

# A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais

RUI SANTANA  
CARLOS COSTA

Os constrangimentos originados pela actual estrutura de oferta de cuidados de saúde e os novos desafios colocados aos sistemas de saúde provocados pela evolução constante e cada vez mais rápida do seu ambiente externo exigem uma resposta efectiva por parte dos responsáveis pela gestão desses mesmos sistemas. A integração de cuidados de saúde pode assim constituir uma resposta organizacional aos novos paradigmas dos sistemas de saúde. Apesar de não se tratar de uma opção estratégica consensual nem permitir uma operacionalização linear, as suas potencialidades são amplamente reconhecidas, sobretudo na sua dimensão estrutural vertical, que permite uma focalização na criação de valor para o utente e necessariamente na concentração do desenvolvimento das actividades nas fases primárias da doença. A integração vertical de cuidados atinge a sua plenitude nas dimensões funcionais relacionadas com as actividades clínica, de informação e financeira. Com o presente estudo pretende-se rever os principais aspectos teóricos da integração vertical, apresentar as suas principais barreiras e condições facilitadoras.

**Palavras-chave:** níveis de cuidados; integração vertical; integração funcional.

□

Rui Santana é assistente na Escola Nacional de Saúde Pública, UNL.

Carlos Costa é professor na Escola Nacional de Saúde Pública, UNL.

Entregue em Março de 2008

## 1. Enquadramento do tema

O sector da saúde é reconhecidamente um dos sectores mais pronunciados da nossa sociedade (Lucena, Gouveia e Barros, 1996). Esta importância é manifestada pela diversidade do corpo de conhecimentos que o estuda sob perspectivas diversas numa base multidisciplinar. O grau crescente de complexidade dos circuitos relacionais, de informação e de comportamento que podemos observar no mundo em que vivemos, resultado das tentativas de compreensão e de resposta a paradigmas científicos e sociais cada vez mais frequentes, potenciam essa interdisciplinaridade entre o conhecimento e o saber.

Os sistemas de saúde, enquanto pilares fundamentais da protecção social à condição humana de doença, são influenciados pelos contextos ambientais onde se encontram inseridos, caracterizando-se por realidades culturais, sociais, políticas ou outra(s) que sofrem transformações cada vez mais céleres e imprevisíveis, onde a mudança é uma constante.

Neste contexto de complexidade global, os novos problemas inerentes ao processo de mudança interferem decisivamente nos sistemas de saúde, colocando-lhe novos desafios, moldando as suas características estruturantes. De acordo com a Pew Commission (1998) as próximas décadas ficarão marcadas pelos seguintes desafios *major*:

- Alteração da definição de prestação de cuidados de saúde: o próprio conceito básico de «presta-

- ção» terá tendência para mudar de uma actuação centrada no antigo paradigma «tratamento da doença», para um novo paradigma mais focalizado no «bem-estar geral do doente». A oferta de cuidados polarizada nas estruturas hospitalares deverá dar lugar à promoção da saúde e prevenção da doença, sendo necessária uma maior coordenação das actividades produtivas e a criação de valor para o utente (Shortell e Kaluzny, 2006; Porter e Teisberg, 2006);
- A pressão económica: num contexto global de recursos escassos onde existe uma significativa e crescente afectação de recursos financeiros ao sector da saúde um pouco por todo o mundo, exige-se cada vez mais um elevado nível de eficiência e efectividade na prestação de cuidados de saúde;
  - O envelhecimento da população: sobretudo nos países mais desenvolvidos, este fenómeno provocará uma reorientação para as fases primárias sobretudo no grupo etário entre os 65 e 75 anos. A maior necessidade de consumo de recursos nesta faixa etária exige uma resposta estrutural que contemple a gestão programada de doenças crónicas e um melhor nível de coordenação entre os diferentes níveis de cuidados (Conrad e Dowling, 1990). Surgirão previsivelmente, com uma tendência crescente, discussões éticas sobre o prolongamento da vida humana (Shortell e Kaluzny, 2006);
  - As tecnologias de informação: têm apresentado um desenvolvimento muito significativo nas últimas décadas e constituem um imperativo de suporte funcional, quer estratégico, quer operacional das organizações prestadoras de cuidados de saúde. A sua aplicação ao sector poderá deter impacto ao nível da rapidez na disponibilização de informação e na partilha de conhecimento, permitindo melhores e mais rápidas decisões, uma melhor coordenação entre entidades e exigirá também, por outro lado, mais formação e capacidade para tratar problemas relacionados com a confidencialidade de informação;
  - Avanços científicos no tratamento da doença: para além dos problemas éticos habitualmente associados ao desenvolvimento da tecnologia clínica e biológica, espera-se um crescimento dos custos inerentes a novas tecnologias. De outra forma, também se colocarão desafios à gestão de organizações de saúde na adaptação e resposta a novas técnicas e formas de tratamento da doença (crescimento do ambulatório);
  - Melhorar o nível de qualidade assistencial: actualmente os sistemas de saúde padecem de uma alarmante taxa de erros e cuidados desnecessários (Leape, 1994). A implementação de sistemas de qualidade organizacionais e a de programas de gestão da doença permitem utilizar protocolos, *guidelines* de tratamento ou processos de referenciação inter e multidisciplinares tendentes a minorar práticas erróneas, menos invasivas, indolores, onde as fronteiras entre a organização e o indivíduo sejam minimizadas;
  - Alteração do perfil dos consumidores: a crescente globalização poderá potenciar uma multiplicidade de origens étnicas e culturas que exigirá uma maior abertura na percepção das necessidades de cada grupo específico (Shortell e Kaluzny, 2006). Por outro lado, encontramos-nos num tempo onde as expectativas dos consumidores traduzidas em procura de valor — preço e qualidade — relativamente aos seus sistemas de saúde nunca foram tão elevadas (Nolan e Bisognano, 2006). A diminuição da assimetria de informação (mais disponível) entre consumidor e prestador permite uma escolha mais racional, exigente e pró-activa dos agentes de procura;
  - Reafecção de recursos: a opção estratégica de edificação de infra-estruturas hospitalares durante as décadas de 60 e 70 criou problemas de rentabilização da capacidade instalada numa perspectiva evolutiva do estado de arte tecnológico. A minimização da duração de internamento, incidindo preferencialmente em comportamentos produtivos tendentes a gerar um efeito substituição entre o internamento e o ambulatório programado, parece garantir uma superior qualidade assistencial e um incremento da eficiência técnica e económica;
  - Globalização e expansão da economia mundial: a globalização traz associada uma cultura de competição geral em que o pensamento estratégico das organizações deve não só reflectir a realidade local onde se insere, mas buscar possíveis sinergias/conhecimento em locais físicos mais distantes;
  - Mudança epidemiológica: o sistema de prestação tem de estar capacitado para responder mais rapidamente a situações de doença inesperadas como são exemplo as doenças transmissíveis (SIDA). Por outro lado, a quarta fase da transição epidemiológica encontra fundamento em doenças crónicas, ligadas ao envelhecimento da população, onde deverá existir uma actuação dirigida a «dar não só mais anos à vida, mas também mais vida (qualidade) aos anos».
- Os problemas supra mencionados, eminentemente de procura de cuidados, ubíquos e concomitantes, partilham o predicado comum da sua emergente resolu-

ção, exigindo uma réplica efectiva ao nível da governação dos sistemas de saúde em geral. As organizações prestadoras de cuidados, enquanto pilares estruturantes dos sistemas de saúde, detêm também um papel central e fundamental na capacidade de resposta a estes desafios, onde particularmente se salienta a necessidade da sua boa gestão para garantir uma resposta flexível e adaptativa constante ao novo meio envolvente emergente.

Entre estas respostas, salientam-se as iniciativas pragmáticas de reestruturação organizacional da oferta de cuidados na qual se insere o movimento de integração de cuidados de saúde. De entre as diversas estratégias utilizadas ao longo do processo contínuo de reforma dos sistemas de saúde, destaca-se então a criação de organizações integradas em saúde, assumindo-se mesmo como uma forma de implementação dessa reforma (Shortell *et al.*, 1993), no intuito de combater o «conjunto de ilhas» onde assenta a actual estrutura fragmentada de oferta de cuidados de saúde (Reis, 2005).

A integração de cuidados enquanto movimento de reforma dos sistemas de saúde tem tido nas últimas décadas um interesse crescente por parte de prestadores, pagadores, analistas, políticos (Devers *et al.*, 1994; Brown e McCool, 1986) e sofreu um desenvolvimento significativo um pouco por todo o mundo. A crença generalizada das suas potencialidades enquanto resposta aos grandes problemas dos sistemas de saúde (Devers *et al.*, 1994), gerador de ganhos de qualidade assistencial e melhores resultados em saúde (Byrne e Ashton, 1999), conduziu ao seu agendamento político em muitos países europeus (Leichsenring, 2004; Contandriopoulos *et al.*, 2003). Neste sentido, os esforços dos gestores, políticos e investigadores em saúde têm sido dirigidos cada vez mais para as interligações das diferentes componentes do sistema, uma vez que a fraca integração de cuidados primários, secundários e terciários resultam em ineficiência e falta de qualidade, causando perturbações desnecessárias aos utentes (Grone e Garcia-Barbero, 2001).

A integração constitui hoje uma *buzzword* a nível internacional (Kodner e Spreeuwenberg, 2002) e a sua importância pode ser comprovada pela vasta literatura produzida sobre esta matéria através de publicações de cariz académico e científico donde se destaca o *International Journal of Integrated Care*. Também a Organização Mundial de Saúde reconheceu a sua relevância no âmbito da reforma dos sistemas de saúde, traduzindo-a na criação de um Observatório específico sobre a presente temática, na cidade de Barcelona, em 2001. O objectivo principal deste Observatório consiste na identificação das estratégias utilizadas em cuidados

de saúde em diferentes países de forma a facilitar e encorajar a coordenação entre os níveis de prestação de cuidados, proporcionando uma melhoria dos resultados dos sistemas de saúde (Grone e Garcia-Barbero, 2001).

Porém, a importância do tema em questão nem sempre é acompanhada por uma unanimidade de apoio, pois se a grande maioria dos autores concorda com a integração vertical num plano meramente teórico — a integração tem uma conotação positiva, é algo que ao se atingir é positivo (Sobczak, 2002) —, já muitos, por outro lado, duvidam do seu sucesso prático. Pela alteração profunda que provoca ao nível dos sistemas de saúde, a argumentação favorável e desfavorável traduz normalmente uma forte carga política, institucional e técnica, tornando o tema controverso e eventualmente polémico, gerador de conflituosidades e contraposições (Silva, 1983). A integração pode ser vista de várias perspectivas e servir para atingir diversos fins, tratando-se de um tema vasto que não se encontra de forma alguma esgotado nos seus objectivos (Sobczak, 2002).

De acordo com Grone e Garcia-Barbero (2001), a integração de cuidados é um desafio dos sistemas de saúde europeus e um pouco por todo o mundo, sendo de registar o seu particular desenvolvimento ocorrido nas décadas de 70 e 80. O movimento de integração atingiu o seu apogeu na década de 90, nos EUA, que evoluiu para uma estrutura de oferta onde actualmente cerca de 92% dos americanos abrangidos pelo sistema segurador pertencem a sistemas integrados de prestação. Também em Portugal ocorreram movimentos de reforma tendentes a integrar cuidados de saúde, conforme comprova a constituição de Centros Hospitalares ou de Unidades Locais de Saúde um pouco por todo o território nacional. Actualmente, a integração de cuidados de saúde constitui mesmo uma das estratégias de reorganização da oferta de cuidados de saúde, conforme se pode comprovar pelas intenções manifestadas em sede de programa de governo (XVII), que prevê: «o desenvolvimento de experiências de financiamento global, de base populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares, numa linha de Unidades Integradas de Saúde, respeitando a autonomia e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida».

De uma forma genérica, o objectivo principal que está subjacente ao presente trabalho é contribuir para a discussão de matérias relacionadas com a integração de cuidados de saúde e sua influência ao nível da gestão de organizações de saúde, através de uma definição conceptual que todavia se encontra por concretizar no nosso país.

## 2. Porquê integrar?

Habitualmente são reconhecidos no sector da saúde três níveis de prestação de cuidados de saúde que estruturam a oferta, mas cuja designação poderá encontrar diferentes aceções, consoante o objectivo e o contexto em causa:

- Por nível de prestação: primária, secundária e terciária;
- Por tipo de cuidados: gerais, especialistas e continuados;
- Por facilidades: Centros de Saúde, Hospitais e Unidades de Cuidados Continuados;
- Por natureza: pré-agudos, agudos e pós-agudos;
- Por utilização: primeira linha e segunda linha.

Em termos conceptuais<sup>1</sup>, a definição de Cuidados de Saúde Primários resultou da conferência de Alma – Ata (1978), onde participaram cerca de 134 países, entre os quais se encontrava Portugal. Os Cuidados Primários podem ser entendidos como «*os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde*».

Vuori (1983), por seu turno, definiu os cuidados de saúde primários como um nível de cuidados de primeiro nível, isto é, a sua característica fundamental reside no primeiro contacto da população com os cuidados de saúde. A definição de Barbara Starfield (1998) para cuidados primários identifica, por outro lado, quatro elementos estruturantes: são cuidados de primeiro contacto (*gatekeepers*); longitudinais (ao longo da vida); compreensivos (globais, holísticos); devem garantir a coordenação/integração (com os restantes níveis de cuidados).

Por sua vez, os cuidados secundários podem ser definidos pela representação do conjunto de acções de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se

caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/recursos com tecnologia diferenciada. Habitualmente são prestados em unidades hospitalares e resultam em episódios de curta duração.

Recentemente, foi também introduzido em Portugal o conceito de Cuidados Continuados Integrados, utilizado para designar o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Em termos organizacionais, segundo a Lei de Bases da Saúde (1990), na sua Base XIII n.º 1, o sistema de saúde português assenta nos cuidados de saúde primários que devem situar-se junto das comunidades. De acordo com Ramos (1994), a presente estrutura de oferta, ou seja, a plataforma organizacional onde assenta a prestação de cuidados de saúde à população, encontra-se orientada em função de bases epidemiológicas, em critérios de custo-efectividade bem como em princípios de acessibilidade, adequação, aceitabilidade e continuidade de cuidados. Silva (1983), por seu turno, refere que a actual estrutura de oferta de cariz bipolar baseada sobretudo em cuidados primários e secundários foi determinada mormente por motivos de ordem técnica.

