

os e Incerte

Relatório da Primavera 2008

Sistema de Saúde Português:

Riscos e Incertezas

tezas Risc



OPSS

Observatório Português
dos Sistemas de Saúde

Relatório de Primavera 2008

***Sistema de Saúde Português
Riscos e Incertezas***



www4.fe.uc.pt/opss

www.observaport.org

Título: Sistema de Saúde Português - Riscos e Incertezas

Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2008 - Número de páginas: 270

Autor: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

<http://www4.fe.uc.pt/opss/>

<http://www.observaport.org>

Editor: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

Avenida Dias da Silva, 165

3004 - 512 Coimbra

Capa: Imagem concebida por Sexta Cor Soluções Gráficas & Paulo K. Moreira



ÍNDICE

SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS – RISCOS E INCERTEZAS	1
PARTE I – GOVERNAÇÃO, MUDANÇA E INOVAÇÃO	7
1. A governação do sistema	9
Evidência e resultados	9
Análise da situação económico-financeira do SNS 2006	17
Parcerias público-privadas	23
2. A governação hospitalar	29
Introdução	29
Contexto da governação hospitalar	32
Bases para a governação hospitalar em Portugal	39
Recomendações	47
3. A gestão da mudança em saúde	57
Referências teóricas para o estudo da mudança	57
Abordagens conceptuais para a análise da mudança	59
Quadro de referência síntese para a análise da mudança	68
4. Respostas inovadoras em saúde	71
Inovação em saúde	71
Banco de Inovação em saúde	77
Exemplos de inovações em saúde	82
PARTE II – O RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2007	91
1. Impactos na imprensa escrita	93

PARTE III – UM ANO DE GOVERNAÇÃO	97
1. Cuidados de saúde primários	99
Introdução	99
A reforma e seus antecedentes	105
A reforma no contexto europeu	115
Objectivos da reforma em Portugal	127
Os agrupamentos de centros de saúde	137
Unidades de Saúde Familiar - Modelo B	142
<i>Think Tank</i> Saúde-em-Rede	148
2. Rede nacional de cuidados continuados	157
Introdução	157
Desenvolver a referenciação de doentes	159
Avaliação da dependência dos utentes da RNCCI	164
Avaliação da satisfação	166
3. Intervenções programadas	171
A espera cirúrgica: os objectivos e os seu cumprimento	171
Dinâmicas de mudança	181
Controlo da tuberculose em Portugal, 2006/2007	191
4. Ameaças e oportunidades	199
A oncologia em Portugal. Opções para o seu desenvolvimento	199
Farmácias nos hospitais e continuidade de cuidados	209
Ética e ensaios clínicos	216
PARTE IV - REFLEXÕES FINAIS	225
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS / BASE DE EVIDÊNCIA	229
ANEXOS	235
Investigadores fundadores do OPSS	237
Relatórios de Primavera anteriores	238
Estatísticas de saúde	240

LISTA DE QUADROS

1	Principais áreas de informação sobre os hospitais EPE no sítio do SEE	48
2	Fase da mudança	61
3	Eixos estratégicos para a promoção do desenvolvimento e reforço da competitividade	73
4	Áreas de projectos apresentados	82
5	Cobertura populacional dos centros de saúde	113
6	Recursos humanos nos centros de saúde	114
7	Princípios-chave do SNS britânico	123
8	Caracterização geral dos futuros ACES	139
9	Principais diplomas legais estruturantes das USF	143
10	Tipos de remunerações previstas aos profissionais no Modelo B	144
11	Valor dos incentivos institucionais	145
12	Distribuição da referenciação por origem Jan-Abr 2008	161
13	Taxa de ocupação, por tipologia de internamento	163
14	Tempos de espera médios de 17 situações prioritárias	174
15	Comparação dos tempos de espera máximos presumidos, na doença oncológica, por ARS	177
16	Prevalência de fumadores	183
17	Metas para 2010 relativamente à percentagem do consumo de tabaco nos dois géneros e grandes grupos etários em Portugal	183
18	Posição de Portugal entre os países da União Europeia em relação ao preço do tabaco	189
19	Sucesso terapêutico em Portugal, consoante o grupo de risco, em 2005	196
20	Situação em 3 hospitais na União Europeia	212
21	Esperança de vida à nascença (anos)	248
22	Taxa de mortalidade infantil	249
23	Taxa de mortalidade adulta	250
24	Taxa de mortalidade materna (por 1.000 nados-vivos)	251

25	Recursos humanos na saúde – médicos e enfermeiros e parteiras	252
26	Recursos humanos na saúde – odontologistas e farmacêuticos	253
27	Rácio enfermeiros e parteiras/médicos e camas de hospital ..	254
28	Rácios de despesas em saúde	255
29	Rácios de despesas em saúde (continuação)	256

LISTA DE FIGURAS

1	Conselhos de Administração de uma amostra de oito hospitais, 2000-2007	53
2	Website organização local EUPHA 2008	76
3	Banco de inovação em saúde	78
4	Inovação das políticas	79
5	Apresentação analítica dos projectos do tipo processo, serviço e produto	80
6	Apresentação pública da inovação SAT	83
7	Vantagens introduzidas pelo sistema Vitacare	84
8	<i>Website</i> do Centro de Otorrinolaringologia – Hospital CUF Infante Santo	85
9	Apresentação pública do projecto “Uma janela aberta à família”	87
10	Linhas programáticas da reforma	133
11	Circuito de referenciação da RNCCI	160
12	Distribuição dos doentes registados por sexo na RNCCI	162
13	Distribuição das mulheres registadas por faixa etária	162
14	Distribuição dos homens registados por faixa etária	162
15	Evolução da dependência física – Avaliações	164
16	Evolução da dependência física na alta, por tipologia	165
17	Evolução do grau de dependência física no internamento	166
18	Distribuição da espera cirúrgica acima dos 12 meses	172
19	Distribuição da espera cirúrgica acima dos 12 meses	174
20	% dos casos prioritários que aguardam tratamento há mais de 120 dias	175
21	Tempo de espera máximo presumido para tratamento oncológico	176
22	Diferenciais entre o tempo de espera garantido e o tempo máximo de espera presumido	178
23	Diferenças comparativas entre as medianas do tempo de espera da doença cardiotorácica e do total das patologias	179
24	Total de patologias com medianas de tempo de espera inferiores à da doença cardiotorácica	180

25	Recta de regressão em função do número de cigarros fumados e níveis de ppm de CO	184
26	Percentagem de cigarros fumados e níveis de CO no sangue	185
27	Países com e sem legislação restritiva e níveis de CO	186
28	Horas de exposição ao fumo do tabaco e níveis de CO	187
29	Algoritmo clínico	190
30	Taxas de incidência estimadas de tuberculose, por país, 2006	192
31	Taxas de incidência notificada de tuberculose em Portugal, 1988-2007	193
32	Taxas de incidência notificadas de tuberculose em Portuga por distrito, valores acima e abaixo de 20 casos por 10 ⁻⁵ habitantes.....	194
33	Desempenho do PNT português no conjunto de vários países, no âmbito da estratégia DOTS, da OMS, em 2006	195

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
Adi	Agência de Inovação
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CA	Conselho de Administração
CCI	Cuidados Continuados Integrados
CEIC	Comissão de Ética para a Investigação Clínica
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CES	Comissões de Ética para a Saúde
CHI	<i>Commission for Health Improvement</i>
CMVM	Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários
CO	Monóxido de carbono
CRI	Cento de Responsabilidade Integrada
CS	Centros de Saúde
DGO	Direcção-geral do Orçamento
DGS	Direcção Geral da Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local
ECR	Equipa de Coordenação Regional
ECSCP	Equipa Comunitárias de Suporte aos Cuidados Paliativos
EGA	Equipa de Gestão de Altas
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERA	Equipas Regionais de Apoio
ERP	<i>Entreprise Ressource Planning</i>
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ETO	Equipa Técnica Operacional
EUPHA	European Public Health Association
EUROCARE	European cancer registries study on cancer patients' survival and care

GANEC	Gabinete de Análise Económica da Universidade Nova de Lisboa
HIT	<i>Health in Transition</i>
I&D	Investigação e Desenvolvimento
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira
IGS	Inspeção Geral da Saúde
IGTF	Inspeção Geral do Tesouro e Finanças
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
INS	Inquérito Nacional de Saúde
IP	Instituto Público
IPCG	Instituto Português de <i>Corporate Governance</i>
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MDG	<i>Millenium Development Goal</i>
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NPM	<i>New Public Management</i>
NSF	National Service Frameworks
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PCG	<i>Primary Care Groups</i>
PCT	<i>Primary Care Trust</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNT	Plano Nacioal de Controlo da Tuberculose
ppm	Partículas por milhão
PPP	Parceria Público-Privado
PROINOV	Prgrama Integrado de Apoio à Inovação
RIS	Rede Informática da Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RRE	Regime Remuneratório Experimental
SA	Sociedade Anónima
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SAPE	Sistema de Apoio ao Processo de Enfermagem

SEE	Sector Empresarial do Estado
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Publico Administrativo
SRS	Sub-Regiões de Saúde
STAKES	<i>National Research and Development Center for Welfare and Health</i>
TC	Tribunal de Contas
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UC	Unidades contratadas
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
USF	Unidades de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

COLABORADORES DESTE RELATÓRIO

António Barros Veloso

António Melo Gouveia

Cipriano Justo

Fátima Bragança

Fernando Gomes

Joana Sousa Ribeiro

João Oliveira

João Santos Cardoso

Jorge Espírito Santo

José Luís Biscaia

Luís Saboga Nunes

Manuel Oliveira

Patrícia Antunes

Patrícia Barbosa

Paulo Kuteev Moreira

Pedro Beja Afonso

Pedro Lopes Ferreira (Coordenador)

Teodoro Hernandez Briz

Vitor Raposo



SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

RISCOS E INCERTEZAS

O título escolhido este ano pelo OPSS para o Relatório de Primavera reflecte as incertezas dos caminhos que o nosso sistema de saúde está a percorrer e os riscos associados a estas incertezas. Consideramos haver necessidade urgente de uma discussão profunda e de uma procura de decisões que permitam uma consolidação estratégica sobre o sistema de saúde português, sobre os seus valores e prioridades, sob pena de, dentro de cinco anos, estarmos a viver num país com um sistema de saúde com má resposta aos legítimos interesses dos cidadãos residentes em Portugal.

Durante vários anos, a prestação de cuidados de saúde em Portugal foi caracterizada essencialmente pela actividade das organizações públicas de cuidados, os hospitais e os centros de saúde públicos. O país ficou coberto por uma centena de hospitais e por mais de três centenas e meia de centros de saúde, a somar às várias centenas de extensões de saúde dispersas pelo país.

As tentativas de reorganização deste equipamento de oferta de cuidados, no entanto, tardaram. Como resultado, os hospitais foram crescendo com ineficiências e sem planeamento nacional ou regional, as administrações da saúde afastaram-se, em parte, do problema, mantiveram-se pontos de oferta com discutível qualidade, como é o caso dos SAP e de algumas extensões de centros de saúde e criaram-se cogumelos privados de oferta, quase exclusivamente, pelos mesmos profissionais de saúde do serviço público. Além disto, face à inexistência de alternativas criativas e corajosas do poder político, tudo isto passou a ser

considerado normal. Os cidadãos resignaram-se, habituaram-se e até defendem o que têm, os que conseguiram ter algum poder económico ou influência faziam uma gestão inteligente e racional entre as ofertas pública e privada e, mesmo os profissionais, acabaram por ser “recompensados” economicamente. Por isso, a solução que muitos destes profissionais consideram como única para solucionar os seus problemas é manter o duplo emprego nos sistemas público e privado, padrão normalmente associado à prática de países não tão desenvolvidos como o nosso.

A componente privada do sistema resumia-se então, quase maioritariamente, à produção de meios de diagnóstico e de terapêutica e ao ambulatório (consultórios particulares). A tecnologia estava grandemente concentrada nos hospitais públicos, limitando-se os hospitais e as clínicas privadas a realizar alguns procedimentos cirúrgicos de menor risco e com menor exigência tecnológica.

Este quase predomínio dos sistemas públicos ocorreu após uma fase muito intensa de grande transformação social e política, acompanhada por uma grande preocupação pela universalidade, equidade e qualidade dos cuidados. Só assim foi possível aumentar a cobertura em saúde a grande parte da população que, pela distância a que vivia dos grandes centros urbanos ou pelo seu estatuto de indigência, não tinha qualquer acesso a cuidados de saúde. Esta fase intensa e muito curta produziu, em algumas áreas, indicadores ao nível do melhor que existe nos países desenvolvidos e fez com que tivéssemos, em 2000, atingido o 32º lugar (12º em termos de desempenho) a nível mundial, quando a nossa realidade foi comparada com objectivos de saúde, de resposta e de justiça na contribuição financeira dos cidadãos (WHO, 2000a). Aliás esta nossa posição está em sintonia com as posições que ocupamos em outras classificações internacionais, como é o caso do Índice de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas.

A própria constituição do serviço público de prestação de cuidados, datada de 1979, é acompanhada por algum radicalismo político na nossa sociedade, o que conduziu a uma grande politização do SNS. Desde então, em Portugal, a defesa de um serviço público de saúde de qualidade passou a ser — e ainda hoje se mantém — conotada com determinadas

perspectivas e orientações políticas. É, no entanto, interessante notar que, apesar de todos os países do sul da Europa terem decidido migrar os seus sistemas de saúde do modelo bismarkiano para o modelo beveridgeano em datas muito próximas da nossa (Itália em 1978, Grécia em 1983 e Espanha em 1986), este processo de “guetização ideológica” do SNS nunca existiu nesses países. O mesmo acontece nos países do norte da Europa, onde se defende um serviço público de saúde geral, universal e de qualidade é uma posição racional, unanimemente defendida por quem aspira, para o país e para os seus cidadãos, um maior desenvolvimento económico e social. Também aí, a falta de refrescamento e actualização da estrutura política fez com que Portugal se mantivesse “orgulhosamente só”.

Hoje, a realidade que se vive em Portugal é, no entanto, completamente diferente. Tendo o país atingido níveis bons de saúde, níveis já aceitáveis de resposta, a geometria dos sectores público e privado está a alterar-se de uma forma significativa. A oferta privada é agora mais abundante, geralmente de maior qualidade e, em alguns casos, tecnologicamente apetrechada, ao mesmo tempo que o sector público se tende a organizar em termos jurídicos, com vista a uma melhor gestão conducente a melhores cuidados e resultados em saúde. Segundo dados recentes do INE, a produção privada em saúde já atingiu o valor de 30%.

Ora, enquanto tudo isto acontece, o Estado, responsável maior pelo serviço público da prestação de cuidados aos cidadãos, no pleno exercício do seu dever constitucional e garante dos princípios associados ao direito à saúde de todos, mantém a sua “distracção crónica” por aspectos fundamentais de transparência e de organização do sistema. A prática governativa da saúde, em geral, mantém-se ocupada na resolução de problemas pontuais, como resposta à reacção dos profissionais, dos *media* ou dos restantes cidadãos utilizadores do sistema, não criando medidas que possam prevenir estas e outras situações.

Muito preocupado com a redução das despesas com a prestação de cuidados, em especial com a eliminação de gastos excessivos, tem tomado algumas decisões que têm também contribuído para um maior peso da participação dos cidadãos nesses cuidados. Caso exemplar é a redução dos

preços dos medicamentos acompanhada pela alteração dos critérios de participação, em que o Estado paga menos mas os cidadãos passam a pagar mais pelos medicamentos vendidos nas farmácias.

Também não deixa de ser sintomática a abordagem seguida neste último ano relativamente à prestação de contas dos profissionais de saúde em que uma das iniciativas seleccionada foi o registo electrónico da assiduidade, independentemente das funções exercidas e perdendo, mais uma vez, a oportunidade de reforçar o papel da contratualização e exigir mais responsabilidade, por exemplo aos directores de serviço que continuam a poder, como os demais profissionais, acumular as suas funções com a actividade privada, procedimento, aliás, não tolerado por muitos dos grupos económicos que prestam cuidados na saúde.

Ao mesmo tempo, assiste-se à fuga de profissionais do sector público para o sector privado onde, a par de uma recompensa salarial, já começam a ter acesso a tecnologia, formação e condições de trabalho que não encontravam antes no sector privado. Com base neste cenário pode perguntar-se, o que fazer?

O OPSS considera que, enquanto se mantiver no sector público níveis altos de "tolerância", difícil será esperar grandes alterações no comportamento dos profissionais e das organizações. O sistema de saúde deve ser orientado para o cidadão, e não para os profissionais de saúde. Mas, a falta de atenção pelos profissionais, leva necessariamente à ineficiência, à baixa produção, à desmotivação e à inequidade. Se este tipo de distracção pelo essencial se mantiver, daqui a poucos anos não haverá recursos humanos para manter o serviço público de saúde. Será que é isso que se pretende?

Não são de certeza as formas contratuais que, pouco a pouco, se vão instalando nos hospitais públicos e, qualquer dia, nas USF ou nos ACES, que vão criar condições para a fixação de profissionais necessários ao serviço público. A contratação de profissionais para prestar serviço, num hospital um número reduzido de horas semanais, por exemplo, impede que estes profissionais se integrem numa equipa de cuidados e vai fazer com que se acabe, de uma vez para sempre, com revisões de processo, auto-avaliação

dos cuidados prestados e outros mecanismos e procedimentos tão necessários à garantia de uma qualidade cada vez melhor de prestação de cuidados de saúde e à governação clínica. E, ainda, as contratações que já começam a ser realizadas com empresas de fornecimento de serviços de prestadores de cuidados que, aos problemas anteriormente referidos, associam eventuais questões de responsabilização face a problemas que ocorram.

Com os riscos que estes procedimentos podem criar, não estaremos a pagar demasiado caro pela prestação de cuidados?

Também não são, de certeza, algumas formas que se estão a conceber para complementar o salário dos profissionais que vão resolver o problema da sua fixação no serviço público. A solução está, mais uma vez, pensamos nós, na contratualização desses cuidados, em função dos resultados no cidadão, tendo em conta as responsabilidades das unidades de prestação de cuidados, a capacidade instalada e os compromissos que os profissionais e as organizações estabelecem com os cidadãos que devem servir.

Por fim, devido às condições económicas dos cidadãos e à boa qualidade, que se mantém, do serviço público em muitas áreas de cuidados, o sistema privado de saúde em Portugal continua, quase na sua totalidade, apenas a ser viável se financiado pelo Estado. E o problema não reside só no facto das entidades privadas tomarem decisões nas quais o risco é diminuto; o principal problema é que enquanto o Estado está a financiar o sector privado, está a optar — porque os recursos são escassos — por não investir no sector público. Os custos de oportunidade são enormes. É o futuro do serviço público de saúde que está em jogo.

Pedro Lopes Ferreira
Coordenador do OPSS
(Junho de 2008)

PARTE I

GOVERNAÇÃO, MUDANÇA E INOVAÇÃO





Capítulo

I-1

A GOVERNAÇÃO DO SISTEMA

1 Evidência e resultados

A importância que a gestão do SNS devota à avaliação de resultados é diminuta. Referimo-nos aos resultados que os cidadãos procuram quando se servem do SNS, ou seja: vida mais saudável durante mais tempo. De facto, convém não perder de vista que é essa a missão de qualquer serviço de saúde.

A insuficiência na avaliação de resultados tem importantes e deletérias consequências no desempenho e, provavelmente, na própria sobrevivência do SNS, pois impossibilita a determinação do valor da sua actividade, indispensável para balizar quaisquer tentativas de melhoria e para o impor perante outros prestadores.

Se desconhecer os seus resultados, como poderá o SNS aferir o cumprimento da sua missão, determinar os seus objectivos e encontrar os métodos para os atingir?

Como poderá resistir à parasitação por prestadores privados que não deixarão de propagandar a excelência dos resultados próprios enquanto alijam a parte não lucrativa dos serviços para um SNS silenciado na afirmação das suas realizações?

Invocando dificuldades na avaliação quantificada do que é “viver mais e melhor”, tornou-se hábito avaliar, em vez disso, as estruturas ou os processos que são utilizados pelos serviços ou estabelecimentos de saúde. A tal ponto que, muitas vezes, os meios substituem os fins.

Os objectivos da actividade dos sistemas de saúde não podem ser fazer mais consultas ou dar mais altas de internamento, radiografar mais as pessoas ou fazer-lhes mais endoscopias, proceder a mais operações cirúrgicas ou aumentar a percentagem das que se realizam em regime ambulatório. Do mesmo modo e, ainda a título de exemplo, os objectivos últimos não serão vacinar mais crianças ou rastrear alterações uterinas ou mamárias em mais mulheres, nem baixar os valores da pressão arterial ou do colesterol no sangue. Estes são parâmetros subrogados que geralmente se admite que traduzam variações nos resultados finais, com utilidade para as pessoas. Eles (e outros igualmente indirectos) são usados em substituição de indicadores directos de quantidade ou de qualidade de vida porque, como acima se referiu, são difíceis de definir ou carecem de muito tempo de observação até acontecerem.

Mas, ao utilizar parâmetros substitutos, correm-se dois riscos: que eles não traduzam alterações correspondentes nos parâmetros finais e que se perca a focalização no que verdadeiramente interessa que é viver mais tempo sem doença ou, se a doença chegar a manifestar-se ou persistir, minimizar o “fardo” que ela constitui.

Em recente artigo no *New England Journal of Medicine* (Krumholz et al, 2008), alerta-se justamente para o problema de utilizar factores de risco como parâmetros subrogados de objectivos estratégicos para os melhores interesses dos doentes.

Por isso, mesmo tendo de recorrer a parâmetros sub-rogados, em alguns contextos é fundamental não desistir de avaliar a eficácia e a eficiência do sistema de saúde na modificação das histórias naturais das doenças e na minimização dos prejuízos imprimidos à vida e ao bem-estar. Há que avaliar e divulgar parâmetros como a sobrevivência global, períodos com sintomas e sem sintomas, dimensionamentos da qualidade de vida que têm vindo a ser criados, que contribuem para o desenvolvimento de novas

formas de avaliação adaptadas às diversas patologias e aos diversos ambientes sócio-culturais.

Contudo, é notável como quase todos os processos de melhoria e de garantia da qualidade, sistemas de financiamento e a gestão de recursos humanos (incluindo a formação e os sistemas de incentivos) têm deixado de fora qualquer preocupação com o valor do produto final para os doentes.

De facto, centradas em indicadores de processo e de estrutura, as metodologias da qualidade têm-se alheado de parâmetros relativos a resultados. Também o financiamento é baseado em contratos-programa que não contratam indicadores significativos para a obtenção de "vida mais longa e mais saudável" para os utilizadores dos serviços de saúde. Pelo contrário, em geral, incentivam a multiplicação indiscriminada (quer dizer, sem relação com o número de doentes assistidos nem com as respectivas condições de saúde) de gestos e actos "clínicos" e o emprego de tecnologias sem necessidade de justificar a sua utilização. Mesmo quando o objectivo contratado se refere à contenção de despesas ou pretende refrear o incremento de custos, isso é feito de forma "cega", sem atender à quantidade de doentes tratados nem à complexidade das respectivas situações clínicas.

Por seu turno, a formação de pessoal volta a tocar a tecla dos processos, sem preocupação com os resultados. Os tão falados sistemas de incentivos não parecem descolar de parâmetros administrativos ou de aspectos estritamente quantitativos da produção, que estão demasiado longe do que tem valor para os utilizadores do serviço de saúde.

Esta desatenção em relação aos resultados no tratamento das situações clínicas que são o cerne da missão de qualquer serviço de saúde, não sendo uma particularidade portuguesa, é, no mínimo, bizarra.

Como explicar que a complexidade, sofisticação e custo atingidos nos nossos dias pelos serviços de saúde não sejam avaliados pelo valor que produzem para os seus utilizadores?

Na realidade, dissociado dos resultados, o serviço público de saúde não consegue determinar em que medida satisfaz as necessidades de cuidados de saúde da população. Em relação ao SNS a capacidade de investigação e de estabelecimento dos padrões e metodologias óptimas (em cada momento) para atender os problemas de saúde da população, que estabelecesse as bitolas para o funcionamento do SNS e, simultaneamente, condicionasse o passo aos restantes prestadores. O padrão a imitar teria de ser o do SNS. Não por ser “do Estado”, não por qualquer argumento de ordem administrativa mas porque tivesse demonstrado ser o mais eficaz e mais eficiente. Para isso, porém, seria necessário avaliar continuamente a prática desses padrões, sem o que é impossível distinguir os métodos entre si nem afirmar as suas valias relativas.

Sem capacidade de avaliação, o serviço de saúde não tem possibilidade de tomar decisões no que respeita à incorporação de tecnologias. Sem “saber de experiência feito”, tem de se limitar a acreditar nas comunicações de terceiros, prescindindo de ter voz activa na discriminação do valor relativo do que é levado a adquirir. Dito de outro modo, o SNS encontra-se nas mãos de quem tem interesse em vender-lhe o que quer que seja. As instituições (e o SNS na globalidade) encontram-se desmunidos de instâncias e ferramentas de análise da pertinência do uso (e, portanto, do consumo/aquisição) desses bens. Isto acontece principalmente pela falta de vinculação dos estabelecimentos do SNS à avaliação de resultados.

Archibald Cochrane, ao apelar, numa célebre conferência, em 1971, para a demonstração de eficácia dos tratamentos a providenciar gratuitamente no âmbito do NHS (de modo a preservar a equidade e a viabilidade do serviço) não deixou de enfatizar a enorme distância que separa as demonstrações científicas de eficácia, baseadas em ensaios clínicos, e os benefícios da sua aplicação comunitária.

Between the scientific measurements based on RCTs and the benefit measurements ... in the community, there is a gulf which has been much under-estimated. Those patients participating in RCTs are nearly always selected ...

Cochrane (1999)

De facto, mesmo quando a utilização de tecnologias é “baseada na evidência”, não se pode esquecer que esta foi obtida em ambiente experimental e que, por isso, carece de validação nas condições reais de utilização. Além disso, só são obtidas as “evidências” que alguém pretende obter. Isto é, nem todos os assuntos relevantes para a actividade dos serviços de saúde são investigados cientificamente. Muitas questões potencialmente importantes para as decisões e para a definição das políticas assistenciais, incluindo muitas que dizem respeito a estratégias terapêuticas, ficam por investigar.

A investigação clínica sobre a utilização de tecnologias (em que se incluem os medicamentos) tem sido predominantemente patrocinada por entidades comerciais, nomeadamente companhias farmacêuticas, pelo que repercute os interesses destas companhias e não forçosamente os da saúde pública.

Ora, a autorização de comercialização de medicamentos pelas agências nacionais e europeia está dependente da produção de simples provas de eficácia e de segurança e não da demonstração de eficiência ou efectividade no sistema de prestação de cuidados de saúde. Obtida a autorização de comercialização, uma poderosa máquina de promoção comercial impõe a utilização dos produtos. A pressão é intensa e usa imensos e diversificados métodos, desde os que actuam directamente sobre os decisores (administradores, prescritores médicos, farmacêuticos, outros profissionais de saúde, etc.) aos que se exercem sobre a população, insuflando expectativas. O argumento da inovação é predominante, mesmo que o produto seja mais do mesmo e a inovação seja apenas comercial.

Não é habitual que os serviços públicos de saúde decidam a integração de novos produtos na sua actividade em função dos resultados obtidos ou, pelo menos, com previsão de reavaliação da decisão após um período de aplicação com observação de resultados.

Mesmo as instâncias que decidem sobre a comparticipação do Estado no custo de medicamentos estão geralmente restringidas a fundamentar-se

em estudos fármaco-económicos realizados em contexto restrito por encomenda das próprias empresas que pretendem vender o produto¹.

Seja como for, na situação actual, os fornecedores de bens tecnológicos (no sentido mais lato) encontram fertilíssimo terreno para a difusão dos seus produtos. Repercutindo a publicidade, a população e os prescritores criam expectativas de consumo de produtos com escassa ou nenhuma demonstração de eficácia nem de eficiência, cuja disponibilização exigem (por vezes, com amplo eco mediático) a estabelecimentos de saúde lamentavelmente incapazes de lhes opor critérios de valor baseados em resultados, que contenham as expectativas dentro limites justificáveis.

Neste contexto, a proposta de criação de novas "linhas de produção" no financiamento dos hospitais públicos para satisfazer as dificuldades de custeio de novos e muito dispendiosos medicamentos recentemente introduzidos no mercado vem criar o risco de desvirtuamento de um sistema de financiamento segundo poucas linhas de produção que, sem ser perfeito, continha mecanismos para refrear consumos.

Tudo o que aproxime a exploração dos serviços de saúde a critérios de produção e a modos de financiamento discretos, afastando-a da avaliação de resultados globais do tratamento dos utentes e de uma remuneração de acordo com o valor desses resultados, é causa potencial de ineficiência e de desperdício². Simultaneamente, os prestadores e seguradores privados não são confrontados com nenhuma pressão para dispensarem cuidados integrados geradores de valor para a saúde dos cidadãos.

¹ Numa recente decisão, certamente pioneira, mas que não temos informação de que tenha já sido repetida, o SNS Britânico decidiu a aquisição de um medicamento destinado ao tratamento de determinada neoplasia maligna sob condição de que a firma que o comercializa devolveria o seu custo em caso de ineficácia. É certo que nem todas as situações permitem uma avaliação tão nítida para uma contratação tão simples mas este tipo de pagamento em função do resultado encerra um princípio negocial e de justiça que merece aprofundamento.

² A alegada falência da competição no mercado da saúde nos EUA é atribuída por Michael Porter ao alheamento relativamente a critérios de valorização dos resultados na base dessa competição. A compreensão da missão estratégica e do desempenho dos serviços de saúde que conduz a esta conclusão parece inteiramente válida e muito útil mesmo em contexto de serviço público. (Porter e Teisberg, 2006).

Most industrial organizations of comparable size would have had a large research section checking on the effectiveness of the service it was providing ...

...to get the 'optimum' results from our national expenditure on the NHS we must finally be able to express the results in the form of the benefit and the cost to the population...

Cochrane (1999)

A modificação do actual estado de coisas beneficiaria de se reflectir, mais uma vez, nas considerações feitas em 1971 por Archibald Cochrane, constatando que faltava ao NHS uma secção de investigação que verificasse a eficiência do serviço prestado e que, preocupado com a sustentabilidade económica do NHS, insistia na indispensabilidade de que este fosse capaz de expressar os resultados na forma de benefício e custo para a população.



2 Análise da situação económico-financeira do SNS 2006

Em 2007, o Tribunal de Contas (TC) publicou o Relatório n.º 1/07 denominado "Acompanhamento da Situação Económico-Financeira do SNS 2006". O âmbito e os objectivos deste relatório foram os seguintes:

- Enquadramento macroeconómico da evolução da despesa no sector da saúde;
- Caracterização do SNS no período em análise;
- Avaliação do reporte da situação económico-financeira do SNS;
- Apuramento do endividamento gerado no âmbito do SNS;
- Análise do tratamento dos compromissos assumidos pelas entidades que integram o SNS.



O período de análise foi o ano económico de 2006, procedendo, sempre que possível, a uma comparação da situação do referido ano com 2005.

À semelhança de relatórios anteriores, o TC assinala como limitações o facto (1) do IGIF/ACSS só disponibilizar dados definitivos do ano de 2006 no final de Julho de 2007, (2) a falta de informação económico-financeira consolidada das entidades que integram o SNS — dos dois subsectores SPA e SEE e por fim, (3) não ter sido dada qualquer justificação relativamente aos factos mais relevantes ou de carácter extraordinário nos documentos cedidos pelo IGIF/ACSS esta entidade.

Neste relatório, o TC estrutura cinco grupos de conclusões:

▪ Quanto à situação económico-financeira consolidada do SNS

- Continuam por aprovar as normas de consolidação de contas previstas na Portaria n.º 898/2000, 28 de Setembro (que o TC, em relatórios anteriores, já tinha recomendado que se fizesse);
- Durante estes dois anos, não ocorreram alterações significativas quanto à metodologia e reporte da informação relativa à situação económico-financeira do SNS tratada pelo IGIF/ACSS;
- A informação económico-financeira do SNS 2005 e 2006 continua a não dar uma imagem verdadeira e apropriada da situação financeira e dos resultados das entidades que integram o SNS, devido ao facto de a metodologia de consolidação de contas utilizada não garantir que o resultado dessa informação seja exacto e integral, dado as limitações inerentes ao tratamento das relações inter-institucionais, como também, por não incluir os fluxos económico-financeiros globais do SEE;
- Continua a não existir balanço consolidado do SNS;
- A metodologia utilizada pelo IGIF/ACSS para tornar comparável o universo dos hospitais conduziu em 2005, a uma redução de cerca de 25% (de -821 M€ para -615 M€) do défice financeiro global do SNS e, simultaneamente, a uma melhoria do exercício em 140% (verificando um superavit de 27 M€, em vez de um défice de 68 M€ correspondente ao saldo do universo real).

▪ Quanto à situação económica agregada das entidades que integram o SNS

- Houve um agravamento dos resultados operacionais, assim como dos resultados líquidos, os quais atingiram os valores de -294,5 M€ e de -284,8 M€, correspondentes, respectivamente, a decréscimos de 233,4% nos resultados operacionais e de 290,1% nos resultados líquidos.

O agravamento mais significativo dos resultados líquidos, de 2005 para 2006, verificou-se no grupo dos hospitais EPE sem que, para tal, tenha havido qualquer esclarecimento quanto às causas.

▪ **Quanto à situação financeira agregada das entidades que integram o SNS**

- Nos Hospitais SPA, o saldo financeiro do exercício apresentou valores negativos em 2006, sendo que, em 2005, já se tinham verificado o valor positivo de cerca de 51 M€, justificado em grande parte pela descida das transferências correntes obtidas. Quanto ao saldo financeiro acumulado, que apresentava em 2005 valores negativos, agravou-se em 31%, em 2006 (-978 M€).

Nos hospitais SPA, tanto os saldos financeiros de exercício como os acumulados mantiveram-se negativos em, respectivamente, 522 M€ e 504 M€.

As ARS alcançaram saldos financeiros do exercício positivos. No entanto, dado o grande volume de dívidas transitadas de anos anteriores, os saldos financeiros acumulados foram negativos.

Quanto aos Hospitais do SEE, a informação relativa aos fluxos financeiros (receita e despesa) destes hospitais não oferece confiança razoável a ponto de se retirarem conclusões sobre a verdadeira situação financeira destes hospitais.

▪ **Endividamento das entidades que integram o SNS**

- Em Dezembro de 2006, segundo mapas de acompanhamento do IGIF/ACSS, as dívidas do SNS ascendiam a 1.989,4 M€ havendo, no entanto, uma divergência de 225,3 M€ face a dados apurados pelo TC que situam este montante em 2.214,7 M€ (agregação dos balanços dos SPA e dos EPE). A maior fatia deste montante de dívidas aos fornecedores externos (82,7% em 2005 e 84% em 2006).

O endividamento mais significativo ocorreu nos EPE embora verificando-se uma tendência crescente em todas as entidades. No SPA verificou-se um, agravamento do prazo médio de pagamento a fornecedores.

A facturação de subcontratos às ARS ascendeu, em 2006, a 2.449 M€, o que representou uma redução de 0,9% face a 2005. Constatou-se uma redução nos produtos vendidos por farmácia de 2% e uma significativa subida de 8,3% no transporte de doentes.

Do valor de facturação de subcontratos, 60,4% respeitavam a produtos vendidos por farmácias privadas, 32% a convencionados e 7,3% a outros subcontratos. Dos montantes acima referidos, em Dezembro de 2006, ficaram por pagar 456 M€.

Quanto aos hospitais EPE, apurou-se, em 2006, uma dívida total que supera em 51,9% a dívida apurada em 2005 (de 557,1 M€ em 2005 para 846,5 M€ em 2006). De notar que o valor apurado pelo TC, através da agregação dos balanços, situa a dívida destes hospitais em 1.047 M€.

A dívida a fornecedores externos representa a maior fatia (94,3% em 2005 e 92,7% em 2006) tendo tido em 2006 uma subida de 49,3%.

- **Receita por cobrar nas entidades que integram o SNS**
 - Em Dezembro de 2006, os créditos a receber pelas entidades do SNS totalizavam 1.740 M€, representando um decréscimo de 1% face a 2005. Os grupos de entidades com maior volume de créditos a receber em 2006 foram os hospitais EPE (1.083 M€) e os Hospitais SPA (368,6 M€). Verifica-se também que o montante dos créditos a receber em 2006 é inferior ao valor das dívidas a pagar a fornecedores.

- **Compromissos assumidos pelas entidades que integram o SNS**
 - O reporte da situação económico-financeira elaborado pelo IGIF/ACSS não contempla a vertente orçamental na lógica da classe zero e da conta 25 (mapas 7.1 e 7.2 do POCMS) que são objecto de tratamento apenas pela Direcção Geral do Orçamento (DGO). A informação do IGIF/ACSS reflecte a execução do orçamento financeiro tendo por base o plano de contas de contabilidade patrimonial.
Os valores apurados pelo IGIF/ACSS relativos à execução orçamental divergem dos reportados pela DGO e que constam na Conta Geral do Estado, colocando em causa a integralidade dessa informação.
No que respeita à informação tratada pelo IGIF/ACSS quanto aos hospitais SPA e uma vez que os compromissos assumidos por estes hospitais são inferiores à despesa total processada e à despesa paga, indicia-se que as aplicações informáticas em uso nestas entidades

não garantem a integridade entre as diferentes fases do ciclo da despesa.

Os mapas produzidos pelos Hospitais EPE, em cumprimento do Despacho Conjunto do Ministro de Estado e das Finanças e do Ministro da Saúde n.º 17164/2006, não foram objecto de qualquer tratamento por parte do IGIF/ACSS, pelo que não foi possível proceder na presente acção de acompanhamento a qualquer análise sobre a execução orçamental dos hospitais EPE.

A concluir, o TC apresenta as seguintes recomendações:

- **Ao Governo**
 - Reitera-se a recomendação efectuada no “Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE” , Relatório n.º 20/2006, no sentido da aprovação de normas de consolidação de contas do sector da saúde, o que se considera como urgente e importante factor de transparência e rigor no reporte da situação económico-financeira e patrimonial dos serviços e organismos do SNS, incluindo hospitais do SEE.
- **À ACSS, IP**
 - Instituir procedimentos de controlo que visem assegurar a fidedignidade da informação contida no mapa da situação financeira, no mapa dos fluxos financeiros e no balanço de modo a evitar distorções no reporte da situação económico-financeira, do endividamento e créditos a receber;
 - Corrigir rotinas informáticas associadas ao processamento da informação uma vez que o cumprimento do princípio da especialização dos exercícios e outras correcções podem estar a distorcer a informação financeira contida nos mapas da situação financeira e nos mapas de fluxos financeiros;
 - Suprir as falhas de controlo relativas ao universo dos hospitais EPE quanto à informação sobre fluxos económico-financeiros e mapas de controlo do orçamento financeiro e económico.

▪ À ACSS, IP/DGO

- Desenvolvimento, em articulação de interfaces que permitam a integração da informação orçamental e financeira produzida pelos hospitais EPE e pelas entidades do SPA, incluindo a vertente do controlo do endividamento dos hospitais empresa, no sentido de acautelar necessidades de financiamento futuro.

A propósito deste relatório, o OPSS considera oportuno questionar:

- Porque se mantêm as discrepâncias entre valores económico-financeiros apuradas pelo IGIF/ACSS, pela DGO e pelo TC, aparentemente referentes aos mesmos resultados?
- Porque terá o TC tido a necessidade de reiterar as suas recomendações, sem que tivesse havido uma explicação pública para os sucessivos incumprimentos por parte do Ministério da Saúde?

A leitura do relatório do TC leva-nos, ainda, a questionar sobre a credibilidade das contas apresentadas pelo Ministério da Saúde, não estando, assim, garantidas as regras de transparência e boa governação.



3 Parcerias público-privadas

No Relatório de Primavera 2007 foi referido que “o processo de estabelecimento de contratos de parcerias público-privadas (PPP) tem, com alguns avanços e recuos, seguido lentamente o seu caminho. Todavia, a posição do Ministério da Saúde, em relação à gestão privada destes novos hospitais a incluir na rede pública, manteve-se ambígua, não tendo sido dados quaisquer esclarecimentos sobre os atrasos já verificados nem sobre a estratégia preconizada”.

As PPP constituem uma via de financiamento privado de um projecto em que a decisão dos financiadores é geralmente fundamentada nos rendimentos a obter com a exploração dos novos serviços a criar. No caso de hospitais a inserir na rede pública, rendimentos a garantir com o pagamento directo pelo próprio Estado, sem prejuízo de outras possíveis receitas a obter de utilizadores através de subsistemas e seguradoras.

Para além da diluição no tempo do esforço financeiro do Estado, associado às despesas de capital dos projectos estruturais, o Tribunal de Contas (TC), no parecer sobre a conta geral do Estado de 2004, considerou que «num contexto de “restrições e imposições de convergência” estabelecidas pelo Pacto de Estabilidade e Crescimento” da União Europeia, a opção PPP poderá apresentar vantagens orçamentais, quer no que se refere ao critério do défice, quer ao critério da dívida pública. No que respeita ao critério do défice, a vantagem poderá traduzir-se na desorçamentação temporária de despesas, enquanto que no plano da dívida pública a vantagem assenta no facto do Estado prover infra-estruturas e serviços fundamentais à margem do seu balanço (*off-balance-sheet*). A discrepância temporal existente entre os momentos de concepção/construção e os dos pagamentos dos serviços inerentes à fase

de operacionalização do activo, permite, assim, evitar no curto prazo, o impacto do investimento do Estado nas contas públicas». Mas o TC advertiu logo a seguir, no mesmo documento, que, «no entanto, com as PPP assumem-se compromissos que se repercutem nas despesas de anos futuros, na maioria das vezes por longos períodos de tempo, pelo que as mesmas têm de ser analisadas num quadro de sustentabilidade orçamental e de eficiência da despesa pública».

Pela Europa fora, estas parcerias público-privadas (PPP) serviram para construir um pouco de tudo. O maior nível de maturidade pertence ao Reino Unido, líder incontestado pela experiência e pelo número de projectos que concluiu através de parcerias público-privadas. Mas, se a referência for a riqueza gerada por cada país, e a percentagem do produto que é investido neste tipo de projecto, Portugal assume a liderança nesse pódio: em cinco anos, a actividade média de parcerias realizadas ou em que estão em negociação envolvem valores que ultrapassam o próprio valor do PIB.

PricewaterhouseCoopers³

As vantagens das PPP na construção, manutenção e exploração de hospitais são defendidas pela expectativa de ganhos de eficiência, principalmente pelo facto do concessionário privado também ter interesse na futura exploração dos empreendimentos, contrariamente ao modelo tradicional em que o sector público contrata um empreiteiro e os fornecedores de equipamentos, que não têm qualquer interesse nessa exploração. O Reino Unido foi o iniciador destas parcerias no sector hospitalar, mas excluiu a gestão dos serviços clínicos, atendendo à dificuldade (ou impossibilidade) de medir com rigor a quantidade/qualidade dos cuidados prestados.

Em 25 de Fevereiro de 2008 foi lançada a primeira pedra da construção do novo Hospital de Cascais (NHC), onde a Ministra da Saúde prometeu aos futuros utentes que «vão ter à sua disposição cuidados de saúde mais modernos, mais acessíveis e mais humanizados, e também

³ Público, 17.07.2006

melhor articulados com cuidados de saúde primários e com a rede de cuidados continuados». Porém, sendo a articulação entre os hospitais e os cuidados de saúde primários um dos problemas base actuais do SNS ainda por resolver, nada referiu sobre via organizacional para a ultrapassar. No mesmo discurso, disse ainda a Ministra que «o novo hospital beneficiará, e dignificará também, os profissionais com melhores condições de trabalho, quer na inovação no modelo de gestão clínica», parecendo reconhecer as vantagens da gestão clínica privada, mantido neste modelo de PPP.

Quanto a vantagens económicas por parte do Estado, disse a Ministra que no caso do NHC dispõe de estudos técnicos demonstrativos de que se o hospital fosse construído e gerido pelos meios tradicionais, custaria mais ao erário público entre 8 a 9%, acrescentando que, «durante a fase da negociação com o consórcio privado, conseguiram-se ainda reduções do valor a pagar pelo Estado, ao longo de todo o período de vigência do contrato, de 12%».

À entidade gestora do NHC incumbirá a responsabilidade pela organização e gestão do estabelecimento hospitalar, bem como pelo exercício das prestações de cuidados de saúde, incluindo todas as actividades acessórias, nomeadamente de natureza hoteleira, durante um prazo de 10 anos, prorrogável. A entidade gestora do edifício assumirá a responsabilidade pela concepção, financiamento, construção e manutenção do edifício e infra-estruturas hospitalares, bem como pelas máquinas, equipamentos e infra-estruturas, pelo período de 30 anos. As remunerações destas entidades gestoras são independentes e têm mecanismos de pagamento distintos.

A remuneração pelo Estado dos cuidados de saúde a prestar será diferenciada consoante a produção realizada se situe dentro dos limites dos acordos a estabelecer no final de cada ano anterior, com o limite de 10% acima do qual não será remunerada, com excepção dos serviços de urgência, onde não existirá um limite máximo para a produção. Os gastos com medicamentos serão aferidos através da comparação com um grupo de hospitais públicos de referência, o que poderá implicar deduções à

remuneração, caso as prescrições realizadas no NHC venham a exceder os padrões obtidos a partir desses hospitais públicos de referência.

Entretanto, o Relatório de Auditoria ao projecto do NHC (n.º 06/08/2ª Secção) realizado pelo TC, levanta algumas dúvidas sobre esta PPP, entre as quais destacamos:

- O lançamento desta parceria foi apreciado e aprovado sem que tenham sido considerados e dados a conhecer todos os encargos públicos com o projecto, designadamente o custo de oportunidade de utilização dos terrenos para a implementação do NHC e os custos com as expropriações e com a construção de acessos e infra-estruturas.
- Não obstante ter sido realizado o estudo estratégico económico-financeiro deste projecto, não foi realizado um estudo que permitisse aferir a comportabilidade orçamental deste projecto face ao programa de PPP em saúde, nem as consequências no plano de reorganização da capacidade hospitalar do SNS na área metropolitana de Lisboa e os respectivos impactos em termos de finanças públicas.
- A ausência de quantificação do custo global do projecto e a não avaliação de cada um dos riscos e da sua partilha, impede que o TC se possa pronunciar relativamente à mais-valia que poderá resultar para o Estado da concretização desta parceria.
- O mecanismo de ajustamento da remuneração referente à prescrição de medicamentos poderá pôr em causa os princípios da igualdade e da qualidade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que poderá condicionar a autonomia técnica dos prescritores.
- Verificou-se o recurso reiterado a consultores financeiros e jurídicos externos, nas fases de preparação da parceria, avaliação das propostas e negociação competitiva, daí resultando uma intervenção de quase liderança por parte dos consultores.
- O recurso aos mesmos consultores, ao longo das várias fases de desenvolvimento da parceria (lançamento, procedimento concursal e



acompanhamento), colocou em causa o princípio da segregação de funções que as boas práticas recomendam⁴.

A gestão privada do Hospital Fernando Fonseca, (Amadora-Sintra), enquadra-se, actualmente, no regime jurídico das PPP, segundo contrato de 2004, assinado entre a Administração de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e a respectiva sociedade gestora, pertencente ao Grupo José Mello Saúde, que alterou o contrato inicial de 1995. Este Hospital vai ser uma EPE a partir do próximo ano. A medida foi apresentada em Março deste ano pelo Primeiro-Ministro na Assembleia da República, onde afirmou ter uma orientação «clara» sobre as parcerias público-privadas nas unidades hospitalares e explicou que os acordos público-privados são essenciais para a construção defendendo, no entanto, que a «gestão hospitalar» deve continuar a ser pública, mantendo, dado estarem na fase final os respectivos processos dos concursos, a gestão privada das PPP para os hospitais de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira, bem como o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, já adjudicada anteriormente. Mantém-se ainda por homologar as contas entre a ARSLVT e o Hospital Amadora-Sintra relativas aos anos de 2002 a 2006.

A exclusão da gestão clínica privada na rede hospitalar pública a construir através destas parcerias poderá ser desmotivadora do interesse dos grupos financeiros que têm sido constituídos no nosso país, conforme declarou, peremptoriamente, José Roquete, director clínico do Hospital da Luz: nesses moldes, o grupo Espírito Santo Saúde não está interessado em estabelecer parcerias público-privadas.

Em Abril foi anunciada a abertura do concurso para o Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, em parceria de trinta anos a partir do momento da assinatura do contrato, para a construção, cujo encargo

⁴ O custo público comparável, que corresponde a uma estimativa do custo provável do projecto do NHC, caso este fosse desenvolvido pelo sector público, em moldes tradicionais, isto é, caso o Estado o implementasse, financiando-o directamente e assumindo os riscos da concepção, construção, equipamento e exploração, foi calculado pelo consultor BPI, S.A., considerando dados fornecidos pela Direcção Geral de Instalações e Equipamentos no que concerne aos custos do investimento, pelo IGIF, pelo Centro Hospitalar de Cascais e pelos hospitais de São Sebastião, Vale de Sousa e Vila Franca de Xira, no que respeita aos custos operacionais.

previsto totaliza, ao longo desses anos, 337 milhões de euros (a preços de Janeiro de 2007), que inclui o investimento de construção, equipamento geral e custos operacionais de funcionamento, e exclui os custos com a gestão clínica, que será assegurada pelo Estado.



Capítulo

I-2

A GOVERNAÇÃO HOSPITALAR

1 Introdução

Os hospitais são organizações extraordinariamente complicadas (Glouberman e Mintzberg, 2001a, 2001b) representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989). Dos diversos tipos de organização existentes, o hospital representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos — humanos, capital, tecnologia e conhecimento — necessitando, por isso, de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido, relacionado com o tipo específico de bem que produz — prestação de cuidados de saúde — e, conseqüentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela na prestação directa de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e protecção da saúde.

Este duplo papel, como instrumento da política de saúde e objecto de autonomia hospitalar, leva a que quer investigadores quer promotores de políticas de saúde, preocupados com a boa governação dos hospitais, coloquem a questão de saber até que ponto e como os modelos de governação empresarial podem ser aplicados aos hospitais. Contudo, devido à configuração societária particular do hospital, envolvendo uma diversidade

alargada de interessados⁵, à exigência de autonomia de vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, etc.) e à falta de objectivos claros de negócio, os princípios da governação empresarial não podem ser transpostos para o sector hospitalar sem ajustamentos específicos (Eeckloo *et al.*, 2004, 2007).

A governação hospitalar surge como um paradigma que pretende juntar numa mesma plataforma a governação clínica e a governação empresarial tendo em conta as diferenças que existem entre a organização hospital e a organização empresa ao mesmo tempo que procura lidar com o duplo papel do hospital, a abrangência dos seus objectivos e os múltiplos interessados que o rodeiam.

Uma das definições possíveis para governação empresarial considera que este termo descreve todas as influências que afectam os processos institucionais, incluindo os relacionados com a designação de quem controla e/ou regula, envolvidos na organização da produção e venda de bens e serviços (Turnbull, 1997). Esta é uma das definições, de entre muitas, de governação empresarial. A governação empresarial congrega, de facto, diversas disciplinas — microeconomia, economia organizacional, teoria organizacional, teoria da informação, direito, contabilidade, finanças, gestão, psicologia, sociologia e ciência política — que vêem a governação organizacional de formas diferentes. Desta forma, as diferentes perspectivas estão relacionadas com o próprio conceito de organização, com a terminologia utilizada, com as influências que afectam a actividade regular das organizações, com os diferentes pontos de vista académicos, com as especificidades culturais nas teorias e nas práticas, e com as diversas teorias que suportam a governação empresarial (Raposo, 2007).

Por analogia, podemos considerar que a governação hospitalar pode ser definida como o conjunto de estruturas e processos que definem a orientação estratégica para o hospital (missão, visão, valores, objectivos) e o meio pelo qual os recursos (humanos, tecnológicos, políticos, capital e

⁵ Do inglês stakeholder. O interessado representa qualquer elemento ou parte de uma transacção que possui um interesse particular no seu resultado (WHO, 2000b) Existem várias definições e diversas classificações de interessados organizacionais, sendo umas mais abrangentes do que outras.

outros meios financeiros) estão organizados e distribuídos para atingir as orientações estratégicas (Rice, 2003).

Num conjunto de artigos relacionados com a governação hospitalar no Canadá, a governação é definida como o exercício de autoridade, direcção e controlo sobre o hospital efectuado pelos conselhos de administração (CA) (Hundert e Crawford, 2002a, 2002b; Hundert, 2003; Hundert e Topp, 2003). Segundo estes autores, as responsabilidades fundamentais da governação são: (1) definir os fins, os princípios e os objectivos do hospital, (2) assegurar e monitorizar a qualidade dos serviços do hospital, (3) assegurar a integridade fiscal e o futuro a longo prazo do hospital, e (4) organizar e preparar meios de monitorizar a efectividade da gestão do hospital.

Assim, a governação hospitalar diz respeito ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios (sistema de pesos e contrapesos) que determinam a tomada de decisão dos órgãos de governo do hospital. Pode ser definida como o processo de gerir o funcionamento global e o desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do apoio e monitorização da sua realização a nível operacional (Eeckloo *et al.*, 2004).

A alteração da forma de governação e das suas diferentes formas de organização tem como objectivo melhorar a responsabilidade e a prestação de contas, a transparência e a efectividade dos CA. A maioria da evidência tem as suas origens no sector privado, tendo por base o sistema de governação empresarial anglo-saxónico, e incide sobretudo sobre as determinantes do desempenho dos CA, sendo possível identificar três áreas gerais que o podem influenciar: a sua estrutura de dominância, a sua composição, e o âmbito das suas actividades (Daily e Schwenk, 1996, Johnson *et al.*, 1996). A questão que se coloca, tendo em conta que a análise é feita numa perspectiva eminentemente empresarial que inclui o factor de maximização do lucro, é como considerar as suas implicações para o sector da saúde.

À semelhança da governação em saúde, o termo governação hospitalar é um termo recente e o número de estudos sobre governação

hospitalar é bastante limitado. As referências existentes são oriundas dos EUA, Nova Zelândia, Austrália e Bélgica. Exceptuando este último país, a maioria da investigação existente pode ser encontrada na literatura norte-americana na área da gestão encarada, sobretudo, na perspectiva da governação empresarial em contextos muito próprios. Em Portugal, para além do documento já mencionado sobre a temática da governação hospitalar (Raposo, 2007), parecem não existirem outros estudos relacionados com as questões associadas à governação hospitalar. Os estudos efectuados sobre a realidade hospitalar em Portugal estão sobretudo relacionados com reflexões sobre o hospital, em questões de estatuto e natureza do hospital, com auditorias e com avaliações diversas, nomeadamente de desempenho.

2 Contexto da governação hospitalar

A empresarialização dos hospitais públicos portugueses e a adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado são realidades recentes em Portugal. A primeira, apesar de ser uma aspiração antiga, quer de decisores políticos com responsabilidades na definição de políticas de saúde e das respectivas estratégias quer dos profissionais de saúde, e de ter sido objecto de várias experiências foi apenas iniciada em 2002. A segunda, apesar de alguma história no sector privado, nomeadamente na Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários (CMVM), foi iniciada mais recentemente, em 2007.

Estas duas realidades não constituem, no entanto, acontecimentos originais do contexto português inserindo-se, com algum desfasamento, em movimentos de mudança que ocorreram anteriormente noutros países. A empresarialização dos hospitais insere-se no âmbito das reformas organizacionais propostas pela *New Public Management* (NPM), enquanto que a adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado se insere no movimento de produção de códigos e princípios de boa governação empresarial.

Apesar de desfasados no tempo, estas duas realidades — empresarialização e produção de códigos de boa governação — estão

relacionadas. A adopção da empresarialização introduz novos modelos de governação nas organizações públicas, passando de um modelo essencialmente do tipo administrativo e burocrático para um modelo empresarializado que adopta práticas, ferramentas e processos da gestão do sector privado. A adopção de princípios de boa governação, visando a prestação de contas e a transparência, aponta para a necessidade das empresas, quer públicas quer privadas, assumirem posturas em domínios de natureza ética e comportamental que são essenciais para que as empresas sejam geridas no efectivo interesse dos seus accionistas e outros interessados e prossigam os objectivos para que foram criadas e são mantidas.

A empresarialização, a contratualização e a NPM

Referindo-nos ainda à NPM é importante referir que teve as suas origens em países com influência anglo-saxónica (primeiro, no Reino Unido e nos Estados Unidos e, depois, na Austrália e na Nova Zelândia), tendo sido adoptado e adaptado por muitos outros países industrializados. O paradigma NPM surge a partir dos anos 80 do século passado, com a discussão sobre o papel do Estado e as pressões crescentes e intensas para deixar de desenvolver algumas actividades que vinha assumindo ou, no mínimo, para introduzir novos modelos de gestão inspirados na cultura das empresas privadas e na sua gestão. Estas pressões estenderam-se rapidamente das actividades do tipo comercial e industrial, para serviços de natureza infra-estrutural e, ultimamente, para a área social, nomeadamente na educação, na segurança social e na saúde.

Aponta para a adopção da gestão empresarial e de mecanismos de mercado e assenta na clarificação da responsabilidade, melhoria do desempenho, responsabilização e prestação de contas aos utilizadores (Osborne e Gaebler, 1993; Osborne e Plastrik, 1998; Osborne e Hutchinson, 2004; Shaw, 2004). As reformas organizacionais tinham como objectivo principal melhorar a governação dos hospitais através de objectivos claros e bem delineados, de uma estrutura de supervisão profissionalizada, e do ambiente concorrencial (Harding e Preker, 2000, 2003). A mistura de

desconfiança (sobretudo a ideia associada à privatização dos serviços públicos) e de entusiasmo (sobretudo com os ganhos de eficiência esperada para o sector público) que rodearam o debate sobre a NPM, durante a década de 80 e princípios da década de 90, deram origem a um cepticismo mais ponderado, no final da década de 90, acerca da sua aplicação generalizada (Manning, 2001; OECD, 2003; Fukuyama, 2004; Pollitt, 2004)⁶.

Em 2002, o XV Governo Constitucional, de coligação PPD/PSD e CDS/PP, iniciou o processo de empresarialização dos hospitais públicos portugueses do Sector Público Administrativo (SPA), adoptando a figura jurídica de Sociedade Anónima (SA)⁷, com a transformação de 34 hospitais tradicionais em 31 hospitais SA⁸. O objectivo era lançar um programa de reforma da gestão hospitalar apostando no aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, mantendo-se intacta a responsabilidade do Estado pela prestação dos cuidados de saúde, sendo esta entendida como uma imposição constitucional já que se trata de uma responsabilidade pública de que o Estado não pode alhear-se.

Este processo surge no seguimento de várias experiências inovadoras de gestão iniciadas em 1996 que não tiveram qualquer replicação em termos de modelo: a concessão da gestão do Hospital Fernando Fonseca (Amadora/Sintra) a privados (1996); as experiências de quase empresarialização do Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira (1996), da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (1999) e do Centro

⁶ Uma visão abrangente sobre as reformas do tipo NPM encontra-se no estudo denominado *The Role of Government in Adjusting Economies 1994-1999* realizado pelo *International Development Department* da Universidade de Birmingham (Batley, 1999). As conclusões mais importantes estão resumidas numa das páginas do sítio do projecto em http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role_of_gov/workingpapers/paper41.htm. Para além deste sumário encontram-se disponíveis outros artigos do mesmo projecto relacionados com vários países em http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role_of_gov/role_of_gov.htm. Por outro lado, para aprofundar o tema da empresarialização, recomendamos a leitura dos Relatórios de Primavera da Observatório Português dos Sistemas de Saúde, nomeadamente a partir do ano 2002 (OPSS, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007).

⁷ Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e que procedeu à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

⁸ Com a publicação de vários decreto-lei (n.ºs 272 a 302/2002) entre 9 e 11 de Dezembro.

Hospitalar do Barlavento Algarvio (2001); e as tentativas de delegação de competências nas estruturas orgânicas de gestão intermédia através da criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) (1999).

Em 2005, com a queda do XV Governo Constitucional⁹ e a entrada do XVI Governo Constitucional, de maioria absoluta PS, o processo de empresarialização é continuado, adoptando uma figura jurídica diferente — a da Entidade Pública Empresarial (EPE) —, com a transformação dos hospitais SA em hospitais EPE e a transformação de hospitais SPA em EPE¹⁰. Segundo o preâmbulo deste decreto-lei, considera-se que a figura de EPE não só será progressivamente atribuída a todos os hospitais que se mantinham integrados no SPA, como é a figura que melhor se adequa à prossecução de um melhor nível de funcionamento das instituições, tanto ao nível operacional como ao nível da racionalidade económica das decisões de investimento. O processo de empresarialização continua nestes moldes em 2007, com a atribuição de natureza EPE a sete hospitais e centros hospitalares¹¹, sendo reafirmada a ideia de que o estatuto EPE é o que melhor se adequa à gestão de unidades de cuidados de saúde hospitalares por compatibilizar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental.

Paralelamente, observou-se uma tentativa de revitalização das agências de contratualização¹² e da contratualização baseada não na

⁹ Provocada pela dissolução da Assembleia da República, a 30 de Novembro de 2004, e com a respectiva convocação de eleições para 20 de Fevereiro de 2005.

¹⁰ Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, que transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de SA, o Hospital de Santa Maria em Lisboa e o Hospital de São João no Porto. Cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE e o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, e aprova os respectivos Estatutos.

¹¹ Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro. Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, e aprova os respectivos Estatutos

¹² Este processo teve os seus primeiros desenvolvimentos com a constituição das Agências de Contratualização, inicialmente designadas de Acompanhamento (Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Julho), tendo sido aí definidas como “uma instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração”, com a missão de “explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade”, promovendo uma utilização eficiente e

produção pura e simples do número de consultas e de intervenções cirúrgicas mas, principalmente, no impacto e nos resultados dessas intervenções na vida dos cidadãos (OPSS, 2006). Houve, no entanto, e em sintonia com o espírito geral mantido pelo Governo, um reforçar do pendor financeiro na contratualização, em especial com os hospitais.

Princípios de boa governação nas empresas públicas

A adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado insere-se também no movimento da governação empresarial e da produção de códigos e princípios de boa governação empresarial. Este movimento realça a importância das empresas serem geridas por práticas correctas visando os objectivos adequados, de assumirem responsabilidades sociais, e de arrogarem posturas em domínios de natureza ética e comportamental, essenciais para que as empresas sejam geridas no efectivo interesse dos seus accionistas e outros interessados e prossigam os objectivos para que foram criadas e são mantidas.

Os escândalos financeiros¹³ e as alterações estruturais efectuadas, a relação entre a governação empresarial e o desenvolvimento, essencialmente o económico, e a forma como a governação empresarial afecta o crescimento e o desenvolvimento (Claessens, 2003) contribuíram

eficaz dos recursos públicos afectos à prestação de cuidados de saúde. A sua actividade foi abruptamente interrompida no início de 2000, recorda-se, pela mudança do titular da pasta da saúde. Como resultado, apesar de nunca extintas por lei, as Agências de Contratualização viram-se remetidas para uma situação de existência virtual, ao condicionar-se o seu grau de intervenção exclusivamente à vontade das diversas Administrações Regionais de Saúde (OPSS, 2006) sem a manutenção dos sistemas de informação existentes.

¹³ Os escândalos financeiros ocorridos (associados a problemas contabilísticos, com manipulação de contas, que chegaram mesmo a envolver grandes empresas de auditoria, e outras fraudes, alegadamente cometidas pelos gestores de topo das organizações), tantos nos EUA como na Europa, trouxeram para o domínio da opinião pública um debate que há muito se vinha fazendo, pelo menos, nos meios académicos e nos órgãos de regulação e supervisão financeira relacionado com a falta de eficácia de alguns dos mecanismos de governação das sociedades. O caso mais conhecido e mediático, que envolvia relações com a administração Bush, foi a falência do gigante norte-americano da área da energia Enron, em Dezembro de 2001, a que se podem equiparar casos similares, tanto nos EUA (como por exemplo WorldCom, Nortel, e eToys), como na Europa (como, por exemplo, Ahold, Parmalat e Vivendi).

para um movimento sustentado de codificação de normas recomendatórias e de práticas de bom governo. Este movimento teve como filosofia de base que as normas de natureza voluntária, dirigidas ao comportamento ético dos intervenientes na vida das empresas cotadas (órgãos de administração, auditores, accionistas e interessados), apresentam mais vantagens para a recuperação da confiança nos mercados do que as disposições legais vinculativas (Silva *et al.*, 2006).

Embora estes códigos de bom governo tivessem como destinatários as empresas cotadas, os seus promotores admitem e consideram desejável a adopção dos respectivos princípios pelos diferentes tipos de empresas, incluindo as estatais. Na generalidade, a actividade de codificação¹⁴ foi significativamente influenciada por textos de referência reconhecidos internacionalmente como modelos normativos de boa governação empresarial.

Além do Relatório Cadbury (Cadbury Committee, 1992)¹⁵, precursor deste movimento de codificação, contam-se os “Princípios da governação empresarial”, publicados originalmente pela OCDE em 1999 e actualizados em 2004 (OECD, 1999, 2004). Recentemente, esta organização, estendeu estes princípios à actuação do Estado enquanto accionista e das empresas por ele detidas e participadas, publicando algumas linhas de orientação no sentido de sistematizar e divulgar as boas práticas de governação (OECD, 2005).

¹⁴ No endereço http://www.ecgi.org/codes/all_codes.php, pertencente ao sítio do *European Corporate Governance Institute* encontra-se uma lista de todos os códigos. Para o aprofundamento do tema aconselhamos o Livro Branco sobre a *Corporate Governace* em Portugal (Silva *et al.*, 2006), do Instituto Português de *Corporate Governace*, publicado em 2006 e disponível no sítio da Internet desse instituto.

¹⁵ O Relatório Cadbury, formalmente designado por *Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance*, é conhecido pelo nome do presidente da comissão responsável pela sua elaboração, Sir Adrian Cadbury. Esta comissão foi nomeada em Maio de 1991 pelo *London Stock Exchange*, pelo *Financial Reporting Council* e pelos profissionais de contabilidade, com o objectivo de dar resposta às preocupações relacionadas com “o baixo nível de confiança detectado, quer na informação financeira quer na capacidade dos auditores proporcionarem a confiança que os utilizadores dos relatórios das empresas procuram e esperam”. Estas preocupações foram ainda acentuadas pelo colapso inesperado de algumas empresas de significativa dimensão, entre as quais o grupo Maxwell e o BCCI.

Em 1999, a CMVM publicou, com actualizações sucessivas em 2001, 2003 e 2005, recomendações sobre o governo das sociedades dirigidas às empresas cotadas (CMVM, 2005). A publicação das recomendações procurava contribuir para a optimização do desempenho das sociedades e favorecer todas as pessoas cujos interesses estão envolvidos na actividade societária — investidores, credores e trabalhadores.



Também a sociedade civil, em 2006, através do Instituto Português de *Corporate Governance* (IPCG), se pronunciou sobre as práticas de governação das empresas portuguesas e publicou o Livro Branco sobre *Corporate Governance* em Portugal (Silva *et al.*, 2006). Consideramos que esta iniciativa procurou contribuir para a transparência, o rigor e a modernização do mercado de capitais português e, ao mesmo tempo, promover, estimular e facilitar a discussão e a reflexão à volta dos temas e dos desafios que o bom governo das empresas coloca no dia-a-dia.

Durante 2007, a CMVM apresentou uma proposta para discussão pública de um código de governo das sociedades (CMVM, 2007). Este anteprojecto de código tinha por objectivo contribuir para a optimização do desempenho das sociedades e para uma composição equilibrada dos interesses dos accionistas, bem como prosseguir uma reflexão crítica em Portugal sobre o governo das sociedades cotadas. As recomendações pretendem, apresentar-se como um exercício tendente à definição das melhores práticas capazes de fomentar a eficiência das sociedades cotadas e do mercado de valores mobiliários.

Também em 2007, e neste contexto de fomento das boas práticas de governação empresarial, o Estado português, reconhecendo que, no que diz respeito à sua actuação enquanto accionista e das empresas por si detidas ou participadas, são escassas as reflexões que visam sistematizar e divulgar as boas práticas de governo, publicou o novo estatuto do gestor público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março), os princípios de bom governo das empresas do Sector Empresarial do Estado (SEE) (Resolução do

Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março), e alterou o regime jurídico do SEE e das empresas públicas para nele reflectir questões relacionadas com a governação empresarial (Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto).

3 Bases para a governação hospitalar em Portugal

Desde 2002 ocorreram mudanças que constituem, do nosso ponto de vista, alavancas para a promoção da governação hospitalar e dos princípios da boa governação nos hospitais públicos: a empresarialização e a contratualização, a adopção de práticas de bom governo (nomeadamente a publicação do novo estatuto do gestor público, a publicação dos princípios de bom governo das empresas do SEE, a alteração do regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas, e a criação da Comissão de Estudo para a Avaliação dos Hospitais EPE), e a adopção de práticas de informação ao público.

Empresarialização e contratualização

Com os hospitais empresarializados (primeiro SA e depois EPE) o que mudou, de facto, foi a modalidade de posse, flexibilizou-se a política de aquisições e de contratação de recursos humanos e houve algum desenvolvimento de ferramentas de informação. Mas, quanto ao resto, a generalidade desses hospitais manteve o seu desenho organizacional pouco mais que inalterado quer relativamente ao modelo de governo quer relativamente à sua organização interna (OPSS, 2006). Apesar do rearranjo da rede de serviços hospitalares, ainda parece não existirem grandes alterações na cultura gestonária e no modelo organizacional interno aos hospitais (OPSS, 2007).

No contexto desta realidade deficitária, a empresarialização dos hospitais trouxe, no entanto, consigo mecanismos de controlo e monitorização, quer externos quer internos, que se podem constituir como uma base para uma governação hospitalar efectiva e para o

desenvolvimento do hospital (evolução do modelo organizacional interno, divulgação de boas práticas e melhoria do desempenho), nomeadamente no que se refere à criação de uma cultura de maior transparência e responsabilização e prestação de contas.

Ao nível externo, as acções do Tribunal de Contas (TC) e da Inspeção Geral do Tesouro e Finanças (IGTF), sobre as contas, e de outras entidades, como a Inspeção Geral da Saúde, a Direcção Geral da Saúde (DGS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), sobre a sua actividade e o seu comportamento, constituem mecanismos importantes de controlo e monitorização. Ao nível interno, nos hospitais a figura de auditor interno, como órgão de fiscalização, vê os seus poderes reforçados relativamente à anterior lei da gestão hospitalar, e surge a figura de fiscal único com responsabilidade pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital.

Por seu turno, com a contratualização, apesar da existência de um conjunto de dificuldades estruturais relacionadas com a cultura incipiente de avaliação (na administração pública, em geral, e na área da saúde, em particular), da quase inexistência de tradição de processos de negociação e da prática da gestão por objectivos, o desenvolvimento insuficiente das aptidões exigidas para a condução da contratualização e para o respectivo acompanhamento por parte da administração em saúde, o decorrente défice de aculturação por parte das instituições prestadoras e das fragilidades dos sistemas de informação, a realidade hospitalar sofreu mudanças importantes, nomeadamente:

- A publicação, no sítio da ACSS (<http://www.acss.min-saude.pt>), dos objectivos, pressupostos e condicionalismos definidos pela Comissão para a Contratualização em Saúde para o contrato-programa em 2006, 2007 e 2008;
- A negociação e celebração, conjuntamente com a ACSS, dos contratos-programa com os hospitais SPA e EPE para 2006 com todos os hospitais das regiões Norte, Centro, Alentejo e Algarve ainda que, na região de Lisboa e Vale do Tejo apenas nove hospitais tenham assinado os seus

contratos-programa. Todos os contratos-programa assinados em 2007 estão publicados no sítio da ACSS; contudo, tal não acontece com os contratos-programa de 2008¹⁶;

- O processo de acompanhamento dos contratos-programa através da monitorização da realização das prestações de serviço acordadas com cada hospital, mensal e trimestralmente;
- O estabelecimento de protocolos com universidades para formação e investigação sobre matérias relacionadas com a contratualização de serviços de saúde e com entidades externas para o aprofundamento dos processos de auditoria.

Adopção de práticas de bom governo

A publicação do novo estatuto do gestor público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março) procura instituir um regime do gestor público integrado e adaptado às circunstâncias actuais, que abarque todas as empresas públicas do Estado, independentemente da sua forma jurídica, e que fixe sem ambiguidades o conceito de gestor público, defina o modo de exercício da gestão no SEE e as directrizes a que deve obedecer e, para além disto, regula a designação, o desempenho e a cessação de funções pelos gestores públicos.

O referido estatuto aproxima o regime de gestor público da figura de administrador de empresas privadas, atribui relevo e desenvolvimento acrescidos ao regime de incompatibilidades, à avaliação de desempenho, à determinação das remunerações, à definição do regime de segurança social aplicável e à observância das regras de ética e das boas práticas decorrentes dos usos internacionais de governação empresarial e transparência.

A adopção generalizada do contrato de gestão com metas quantificadas¹⁷, a possibilidade de afastamento do gestor público quando os

¹⁶ De facto, em 31 de Maio de 2008 não estava publicado, no sítio da ACSS, nenhum dos contratos-programa de hospitais SPA ou EPE.

objectivos fixados não forem alcançados, a definição de um processo de fixação das remunerações dos gestores públicos e de outros benefícios¹⁸ e a limitação de acumulação de funções e remunerações são algumas das principais novidades deste diploma no sentido de introduzir padrões elevados de exigência, de rigor, de eficiência e de transparência concomitantemente com a necessária ética de serviço público exigida.

Os princípios de bom governo das empresas do SEE (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março) surgem na sequência do reconhecimento por parte do Estado (conforme afirmado no preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007) que, no que diz respeito à sua actuação enquanto accionista, e às empresas por si detidas ou participadas, são escassas as reflexões que visam sistematizar e divulgar as boas práticas de governo.

Assim, deste diploma destacam-se os princípios dirigidos ao próprio Estado e às empresas detidas pelo Estado, relativamente (1) à sua missão, objectivos e princípios gerais de actuação, (2) às suas estruturas de administração e fiscalização, (3) às remunerações e outros direitos (4) à prevenção de conflitos de interesses e (5) à divulgação de informação relevante. Este último ponto define que toda a informação relacionada com os princípios de bom governo devem ser divulgados ao público, devem estar disponíveis através de um sítio na Internet (“sítio das empresas do Estado”), a criar pela DGTF.

A adopção destas medidas pretende reconhecer o quão importante é que as empresas que integram o SEE tenham modelos de governo que permitam atingir níveis de desempenho elevados e, em conjunto com os bons exemplos existentes na esfera privada empresarial, contribuam para a difusão de boas práticas, incluindo a adopção de estratégias concertadas de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental.

¹⁷ Já previsto no Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, mas infelizmente com pouca ou nenhuma aplicação prática conforme reconhece o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 71/2007.

¹⁸ Tomando como base a distinção entre gestores executivos e não executivos e fazendo depender a remuneração variável, aplicável apenas aos gestores com funções executivas, da efectiva obtenção dos objectivos predeterminados.

O OPSS considera que, apesar de nem tudo relacionado com a boa governação empresarial resultar directamente da legislação aplicável, o Estado deve dar o exemplo, acompanhando as melhores práticas internacionais.

Foi também alterado o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas (Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto) para nele reflectir questões relacionadas com o novo estatuto do gestor público e as boas práticas de governo e, também, a organização interna das empresas públicas. As principais alterações dizem respeito a:

- Estrutura orgânica — consagra-se a distinção entre administradores executivos e não executivos, prevê-se a existência de uma comissão executiva, bem como de comissões especializadas, de auditoria e de avaliação, e aprovação pelos diversos órgãos dos regulamentos internos¹⁹.
- Orientações de gestão — pretende-se assegurar a sua efectiva definição, realçando o papel que lhe cabe na dinamização da actividade económica e na satisfação de necessidades públicas ou com interesse público, tendo igualmente em vista uma gestão mais racional, eficaz e transparente.

São previstos três níveis de orientações de gestão: estratégicas (para todo o SEE fixadas pelo Conselho de Ministros), gerais (destinadas a um dado sector de actividade e mediante despacho conjunto do Ministro da Finanças e do ministro do respectivo sector de actividade), e específicas (empresa a empresa fixadas também através de despacho conjunto ou através do exercício da função accionista, consoante a modalidade de empresa pública em causa). Estas orientações serão consideradas na avaliação de desempenho dos gestores públicos;

- Mecanismos de fiscalização e monitorização — reforçam-se os mecanismos de controlo financeiro e os deveres especiais de informação das empresas públicas considerando a necessidade de assegurar a

¹⁹ Estas alterações inserem-se no quadro estabelecido pelo Código das Sociedades Comerciais, de acordo com a revisão operada pelo Decreto-Lei n.º 76 -A/2006, de 29 de Março.

contenção da despesa pública e o rigor na gestão dos recursos disponíveis.

Por último, já em 2008, foi criada a Comissão de Estudo para a Avaliação dos hospitais EPE (Despacho n.º 3596/2008, de 16 de Janeiro). Segundo o despacho que a criou, esta comissão será apoiada por uma Universidade a contratar a qual, na sequência dos estudos já desenvolvidos no Ministério da Saúde, tem por missão preparar o arranque em 2008, da avaliação dos CA dos hospitais EPE. A Comissão ficou responsável por, até 30 de Abril de 2008,

- Efectuar pré-teste do modelo de avaliação com base em informação histórica e num número limitado de hospitais;
- Proceder à afinação final do modelo de avaliação, a usar em 2008, e propor as acções de formação e de divulgação que se justifiquem;
- Definir o conteúdo tipo do contrato de gestão para 2008 e dos respectivos instrumentos de recolha, acompanhamento e difusão;
- Propor as modificações que entenda necessárias nos sistemas de informação, de análise e acompanhamento.

Lendo o despacho de criação da comissão e o estatuto do gestor público, a avaliação em causa decorre directamente da lei que a impõe para todas empresas públicas. Assim, a criação desta comissão é um passo importante no que se refere à governação hospitalar. De facto, um dos factores relacionados com a transparência e a prestação de contas está relacionado com a forma como os CA são nomeados, quais os critérios utilizados e a avaliação da sua efectividade. Neste último item incluem-se questões relacionadas com a selecção, a integração e a formação, a avaliação, as comissões e a remuneração. Por exemplo, no campo da avaliação, o relatório do *Victorian Public Hospital Governance Reform Panel*²⁰ considera que o seu objectivo é "avaliar a eficácia do CA na

²⁰ Cujo mandato incluía: propor formas de reforçar a capacidade de governação do *Metropolitan Health Services* e dos CA dos grandes hospitais regionais; desenvolver um enquadramento de equilíbrio entre a autonomia da governação e responsabilidade/prestação de contas perante o Ministro; avaliar a adequação das disposições legislativas e administrativas existentes, de modo a assegurar que a

contribuição para atingir os objectivos organizacionais de desempenho, criando oportunidade para o desenvolvimento de espírito de equipa entre os membros do conselho, clarificar o papel individual e colectivo no sistema de governação, melhorar a eficácia das suas reuniões, melhorar as relações de trabalho entre o CA e a gestão, e identificar áreas de melhoria estatutária e de outras obrigações de reporte” (Victorian Public Hospital Governance Reform Panel, 2003).

Do que é conhecido pela comunicação social²¹, o modelo de avaliação inclui três componentes de avaliação:

- Objectivos de missão (53%) — esta componente, para além dos resultados económico-financeiros, contempla indicadores como qualidade clínica, satisfação dos doentes, actividade e eficiência, além de índices relacionados como o desenvolvimento, a satisfação de profissionais e a responsabilidade pública;
- Objectivos de visão (30%) — esta componente visa determinar se a administração do hospital está em boas condições para cumprir o resto do mandato. Neste âmbito, o que está em causa são os compromissos estratégicos a cumprir durante o período em que vigora o mandato da administração e os projectos e programas a longo prazo, apresentados e negociados no âmbito da elaboração e da negociação do contrato-programa;
- Desempenho da administração (17%) — esta componente inclui a auto-avaliação dos próprios gestores, informações dos profissionais e do número de reclamações e sugestões. O carácter colegial das decisões, aferido pelo número de reuniões, produtividade, tipo de intervenções e soluções apresentadas serão alguns dos pontos considerados nesta componente.

tutela possa tomar medidas razoáveis e oportunas para garantir o desempenho dos serviços de saúde; e propor alterações administrativas, legislativas ou regulamentares para dar cumprimento ao novo quadro (Victorian Public Hospital Governance Reform Panel, 2003).

²¹ Nomeadamente através das entrevistas dadas pelo seu coordenador ao «Tempo de Medicina» e ao «Diário Económico» (13/05/2008, “Governo dá mais peso à qualidade dos hospitais do que às contas”).

O modelo de avaliação apresentado, focando vários aspectos do hospital e não se cingindo apenas a indicadores de carácter económico-financeiro, apresenta traços positivos na medida em que faz a distinção entre os resultados que se esperam de uma empresa propriamente dita (cuja única preocupação serão os seus accionistas, focando sobretudo os aspectos económico-financeiros) e a organização hospital (com responsabilidades perante uma grande diversidade de interessados, nomeadamente na resposta às necessidades da população que serve, enquadrado nos objectivos do sistema de saúde onde está integrado) cuja missão ultrapassa largamente o de uma simples empresa.

O OPSS espera que os resultados saídos desta comissão possam servir para uma melhor governação hospitalar em Portugal e uma melhor prestação de contas dos hospitais públicos aos cidadãos.

Informação ao público

Os documentos legislativos mencionados no ponto anterior revelam, de uma forma ou de outra, a importância da informação ao público. O diploma relativo aos princípios de bom governo no SEE aponta para criação do “sítio das empresas do Estado” pela DGTF. No entanto, a informação relativa aos hospitais públicos pode ser encontrada em vários locais da rede dispersos pelos sítios de várias entidades:

▪ **Hospitais EPE**

- No sítio do SEE (www.dgt.pt/see.htm) relativamente às empresas públicas não financeiras (na saúde, os hospitais EPE) pode encontrar-se informação sobre a caracterização da empresa, as orientações de gestão, o modelo de governo, os membros dos órgãos sociais, os princípios de bom governo, informação financeira histórica e actual, função de tutela e accionista, e o esforço financeiro público;
- No sítio dos hospitais EPE, para além dos relatórios de contas e dos planos de actividade, pode encontrar-se informação relacionada com os relatórios de satisfação dos utilizadores e alguma informação de gestão;

- Nos sítios de cada um dos hospitais EPE, muito pouco sistematizados, a informação relativa ao governo do hospital é muito escassa;
- No sítio da ACSS, encontram-se os contratos-programa dos diversos hospitais.
- Nos hospitais SPA, a informação disponível é limitada, cingindo-se às contas consolidadas SPA e aos contratos-programa no sítio da ACSS, como referido.

O sítio do SEE, da responsabilidade da DGTF, é uma consequência directa do diploma que aprova os princípios de bom governo das empresas do SEE (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março). O quadro 1 resume os principais elementos que podem ser encontrados neste sítio relativamente aos hospitais EPE.

Ao analisar a informação disponibilizada sobre cada um dos hospitais parece-nos evidente a existência de uma desproporção entre o que existe para os hospitais SPA e para os hospitais EPE. Contudo, apesar desta desproporção real verificada, ela esbate-se pela negativa quando verificamos que muitos dos itens do sítio do SEE não possuem todos os dados. Acreditamos que esta situação está relacionada com o facto de a legislação ser recente e também com a de uma cultura de responsabilidade e transparência ainda não aculturada.

3 Recomendações

É evidente que foram dados passos importantes na constituição de bases para a existência e reforço e para o desenvolvimento da governação hospitalar em Portugal. Apesar destes passos importantes, onde as peças legislativas mencionadas e as práticas de informação ao público assumem especial importância, o OPSS considera que urge corrigir rapidamente algumas situações:

Quadro 1 — Principais áreas de informação sobre os hospitais EPE no sítio do SEE

Geral	<i>Ligação directa para o sítio do hospital</i>
	<p>Apresentação geral do hospital</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morada - Membros do CA - Objecto social - Desempenho económico, - Estrutura accionista - Situação patrimonial - Actividade económica - Situação financeira - Rácios de estrutura - Outros indicadores
Empresa	<p>Caracterização da empresa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Missão - Objectivos - Políticas da empresa - Obrigações de serviço público a que a empresa está sujeita - Termos contratuais da prestação de serviço público - Modelo de financiamento subjacente à prestação de serviço público
	<i>Orientações de gestão</i>
	<i>Modelo de governo</i> - Órgãos sociais com a indicação do cargo, nome da pessoa que ocupa o cargo, eleição, duração do mandato
	<p><i>Membros dos órgãos sociais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pessoa (nome) - Funções e responsabilidades - Currículo - Estatuto remuneratório fixado - Remunerações auferidas
	<p>Princípios de bom governo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regulamentos internos e externos a que a empresa está sujeita - Transacções relevantes com entidades relacionadas - Outras transacções - Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental - Avaliação do cumprimento dos princípios de bom governo - Código de Ética
	<p><i>Informação financeira histórica e actual</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Balanço - Demonstração de Resultados - Mapa de fluxos de Caixa
	<i>Função de tutela e accionista</i>
	<i>Esforço financeiro público</i>

- Passar rapidamente da publicação legislativa à prática efectiva. A criação do sítio do SEE é um marco importante e a colocação de conteúdos relativamente a alguns dos hospitais EPE é um primeiro passo. No entanto, para além da lista de hospitais EPE não estar actualizada, a informação existente não está completa para todos os hospitais;
- A publicação dos relatórios de conta dos hospitais EPE, no sítio dos hospitais EPE e no sítio da ACSS (por referência ao primeiro), tem sido um acontecimento importante na divulgação dos seus resultados. As práticas iniciadas devem ser mantidas e aperfeiçoadas. No entanto, relativamente ao ano de 2007, apenas 14 hospitais (52% relativamente a 2006)²² têm os seus relatórios de contas publicados neste sítio;
- Repete-se a situação na publicação dos contratos-programa relativos a 2008 para os hospitais SPA e hospitais EPE no sítio da ACSS. Em 2008 ainda não se encontram publicados nenhum dos contratos-programa²³. Tal situação é tanto mais estranha quando se supõe que, nesta altura do ano (praticamente a meio do semestre), já todos os contratos-programa estão assinados e em fase de implementação e monitorização;
- Para além de corrigir esta lacuna relativamente aos dados disponibilizados para os hospitais EPE, urge corrigir a disponibilização de informação sobre os hospitais SPA aproximando-a da que é exigida aos hospitais EPE²⁴. A transparência e a prestação de contas ao público assim o exigem;

²² Em 31 de Maio de 2008 apenas estavam publicados os relatórios de contas para os seguintes hospitais: Centro Hospitalar do Médio Ave, Centro Hospitalar do Alto Ave, Hospital Senhora da Oliveira, Hospital Espírito Santo, Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Centro Hospitalar do Porto, Hospital São Sebastião, IPOFG Porto, Hospital São João de Deus, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Centro Hospitalar do Alto Minho, Hospital de Santa Marta, Hospital Distrital Figueira da Foz, e IPOFG Lisboa.

²³ Em 31 de Maio de 2008 não estavam apenas publicados, no sítio da ACSS, nenhum dos contratos-programa de hospitais SPA ou EPE.

²⁴ Tendo em conta que a figura de EPE será progressivamente atribuída a todos os hospitais que se mantêm integrados no SPA o tempo tenderá a resolver naturalmente este problema. Contudo, até que tal aconteça seria importante homogeneizar por cima, isto é, utilizando a matriz dos hospitais EPE e, com as devidas adaptações, a informação disponibilizada para os hospitais SPA.

- Uniformizar e homogeneizar os sítios dos hospitais EPE, nomeadamente no que se refere à informação disponibilizada. Alguns dos sítios não existem, a informação disponibilizada é escassa, são muito pouco sistematizados, e a informação relativa ao governo do hospital (nos moldes da disponibilizada no sítio do SEE) é muito escassa;
- Homogeneizar e partilhar os conteúdos dos vários sítios indicados, nomeadamente os sítios de cada hospital EPE, o sítio dos Hospitais EPE e o sítio da ACSS. A repetição de informação nos diversos locais sem um correcto supervisionamento, que parece não existir, funcionando cada sítio como espaços estanques, leva à redundância e à inconsistência da informação disponibilizada;
- Para além da informação económico-financeira, de actividade e de produção, deverá ser fornecida mais informação, especialmente no que se refere à satisfação dos utentes e à satisfação profissional. Para além do Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e Satisfação do Utente dos Hospitais EPE em 2003 desconhecem-se, nestes cinco anos, os resultados de outras avaliações efectuadas. O modelo de avaliação dos CA, a ser testado neste momento no âmbito da comissão de avaliação dos CA dos hospitais EPE, pode constituir uma alavanca para uma divulgação regular de dados de satisfação dos utentes e dos profissionais referentes a estas unidades;
- Apesar do carácter positivo do modelo de avaliação, no âmbito da Comissão de Estudo para a Avaliação dos hospitais EPE, focando vários aspectos do hospital e não se cingindo apenas a indicadores de carácter económico-financeiro, a informação disponível sobre o modelo de avaliação é ainda muito escassa.

O despacho, que cria esta a comissão de avaliação, refere que a comissão será apoiada por uma Universidade a contratar e que o Ministério da Saúde já tinha alguns estudos desenvolvidos. Ora, neste momento (Junho de 2008) desconhecem-se os estudos elaborados anteriormente pelo Ministério da Saúde, nomeadamente qual a evidência de suporte utilizada para a construção do modelo e qual a Universidade contratada para apoiar a dita comissão.

Dada a importância do trabalho da comissão e do seu possível impacto na governação hospitalar, exigia-se uma maior divulgação de informação. A criação de um sítio na Internet, à semelhança do que foi feito para a Missão de Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (www.mcsp.min-saude.pt), ou a inclusão de documentos no sítio dos Hospitais EPE ou no sítio da ACSS, seriam um bom ponto de partida;

- A efectividade dos CA não se esgota na avaliação, contudo. De facto, é também importante focar aspectos relacionados com a selecção, a integração e a formação dos membros dos CA. A selecção dos membros do CA condiciona a sua capacidade efectiva de governação e obriga à especificação das competências exigidas, da experiência e dos atributos, e de um processo de nomeação que aborde as principais lacunas e que seja estruturado para reforçar o empenho e as sinergias dos seus membros. Por seu turno, relativamente à integração e à formação, é crucial que os nomeados sejam integralmente informados e instruídos sobre o seu novo papel para garantir um forte desempenho do CA. A deficiência de integração dos novos membros e a falta de experiência no sector público, no sistema de saúde, como director, ou mesmo as três em simultâneo constituem entraves à efectividade dos CA (Victorian Public Hospital Governance Reform Panel, 2003).

A definição de critérios claros e conhecidos de nomeação, para além dos estritamente relacionados com a confiança política, é fundamental. De facto, o processo de nomeação, quer no modelo SPA quer no modelo EPE, apresenta algumas particularidades, nomeadamente no que se refere à escolha da equipa que vai constituir o CA. No modelo SPA, o Ministro da Saúde nomeia directamente o presidente e os dois vogais executivos e nomeia, sob proposta do presidente do CA, os membros não executivos: o director clínico, de entre médicos da carreira hospitalar, e o enfermeiro director, de entre os profissionais da carreira de enfermagem, que trabalhem no SNS de reconhecido mérito, experiência profissional e perfil adequado. No modelo EPE os membros são nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil

adequado, sendo o director clínico um médico. No modelo SPA, a leitura do diploma aponta para o facto de que apenas o director clínico e o enfermeiro director serem nomeados sob proposta do presidente escolhido. Por seu turno, no modelo EPE a nomeação, feita por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, apesar de incidir sobre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado, não especifica quais os critérios a utilizar para essa escolha.

Partindo do princípio que um CA deve ser uma equipa coesa, equilibrada e que se completa, qualquer um dos estatutos é, no entanto, omissivo relativamente aos critérios utilizados para a escolha, de modo a garantir estas características. A simples menção de "individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado" é, na nossa opinião, insuficiente.

A clarificação destes critérios é, assim, um factor importante a ter em conta, porque na sua maioria estes CA vão lidar com organizações que movimentam orçamentos e investimentos superiores a muitas empresas do sector privado. Sabendo que estas colocam cuidados adicionais, com critérios bem definidos de escolha e selecção, na formação dos seus CA, não deverá o Estado também fazê-lo e, por maioria de razão, explicitá-lo?

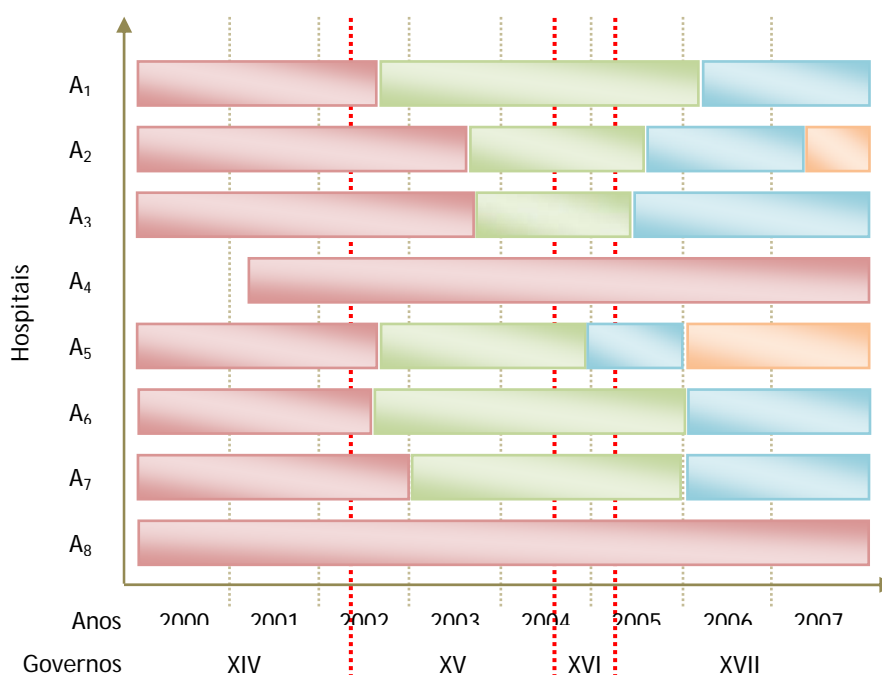
Os argumentos de transparência, de prestação de contas e de responsabilização aliadas à missão dos hospitais, organizações fundamentais no sistema de saúde que devem responder às necessidades das populações que servem, justificam plenamente a adopção de boas práticas de governação hospitalar. Se estes argumentos não forem suficientes, convém recordar que Portugal encetou, em 2002, a empresarialização, assumindo as reformas organizacionais propostas pela NPM.

Ora, a NPM aponta para a adopção da gestão empresarial e de mecanismos de mercado e assenta na clarificação da responsabilidade, na melhoria do desempenho, e na responsabilização e prestação de contas aos utilizadores. Assim, e utilizando argumentos meramente económico-financeiros e de funcionamento do mercado, dever-se-á questionar se

organizações que movimentam capitais²⁵ muito superiores aos movimentados por algumas das empresas cotadas em bolsa e que sofrem mudanças constantes dos seus CA, sem qualquer avaliação e responsabilização, se se coadunam com aquilo que é referenciado como as boas práticas das empresas privadas.

Para ilustrar a grande rotatividade dos CA nos hospitais públicos atente-se na figura 1 que apresenta os CA, desde 2000 até 2007, para uma amostra de oito hospitais confrontados com os respectivos governos. Nesta amostra incluem-se dois hospitais SPA — um grande e um pequeno —, um hospital que, no seu percurso, foi experiência inovadora de gestão, foi transformado em SA e posteriormente em EPE, e cinco hospitais empresarializados que passaram por percursos diferentes, isto é, que de SPA foram transformados em SA e posteriormente em EPE ou que foram transformados directamente de SPA para EPE (Raposo, 2007).

Figura 1 — Conselhos de Administração de uma amostra de oito hospitais, 2000-2007



Fonte: Raposo, 2007

²⁵ Consultando, por exemplo, os documentos “Elementos económico-financeiros e de actividade dos hospitais EPE” ou “Monitorização dos Hospitais EPE e 10 maiores hospitais SPA 2007” existentes no sítio dos Hospitais EPE no sítio da ACSS.

Cada rectângulo representa um CA diferente e, para efeitos de contabilização do número de CA, considerou-se que um CA é o mesmo se mantiver o presidente do CA e pelo menos um dos vogais executivos em períodos consecutivos. O número de vogais diz respeito ao número de vogais diferentes que passaram pelos sucessivos CA. Desta forma, um vogal executivo que tenha passado por mais do que um CA, só é contabilizado uma vez.

Desta figura destaca-se que, de 2000 até 2007, passaram por estes oito hospitais 22 CA, 21 presidentes do CA e 37 vogais diferentes. Apenas dois hospitais — o A4 e o A8 — mantiveram o mesmo CA, quatro hospitais tiveram três CA, e dois hospitais tiveram quatro CA. Em sete hospitais, o número de presidentes do CA coincide com o número de CA e apenas em um hospital — o A7 — existiu um presidente que esteve em mais do que um CA, em períodos diferentes.

O número de vogais que passou pelos sucessivos CA variou entre um mínimo de dois vogais — no hospital A4 — e um máximo de oito vogais — no hospital A7 —, enquanto que os hospitais A2 e A5 tiveram seis vogais diferentes. No ano de 2004, quer o hospital A5 quer o hospital A8, tiveram um vogal não executivo, para além dos vogais normais. Regra geral, os CA mantiveram na sua constituição o número de vogais indicados nos respectivos diplomas, com excepção do hospital A5 que, no terceiro CA, teve três vogais (sendo um não executivo) e do hospital A7 que, no primeiro CA, teve quatro vogais.

Constata-se, assim, que excepto os hospitais A4 e A8 cujos CA apresentam uma grande longevidade relativamente aos outros, as mudanças de CA coincidem, com algum desfasamento temporal, com a mudança de governos. Para agravar a situação, existem hospitais cujo CA muda dentro do mesmo governo, como foi o caso do hospital A5 no XVI Governo Constitucional e do hospital A2 no XVII Governo Constitucional.

A menos que existam argumentos de erros de gestão, de falta de transparência, de não prestação de contas ou de responsabilização dos membros dos CA, o OPSS considera que não faz qualquer sentido que os hospitais públicos tenham de passar por tanta instabilidade na composições

dos seus CA. Os efeitos na boa governação hospitalar são mais do que evidentes. Com a manutenção de situações como esta, o próprio Governo, responsável máximo perante os cidadãos pelo serviço público não pode ser desresponsabilizado por problemas de gestão no SNS.



Capítulo

I-3

A GESTÃO DA MUDANÇA EM SAÚDE

1 Referências teóricas para o estudo da mudança

Qualquer reforma, independentemente da área em que pretenda ser implementada, é um processo contínuo, determinado por factores de contexto como o nível de desenvolvimento económico, de rendimento, educação, estilos de vida e pobreza. Assim, para se analisar uma reforma, deve olhar-se aos factores contextuais, ao processo de reforma em si mesmo e aos seus objectivos, de que forma foi pensado, explicitado e implementado, devendo proceder-se a uma detalhada descrição das alterações introduzidas pela reforma, à análise do impacto da reforma nos objectivos do sistema de saúde, ao nível da equidade, eficiência, efectividade, possibilidade de escolha, melhor nível de saúde e melhor distribuição, protecção do risco e satisfação dos utentes. Deve ainda avaliar-se o alcance dos objectivos das políticas públicas.

A análise da reforma implica o estudo das alterações na estrutura organizacional dos sistemas, dos regulamentos e legislação, do financiamento, da prestação de cuidados e das percepções dos informadores-chave sobre a própria reforma.

A par de uma análise da reforma, poderá estar uma avaliação à sua implementação, o que é possível recorrendo a diversos instrumentos da

metodologia de investigação, nomeadamente a comparação de dados referentes a resultados da prestação de cuidados antes e após a implementação das modificações, a aplicação de inquéritos de satisfação aos utentes, análises documentais a relatórios relativos à reforma, sobretudo referentes às políticas públicas, análise da legislação promulgada e entrevistas a informadores-chave.

A experiência resultante de análises a anteriores reformas demonstra que existe um conjunto de factores de sucesso, sobre os quais deve incidir alguma vigilância especial, numa análise de reformas: a existência de uma liderança forte, uma boa coordenação entre os níveis político e operacional, a existência de acções de implementação próximas da agenda, a simplicidade das intervenções, para facilitar a sua compreensão por parte daqueles que as vão adoptar, e um antecipado investimento na formação, de modo a obter massa crítica entre os profissionais de saúde, tornando-os capazes de operacionalizar as políticas (Atun *et al.*, 2006).

Ao longo dos anos, e essencialmente na última década (1996-2006), têm sido vários os instrumentos utilizados para analisar o “estado da arte” da saúde na Europa e em Portugal. E, conseqüentemente, os resultados das reformas que têm vindo a ser implementadas. Destes instrumentos, destaca-se a conferência da Organização Mundial de Saúde, em 1996, em Ljubljana, reformando os cuidados de saúde na Europa, que deu origem aos relatórios *Health in transition* (HIT) e à criação do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.



Neste período, foram também surgindo por toda a Europa observatórios, com o objectivo de analisar e influenciar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, através da informação e do conhecimento. Nem sempre estas instituições recebem a designação de observatórios, embora



os seus princípios sejam os mesmos. Assim, encontramos por exemplo o STAKES (*National Research and Development Centre for Welfare and Health*) na Finlândia, a Health Development Agency, desde 2005 parte das funções do NICE

(*National Institute for Health and Clinical Excellence*), em Inglaterra e o *National Primary Care Research and Development*



Center, da Universidade de Manchester também em Inglaterra. Em Portugal, criou-se o Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

Ainda no ano 2000, o relatório anual da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi subordinado ao tema da análise de desempenho dos sistemas de saúde (WHO, 2000a). Em 2005, foi publicado um artigo de Oliver e Mossialos no *Journal of Health Politics, Policy and Law* que assume a complexidade da explicação das mudanças no sector da saúde (Oliver e Mossialos, 2005).

Todos estes aspectos contribuem para a análise das reformas implementadas na saúde, embora as possamos dividir em análise do estudo das resistências à mudança e análise do estudo da gestão da mudança. No primeiro caso, deve dar-se atenção à cultura e ao institucionalismo, que podem criar ou explicar fortes resistências às propostas de mudança ou sua implementação. No segundo caso, a gestão da mudança depende de factores relacionados com valores do processo de desenvolvimento humano e com o papel dos actores sociais, nomeadamente no que toca ao conhecimento e à base de apoio. Estão ainda relacionados aspectos da própria gestão e do pensamento estratégico, dos valores e da governação, e das novas arquitecturas de influência na sociedade do conhecimento.

2. Abordagens conceptuais para a análise da mudança

Analisar a mudança e compreender as várias formulações conceptuais existentes para o feito, exige antes de mais a compreensão básica do significado do conceito de mudança: "Qualquer transformação que ocorra no plano social e/ou organizacional, independentemente do seu grau de profundidade, dos efeitos criados e do seu impacto junto dos actores sociais (Marques, 1993).

A mudança acontece pela procura de novos padrões organizacionais com vista à redução de custos, à melhoria da qualidade ou ainda ao aumento da flexibilidade. A mudança é um fenómeno organizacional amplamente estudado, que levou à elaboração de abordagens fundamentadas no estudo e na análise dos processos de mudança e a reflexões prospectivas, que indicam soluções para alcançar organizações mais capazes de gerir a mudança (Rodrigues, 1998).

O processo de mudança pode ainda assumir um carácter emergente, desenhando-se de forma não prevista em resposta a problemas e especificidades locais ou planeado, conduzido segundo um processo pré-estabelecido que abrange a preparação, a implementação e o reforço da mudança.

A análise e a gestão da mudança representam, assim, uma preocupação com a possibilidade de intervir e controlar as alterações. É ainda possível analisar as implicações provocadas pela mudança em determinada organização, ainda que prestadora de cuidados de saúde. A gestão da mudança, podendo caracterizar-se por um conjunto de reflexões aleatórias, pouco sistematizadas a nível conceptual, oferece às organizações toda uma série de hipóteses de caminhos a seguir, sem obrigatoriamente especificar os percursos e metas a alcançar.

Dada a complexidade dos processos de mudança, sobretudo no sector da saúde, é fundamental recorrer a modelos conceptuais que orientem os processos planeados de mudança. Quanto aos processos emergentes, poderá e deverá manter-se a análise, mas a gestão nunca poderá ser tão rigorosa como num processo planeado.

São muitas e variadas as teorias existentes para o estudo da mudança, desde a conhecida teoria da mudança de Kurt Lewin, na década de 50, até ao modelo do novo institucionalismo de Mossialos e Oliver, já nos anos 2000. Trata-se de um vasto conjunto de teorias, cuja explicação é dificultada pela complexidade de algumas delas. Assim, apresentamos um resumo das que nos parecem mais adequadas a este tema.

Kurt Lewin criou na década de 50 um dos mais conhecidos modelos teóricos para a mudança. Este modelo, apresentado resumidamente no quadro 2, inclui as fases de descongelamento, mudança e congelamento.

Quadro 2 – Fase da mudança

Fase	Ênfase	Implicações	A superar
I descongelamento	Criação de motivações para a mudança	Diminuição da força dos valores e dos comportamentos vigentes	Resistência
II mudança	Introdução de novos valores e comportamentos	Novas fontes de informação e reestruturação cognitiva	Falta de motivação
III congelamento	Estabilização da mudança	Consolidação emocional e cognitiva	Tempo variável

Este modelo teórico preconiza, de forma sucinta, que toda a mudança é composta por 3 fases e que cada uma destas fases dispõe de uma ênfase, de implicações e de bloqueios. A primeira fase de qualquer processo de mudança dá-se num momento de descongelamento, em que a ênfase e o estímulo são a criação de motivações para a mudança. Nesta fase, as implicações para o sucesso são a diminuição da força dos valores e dos comportamentos vigentes no momento. A superar, há toda a resistência a estes aspectos e, ultrapassados os bloqueios, passa-se para a segunda fase, que é a mudança em si mesma, em que a força incentivadora se baseia na introdução de novos valores e comportamentos, e as implicações são as novas fontes de informação que surgem e a necessidade de uma reestruturação cognitiva. Há aqui que superar a falta de motivação para a mudança. A última fase centra-se numa nova circunstância de congelamento, em que se dá uma estabilização da mudança, o que implica uma consolidação emocional e cognitiva. A superar, há o tempo variável desta fase, até à nova etapa de descongelamento. Defende, portanto, esta teoria, que o processo de mudança é um processo contínuo e previsível, ainda que o tempo entre as várias fases seja variável.

Já para Walt (Walt, 1998), a mudança é um processo influenciado por factores contextuais, como o compromisso político, as tensões internacionais, o bem-estar económico, a natureza das instituições políticas, e por vezes a força da cultura e da religião. Embora esta teoria não aponte especificamente o caminho da mudança em saúde, dado que esta é uma área tão ou mais complexa que qualquer outra organização em que a análise da mudança é fundamental, é susceptível de aplicar o mesmo modelo.

A análise da mudança deve incluir a compreensão do conteúdo e do contexto das políticas, do seu processo de formulação, implementação e avaliação e dos actores que afectam e influenciam quer o conteúdo quer o encadeamento e o processo. Na análise da mudança, deve ser considerada a interacção ente estes vários elementos. Neste modelo concreto, o Estado assume um papel relevante no debate entre os valores políticos e sociais, entre os interesses públicos e privados e entre o colectivo e o individual. Outros aspectos a considerar na análise da mudança são o ambiente político e o grau de incerteza, aspectos estes que dependem do tipo de Governo, do seu dinamismo e do facto da participação do cidadão ser ou não facilitada, promovida ou desencorajada pelo sistema político. O nível de estabilidade política e o grau de incerteza condicionam a tomada de decisão, pelo que devem ser levados em conta na análise da mudança.

Em qualquer área, e igualmente na saúde, os conflitos de interesses e de valores entre decisores políticos, profissionais do sector e o público em geral, requerem uma análise séria, pois em caso de discordância com os objectivos da mudança, podem resultar em resistências ao processo.

Em todos os sistemas, a mudança é ainda influenciada pelo poder dos actores, quer sejam governamentais (políticos, burocratas), não governamentais (profissionais), grupos de interesses (empresas, indústria farmacêutica), actores internacionais, comunicação social e instituições académicas. Já o cidadão terá tanto mais influencia quanto mais sofisticada e desenvolvida for a sociedade, facto que está relacionado com o nível de independência da comunicação social, com a cultura de investigação, com o acesso do público aos media, à informação e aos decisores políticos. Todos

estes aspectos dependem directamente do grau de legitimação das políticas, dos grupos de interesse estabelecidos e da experiência de *lobbying*. Ainda de acordo com este modelo teórico, todas as decisões que visem qualquer alteração são determinadas pela robustez das elites políticas, pelos compromissos acumulados, pelas referências políticas pré-existentes e pelos valores históricos e sociais.

A mudança deve seguir as seguintes estratégias para a melhor implementação, sem bloqueios nem resistências:

- Macro análise a todo o contexto em que a mudança vai ser implementada;
- Explicitação dos valores subjacentes ao processo de mudança;
- Análise dos interessados envolvidos no processo;
- Análise dos recursos financeiros e técnicos disponíveis para a execução de todas as decisões que visem a mudança;
- Construção de um processo bem planeado de implementação estratégica da mudança.

De acordo com o modelo instituído por Chris Ham, a análise da mudança, particularmente no sistema de saúde, deve basear-se, antes de mais, na análise da distribuição do poder nos sistemas. Defende a existência de duas teorias explicativas da distribuição do poder: a teoria do pluralismo e a teoria do estruturalismo.

- Assim, de acordo com a teoria do pluralismo, ou teoria democrática, o poder distribui-se pelos diferentes actores, pelas agências públicas e pelos grupos de pressão que defendem interesses externos. Neste caso, as políticas de saúde são resultado da interacção entre os grupos de pressão. As decisões tomadas com vista à mudança, são influenciadas por actores chave e por actividades dos grupos de pressão. A decisão resulta de compromissos entre os vários interesses envolvidos no processo de mudança: profissionais, utentes, sociedade civil e classe política.

- Já a teoria do estruturalismo defende que a divisão se dá entre os poderes estruturais, havendo os poderes dominantes (profissionais), poderes desafiadores (corporativistas) e os poderes dominados (comunidade). A mudança dá-se como resultado desta distribuição de poder, que influencia a distribuição dos benefícios da mudança.

Ambas as teorias são complementares para a análise da decisão política, e não explicam, por si só, o processo de mudança.

O modelo teórico de Tuohy (Tuohy, 1999), defende que a mudança nos sistemas de saúde é resultante de opções políticas tomadas em determinados momentos, para o que contribuem as relações entre os profissionais de saúde e o Estado. A mudança é influenciada por aspectos como a hierarquia, os mercados e os instrumentos de controlo social e, ainda por diferentes equilíbrios entre os instrumentos da mudança e os actores sociais dessa mudança, entre o instrumentos de contratação orientados para o mercado e os actores públicos e privados, entre os movimentos associativistas e o seu contexto (Estado, associações profissionais, sistemas privados) e, ainda, a sua durabilidade.

Um sistema de decisão para a mudança deve considerar a influência de componentes da estrutura de interesses políticos e económicos, que representem as bases do poder:

- Actores públicos que representem a autoridade;
- Financiamento privado que represente o capital/riqueza;
- Profissionais de saúde que representem o conhecimento.

Para a análise da mudança deverão ainda ser considerados os mecanismos de controlo social, que sistematizam e legitimam as relações entre os actores sociais, e que são:

- O mercado, baseado em trocas voluntárias;
- A hierarquia, baseada na obediência a regras e comando;
- O associativismo, baseado na substituição de normas de comportamento de uma base comum de conhecimento.

A análise das decisões que levam à mudança, deverá passar por compreender os vários equilíbrios possíveis entre os interesses públicos e privados, e os mecanismos de controle. Assim, os diferentes fluxos de responsabilização para os actores e informação para os mecanismos, são determinantes para a análise e para a compreensão da mudança.

O novo institucionalismo é, como vimos atrás, o modelo teórico preconizado por Oliver e Mossialos (2005) para explicar a mudança no sistema de saúde. Para o efeito, devem considerar-se aspectos como os serviços de saúde, o impacto da reforma nos serviços, os mecanismos de financiamento, as políticas dos serviços de saúde, os efeitos das instituições políticas e dos grupos de interesses ligados aos serviços.

Para a análise da mudança propriamente dita, devem considerar-se aspectos como o grau de governação a nível local e regional, o sistema eleitoral enquanto elemento influenciador da reforma, o papel e o grau de influência dos “acordos” institucionais com o sistema de saúde, o papel dos interessados e sua interferência no desenvolvimento e reforma do sistema de saúde (profissionais, gestores, associações de doentes, indústria farmacêutica).

O novo institucionalismo é um modelo teórico que se divide em três tipos diferentes, para a análise da mudança: institucionalismo histórico ou dependência de percurso, institucionalismo das escolhas racionais e institucionalismo sociológico.

- O institucionalismo histórico, ou dependência de percurso (*path dependency*), encara a mudança como resultado do conflito entre grupos de interesses em que as instituições, vistas como organizações intrínsecas à estrutura da economia política, se desenvolvem a favor de uns grupos, em detrimento de outros. A mudança tem como causa um certo “calculismo”, uma vez que as instituições oferecem na medida daquilo que esperam ser o comportamento dos grupos que beneficiam. O grau de incerteza é reduzido e os indivíduos maximizam as suas preferências. A análise da mudança é desenvolvida através da compreensão de que escolhas foram efectuadas e em que período temporal, para assim se entenderem os diferentes efeitos.

Analisando a mudança de acordo com este modelo conceptual, percebe-se que a dependência de percurso pode ser desviada pelo desenvolvimento tecnológico, por grandes alterações demográficas, por uma nova dinâmica dos actores políticos, ou pela conjuntura económica. Podendo ainda assim assistir-se a resistências à mudança, estas dão-se com base na defesa de interesses privados.

- O institucionalismo das escolhas racionais é influenciado pela teoria dos jogos: os diferentes actores defendem as suas preferências, tentando maximizar a sua satisfação. Neste caso, a política é caracterizada por uma falha de arranjos institucionais que asseguram a cooperação e a complementaridade. As instituições desenvolvem-se para estruturar a interacção entre os diferentes actores.
- O institucionalismo sociológico defende que a mudança é influenciada pelas instituições, uma vez que estas influem sobre as preferências e a identidade individual. Os actores actuam de acordo com convenções sociais para que a sua identidade seja aceite. As mudanças políticas e institucionais apenas ocorrem se legitimadas socialmente, mas como as crenças e valores são difíceis de alterar, as instituições perduram no tempo.

Estas três formas de institucionalismo devem interagir, para uma correcta percepção do fenómeno de mudança. De acordo com a obra "Reformar Portugal. 17 estratégias de mudança" (Tavares *et al.*, 2002) e apesar destas sugestões se reportarem ao mundo empresarial, podem ser extrapoladas para o mercado da saúde, é fundamental seguir alguns tópicos, para uma mudança que aposte na inovação como meio de atingir objectivos concretos. Passamos a enunciar esses pressupostos:



- Criação de um ambiente propício à inovação, com intervenção reguladora do Estado, com vista à salvaguarda da concorrência e disponibilizando serviços públicos electronicamente através de acesso em massa à Internet e de políticas específicas de incentivo. Inovar

pressupõe a capacidade de articular competência científica e iniciativa empresarial.

- Mudança do papel do Governo, desenhando serviços públicos de qualidade, com vista à satisfação das necessidades dos utentes, utilizando convenientemente a tecnologia para aumentar o acesso, a flexibilidade e os padrões de qualidade. Trata-se de (re)pensar a oferta de serviços em função de objectivos e resultados e não em função de organizações ou funções pré-existentes”: criar incentivos à competição, descentralização das estruturas do Governo e criar uma cultura não burocrática. Deve-se aproveitar as tecnologias para melhorar o funcionamento, com foco no cidadão. Por exemplo, serviços *on-line* (informações, marcação de consulta) poupam tempo e dinheiro ao utente são uma forma de empoderamento. Para tal, é necessária uma forte vontade política, por ter que se lidar com vários constrangimentos, como a competitividade económica, a transparência da administração, a qualidade e acesso dos serviços, a utilização de vários canais de contacto, a interoperabilidade dos canais, a compatibilização de sistemas, a segurança, a cobertura de rede e interfaces.
- Inovação como potenciador da produtividade, não só a inovação tecnológica, como a inovação organizacional, de que dependem as mudanças na estrutura organizativa, métodos de gestão e relacionamento com utentes.
- Incentivo ao espírito empreendedor — desde a formação do indivíduo — associado à inovação contribui para lançar as actividades económicas e para renovar a própria estrutura económica. O desenvolvimento económico depende do processo de renovação das pessoas, das empresas (pode passar por novas formas de estruturar e organizar as empresas de forma mais eficiente e flexível) e das instituições.
- Desenhar estratégias regionais de inovação em que os objectivos das políticas regionais de inovação são o reforço de espaços de inovação já existentes e o estímulo ao desenvolvimento do potencial inovador de certas regiões.

- Incentivar o capital de risco, criando condições que sustentem o desenvolvimento das ideias. Em Portugal, há lacunas ao nível do financiamento de ideias embrionárias. O Estado pode desempenhar um papel importante, criando parcerias com capitais de risco e financiando ideias de forma a cruzar empreendedores e investigadores.
- Criar dinâmica auto-sustentada de financiamento, estudando formas de projectar o financiamento obtido anteriormente e criando novas formas institucionais de financiar projectos inovadores.

3. Quadro de referência síntese para a análise da mudança

A análise da gestão da mudança é um exercício complexo, que deve recorrer a um vasto conjunto de referências teóricas, respeitantes a domínios conceptuais e científicos relevantes. Todavia, dado o grande volume de modelos conceptuais existentes, alguns deles já aqui abordados, torna-se fundamental resumir os principais aspectos a considerar para a análise da mudança, de forma a facilitar o processo que pretendemos o mais claro possível. Resultou assim esta intenção, no recurso a um quadro de referência síntese a partir das várias perspectivas possíveis para estudar a mudança.

- Torna-se fundamental que a reforma assuma uma agenda e a explicita, tornando transparente o processo de mudança. As soluções no terreno não devem afastar-se da agenda e devem estar de acordo com o conhecimento teórico sobre a matéria. A base da evidência sobre as acções deve corresponder à fundamentação das soluções adoptadas.
- A reforma deve partir de uma estratégia de mudança previamente definida, que inclua aspectos como
 - a implementação da reforma;
 - o equilíbrio entre os mecanismos de descentralização e autonomia e os de coesão e coerência;
 - o grau e tipo de investimento na capacitação humana e nos instrumentos de informação e gestão do conhecimento;

- o o enquadramento das agendas dos actores sociais e o envolvimento no processo de mudança;
 - o a sensibilidade em relação às diferenças entre a organização de missão (serviço público) e as organizações mercantis;
 - o a sensibilidade em relação às especificidades da saúde.
 - o a produção de expectativas explícitas sobre os resultados das acções implementadas.
- A estratégia de mudança é fundamental uma vez que as reformas não podem assentar em opiniões, certezas ou opções mal fundamentadas e a avaliação é sempre o caminho a seguir e nem sempre as medidas que produzem rápidos resultados são as mais correctas, e podem não ser suficientes para sustentar o bom trilho da reforma.
 - O modelo criado de estratégia de mudança deve, no entanto, obedecer a um conjunto de regras, entre as quais se destacam (1) conhecer as razões da mudança; (2) gerir o processo de mudança; (3) realizar o diagnóstico organizacional; (4) definir a direcção da mudança; (5) estabelecer um plano estratégico de mudança; e (6) monitorizar e avaliar o processo de mudança.

O processo de mudança deve, portanto, contar com a existência de alguns instrumentos fundamentais, entre os quais a missão da mudança e a sua finalidade, as estratégias a utilizar, o modelo de gestão e sua explicitação, a reorganização pretendida, a formação, a definição de prioridades e os sistema de controlo e recompensa. Este processo pode ser acometido por vários factores bloqueadores, dos quais podemos referir os seguintes: dificuldade em identificar os sinais e necessidades de mudança, rotinas e cultura das organizações e envolvimento dos diferentes actores, risco inerente à mudança, custos da mudança e entraves individuais.

A resistência à mudança pode ainda ser consequência de inércia, medo, ignorância, incerteza, desconhecimento e comodismo, características que podem ser combatidas através da promoção do envolvimento e participação, educação, comunicação e treino, assistência e encorajamento, negociação e incentivos e forte liderança.

A explicitação dos objectivos deve estar sempre acompanhada por uma profunda fundamentação do processo de reforma. Os líderes da mudança devem operacionalizar os seus objectivos, de forma a facilitar o discurso e a acção.

E todos nós devemos aprender com os erros cometidos de forma a não os repetir no futuro.



Capítulo

I-4

RESPOSTAS INOVADORAS EM SAÚDE

1. Inovação em saúde

Um dos aspectos característicos dos nossos dias, é a emergência da sociedade do conhecimento, onde a inovação desempenha um papel fundamental. O conceito de inovação aqui referido não diz respeito apenas ao campo tecnológico mas, num sentido mais vasto, à gestão da mudança. A inovação é vista como um conjunto de ideias, bens e serviços novos e com utilidade, que resultam de um processo criativo onde o conhecimento é o ingrediente chave para a produção de crescimento económico.



A primeira teoria de inovação que se tem conhecimento, reporta-se a 1934 e é da responsabilidade do economista de origem austríaca, Joseph Schumpeter. Segundo este autor, inovação é um novo produto, um novo processo de produção ou uma nova forma de organização (Schumpeter, 1934). Apenas nos anos 70, a inovação passa a ser dotada de carácter multidisciplinar, deixando de estar ligada apenas à economia, e abrangendo agora áreas como a sociologia, a psicologia, a engenharia, a gestão e a geografia.

Este conceito tem vindo a sofrer algumas alterações na sua definição desde essa década, altura em que a inovação foi definida como “uma nova ideia, uma nova prática ou um novo material a ser utilizado num dado

processo" (Rogers e Shoemaker, 1971). Desde então, tem-se acrescentado a esta conceptualização a inovação administrativa, a técnica, a organizacional, nos produtos e nos processos. Actualmente, considera-se que, ao conceito de inovação, está associada a originalidade, a novidade mas, sobretudo, o facto de ser algo de relevante e único. Significa, portanto, que o que é apenas novo ou original, não é necessariamente inovador.

A inovação define-se então pela novidade em termos de conhecimento aplicado para a criação de novos produtos e processos, realizando um percurso complexo, que inclui mecanismos de *feedback* e interacção, conhecimento científico e tecnológico, produção, políticas públicas, resultados, comunicação e empreendedorismo.

Portugal, está em transição para uma sociedade do conhecimento, pelo que é fundamental apostar no apoio à inovação, que incida sobre os processos, produtos e serviços, tecnologia, organização e gestão, o que implica uma mudança comportamental nas atitudes e nas relações sociais (Rodrigues *et al.*, 2003).

Em 2005, surge o Plano Tecnológico, desempenhando o papel de agenda para a mudança e para vencer os desafios da modernização, surgindo como uma das prioridades do actual Governo, em termos de políticas públicas. Desenvolve-se através da aplicação de estratégias de crescimento e competitividade, baseadas no conhecimento, na tecnologia e na inovação, conforme o descrito no quadro 3

Quadro 3 – Eixos estratégicos para a promoção do desenvolvimento e reforço da competitividade

Eixo estratégico	Descrição
Conhecimento	Qualificar os portugueses para a sociedade do conhecimento, fomentando medidas estruturais vocacionadas para elevar os níveis educativos médios da população, criando um sistema abrangente e diversificado de aprendizagem ao longo da vida e mobilizando os portugueses para a sociedade da informação.
Tecnologia	Vencer o atraso científico e tecnológico, apostando no reforço das competências científicas e tecnológicas nacionais, públicas e privadas, reconhecendo o papel das empresas na criação de emprego qualificado e nas actividades de investigação e desenvolvimento.
Inovação	Imprimir um novo impulso à inovação, facilitando a adaptação e utilização de novos processos, formas de organização, serviços e produtos.

Fonte: adaptado de Plano Tecnológico, in www.planotecnologico.pt, acedido em 15 de Junho de 2008.

O Plano Tecnológico é um importante contributo para o processo de inovação em Portugal. No caso concreto da Saúde, apresenta como medidas:

- Conceptualização, desenvolvimento e implementação do processo clínico electrónico, com o objectivo de facilitar a comunicação de dados clínicos electrónicos entre unidades prestadoras de cuidados de saúde, de modo a garantir decisões baseadas na informação mais adequada;
- 112L, através da criação de um sistema que permite a localização geográfica digital das chamadas efectuadas para o 112, provenientes de telefones fixos ou móveis;
- Criação do Sistema Integrado e Desmaterializado de Gestão da Informação Técnica, Económica e Financeira, no domínio dos medicamentos e produtos de saúde através de mecanismos informatizados assentes em bases de dados relacionais e multidimensionais;
- Dinamização da produção e desenvolvimento do *cluster* da indústria farmacêutica nacional e dos produtos de saúde, de modo a mobilizar as empresas para a investigação e desenvolvimento;

- Implementação e exploração de um centro de atendimento para o público do SNS, através de um contrato em regime parceria público-privada (PPP), entre a DGS e um consórcio privado para a instalação de um centro de atendimento para o público, a cobrir todos os residentes em Portugal.

A prioridade da inovação tem sido estabelecida, na OCDE e na UE, através de políticas de apoio, para o que também contribuiu a estratégia de Lisboa. Foi ainda criado o PROINOV – Programa Integrado de Apoio à Inovação, tendo como objectivos:

- Promover a inovação e a iniciativa empresarial para a globalização;
- Reforçar a formação e a qualificação da população portuguesa;
- Impulsionar um enquadramento geral favorável à inovação;
- Dinamizar o funcionamento do sistema de inovação em Portugal.

No âmbito da promoção e desenvolvimento da inovação em Portugal, foi criada a Agência de Inovação (Adi), com o objectivo de apoiar o desenvolvimento tecnológico, facilitando o aprofundamento de relações entre a investigação e as empresas, através de:

- Apoio à inovação de base tecnológica;
- Estimulo à interligação de empresas com as instituições de I&D;
- Incentivo à valorização dos resultados de I&D, através da criação de novas empresas;
- Promoção da inserção de recursos humanos altamente qualificados;
- Contributo para a melhoria da imagem internacional de Portugal.

A Adi é resultado de uma parceria entre o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (através da Fundação para a Ciência e Tecnologia) e do Ministério da Economia e Inovação (através do IAPMEI e PME – Investimentos).

No sector da saúde, a inovação tem assumido, cada vez mais, importância, acima de tudo, pelo facto de estar geralmente relacionada com melhorias concretas para a saúde das populações. O termo inovação em

saúde está muito associado a uma nova técnica, um novo procedimento, um novo sistema informático, uma nova tecnologia. No entanto, inovar em serviços de saúde não se esgota nesta interpretação: centra-se em importantes rupturas na arte de comunicar e gerir a informação e o conhecimento, aproveitando o potencial inovador das tecnologias de informação. O conceito de inovação em saúde é um processo criativo que requer imaginação e interacção entre organizações. A sua aplicação deverá transformar o conhecimento na área da saúde em produtos facilmente alcançáveis, bem como em serviços e procedimentos, pelo menos em três domínios distintos:

- Promover a aplicação da saúde ao desenvolvimento social e individual;
- Facilitar a comunicação e interacção entre o público, as várias organizações de saúde e os governos;
- Fomentar o crescimento económico através do investimento na saúde em ambiente com suportes físicos e sociais e em centros de tecnologias da saúde.

Um projecto de saúde para ser considerado inovador, deverá conter os seguintes elementos:

- Novas características dos serviços, produtos ou processos de produção;
- Inovação na área dos serviços, na interacção com os utentes e na resolução de tarefas;
- Inovação na organização e administração;
- Novas formas de interacção com outras organizações;
- Novas visões do mundo, missão e estratégia.

A saúde passa agora por um clima de reforma propício para estreitar o movimento actual de inovação, uma vez que esta pode contribuir para que a reforma chegue ao terreno, insere a saúde directamente nos objectivos do plano tecnológico, aproxima as universidades à tecnologia e ambas, à reforma da saúde.

Para aproveitar este ambiente de desenvolvimento inovador, alarga-se a visão da inovação em saúde e compreende-se a necessidade de mais e

melhor informação e maior iniciativa para promover e proteger a saúde levando a uma melhor utilização dos serviços; profissionais a liderarem localmente iniciativas inovadoras; serviços locais com maior empreendedorismo; estratégias de activação do conhecimento e de utilização das tecnologias de informação e comunicação; observar o sector da saúde como grande contribuinte e beneficiário do desenvolvimento da sociedade em rede e da economia do conhecimento.

Esta visão de inovação em saúde surge no mesmo contexto temporal da preparação da realização da Conferência da Associação Europeia de Saúde Pública (EUPHA), em Lisboa, em Novembro de 2008, e que tem como tema principal a saúde, inovação e a sociedade em rede.

A EUPHA, European Public Health Association é uma organização científica, internacional e multidisciplinar que promove um encontro anual, juntando uma média de 1.000 profissionais do sector da saúde oriundos de todo o continente europeu. O seu principal objectivo é o de criar uma plataforma de suporte para os profissionais de saúde pública em termos de prática e investigação, servindo ainda de ponte entre os profissionais e os decisores políticos, promovendo a investigação em colaboração e outras actividades na área da saúde pública.

Figura 2 – Website organização local EUPHA 2008



Os objectivos da conferência de 2008, serão discutir o contexto conceptual para a análise e promoção de inovação em saúde, contribuir para a expansão do Banco de Inovação em Saúde, colaborando para a sua difusão e inserção de projectos europeus. Com este Banco de Inovação pretende-se promover a inovação e a activação da informação e do conhecimento a nível local, como um apoio operacional e cultural de gestão da mudança, na lógica da sociedade em rede e do incentivo ao empreendedorismo, para além de promover projectos de inovação que facilitem a gestão da informação e do conhecimento em saúde por parte dos cidadãos e dos profissionais do sector, estimulando e facilitando a comunicação entre eles, e que incorporem metas com impacto em aspectos relevantes para a saúde das populações.

2. Banco de inovação em saúde

O Banco de Inovação em Saúde é resultado de uma parceria entre a Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, a *EUPHA*, a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, sendo financiado pelo Ministério da Saúde. É, no fundo, um repositório de projectos inovadores na área da saúde, com a missão de recolher, organizar, investigar e promover a inovação em saúde. É um conjunto de "registos" de inovações na área da saúde, capazes de criar valor social. Cada registo inserido no Banco de Inovação é um descritivo de uma inovação, do seu contexto, fundamento e impacto. Para cada registo, interessa compreender e explicitar todo o processo, contexto em que surgiu a ideia e em que circunstâncias, factores que facilitam e que dificultam o desenvolvimento do processo, a que produtos deu ou pretende dar origem, e que resultados se esperam em termos de resultados em saúde, interacções sociais, participação, qualidade, crescimento económico e valor acrescentado.

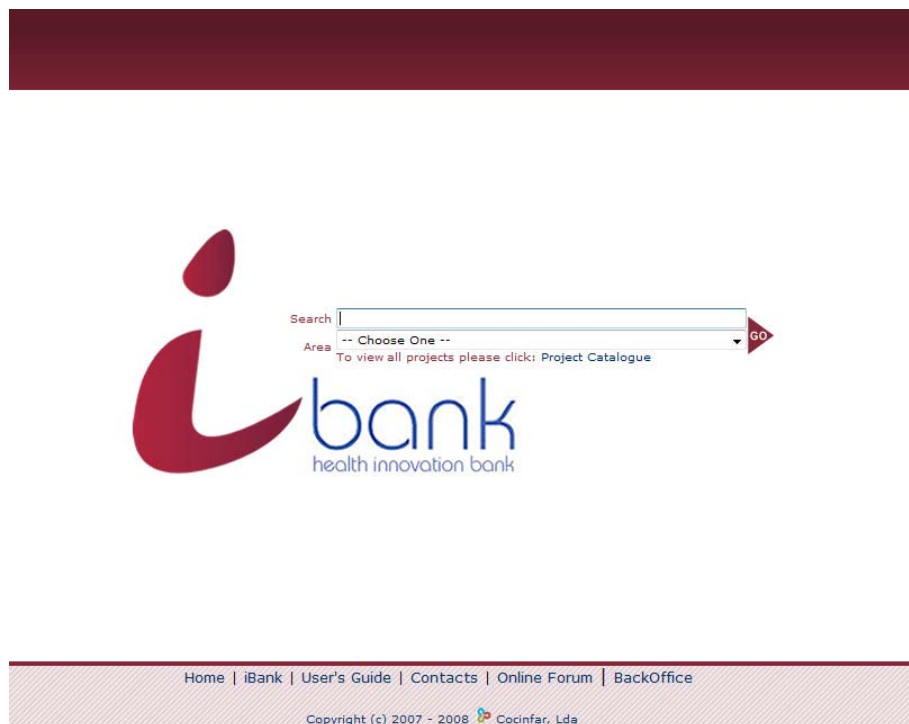


O Banco da inovação, centra-se na identificação, recolha, análise, aperfeiçoamento, disseminação e promoção da inovação em saúde. Encontra-se disponível no site www.ihealthbank.eu onde, de um modo

simples muito semelhante a um motor de busca, é possível pesquisar os projectos constantes, por palavras-chave ou área de classificação. As áreas de classificação, poderão ser seleccionadas entre:

- Políticas de saúde;
- *Clusters* regionais/nacionais, na área da saúde;
- Indústria da saúde e do bem-estar;
- Gestão de organizações de saúde;
- Qualidade de vida e apoio aos idosos;
- Genómica;
- Gestão de programas de saúde pública e ameaças;
- Promoção da saúde (estilos de vida saudáveis);
- Gestão da doença.

Figura 3 – Banco de inovação em saúde



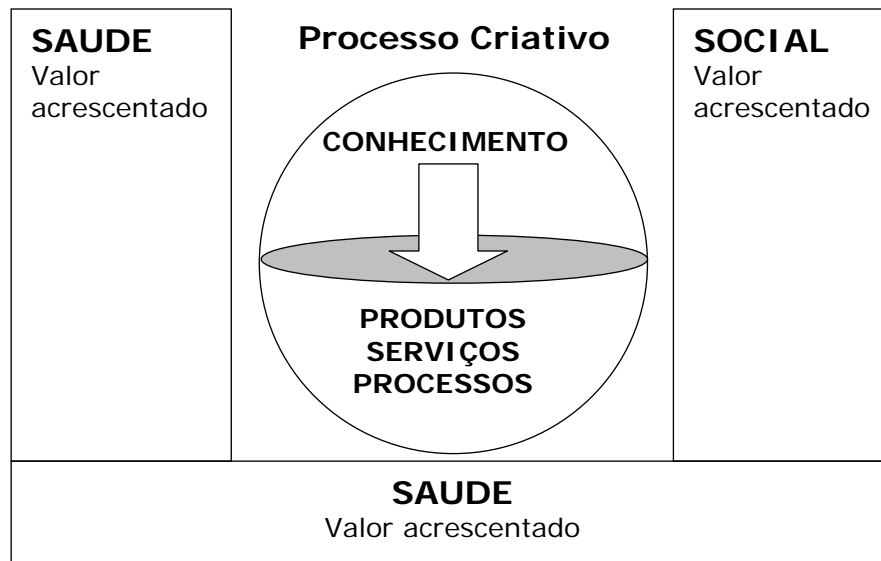
Está ainda disponível a opção “Catálogo de Projectos”, que permite ter acesso à lista completa de projectos que se encontram inseridos e devidamente autorizados no Banco.

Além da área de classificação, os projectos encontram-se divididos por tipo: políticas de saúde ou processos, serviços ou produtos. É com base no tipo de projectos que automaticamente se seleccionam os campos a preencher, de acordo com a importância conceptual dos mesmos, de forma a possibilitar a visualização de acordo com uma das seguintes estruturas analíticas:

Figura 4 – Inovação das políticas

Enquadramento Mental	
Valores; investimento em saúde como força produtiva; Alterações de paradigma em ambientes mais complexos e incertos: uma sociedade do conhecimento; Sistemas colaborativos de inovação	
Princípios de Governação em Saúde	Foco no Cidadão
Inclusão, transparência, responsabilização, reclamação	Voz e escolha; Cidadania ligada e comprometida; literacia em determinantes de saúde e em navegação em sistemas de saúde
Filosofia Organizacional	Informação e Conhecimento
Organizações em rede, participantes, orientadas para os resultados	Acesso a informação sobre saúde e serviços de saúde; translação de conhecimento; informação de saúde centrada no cidadão
Orientação para Resultados	Utilização Eficiente de Recursos
Perspectiva ampla de ganhos em saúde	Prestação de contas perante os pagadores

Figura 5 – Apresentação analítica dos projectos do tipo processo, serviço e produto



Paralelamente à componente analítica (pesquisa e análise dos projectos), existe ainda a componente interactiva, em que o visitante/utilizador, tem a possibilidade de aceder a um fórum *on-line*, para cada projecto, através do qual poderá interagir com a equipa responsável pelo projecto e com outros interessados no mesmo tema, está igualmente disponível uma sala virtual de discussão onde a interacção poderá ser realizada em tempo real.

Através de registo no *site*, qualquer visitante poderá submeter um projecto, que será avaliado pela equipa do Banco, de acordo com um conjunto de critérios previamente estabelecidos:

- A saúde deve ser vista como um recurso para o desenvolvimento, individual e social, e como valor acrescentado para as redes e serviços da comunidade;
- Deve permitir interacção social, capacitação e responsabilização individual, através do redesenho da esfera pública com a promoção de melhor literacia, conversações construtivas entre os actores sociais e transparência na governação;
- Crescimento económico através do investimento na saúde, contextos físicos e sociais de apoio e no desenvolvimento de tecnologias.

Respeitados estes critérios, pressupõe-se que a inovação em saúde deve também incluir uma combinação dos seguintes elementos:

- Novas características ou desenho dos serviços, produtos, ou processos;
- Diferentes meios de prestação de serviços, em que se assiste a um nível de interacção com a população;
- Novas formas de organização e administração;
- Melhores formas de interacção entre grupos e bases do conhecimento.

O Banco de Inovação, como já se referiu, inclui dois tipos de inovações em saúde:

- As inovações em políticas de saúde, conduzidas por decisores políticos, legitimadas pelas autoridades públicas, cujo paradigma se encontra na sua conceptualização, nos princípios de boa governança, no papel do cidadão, na filosofia organizacional, na utilização da informação e do conhecimento, na orientação para os resultados e na utilização eficiente dos recursos da comunidade;
- As inovações em termos de processos, produtos e serviços em que o paradigma se encontra no processo criativo de tradução do conhecimento em produtos serviços e procedimentos tangíveis que, de alguma forma, resultem em valor acrescentado nas interacções sociais e no crescimento económico.

O Banco de Inovação foi publicamente apresentado no âmbito do Encontro Anual da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública, cujo tema foi a inovação em saúde. Neste encontro, apresentou-se o Banco, a sua missão, os objectivos e o modo de funcionamento, através da navegação do *site*, e foram ainda apresentados, de forma resumida, 28 exemplos de projectos inovadores em desenvolvimento actual, em Portugal, todos eles com incidência na área da saúde.

Os projectos apresentados foram seleccionados de um conjunto de 45 projectos registados, tendo-se organizado em quatro áreas distintas, de acordo com a sua origem conceptual distribuída por: (1) cuidados de proximidade, (2) organizações hospitalares, (3) protecção e promoção da

saúde e (4) informação, comunicação e cidadania, com os respectivos objectivos apresentados no quadro 4.

Quadro 4 – Áreas de projectos apresentados

Área	Objectivo
Cuidados de proximidade	Demonstrar a inovação desenvolvida em termos de cuidados próximos das populações e das comunidades
Organizações de saúde	Compreender que existe movimento em termos de desenvolvimento da inovação, nas várias organizações de saúde, públicas ou privadas, de carácter individual ou geral
Protecção e promoção da saúde	Demonstrar que a inovação está presente na área da promoção e protecção da saúde, em vários níveis de acção
Informação, comunicação e cidadania	Demonstrar que a inovação, no contexto da informação e da comunicação, não se restringe aos sistemas e tecnologias de informação

Apresenta-se a seguir alguns exemplos destes projectos.

3. Exemplos de inovações em saúde

Para uma melhor compreensão, por um lado da missão do Banco de Inovação e, por outro, do desenvolvimento da inovação em saúde em Portugal, seleccionámos alguns exemplos dos projectos inseridos no Banco, para se perceber com mais clareza que passos estão a ser dados.

▪ SAT – Serviço de Atendimento Telefónico

A USF Fernão Ferro propôs a inserção no banco de Inovação do projecto SAT – Serviço de Atendimento Telefónico. Trata-se de uma iniciativa desenvolvida no âmbito dos cuidados de proximidade, que pretendeu criar um sistema de comunicação alternativo, para facilitar o acesso dos utentes aos serviços de saúde, prestados pela USF.



Este sistema caracteriza-se pela disponibilização de uma linha telefónica (custo de chamada local), que permite a marcação de consultas, a marcação de tratamentos de enfermagem, a renovação de

receituário crónico, pedidos de informações sobre horários de atendimento, sobre serviços convencionados e ainda pedidos de contacto com o médico ou o enfermeiro de família.

Figura 6 – Apresentação pública da inovação SAT



Em termos de valor acrescentado, este sistema de comunicação facilita uma maior equidade no acesso, um agendamento de consultas e tratamentos mais criterioso, fomenta a capacitação e participação do cidadão, promove a adesão terapêutica e a continuidade dos cuidados.

Relativamente aos benefícios concretos para o utente, assiste-se a um acesso facilitado à equipa de família (médico/enfermeiro), apresenta maior comodidade e mais rapidez na resposta, representa menores custos e melhor saúde.

Trata-se, portanto, de uma inovação que traz vantagens como os menores custos, directos e indirectos, melhor gestão do tempo, optimização de recursos no tratamento da doença crónica, e maior satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde.

Através deste projecto, é possível verificar que uma inovação não tem que estar obrigatoriamente associada a um qualquer processo complexo, que envolva as tecnologias mais avançadas ou o conhecimento científico mais actual. Este sistema de comunicação entre os utentes e a unidades

prestadora de cuidados, é um processo simples, de fácil implementação, que envolve custos relativamente reduzidos, e cujo valor acrescentado, em termos de melhoria para a saúde, inclui benefícios para o cidadão e consequentes resultados no crescimento económico.

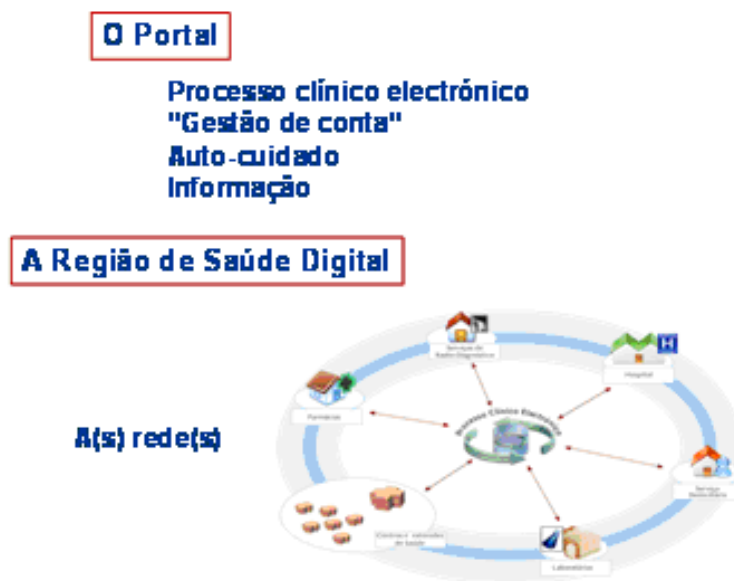
▪ **Centro de Saúde do Futuro – As tecnologias de Informação e Comunicação ao serviço das pessoas**

A USF São Julião da Figueira da Foz visa a prestação de cuidados de saúde à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a personalização, a continuidade, a efectividade e a satisfação dos utentes e profissionais.



Para o melhor cumprimento destes objectivos, foi implementado o sistema de informação Vitacare.

Figura 7 – Vantagens introduzidas pelo sistema Vitacare



Trata-se de um sistema de informação centrado no cidadão, com um processo clínico único, que promove a capacitação, a acessibilidade e o desenvolvimento de serviços não presenciais, tendo sempre em conta a centralidade da informação. Além de beneficiar o cidadão, apresenta um conjunto de vantagens para os profissionais de saúde, uma vez que respeita o processo de decisão clínica, o apoio às boas práticas, é um sistema "inteligente" e proactivamente interventivo, permite a redução

da carga administrativa, é multidisciplinar e promove a governação clínica.

A utilização do Vitacare permite o desenvolvimento da USF São Julião, como um exemplo de um centro de saúde do futuro, e a criação da “região de saúde digital”, através do estabelecimento de “redes”, entre as farmácias, os laboratórios, os serviços de rádio-diagnóstico, o hospital, o serviço domiciliário e centros e extensões de saúde, sempre com o apoio e beneficiando do processo clínico.

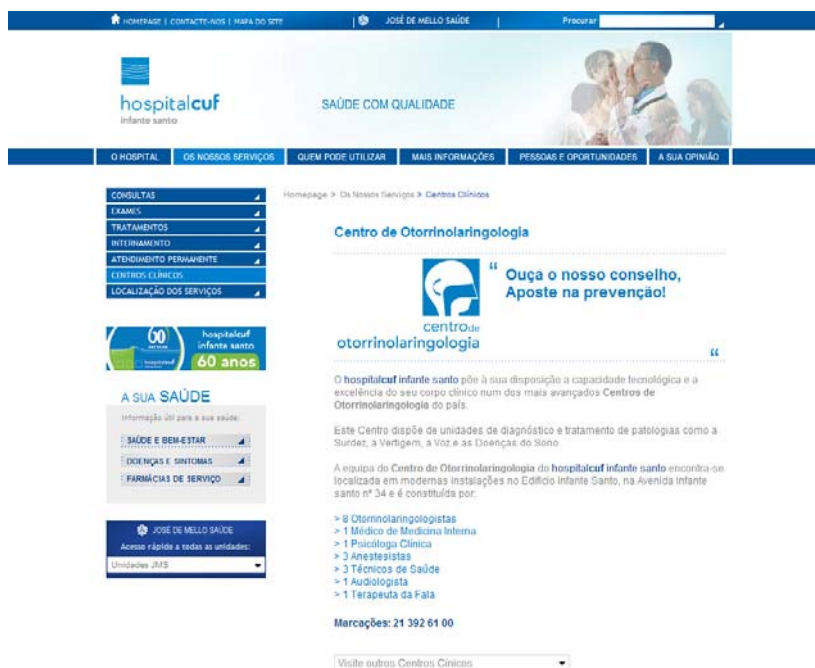
▪ **Consulta aberta em otorrinolaringologia**

Classificados como projectos de organizações de saúde, existem vários exemplos no Banco de Inovação. A consulta aberta de otorrinolaringologia – acesso directo à consulta, é um dos exemplos.



Apresenta, como aspecto mais inovador, a possibilidade de acesso a uma consulta de otorrinolaringologia sem necessidade de marcação prévia, integrada no serviço de atendimento permanente do hospital CUF Infante Santo, no período diário das 8h às 20h.

Figura 8 – Website do Centro de Otorrinolaringologia – Hospital CUF Infante Santo



Trata-se de uma iniciativa que contribui para um melhor acesso aos cuidados de saúde da especialidade de otorrinolaringologia, tendo em conta a procura e a realidade que demonstra que a maioria dos atendimentos no serviço permanente dizem respeito a simples consultas e não a verdadeiras urgências. Esta iniciativa permite assim diminuir a lista de espera para consulta desta especialidade.

Os benefícios para o cidadão concentram-se na rapidez do acesso a um especialista, na diminuição da lista e tempo de espera, na maior flexibilidade no serviço e encaminhamento facilitado para cirurgia, em caso de necessidade.

O valor acrescentado encontra-se sobretudo na diminuição do tempo de espera, o que contribui para a melhoria da qualidade de vida, por exemplo, no caso de otite média aguda ou, de forma mais evidente, em caso de neoplasia. Apresenta ainda maior rentabilidade de recursos técnicos e profissionais.

Esta é uma inovação que se encontra presentemente em fase de auditoria para a avaliação dos resultados obtidos. O projecto é ainda sujeito a avaliações anuais, para o controle da qualidade.

▪ **Uma janela aberta à família**

Como exemplo de um projecto inovador na área da protecção e promoção da saúde, apresenta-se o projecto “Uma janela aberta à família”, da



Delegação Regional do Algarve do Instituto da Droga e da Toxicoddependência e da ARS do Algarve, que tem como parceiros os hospitais do Barlavento (Portimão) e do Sotavento Algarvio (Faro).

Trata-se de uma iniciativa inovadora no âmbito da promoção da saúde e do apoio a estilos de vida saudáveis. A missão é a prevenção da toxicoddependência, intervindo o mais precocemente possível, logo desde o nascimento. Através dos hospitais do Barlavento e do Sotavento, todas as parturientes da região são abrangidas e poderão inscrever-se para

receber informação periódica, adequada ao estágio de desenvolvimento da criança, através de brochuras. É ainda disponibilizado um *site* com informação fornecida através de uma equipa multidisciplinar e onde existe a possibilidade de colocar perguntas, através de um fórum *on-line*.

É uma inovação simples, universal e contínua, em que se facilita aos pais o acesso a informação sobre a educação dos filhos, nas mais diferentes áreas. Pretende responsabilizar os pais pelo futuro das crianças, mas sempre apoiando e fomentando as capacidades inerentes à paternidade e à maternidade, com a finalidade de aumentar os factores de protecção, evitando comportamentos de risco. Estabelece como princípios essenciais de educação a auto-estima, a disponibilidade, as regras e o afecto.

Figura 9 – Apresentação pública do projecto “Uma janela aberta à família”



Como valor acrescentado, este projecto apresenta a promoção da saúde através da evocação dos valores da família, da importância dos afectos e do estabelecimento de comunicação entre pais e filhos.

Estes são apenas alguns dos muitos exemplos da inovação em saúde que se desenvolve em Portugal. No banco estão registados, actualmente, 44 projectos, de várias vertentes. O número crescente de registos demonstra que a inovação em saúde se movimenta a bom ritmo e que existe potencial científico para promover, cada vez mais, o conhecimento.

O Banco de Inovação, estará “exposto” durante a conferência da EUPHA, através da Feira da Inovação, que pretende ser um evento localizado, no espaço e no tempo, que visa expor e divulgar, de forma atractiva o conteúdo do Banco da Inovação, com vista à sua melhor utilização e conseqüente benefício social. Além de expor os projectos registados no Banco, a Feira tem ainda o objectivo de ser um “*brokerage event*”, que se traduz na criação de uma bolsa de inovação, na disponibilização de um espaço físico de partilha e de trabalho, onde será possível tirar dúvidas, discutir, conversar, desenvolver conhecimento e criar novas parcerias, novo conhecimento e inovação. Para esta bolsa de inovação, contribuirá, a médio prazo, o fórum *on-line* e a sala virtual que o Banco de Inovação disponibiliza para a discussão sobre a inovação em saúde.

As grandes metas, quer do Banco quer da Feira, consistem no estímulo da inovação nos serviços de saúde, envolvendo os profissionais, as organizações e as associações de doentes, no desenvolvimento de acções de formação para a promoção, apoio e gestão da inovação e na criação de assistentes de gestão da informação e do conhecimento em saúde, com participação directa em projectos inovadores.

O Banco da Inovação, propõe-se sobretudo reverenciar o conceito de inovação, que implica o sentido de utilidade e o desejo de contribuir activamente para um mundo melhor. A inovação em saúde tem sido recentemente desenvolvida por todo o mundo, como se pode comprovar pelos estudos realizados por organizações internacionais

iBank
health innovation bank

Base de dados online que tem por objectivo a divulgação de projectos e iniciativas com inovação em saúde, a criação de novas parcerias e projectos e a promoção do conhecimento de novas áreas de inovação na saúde.

Críticas de inovação:

- a saúde deve ser vista como um recurso para o desenvolvimento individual e social e como valor acrescentado para as redes e serviços de comunidade;
- deve permitir interação social, capacitação e responsabilização individual através do redeamento de esfera pública, com a promoção de melhor formação, comunicação construtiva entre os actores sociais e transparência na governação;
- deve promover o crescimento económico através do conhecimento na saúde, conteúdos físicos e sociais de apoio e no desenvolvimento da tecnologia.

www.ihealthbank.eu

EUPHA

como a *Conference Board of Canada*, *Maastricht Economic Research Institute on Innovation and Technology* (Holanda), *National Institute for Health Innovation* (Nova Zelândia), *Canadian Institutes of Health Research*, *Centre for Global eHealth Innovation* (Canadá), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Brasil), entre outros. É neste contexto de trabalho para o desenvolvimento da inovação em saúde que o banco assume a sua importância maioritária.

PARTE II

O RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2007





Capítulo

II-1

O RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2007

Impactos na imprensa escrita

Em 4 de Julho de 2007, o OPSS apresentou o seu Relatório de Primavera no auditório cedido pela Ordem dos Médicos, em Lisboa. Como tem sido costume, as reacções da comunicação social não se fizeram esperar. Fazendo uma análise destas reacções, foram apresentados pontos positivos referidos no Relatório e aspectos críticos e de alerta apresentados pelo OPSS.

Alguma imprensa realça o facto de Correia de Campos não ter reagido bem às críticas feitas pelo OPSS em 2006 e, por isso, não ter comparecido, este ano, à apresentação do Relatório²⁶.

Independentemente desta posição do Ministro, muitos órgãos de comunicação social, ao ler o Relatório, encontraram referências às medidas **corajosas** do Governo e às linhas gerais da reforma. Alguns factores críticos para o êxito das medidas do Governo foram, no entanto, destacados do Relatório. Foi referido o “défice de coordenação” das medidas estruturantes, a “implementação de uma política fragmentada” e “sem ter em consideração os efeitos nos doentes”, acompanhadas de uma “imagem de **insuficiente sensibilidade social**”. Estas críticas foram, aliás,

²⁶ «Diário de Notícias» (4 de Julho); «Semanário Económico» (6 de Julho)

refutadas pela Secretária de Estado presente na apresentação do Relatório²⁷.

Em relação aos **cuidados de saúde primários** e à reforma em curso, a comunicação social destacou que se trata de “uma referência na Administração Pública”, embora acompanhada de fragilidades como a “gritante assimetria geográfica” das USF instaladas, a “lentidão do processo de abertura” destas unidades e a “ausência de uma política de recursos humanos adequada”, para não falar da “escassez absoluta” de médicos de saúde pública, a obsolescência dos sistemas de informação instalados e da largura de banda para acesso à rede. Ainda em relação aos cuidados primários, a imprensa escrita seleccionou as referências existentes no Relatório relativamente à consagração do **enfermeiro de família**, para além da resolução da instabilidade nos vínculos destes profissionais²⁸.

As **parcerias público-privadas** são referidas, sendo destacada a frase de que a gestão destas unidades “se manteve ambígua, não tendo sido dados quaisquer esclarecimentos sobre os atrasos já verificados ou a estratégia adoptada”²⁹.

Também as referências às novas **taxas moderadoras** foram seleccionadas pela imprensa e consideradas como “socialmente injustas” e formas ainda incipientes de co-pagamento, aliás em sintonia com afirmação a propósito produzida pelo Bastonário da Ordem dos Médicos. A aparente contradição entre a decisão do Ministro de não mudar o modelo de financiamento e a criação destas taxas moderadoras é ressaltada por alguma comunicação social³⁰.

O aumento da **produção hospitalar** é destacado do Relatório e referido na comunicação social, assim como o ponto de situação relativo à **espera cirúrgica** e ao facto do “Governo continuar a não prestar contas da

²⁷ «Diário de Notícias», «Público» (4 de Julho); «Correio da Manhã», «Diário Económico», «Jornal de Notícias» (5 de Julho); «Semanário» (6 de Julho)

²⁸ «Público» (4 de Julho); «Jornal de Notícias» (5 de Julho); «Semanário» (6 de Julho)

²⁹ «Diário de Notícias» (4 de Julho); «Semanário Económico» (6 de Julho)

³⁰ «Diário de Notícias», «Diário Económico» (4 de Julho); «Semanário Económico» (6 de Julho)

evolução das listas de espera ao Parlamento, tal como define a lei". Para além disto, é realçada "a necessidade de medidas correctivas urgentes" em relação à espera oncológica³¹.

O OPSS reconhece o papel extremamente relevante da comunicação social na avaliação e na disseminação dos resultados e preocupações expressos nos Relatórios de Primavera.

³¹ «Jornal de Notícias» (2 de Julho); «Diário de Notícias», «Público» (4 de Julho); «Jornal de Notícias» (5 de Julho); «Semanário» (6 de Julho)

PARTE III

UM ANO DE GOVERNAÇÃO





Capítulo

III-1

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

1 Introdução

Os cuidados de saúde primários são a primeira e principal forma de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde. Estes “fazem parte integrante do sistema de saúde do qual constituem o centro, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Proporcionam o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a aproximação da assistência de saúde o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde” (Chaves, 2006).

A actual reforma em curso assume particular importância pelo facto dos cuidados de saúde primários, que representam a base do sistema de saúde português, assistirem à necessidade de uma profunda mudança organizacional, facto que não é recente. O programa do XVII Governo Constitucional reforça esta necessidade de mudança e fortalece a relevância de uma reforma, apontando mesmo as medidas a adoptar para a sua concretização.

Dada a importância que os cuidados de saúde primários assumem no sistema de saúde português, e porque há já algum tempo se assiste à necessidade de reformular alguns aspectos, torna-se aqui necessária uma breve referência à evolução deste tipo de cuidados, em Portugal.

O primeiro passo para a organização dos cuidados de saúde primários aconteceu com a publicação do Decreto-Lei n.º 35.311, de 25 de Abril de 1946, decreto que constituiu a Federação das Caixas de Previdência, criando o primeiro serviço de cuidados médicos de nível nacional. Coincide com o início de um sistema de segurança social baseado nos designados “serviços das Caixas”, que se destinavam apenas aos trabalhadores por conta de outrem, como meio de protecção na doença, invalidez e desemprego involuntário. Estes serviços vieram substituir os serviços médicos municipais, pagos pelo Estado.

Porém, toda a legislação subsequente falhou pela ausência de globalidade, o que influenciava as inequidades sociais da população. Com o objectivo de tentar diminuir as consequências, foi criado, em 1958, o Ministério da Saúde, apesar de não se terem então visualizado efeitos directos imediatos ao nível da organização dos serviços de saúde.

Toda esta situação contribuiu para que os serviços das Caixas se desenvolvessem, aumentando ainda mais as desigualdades entre a população, pois nem todos tinham a possibilidade de recorrer a estes serviços, uma vez que se tratava de seguros sociais obrigatórios, apenas destinados a trabalhadores da indústria, comércio e, só mais tarde, para os sectores rural e pescas.

A aquietação destes acontecimentos veio dar-se em 1971, com a promulgação do Decreto-Lei 413/71 – Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, que estabeleceu os fundamentos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), criando assim os designados centros de saúde de primeira geração. Também aqui se salienta a promulgação do Decreto-Lei 414/71, que regulamentou as carreiras profissionais do pessoal de saúde.

Era óbvia, em 1971, a vontade de reorganizar os serviços de saúde. Deu-se então início a grandes mudanças neste sector. A legislação promulgada nesta época deveu-se, em parte, a um grupo de médicos de saúde pública, que propuseram uma reforma no sistema de saúde português, assente na criação de uma rede nacional de centros de saúde e em estratégias de prevenção (Ramos, 2006).

Começou-se pela elaboração do relatório “Para uma Reforma do Ministério da Saúde e Assistência”, documento que preconizava a criação de uma política unitária de saúde nacional, o reconhecimento do direito à saúde abrangendo toda a população, a cada vez maior necessidade de instaurar um SNS, o reconhecimento da carência de intervenção do Estado como meio difusor da política de saúde e assistência e executor das actividades inerentes, a integração de todas as actividades de saúde e assistência nos planos locais e regionais, e o planeamento geral de todas as actividades centrais, cujos dados deviam ser recolhidos e analisados a nível local e regional. Deu-se aqui início à estruturação do sistema de cuidados de saúde.

Esta reforma assumia particular importância, dada a enorme coexistência de instituições de saúde, de diferentes origens, nomeadamente das Misericórdias, responsáveis sobretudo pela gestão de hospitais e outros serviços de saúde; Serviços Médico-Sociais, responsáveis por prestar cuidados aos beneficiários da Federação das Caixas de Previdência, e que apostaram na criação de serviços médicos ambulatoriais próprios; Serviços de Saúde Pública, responsáveis pela protecção da saúde, vacinação, cuidados materno-infantis e saneamento ambiental; Hospitais estatais, gerais e especializados e serviços de saúde privados, responsáveis pela prestação de cuidados médicos às classes socio-económicas de nível mais elevado e, ainda devido ao papel meramente complementar do Estado, que não assumia qualquer função activa na assistência à doença. Na altura, início dos anos 70, o contexto caracterizava-se pelo desfavorecimento dos factores sócio-económicos e de saúde, a nível europeu, pela reduzida capacidade de financiamento dos serviços públicos de saúde, e pelo facto dos profissionais de saúde estarem sujeitos à sobreposição de ocupações, devido às limitações económicas do sector. A reforma levou, portanto, a um conjunto de transformações internas, num contexto internacional desfavorável. Surgem assim os centros de saúde de primeira geração, que não integravam ainda os serviços médicos das Caixas de Previdência.

Os centros de saúde são organizados de forma a funcionar ao nível concelhio, tendo como funções a “integração progressiva dos serviços de

saúde e assistência do concelho, a orientação das actividades de saúde e assistência do concelho e a cobertura médico sanitária e laboratorial da população” (Ferreira, 1990). A actividade predominante era a prevenção, fortemente influenciada pelos profissionais da área da saúde pública.

Os centros de saúde passaram então a ser a principal porta de entrada no sistema de saúde, devendo recorrer-se apenas aos hospitais em caso de necessidade de apoio dos cuidados primários, hospitais estes que maioritariamente continuavam na dependência das Misericórdias.

Todavia, e de forma a evitar as inequidades, era fundamental integrar os serviços médicos das Caixas de Previdência, nos centros de saúde, o que não aconteceu de forma imediata.

A evolução da organização da saúde é influenciada por acontecimentos externos ao sector, relacionados com os contextos social, económico e político. A democratização, em 1974, foi um destes acontecimentos, que trouxe grandes alterações aos serviços de saúde, sobretudo devido a um culminar de legislação, nem sempre colocada em prática.

Com o regime democrático, regressaram a Portugal milhares de cidadãos vindos das ex-colónias, entre eles, um grande número de profissionais de saúde. Em 1975, por Despacho de 19 de Março, foi criado o Serviço Médico à Periferia, que afastava os médicos recém formados dos grandes centros urbanos, constituindo um ano compulsório de exercício da profissão em áreas rurais de forma a diminuir as deficiências sanitárias e a carência de profissionais de saúde.



Em 1978 realizou-se a Conferência Internacional da OMS/UNICEF sobre cuidados de saúde primários, em Alma-Ata, tendo daí resultado a definição de cuidados de saúde primários, num documento conhecido como Declaração de Alma-Ata, onde se caracterizam como:

“nível de cuidados – primeiro nível, linha da frente, interface com a comunidade, integrado na própria comunidade; conjunto de actividades – educação para a saúde, vacinação, saúde ambiental, planeamento familiar, saúde materna e infantil, saúde escolar, diagnóstico e

tratamento das doenças agudas e crónicas mais comuns na comunidade, fornecimento dos medicamentos essenciais; estratégia de intervenção em saúde – participação da comunidade, cooperação intersectorial; e como filosofia permeando todo o sistema de saúde” (Ramos, 2006).

Em 1979, criou-se o SNS, que defendia o direito à protecção da saúde e o dever da sua defesa e protecção. Seria um serviço nacional, universal, geral e gratuito, cujo acesso devia ser garantido pelo Estado. Foi então publicada, embora não totalmente regulamentada, a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro,



tendo ficado por criar alguns órgãos centrais. É ainda nesta altura que se dá a implementação da especialidade médica de clínica geral. Já no início da década de 80 é criada a carreira médica de clínica geral.

Em 1983 foi publicado o regulamento dos centros de saúde (Despacho Normativo n.º 97/83 – Centros de saúde de segunda geração, resultado da integração dos centros de saúde com os postos dos serviços médico-sociais. Estes centros de saúde são entidades sem personalidade jurídica nem autonomia administrativa e financeira, dependentes de aparelhos administrativos que até então geriam os serviços médico-sociais: Administrações Regionais de Saúde (ARS) e Sub-Regiões de Saúde (SRS).

Em 1984 foi criada a Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários. De 1984 a 1990, assistiu-se a uma certa estagnação e, em 1990, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90) onde a responsabilidade pela saúde passa a ser partilhada entre o Estado e o indivíduo. Em 1993, é aprovado o estatuto do SNS e as ARS passam a fazer a coordenação entre os hospitais e os centros de saúde.

Na segunda metade da década de 90, surgem ensaios de novas formas de organização dos cuidados de saúde primários, assentes em pequenas equipas descentralizadas – designado projecto Alfa, na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Os resultados deste ensaio facilitaram a entrada em vigor de um novo regime remuneratório para os médicos de clínica geral, baseado no desempenho – Regime Remuneratório Experimental (RRE) (Decreto-Lei n.º

117/98, de 5 de Maio) que subsistiu até aos dias de hoje, num número reduzido de experiências, principalmente pela não adesão dos enfermeiros, por considerarem-no discriminatório ao não lhes serem aplicados os mesmos princípios.

A partir de 1997 e até 1999, foram criadas as agências de contratualização e os orçamentos programa, apostando-se na separação entre os prestadores de cuidados de saúde e seu financiamento. Já em 1999, foram legislados os centros de saúde de terceira geração, com vista à descentralização e a uma maior autonomia (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio). Na mesma altura, nasceu ainda o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

Até 2001 desenvolveram-se estratégias de implementação para os centros de saúde de terceira geração, nunca concretizados, em parte devido às resistências, especialmente das SRS que veriam o seu poder transferido para os próprios centros de saúde — uma vez que estes passariam a ter autonomia financeira e administrativa —, organizados em equipas multi-profissionais e descentralizadas, e dirigidos por uma direcção técnica e clínica. Todavia, foi a partir de 2002 que se deu uma explosão legislativa no sector da saúde, com consequências para os cuidados de saúde primários no que respeita ao Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários. Desde a publicação deste decreto, que nunca foi executado, até 2005, houve nova estagnação organizacional ao nível dos centros de saúde. Destaca-se, porém, neste período, a publicação do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 (Portugal, 2004) e a criação da Entidade Reguladora da Saúde.

Em 2005, com a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003, deu-se início a uma nova fase no sector da saúde, especialmente no que concerne aos cuidados de saúde primários — foram os primeiros passos da reforma a que se assiste neste momento e que aposta essencialmente na reorganização dos centros de saúde, com a criação de USF, equipas multidisciplinares, com autonomia técnica e funcional, mas também na criação de outras soluções mais adequadas para a prestação de cuidados de saúde primários. Foi criado um grupo técnico para o acompanhamento da reforma e, mais

tarde, a reorganização dos cuidados de saúde primários ficou a cargo da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP).

2 A reforma e seus antecedentes

Desde a sua criação, no início da década de 70, e apesar dos princípios que lhes estavam subjacentes, que os cuidados de saúde primários têm apresentado falhas ao nível dos seus modelos de gestão e organização, o que tem tido consequências negativas, não só em termos de prestação de cuidados mas, e sobretudo, a um nível mais macro, que incide sobre a evolução do sistema de saúde.

As sucessivas tentativas de mudança ao longo de quatro décadas, apresentaram uma base conceptual deficitária, em parte resultante da pouca profundidade dos estudos e do debate que lhe deu origem. Ao longo da evolução dos cuidados de saúde primários, foram, no entanto, várias as tentativas de reforma que se tentaram implementar, sem que, porém, tenham tido o sucesso esperado.

Como já se referiu atrás, a primeira grande reforma da saúde, deu-se em 1971, com a criação dos centros de saúde de primeira geração (Reforma de Gonçalves Ferreira), que representou igualmente o primeiro esboço para a criação do SNS. Porém, a configuração do SNS foi influenciada pelo seu financiamento a partir do Orçamento Geral do Estado (OGE), e por se tentarem integrar, num sistema único, as várias estruturas da saúde que existiam em simultâneo nessa altura. O associativismo médico opôs-se, argumentando a favor de um sistema de saúde assente na medicina convencionada, privada, financiada pelo Estado.

Apesar da grande cobertura para a população, em termos de acesso aos cuidados, esta mudança teve como consequência a debilidade estrutural do SNS, com implicações que ainda hoje se mantêm, nomeadamente a existência de inúmeros subsistemas, exteriores ao SNS, e muitas vezes com carácter de dupla cobertura. Podem apontar-se algumas fragilidades a esta reforma, como a fraca base financeira, a ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, a coexistência de financiamento público e

convencionado, a falta de transparência entre os interesses públicos e privados e a baixa eficiência dos serviços públicos.

Entre 1985 e 1995, houve uma tentativa de combater as fragilidades do SNS, com um desafio de qualificação, criando-se, em 1990, a Lei de Bases da Saúde. Apostou-se na separação entre os sectores público e privado, na implementação de um seguro alternativo de saúde, no financiamento privado do sistema de saúde e na gestão privada das unidades públicas de saúde. Criaram-se as ARS e as unidades funcionais, apesar de não terem representado grande impacto nos serviços de saúde e na resolução das suas debilidades. Além disto, o maior investimento nas infra-estruturas e a qualificação do SNS não foram, segundo o OPSS, acompanhados pela ausência de uma política adequada de recursos humanos, o que trouxe graves consequências para a evolução da saúde.

Dado que na mesma altura (década de 80/90) as prioridades da política social assentavam na área da educação e no combate à pobreza, o sector da saúde foi prejudicado em termos de acesso aos recursos financeiros do OGE, o que por sua vez dificultou a reforma em curso, visto não possibilitar mudanças estruturais. Assim, entre 1995 e 2000 com o objectivo de melhorar a saúde, e sem recorrer a reformas estruturais, o Ministério apostou na criação de mecanismos de orientação estratégica e de responsabilização (elaboração da estratégia de saúde, contratualização, remuneração associada ao desempenho, gestão das doenças crónicas, sistema de qualidade, centros regionais de saúde pública), na inovação, na descentralização e flexibilização das unidades prestadoras, nos centros de saúde de terceira geração, nos sistemas locais de saúde e nos cuidados continuados.

Acrescentado à ausência de alterações nos dispositivos estruturais, a tardia formação dos dirigentes da saúde dificultou a difusão da informação sobre a reforma da saúde, atrasando a sua implementação. A fragilidade das concepções e instrumentos da governação da saúde foi, portanto, causa de uma oportunidade perdida para a reforma da saúde.

Já nos anos 2000, a saúde passa a ser uma prioridade política e o sector vê assim reforçado o seu financiamento. Todavia, as muitas

expectativas que se criaram saíram goradas devido às metas excessivas, às medidas de intervenção sem referências prévias, à contratualização, à ausência de transparência informativa e à descontinuidade das medidas proclamadas pela reforma anterior. Neste contexto, teria sido fundamental compreender que uma reforma, sobretudo num sector tão complexo como o da saúde, não se pode basear apenas no nível de financiamento e em alterações nos modelos de gestão ou organização das unidades prestadoras de serviços. Percebe-se então a necessidade de colocar o cidadão no centro do seu próprio sistema de saúde, desenvolvendo para esse fim o direito à informação, o direito de escolha, o acesso, o direito de reclamação, o direito de participação e de representação.

Tornou-se cada vez mais evidente a necessidade de criar políticas públicas de saúde com capacidade para combater as descontinuidades em termos de orientações e de prioridades, evitando medidas soltas e afastadas das estratégias até então definidas. Para este combate, tornaram-se fundamentais capacidades técnicas e políticas, instrumentos de informação, de comunicação, de negociação e de decisão.

Os actores sociais (cidadãos, profissionais de saúde, gestores, políticos) assumem igualmente um papel importante, na medida em que contribuem para os objectivos da organização da saúde, através da sua capacidade técnica, fundamentação de prioridades, direcção estratégica, acção política, poder de negociação e de decisão. Por outro lado, o processo de mudança deve assentar num equilíbrio entre os mecanismos de responsabilização, a diversidade e a inovação organizacional, a criação e implementação de normas legislativas e dispositivos de gestão e articulação (OPSS, 2001).

Os fracassos das sucessivas reformas foram um impulso para a compreensão de que importa que o cidadão seja o centro do sistema de saúde, mas que para tal é necessário informação sobre a realização dos objectivos do sistema, acesso, qualidade, capacidade de escolha, participação, representação nas decisões e satisfação face aos resultados. Para envolver o cidadão, deve apostar-se no empoderamento, o que é possível através de 5 passos (OCDE, 2001):

- Melhorar a qualidade da política;
- Desenvolver a sociedade da informação;
- Integrar os contributos do cidadão na decisão;
- Transparência e responsabilidade;
- Confiança política no governo.

As sucessivas tentativas de reforma levaram à compreensão de que não é suficiente a preocupação com o acesso aos cuidados, mas sobretudo com as políticas de saúde que se traduzam em soluções técnicas que realmente funcionem. É igualmente fundamental que as políticas base de uma qualquer reforma assentem numa análise rigorosa aos contextos económico, social, cultural e político.

Estando assente a necessidade de implementação de reformas na área da saúde, o relatório de 2002 da IGS veio reforçar esta necessidade, no que respeita às unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, uma vez que salientou a inexistência de trabalho em equipas multidisciplinares, deficiências ao nível do sistema de marcação e gestão de consultas, número insuficiente de médicos de família, número insuficiente de enfermeiros, impossibilidade de desenvolver programas de apoio domiciliário, insuficiente número de administrativos, apoio organizacional insuficiente, carências de formação profissional em relação ao pessoal administrativo.

O facto do Ministério da Saúde ter abandonado a ideia da implementação dos centros de saúde de terceira geração, já depois de muitos profissionais de saúde terem trabalhado o conceito, e da legislação ter evoluído sem integrar a experiência destes profissionais, veio criar resistência e oposição à legislação subsequente na área.

Para desenvolver os cuidados de saúde primários ao nível da sua importância, era prioritário (1) intervir, construindo uma visão estratégica sobre o futuro dos centros de saúde, partilhada por todos os agentes da mudança; (2) reforçar em quantidade e qualidade os recursos humanos; (3) desenvolver técnicas intermédias para a condução dos complexos processos de mudança organizacional a nível local; (4) criar lideranças motivadoras e

clima de confiança e envolvimento a todos os níveis do sistema; (5) fazer uma mudança organizacional profunda para uma estrutura e dinâmica de equipas multidisciplinares e instalação generalizada de sistemas de informação adequados que facilitem a relação dos utentes com os serviços de saúde (OPSS, 2003).

Qualquer mudança, sobretudo em sistemas complexos, exige um bom nível de preparação e de fundamentação, devendo ainda criar-se um dispositivo de aprendizagem partilhada para acompanhar as soluções e delas retirar ensinamentos, fazer correcções e ajustamentos. São necessários documentos de referência que fundamentem, estratégica e tecnicamente as opções tomadas. Deve promover-se uma aprendizagem para a gestão da mudança, a partir da experiência no terreno, cuja importância aumenta ao ritmo da complexidade e ambição da reforma que se pretende.

Muitas das tentativas de mudança no sector na saúde não tiveram os resultados esperados, por um ou mais dos factores que se apresentam, e que dizem respeito a

- ter-se encarado a necessidade de actuar como uma prioridade sem atender às necessidades reais, no terreno, porque se minimizou o papel da avaliação;
- porque se agiu para atingir resultados rápidos e não fundamentados;
- porque não se fundamentou convenientemente o conhecimento teórico e não se aprofundou a base da evidência das medidas adoptadas;
- não se criaram metas reais e expectáveis de acordo com o contexto;
- os ciclos políticos foram demasiado rápidos e não deram tempo para a comprovação;
- assistiu-se a uma ausência de debate e informação clara e transparente sobre as intenções das reformas e não se envolveram convenientemente os actores sociais. (OPSS, 2004)

Os cuidados de saúde primários são considerados a base de todo o sistema de saúde, apostando num conjunto de princípios a seguir, ao nível

da orientação para a comunidade, flexibilidade organizativa de gestão, desburocratização, trabalho em equipa, autonomia e responsabilização, melhoria contínua da qualidade, contratualização e avaliação, fundamentais para o melhor nível de funcionamento do sistema.

É portanto essencial investir nos cuidados de saúde primários, a nível de recursos humanos, infra-estruturas, educação e formação, investigação e melhoria da qualidade. Somente com este investimento será possível a resposta adequada aos problemas de saúde da população, incentivando valores promotores da equidade, que permitam a igualdade no acesso e na prestação de cuidados.

A necessidade de seguir todo este conjunto de princípios e valores é bastante visível se for analisado o contexto geral dos cuidados de saúde primários, aquando do início da actual reforma, no primeiro trimestre de 2005, em que se compreendeu a necessidade do Governo criar uma forte base de actuação legislativa, política e social para gerir a mudança na complexidade do sistema de saúde. Percepcionou-se que as medidas tomadas até então não tinham tido os resultados esperados, pelo que se optou por uma estratégia inovadora, sobretudo ao nível dos centros de saúde.

Segundo o OPSS, as medidas anteriores falharam porque

- não seguiram a agenda previamente definida, ainda sem ter tido em consideração o contexto socio-económico para a execução das acções;
- não se apostou numa tradição de serviço público na saúde;
- os recursos e os instrumentos utilizados não foram os mais adequados;
- as medidas executadas localmente não funcionaram e falharam no processo de avaliação devido sobretudo à ausência de capacidade de análise e de direcção estratégica e à desconsideração pelos princípios da boa governança (inclusão, transparência e responsabilização), factores essenciais ao sucesso e qualquer política pública.

Em termos gerais, os centros de saúde, antes do início da reforma, caracterizavam-se por serem demasiado centrados na figura do médico, por se basearem em políticas demasiado hierarquizadas (*top-down*), pelo

grande número de utentes sem médico de família, pelos elevados tempos de espera, pelas dificuldades de articulação com outros níveis de cuidados, pela existência de infra-estruturas desadequadas, pela ausência de uma estratégia de marketing, pela ausência de toda uma gama de serviços fundamentais ao bom desempenho e às necessidades dos utentes, por um sistema de informação desadequado e pouco efectivo, por uma política de recursos humanos desadequada, pela ausência de competências de liderança e, principalmente, por uma organização hospitalocêntrica da prestação de cuidados de saúde

No contexto legislativo, assistiu-se, em Março, à promulgação do Decreto-Lei nº60/2003 (rede de cuidados de saúde primários), apesar da contestação, quer por parte das organizações médicas quer por parte de outros profissionais da área. O Presidente da República condicionou a sua promulgação pela constituição de uma Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Todavia, a legislação não teve qualquer efeito prático.

No contexto organizacional dos cuidados de saúde primários, pode referir-se a existência, em 2005, de 351 centros de saúde, 1.823 extensões de saúde e 254 Serviços de Atendimento Permanente (SAP), em Portugal continental, segundo as Estatísticas do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde, do IGIF. Assistíamos então à existência de um conjunto de centros de saúde, desprovidos de autonomia e de personalidade jurídica, geridos pelas SRS, a um nível muito central, em termos de aprovisionamento, compras e logística, gestão de recursos humanos, gestão financeira, assessoria jurídica, instalações, equipamentos e manutenção, informática, serviço de apoio geral e serviços de saúde, sem relação directa com as reais necessidades quer ao nível da prestação de cuidados quer ao nível dos próprios profissionais, o que gerou ineficiências, desperdícios, desresponsabilização e problemas no acesso e na qualidade dos serviços.

Em termos de contratualização, assistia-se à ausência de uma função de agência clara e bem definida, que desse resposta às necessidades dos vários actores com responsabilidades no sector da saúde, especialmente no que concerne a negociação de objectivos e metas a alcançar.

Quanto ao contexto financeiro podemos considerar que o modo como se procedia ao financiamento e o cada vez menor orçamento levaram à subida das despesas em saúde, o que prejudicou a aquisição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a prestação de cuidados a um nível mais geral e a retribuição dos profissionais de saúde, contribuindo para as más condições de trabalho, de instalações, de equipamentos e de ambiente geral.

De acordo com um estudo da OCDE (OECD, 2006), as despesas em saúde agravar-se-iam no futuro, estimando-se que representassem 13,1% do PIB, em 2050, caso não se apostasse em reformas que invertessem a situação. Caso contrário, o esforço para controlar as despesas poderia limitar a qualidade da prestação de cuidados e a equidade no acesso. Este contexto foi bastante favorável à mudança, especialmente devida à inovação que foi a criação de um orçamento para a saúde mais aproximado das despesas, o que permitiu desenvolver o processo de contratualização em termos de indicadores de desempenho, especialmente nos centros de saúde e nas USF, indicadores esses, pela primeira vez, centrados na qualidade do desempenho da equipa de saúde familiar e na resposta a algumas necessidades concretas dos cidadãos, reforçando a sua coesão e orientando a oferta para problemas há muito identificados.

O contexto tecnológico e informático era caracterizado por um grande número de centros de saúde sem tecnologias de informação adequadas susceptíveis de serem utilizadas como ferramentas de gestão em termos de estrutura e organização, de apoio ao desempenho dos profissionais de saúde e como meio para o sucesso. Assistia-se, em alguns casos, a uma Rede Informática da Saúde (RIS) com constantes períodos de inactividade e ligações deficientes, com diferentes larguras de banda entre si.

Ainda assim, procedeu-se ao desenvolvimento e implantação de novas funcionalidades, nomeadamente do Sistema de



Apoio ao Médico (SAM) e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), e ainda à introdução dos sistemas Vitacare e MedicineOne, como

concorrentes às soluções do IGIF/ACSS, embora no que respeita aos Sistema de Informação de Enfermagem ainda não se possam constituir como alternativa ao SAPE, por não deterem os requisitos mínimos exigidos.

O contexto dos serviços e prestação de cuidados de saúde caracterizava-se, em sentido lato, por um grande número de utentes sem acesso a médico de família, sobretudo na área geográfica do litoral e nas grandes áreas urbanas. Como se pode verificar no quadro abaixo, em 2005, a percentagem de utentes inscritos, sem médicos de família, rondava os 10,6%.

Quadro 5 – Cobertura populacional dos centros de saúde

Centros de Saúde	2005
Cidadãos inscritos	10.666.254
Cidadãos utilizadores	6.376.437
Taxa de utilização	59,8%
Cidadãos inscritos por médico	1.497
% de cidadãos sem médico de família	10,6%
Consultas por inscrito	3,0
Consultas por utilizador	5,1

Fonte: OPSS (2007)

Ainda de acordo com os dados referentes à cobertura populacional dos centros de saúde, para 2005, existia um total de 10.666.254 inscritos. Todavia, o número de cidadãos utilizadores era de 6.376.437, facto que se pode dever à duplicidade de inscritos e à falta de actualização das listas. Tendo em conta o número de efectivos médicos nos centros de saúde, para 2005 (quadro 6), verifica-se uma distribuição média de 920 utilizadores por médico. Comparativamente, e para o mesmo período, de acordo com os dados do IGIF, o número de inscritos por médico situava-se em 1.497, confirmando-se, de novo, a desactualização dos dados.

Quadro 6 – Recursos humanos nos centros de saúde

Centros de Saúde - efectivos	2005
Médicos	6.930
Enfermeiros	7.202
Internos e formação em Medicina Geral e Familiar	350
Internos admitidos em Medicina Geral e Familiar	217
Internos em formação em Saúde Pública	25
Internos admitidos em Saúde Pública	12

Adaptado de: OPSS (2007)

Relativamente à produção dos cuidados de saúde primários, e de acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2005, o número de consultas totais, que englobava os serviços de ambulatório e de SAP, situava-se nos 33.806.189.

O contexto dos recursos humanos em cuidados de saúde primários passava por um período de dificuldade em afectar novos profissionais, nomeadamente médicos de família, médicos de saúde pública e outros profissionais de saúde, facto que se agrava com o aumento da idade dos profissionais no activo.

Tendo em conta a desigual distribuição geográfica, quer da população quer dos profissionais, compreende-se a existência de áreas com sobrecarga de utentes por médico, e noutras, a ausência de médicos assistentes suficientes para a total cobertura da população. Quanto ao número de enfermeiros, e tendo em conta o número de utilizadores inscritos, encontra-se uma distribuição média de 885 utilizadores por enfermeiro.

Já no que respeita ao modelo de remuneração dos profissionais, salvo algumas excepções, nomeadamente de RRE, aplicava-se o modelo salarial simples, sem atender à qualidade, quantidade e desempenho dos cuidados prestados. Por fim, o contexto dos parceiros sociais caracterizava-se pela manifestação de alguma preocupação destes, com a falta de abertura e de diálogo, por parte do Ministério da Saúde.

3 A reforma no contexto europeu

A reforma do sector da saúde, embora aqui a ênfase seja colocada apenas nos cuidados primários, teve início na Europa, na década de 80, com origem na Holanda e na Suécia, desenvolvendo-se depois por outros países, cada um com as suas políticas de saúde específicas. Todavia, há aspectos que são comuns e, na sua essência, a reforma pretendia introduzir eficiência a um nível micro (em cada instituição ou serviço de saúde) e não apenas aumentar a eficiência a nível geral. Para este objectivo, havia a tentativa de controlar os custos, através da introdução de mecanismos de gestão (Saltman, 2002).



Actualmente, os sistemas de saúde continuam a enfrentar desafios e a reforma tem que ser quase contínua, devido às alterações nos padrões demográficos, tecnológicos e económicos, ao rápido aumento do preço dos recursos e das necessidades de cuidados a longo prazo e domiciliários, ligados directamente às mudanças demográficas (Saltman, 2002).

Primary care is one of the most complicated areas of European health care systems to assess and analyse.

Boerma e Fleming (1998)

Por toda a Europa, a desadequação dos serviços de saúde vem sendo uma realidade desde a década de 70. Os cuidados de saúde primários, desde que, com uma coordenação adequada, podem ser a solução para este problema que, tal como em Portugal, se baseia sobretudo no aumento da despesa em saúde, resultante das necessidades da população, especialmente no que respeita à doença crónica, aos problemas associados ao envelhecimento e aos cuidados domiciliários, resultando desta situação, uma inadequação de cuidados prestados, com uma enorme falta de articulação, entre os cuidados de primeiro nível e os outros cuidados, quer hospitalares quer sociais a que os utentes recorrem, associada à ausência de uma aposta determinada nos cuidados de proximidade.

Situações problemáticas, como as referidas, aumentam a pressão sobre a necessidade de mudança, de reformar o sistema de saúde, de forma a responder às necessidades da população, prestando cuidados adequados, promovendo a saúde e controlando a doença (Saltman et al, 2006).

Nenhum país da Europa tem, nos dias de hoje, um modelo completo de sistema de saúde, seja ele do tipo bismarckiano (seguro social) ou Beveridgiano (impostos), uma vez que vão sendo introduzidos ajustes em cada um deles, de acordo com a evolução das sociedades. Estes ajustes, têm tido como objectivos desenvolver a possibilidade de escolha, por parte do utente, alargar a cobertura dos serviços e reduzir os custos dos cuidados. As reformas a que se tem assistido, desde a década de 90 e por toda a Europa, baseiam-se na formação de clínicos gerais, na criação de novos modelos de financiamento e de desenvolvimento profissional e técnico. Em termos de medidas concretas, tem-se apostado no sistema de incentivos em termos de remuneração, na promoção do trabalho em equipa e na criação de redes de cuidados integrados. Tem-se também desenvolvido estratégias com vista a aumentar o poder dos cuidados primários em relação aos outros níveis de cuidados, melhorar os recursos disponíveis e promover os cuidados primários como o ponto de primeiro contacto (Saltman et al, 2006).

Espanha

O objectivo fundamental da reforma da saúde, iniciada em Espanha, na década de 80, foi a melhoria do sector público da saúde e a extensão do acesso a serviços de saúde de qualidade, por toda a população. A reforma teve início em 1984, ao nível dos cuidados de saúde primários, mas o passo considerado mais importante deu-se em 1986, com a implementação do General Health Care Act (Act nº. 14/86, 25 de Abril). A partir dessa altura, deu-se início à descentralização dos cuidados para o nível local, para as comunidades autónomas. A reforma apostou sobretudo na universalização da cobertura de cuidados de saúde, na introdução de benefícios em termos de co-pagamentos e financiamento de serviços e tratamentos, no financiamento da saúde com base em



impostos, na descentralização local dos cuidados, na distribuição de orçamentos para os serviços regionais de saúde, nos cuidados de saúde primários de qualidade, no acesso quer ao nível primário quer às especialidades, na gestão e na organização da saúde, na gestão das listas e tempos de espera, na informatização do sistema, nos cuidados continuados e na investigação.

Esta reforma deu prioridade à formação dos profissionais, à gestão clínica e aos salários. Embora o país se divida em regiões, há aspectos da reforma que podem ser referidos na sua generalidade. A reforma apostou essencialmente no trabalho em equipa e permitiu que fosse atribuído a cada cidadão um médico (clínico geral) e um enfermeiro. Os cuidados passaram a ser prestados por uma equipa multidisciplinar (clínicos gerais, enfermeiros, pediatras, assistentes sociais e dentistas) no centro de saúde de cada região, tratando-se de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação. Os profissionais de saúde que compõem estas equipas, desempenham ainda a função de "gatekeepers" do sistema. O salário (dos médicos) é pago por capitação ou por salário base (o que varia de acordo com a região). Estas alterações contribuíram para um maior prestígio dos clínicos gerais e para melhorar a qualidade dos serviços, o que fez baixar consideravelmente a taxa de cobertura dos seguros privados de saúde. As medidas implementadas pela reforma contribuíram para o decréscimo da referência a consultas hospitalares de especialidade e do número de prescrições e representaram um aumento da capacidade, por parte das novas equipas, de seguir linhas de orientação em termos de prevenção e acompanhamento de situações específicas, sobretudo ao nível da doença crónica (Saltman et al, 2006).

Os cuidados de saúde primários espanhóis foram considerados um exemplo, em termos de legislação, a par de Portugal, Itália e Grécia. Porém, destes países, a Espanha é o mais avançado em termos de implementação efectiva das leis promulgadas (Hart, 1990).

É bom lembrar que o sistema de saúde em Espanha se caracteriza por uma cobertura universal em termos de serviços de saúde e pela existência de dupla cobertura em algumas situações, tal como em Portugal.

Além disto, o financiamento é total com base em impostos, fazendo a saúde parte integrante da segurança social. A organização e gestão são executadas ao nível da Administração Pública Geral e os serviços são descentralizados à escala regional. Os serviços de saúde dividem-se em cuidados primários (clínico geral/médico de família) e cuidados especializados, prestados nos hospitais. Em termos de organização geográfica, existem os centros de saúde, os serviços distritais de saúde e um hospital geral, por área geográfica de saúde (existem neste momento 17 áreas de saúde). O sistema de saúde Espanhol dispõe de um conjunto de serviços de saúde com elevado grau de qualidade técnica, custos globais razoáveis, contando com grande apoio político e social. Neste contexto, a reforma dos cuidados primários teve início em 1978, com a criação de um novo modelo destes serviços. Foi neste período que se iniciaram as acções para alargar a cobertura dos cuidados a toda a população. Já no início da década de 80, mais concretamente em 1984, foi publicado o decreto para a implementação das Estruturas Básicas de Saúde, reforçado em 1986 com a Lei Geral da Saúde. Os cuidados de saúde primários ganharam relevo enquanto porta de entrada no sistema de saúde, sendo compostos por clínicos gerais, pediatras e obstetras, existindo depois um conjunto de especialistas, em regime de ambulatório, designados para cada médico generalista. A partir de 1984, a reforma continuou o seu desenvolvimento, com a transferência de competências para as áreas de saúde, e com a reformulação dos centros de saúde. Em 1988, realizou-se a experiência piloto de criar a taxa individual de saúde e, a partir de 1989, a cobertura populacional, em termos de cuidados primários, alargou-se e a saúde passou a ser financiada por impostos dirigidos à segurança social.

Apesar das alterações que têm vindo a ser implementadas no sistema de saúde, um dos principais marcos da reforma dos cuidados de saúde primários foi quando, em 1984, os médicos passaram a trabalhar nos centros de saúde, a tempo completo, o que se tornou incompatível com a prática privada. Passaram a organizar-se em pequenas equipas, constituídas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e pessoal auxiliar, sob a coordenação de um único elemento. Representou de facto, uma grande melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Nos últimos anos tem-se também generalizado a taxa individual de saúde, que permite conhecer a lista de indivíduos atribuídos ou a atribuir a cada médico, e ainda a introdução de um complemento do salário, pago por capitação. Surgiu ainda a introdução de uma carteira de serviços e do desenvolvimento do trabalho com base em programas, nos centros de saúde, a informatização das consultas e registos clínicos, a introdução de uma farmácia voltada aos cuidados primários por área de saúde, o aumento considerável do acesso aos meios de diagnóstico por parte dos clínicos gerais, o desenvolvimento de indicadores de desempenho a nível nacional, e a introdução da carreira profissional nos cuidados primários. Como aspecto negativo consequente de todas estas alterações, pode apontar-se o surgimento de listas de espera para consulta com o médico de família, embora apenas em algumas áreas de saúde. Existem ainda outros aspectos negativos decorrentes desta reforma, dos quais se podem apontar

- a desmotivação dos clínicos, com base na falta de autonomia e ausência de apoio, quer do pessoal administrativo, quer dos enfermeiros;
- o fracasso do conceito de trabalho em equipa;
- as falhas no planeamento, sobretudo no que respeita o apoio domiciliário e à doença crónica;
- a ausência de coordenação adequada entre os cuidados primários e as especialidades clínicas;
- a transformação da assistência em urgências;
- os processos administrativos demasiado burocratizados e desnecessários e horários desadequados às necessidades da população.

Tem-se, no entanto, vindo a assistir, desde 1984, ao surgimento de alterações resultantes da reforma, tais como uma maior personalização dos cuidados médicos, melhor acesso, mais qualidade técnica, mais satisfação profissional, maior autonomia para os profissionais de saúde, maior nível de coordenação entre cuidados primários e médicos especialistas, desenvolvimento dos cuidados continuados e centros de saúde com cultura de serviço global. Alguns autores consideram que seria fundamental melhorar o modelo actual, com mais autonomia e capacidade organizativa,

desburocratizar os processos e desenvolver uma estrutura de enfermagem de base comunitária (Freire, 2008).

De acordo com um estudo comparativo (Villalbí et al., 1999), pretendeu-se avaliar o impacto da reforma dos cuidados de saúde primários, sobre a saúde da população. Para o efeito, dividiu-se o país em três zonas: (1) a zona que assistiu à reforma entre 1984 e 1989, (2) a que assistiu à reforma entre 1990 e 1991 e (3) a zona que, em 1992, continuava a seguir os pressupostos do anterior modelo, antes de qualquer reforma. Estabelecendo-se uma comparação entre as três zonas, analisaram-se as taxas de mortalidade, geral e por causas de morte evitável. As conclusões deste estudo demonstraram uma associação entre o processo de reforma dos cuidados primários e a diminuição da mortalidade, sobretudo em áreas cujo nível socioeconómico é considerado baixo. Foi ainda demonstrado que a manutenção desadequada de serviços de saúde obsoletos e massificados é sinónimo de custos financeiros e de vidas humanas, o que justifica a necessidade de desenvolver os serviços prestadores de cuidados, sobretudo primários, por serem a principal via de acesso da população aos serviços de saúde.

Apesar das melhorias introduzidas com a reforma de 1984, das quais se destaca a criação de uma rede nacional de centros de saúde, não foi dada a devida importância a este tipo de cuidados, o que resultou na ausência de um papel de relevo, como o que era esperado e necessário. A título de resumo, desde 1984 que os cuidados primários espanhóis têm vindo a passar por um processo de mudanças, acabando por transformar-se num sistema integrado de centros de saúde e de equipas multi-profissionais, que prestam cuidados individuais e de saúde pública. Trata-se de serviços financiados e geridos pelo sector público, havendo ainda pouca experiência ao nível privado. O papel dos clínicos gerais e médicos de família, é o de porta de entrada no sistema de saúde, devendo realizar diagnósticos, prescrever tratamentos ou encaminhar para a especialidade hospitalar, se for caso disso. Os cuidados domiciliários são desenvolvidos de acordo com as necessidades de saúde de cada área. Desde 1986 que o utente tem a possibilidade de escolher o médico de família, de acordo com a

sua área de residência. Porém, em 1993 foi introduzida uma alteração que permitiu a opção por médicos de outras áreas, desde que este aceite o doente na sua lista. A par com outros países, o ratio entre médicos e utentes é um dos maiores da Europa: 50 clínicos por 100.000 utentes, enquanto que, por exemplo, em França é de 160 médicos por 100.000 utentes.

Reino Unido

A reforma dos cuidados de saúde primários no Reino Unido, foi um exemplo para os decisores políticos dos países que iniciaram de seguida as suas estratégias de mudança.



Antes de se avançar com a reforma, recorreu-se a um período de consulta pública, durante seis meses, que pretendia ouvir as ideias e comentários dos utentes dos serviços e dos profissionais de saúde. O resultado desta consulta foi publicado pela Secretaria de Estado da Saúde (UK, 1996). O objectivo desta consulta foi o de perceber o que os utentes e profissionais esperariam dos cuidados de saúde primários no futuro. Com base nos resultados desta publicação, poderia ter-se ideia das mudanças que deveriam ocorrer, e que ameaças e oportunidades lhes estavam subjacentes. Porém, como na generalidade das reformas, existe sempre a perspectiva daqueles que estão de acordo e dos que estão contra a mudança, pelo que a forma como se olha para as alterações, sobretudo no que respeita à prestação dos cuidados, deve ser clara e transparente. Independentemente da opinião daqueles que encaram a reforma como uma ameaça, a verdade é que a qualidade dos serviços, a desigual distribuição e a ausência da equidade no acesso era então uma realidade que era urgente combater. Foi a partir deste momento que se iniciou a procura de estratégias para alterar a situação.

A forma como a reforma da saúde teve início no Reino Unido foi muito semelhante ao que aconteceu em Portugal, pois a necessidade de apostar na qualidade foi referida aquando da campanha eleitoral para as legislativas. Depois das eleições, rapidamente a pressão pública começou a surtir efeito, com base numa série de acontecimentos negativos nos serviços de saúde, embora não directamente nos cuidados primários. De

qualquer modo, a variação no desempenho entre clínicos gerais levou a que a reforma actuasse a este nível, apostando na qualidade e na equidade, sobretudo em termos de acesso.

The general aim of the government is to provide a national health service which offers people prompt high-quality treatment and care when and where they need it.

Baker, 2000

Na década de 90, com a introdução de um novo regime de trabalho (independente, embora sob a alçada da Autoridade de Saúde), os clínicos gerais ficaram obrigados a produzir relatórios anuais sobre a execução das suas funções e gastos produzidos, conter a prescrição de fármacos e estabelecer metas em termos de serviços a prestar e objectivos a alcançar. Posteriormente, e ainda que integrados em Primary Care Trusts (PCT), mantêm o mesmo regime de trabalho, como prestadores de serviços.

Como medida para avançar com a reforma, foi criado, em 2000, um plano para o NHS (SNS britânico), que incluía o programa da reforma, apostando no re-investimento no NHS. Foram criados planos específicos por área, para um período de dez anos de execução, sendo que a maior ênfase foi colocada nos cuidados de saúde primários. Os princípios da reforma, como se pode constatar no quadro 7, situam-se na possibilidade de acesso universal aos cuidados, de acordo com as necessidades e não com a possibilidade de pagamento; disponibilização de uma grande variedade de serviços; distribuição de cuidados de acordo com as necessidades e preferências dos utentes e famílias; responder adequadamente a necessidades e populações distintas, de acordo com as suas características particulares; trabalhar para o objectivo de melhorar a qualidade dos serviços e diminuir a probabilidade de ocorrência de erros; apostar na formação dos profissionais; melhor distribuição dos fundos públicos, no seio do NHS; trabalhar em equipa; promover a saúde e reduzir as desigualdades em saúde; respeitar a confidencialidade para com os utentes e permitir o acesso à informação sobre serviços, tratamentos e desempenho (Poston, 2002).

Quadro 7 – Princípios-chave do SNS britânico

Princípios Básicos
1. Fornecer serviço universal a todos baseado na necessidade clínica e não na capacidade para pagar
2. Fornecer uma amplitude compreensiva de serviços
3. Adaptar os serviços às necessidades e preferências dos doentes, suas famílias e seus cuidadores
4. Responder às diferentes necessidades de diferentes populações
5. Trabalhar continuamente para melhorar a qualidade dos serviços e minimizar erros
6. Apoiar a dar valor aos profissionais
7. Fundos públicos para cuidados de saúde são apenas empregues em doentes do SNS
8. Trabalhar conjuntamente com outros para garantir um contínuo serviço para doentes
9. Manter as pessoas saudáveis e reduzir as desigualdades na saúde
10. Respeitar a confidencialidade dos doentes e fornecer acesso livre a informação sobre os serviços, tratamentos e desempenho

Fonte: Poston (2002)

Ao nível específico dos cuidados primários, as acções centraram-se na substituição do modelo de financiamento dos médicos generalistas, pela criação dos grupos de cuidados primários (PCG - Primary Care Groups) (Baker, 2000). As reformas têm tentado, desde a década de 90, transferir poder e recursos do sector secundário da saúde, para o sector primário, apostando numa aproximação entre os serviços e a comunidade. Para atingir este fim, contribuíram medidas como as novas formas de estabelecimento de remuneração aos profissionais de saúde, a criação de um fundo com origem no orçamento público e gerido pelos clínicos gerais para a compra de serviços de saúde para os seus utentes e a criação dos PCG, equipas multidisciplinares subordinadas à autoridade local de saúde. Estas equipas prestam cuidados de saúde à população, tendo por objectivo contribuir para a melhoria da saúde da comunidade, desenvolver os cuidados primários e os serviços comunitários, identificando *a priori* as necessidades da população e fazendo consultoria à autoridade de saúde e mais tarde, aos PCT, com funções semelhantes às dos PCG, mas

englobando também gestão e administração de serviços e instituições de saúde. Os resultados destas medidas demonstram que uma boa coordenação entre os profissionais e os serviços representa melhorias para a prestação e qualidade dos cuidados e reduz os tempos de espera. Todavia, a criação do fundo gerido pelos clínicos, trouxe um aumento da burocracia e criou desigualdades de acesso. Além disto, não há evidência que este fundo tenha representado um aumento do poder do clínico geral, como era esperado. Outra medida da reforma, mais recente, foi a possibilidade de dar aos clínicos gerais um maior poder de decisão sobre os recursos do NHS (Saltman et al, 2006).

Foram ainda introduzidas linhas gerais de orientação para a prestação de serviços adequados, um sistema de monitorização do desempenho e normativas para a avaliação da qualidade. As normas para a qualidade foram estabelecidas a nível nacional, através do NICE, tendo sido também fundado o *National Service Frameworks* (NSF) com o objectivo de acompanhar e definir os serviços a serem prestados, mediante condições pré-estabelecidas. Porém, aquela que foi considerada a maior inovação na reforma, foi a aposta na governação clínica para garantir a qualidade dos cuidados, através de auditorias, práticas baseadas na evidência, desenvolvimento profissional contínuo, avaliação do risco, registo de incidentes e sistema de monitorização do desempenho dos profissionais de saúde. À medida que a reforma se desenvolveu, os grupos de cuidados primários criaram os seus próprios sistemas de governação clínica.

Por outro lado, tem-se também apostado na extinção dos registos em papel, através do desenvolvimento dos sistemas de informação. Outra medida preconizada pela reforma foi a aplicação anual de um questionário aos utentes, de modo a acompanhar as suas visões em relação ao sistema de saúde. Foi ainda criada uma agência para monitorizar as actividades dos mecanismos de governação, quer a nível dos cuidados primários quer dos hospitais – *Commission for Health Improvement* (CHI).

Estes mecanismos baseiam-se na definição de princípios para a qualidade dos cuidados, na própria melhoria da qualidade e na responsabilização para o incremento das melhorias.

A responsabilização assume um papel muito relevante, particularmente em regiões como o Reino Unido e Portugal, em que o financiamento do serviço de saúde é público, devendo haver responsabilização pelos cuidados e pela gestão. O desafio está em olhar para a responsabilização como uma oportunidade e não como uma ameaça (Baker, 2000).

A coordenação e integração dos diferentes níveis de cuidados e entre profissionais, é um dos principais aspectos que têm vindo a ser tidos em conta na reforma dos cuidados primários. No caso específico do Reino Unido, os médicos de clínica geral são o primeiro contacto dos utentes com o sistema de saúde, tendo por isso um papel fundamental, uma vez que decidem para que tipo de cuidados devem os utentes ser encaminhados (Saltman *et al.*, 2006).

A reforma dos cuidados de saúde primários acontece devido à necessidade de promover o aumento da qualidade dos serviços, embora o nível da qualidade varie de acordo com a região geográfica e com a instituição de saúde. Surge assim um conjunto de medidas políticas, tendentes não só a melhorar a qualidade como também reduzir as desigualdades, quer em termos de acesso, quer em termos dos próprios cuidados prestados (Biscaia, 2006). Por isso, o Governo introduziu um factor novo na reforma: a preocupação com os cuidados de saúde primários englobava também a preocupação com os interesses e necessidades dos utentes, além da reforma estrutural e financeira. O objectivo foi englobar os utentes no desenho dos cuidados de saúde primários. Sobre este tema, foi realizada uma revisão sistemática de literatura sobre o que os utentes consideram prioridades para os cuidados primários (Coulter, 2005).

De acordo com Alan Maynard e Karen Bloor, a reforma da saúde no Reino Unido pecou apenas por não ter uma base de conhecimento suficientemente estruturada que fundamentasse as opções tomadas e as resoluções que deram origem às actividades da reforma (Maynard e Bloor, 1995). Contudo, não deixou de representar um exemplo para os decisores políticos de outros países, que se basearam ou, pelo menos, tiveram em

conta esta experiência, para desenvolver as reformas nacionais dos cuidados de saúde primários.

Apostou-se na tentativa de criar equipas de profissionais de cuidados primários, constituídas por clínicos gerais e enfermeiros, como meio facilitador do desenvolvimento de cuidados domiciliários (European Observatory on Health Systems and Policies, 1999).

Em termos de inovação na área dos cuidados primários, com o plano da reforma criaram-se novas oportunidades para o sector farmacêutico. A medida mais importante foi a criação dos serviços farmacêuticos locais (*local pharmaceutical services*), com o estabelecimento de contractos directamente entre as farmácias da comunidade e os PCT, também e como já referido, criados pela reforma. Estes contratos englobavam, desde a sua génese, serviços como rastreio e monitorização da diabetes e doença cardíaca, programas de cessação tabágica e cuidados domiciliários para os idosos. Além destes serviços, poderiam ainda ser contratualizados outros, de acordo com as características próprias da comunidade onde estão inseridos o centro de saúde e as próprias farmácias. Como seria de prever, a contratualização dos serviços depende do nível de financiamento, mas o maior desafio previsto, seria a gestão da relação entre os cuidados de saúde primários e as farmácias (Poston, 2002).

Actualmente, a realidade dos cuidados primários no reino Unido, caracteriza-se pela existência de 10.000 médicos de clínica geral, que trabalham com negócio próprio, através do estabelecimento de contractos com o Ministério da Saúde, e organizam-se em grupos PCT (existem cerca de 400 PCT). Os salários dependem de capitação e do desempenho (Campbell e Roland, 2003).

A reforma permitiu a actual coexistência de uma multiplicidade de prestadores de cuidados primários, desde médicos de clínica geral dos grupos PCT, médicos de família privados e "*walk-in centres*". Todavia, a privatização do nível primário de cuidados de saúde não tem grande visibilidade, uma vez que o grau de satisfação com o serviço público, o acesso e a qualidade são bastante favoráveis (European Observatory on Health Systems and Policies, 1999).

A título de resumo, a reforma dos cuidados primários teve no Reino Unido o seu auge entre 1998 e 2003, período em que se desenvolveu todo um conjunto de medidas para a melhoria da qualidade e foram criados os PCT, controlados pelas *Health Authorities*. Ainda neste período a grande aposta do Governo assentou na definição de linhas de orientação, locais e nacionais, para a melhoria da qualidade. Apesar da existência de resultados positivos relativamente ao cumprimento das linhas orientadoras, não foram suficientes. No entanto, desenvolveu-se em 2004 um novo modelo de contratualização com os clínicos gerais, com base no grupo e não individualmente e foi definido um conjunto vasto de indicadores, que sofreu algumas alterações em 2006. Foi ainda estabelecida a *Practice Based Commissioning*, em que a Autoridade de Saúde contratualiza com o clínico geral ou grupo PCT um orçamento para garantir a prestação de cuidados de saúde, estando a seu cargo a monitorização das actividades.

As consequências das mudanças introduzidas tiveram efeito na melhoria da qualidade dos serviços, mas também no aumento dos custos associados aos sistemas de informação utilizados, aumento do número de enfermeiros em cuidados primários, constituição de equipas maiores, maior aproximação entre profissionais e utentes, garantia de consulta no prazo de dois dias úteis, agendamento de consulta, no próprio dia, por telefone e maior carga de trabalho para os enfermeiros, que não recebem mais por isso, uma vez que não está ainda definido o sistema de incentivos.

4 Objectivos da reforma em Portugal

Como foi anteriormente referido, em qualquer mudança ou reforma, devem ser claramente enunciados e explicitados os grandes objectivos quer dos processos quer do planeamento da reforma. A não explicitação destes objectivos complica todo o processo de mudança, não favorecendo o aparecimento de agentes e promotores regionais e locais que tornem a mudança imperativa, mas igualmente participada, e que evitem as resistências à mudança. A explicitação dos objectivos deve estar sempre acompanhada por uma profunda fundamentação do processo de reforma.

Além disso, os líderes da mudança devem operacionalizar os seus objectivos, de forma a facilitar o discurso e a acção.

No caso concreto da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal, começamos por encontrar a sua explicitação nas bases Programáticas do Partido Socialista, para as eleições legislativas de 2005. Porém, e talvez por se tratar apenas de linhas orientadoras, esta é uma explicitação muito geral e pouco profunda, onde apenas se apresentam as principais medidas políticas a adoptar, sem objectivos concretos e quantificáveis para a acção. Através da explicitação destas medidas, subentende-se apenas a necessidade de reorganizar os cuidados de saúde primários, como um contributo para obter ganhos em saúde. Segundo este documento, esta reorganização passa por:

- Criação de Unidades de Saúde Familiar (USF), constituídas por pequenas equipas multi-profissionais e auto-organizadas; autonomia organizativa funcional e técnica; contratualização de carteira básica de serviços; meios de diagnóstico descentralizados; sistema retributivo facilitador da produtividade, acessibilidade e qualidade;
- Integração das USF em rede, com enquadramento jurídico variável, de acordo com a gestão;
- Reforço e desenvolvimento, nos centros de saúde, de um conjunto de serviços de apoio comum às USF (vacinação, saúde oral, saúde mental, especialidades, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação);
- Revogação do decreto-lei n.º 60/2003 e substituição por novo diploma;
- Reforço aos incentivos e à formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos;
- