSS versão 20.0, estes incluíram:

- a) Cálculo de medidas de tendência central e dispersão (médias, variâncias e desvios padrões);
- b) Análise de distribuição de frequências
- c) Análise conjunta de factores (*conjoint analysis*) entre outros.

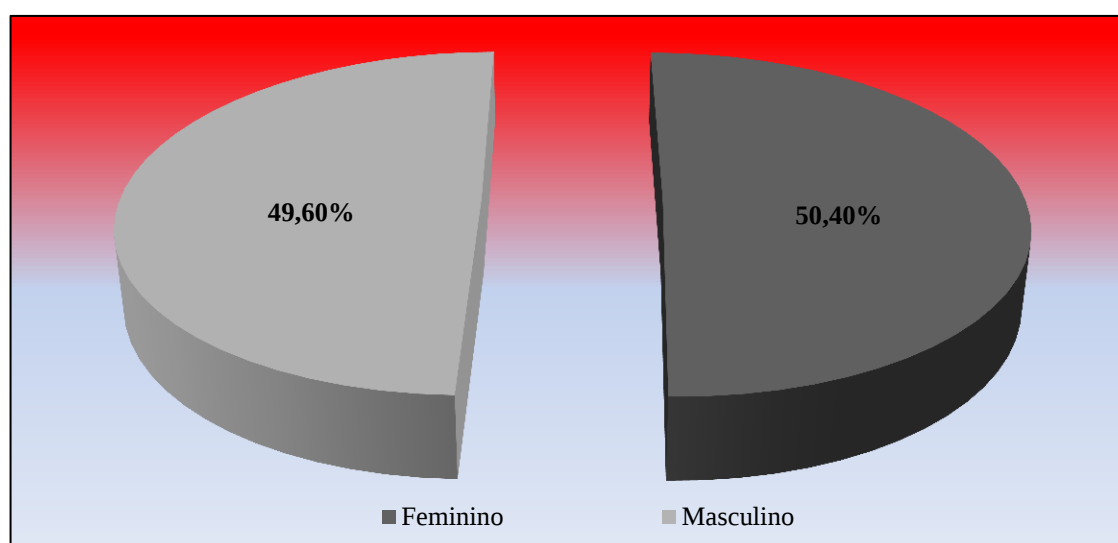
4.2.1 Caracterização dos médicos respondentes

A amostra da população utilizada neste estudo foi constituída por 117 clínicos, dos quais 50,4% (n=59) eram do género feminino e 49,6% (n=58) eram do género masculino (Tabela 8) (Gráfico 1).

Tabela 8- Distribuição da amostra por género

Género	Frequência	Percentagem
Feminino	59	50,4
Masculino	58	49,6
Total	117	100,0

Gráfico 1 - Distribuição percentual da amostra por género

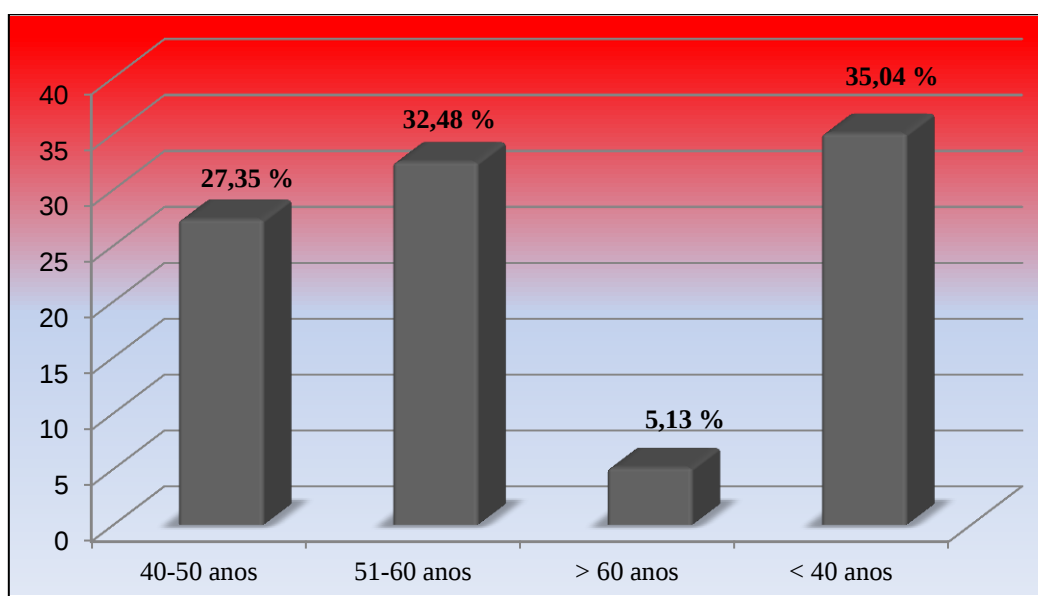


Relativamente à idade dos inquiridos, existiu um predomínio de sujeitos no grupo etário com idade inferior a 40 anos (35%; n=41), enquanto o grupo etário acima dos 60 anos foi o menos representado (5%; n=6) (Tabela 9) (Gráfico 2).

Tabela 9- Distribuição da amostra segundo o grupo etário

Grupo Etário	Frequência	Percentagem
40-50 anos	32	27,4
51-60 anos	38	32,5
> 60 anos	6	5,1
< 40 anos	41	35,0
Total	117	100,0

Gráfico 2 - Distribuição percentual da amostra segundo o grupo etário

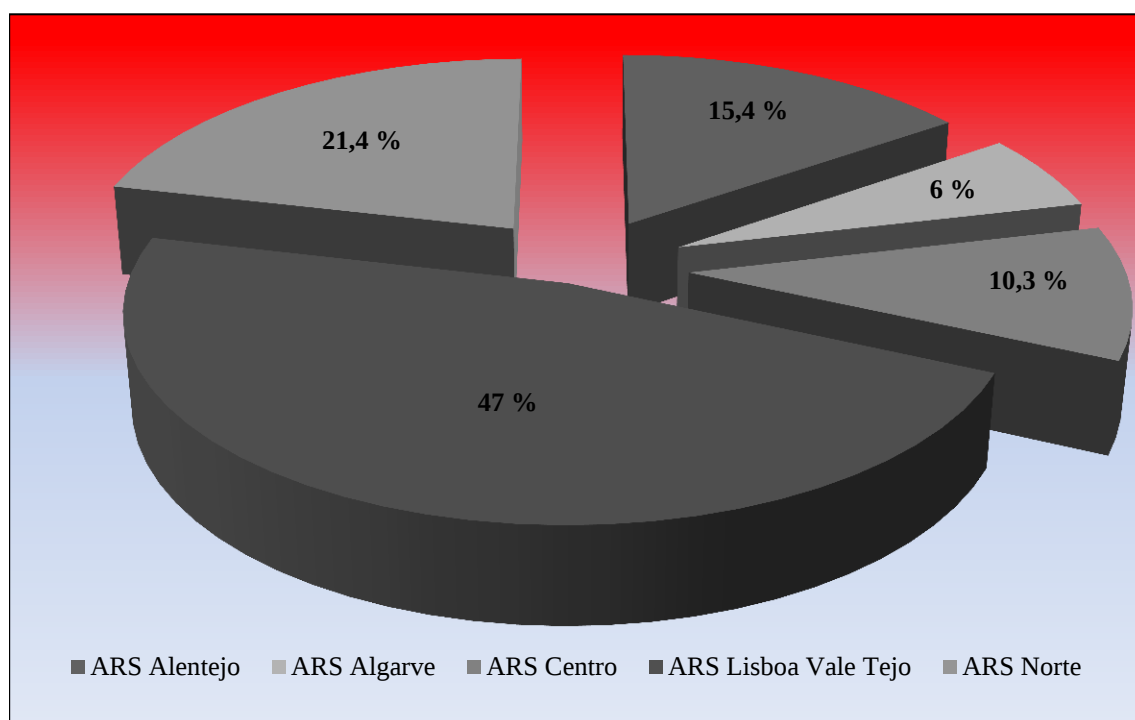


Os clínicos inquiridos, localizavam-se maioritariamente na região ARS Lisboa Vale Tejo (n=55; 47%), seguida pela região ARS Norte (n=25; 21,4%); a região ARS Alentejo (n=18; 15,4%); a região ARS Centro (n=12; 10,3%) e a região ARS Algarve (n= 7; 6%) (Tabela 10) (Gráfico 3).

Tabela 10- Distribuição da amostra segundo regiões ARS

Região	Frequência	Percentagem
ARS Alentejo	18	15,4
ARS Algarve	7	6,0
ARS Centro	12	10,3
ARS Lisboa Vale Tejo	55	47,0
ARS Norte	25	21,4
Total	117	100,0

Gráfico 3 - Distribuição dos clínicos por ARS



4.2.2 Avaliação da Normalidade das variáveis em estudo

A utilização do teste de Kolmogorov-Smirnov, o mais adequado para avaliação da normalidade da distribuição da variável em estudo, considerando uma amostra com mais de 50 observações como é o caso (Maroco, 2003), para decisão se às variáveis em estudo seguem

uma distribuição normal, permite-nos admitir, com uma probabilidade de erro de 5%, que a **distribuição das variáveis em estudo, é não normal.**

Tabela 11 - Teste Kolmogorov-Smirnov

	Kolmogorov-Smirnov		Shapiro-Wilk	
	Estatística	P-value	Estatística	P-value
Gênero	0,343	0,000	0,636	0,000
Grupo Etário	0,225	0,000	0,837	0,000
Local	0,267	0,000	0,782	0,000
Preferência 1	0,291	0,000	0,700	0,000
Preferência 2	0,228	0,000	0,827	0,000
Preferência 3	0,269	0,000	0,887	0,000
Preferência 4	0,164	0,000	0,907	0,000
Preferência 5	0,137	0,000	0,933	0,000
Preferência 6	0,148	0,000	0,929	0,000
Preferência 7	0,165	0,000	0,935	0,000
Preferência 8	0,172	0,000	0,916	0,000
Preferência 9	0,192	0,000	0,894	0,000
Preferência 10	0,200	0,000	0,884	0,000
Preferência 11	0,152	0,000	0,921	0,000
Preferência 12	0,184	0,000	0,907	0,000
Preferência 13	0,224	0,000	0,855	0,000
Preferência 14	0,184	0,000	0,898	0,000
Preferência 15	0,153	0,000	0,938	0,000
Preferência 16	0,245	0,000	0,914	0,000
Preferência 17	0,362	0,000	0,775	0,000
Preferência 18	0,340	0,000	0,658	0,000
Preferência 19	0,280	0,000	0,817	0,000
Preferência 20	0,378	0,000	0,715	0,000

4.2.3 Descrição do modelo da análise conjunta

Como já foi previamente descrito, o processo de entrevista consistiu na apresentação ao médico participante, por parte de cada entrevistador, de um conjunto de vinte cartões representando o perfil de um produto com base em quatro atributos (Eficácia; Indicadores de Desempenho; Preço e Marca Institucional), cada um compreendendo três níveis diferentes de valorização.

O recurso à *conjoint analysis* permitiu desenvolver um modelo de preferências dos clínicos baseados nesses quatro atributos, conforme podemos constatar na tabela a seguir apresentada (Tabela 12).

Após a análise dos resultados da *conjoint analysis*, devemos começar por salientar, que foi assumido *a priori* que a utilidade atribuída ao preço, varia na função inversa do crescimento dos valores atribuídos a cada um dos seus níveis de escolha, ou seja, quanto maior for o preço menor a sua utilidade.

Tabela 12- Descrição do modelo.

	Nº níveis	Relação entre as ordens (scores)
Preço	3	Linear (menos)
Indicadores de Desempenho	3	Linear (mais)
Eficácia	3	Linear (mais)
Marca	3	Discreta
Todos os factores são ortogonais		

O **desenho ortogonal** gerado por recurso à *conjoint analysis* (Tabela 13) consiste nas diferentes combinações possíveis dos níveis dos atributos em estudo e corresponde aos cartões que foram posteriormente apresentados aos clínicos para serem avaliados.

Deste modo, o cartão 1 representa um perfil de produto cujo preço é 90 euros; os indicadores de desempenho são cumpridos a 50%; a eficácia obtida é de 60% e a marca institucional é a Krka.

Os cartões 17 a 20, os chamados *holdout*, representam perfis de produtos a serem alvo de posterior avaliação mas que, como já anteriormente referimos, não são incluídos na estimativa da utilidade do modelo construído, servindo apenas para validar as estimativas calculadas.

Tabela 13- Desenho ortogonal

	Nº Cartão	Preço	Indicadores de Desempenho	Eficácia	Marca
1	1	90	50	60	Krka
2	2	90	100	90	Krka
3	3	90	50	75	MSD
4	4	30	100	75	Tecnifar
5	5	60	100	75	Krka
6	6	30	50	90	MSD
7	7	90	100	90	MSD
8	8	90	0	75	MSD
9	9	90	100	90	MSD
10	10	30	100	60	MSD
11	11	60	0	90	MSD
12	12	90	0	60	Tecnifar
13	13	60	50	90	Tecnifar
14	14	60	100	60	MSD
15	15	30	0	90	Krka
16	16	90	100	90	Tecnifar
17 ^a	17	60	100	90	MSD
18 ^a	18	60	100	60	Krka
19 ^a	19	90	50	60	MSD
20 ^a	20	90	0	90	MSD

^a. Holdout

4.2.4 A utilidade estimada para cada variável

A tabela 14 resume a utilidade das estimativas calculadas e o erro padrão de cada um dos níveis de cada atributo.

Como anteriormente referimos, ao assumir o pressuposto de que as elevadas utilidades estimadas indiciam elevados níveis de preferência, pode conjecturar-se, a existência de uma relação linear entre os indicadores de desempenho e a utilidade estimada ou entre a eficácia e a utilidade estimada.

Assim, a elevados níveis de indicadores de desempenho (Gráfico 6) ou de eficácia (Gráfico 7) associam-se maiores utilidades no modelo.

O atributo preço revelou uma relação inversa, que é expectável, com a utilidade estimada fazendo corresponder a preços mais baixos as utilidades estimadas mais elevadas (Gráfico 5).

Tabela 14- Utilidade estimada pelo modelo para os níveis de cada atributo.

		Utilidade Estimada	Erro
Marca	MSD	1,134	0,276
	Tecnifar	0,243	0,323
	Krka	-1,377	0,323
Preço	30 euros	-1,026	0,249
	60 euros	-2,051	0,499
	90 euros	-3,077	0,748
Indicadores	0%	0,000	0,000
	50%	2,206	0,249
	100%	4,412	0,499
Eficácia	60%	13,374	0,997
	75%	16,717	1,247
	90%	20,061	1,496
(Constante)		-9,786	1,474

A análise de frequências da primeira preferência assinalada pelos clínicos (Tabela 15), revela que os perfis de produtos preferidos são os representados pelos perfis do cartão 17 (*holdout*) e do cartão 6, o que não deixa de indiciar desde logo os vectores que orientam as suas escolhas, isto é, orientação para um perfil de produto: com um preço tão baixo quanto possível; que permita cumprir os indicadores de desempenho; com a mais elevada eficácia; pertencente a uma empresa de referência. Assim temos:

- Cartão 6 - preço 30 euros; indicadores de desempenho 50%; eficácia 90%; MSD
- Cartão 17- preço 60 euros; indicadores de desempenho 100%; eficácia 90%; MSD

Tabela 15- Frequência da 1ª preferência dos clínicos

Cartões	Frequência	Percentagem
2	1	0,9
4	4	3,4
6	49	41,9
7	6	5,1
10	4	3,4
15	2	1,7
16	1	0,9
17*	50	42,7
Total	117	100,0

*Holdout

As utilidades para cada nível de cada atributo foram calculadas utilizando as preferências dos clínicos (Tabela 16), sendo possível afirmar que a maior utilidade atribuída pelos clínicos (cartão 7) é por um produto com preço elevado, com indicadores de desempenho elevados, com eficácia elevada e da marca MSD.

Tabela 16- Valor das utilidades de cada perfil do modelo

Nº Cartão	Preço	Indicadores de Desempenho	Eficácia	Marca	Utilidade
1	90	50	60	Krka	1,34
2	90	100	90	Krka	10,233
3	90	50	75	MSD	7,194
4	30	100	75	Tecnifar	10,56
5	60	100	75	Krka	7,915
6	30	50	90	MSD	12,589
7	90	100	90	MSD	12,744
8	90	0	75	MSD	4,988
9	90	100	90	MSD	12,744
10	30	100	60	MSD	8,108
11	60	0	90	MSD	9,358
12	90	0	60	Tecnifar	0,754
13	60	50	90	Tecnifar	10,673
14	60	100	60	MSD	7,083
15	30	0	90	Krka	7,782
16	90	100	90	Tecnifar	11,853
17*	60	100	90	MSD	25,623
18*	60	100	60	Krka	4,572
19*	90	50	60	MSD	3,851
20*	90	0	90	MSD	8,332

Como podemos observar na análise do quadro geral de resultados para toda a amostra, perante as utilidades estimadas apresentadas, estaríamos na presença do produto ideal a prescrever se o mesmo pertencesse à MSD, custasse 30 Euros, permitisse cumprir os indicadores de desempenho a 100% e tivesse uma eficácia de 90%.

Como a opção referida não está disponível entre os perfis do modelo, a escolha dos médicos incidu sobre os perfis que mais se aproximavam da melhor opção em termos conceptuais.

Assim, foram mais vezes preferidos os perfis 17 e 7, ou seja, os que registam maior valor para a utilidade esperada.

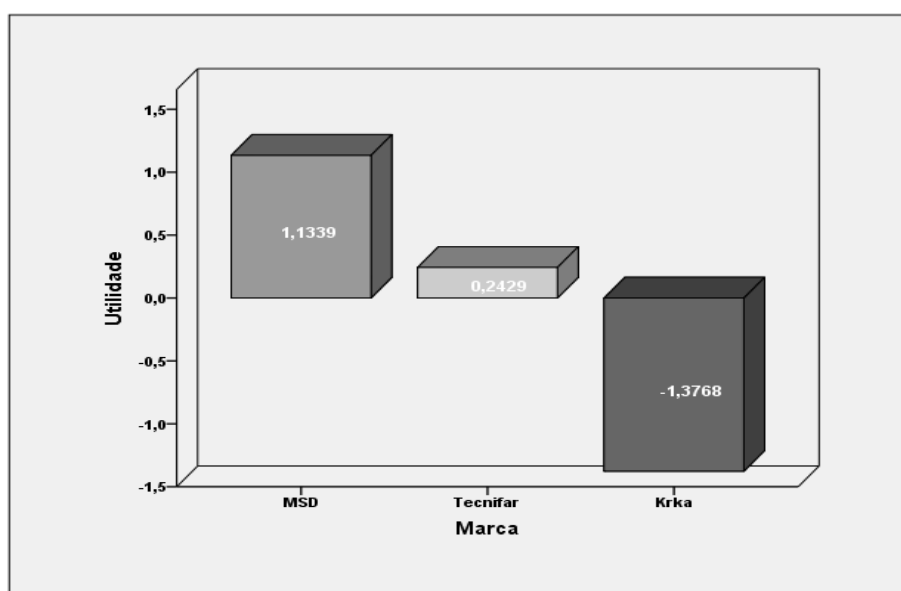
4.2.4.1 Utilidade da variável marca institucional

Em relação às **marcas institucionais** propostas, fica claro que uma marca associada a uma empresa multinacional com elevada notoriedade é preferida pela classe médica, em relação a marcas associadas a empresas com notoriedade mais reduzida.

Não sendo o estudo da marca um dos objectivos deste trabalho, convém realçar que as preferências agora observadas, vêm de encontro às observações registadas em trabalhos anteriores sobre o tema.

Implicitamente fica demonstrada uma preferência menos expressiva pela utilização de medicamentos genéricos, quando outros factores não são equacionados na escolha do mesmo, pelo facto de a Krka, uma empresa reconhecida pela comercialização exclusiva deste tipo de medicamentos, registar uma utilidade francamente mais reduzida que as outras marcas representadas.

Gráfico 4 - Utilidade no modelo de cada nível do atributo Marca

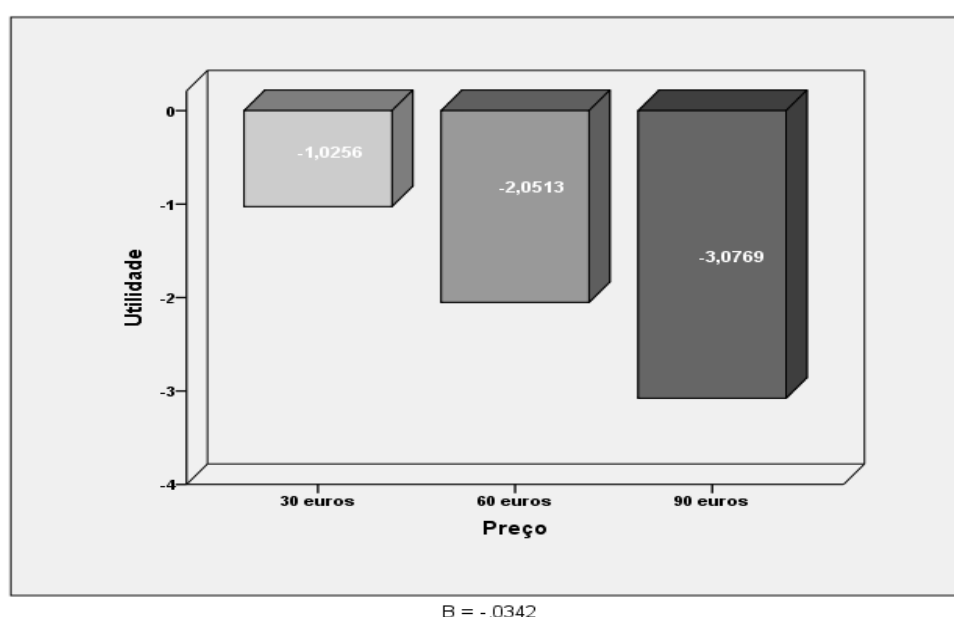


4.2.4.2 Utilidade da variável preço

O **preço**, outro dos atributos considerados na nossa investigação, vê a sua utilidade aumentar na razão inversa do seu crescimento. Há uma clara preferência, em situações em que os outros atributos se equiparem, por um produto farmacêutico com um preço mais reduzido.

Tal resultado é perfeitamente aceitável, tanto mais se considerarmos o ambiente de contracção económica em que este trabalho se desenrolou.

Gráfico 5 - Utilidade no modelo de cada nível do atributo Preço

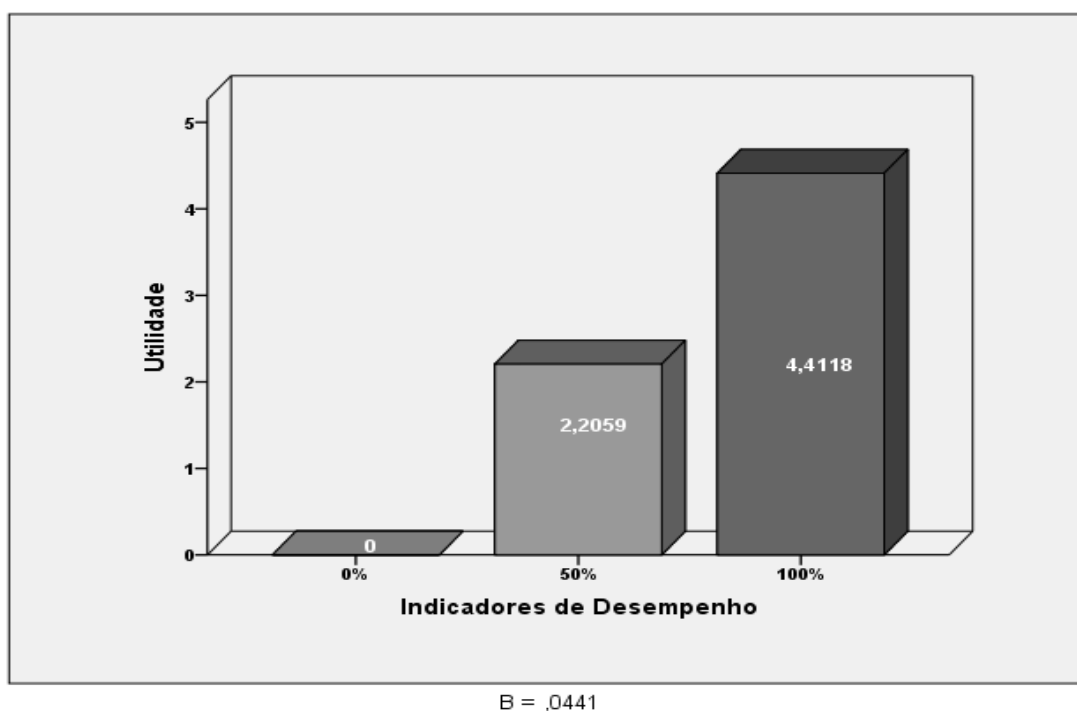


4.2.4.3 Utilidade da variável - indicadores de desempenho

Fica desta forma perfeitamente evidenciado que, o atingimento dos **indicadores de desempenho** instituídos, é para os médicos respondentes uma questão primordial, revelando preferência pelos medicamentos que lhes permitam atingir índices de cumprimento mínimos de 50% ou por aqueles medicamentos que lhes conferem um cumprimento integral dos objectivos estabelecidos pelos indicadores de desempenho, ou seja um atingimento de 100%.

Deve ser ainda realçado o facto de haver uma desvalorização completa da possibilidade de utilização de medicamentos que não respeitem o cumprimento dos indicadores de desempenho, como fica sublinhado pela utilidade nula atribuída a esse nível deste atributo.

Gráfico 6 - Utilidade no modelo de cada nível do atributo Indicadores de Desempenho

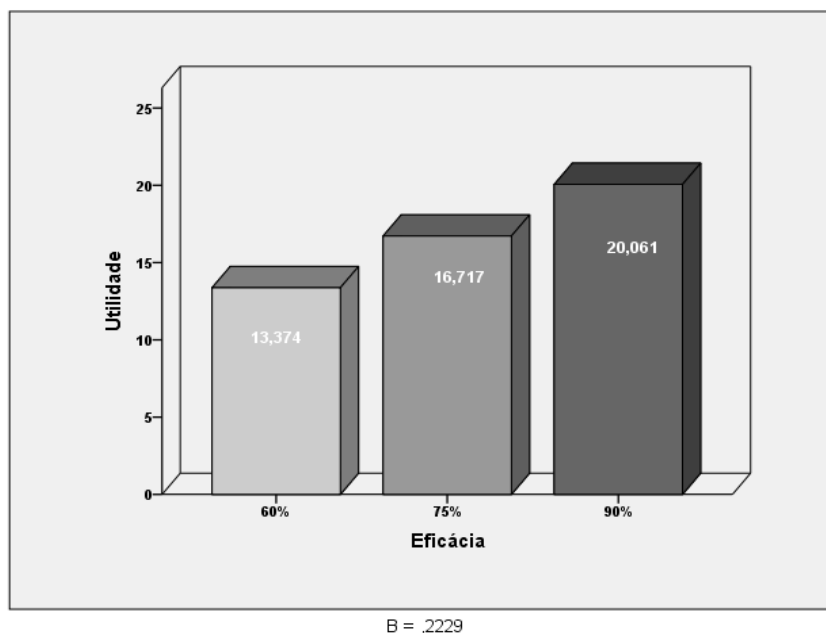


4.2.4.4 Utilidade da variável eficácia

Constatamos, como aliás tem sido normal em outros trabalhos de investigação precedentes, que a variável mais consensual enquanto factor influente no processo de tomada de decisão sobre a escolha o produto a prescrever pelo médico, continua a ser a sua **eficácia**, o que se poderá explicar pelo facto de o acto de prescrição encerrar em si mesmo uma manifestação de confiança entre as três partes envolvidas: médico, medicamento e paciente.

Assim, quanto maior for a garantia de eficácia percebida em relação a um medicamento, mais forte se tornará essa manifestação de reciprocidade.

Gráfico 7 - Utilidade no modelo de cada nível do atributo Eficácia



A validação dos **coeficientes de regressão linear** dos atributos operacionalizados durante a *conjoint analysis* como variáveis do tipo numéricas/lineares, confirmam a o resultado esperado para a relação linear entre o factor/atributo e a utilidade estimada (Tabela 17).

Tabela 17- Coeficientes de regressão linear dos atributos

	Coeficientes β
	Estimativa
Preço	-0,034
Indicadores de Desempenho	0,044
Eficácia	0,223

Podem reunir-se as utilidades estimadas de cada atributo para fornecer a utilidade total de qualquer combinação.

Deste modo a título de exemplo, a utilidade de um produto de marca MSD, custo 60 euros, eficácia 60% e 50% indicadores de desempenho é dado pela expressão:

Utilidade Total do Perfil:

[utilidade estimada (marca MSD) + utilidade estimada (preço 60) + utilidade estimada (eficácia 60) + utilidade estimada (indicadores de desempenho 50) + constante]

Ou seja,

$$(1.1339) + (-0.034)*60 + 0.223*60 + 0.044*50 + (-9,786) = 2.377$$

A Tabela 18 apresenta-nos a **importância relativa dos atributos** estudados no modelo. Os atributos com utilidades mais elevadas assumem naturalmente uma maior importância para o modelo em questão.

Em valores exactos, teremos para cada atributo a seguinte importância relativa, manifestada pela amostra da população estudada:

Tabela 18- Importância relativa dos atributos incluídos no modelo

Importância relativa	
Marca	16,093
Preço	14,964
Indicadores de Desempenho	28,715
Eficácia	40,227
Averaged Importance Score	

Estes valores resultam do quociente entre o somatório da importância atribuída por cada indivíduo a cada um dos atributos e o número de indivíduos integrantes da amostra.

Constatamos assim, que a amostra de médicos seleccionada para esta investigação, demonstra uma evidente preocupação com a eficácia dos medicamentos que utiliza nos seus doentes.

Este resultado valida a **hipótese1** definida para o estudo, isto é, a percepção dos médicos em relação à forma como hierarquizam os atributos do medicamento que prescrevem, tem correspondência na sua prática clínica quotidiana.

Relembremos que no segundo estudo exploratório realizado, havia sido evidenciado que na relação hierarquizada dos atributos mais valorizados na escolha de um medicamento, a eficácia era o atributo mais valorizado pelos clínicos participantes (27,2%).

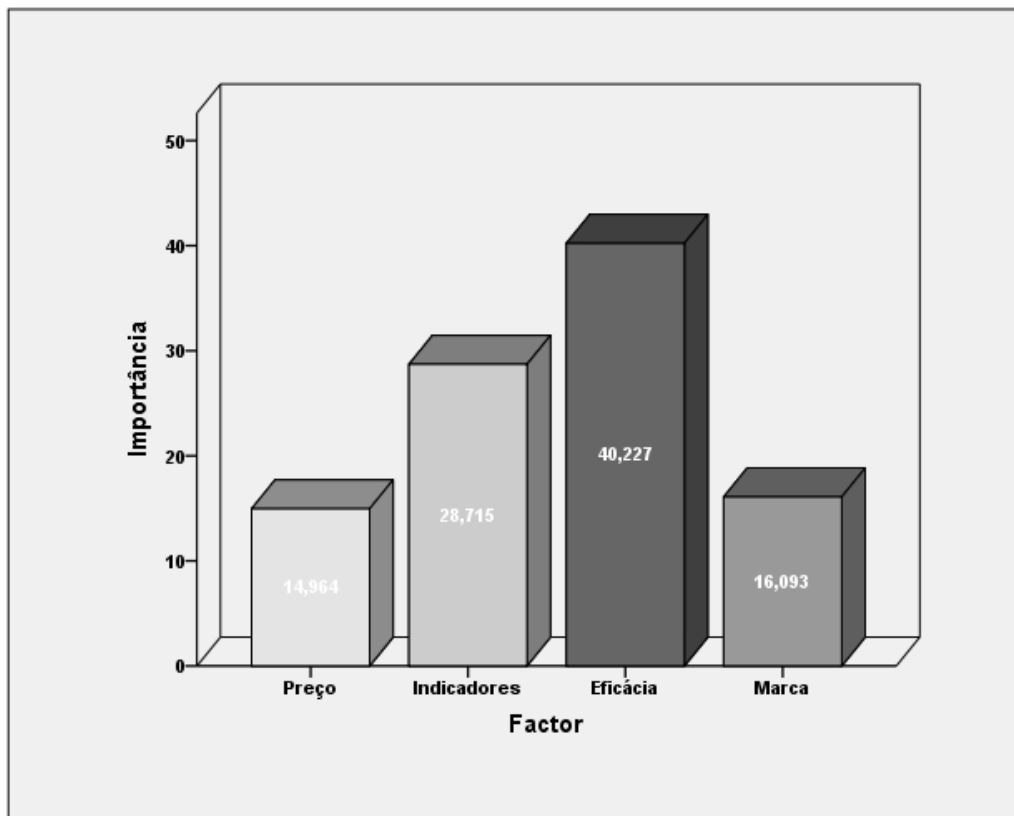
Simultaneamente, a importância atribuída ao cumprimento dos indicadores de desempenho como atributo determinante na sua prática clínica, com uma importância relativa quase igual à soma da importância relativa da marca e do preço (Gráfico 8), sublinha de forma evidente a forma como este atributo é ponderado na escolha de um medicamento para o utente das unidades de saúde familiar do sistema nacional de saúde. Mais, se atendermos especificamente à utilidade no modelo de cada nível do atributo indicadores de desempenho (Gráfico 6), verificamos que os médicos rejeitam totalmente a possibilidade de não enquadrar os seus hábitos de prescrição no cumprimento mínimo dos indicadores estabelecidos. Esta questão é evidenciada pelo facto de os médicos atribuírem uma utilidade de 0%, para um nível de desrespeito total pelos indicadores de desempenho na sua prática clínica.

Fica desta forma confirmada a **hipótese 2**, os médicos estão conscientes da necessidade de atingir os objectivos das métricas de avaliação propostas.

O aparecimento dos indicadores de desempenho, como atributo considerado na prescrição de um medicamento, constitui por si só, a constatação que os médicos alteram a sua prescrição em função do cumprimento dos mesmos, alterando a hierarquia tradicional dos atributos mais valorizados até então, pela introdução de uma variável até então não considerada para o efeito.

Evidencia-se assim a validação da **hipótese 3**, a necessidade de atingir os objectivos das métricas de avaliação propostos, altera efectivamente os hábitos de prescrição do médico, levando-o a adoptar práticas de prescrição que não teria sem este condicionamento. A utilização de tratamentos menos dispendiosos, com recurso a medicamentos genéricos, funciona como o aspecto mais evidente desta realidade.

Gráfico 8 - Importância relativa dos atributos do modelo



4.3 Validação do modelo da análise conjunta

A correlação entre as preferências estimadas e as preferências observadas dos diferentes perfis apresentados mostrou ser forte e significativa, *Pearson's* e *Kendall's Tau* tendo o mesmo comportamento também sido observado nos perfis *holdout* (*Kendall's Tau*).

Tais resultados revelam que os factores considerados, ajustam-se adequadamente ao modelo proposto.

Destaque-se aqui a importância dos quatro *holdouts* utilizados para validar os resultados, que permitiram confirmar a hierarquia de preferências manifestadas pelos médicos e registada no modelo.

Em relação ao ajustamento do modelo de análise considerado, podemos verificar que existe uma forte correlação entre os valores de utilidade previstos pelo modelo e as preferências dos médicos para cada perfil de produto (cartão), e que esta é estatisticamente significativa (Tabela 19).

Estamos assim, perante um **modelo apropriado** para explicar o comportamento de prescrição dos médicos.

Tabela 19- Descrição da correlação existente entre os atributos do modelo

	Valor	P-value
Pearson's R	0,984	0,000
Kendall's tau	0,941	0,000
Kendall's tau (Holdouts)	1,000	0,021
Correlations between observed and estimated preferences		

4.4 Os clínicos outliers

A adequação da análise utilizada permitiu identificar um número elevado de clínicos cuja preferência assinalada se opõe à preferência expectável (*reversals*).

No modelo identificam-se 52 clínicos que apresentaram um perfil “reversal”, isto é, manifestam preferência contrária à lógica comum existente.

Relativamente ao factor eficácia existem 3 clínicos que preferem produtos com menor eficácia;

Identificámos 30 clínicos preferem produtos com maior preço e 19 clínicos que preferem produtos que lhes conferem menores índices de cumprimento para os indicadores de desempenho (Anexo 5).

4.5 Caracterização dos segmentos encontrados: atributos sócio demográficos

Procuraremos em seguida identificar que atributos sócio demográficos podem influenciar as preferências dos médicos e de que forma o fazem.

4.5.1 Influência da sub-região da ARS nas preferências dos médicos

Para avaliação da possibilidade de a primeira preferência assinalada pelos clínicos depender da sub-região da ARS onde os clínicos exercem a sua actividade, utilizou-se o teste do qui-quadrado (χ^2) com simulação de Monte Carlo, considerando-se uma probabilidade de erro de 0,05.

A nível descritivo observou-se na sub-região ARS Lisboa e Vale Tejo, um maior número de clínicos que preferencialmente seleccionou o cartão 6 (26,5%) e o cartão 17 (16,2%) como primeira preferência.

Nas restantes sub-regiões observou-se o mesmo tipo de comportamento, com excepção da sub-região ARS Centro, na qual os clínicos preferencialmente seleccionaram o cartão 17 (Tabela 20).

No entanto, a estatística inferencial permite afirmar que a primeira preferência manifestada pelos clínicos é **independente da sub-região** onde exercem a sua actividade ($X^2=0,222$; $p=0,216$).

Tabela 20 - Teste Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo

1ª Preferência	Cartão	ARS Lisboa Vale Tejo n (%)	ARS Norte n (%)	ARS Alentejo n (%)	ARS Algarve n (%)	ARS Centro n (%)	Total n (%)	P-value
	4	1(0,9%)	1(0,9%)	2(1,7%)	0(0%)	0(0%)	4(3,4%)	0,202
	6	31(26,5%)	10(8,5%)	4(3,4%)	3(2,6%)	2(1,7%)	50(42,7%)	
	7	2(1,7%)	0(0%)	1(0,9%)	1(0,9%)	2(1,7%)	6(5,1%)	
	10	1(0,9%)	2(1,7%)	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)	4(3,4%)	
	15	1(0,9%)	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	0(0%)	2(1,7%)	
	16	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)	
	17	19(16,2%)	12(10,3%)	9(7,7%)	3(2,6%)	7(6%)	50(42,7%)	
	Total n (%)	55(47%)	25(21,4%)	18(15,4%)	7(6%)	12(10,3%)	117(100%)	
Teste Qui-Quadrado Simulação Monte Carlo								

4.5.2 Influência do género nas preferências dos médicos

Para se avaliar se a primeira preferência assinalada dependia do género dos clínicos utilizou-se o teste exacto de Fisher, considerou-se uma probabilidade de erro de 0,05. A nível descritivo observou-se que em ambos os géneros existiu predominantemente a escolha dos cartões 6 e 17 como 1ª preferência. No entanto, a estatística inferencial permitiu afirmar que a primeira preferência dos clínicos é **independente do género** ($X^2=0,290$; $p=0,920$) (Tabela 21).

Tabela 21 - Teste exacto de Fisher

	Cartão	Género		Total n (%)	p-value
		Masculino n (%)	Feminino n (%)		
1ª Preferência	4	1(0,9%)	3(2,6%)	4(3,4%)	0,920
	6	25(21,4%)	25(21,4%)	50(42,7%)	
	7	4(3,4%)	2(1,7%)	6(5,1%)	
	10	2(1,7%)	2(1,7%)	4(3,4%)	
	15	1(0,9%)	1(0,9%)	2(1,7%)	
	16	0(0%)	1(0,9%)	1(0,9%)	
	17	25(21,4%)	25(21,4%)	50(42,7%)	
Total n (%)		58(49,6%)	59(50,4%)	117(100%)	
Teste exacto de Fisher					

4.5.3 Influência da idade nas preferências dos médicos

Para se avaliar se a primeira preferência assinalada pelos clínicos dependia da sua idade utilizou-se o teste do qui-quadrado (χ^2) com simulação de Monte Carlo, considerou-se uma probabilidade de erro de 0,05. A nível descritivo observou-se que em quaisquer grupos etários os clínicos maioritariamente seleccionaram como primeira preferência o cartão 6 ou o cartão 17. A estatística inferencial permitiu afirmar que a primeira preferência dos clínicos é **independente da sua idade** ($X^2=0,222$; $p=0,215$) (Tabela 22).

Tabela 22 - Teste Qui-Quadrado com simulação de Monte Carlo

	Cartão	< 40 anos n(%)	40-50 anos n(%)	51-60 anos n(%)	> 60 anos n(%)	Total n (%)	p-value
1ª Preferência	4	2(1,7%)	0(0%)	2(1,7%)	0(0%)	4(3,4%)	0,215
	6	16(13,7%)	15(12,8%)	18(15,4%)	1(0,9%)	50(42,7%)	
	7	1(0,9%)	5(4,3%)	0(0%)	0(0%)	6(5,1%)	
	10	2(1,7%)	1(0,9%)	1(0,9%)	0(0%)	4(3,4%)	
	15	2(1,7%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(1,7%)	
	16	0(0%)	0(0%)	1(0,9%)	0(0%)	1(0,9%)	
	17	18(15,4%)	11(9,4%)	16(13,7%)	5(4,3%)	50(42,7%)	
	Total n (%)	41(35%)	32(27,4%)	38(32,5%)	6(5,1%)	117(100%)	
Teste Qui-Quadrado Simulação Monte Carlo							

4.5.4 Conclusão sobre a Influência dos atributos sócio demográficos nas preferências dos médicos

Após a análise destes três subcapítulos, fica demonstrado que atributos sócio demográficos, como o local (ARS) onde exercem a sua actividade, o género ou a sua idade, não influenciam as primeiras escolhas dos médicos respondentes, considerando os perfis de produtos apresentados.

Desta forma, rejeitamos a **hipótese 4**, considerando que não ficou demonstrado que a alteração dos hábitos de prescrição do médico é influenciada por atributos sócio demográficos.

4.6 Análise de *clusters*: Detecção de segmentos diferenciados

Após a análise dos resultados da análise conjunta em termos globais, importava agora tentar perceber se era possível agrupar médicos que de alguma forma manifestassem uma mesma preocupação especial com pelo menos um dos quatro atributos estudados.

Dada alguma heterogeneidade patenteada pelos indivíduos, admitimos ser possível agrupar os médicos em função da importância atribuída a cada um dos quatro atributos apresentados na investigação. Procurámos assim formar grupos que atribuíssem importância semelhante aos mesmos atributos.

A análise de *clusters* é uma técnica de estatística multivariada, a qual, sem definir previamente quaisquer critérios de agrupamento, permite a classificação de objectos relativamente homogêneos a partir das semelhanças evidenciadas por um conjunto de características seleccionadas para o efeito.

Na análise de *clusters* optou-se pela utilização do quadrado da distância euclidiana, uma vez que esta medida de semelhança favorece a contracção do espaço para objectos mais próximos e a dilatação do espaço para objectos mais afastados.

Recorreu-se à análise hierárquica de *clusters*, para agrupar os clínicos de acordo com as suas preferências, para o efeito utilizou-se o método agregativo da menor distância entre os grupos ***nearest neighbor***, a retenção do número de *clusters* teve em atenção a maior variância total explicada pelos *clusters*.

A análise prosseguiu com a execução do **método *k-means*** (não hierárquico).

Dos pressupostos anteriores obteve-se o **Dendograma** da figura 1, que sugere visualmente a existência de três *clusters* de clínicos, o que foi confirmado posteriormente com recurso ao método não hierárquico, assim distingue-se um *cluster* formado por 37 clínicos; um *cluster* formado por 48 clínicos e outro *cluster* formado por 32 clínicos (Tabela 23).

Tabela 23 - Clusters método K-mean

Nº clusters	R²	Nº clínicos
1	0	37
2	0,012	48
3	0,0302	32

A estatística Anova (Tabela 24) revelou que as variáveis que mais contribuíam para definir os *clusters* foram a primeira preferência, a segunda preferência e a décima sétima preferência apontadas pelos clínicos, ou seja, existe um número elevado de médicos cujo perfil de produto escolhido em primeiro lugar, em segundo lugar e em décimo sétimo lugar, são coincidente.

Tabela 24 - Centro dos clusters e estatística F para cada preferência

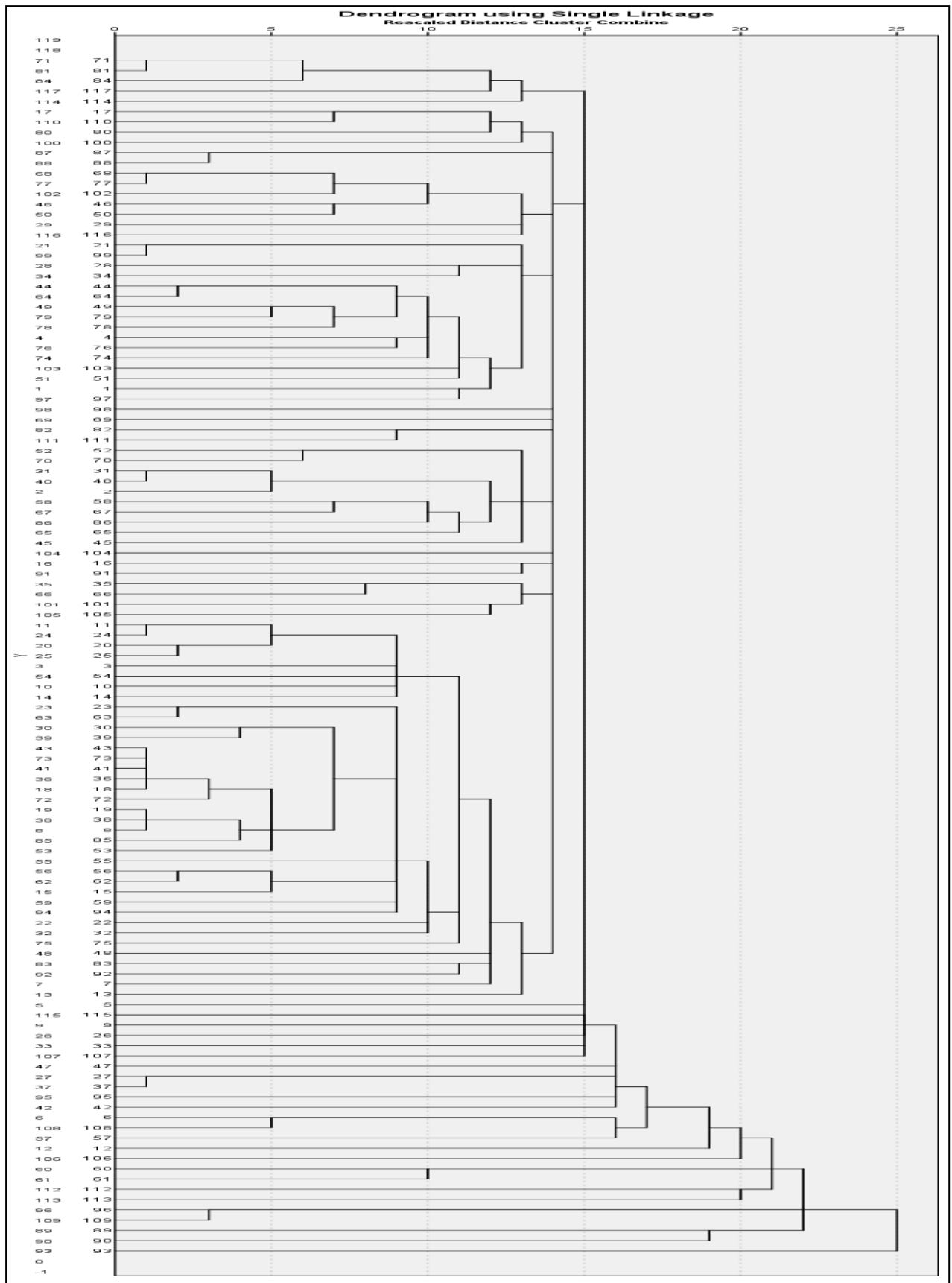
	Cluster			Cluster	F	p-value
	1	2	3	média		
Zscore: PREF 1	0,42311	-0,82654	0,75059	28,722	55,918	0,000
Zscore: PREF 2	-0,30098	0,66981	-0,65671	19,344	28,523	0,000
Zscore: PREF 3	-0,33406	0,50480	-0,37094	10,382	12,427	0,000
Zscore: PREF 4	-0,18505	0,02663	0,17402	1,135	1,138	0,324
Zscore: PREF 5	0,21530	0,21071	-0,56500	7,031	7,863	0,001
Zscore: PREF 6	0,09493	0,11176	-0,27741	1,698	1,719	0,184
Zscore: PREF 7	-0,61952	0,39108	0,12970	11,040	13,401	0,000
Zscore: PREF 8	-0,48593	0,14763	0,34041	6,746	7,502	0,001
Zscore: PREF 9	-0,34560	0,33007	-0,09550	4,970	5,342	0,006
Zscore: PREF 10	-0,15610	0,10340	0,02538	0,718	0,714	0,492
Zscore: PREF 11	0,27201	-0,46069	0,37652	8,731	10,101	0,000
Zscore: PREF 12	0,71695	-0,31857	-0,35113	13,918	17,996	0,000
Zscore: PREF 13	0,39887	-0,54898	0,36228	12,276	15,304	0,000
Zscore: PREF 14	0,17756	-0,37426	0,35608	5,974	6,545	0,002
Zscore: PREF 15	0,80845	-0,34316	-0,42003	17,740	25,117	0,000
Zscore: PREF 16	-0,27088	0,39797	-0,28376	6,447	7,128	0,001
Zscore: PREF 17	-0,95025	0,35415	0,56750	24,868	42,783	0,000
Zscore: PREF 18	0,12623	0,40695	-0,75638	13,423	17,164	0,000
Zscore: PREF 19	-0,29860	0,23117	-0,00150	2,932	3,035	0,052
Zscore: PREF 20	0,39190	-0,61106	0,46346	15,239	20,314	0,000

4.6.1 Dendograma

Após a análise de *clusters* efectuada, os resultados globais obtidos permitiram obter o seguinte Dendograma, que ilustra os agrupamentos efectuados em cada passo e a distância a que os membros dos *clusters* se encontram.

O processo de agrupamento respeitou um intervalo de cinco pontos, de modo a minimizar a heterogeneidade dos grupos.

Gráfico 9 - Dendrograma utilizando método de Ward



4.7 Quadro resumo das decisões tomadas face às hipóteses formuladas

<u>Hipótese</u>	<u>Decisão</u>	<u>Comentário</u>
H1: A percepção dos médicos em relação à forma como hierarquizam os atributos do medicamento que prescrevem, tem correspondência na sua prática clínica quotidiana;	Aceitar	A amostra de médicos seleccionada para esta investigação, demonstra uma evidente preocupação com a eficácia dos medicamentos que utiliza nos seus doentes.
H2: Os médicos estão conscientes da necessidade de atingir os objectivos das métricas de avaliação propostas;	Aceitar	A importância atribuída ao cumprimento dos indicadores de desempenho como atributo determinante na sua prática clínica, com uma importância relativa quase igual à soma da importância relativa da marca e do preço (Gráfico 8), sublinha de forma evidente a forma como este atributo é ponderado na escolha de um medicamento para o utente das unidades de saúde familiar do sistema nacional de saúde.
H3: A necessidade de atingir os objectivos das métricas de avaliação propostas irá afectar os hábitos de prescrição do médico;	Aceitar	O aparecimento dos indicadores de desempenho como atributo considerado na prescrição de um medicamento, constitui por si só, a constatação que os médicos alteram a sua prescrição em função do cumprimento dos mesmos.
H4: A alteração dos hábitos de prescrição do médico é influenciada por atributos sócio demográficos;	Rejeitar	Os atributos sócio demográficos, como o local (ARS) onde exercem a sua actividade, o género ou a sua idade, não influenciam as primeiras escolhas dos médicos respondentes, considerando os perfis de produtos apresentados.
H5: A alteração dos hábitos de prescrição do médico irá ter um impacto positivo na redução dos custos do sistema nacional de saúde.	Aceitar	A disponibilidade dos médicos para cumprir os indicadores de desempenho, permite antecipar a redução dos custos do sistema nacional de saúde que estão directamente ligados aos cuidados de saúde primários.

Capítulo V

Conclusões e Recomendações

5. Conclusões

5.1 Principais conclusões

A apresentação dos dados resultantes da presente investigação demonstra de forma inequívoca a importância atribuída pelos médicos, que exercem a sua actividade profissional em contexto de unidade de saúde familiar, ao cumprimento dos indicadores de desempenho enquanto atributo de um medicamento, contribuindo assim para colmatar a lacuna existente em relação à forma como a avaliação destes indicadores de desempenho está a condicionar a prática clínica do médico.

Evidenciam-se um conjunto de perspectivas e oportunidades que, devidamente exploradas, poderão proporcionar o desenvolvimento de uma correcta avaliação do impacto da introdução das métricas de avaliação a vários outros níveis, para além da prescrição do médico.

A qualidade percebida pelos utentes, o custo total do sector da saúde, a relação entre os gastos com cuidados de saúde primários e os gastos com cuidados de saúde secundários, poderão, entre outros, ser temas com genuíno interesse para futuras investigações.

5.1.1 Quanto aos objectivos definidos

O objectivo desta investigação consistia em identificar de forma tão evidente quanto possível se a utilização de métricas de avaliação numa classe profissional distinta como a classe médica e num sector de actividade tão sensível como o da saúde, condiciona ou não o acto médico de prescrição e em caso positivo identificar igualmente o grau de importância que o médico atribui ao cumprimento das métricas de avaliação definidas.

Após a análise dos resultados obtidos, acreditamos ser pertinente admitir que se conseguiu demonstrar que a escolha que o médico faz quanto ao produto a prescrever, respeita o princípio mais nobre do exercício da sua profissão, tratar o doente com o medicamento mais eficaz.

No entanto, como pretendíamos demonstrar, actualmente essa escolha é altamente condicionada pela introdução das métricas de avaliação nas organizações de cuidados de saúde primários.

Conseguimos igualmente perceber pela análise dos resultados deste trabalho que a percepção teórica que os médicos têm em relação ao peso dos indicadores de desempenho na sua prescrição é claramente inferior ao valor que efectivamente lhe atribuem no seu quotidiano profissional.

Quando nos debruçamos sobre as razões mais fortes invocadas pela classe médica para sustentar a sua prescrição, a eficácia do produto e o cumprimento dos indicadores de desempenho estabelecidos, somos levados a concluir que os profissionais desta classe procuram nos dias de hoje, acima de tudo a obtenção de elevadas taxas de sucesso com os meios terapêuticos colocados à sua disposição, mas também existe uma preocupação latente com o cumprimento dos objectivos dos indicadores de desempenho estabelecidos, que contribuem directamente para o seu índice de avaliação enquanto profissional de saúde, com implicações na sua retribuição mensal e progressão de carreira.

Se a questão da importância da eficácia e da segurança de um produto farmacêutico tem ao longo dos anos gerado consensos entre os autores dos diversos trabalhos publicados sobre esta temática, já a valorização dos indicadores de desempenho pelo médico prescritor é inequivocamente, uma variável que só mais recentemente começou a ser equacionada no processo de escolha de um medicamento.

O que resulta desta investigação é a convicção profunda de que a eficácia e os indicadores de desempenho ganham uma nova projecção enquanto atributos que determinam o acto médico de prescrição, sobrepondo-se claramente ao preço e à marca institucional em termos de importância para médico prescritor.

Porém, como também ficou anteriormente demonstrado, apesar de o médico no exercício do acto de prescrição validar em primeira instância a eficácia do medicamento a utilizar, a introdução de uma nova variável no seu quotidiano profissional, como o cumprimento de determinadas métricas de avaliação, determina uma alteração da sua lógica de prescrição natural. Assim, o médico sobrepõe cada vez mais a variável preço à variável eficácia,

incrementando a utilização de medicamentos genéricos, com o objectivo de não ter um comportamento desviante em relação ao cumprimento dos seus indicadores de desempenho individuais. Ou seja, o objectivo de redução de gastos com os cuidados de saúde primários estabelecido pelo Ministério da Saúde, será verdadeiramente atingido com a introdução das métricas de avaliação no SNS, uma vez que o respeito pelas mesmas condiciona a prescrição do médico em favor do medicamento genérico, tão só porque é mais barato.

Desta forma fará todo sentido concentrar esforços no sentido de tentar perceber de que forma a alteração dos hábitos de prescrição do médico, está a afectar os custos com prescrição de medicamentos no sistema nacional de saúde. Importante será também avaliar se a médio e longo prazo, não haverá um processo de transferência de custos do sector de cuidados de saúde primários para o sector de cuidados de saúde secundários.

Acreditamos ter ficado aqui demonstrada a existência de grupos de médicos para quem os atributos considerados têm importâncias significativamente diferentes.

5.1.2 Quanto ao mérito de trabalho científico

Ao logo deste texto houve da parte do autor uma preocupação permanente em manter a maior objectividade possível de forma a que a sua interpretação fosse acessível a todos aqueles com interesse pelo tema, independentemente da sua área de actividade e com o intuito de tornar a sua leitura um acto prazeroso.

5.1.2.1 Contribuição

A orientação do trabalho desenvolvido ao longo desta investigação teve como objectivo principal, poder contribuir para melhor perceber o tipo de condicionamento que é imputado ao médico, quando este tem que determinar qual o medicamento a prescrever a um utente do sistema nacional de saúde, no período posterior à introdução de métricas de avaliação ao seu desempenho enquanto profissional.

Existe uma forte convicção de que se conseguiu demonstrar com esta investigação que, o acto de prescrição médica é realmente condicionado, pela necessidade de cumprimento dos objectivos estabelecidos para as diversas métricas de avaliação de desempenho, do profissional de medicina geral e familiar.

Acreditando que, para muitos daqueles que de alguma forma estão ligados ao sector da saúde, esta não seja todavia uma constatação de todo surpreendente, serve o presente trabalho para consubstanciar qualquer suposição que anteriormente existisse sobre a questão, mas que por carecer de provas evidentes não pudesse ser afirmada de forma convicta.

A partir deste momento, julgamos ter contribuído de forma prática e objectiva para tornar mais evidente o que antes era para alguns, apenas uma crença bastante forte.

5.1.2.2 Relevância

Para além de confirmar a existência de um forte condicionamento do processo de tomada de decisão do médico, que exerce a sua actividade em unidades de saúde familiar, em relação ao medicamento a prescrever, após o correcto diagnóstico da patologia que o afecta, causado pela introdução de métricas de avaliação de desempenho à sua actividade, ficou também demonstrado que em algumas circunstâncias o médico prescritor poderá sentir-se na contingência de ter que optar por medicamentos com eficácia mais reduzida, mas que lhe permitem atingir os objectivos contratualizados quer para si quer para a organização onde exerce a sua actividade.

5.1.2.3 Originalidade

Como já foi referido no capítulo da revisão bibliográfica, este trabalho procura fazer uma abordagem diferente ao acto médico de prescrição. Não foi objectivo do autor estabelecer uma hierarquia entre os atributos que mais determinam o referido acto médico de prescrição, mas sim, tendo por base a limitação óbvia decorrente do facto de não ser à data um tema com a pertinência actual, dos trabalhos precedentes nesta área, perceber se a introdução de métricas de avaliação no sector da saúde, condiciona ou não a hierarquia que ao longo das

últimas décadas tem sido apresentada para os determinantes da prescrição do médico e em caso positivo qual o lugar que o respeito por essas métricas de avaliação ocupa, de forma mais ou menos consciente, no processo de escolha dos médicos que desenvolvem a sua actividade em unidades de saúde familiar.

No entanto, este trabalho não pretende ser de todo uma ilha uma vez que se inspirou em outros trabalhos anteriormente desenvolvidos, aspirando também a conseguir ser desafiante em relação a futuras investigações que se venham a realizar nesta área ou em outras áreas conexas.

5.1.2.4 Limitações

A inexistência de investigação que trate de forma específica a questão da hierarquização dos atributos que definem a preferência do médico prescritor, contemplando a utilização de métricas de avaliação do desempenho do próprio médico como um desses atributos, é sem dúvida uma limitação a este trabalho, porque a existência de tais referências poderiam de alguma forma servir de termo de comparação a este trabalho e serviriam de linha de orientação em situações que eventualmente necessitassem de alguma contribuição para a sua validação.

Ainda assim, mesmo com a inexistência dessa linha de orientação, foi possível atingir os objectivos a que nos propusemos e dar a terceiros a possibilidade de disporem de uma estrutura base para futuras investigações sobre o tema agora apresentado.

O autor gostaria igualmente de ter tido uma base amostral mais alargada do que a apresentada, especialmente no que aos profissionais da Associação Regional de Saúde do Norte diz respeito. No entanto, a complexidade do tipo de entrevista a que o modelo estatístico escolhido para a validação da proposta apresentada neste trabalho obriga, bem como a duração média de cada entrevista, estimada em cerca de 30 minutos e o grau de proximidade necessário entre entrevistador e entrevistado para conseguir que o médico exponha as suas preferências quanto à sua prescrição, levaram a que não pudessem ser utilizados algumas das ferramentas actualmente existentes para efectuar os questionários de forma remota, o que em outro contexto poderia ter contribuído para o aumento do número de respondentes.

É importante salientar que apenas os médicos que exercem a sua actividade em unidades de saúde familiar, foram considerados neste trabalho. No futuro, médicos que exerçam a sua actividade em unidades de cuidados de saúde personalizados ou em ambiente hospitalar, poderão também ser integrados em futuras investigações, de forma a poder ser dada uma visão mais abrangente do sistema nacional de saúde em Portugal.

Poderemos ainda considerar um factor limitativo, o número de atributos considerados neste trabalho, embora este decorra da utilização da análise conjunta como método estatístico. Embora esta seja uma técnica particularmente apropriada para avaliar o grau de importância dos atributos tidos como relevantes num contexto próximo da realidade, tende a limitar o número de atributos a considerar sob pena de perdermos a objectividade que deve nortear este tipo de trabalho.

Os resultados obtidos serão sempre tanto mais fiáveis quanto menores forem os atributos relevantes. Neste estudo como já foi referido, apenas considerámos os quatro atributos indicados inicialmente pelos médicos como, sendo realmente determinantes no acto médico de prescrição.

Ficou demonstrado que poderão existir outros atributos com peso determinante no processo de tomada de decisão dos prescritores, que em investigações futuras poderão ser utilizados recorrendo a uma combinação de atributos parcialmente diferente, ou aumentada, de forma a poder ser possível o cruzamento da informação agora obtida com outra a ser obtida em futuras investigações.

Ficou fora do âmbito desta investigação, pelo facto de se querer manter a objectividade da mesma, a avaliação do impacto económico, que a jusante poderá ter a introdução das métricas de avaliação aos profissionais de saúde, em termos de custos totais do sistema nacional de saúde.

5.1.3 Perspectivas de continuidade

Esta investigação não pretende ser o fechar de um ciclo mas sim um ponto de partida para outros trabalhos que, de forma positiva, pretendam contribuir para uma utilização cada vez mais racional dos recursos existentes no sector da saúde em Portugal.

Acreditamos que terão ficado as bases para que em futuras investigações, se procure avaliar qual o impacto da introdução das métricas de avaliação, na qualidade do serviço nacional de saúde percebida pelos seus utentes e pelos profissionais sobre os quais incidem as referidas métricas.

Será igualmente importante avaliar em futuros trabalhos se, o objectivo principal da introdução das métricas de avaliação no contexto organizacional do sistema nacional de saúde – a redução dos custos no sector da saúde, está a ser atingido, em que medida e com que consequências para todos aqueles de que forma directa ou indirecta, com ele se relacionam. Este tipo de informação será essencial, até para que as mais altas instâncias governativas procedam, em caso de necessidade, às devidas correcções. Sendo este um projecto em relação ao qual ninguém ousará questionar a evidente pertinência, importa dar a conhecer os avanços que se tem conseguido obter, sob pena de poder haver uma desmobilização por parte de todos os que estão envolvidos nesta verdadeira empreitada.

Não foi objecto deste trabalho, perceber se realmente a gestão mais racional dos recursos humanos existentes, conduz a uma efectiva redução dos custos associados aos cuidados de saúde primários em primeira instância e se não haverá uma transferência desses custos para os cuidados secundários de saúde. Assim, este será indiscutivelmente um mote interessante para uma futura investigação nesta área, que constituirá igualmente um auxiliar importante na definição de estratégias futuras para o sistema nacional de saúde português.

Nesta perspectiva, estamos convictos ser possível considerar como interessantes várias das conclusões retiradas desta investigação e o propósito alcançado de estarem lançadas as bases para a continuidade ou uma complementaridade posterior, dos temas aqui abordados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aronsson T, Bergman MA, Rudholm N (2001), “The impact of generic competition on brand name market shares - evidence from micro data”, *Review of Industrial Organization* 19:423–433.
- Bauer, K. (2005). “ Predictive Analytics: The Next Wave in KPIs”, *DM Review*.
- Berndt, E. (2002), “Pharmaceuticals in US health care: determinants of quantity and price”, *Journal of Economic Perspectives*, 16, 45–66.
- Bergman MA, Rudholm N. (2003), “The relative importance of actual and potential competition: empirical evidence from the pharmaceuticals market”, *Journal of Industrial Economics* 51:455–467.
- Bearden, W. and Mason, J. (1980), “Determinants of Physician and Pharmacist Support of Generic Drugs”, *Journal of Consumer Research*, Vol. 7, September .
- Bertoldi, A., Barros, A., Camargo, A., Hallal, P., VANDOROS, S., Wagner, A., and Ross-Degnan, D. (2011), “Household Expenditures for Medicines and the Role of Free Medicines in the Brazilian Public Health System”, *American Journal of Public Health* Volume 101, No. 5.
- Biscaia AR, Martins JN, Carreira MF, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P (2008). Cuidados de saúde primários em Portugal, reformar para novos sucessos. Lisboa, Padrões Culturais Editora, 2ª Edição.
- Blumenthal, D. (2009), “Stimulating the adoption of health information technology.” *New England Journal of Medicine*, 360, 1477-1479.
- Brown, P. and J. Pirkis. (2009), ‘Mental Health Quality And Outcome Measurement And Improvement In Australia.’ *Current Opinion in Psychiatry* 22(6):610.

- Caplow, Theodore and John J. Raymond (1953), “Factors Influencing The Selection of Pharmaceutical Products”, *Journal of Marketing*, 18-23.
- Castro Pinto, J., Ferreira da Silva, A. and Dias Curto J. (2010), “Determinant values in the medical act of prescribing in the Portuguese context”, *Journal of Medical Marketing*, 10, 213 – 230.
- Circular Normativa Nº 1/89 SIGSS - Gabinete do Secretário de Estado da Administração da Saúde, 27/1/1989, <http://www.portalcodgdh.min-saude.pt> acedido em 20 Abril de 2014,
- Chalkley, M. and J.M. Malcomson, (1998a), “Contracting for Health Services with unmonitored Quality,” *The Economic Journal*, 108, 1093–1110.
- Chalkley, M. and J.M. Malcomson, (1998b), “Contracting for Health Services When Patient Demand Does not Reflect Quality,” *Journal of Health Economics*, 17, 1–19.
- Coscelli, A. 2000. “The importance of doctors’ and patients’ preferences in the prescription decision”, *Journal of Industrial Economics* 48(3) 349–369.
- Daly, R. (2007). “Prescription drug cost increases far outpace U.S. inflation rate”. *Psychiatric News*, 42(23), 12.
- Dias, L.M.C., Almeida, L.M.A.T. & Clímaco, J.C.N. (1996), “*Apoio Multicritério à Decisão*”, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Delpierre, C., Cuzin, L., Fillaux, J., Alvarez, M., Massip, P., & Lang, T. (2004). “A systematic review of computer-based patient record systems and quality of care: More randomized clinical trials or a broader approach?”, *International Journal of Quality in Health Care*, 16(5), 407-416.

- DesRoches, C. M., Campbell, E. G., Rao, S. R., Donelan, K., Ferris, T. G., Jha, A., ... Blumenthal, M.D. (2008). "Electronic health records in ambulatory care -- A national survey of physicians.", *New England Journal of Medicine*, 359(1), 50-60.
- Doran, T. et al., (2006), "Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom," *New England Journal of Medicine*, 355(4), 375–384.
- Eckerson, W. (2005), "Performance Dashboards: Measuring, Monitoring, and Managing Your Business", Published by *John Wiley & Sons, Inc.*, Hoboken, New Jersey.
- Estatuto do Medicamento, Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto.
- Felder, S., Meier, M. and Schmitt, H. (2000), "Health care expenditure in the last months of life", *Journal of Health Economics*, 19, 679–95.
- Ferreyra, Maria M. and Kosenok, G. (2011), "Learning about new products: an empirical study of physicians' behavior", *Economic Inquiry*, 49 (July), 3.
- Godoy, A., and Cerón, A., (2011), "Changing Drug Markets Under New Intellectual Property Regimes: The View From Central America", *American Journal of Public Health*, Volume 101, No. 7.
- Goldman, D. (2009, January 12, 2009). "Obama's big idea: Digital health records", Retrieved May 14, 2009, from http://money.cnn.com/2009/01/12/technology/stimulus_health_care/.
- Gonul, Fusun R, Franklin Carter, Elina Petrova, & Kannan Srinivasan (2001), "Promotion of Prescription Drugs and Its Impact on Physicians' Choice Behavior?" *Journal of Marketing*, Vol. 65, 79-90.
- Granlund D, Rudholm N (2008), "Consumer information and pharmaceutical prices: theory and evidence", *HUI Working Paper Number 8*.

- Green, P.E. and V. Srinivasan (1978), "Conjoint Analysis in Consumer Research: Issues and Outlook," *Journal of Consumer Research*, 5 (September) 103-23.
- Green, Paul E., Stephen M. Goldberg and Mila Montemayor, (1981), "A Hybrid Utility Estimation Model For Conjoint Analysis", *Journal of Marketing*, 45 (Winter), 33-41.
- Green, P.E. and V. Srinivasan (1990), "Conjoint Analysis in Marketing: New Developments with Implications for Research and Practice," *Journal of Marketing*, 54 (October), 3-19.
- Green, Paul E., and Abba M. Krieger, (1991), "Segmentation Markets With Conjoint Analysis", *Journal of Marketing*, 55 (October 1991), 20-31.
- Hellström, Jörgen and Rudholm, Niklas (2010), "Uncertainty in the generic versus brand name prescription decision" *Empirical Economics*.
- Hellström J, Rudholm N., (2004) "Side effects of generic competition?" *European Journal Health Economics* 5:203–208 .
- Hellerstein, J. K. (1998), "The importance of the physician in the generic versus trade-name prescription decision", *The RAND Journal of Economics*, 29, 108–36.
- Holloway, D., Manzurul, A., Griffiths, A. and Holloway, D., (2012), "Performance Management in Australia's Public Mental Health Service: A State Based Perspective", *The Australian Journal of Public Administration*, vol. 71, no. 1, pp. 20–32.
- Iglehart, John K., (2001), "The Value of Rx Innovation: A Primer from Health Affairs. Millwood", *Va.: Project HOPE*.
- Iles, Valerie (1997), "Really Managing Health Care, Health services management, Health services administration—Great Britain". *I. Title. II. Series. RA395.G6I44 1996*.

- <http://www.acss.min-saude.pt/>(acedido em 20 Setembro 2013)
- <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (acedido em 30 Janeiro 2014)
- <http://www.infarmed.pt> (acedido em 14 Janeiro 2014)
- <http://www.ine.pt> (acedido em 1 Fevereiro 2014)
- <http://www.websig.acs.min-saude.pt>. (acedido em 15Fevereiro 2014)
- <http://www.portaldasaude.pt/portal>(acedido em 20 Fevereiro 2014)
- <http://www.pordata.pt> (acedido em 10 Março 2014)
- <http://www.usf-an.pt/>(acedido em 10 Março 2014)
- Janakiraman, R., Dutta, S., Sismeiro, C. e Stern, P. (2008), “Physicians’ Persistence and Response to Promotions” *Management Science* 54(6), pp. 1080–1093.
- Johnson,T. and Stahl-Moncada, S. (2008), “Medicaid Prescription Formulary Restrictions and Arthritis Treatment Costs” *American Journal of Public Health*, July 2008, Vol. 98, No. 7.
- Kaiser Family Foundation (2004), “ Prescription drug trends – a chartbook update,” <http://www.kff.org/rxdrugs> (accessed 3 March 2006).
- Kernan, B., Lynch A., and Sheahan C. (2011), “A methodology for improving enterprise performance by analysing worker capabilities via simulation”, *International Journal of Production Research*, Volume 49, No. 20, 5987–5998.
- Kotler, Philip (2000), *Marketing Management: Millenium Edition*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Kuhn, M. and Siciliani, L.(2009), “Performance Indicators for Quality with Costly Falsification,” *Journal of Economics & Management Strategy*, 18(4), 1137-1154.
- Larsson, N. (2013), “Niche products, generic products, and consumer search”, *Economic Theory*, 52:793–832.
- Love, D., Revere, L. and Black, K. (2008), “A current look at the key performance measures considered critical by health care leaders.” *Journal of Health Care Finance*, 2008 Spring;34(3):19-33.
- Mahajan, Vijay and Jerry Wind (1991), "New Product Models: Practice, Shortcomings, and Desired Improvements," Report No. 91-125, *Marketing Science Institute*, Cambridge, Massachusetts.
- Maroco, João (2003), “Análise Estatística - Com Utilização do SPSS”, *Edições Sílabo*.
- Martin Martin, J. J. , Gonzalo, M. P. Lopez and Garcia, M. Dolores (2011), “Review of the literature on the determinants of healthcare expenditure”, *Applied Economics*, 43, 19–46.
- Millar, T., Wong, S., Odierna, D., and Bero, L. (2011) “Applying the Essential Medicines Concept to US Preferred Drug Lists”, *American Journal of Public Health* August 2011, Volume 101, No. 8.
- Miller, Robert H. and Harold S., (1994), "Managed Care Plan Performance Since 1980: A Literature Analysis," *Journal of the American Medical Association*, 271 (19), 1512-19.
- Mizik, M. and Jacobson, R., (2004), “Quantifying the Effects of Detailing and Sampling on New Prescriptions”, *Management Science*, 50(12), pp. 1704–1715,

- Meredith PA (2003), “Bioequivalence and other unresolved issues in generic drug substitution”, *Clinical Therapeutics* 25:2875–2890.
- Meredith PA (1996) Generic drugs, therapeutic equivalence, “*Drug Safety*” 15:233–242.
- Muchiria, P., Pintelon, L., M., Harry and De Meyerc, A. (2010), “Empirical analysis of maintenance performance measurement in Belgian industries”, *International Journal of Production Research*, Vol. 48, No. 20, 15 October, 5905–5924.
- O’Neal, B., Couldry, R., Wilkinson, S., Cannella, C., Williams, C. Scott, L. and Simpson, S., (2012), “Leveraging drug-utilization and external benchmarking data to drive change in prescribing behaviors”, *American Journal of Health-System Pharmacists* —Volume 69, Nov 1.
- Piderit, S. K. (2000). “Rethinking resistance and recognizing ambivalence: A multidimensional view of attitudes toward an organizational change.” *The Academy of Management Review*, 25(4), 783-794.
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010 Volume 1.
- Phelps, C. E. (2003) *Health Economics*, Addison Wesley Publishing, New York.
- Roland, M. (2004), “Linking Physician Pay to Quality of Care: A Major Experiment in the UK,” *New England Journal of Medicine*, 351, 1448–1454.
- Rice. Jennifer L. (2011), “The influence of managed care on generic prescribing rates: an analysis of HMO physicians”, *Applied Economics*, 43, 787–796.
- Salinas, M., López-Garrigós, M., Gutiérrez, M., Lugo, J., Sirvent, J., Uris, J. (2010), “Achieving continuous improvement in laboratory organization through performance measurements: a seven-year experience”, *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*, Vol. 48, nº1, pp. 57-61.

- Saúde Sustentável: Programa para o Sector da Saúde (2011), www.pwc.com.
- Santana P, Vaz A (2009). Planeamento e Gestão dos Recursos Humanos. In Campos L, Borges M, Portugal R (Eds.). *A Governação dos Hospitais*. Lisboa, Casa das Letras.
- Schur, C., L., Berk, M., L., & Yegian, J., M. (2004). Public perceptions of cost containment strategies: Mixed signals for managed care (11/10/2004). *Health Affairs*, 23(6), 284.
- Seshamani, M. and Gray, A. (2004a), “Ageing and healthcare expenditure: the red herring argument revisited”, *Journal of Health Economics*, 13, 303–14.
- Seshamani, M. and Gray, A. (2004b), “A longitudinal study of the effects of age and time to death on hospital costs”, *Journal of Health Economics*, 23, 217–35.
- Shamliyan, T. A., Duval, S., Du, J., & Kane, R. L. (2008). “Just what the doctor ordered. Review of the evidence of the impact of computerized physician order entry system on medication errors”. *Health Services Research*, 43(1p1), 32-53.
- Stargardt, T. (2011), “Modelling pharmaceutical price changes in Germany: a function of competition and regulation”, *Applied Economics*, 43, 4515–4526
- Stearns, S. C. and Norton, E. C. (2004), “Time to include time to death? The future of health care expenditure predictions”, *Journal of Health Economics*, 13, 315–27.
- Stern, S. and Trajtenberg, M. (1998), “Empirical implications of physician authority in pharmaceutical decision making”, *NBER Working Paper No. 6851*.
- Taylor, J. 2009. ‘The Usefulness of Key Performance Indicators to Public Accountability Authorities in East Asia’, *Public Administration*, Volume 87, N°4, 853–871.

- Van der Geer, Leo A. M. E Kangis, Peter, (2002), “The influence of cost on medical prescriptions: A comparison of the theory of planned behaviour and the composite attitude behaviour model”, *International Journal of Medical Marketing*, Vol. 2, 4, 311-327.
- Venkataraman S. and Stremersch S. (2007) ,“The Debate on Influencing Doctors’ Decisions: Are Drug Characteristics the Missing Link?”, *Management Science*, Volume 53, No. 11, pp. 1688–1701.
- Wyatt, Jamie (2004), “Scorecards, Dashboards, and KPIs. Keys to integrated performance measurement”, *Healthcare Financial Management*.
- Wolfstadt, J., Gurwitz, J., Field, T., Lee, M., Kalkar, S., Wu, W., & Rochon, P. A. (2008). “The effect of computerized physician order entry with clinical decision support on the rates of adverse drug events: A systematic review.”, *Journal of General Internal Medicine*, 23(4), 451-458.

ANEXOS

Anexo 1

Estudo exploratório I: Definição do atributo com maior notoriedade

Janeiro, 2014

Caro(a) Sr.(a) Dr.(a),

Considerando como cenário o seu quotidiano profissional, gostaria que de forma espontânea e recorrendo unicamente à sua experiência individual, identificasse quais os atributos que considera mais determinantes, no processo de decisão sobre qual o produto a administrar a um doente após o correcto diagnóstico da patologia que o afecta.

Em seguida, peço-lhe o favor de os identificar por ordem decrescente de importância:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Obrigado.

Sem mais,

Alexandre Ferreira

(Doutorando em Economia da Empresa, Universidade Autónoma de Lisboa)

Anexo 2

Estudo exploratório II: Definição dos atributos mais importantes

Janeiro, 2014

Caro(a) Sr.(a) Dr.(a),

Na sequência da preferência por si referenciada em relação aos atributos de um medicamento mais determinantes no processo de escolha do mesmo, peço-lhe agora que defina uma hierarquia, considerando a listagem a seguir apresentada com 10 atributos identificados pelo grupo participante como os mais importantes na definição do medicamento a prescrever ao doente.

Para tal, deverá atribuir durante o processo de escolha, 4 pontos ao atributo mais importante, 3 pontos ao segundo atributo mais importante, 2 pontos ao terceiro atributo mais importante e 1 ponto ao quarto atributo mais importante.

Atributos determinantes na escolha de medicamento:

Segurança / Preço / Marca Institucional / KOL / Indicadores Contratualizados / Experiência com o Produto / Estudos Científicos / Eficácia Dose Equivalente (%) / Doente / DIM.

4.____; 3.____; 2.____; 1.____.

Obrigado.

Sem mais,

Alexandre Ferreira

(Doutorando em Economia da Empresa, Universidade Autónoma de Lisboa)

Anexo 3

Carta de agradecimento aos médicos participantes no trabalho de investigação

Janeiro de 2014

Caro(a) Sr.(a) Dr.(a),

Agradeço desde já a sua disponibilidade para colaborar neste trabalho de investigação, relembrando que o mesmo está enquadrado na elaboração de uma tese de doutoramento, cujo tema é, “As métricas de avaliação como determinante do acto médico de prescrição”.

Pelo cariz puramente académico deste trabalho, comprometo-me desde já a garantir a confidencialidade dos dados agora recolhidos, bem como o anonimato das pessoas envolvidas.

Pela pertinência que o tema abordado poderá ter para si enquanto profissional de uma USF, disponibilizo-me desde já a partilhar consigo, as conclusões mais importantes a que o tratamento dos dados fornecidos nos conduzirem.

Peço-lhe então que, considerando o seguinte conjunto de vinte cartões, representando cada cartão o perfil de um medicamento, com base em quatro atributos diferenciados, cada um compreendendo três níveis diferentes de valorização, os disponha de forma decrescente de preferência, do mais importante para o menos importante.

Para tal, deverá ter presente como cenário o seu quotidiano profissional e baseado na sua experiência, seleccionar o cartão que no seu entender seria o mais adequado para prescrever ao doente, após o correcto diagnóstico da patologia que o afecta.

Objectivo:

É pretendido que, atendendo à forma como valoriza cada um dos atributos em questão, ordene de forma decrescente de importância para si, os vinte perfis disponíveis, atendendo a quatro variáveis: Preço, Marca, cumprimento dos Indicadores de Desempenho e Eficácia.

Exemplo:

Perfil mais importante: Cartão 17, seguido de 13; 9; 7; 6; 11;...

Obrigado.

Sem mais,

Alexandre Ferreira

(Doutorando em Economia da Empresa, Universidade Autónoma de Lisboa)

Anexo 4

Perfis de produtos apresentados aos médicos da amostra da população

Profile Number 1

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
1	90	50	60	Krka

Profile Number 2

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
2	90	100	90	Krka

Profile Number 3

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
3	90	50	75	MSD

Profile Number 4

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
4	30	100	75	Tecnifar

Profile Number 5

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
5	60	100	75	Krka

Profile Number 6

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
6	30	50	90	MSD

Profile Number 7

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
7	90	100	90	MSD

Profile Number 8

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
8	90	0	75	MSD

Profile Number 9

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
9	90	100	90	MSD

Profile Number 10

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
10	30	100	60	MSD

Profile Number 11

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
11	60	0	90	MSD

Profile Number 12

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
12	90	0	60	Tecnifar

Profile Number 13

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
13	60	50	90	Tecnifar

Profile Number 14

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
14	60	100	60	MSD

Profile Number 15

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
15	30	0	90	Krka

Profile Number 16

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
16	90	100	90	Tecnifar

Profile Number 17

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
17	60	100	90	MSD

Profile Number 18

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
18	60	100	60	Krka

Profile Number 19

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
19	90	50	60	MSD

Profile Number 20

Card ID	Preço Embalagem Equivalente	Indicadores Desempenho Contratualizados	Eficácia Dose Equivalente	Marca Institucional
20	90	0	90	MSD