Porém, esta estrutura organizacional de prestação de cuidados de saúde pode ser equacionada à luz de variados argumentos que importam salientar:

*Natureza económica:* as especificidades intrínsecas identificadas em saúde colocam em causa a natureza da estrutura de mercado apresentada anteriormente no que concerne à oferta de cuidados. De acordo com Evans (1981), submercados, como os cuidados hospitalares, prescrição de medicamentos ou consultas médicas, tipificam uma forma de integração vertical incompleta que impedem a descrição de uma simples relação bilateral directa entre consumidores e uma classe aproximadamente homogénea de prestadores, ou seja, a conexão entre prestadores de primeira linha e segunda linha resulta da relação directa entre prestador/utente ou produtor/consumidor e não necessariamente da identidade da instituição ou da natureza do serviço prestado. O mercado funciona entre prestador e consumidor e não entre consumidor e cuidados primários ou entre consumidor e centro de saúde. A estrutura de mercado do lado da oferta deve ser então encarada como um pilar assente basicamente por prestadores de primeira e segunda linha. Salienta-se, porém, a este nível, que a fundamentação argumenta-

<sup>1</sup> A este nível, importa salientar a ausência conceptual dos termos referidos no glossário oficial do Ministério da Saúde (DGS) publicados no INE.

tiva mais característica entre os diferentes actores do sistema de saúde reside precisamente na sua separação técnica por um lado e pela percepção visual causada pelas diferentes estruturas físicas das unidades de saúde (centros de saúde e hospitais) por outro.

Ainda ao nível económico, importa salientar que o mercado é o local onde se encontram as forças de oferta e procura com vista a encontrarem um equilíbrio que é fornecido através dos preços (Samuelson, 1988). No sector da saúde, o mercado é imperfeito devido a um conjunto de características intrínsecas, salientando-se no contexto da presente problemática:

- O facto da procura ser derivada (Clement, 1988), isto é, procuram-se cuidados de saúde para se obter saúde. A actual estrutura de oferta por níveis de cuidados reflecte esta limitação, uma vez que se encontra organizada de acordo com os níveis de cuidados prestados e não com o estado de saúde desejado.
- A falta de homogeneidade do bem e eventual interdependência no momento do consumo (Matias, 1995). De facto, quando são prestados serviços tão díspares, como consultas, internamentos, consumo de medicamentos ou meios complementares de diagnóstico, conseguimos identificar uma pleora qualitativa geradora de vários mercados (não homogeneidade), mas também, um conjunto de consumos interdependentes entre si que criam uma cadeia de valor. A indivisibilidade do bem cuidados de saúde, resultado dessa interdependência multidisciplinar, é uma das características mais significativas do mercado para a abordagem à integração vertical de cuidados.

*Perceptividade por parte do utente:* para o consumidor assimetricamente informado face ao agente de oferta numa situação de doença, não existe a percepção e consecutivamente a capacidade de decisão em optar por consumos de serviços de saúde que oferecem diferentes níveis de cuidados. De acordo com Costa (1996), a divisão entre cuidados primários e secundários de saúde corresponde essencialmente a uma preferência do prestador, uma vez que a percepção do consumidor se centra em cuidados de saúde, desconhecendo se padece de um problema de natureza «primária» ou «secundária».

*Autonomia produtiva:* Se a fundamentação técnica da medicina geral e familiar enquanto disciplina científica onde se estrutura a prestação de primeira linha está bem sustentada nas suas onze características fundadoras (Wonca, 2002), já as suas fronteiras e âmbito

de actuação poderão ser questionáveis ao nível do pleno gozo de autonomia organizacional e de gestão. Salienta-se esta preocupação porque:

- A gestão comum de estruturas de produção (clínica, financeira e administrativa) entre campos de conhecimento técnico tão díspares como a oftalmologia, a pneumologia, neurologia, ortopedia, etc, deixando de fora a base assistencial do doente é actualmente justificável e geralmente aceite. No entanto, a título meramente exemplificativo, é facilmente perceptível que a medicina interna hospitalar se encontra tecnicamente mais próxima da medicina geral e familiar do que da cirurgia cardio-torácica, não deixando estas de ser disciplinas tecnicamente autónomas mas geridas conjuntamente;
- A sua proximidade e conseqüente conhecimento das características dos consumidores são fundamentais para o *continuum* do processo de produção, nomeadamente para os prestadores de segunda linha com fortes implicações ao nível da eficiência (técnica e económica) e qualidade assistencial.

*Epidemiológicas:* Dentro dos problemas levantados pela quarta fase de transição epidemiológica, destacam-se as doenças crónicas relacionadas com o envelhecimento da população. Estas doenças requerem uma resposta diferente da que actualmente podemos encontrar, centrada mormente nos cuidados agudos (Delnoij, Klazinga e Velden, 2003). Assim, é requerido um maior grau de integração entre os diferentes actores da estrutura de oferta de cuidados de saúde de forma a permitir uma melhor gestão das doenças que provocam maiores limitações aos utentes e gastos evitáveis à sociedade.

*Custo-Efectividade:* As conseqüências da fragmentação da estrutura de oferta de cuidados de saúde em níveis conduz a uma possível duplicação de procedimentos e de custos de transacção que não permite a gestão e decisão conjunta sobre processos clínicos ou de afectação de recursos. Se, por um lado, são reconhecidos os benefícios ao nível do custo-effectividade da intervenção de especialistas, por outro, deverão também ser tidas em consideração as vantagens da utilização do trabalho desenvolvido pelos clínicos gerais, elementos mais conhecedores do estado de saúde das populações que servem e que podem influenciar decisivamente o custo-effectividade das intervenções em saúde.

*Prestação Episódica:* a actual resposta dos serviços prestadores de cuidados de saúde caracteriza-se por ser episódica. A cada momento onde há manifestação de necessidades de cuidados de saúde por parte dos

consumidores, existe uma resposta que corresponde a um episódio, ou seja, a resolução de determinado problema de saúde pode originar diversos contactos isolados e consequentemente procedimentos não integrados e não comunicantes entre si.

*Financeira:* a separação dos instrumentos financeiros de suporte à gestão das organizações de saúde podem originar um desalinhamento estratégico entre estas: a possível utilização de unidades de pagamento pela produção nos cuidados hospitalares gera (por exemplo) um conflito com os objectivos de promoção da saúde e prevenção da doença praticados pelos cuidados de saúde primários, uma vez que mais produção para o hospital significa também um maior volume de receita.

Em termos pragmáticos, o resultado da actual dupla polaridade da estrutura de oferta resulta numa fragmentação entre as unidades prestadoras de cuidados de saúde (Delnoij, Klazinga e Velden, 2003). De acordo com Ahgren (2003), a fragmentação sucessiva da prestação de cuidados de saúde resulta de três causas principais:

- A descentralização da prestação centrada nos prestadores de primeira linha que agem de forma independente;
- A subespecialização dos cuidados de saúde desenvolvida a partir das preferências dos produtores (critérios de oferta), devido sobretudo ao avanço da ciência médica, onde os profissionais adquirem cada vez mais conhecimentos especializados em cada área e vêem diminuir o seu conhecimento e prática multidisciplinar. Esta situação tem como consequência lógica a falta de com-

preensão para o facto da prestação de cuidados nem sempre requerer melhores profissionais, mas um melhor funcionamento do sistema (conjunto de elementos interligados entre si com o mesmo propósito);

- Princípio de organização profissional, onde os enfermeiros, médicos e outros profissionais actuam no sentido de tratar o doente, assumindo a responsabilidade individual pelos actos realizados. Neste tipo de cultura organizacional, atingir objectivos globais comuns tem baixa prioridade.

Estes factores individualmente e conjuntamente contribuíram para o funcionamento autónomo da prestação de cuidados de saúde. A fragmentação é um obstáculo à coordenação de actividades, uma vez que os cuidados de saúde são prestados por diferentes funções e raramente um único elemento responde por todo o processo de forma integral (Ahhren, 2003). As consequências desta situação para os agentes do mercado poderão ser brevemente resumidas no *Quadro I*.

A fragmentação, por outro lado, contraria o princípio de que as organizações de saúde não são concorrenciais entre si, devendo denotar, pelo contrário, preocupações de articulação, de integração e de complementaridade (Reis e Costa, 1985).

O Relatório do Institute National of Medicine dos EUA subordinado ao tema «*Crossing the quality Chasm: A new health system for 21st Century*» (2001) refere a impossibilidade de continuar a prestar melhores cuidados de saúde baseados exclusivamente no aumento de competências técnicas, procedimentos clínicos ou inovação tecnológica. Para alcançar serviços seguros, eficientes, efectivos, oportunos, com equidade e centrados no cidadão deverá

**Quadro I**  
**Consequências da fragmentação da estrutura de oferta de cuidados de saúde**

Agentes	Consequências
Pagador	Perda de eficiência Promoção da doença Frac coordenação
Prestador	Responsáveis exclusivamente pela sua intervenção Cultura própria Organização preferencial
Consumidor	Falta de acessibilidade Desorientação no sistema Perda de qualidade assistencial Falta de perceptividade

existir um esforço na consolidação e harmonização. Também a OMS menciona a este nível, que existe a necessidade de combater a actual fragmentação da prestação de cuidados de saúde de forma a orientar o sistema para as necessidades dos utentes, definindo prioridades e gerindo os recursos. Destaca, igualmente, a importância de caminhar no sentido de uma integração dos sistemas de saúde, onde a promoção da saúde, o diagnóstico, tratamento e reabilitação devam ser etapas encaradas como uma interligação contínua de cuidados de forma a obter ganhos em saúde (Delnoij, Klazinga e Velden, 2003).

A necessidade de reequacionar o modo de intervenção das organizações prestadoras com o intuito de evitar descontinuidades na prestação (Reis, 2005), reduzir a sua fragmentação actual e aumentar a eficiência (Contandriopoulos *et al.*, 2003) deverão constituir um desígnio estratégico.

Em Portugal, esta necessidade encontra-se presente desde há alguns anos conforme se pode conferir no texto introdutório do estatuto do SNS (DL n.º 11/93 de 15 de Janeiro) em 1993: «*A tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se não só incorrecta do ponto de vista médico mas também geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo. Daí a criação de unidades integradas de cuidados de saúde — unidades de saúde —, que hão-de viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais. A indivisibilidade da saúde, por um lado, e a criteriosa gestão de recursos, por outro, impõem a consagração de tal modelo, em que radica um dos aspectos essenciais da nova orgânica do Serviço Nacional de Saúde*».

### 3. A integração de cuidados de saúde

#### 3.1. Definição de integração

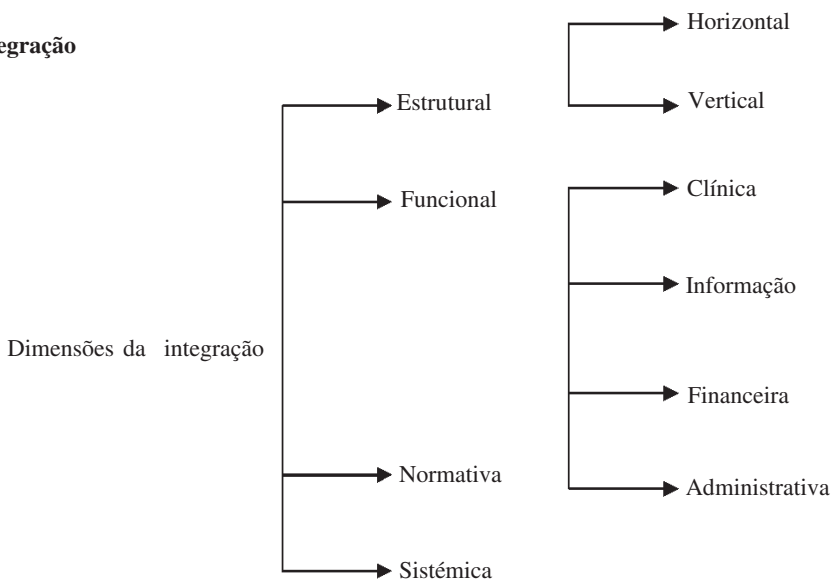
Etimologicamente, o verbo integrar provém do latim «integer» (inteiro) e o seu significado sugere uma acção ou movimento onde diferentes partes se fundem num todo (Koogan, 1978). Em termos genéricos, a integração é um processo que envolve a criação e a manutenção ao longo do tempo de uma estrutura comum entre os parceiros (e organizações) independentes com o propósito de coordenar<sup>2</sup> a sua interdependência<sup>3</sup> no sentido de permitir o funcionamento conjunto no âmbito de um projecto colectivo (Contrandriopoulos *et al.*, 2003).

O conceito de integração pode ser encarado através de diferentes dimensões, cuja lógica taxonómica não é consensual na literatura internacional. Propõe-se

<sup>2</sup> A Coordenação representa a mão visível que controla as relações entre os elementos do sistema. De acordo com Alter e Hage (1993) a coordenação deve garantir três pressupostos: todos os meios (recursos, serviços, competências) se encontram disponíveis; o acesso a todos os serviços e bens gerados pela organização está garantido; e os vários elementos interagem de forma harmoniosa ao longo do tempo. A coordenação implica a regulação dos intervenientes na produção, no sentido de proporcionar uma melhor interligação funcional. Envolve a criação de planos terapêuticos comuns que integrem os diferentes inputs do processo, incluindo os profissionais médicos, enfermeiros, utentes, famílias para obtenção de um objectivo comum (Stille *et al.*, 2005).

<sup>3</sup> Diz-se que estamos perante uma relação de interdependência quando nenhum elemento (individuais ou organizacionais) domina todos os recursos e/ou técnicas para resolver determinado processo, existindo uma necessária complementaridade entre os diferentes elementos.

**Esquema 1**  
**Dimensões da integração**



então uma organização conceptual que considera a existência de quatro dimensões básicas: estrutural, funcional, normativa e sistémica.

### 3.2. Dimensão estrutural

Diz-se que estamos na presença de um processo de integração estrutural quando os elementos que constituem a estrutura organizacional do sistema sofrem alterações no sentido da modificação dos organigramas individuais das entidades que constituem a nova estrutura, sendo alteradas responsabilidades, relações de comando e controlo, poder hierárquico (Byrne e Ashton, 1999; Conrad e Shortell, 1996a). A integração horizontal ou vertical no seu estado puro são exemplos característicos desta dimensão.

Encontramo-nos perante um processo de integração horizontal, quando uma única entidade é responsável pela gestão de organizações que prestam o mesmo nível de cuidados de saúde (Devers *et al.*, 1994; Grone e Garcia-Barbero, 2001). Esta entidade resulta de uma fusão entre duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) que são substitutos próximos. Os objectivos que norteiam este processo consubstanciam-se essencialmente pela tentativa de conseguir gerar economias de escala e poder de mercado (ascendente-fornecedores-melhores condições de abastecimento e descendente-clientes-melhor serviço).

A integração horizontal dominou o mercado norte-americano durante a década de 70 e voltou a conquistar popularidade na década de 90, alargando o seu escopo da actividade, ganhando dimensão (Sobczak, 2002). No nosso país, a criação de centros hospitalares ou de agrupamentos de centros de saúde são exemplos típicos do movimento de integração

horizontal em estruturas de oferta de cuidados de saúde.

A evolução histórica diz-nos que em termos processuais a integração horizontal precede a integração vertical, uma vez que permite criar as condições de mercado (maior poder de mercado, efeito escala traduzido no domínio dos canais de distribuição) para obter ganhos de eficiência.

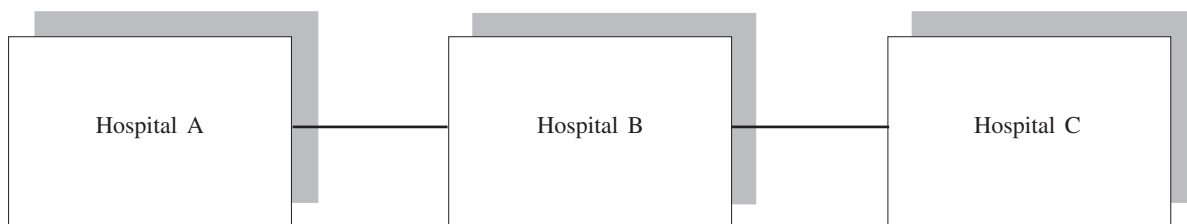
Porém, a tipologia mais saliente e discutida no âmbito dos movimentos de integração organizacional, por vezes mesmo confundida com o próprio conceito genérico, é a integração vertical que pode ser definido à luz de várias ciências (Contandriopoulos *et al.*, 2003).

Assim, de entre os vários conhecimentos que utilizam e aplicam o conceito de integração vertical, destaca-se para a presente problemática a definição económica do termo: diz-se que estamos na presença de integração vertical quando uma organização detém o controlo de pelo menos duas organizações sendo que pelo menos uma delas utiliza como *input* o *output* da outra (Samuelson, 1988).

Próxima é também a sua definição no âmbito da estratégia organizacional, que entende a integração vertical como a execução de várias funções da cadeia operacional sob a égide de uma só empresa, inversamente, a desintegração vertical ocorre quando diferentes organizações são responsáveis pela execução de actividades distintas (Freire, 1998).

Aplicado ao sector da saúde, o termo integração vertical é utilizado para designar um conjunto relativamente lato de movimentos e mudança (Byrne e Ashton, 1999). A integração vertical consiste na criação de uma única entidade gestora (propriedade e controlo) de duas ou mais entidades que prestam serviços em diferentes níveis de cuidados no intuito de melhorar o estado de saúde geral de uma popula-

#### Esquema 2 Integração horizontal



Adaptado de Conrad e Shortell (1996a).



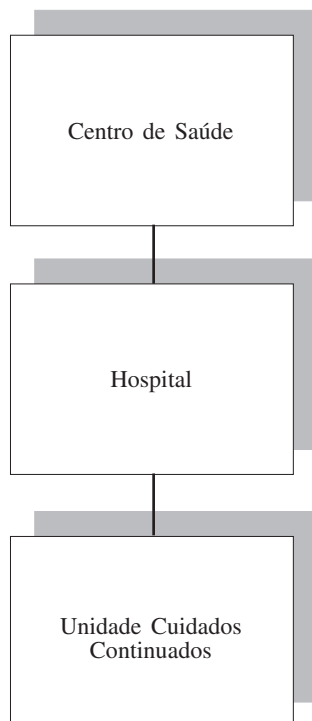
ção num determinado contexto regional geo-demográfico (Brown e McCool, 1986; Conrad e Shortell, 1996a; Byrne e Ashton, 1999; Wan, Lin e Ma, 2002). Na prática, a integração vertical é um mecanismo onde uma entidade é responsável por todos os elementos do *continuum* de cuidados (Mick *et al.*, 1993; Lifton, 1996) ao longo dos diferentes níveis de cuidados de saúde — primários, hospitalares e continuados (Conrad e Dowling, 1990; Shortell, Morrison e Friedman, 1990; Devers *et al.*, 1993; Brown e McCool, 1986; Grone e Garcia-Barbero, 2001). No limite, diz-se que estamos na presença de uma integração completa quando um sistema de prestação de cuidados de saúde é capaz de prestar todos os serviços a todos os utentes que se apresentam a esse mesmo sistema (Brown e McCool, 1986). O conceito OMS de integração vertical (Grone e Garcia-Barbero, 2001) considera a agregação de *inputs*, a prestação, e a gestão dos serviços relacionados com a prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação do estado de saúde. É um termo sinónimo dos serviços relacionados com o acesso, a qualidade, a satisfação do utente e da eficiência.

Existe também outra definição mais ampla para a integração vertical em cuidados de saúde, que se refere à interligação entre as funções de produção e de vendas, como acontece sobretudo no mercado norte-americano, onde a estrutura de oferta de cuidados contempla, para além da produção integrada de serviços, a sua venda, através da função seguradora (Shortell *et al.*, 1993; Zimba, 1998). Organizações como as Health Maintenance Organizations (HMO), Independent Practitioner Associations ou Preferred Provider Organizations (PPO) são exemplos da gestão conjunta entre o serviço prestado e comercializado. A este respeito, Stahl (1995) argumenta que a função seguradora é a mais importante de uma organização integrada, derivando tal facto da colocação de todo o sistema sob o desígnio de um risco contratual.

Sumariando, as condições concomitantes para podermos reconhecer a existência de um contexto de integração vertical são as seguintes:

- Quem: uma entidade única, responsável pelo estado de saúde;

**Esquema 3**  
**Integração vertical**



Adaptado de Conrad e Shortell (1996a)

- Onde: num espaço geográfico (regional) delimitado (Brown e McCool, 1986);
- Objecto: uma determinada população (Contandriopoulos *et al.*, 2003);
- O quê: coordenar em rede os elementos que fazem parte do sistema;
- Como: através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados;
- Porquê (*rationale*): para garantir uma prestação de cuidados de saúde com maior eficiência, qualidade e satisfação ao utente no sentido de acrescentar valor ao processo de produção e gerar ganhos em saúde para a população.

Pode também encontrar-se, sobretudo nos países do Norte da Europa, a utilização do conceito de integração vertical num sentido mais abrangente que ultrapassa as fronteiras do sector da saúde *stricto sensu*. A coordenação das actividades desenvolvidas pelos diversos sectores sociais que de alguma forma influenciam e podem determinar a condição de saúde das populações como é o caso da educação ou das autoridades municipais também pode ser entendida como sinónimo de integração, neste caso particular, dos serviços prestados à comunidade. Em Portugal, o conceito de integração de cuidados no âmbito do programa de Cuidados Continuados também contempla a conjugação das intervenções de saúde e de apoio social, assente numa avaliação e planeamento de intervenção conjuntos (Decreto-Lei n.º 101/2006).

### 3.3. Integração funcional

A integração funcional consiste na coordenação, comunicação e cooperação efectiva das funções e actividades básicas desenvolvidas nas unidades operacionais do sistema de produção através da prestação de cuidados de saúde com valor para o utente (Gillies *et al.*, 1993; Shortell *et al.*, 1993; Sobczak, 2002). Esta dimensão é uma componente fundamental da integração vertical, pois sem a coordenação entre as diferentes unidades e prestadores dificilmente se atingirão as potenciais vantagens, ganhos de eficiência ou se reduzirão custos (Byrne e Ashton, 1999).

Comparativamente com a dimensão estrutural da integração, esta realidade é mais difícil de ser alcançada e de ser medida, nomeadamente «*porque se torna mais fácil juntar as peças do que fazer com que elas funcionem juntas*». Por outro lado, apesar da lógica estratégica assim o indicar, a integração funcional não implica necessariamente uma integração estrutural, uma vez que os elementos organiza-

cionais ou individuais podem manter a sua independência mas criar interligações funcionais tendentes a garantir maior consistência na gestão de um episódio de doença, partilhando a responsabilidade por um problema colectivo (Contandriopoulos *et al.*, 2003).

Os mecanismos utilizados pela dimensão funcional no sentido de promover a coordenação entre as actividades/funções desenvolvidas pelas organizações em saúde, poderão, entre outros, passar pela:

- Criação de programas de gestão de doença;
- Partilha de planos de actividades e de orçamento;
- Partilha de procedimentos administrativos;
- Integração dos dados clínicos;
- Implementação de sistemas de comunicação;
- Gestão de casos (*case management*);
- Formação de equipas interdisciplinares;
- Programas de formação envolvendo os diferentes profissionais médicos;
- Criação de sistemas de referenciação dos doentes.

A integração funcional é constituída basicamente pela integração clínica (contribui para a efectividade da prestação de cuidados de saúde), pela integração da informação, pela integração financeira e pela integração ao nível administrativo. Sobretudo as primeiras três dimensões são a verdadeira rede de suporte funcional de uma organização (clínica, financeira, informação) que pretende caminhar para uma realidade integrada, pois permitem a criação/desenvolvimento de mecanismos tendentes a suportar/melhorar o funcionamento conjunto do sistema, com especial enfoque nas suas interligações.

#### 3.3.1. Integração clínica

A evolução do conhecimento científico e o conseqüente incremento da complexidade ao nível do tratamento clínico tornou impossível o processamento de toda a informação por parte de um único profissional, resultando este avanço processual na necessidade de recorrer à especialização e coordenação de procedimentos entre médicos pertencentes a diferentes níveis de cuidados e/ou dentro do mesmo nível de prestação através de coordenação multidisciplinar (Stille *et al.*, 2005). O carácter multiproducto da prestação de cuidados de saúde alarga esta constatação também a outras actividades desenvolvidas no âmbito do *continuum* de produção, como os cuidados de enfermagem, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica ou mesmo dos cuidados auxiliares e de apoio logístico e administrativo.

Neste sentido, uma das dimensões de um processo de integração envolve necessariamente a coordenação de práticas clínicas em torno de problemas específicos de saúde de cada doente de uma forma sustentável (Contandriopoulos *et al.*, 2003). Por outras palavras, devem ser garantidos os serviços prestados pelos vários profissionais, em vários locais ou organizações ao longo do tempo, de acordo com as necessidades específicas de cada utente segundo um determinado nível de conhecimento e tecnologia disponível. Convém igualmente referir que cada episódio de doença deve ser encarado separadamente, as etapas percorridas ao longo da vida são consideradas *outputs* finais e não intermédios de uma cadeia de produção ininterrupta (Clement, 1988).

Contrariamente ao que porventura seria primariamente admissível, segundo Zuckerman, Kaluzny e Ricketts (1995), as verdadeiras vantagens da integração vertical (sobretudo ao nível da redução de custos) advêm fundamentalmente da sua capacidade de integração clínica e não da dimensão funcional administrativa traduzida em economias de escala ou escopo. Trata-se da dimensão mais importante de integração, porque é através dela que se conseguem prestar cuidados mais custo-efectivos com qualidade (Devers *et al.*, 1994).

A integração clínica pode então ser entendida como o grau de coordenação da prestação de cuidados de saúde no que respeita às funções, actividades e unidades operativas de um sistema, sendo constituída por seis componentes base (Devers *et al.*, 1994):

- O desenvolvimento de protocolos clínicos;
- A uniformidade e acessibilidade aos registos médicos;
- A recolha e utilização de resultados clínicos;
- O esforço de programação e a planificação clínica;
- A partilha dos serviços clínicos de suporte;
- A partilha das linhas de produção clínicas.

A necessidade de gestão clínica da diversidade dos produtos ou conjunto de produtos homogéneos das unidades prestadoras de cuidados de saúde conduz a novas soluções organizacionais baseadas em linhas de produção de serviços (Parker *et al.*, 2001). As linhas de produção de serviços clínicos podem ser definidas como uma família de disposições organizacionais baseados no *output* em substituição do tradicional *input* (Charns e Tewksbury, 1993), constituindo desta forma uma resposta genérica ao nível da organização coerente e racional das tarefas e responsabilidades.

A forma de agrupamento de linhas de produção por significância clínica poderá ser conceptualizada,

segundo Parker *et al.* (2001), de acordo com três critérios:

- A gestão de doenças;
- Por segmentos populacionais específicos;
- Por procedimento ou intervenção.

As linhas de produção por doença constituem um mecanismo que contribui para se atingir a integração clínica entre as unidades operacionais do sistema de prestação (Shortell *et al.*, 1993). A sua «formalização» deu origem ao conceito de *disease management*, que entre nós ficou conhecido como «gestão da doença». A gestão da doença consiste na gestão e prestação de cuidados a uma população que se encontra em risco ou à qual já foi diagnosticada uma determinada doença, através de um sistema integrado compreensivo, que utiliza as melhores práticas clínicas, tecnologia de informação e outros recursos (Boston Consulting Group, 1993). Trata-se de uma abordagem mais centrada no doente para a provisão de todas as componentes de cuidados que este necessita, eliminando a perspectiva fragmentada, autónoma e parcial da actual estrutura de oferta de cuidados de saúde (Powell, 2000).

A gestão da doença detém um foco pró-activo de longo prazo em segmentos populacionais, substituindo a tradicional reactividade dos episódios de tratamento (Harvey e Depue, 1997). Os componentes da gestão da doença integram standards e protocolos específicos por doença, dirigidos sobretudo aos utentes com maior risco e maior potencial de gerar resultados clínicos e financeiros adversos (Harvey e DePue, 1997).

Esta alteração deverá provocar uma redefinição estratégica de uma gestão centrada no ciclo de tratamento para fases anteriores como a promoção da saúde e a prevenção da doença (Galvin, 1995), pois dessa forma evitar-se-ão maiores consumos posteriores permitindo simultaneamente controlar o acesso, os consumos e os custos globais (Conrad e Dowling, 1990). De entre os mecanismos de integração de cuidados mais reconhecidos, para além da gestão da doença, destacam-se também a formação de equipas multidisciplinares, a criação de um processo clínico único (permite a disponibilização da informação clínica ao longo do tempo, a interpretação dos resultados dos tratamentos realizados e captura os dados clínicos), a programação e planeamento das altas, a existência de programas de referenciação, a necessária informação ao consumidor, implementação de programas de qualidade e a formação médica contínua e treino em serviço (Shortell *et al.*, 1993).

Um dos mecanismos identificados por Shortell *et al.* (1993), como crítico para o sucesso da integração ao

nível clínico, é o funcionamento de equipas multidisciplinares (a complementaridade de actuação entre diferentes especialidades profissionais) e interdisciplinares (a definição e assunção de objectivos comuns, orientadores das actuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados) podendo ser horizontal (profissionais do mesmo nível de prestação) ou vertical (profissionais de diferentes níveis de prestação).

As equipas formadas pelos diferentes profissionais envolvidos no processo de *continuum* de doença (médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos, etc.) têm o propósito comum de produzir um conjunto compreensivo de serviços clínicos. A sua performance desenvolve-se a partir da existência de mecanismos que auxiliam na coordenação das competências e técnicas efectuadas por cada elemento de forma a gerarem valor ao longo da cadeia de produção (Contandriopoulos *et al.*, 2003). Neste capítulo, o envolvimento dos profissionais de saúde é fundamental, visto que os seus contributos individuais não são encarados como mais valias se não funcionarem numa lógica conjunta e harmonizada (Ackerman, 1992; Galvin, 1995).

Por outro lado, tal como referem Katzenbach e Smith (1993), a formação de equipas multidisciplinares, funcionalmente cruzadas, permitem responder melhor aos problemas de saúde de cada indivíduo e contribuem para elevar o grau de conhecimento das organizações. Donohoe *et al.* (1999) salientam a importância do papel dos médicos especialistas na formação dos seus colegas de clínica geral e no desenvolvimento do conhecimento (investigação). Também o envolvimento dos médicos generalistas na prestação de cuidados especializados geram a prestação de cuidados com mais custo-efectividade e melhor qualidade (Ayanian *et al.*, 2002; Christakis *et al.*, 2001; Starfield, 1994). Ambas as situações fazem prever que, no futuro, os profissionais de saúde tenham um espectro de actuação mais amplo e muito provavelmente serão chamados a resolver um maior número de situações diferentes (Williams, 1992).

Para que seja possível a criação de equipas dotadas de competências múltiplas, com uma capacidade de resposta superior aos problemas de saúde, numa perspectiva de integração clínica, pressupõe-se a existência de proximidade geográfica entre os elementos de um sistema e dos serviços de prestação (Conrad e Dowling, 1990; Parker *et al.*, 2001). A viabilidade da integração clínica depende igualmente dos instrumentos e facilidades proporcionadas pela integração funcional da unidade (Contandriopoulos *et al.*, 2003).

Muito importante enquanto mecanismo de integração clínica é também o processo de referenciação médica

entre prestadores de primeira e segunda linha, uma vez que um bom processo de referenciação melhora a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados (Gandhi *et al.*, 2000). Uma vasta literatura é descrita por Harold, Field e Gurwitz (1999) que realizam um resumo dos padrões e resultados dos cuidados prestados entre clínicos gerais e especialistas.

Referindo vários estudos anteriores, Donohoe *et al.* (1999) aludem ao facto de as taxas de referenciação individual variarem significativamente entre clínicos gerais, situação que indica a incerteza relativamente ao nível adequado da prática de referenciação. Segundo os mesmos autores, um processo de referenciação inadequada entre níveis de cuidados pode gerar uma perda de qualidade assistencial em dois sentidos:

- Sub-referenciação, significa que não foi realizado o procedimento de referenciação quando a complexidade e/ou severidade do doente assim o exigiam, situação que pode originar indicações terapêuticas perigosas para o utente e tratamentos custo-inefectivos;
- Sobre-referenciação, que consiste na indicação inapropriada de referenciação entre diferentes níveis de cuidados, quando a situação poderia ser resolvida pelos prestadores de primeira linha. Os clínicos gerais podem não realizar todos os esforços para evitar a referenciação, não ponderando as mais valias para o utente desse procedimento (Jenkins, 1993). Esta situação pode desaguar na fragmentação dos cuidados prestados, na repetição desnecessária de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, numa perigosa poli-prescrição medicamentosa, na confusão e isolamento dos doentes e mesmo numa quebra de motivação por parte dos clínicos gerais na actualização de conhecimento. Uma má referenciação pode conduzir a redundância de consultas, exames e testes de diagnóstico originando consequentemente um aumento evitável dos custos globais (Gandhi, 2000).

Um estudo de Jenkins (1993) menciona uma maior percentagem de erros na referenciação de casos médicos do que cirúrgicos. Esta situação pode ser justificada pela frequência de procedimentos definitivos que se podem encontrar nos casos cirúrgicos por um lado, e pela necessidade de auxílio no diagnóstico nos casos médicos por outro (significa que existe algum grau de incerteza associado).

Apesar de se reconhecer *a priori* que uma boa referenciação envolve a transferência de informação clínica em ambas as direcções (clínicos gerais para especialistas e vice-versa), existindo um consenso

generalizado entre profissionais sobre o conteúdo das cartas de referência — a declaração do problema, a medicação utilizada e a razão da referência (Gandhi, 2000) — a taxa óptima de referência continua a ser desconhecida, sobretudo devido:

- Ao facto dos mesmos médicos com taxas de referência similares poderem variar a sua decisão de referência em diferentes situações (Jenkins, 1993);
- À maior parte dos estudos existentes centrarem-se nas taxas de referência e não nas razões da referência;
- Aos clínicos gerais e especialistas frequentemente discordarem sobre quais as situações de referência que poderão ser evitadas (Donohoe *et al.*, 1999).

### 3.3.2. *Integração da informação*

A integração de cuidados de saúde pode não revestir um carácter exclusivamente físico, antes pelo contrário, existe todo um suporte virtual que é fundamental para garantir uma coordenação efectiva do trabalho realizado, sendo a informação entendida neste contexto como um dos recursos mais importantes de qualquer organização. Esta verdade é potenciada em sistemas complexos integrados como encontramos no sector da saúde. Shortell *et al.* (2000) referem que a ausência de sistemas de informação pode considerar-se mesmo uma barreira à integração, na medida em que a sua preponderância para o processo é fundamental no seu sucesso.

A falta de informação completa (registo médico histórico incluindo todos os serviços que foram prestados) relativa ao utente, de acordo com Grone e Garcia-Barbero (2001), pode causar problemas em contextos de prestação de serviços fragmentados, entre os quais se destacam o aumento das listas de espera e a possível duplicação de procedimentos que originam gastos adicionais evitáveis. De forma antagónica, as potencialidades habitualmente associadas aos sistemas de informação tais como a criação de automatismos funcionais ou a conectividade entre os diferentes elementos do sistema podem contribuir decisivamente para o processo de integração vertical (Williams, 1992). Conforme se pode observar no estudo de Coile (1995), um sistema de informação integrado é a chave para uma gestão clínica eficiente. A integração da dimensão informação pode ser definida pela interligação automatizada de toda a actividade desenvolvida, com recurso a tecnologias de informação que possibilitem coligir, tratar e analisar dados e informação, no sentido de garantir um pro-

cesso de tomada de decisões estratégicas e operacionais com o menor grau de risco associado e consequentemente potenciar a criação de valor e conhecimento para a organização e seus clientes.

Um dos processos críticos referidos pela literatura no que concerne aos sistemas integrados de prestação no sector da saúde prende-se com a necessidade de existência de um processo clínico electrónico por doente. Este gera a possibilidade de centralização de todos os dados necessários numa única entidade — processo clínico — que suportado em ferramentas de tecnologias de informação pode reproduzir o novo conceito de cadeia de produção (e de valor) centrado no *continuum* e no acompanhamento do doente ao longo do processo de produção. Esta realidade representa uma evolução inevitável para a gestão mais eficiente e efectiva da interligação e coordenação dos elementos organizacionais.

Para além de garantir um registo rigoroso (quantidade e qualidade) de toda a actividade realizada, um sistema de informação em contextos integrados deve igualmente atender às diferentes necessidades de informação dos seus utilizadores situados em distintos níveis de decisão organizacionais (estratégico, intermédio e operacional). Assim, a identificação das necessidades de informação é fundamental para o desenho e implementação de um sistema de informação em contexto de integração (Galvin, 1995).

A integração na dimensão de informação pode constituir um precioso auxílio na coordenação entre elementos físicos, humanos, técnicos, sendo mesmo encarada por alguns autores como uma condição fundamental para o processo de integração vertical sem a qual não é possível garantir as restantes dimensões funcionais, particularmente a clínica e a financeira. Trata-se do suporte tecnológico que conectado com o doente permite a incorporação dos dados clínicos (processo clínico), financeiros (custos e proveitos) e administrativos, garantindo que independentemente do local onde seja realizada a prestação de cuidados de saúde a informação se encontre disponível (Harvey e DePue, 1997). As suas enormes potencialidades permitem mesmo transformar os sistemas de informação em veículos da própria mudança organizacional, podendo assumir-se como uma vantagem competitiva para as unidades prestadoras (Duffy, 1996).

### 3.3.3. *Integração financeira*

A realidade de um contexto integrado de prestação de cuidados de saúde conduz à responsabilidade pela saúde global de uma determinada população. Neste sentido, gerir um doente passa não só pela manuten-

ção ou aumento do seu bem estar geral, mas também por garantir as intervenções mais custo-efectivas possíveis, isto porque, apesar dos objectivos *not profit* das nossas organizações de saúde, a verdade é que o desenvolvimento estratégico e operacional, a capacidade de renovação ao nível dos ciclos de exploração e investimento dependem da sua sustentabilidade económico-financeira.

No âmbito da prestação integrada de cuidados de saúde, surge então também o desafio de gerir financeiramente os diferentes elementos constituintes da organização como um todo. Conjuntamente com a integração clínica e de informação, encerra a trilogia essencial para garantir o sucesso e a coerência da integração funcional da organização.

Em termos conceptuais, a integração financeira corresponde à coordenação das actividades desenvolvidas na obtenção regular e oportuna de recursos financeiros necessários ao funcionamento da organização, bem como à maximização de rendibilidade desses mesmos recursos ao longo do *continuum* de doença.

A visão global da organização traduzida financeiramente em instrumentos (demonstrações financeiras) comuns de apoio dá coerência a nível macro e tenta eliminar as barreiras naturais da possível organização tradicional funcional baseada na especialização do trabalho, ou seja, a gestão financeira é um poderoso instrumento que pode promover o abandono da lógica fragmentada e individualizada de ganhos parciais resultantes da interpretação exclusiva dos resultados de uma unidade. A título meramente exemplificativo, pode-se referir que o efeito substituição entre um doente atendido em ambulatório relativamente ao internamento representa em termos directos uma perda de receita, mas numa lógica de eficiência económica, em contexto de financiamento por capitação, pode constituir um ganho substancial para a unidade integrada (Young e Barrett, 1997) e para o doente.

Com a integração vertical deverá proceder-se a uma alteração de enfoque, que se direccionará não sobre os recursos necessários para tratar um doente (variáveis de oferta), mas nos recursos que um doente necessita para ser tratado (variável de procura), ou seja, o elo de ligação a acompanhar e a gerir ao longo da produção deverá ser em primeira instância o doente — os recursos são necessários porque existem doentes.

Da necessária interligação entre processo clínico como estrutura e sistemas de informação como suporte/veículo, torna-se crucial proceder à valorização de cada etapa do processo de produção de forma a se conseguir, em todo o momento, conhecer os custos associados ao doente.

A mudança da actual filosofia de gestão financeira nas organizações de saúde originada por um movimento de integração vertical acarretará também, necessariamente, uma alteração ao nível das metodologias de apuramento de custos actualmente implementadas em contextos de funcionamento organizacional não integrado, onde predomina a informação financeira centrada em departamentos, serviços ou natureza de custos.

A lógica de acompanhamento do doente ao longo de todo um *continuum* de doença exigirá que a determinação dos custos que lhe estão associados se centre nos doentes e nas suas doenças. Se esta prática é dificultada pela complexa cadeia de produção de cuidados de saúde, constituída por um conjunto relativamente vasto de *inputs*, também é certo que no caso da sua concretização, permitirá:

- Diminuir o risco, através desta dimensão acompanhamos os consumos esperados ao longo do processo de produção, reduzindo a incerteza (e o risco) presente na relação entre produtor e consumidor. Por outro lado, o maior controlo sobre todo o processo de produção permite também disseminar o risco financeiro entre as diversas etapas;
- Uma decisão produtiva mais informada e racional entre linhas de produção que permitam a utilização de bens substitutos como, por exemplo, entre internamento e ambulatório. A condição de maximização (proveitos vs custos) mantém-se numa perspectiva integrada, mas as variáveis implícitas (factores de produção) são mais alargadas quantitativa e qualitativamente;
- Uma melhor gestão financeira, mais específica e próxima do doente, possibilitando que os recursos sejam canalizados para outras finalidades como a formação ou a investigação (custos de oportunidade de recursos ineficientes).

Inicialmente, o processo de integração acarreta intrinsecamente alguns problemas ao nível da sua dimensão financeira, entre os quais se destaca a predominância da componente hospitalar enquanto geradora de receitas e de capacidade orçamental (factor escala) no seio de uma organização integrada. A tentativa de obter vantagens financeiras a curto prazo pode potenciar a tendência natural para um enfoque erróneo nos cuidados especializados, investindo em técnicas diferenciadas e geradoras de lucro numa perspectiva de pagamento pela produção. Recorde-se que a condição de maximização presente neste contexto integrado não é baseada no volume de produção mas de acordo com a melhoria obtida no estado de saúde da população.

### 3.3.4. Integração administrativa

A tarefa do gestor do doente não é exclusivamente clínica, outras dimensões requeridas como contactos com entidades externas ou actividades de carácter administrativo também são de necessário desenvolvimento, não poucas vezes consumidoras de esforço efectivo recompensado por pouco valor acrescentado no resultado final (Stille *et al.*, 2005).

Apesar de constituir uma dimensão cujos resultados são habitualmente menos visíveis quando comparados com as outras componentes da dimensão funcional da integração, a uniformização de procedimentos administrativos entre as diferentes unidades funcionais de um sistema integrado é um factor de referência que contribui para a solidificação de uma cultura organizacional vocacionada para o alcance de metas comuns.

Inserem-se também nesta dimensão a centralização dos procedimentos logísticos: de compras, aprovisionamento, transportes, farmácia, etc... que poderão, dependendo da dimensão do sistema, gerar economias de escala e consecutivamente ganhos de eficiência. Estes ganhos, apesar de serem obtidos no curto prazo, são limitados no seu volume e numa perspectiva evolutiva.

### 3.4. Integração normativa

Quando a integração é reduzida a um conjunto de procedimentos e normas escritas conhecidas por todos os elementos que a constituem, estamos na presença de um movimento de integração normativa. Esta dimensão permite a uniformidade de procedimentos internos e o estabelecimento de um sistema de referência de valores comuns (Contandriopoulos *et al.*, 2003).

Através da integração normativa, podem então ser criados complexos sistemas organizacionais e interorganizacionais onde as diferentes partes se dispõem a realizar as várias tarefas, alcançadas não exclusivamente via a existência de um «chapéu» organizacional, mas através de outras formas de interdependência inter-organizacional como *joint-ventures*, contratos formais, parcerias ou acordos de afiliação (Sobczak, 2002). A forma jurídica do acordo bem como a variedade de questões contratuais e legais no âmbito da integração vertical assumem assim um papel muito importante na definição do compromisso mútuo entre os elementos que integram a organização de saúde (Coddington, Moore e Fisher, 1996). Dependendo da fórmula jurídica escolhida, poderão surgir organizações integradas «virtualmente» onde é mantida a sua identidade jurídica através de um con-

junto de acordos e protocolos que formam uma rede funcional com interesses e alguns objectivos comuns (Zimba, 1998). Em termos conceptuais puros, esta forma de integração não poderá, no entanto, ser considerada *per si* como integração de cuidados de saúde, uma vez que pode existir sem se verificar uma gestão comum dos elementos constituintes.

### 3.5. Integração sistémica

O estado de arte da gestão de organizações de saúde conduz-nos a entender a sua estrutura como um sistema, composto por vários elementos que, através do seu funcionamento conjunto harmonioso, beneficiam de sinergias para alcançar um determinado objectivo comum, num determinado contexto ambiental (Kast e Rosenzweig, 1979). Esta definição baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida nas décadas de 40 e 50 por Ludwig von Bertalanffy que procurou perceber a organização sistémica do mundo biológico.

Habitualmente aplicada às organizações hospitalares, a perspectiva sistémica das organizações, suas características e propriedades predominantes são replicáveis e potenciadas em contextos de integração vertical no sector da saúde:

- a) As características fundamentais de qualquer sistema assentam na existência de elementos, na sua relação, seu objectivo comum e envolvimento num determinado contexto meio-ambiental: o processo de integração vertical baseia-se exactamente na coordenação de vários elementos (prestadores de cuidados de saúde — numa acepção mais ampla podem considerar-se também as entidades seguradoras ou outras organizações não pertencentes ao sector da saúde) que fortalecem a sua interligação através de um objectivo comum, a manutenção ou melhoria do estado de saúde das populações. Também o meio-ambiental que partilham é semelhante, quer pelo sistema onde se encontram integradas, quer pelo carácter eminentemente regional que assumem;
- b) Holismo, homeostase e retroacção: entende-se holismo pela não interpretação do resultado final como a soma das partes, isto é, devem existir sinergias resultantes da interacção entre os elementos do sistema que consigam garantir algo mais do que a soma dos resultados individuais ( $2 + 2 = 5$ ). O entendimento de cadeia de valor em saúde e uma coordenação do *continuum* entre diferentes níveis de cuidados contribui efectivamente para eliminar a interpretação individual de

resultados parcelares promovendo a lógica holística do desempenho global enquanto conjunto integrado gerador de sinergias (Young e Barrett, 1997).

A homeostase é a tendência que todos os organismos e organizações têm de se auto-regularem, isto é, de retornarem a um equilíbrio estável e dinâmico após alguma perturbação ou influência externa. A maior flexibilidade, resultante de uma gestão ao longo de todo o *continuum* por parte de um sistema integrado, garante uma maior capacidade de adaptação a novos contextos, factores e desafios ambientais externos. Por sua vez, a retroacção é o mecanismo que fornece informações relativas ao desempenho passado ou presente de uma organização. É através da retroacção que se obtêm as informações necessárias para fazer o ajustamento contínuo do sistema (Chiavenato, 1987). Só através de um sistema integrado de prestação, onde se controlam todas as etapas do processo de produção, se consegue avaliar os resultados finais e

proceder de uma forma dinâmica às correcções necessárias para garantir uma aplicação do ciclo de qualidade nas organizações de saúde.

A partir deste enquadramento teórico, foi desenvolvida a abordagem contingencial das organizações e da sua gestão, que se baseia no pressuposto de que a organização é um sistema composto por vários sub-sistemas, sendo concomitantemente delimitada por um supra sistema ambiental envolvente com o qual interage.

Shortell e Kaluzny (2006) referem uma tendência evolutiva dos sistemas de saúde à luz de um conjunto de novos paradigmas que importa salientar no âmbito dos 5 sub-sistemas organizacionais identificados por Katz e Kahn (1976): dos objectivos, finalidades e valores, o técnico, o psicossocial, o estrutural e o de gestão. Conforme se verifica no *Quadro II*, o processo de integração de cuidados de saúde de saúde pode constituir uma poderosa solução para responder aos novos desafios preconizados pelos autores em causa.

## Quadro II Mudança de paradigma nos sub sistemas organizacionais

Definição	Antigo paradigma	Novo paradigma
Sub-sistema técnico ou de produção inclui o conhecimento necessário para a realização das tarefas, incluindo também as técnicas utilizadas na transformação do <i>inputs</i> em <i>outputs</i> .	Maximização da produção eficiente Especialização do trabalho <i>Outputs</i> por nível de cuidados Actos médicos sem continuidade	Maximização da eficiência Especialização em contexto de multidisciplinariedade do conhecimento Cadeia de Valor Interdependência de actos
Sub-sistema psicossocial, incorpora a interacção entre indivíduos e grupos, seus comportamentos, motivações, relações, dinâmica e influência para o sistema.	Trabalho individual Incentivos financeiros distintos	Integração em equipas multidisciplinares Programa de incentivos uniformes
Sub-sistema estrutural contempla as formas e que as tarefas organizacionais se dividem (diferenciação) e como se coordenam (integração).	Baseado em departamentos e serviços Determinado pelas preferências dos produtores	Programas de doença Organização Matricial Determinado pelas necessidades dos consumidores
Sub-sistema de finalidades, objectivos e valores: a razão de ser das organizações, é o interface entre a organização e o exterior.	Ênfase nos cuidados agudos Tratamento de doenças Responsabilidade pelos indivíduos	Ênfase no <i>continuum</i> de cuidados Manutenção do bem-estar Responsabilidade por uma população
Sub-sistema de gestão: responsável por todos os sub-sistemas organizacionais, dando-lhe coerência e sentido comum.	Enfoque nas organizações Enfoque nos recursos estruturais, produtividade (taxa de ocupação) e eficiência interna	Enfoque nas interligações, na coordenação dos elementos e na rede de prestação para a adequar às necessidades

Adaptado de Shortell e Kaluzny (2006).



### 3.6. A integração do sistema de produção

O movimento de integração, sobretudo tipo vertical, provoca uma alteração da estrutura de oferta que implica uma mudança significativa na forma de encarar a gestão da prestação de cuidados de saúde a todos os níveis, mormente motivada por alterações de carácter produtivo.

A integração vertical nos serviços de saúde é um instrumento, não um resultado (Coddington, Moore e Fisher, 1996), cujo principal objectivo reside no aumento do grau das interligações (coordenação) entre as diferentes etapas do processo de produção (Conrad e Dowling, 1990; Clement, 1988). É na concentração da gestão dessas interligações que poderão surgir os benefícios da integração vertical, através do fortalecimento das conexões entre os parceiros inseridos no sistema organizacional que funcionam conjuntamente num projecto colectivo.

Sabendo à partida que a produção de cuidados de saúde de cada nível de prestação implica um sistema de produção altamente diverso e complexo — motivado por um conjunto de características específicas do mercado da saúde (de oferta e procura) — o grau de dificuldade de gerir um processo de integração de cuidados cresce significativamente. Resulta esta constatação não só pelo maior número de elementos e de interligações a gerir, mas sobretudo pela alteração registada ao nível do processo de produção: a integração vertical no sector da saúde pode ser entendida como uma forma de estruturar todo o sistema de produção sob a responsabilidade de uma única entidade organizacional que deverá contemplar todas as actividades necessárias à melhoria do estado de saúde dos doentes (Byrne e Ashton, 1999).

A diferença entre o objecto e o objectivo subjacentes a este processo consiste no facto da integração vertical pretender contribuir para a melhoria do estado de saúde dos utentes, utilizando para o efeito a gestão da interligação entre as suas diferentes etapas para o conseguir.

A lógica de produção integrada pressupõe que os produtos ou serviços gerados anteriormente por cada um dos níveis de cuidados passem a constituir um produto intermédio do *continuum* de doença, caso haja lugar a múltiplos contactos entre os diferentes níveis de prestação no mesmo episódio. O produto final deixa de ser um doente saído de internamento ou um episódio de consulta em ambulatório, para um pacote de serviços (mais amplo) que resulta da integração das etapas de produção. Num sistema integrado de serviços de saúde, os utentes podem movimentar-se entre os diferentes níveis de cuidados, sem necessariamente seguir uma trajectória linear, cuja entidade

responsável pela sua saúde é a mesma (Brown e McCool, 1986; Clement, 1988).

Nesta realidade, não podemos afirmar que as unidades prestadoras de cuidados de saúde têm como produto final o bem «saúde», uma vez que seria sinónimo de não contemplar a significância crítica da não standardização do *input* e da incerteza (risco) presente na prestação de cuidados. A hereditariedade, a prévia morbilidade, e/ou as comorbilidades são razões para justificar que os mesmos procedimentos produtivos possam não gerar necessariamente os mesmos resultados (Clement, 1988), devendo ser geridos numa perspectiva de coordenação.

O fomento da interdependência entre os níveis de cuidados suscitado pela integração da função produção encontra-se estritamente conectado com o conceito de cadeia de valor, que pode ser definida como o conjunto de actividades desenvolvidas para desenhar, produzir, promover, distribuir um determinado produto representando a sequência relacional dos processos de produção de uma organização (Porter, 1985).

A necessidade de cada acto/actividade acrescentar valor à sua cadeia de produção (ou cadeia de produção de valor) permite de acordo com Foreman e Roberts (1991), ser aplicada a um sector cujo serviço seja um *continuum*. Em saúde, a cadeia de valor é sinónimo do *continuum* dos cuidados prestados e inclui não só os serviços de prestação directa de cuidados mas também as actividades de suporte.

A aplicação prática deste conceito nas organizações de saúde resulta da necessidade dos serviços e bens incorporados na cadeia de produção deverem contribuir para a geração de valor global do *output* final. A realização de determinada análise clínica, a prescrição de um medicamento ou a decisão de internar ou não um doente são actos que apenas deverão ser executados se acrescentarem valor ao processo de produção.

A perspectiva interna da gestão da produção é apenas uma das suas componentes. Mormente motivado por factores associados ao financiamento, o «novo» sistema de produção exige das organizações integradas uma maior atenção para a gestão da procura (variáveis externas), no sentido do seu estudo casuístico, suas características de severidade, seus determinantes de saúde, pois se, em rigor, em esquemas de pagamento pela produção, mais volume significa mais receitas, em modelos capitationais, mais volume significa menos lucro (Shortell *et al.*, 1993). O desenvolvimento de sistemas de ajustamento pelo risco e de modelos de avaliação de desempenho das organizações constituem duas peças fundamentais para a criação de valor em saúde (Porter, 2006).

### 3.7. Potencialidades da integração vertical

O processo de integração vertical de cuidados de saúde traduz uma actuação que intrinsecamente detém algumas potencialidades tendentes a justificarem a sua utilização enquanto instrumento de gestão em organizações prestadoras de cuidados de saúde. De uma forma não hierarquizada, resumem-se de seguida alguns dos objectivos perseguidos/potenciais ganhos proporcionados pela integração de cuidados de saúde:

*Poder de mercado:* com o alargamento do escopo das actividades desenvolvidas anteriormente, emerge de forma natural uma estrutura ampliada com maior poder de intervenção no mercado, que se traduz numa vantagem negocial face aos parceiros externos — sobretudo fornecedores —, seja no ciclo operacional de exploração, seja na capacidade de recurso ao capital (condições mais vantajosas) (Brown e McCool, 1986; Foreman e Roberts, 1991; Wheeler *et al.*, 1999; Wan, Lin e Ma, 2002).

Esta capacidade permite também ao nível da gestão interna responder de uma forma mais célere e flexível a alterações dos condicionalismos externos, visto que o domínio de todo o processo de produção permite um impacto com efeitos mais profundos e mais abrangentes das decisões tomadas.

*Qualidade assistencial:* ao existir uma organização vocacionada para os problemas de saúde, tentando evitá-los e resolvê-los de uma forma coordenada, inter e multidisciplinar, com facilidade de comunicação ascendente e descendente, fluidez na disponibilização da informação e existência de protocolos e *guidelines* de actuação técnica standardizada assiste-se a uma redução do risco de má prática clínica. Através da integração consegue-se reduzir a variação clínica, os erros médicos e consequentemente incrementar os padrões de qualidade assistencial (Coddington, Moore e Fisher, 1996; Stille *et al.*, 2005).

Para além de uma maior responsabilidade colectiva (trabalho em equipa), o desenvolvimento do trabalho de uma forma multidisciplinar permite uma permanente formação onde a troca e partilha de conhecimento interpares eleva o *know-how* individual e necessariamente a sua capacidade de resolução dos problemas de saúde dos utentes. Assim, conseguem-se organizações mais dotadas, mais preparadas e mais evoluídas, parâmetros que permitem incrementar a qualidade assistencial aos consumidores.

*Focalização no utente:* com um sistema de prestação integrado, entende-se a produção como um processo

contínuo mais centrado nas necessidades dos consumidores (suas doenças) do que nos prestadores (nas especialidades e serviços de saúde). Esta mudança permite responder melhor às especificidades e características individuais de cada utente através de processos de ajustamento pelo risco (severidade da doença, a sua morbilidade e comorbilidade).

Por outro lado, as características holísticas da organização permitem criar um sentimento de unidade que transparece como um holograma para o utente, onde a interligação e coordenação entre os diferentes níveis de prestação não deverá ser percebido pelos clientes. A facilidade de acesso a uma única entidade, sem fronteiras identificáveis, reduz o sentimento de desorientação característico do consumidor de cuidados de saúde. Desta forma, conseguir-se-á atingir um maior grau de satisfação por parte dos utentes que pode, em larga escala, criar *outputs* sociais altamente valorizados para a comunidade que serve (Wheeler *et al.*, 1999), beneficiando a dicotomia relacional entre organização prestadora e consumidores de cuidados de saúde.

*Promoção do bem-estar:* as realidades integradas são conectadas com sistemas de financiamento de base capitacional, situação que conduz a uma prioridade de actuação ao nível das fases primárias de doença, onde são privilegiadas as actividades relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença.

A mudança de paradigma dos actuais sistemas de saúde centrados no tratamento da doença é provocada por um novo *core business* centrado na manutenção do bem estar geral da população. Com uma nova realidade organizacional, deve-se caminhar para uma visão integrada onde o objectivo não é resolver especificamente determinada situação de doença, mas contribuir para um melhor estado de saúde global do indivíduo (Byrne e Ashton, 1999).

*Disseminação do risco de negócio:* é alcançado pela «não colocação de todos os ovos no mesmo cesto», isto é, com o domínio do processo de produção pelos diferentes níveis de cuidados de saúde poderemos utilizar a subsidiarização cruzada entre as actividades desenvolvidas ao longo do *continuum*. Em termos práticos, significa que poderemos sustentar uma linha não eficiente através de outras mais eficientes.

A *redução dos custos de transacção* pode ser encarada a dois níveis: na vertente do esforço dispendido na comunicação externa de cada nível produtivo; ou na vertente em que são evitadas ou eliminadas as transferências (etapas) entre níveis de cuidados.

A *redução dos actos e procedimentos desnecessários* ao longo do processo de produção é considerada uma das justificações mais salientes das estruturas integradas. O carácter multiproduto do bem saúde e a complexidade inerente ao processo produtivo (por razões de oferta e procura de cuidados) potencia naturalmente a repetição de actos e procedimentos ao longo da cadeia de valor de sistemas de prestação não integrados.

A consideração do processo de produção ao longo de todo o *continuum* permite, antagonicamente, a realização de actividades que evitam a repetição de actos já realizados anteriormente, isto porque existem registos históricos integrados que permitem a uma equipa multidisciplinar a planificação e programação conjunta de toda a actividade a desenvolver (Clement, 1988; Ackerman, 1992; Brown e McCool, 1986; Cody, 1996).

A disponibilidade de um processo clínico único integrado, onde co-exista informação financeira e clínica potencia os ganhos obtidos nesta realidade. Aqui, as decisões de produção são ponderadas para que apenas sejam efectuados os actos ou procedimentos que acrescentem valor para o consumidor. Por exemplo, a prescrição de determinado fármaco ou a realização de um exame complementar de diagnóstico diferenciado são decisões que deverão ser ponderadas no contexto global do processo de produção e na possível mais valia gerada para o consumidor.

A *redução das actividades mais dispendiosas* pode ser conseguida através de duas estratégias: ou pela aplicação de tecnologia substitutiva de ambulatório só possível num contexto estrutural integrado de apoio robusto e coordenação das actividades; ou pelo controlo do processo de produção centrado nos prestadores de primeira linha que potenciará a racionalidade de utilização de cuidados através da incorporação de critérios de custo-efectividade na abordagem a situações de doença.

Conrad e Dowling (1990) referem que os ganhos de eficiência não se centram tanto ao nível dos custos unitários, mas na relação de utilização de *inputs* entre as diferentes etapas da prestação de cuidados, através da substituição do uso menos dispendioso das modalidades de tratamento dos doentes agudos, através do aumento de promoção e prevenção ou da utilização de cuidados ambulatoriais.

*Economias de escala*: através da coordenação dos vários níveis de cuidados e um aumento significativo de poder de penetração no mercado, poderão surgir economias de escala (administrativas e/ou clínicas) resultantes do crescimento da produção em termos quantitativos e qualitativos. Esta potencialidade permite melhorar os níveis de eficiência económica via

redução do custo da unidade de produção e simultaneamente rentabilizar a capacidade tecnológica instalada. Tipicamente, conseguem-se atingir economias de escala em fenómenos de integração horizontal de cuidados de saúde.

*Minimização de conflitos*: A gestão conjunta de dimensões tão significativas e críticas para a gestão de organizações de saúde, como a sua produção, financiamento e avaliação de desempenho, potencia um alinhamento estratégico e operacional comum das etapas do *continuum* que uma boa articulação entre diferentes níveis de cuidados de saúde dificilmente conseguirá alcançar. A gestão autónoma das entidades responsáveis pela prestação de serviços de saúde nas diferentes etapas de produção pode proporcionar divergências estratégicas, competição por recursos comuns ou perdas de qualidade assistencial (desresponsabilização pelo *output* produzido).

### 3.8. Aspectos organizacionais da integração de cuidados

Por motivos relacionados com a estrutura de mercado da saúde (oferta, procura e bem), as suas organizações predicam particularidades e especificidades que lhe conferem um elevado grau de complexidade na sua gestão face a outras organizações ditas «convencionais» (Butler, 1995, Rocha, 1997). Se o grau de complexidade da gestão organizacional individual é elevado, este parâmetro ainda se torna mais problemático quando encaramos a função prestação como integrante de um sistema que deve gerir todo o conjunto de organizações nos diferentes níveis de cuidados.

Um dos aspectos centrais na gestão de unidades que prestam cuidados de saúde é a definição das suas funções, responsabilidades e incentivos ao nível interno (Daft, 1998). A forma como estas atribuições se encontram dispostas na organização é habitualmente traduzida num organigrama e vulgarmente conhecida como a sua estrutura organizacional. Segundo Williams (1992), um bom desenho da estrutura organizacional não garante o sucesso mas um mau impede-o.

De acordo com Leatt, Shortell e Kimberly (2000), a estrutura organizacional é uma realidade dinâmica e evolutiva que pode sofrer influências, quando: a organização atravessa problemas ao nível dos resultados obtidos; existe uma alteração do contexto externo; são criadas novas linhas de produtos ou serviços; ou há uma mudança na liderança da organização.

Da aplicação da teoria da contingência às organizações, resulta a necessidade destas lidarem simulta-

neamente com a diferenciação e integração do trabalho desenvolvido. A diferenciação passa pela necessária divisão do trabalho em funções específicas e a integração pela coordenação das diferentes unidades operacionais ou funções (Charns e Tewksbury, 1993). Para representação dos diferentes desenhos organizacionais utilizados pelas unidades prestadoras na tradução do seu processo de produção — *continuum* de cuidados —, Charns e Tewksbury (1993) identificam a escala que pode ir de um desenho funcional a um desenho por programa de doença.

O desenho divisional é a forma organizacional mais tradicional e próxima da que existe actualmente nos hospitais portugueses, onde são formadas unidades de acordo com a natureza das especialidades (eminentemente) médicas ou cirúrgicas. Com este desenho organizacional consegue-se descentralizar a tomada de decisões e garantir um elevado grau de autonomia clínica.

Por sua vez, o desenho matricial envolve a implementação de mecanismos de coordenação lateral e fluência de informação na organização. Baseia-se num sistema de autoridade duplo, por programa e por função. O *Esquema 5* reflecte esta forma organizacional, aplicado à doença psiquiátrica.

Diz-se que estamos na presença de um desenho por programa ou por linha de produto quando existe um responsável pela gestão de um produto ou grupo de

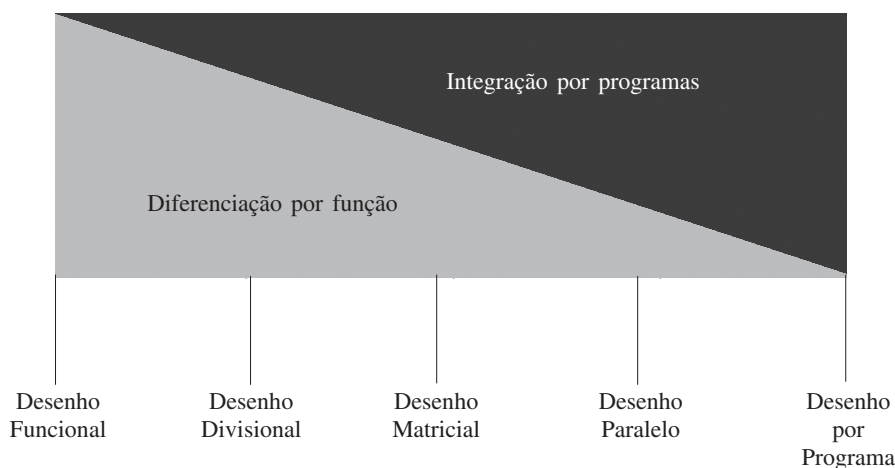
produtos. Na prática trata-se de um centro de responsabilidades, com custos e proveitos associados, onde devem ser considerados os recursos disponíveis e a sua coordenação funcional em torno de determinado problema de saúde. É a forma organizacional predominante em sistemas integrados como é o caso da Kaiser Permanente.

Um dos aspectos fundamentais desta forma organizacional é a escolha dos produtos que integram, de forma agrupada, determinado programa. Similaridades relacionadas com a sua natureza de produção, tecnológicas, de mercado, de distribuição ou de utilização de recursos (sobretudo humanos) poderão constituir critérios que darão coerência à lógica de formação dos programas oferecidos por uma unidade prestadora de cuidados de saúde. Segundo Leatt, Shortell e Kimberly (2000) os programas mais comuns poderão ser: cardiologia, oncologia, reabilitação, promoção da saúde, abuso de substâncias, cuidados da mulher e da criança e cuidados continuados.

Os factores críticos de sucesso de uma estrutura organizacional assente em programas de saúde são (Leatt, Shortell e Kimberly, 2000):

- A gestão de um sistema de informação que interligue dados clínicos, financeiros e de produção por doente;
- Bom sistema de contabilidade que permita desagregar custos e proveitos de forma a serem

**Esquema 4**  
Estrutura organizacional de unidades prestadoras de cuidados de saúde



Adaptado de Shortell e Kaluzny (2006) e Parker *et al.* (2001).

correctamente imputados às respectivas unidades;

- Suporte em áreas como o planeamento, *marketing* e finanças;
- Existência de sistemas de incentivos que encorajem a inovação e o risco;
- Envolvimento dos profissionais no processo de produção dirigido ao consumidor;
- Alinhamento entre autoridade e responsabilidade;
- Capacidade de comunicação entre diferentes unidades operacionais e flexibilidade para o trabalho em equipas multidisciplinares.

### 3.9. Grau de integração

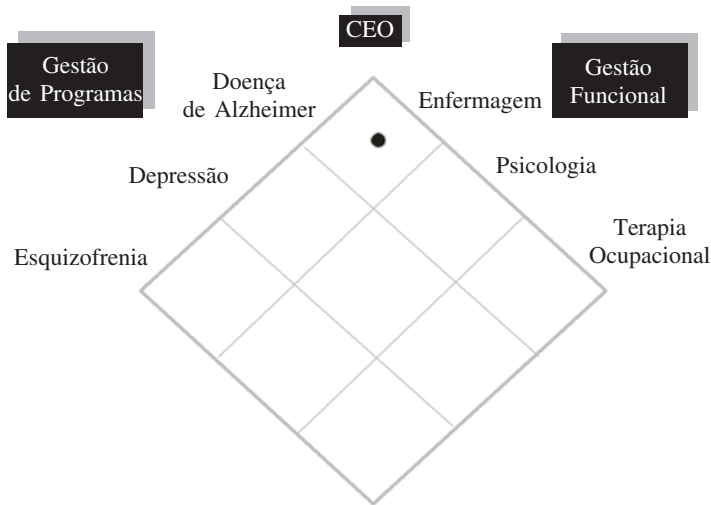
Uma das questões frequentes no âmbito da integração vertical prende-se com o grau de integração das organizações que prestam cuidados de saúde.

Deste tema resultam duas perguntas pragmáticas:

- Qual o grau óptimo de integração para determinada realidade?
- Qual o grau de integração actual de determinada organização?

#### Esquema 5

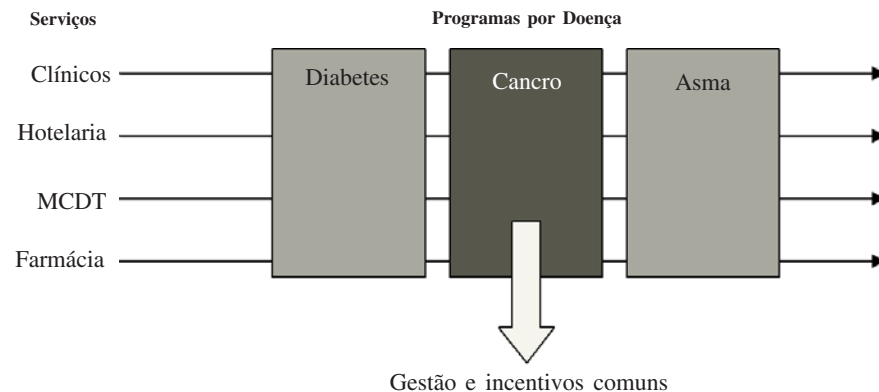
Desenho matricial da organização de um Programa de Gestão da Doença Psiquiátrica



Adaptado de Shortell e Kaluzny (2006).

#### Esquema 6

Exemplo da organização de Programas de Gestão da Doença



Adaptado de Piro e Doctor (1997).

No que respeita à primeira questão, pode afirmar-se que o movimento de integração deve ser implementado até ao ponto onde não existam mais ganhos em saúde para a população mediante um determinado nível de eficiência económica e técnica ou vice-versa. A este respeito, Rocha (1997) afirma que a integração deve realizar-se até ao momento em que esta se possa fazer sem excessos, adiantando também que a integração completa é uma dimensão não alcançável pelos esquemas densos, impenetráveis e complexos que as soluções integradas acabam por gerar. De acordo com Brown e McCool (1986), dificilmente face à complexidade das organizações prestadoras se atingirão plenos graus de integração. No mesmo sentido, Galvin (1995) considera que ainda nenhuma organização atingiu uma integração completa.

Se é possível saber até onde se pretende ir, porém, a decisão de integrar não é uma simples decisão binomial de um ou zero, extrema, mas envolve um balanço entre os níveis intermédios de integração (Conrad e Dowling, 1990). A assunção de que não existem soluções perfeitas nem modelos puros detém de forma inerente a necessidade de existência de uma escala gradativa que permita classificar o grau de integração das organizações de saúde.

Foram realizados diversos estudos, abordando várias perspectivas (estrutura, processos e resultados), que tentaram estipular o grau de integração das organizações prestadoras de cuidados de saúde (Burns *et al.*, 2001; Shortell *et al.*, 2000; Devers *et al.*, 1993; Hérber e Veil, 2004).

A este nível, destaca-se o modelo específico desenvolvido por Ahgren e Axelsson (2005) para medição da integração funcional, cujas fases são representadas pelos seguintes graus:

- *Completa segregação*: não existe nenhuma espécie de integração entre unidades e serviços, o seu funcionamento é autónomo e independente;
- *Interligação*: diz-se que estamos na presença desta fase de integração quando existe uma boa comunicação entre profissionais e uma adequada referência de doentes para as devidas unidades no tempo certo. As diferentes unidades reconhecem quem é responsável por cada unidade. O exemplo prático de presença de Interligação é a existência de *guidelines* que descrevam quais os procedimentos a realizar e por quem;
- *Coordenação em rede*: apesar de se tratar de um grau de integração mais estruturado, continuamos nesta realidade a deter unidades autónomas, habitualmente as que já existiam antes do movimento de integração. Neste grau, pretende-se coordenar os diferentes serviços de saúde através da partilha

de informação e simultaneamente gerir o processo de transição entre diferentes unidades de produção. Habitualmente não existem, no entanto, gestores destas redes. As «cadeias de cuidados» são exemplos deste grau de integração;

- *Cooperação*: trata-se de um grau de integração semelhante à Coordenação em Rede, mas difere deste no que respeita à alocação de gestores de cada uma das redes existentes. Consegue-se identificar em cada uma das redes quem é o seu responsável, mantendo, no entanto, as diferentes unidades existentes;
- *Integração completa*: significa que os recursos de diferentes unidades são dispostos de forma a gerar apenas uma unidade responsável pela gestão dos recursos no seu conjunto criando desta forma uma nova organização.

O grau de integração entre organizações pode, de acordo com os autores, variar entre a completa segregação e a integração completa. O grau de integração atribuído pela aplicação desta escala não é sinónimo do óptimo funcionamento do *continuum*, porque na verdade uma interligação entre unidades pode obter melhores resultados do que uma integração completa.

### 3.10. Barreiras à integração vertical de cuidados de saúde

Apesar das potencialidades inerentes ao processo de integração, a verdade é que de uma forma geral os estudos apresentados sobre os resultados da integração de cuidados, produzidos sobretudo nos EUA, não são conclusivos (Tjerbo e Kjekshus, 2005). Se encontramos evidência que poderá aduzir algum ceticismo associado ao movimento de integração, como são os casos dos estudos de Conrad e Dowling (1990), Cody (1996), McCue e Lynch (1987), Walston, Kimberly e Burns (1996) ou Shortell (1988), também o estudo de Feachem, Sekhri e White (2002), por outro lado, evidenciou as vantagens comparativas do exemplo mais proeminente de prestação de cuidados integrados nos Estados Unidos, a Kaiser Permanente face ao NHS inglês: neste estudo concluiu-se que o sistema norte-americano conseguiu atingir uma melhor performance ao mesmo custo, utilizando-se como possíveis factores explicativos a real integração de cuidados, a tecnologia de informação utilizada, as condições concorrenciais de mercado e um superior nível de custo-efetividade nos tratamentos hospitalares.

Importa também salientar que muitos estudos sobre o impacto da coordenação na prestação de cuidados limitaram a sua amostra a doentes onde é evidente

uma única doença, opção que limita a sua capacidade de demonstração da coordenação na obtenção de *outcomes* em saúde com necessidades complexas (Stille *et al.*, 2005). O mesmo autor propõe a realização de estudos que incluam uma ou mais comorbilidades em doentes crónicos para detecção do valor da coordenação de cuidados.

As principais dificuldades sentidas nos processos de integração vertical de cuidados que poderão ter influenciado alguns argumentos menos favoráveis foram identificadas por Shortell *et al.* (2000) e resumem-se:

- Na falha de interpretação do novo *core business* originado pelas realidades integradas. Durante a primeira metade da década de 90, a prioridade da American Hospital Association foi a mudança de paradigma nos serviços prestados até então, devendo ser redireccionado para a prestação de cuidados centrada na rede de cuidados à comunidade (Anderson, 1992). Sistemas integrados de prestação como a Kaiser Permanente, Mayo, Geisinger, Lovelace ou Scott & White consideram que a sua expansão da rede de cuidados primários uma das estratégias mais importantes da última década (Coddington, Moore e Fisher, 1996).

O novo enfoque estratégico, sobretudo direccionado para os cuidados de primeira linha em detrimento da utilização de cuidados diferenciados que exigem mais consumos e técnicas diferenciadas, não foi compreendido nem executado por muitas HMO que, conseqüentemente, não se conseguiram afirmar neste novo contexto. A alteração da prioridade estratégica, agora centrada nos cuidados de primeira linha é um aspecto extremamente difícil de concretizar, uma vez que o hospital continua a ser encarado pelos diferentes actores do sistema como uma «*cash cow*» (Young e Barrett, 1997).

Se anteriormente, mais produção significava mais lucro, em ambientes integrados com pagamento capicional, mais produção significa mais recursos e mais custos empregues.

Por outro lado, algumas HMO concentraram esforços estratégicos, erradamente, sobretudo nas dimensões administrativas que permitiram obter ganhos imediatos oriundos da geração de economias de escala e de uma maior capacidade negocial, mas que foram limitados no tempo. As verdadeiras dimensões de integração, aquelas que se prendem com as dimensões funcionais, foram também as mais difíceis de colocar em prática.

- Na resistência provocada pelas diferentes culturas organizacionais das unidades que integraram a

nova organização. As unidades integradas surgiram historicamente da agregação de diferentes organizações prestadoras de cuidados de saúde, não tiveram origem em novas realidades sem histórico. Neste contexto, a realidade integrada contempla todo o conjunto de culturas e valores provenientes das anteriores formas organizacionais, que naturalmente devem ser adaptadas a uma nova situação. Os aspectos culturais são os mais difíceis de transformar e alterar, pelo que as diferenças existentes nem sempre conviveram de forma pacífica e conciliadora.

- À proximidade polar existente entre as organizações. Naturalmente, a integração vertical de cuidados de saúde ocorre numa perspectiva geográfica de proximidade. As organizações que constituíram novas realidades integradas formaram-se a partir de outras instituições que anteriormente se situavam geograficamente próximas e que se habituaram a concorrer entre si por recursos humanos, técnicos ou mesmo orçamentais.

Esta situação, aliada a um grau de desconfiança inicial, conduziu a posturas que enveredaram por uma competição pelos recursos disponíveis em detrimento de estratégias de partilha e concertação. Também a posse de informação privilegiada sobre cada realidade individual foi utilizada em benefício próprio, não permitindo uma cooperação mútua.

- À desigualdade relativa existente entre instituições. Outra das barreiras identificadas ao nível da integração vertical deveu-se aos problemas criados com a agregação de organizações com diferentes dimensões estruturais. Os processos de integração em termos históricos partiram da iniciativa hospitalar (Shortell *et al.* 2000). Uma das conseqüências decorrentes desta situação foi a «*guerrilha*» constante habitualmente proporcionada pelas entidades com menor dimensão, reivindicando a perda do controlo dos processos de gestão e produção ou a discriminação não preferencial ao nível orçamental. Esta postura, para além de contrariar o prosseguimento dos objectivos genéricos da instituição, dificulta a operacionalização das estratégias definidas no sentido da obtenção de ganhos comuns.

#### 4. Conclusão

Os constrangimentos proporcionados pela actual estrutura de oferta de cuidados de saúde e os problemas provocados pela constante e cada vez mais rápida evolução dos sistemas de saúde geram uma

combinação relativamente complexa de desafios aos gestores das organizações de cuidados de saúde. Pretendeu-se com o presente trabalho discutir alguns aspectos relacionados com uma solução organizacional integrada que poderá constituir uma resposta para alguns desses desafios. A integração de cuidados de saúde é um tema que reúne cada vez mais atenção, motivada pelas suas enormes potencialidades onde predomina a centralização no utente que permite obter uma prestação com melhor qualidade assistencial sendo simultaneamente promotora de eficiência técnica e económica. A criação de novos Centros Hospitalares, Agrupamentos de Centros de Saúde e de Unidades Locais de Saúde são exemplos dos movimentos de integração que se estão a desenvolver no nosso país.

A criação desta nova realidade implica uma alteração profunda e radical na forma como encaramos a gestão de organizações de saúde com impactos significativos no planeamento estratégico, na estrutura organizacional ou mesmo no processo de produção.

Uma das mudanças mais significativas introduzidas pelos processos de integração vertical baseou-se no redireccionamento das estratégias das instituições prestadoras de cuidados de saúde. A gestão conjunta de prestadores de primeira e segunda linha com responsabilidades comuns no estado de saúde de uma determinada população conduz a uma aposta estratégica nas fases primárias em detrimento de intervenções mais diferenciadas e dispendiosas.

A integração vertical de cuidados de saúde pode atingir várias dimensões, donde se destacam a estrutural, a funcional, a normativa ou a sistémica. A este nível importa reter três conclusões principais:

- A actual estrutura de oferta de cuidados organizada da sua forma tradicional, fortemente especializada e departamentalizada, não se encontra bem posicionada para lidar com um processo de integração vertical que requer programas multi e interdisciplinares;
- A dimensão mais importante — onde é possível identificar um maior potencial de ganho —, e mais difícil de ser alcançada, é a funcional. As suas componentes clínicas, de informação e financeira constituem a base do processo de integração, sem estas se encontrarem implementadas não podemos falar de uma «plena integração». A dimensão administrativa, habitualmente reconhecida como geradora de vantagens assentes na geração de economias de escala, deve constituir uma dimensão de prioridade secundária, uma vez que se caracteriza pela obtenção de ganhos limitados no tempo e pouco significativos;

- A dimensão normativa é a de mais fácil concretização, visto que apenas é necessária a sua instrumentalização legal.

A alteração do processo de produção provocado pelos processos de integração vertical de cuidados parece tender para uma maior capacidade de criação de valor, motivado em grande medida pela capacidade de gestão do *continuum* de doença assente em novas estruturas organizacionais donde se destacam os programas de gestão da doença.

Por último, importa também salientar que a integração vertical de cuidados de saúde não foi, nem é, um processo consensual. Nem todas as iniciativas obtiveram sucesso, nem o sucesso esperado, motivado substancialmente pela presença de algumas barreiras que são possíveis de identificar na literatura, entre as quais se destacam a falha na interpretação do novo *core business*, a proximidade polar dos elementos constituintes, as diferentes culturas organizacionais que necessitam de ser conciliadas, a tendência para a competição pelos recursos ou a desigualdade relativa das dimensões estruturais das diferentes instituições que compõem as realidades integradas.

## □ Bibliografia

- ACKERMAN, K. III — The movement toward vertically integrated regional systems. *Health Care Management Review*. 17 : 3 (1992) 81-88.
- AHGREN, B. — Chain of care development in Sweden : results of a national study. *International Journal of Integrated Care*. 3 : 7 (2003) 1-8.
- AHGREN, B.; AXELSSON, R. — Evaluating integrated health care : a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*. 5 : 31 (2005) 1-9.
- ALTER, C.; HAGE, J. — Organizations working together. London : Sage Library of Social Research, 1993.
- ANDERSON, H. — Hospitals seek new ways to integrate health care. *Hospitals*. 66 : 7 (1992) 26-36.
- AYANIAN, J. *et al.* — Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 347 : 21 (2002) 1678-1686.
- BAZZOLI, G. *et al.* — A taxonomy of health networks and systems : bringing order out of chaos. *Health Services Research*. 33 : 6 (1999) 1683-1717.



- BECKAM, D. — Redefining work in the Integrated Delivery System. *Healthcare Forum Journal*. 38 : 3 (1995) 76-82.
- BECKAM, D. — The architecture of integration. *Healthcare Forum Journal*. 36 : 5 (1993) 56-63.
- BOSTON CONSULTING GROUP — *The Changing Environment for US Pharmaceuticals*. Boston : The Boston Consulting Group, 1993.
- BROWN, M.; McCOOL, B. — Vertical integration : exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*. 11 : 4 (1986) 7-19.
- BURNS, L. *et al.* — How integrated are integrated delivery systems? results from a national survey. *Health Care Management Review*. 26 : 1 (2001) 20-39.
- BURNS, L. *et al.* — Managed care, market stages, and integrated delivery systems : is there a relationship? *Health Affairs*. 16 : 6 (1997) 204-218.
- BURNS, L.; GIMM, G.; NICHOLSON, S. — The financial performance of integrated health organizations. *Journal of Healthcare Management*. 50 : 3 (2005) 191-212.
- BUTLER, J. — *Hospital cost analysis*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1995.
- BYRNE, M.; ASHTON, C. — Incentives for vertical integration in healthcare : the effect of reimbursement systems. *Journal of Healthcare Management*. 44 : 1 (1999) 34-46.
- CAMPBELL, S. — Questioning the integrated vision. *Health Care Strategic Management*. 16 : 10 (1998) 13-15.
- CHARNS, M. — Organization design of integrated delivery systems. *Hospital and Health Services Administration*. 42 : 3 (1997) 411-432.
- CHARNS, M.; TEWKSBUURY, L. — Collaborative management in health care : implementing the integrative organization. San Francisco : Jossey-Bass, 1993.
- CHIAVENATO, I. — *Administração de empresas uma abordagem contingencial*. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo : McGraw-Hill, 1987.
- CHRISTAKIS, D. *et al.* — Continuity and quality of care for children with diabetes who are covered by Medicaid. *Ambulatory Pediatrics*. 1 : 2 (2001) 99-103.
- CLEMENT, J. — Vertical integration and diversification of acute care hospitals : conceptual definitions. *Hospital and Health Services Administration*. 33 : 1 (1988) 99-110.
- CODDINGTON, D.; MOORE, K.; FISCHER, E. — Vertical integration : is the bloom off the rose? *Healthcare Forum Journal*. 39 : 5 (1996) 42-47.
- CODY, M. — Vertical integration strategies: revenue effects in hospital and medicare markets. *Hospital and Health Services Administration*. 41 : 3 (1996) 343-357.
- COILE, R. — The future of American health care in the post reform era. *Physician Executive*. 21 : 5 (1995) 3-6.
- CONRAD, D. *et al.* — Vertical structures and control in health care markets : a conceptual framework and empirical review. *Medical Care Review*. 45 : 1 (1988) 49-101.
- CONRAD, D.; DOWLING, W. — Vertical integration in health services : theory and managerial implications. *Health Care Management Review*. 15 : 4 (1990) 9-22.
- CONRAD, D.; SHORTELL, S. — Integrated health systems : promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*. 13 : 1 (1996a) 3-40.
- CONRAD, D.; SHORTELL, S. — Reply. *Frontiers of Health Services Management*. 13 : 1 (1996b) 57-58.
- CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* — The integration of health care : dimensions and implementation. Montreal : Groupe de Recherché Interdisciplinaire en Santé. Université de Montreal, 2003. (Working Paper).
- COSTA, C. — Os consumidores e as organizações de saúde : participação ou satisfação? In Autores — Que sistema de saúde para o futuro? : organização dos hospitais na sua relação com a sociedade. Porto : Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António, 1996.
- CURTRIGHT, J.; STOLP-SMITH, S.; EDELL, E. — Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo clinic. *Journal of Healthcare Management*. 45 : 1 (2000) 58-68.
- DAFT, R. — *Organization theory and design*. Cincinnati, OH: South-Western College Publishing, 1998.
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. D.R. Série I-A 109 (2006-06-06) 3856-3865 — Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- DECRETO-LEI n.º 11/93. D.R. Série I-A 12 (1993-01-15) 129-134 — Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- DELNOIJ, D.; KLAZINGA, N.; VELDEN, K. — Building integrated health system in central and eastern Europe : an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health system in transition. *European Journal of Public Health*. 13 : 3 (2003) 240-245.
- DEMERS, R. — The Henry Ford health system. In American Cancer Society National Conference on Purchasing Services, Chicago, Illinois, September 1997 — Current methods and models in the marketplace. Chicago : American Cancer Society, 1997. páginas
- DEVERS, K. *et al.* — Implementing organized delivery systems : an integration scorecard. *Health Care Management Review*. 19 : 3 (1994) 7-20.
- DONOHUE, M. *et al.* — Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *Journal of General Internal Medicine*. 14 : 5 (1999) 281-286.
- DUFFY, J. — Information technology needs for integrated delivery systems. *Healthcare Financial Management*. 50 : 7 (1996) 30-31.
- EVANS, R. — Incomplete vertical integration : the distinctive structure of the healthcare industry. In Van der Gagg, J.; Perlman, M., ed. lit. — *Health, Economics, and Health Economics*. Amsterdam : North Holland Publishing Company, 1981. 329-354.
- FEACHEM, R.; SEKHRI, N.; WHITE, K. — Getting more for their dollar : a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ*. 324 : 7353 (2002) 135-143.
- FEDDER, D.; DESAI, H.; MACIUNSKAITE, M. — Putting a public health face on clinical practice. *Disease Management & Health Outcomes*. 14 : 6 (2006) 329-333.
- FORD, D. — Beginnings of an integrated delivery system. *Nursing Homes*. 45 : 9 (1996) 53-54.
- FOREMAN, S.; ROBERTS, R. — The power health care value-adding partnerships : meeting competition through cooperation. *Hospital and Health Services Administration*. 36 : 2 (1991) 175-190.
- FREIRE, A. — *Estratégia Sucesso em Portugal*. Lisboa : Editorial Verbo, 1998.
- GALVIN, L. — Achieving successful integration. *Healthcare Executive*. 10 : 1 (1995) 38-39.
- GANDHI, T. *et al.* — Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of General Internal Medicine*. 15 : 9 (2000) 626-631.

- GILLIES, R. *et al.* — Conceptualizing and measuring integration : findings from the health systems integration study. *Hospital and Health Services Administration*. 38 : 4 (1993) 467-489.
- GOLDSMITH, J. — The illusive logic of integration. *Healthcare Forum Journal*. 37 : 5 (1994) 26-31.
- GREENFIELD, S. *et al.* — Patterns of care related to age of breast cancer patients. *JAMA*. 257 : 20 (1987) 2766-2770.
- GRIFFITH, J.; KING, J. — The championship management for healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*. 45 : 1 (2000) 17-31.
- GRONE, O.; GARCIA-BARBERO, M. — Integrated care : a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*. 1 : 1 (2001) 1-10.
- HAROLD, L.; FIELD, T.; GURWITZ, J. — Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *Journal of General Internal Medicine*. 14 : 8 (1999) 499-511.
- HARVEY, N.; DePUE, D. — Disease management : a continuum approach. *Healthcare Financial Management*. 51 : 6 (1997) 35-37.
- HELLINGER, F. — The impact of financial incentives on physician behaviour in managed care plans : a review of the evidence. *Medical Care Research and Review*. 53 : 3 (1996) 294-314.
- HÉRBER, R.; VEIL, A. — Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Care*. 4 : 20 (2004) 1-7.
- HUNT, R. — Overcoming barriers to integrated health delivery. *Frontiers of Health Services Management*. 13 : 1 (1996) 50-52.
- INSTITUTE OF MEDICINE — Crossing the quality chasm. A New Health System for the 21<sup>st</sup> Century Washington DC. 2001.
- JCPM — Joint Commission Performance Measurement Systems — Risk adjustment. In: Joint Commission Performance Measurement Systems. National Hospital Quality Measures Centers for Medicare & Medicaid Services — Specifications manual for national hospital quality measures. Baltimore, MD : 2006.
- JENKINS, R. — Quality of general practitioner referrals to outpatient departments : assessment by specialists and a general practitioner. *The British Journal of General Practice*. 43 : 368 (1993) 111-113.
- KAST, F.; ROSENZWEIG, J. — Organization and management : a systems and contingency approach. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill, 1979.
- KATZ, D.; KAHN, R. — Psicologia social das organizações. São Paulo : Atlas, 1976.
- KATZENBACH, J.; SMITH, D. — The wisdom of teams. New York : HarperCollins, 1993.
- KODNER, D.; SPREEUWENBERG, C. — Integrated care : meaning, logic, applications, and implications : a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*. 2 : 14 (2002) 1-6.
- KOOGAN Larousse Selecções — Dicionário Enciclopédico. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Larousse do Brasil, 1978.
- LEAPE, L. — Error in medicine. *JAMA*. 272 : 23 (1994) 1851-1857.
- LEATT, P.; SHORTELL, S.; KIMBERLY, J. — Issues in organization design. In Shortell, S., Kaluzny, A. — Healthcare management : a text in organization theory and behaviour. 4<sup>th</sup> ed. New York : Delmar, 2000. 274-306.
- LEI n.º 48/90. D.R. Série I 195 (1990-08-24) 3452-3459 — Lei de Bases da Saúde.
- LEICHSENRING, K. — Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 4 : 3 (2004) 1-15.
- LIFTON, J. — Assessing options for developing the continuum of care. *Healthcare Financial Management*. 50 : 10 (1996) 38-40.
- LIN, B.; WAN, T. — Analysis of integrated healthcare networks' performance : a contingency-strategic management perspective. *Journal of Medical Systems*. 23 : 6 (1999) 467-485.
- LONG, S.; SETTLE, R. — An evaluation of Utah's primary care case management program for Medicaid recipients. *Medical Care*. 26 : 11 (1988) 1021-1032.
- LUCENA, D.; GOUVEIA, M.; BARROS, P. — O que é diferente no sector da saúde? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 14 : 3 (1996) 21-23.
- LUKE, R.; BEGUN, J. — Permeating organizational boundaries : the challenge of integration in healthcare. *Frontiers of Health Services Management*. 13 : 1 (1996) 46-49.
- MANNING, W. *et al.* — A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *New England Journal of Medicine*. 310 : 23 (1984) 1505-1510.
- MATIAS, A. — O mercado de cuidados de saúde. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1995. (Documento de Trabalho; 5/95).
- McCUE, M.; LYNCH, J. — Financial assessment of small multihospital systems. *Hospital and Health Services Administration*. 32 : 2 (1987) 171-189.
- MICK, S. *et al.* — A horizontal and vertical integration diversification in rural hospitals : a national study of strategic activity, 1983-88. *The Journal of Rural Health*. 9 : 2 (1993) 99-119.
- MINTZBERG, H. — The structure of organizations. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1971.
- NOLAN, T.; BISOGNANO, M. — Finding the balance between quality and cost. *Healthcare Financial Management*. 60 : 4 (2006) 66-72.
- PARKER, V. *et al.* — Clinical service lines in integrated delivery systems : an initial framework and exploration. *Journal of Healthcare Management*. 46 : 4 (2001) 261-275.
- PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION — Critical challenges : revitalizing the health professions for the twenty first century : The Third Report of The Pew Health Professions Commission. San Francisco : The Pew Health Professions Commission, December 1995.
- PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION — Recreating health professional practice for a new century : The Fourth Report of The Pew Health Professions Commission, San Francisco : The Pew Health Professions Commission, December 1998.
- PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION — Reforming health care workforce regulation : policy considerations for the twenty first century : Report of the Taskforce on Health Care Workforce Regulation. San Francisco : The Pew Health Professions Commission, December 1995.
- PIRO, L.; DOCTOR, J. — Managed oncology care : the disease management model. In American Cancer Society National Conference on Purchasing Services, Chicago, Illinois, September 1997- Current methods and models in the marketplace. Chicago : American Cancer Society, 1997.
- PORTER, M. — Competitive advantage. New York : Free Press, 1985.
- PORTER, M.; TEISBERG, E. — Redefining health care creating value-based competition on results. Boston : Harvard Business School Press, 2006.

- POWELL, S. — Advance case management : outcomes and beyond. Philadelphia, PA : Lippincott Williams, Wilkins, 2000.
- PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS — Programa do XVII Governo Constitucional 2005 — 2009. [Em linha]. Lisboa : Presidência do Conselho de Ministros, 2005. [Consult. 2008-05-20] Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F-D8324A3AF401/0/ProgramaGovernoXVII.pdf>.
- RAMOS, V. — Problemas éticos da distribuição de recursos para a saúde. *Cadernos de Bio-Ética*. 6 (1994) 31-43.
- REIS, V. — Vamos reconstruir o arquipélago? *Revista Prémio*. (2005) 45.
- REIS, V.; COSTA, C. — O hospital : um sistema aberto. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 3 : 1 (1985) 11-18.
- RITZWOLLER, D. *et al.* — Creating standard cost measures across integrated health care delivery systems. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*. 2005 : 35 (2005) 80-87.
- ROCHA, J. — A estrutura do hospital : tendências. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. Documento de Trabalho.
- ROSEN, A. *et al.* — Identifying future high-healthcare users. *Disease Management and Health Outcomes*. 13 : 2 (2005) 117-127.
- SÁ, R. V. — Integração de cuidados de saúde no distrito de Castelo Branco. XIX CEAH, ENSP, 1988-1990.
- SAMUELSON, P.; NORDHAUS, W. — *Economia*. 12.<sup>a</sup> ed. New York : McGraw-Hill, 1988.
- SCHILLINGER, D. *et al.* — Effects of primary care coordination on public hospital patients. *Journal of General Internal Medicine*. 15 : 5 (2000) 329-336.
- SHAUGHNESSY, P.; HITTLE, D. — Overview of risk adjustment and outcome measures for home agency OBQI reports : highlights of current approaches and outline of planned enhancements. Denver : Center for Health Services Research. University of Colorado Health Sciences Center, September 2002.
- SHORTELL, S. — Management partnerships : improving patient care in healthcare organizations of the future. *Healthcare Management Forum*. 1 : 2 Suppl (1988) 17-20.
- SHORTELL, S. *et al.* — Creating organized delivery systems : the barriers and facilitators. *Hospital and Health Services Administration*. 38 : 4 (1993) 447-466.
- SHORTELL, S. *et al.* — Integrating health care delivery. *Healthcare Forum Journal*. 43 : 6 (2000) 35-39.
- SHORTELL, S.; KALUZNY, A. — Healthcare management : a text in organization theory and behaviour. 4<sup>th</sup> ed. New York : Delmar, 2000. 274-306.
- SHORTELL, S.; KALUZNY, A. — Health care management organization design and behaviour. 5<sup>th</sup> ed. Florence, KY : Thomson Delmar Learning, 2006.
- SHORTELL, S.; MORRISON, E.; FRIEDMAN, B. — Key requirements for success in a changing health care environment in strategic choices for America's hospitals. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1990.
- SILVA, J. M. C. — O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 1 : 2 (1983) 5-10.
- SILVA, J. M. C. — Sistema de saúde realidade e perspectiva. In *Jornadas de Administração Hospitalar*, 8, Lisboa, 5-7 Dezembro 1989 — Sistema de saúde português : perspectivas para a década de 90. Lisboa : ENSP, 1989.
- SOBCZAK, A. — Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. *International Journal of Integrated Care*. 2 : 1 (2002) 1-10.
- STAHL, D.A. — Integrated delivery system : an opportunity or a dilemma. *Nursing Management*. 26 : 7 (1995) 22-23.
- STARFIELD, B. — Primary care : balancing health needs, services and technology. Oxford : Oxford University Press, 1998.
- STARFIELD, B. — Primary care : participants or gatekeepers? *Diabetes Care*. 17 : Suplement 1 (1994) 12-17.
- STILLE, C. *et al.* — Coordinating care across diseases, settings and clinicians : a key role for the generalist in practice. *Annals of Internal Medicine*. 142 : 8 (2005) 700-708.
- TJERBO, T.; KJEKSHUS, L. — Coordinating health care : lessons from Norway. *International Journal of Integrated Care*. 5 : 2 (2005) 1-9.
- VARLEY, C. — Efficiency justifications in hospital mergers and vertical integration concerns. Chicago: Federal Trade Commission. Health Care Antitrust Forum, 1995.
- VONDELING, H. — Economic evaluation of integrated care : an introduction. *International Journal of Integrated Care*. 4 : 1 (2004) 1-10.
- VUORI, H. — Primary health care in Europe : problems and solutions. In *Annual Conference of the Japanese Society of Primary Health Care*, 6, Tokyo, 11-12 June 1983. Tokyo : Japanese Society of Primary Health Care, 1983.
- WALSTON, S.; KIMBERLY, J.; BURNS, L. — Owned vertical integration and health care : promise and performance. *Health Care Management Review*. 21 : 1 (1996) 83-92.
- WAN, T.; LIN, B.; MA, A. — Integration and the performance of healthcare networks : do integration strategies enhance efficiency, profitability, and image? *International Journal of Integrated Care*. 1 : 1 (2001) 1-7.
- WAN, T.; LIN, B.; MA, A. — Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*. 26 : 2 (2002) 127-143.
- WHEELER, J. *et al.* — Financial and organizational determinants of hospital diversification into sub-acute care. *Health Services Research*. 34 : 1 Pt 1 (1999) 61-81.
- WILLIAMS, J. — Guidelines for managing integration. *Healthcare Forum Journal*. 35 : 2 (1992) 39-47.
- WONCA — Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar). Ljubljana, Slovenia : Wonca Europa, 2002.
- YOUNG, D.; BARRETT, D. — Managing clinical integration in integrated delivery systems : a framework for action. *Hospital and Health Services Administration*. 42 : 2 (1997) 255-279.
- YUEN, E. *et al.* — Modeling risk-adjusted capitation rates for Umbria, Italy. *European Journal of Health Economics*. 4 : 4 (2003) 304-312.
- ZELMAN, W. — Price, quality, and barriers to integration. *Frontiers of Health Services Management*. 13 : 1 (1996) 43-45.
- ZIMBA, D. — Vertical versus virtual integration. [Em linha] *Physician's News Digest* (January 1998) [Consult. 2008-02-12] Disponível em <http://www.physiciansnews.com/business/198zimba.html>.
- ZUCKERMAN, H.; KALUZNY, A.; RICKETTS, T. — Alliances in health care : what we know, what we think we know, and what we should know. *Health Care Management Review*. 20 : 1 (1995) 54-64.

□ Abstract

VERTICAL INTEGRATION: DEFINITION AND ORGANIZATIONAL ISSUES

The new challenges motivated by the constant and faster evolution of environmental context demand an effective answer by health care managers. The movement towards integration of healthcare provision may constitute the organizational answer that allows facing those new and systemic challenges to health care systems around the world. Although there is no international consensus about its

potential, mainly on vertical integration, this reform can create value for the client and straightforward strategic focus on primary steps of the *continuum* of care. The vertical integration reaches its plenitude on functional dimensions, related particularly with clinical, information and financial issues. This paper provides a theoretical review of the principal aspects of vertical integration movement, its facilitators and principal barriers.

Keywords: levels of care; vertical integration, functional integration.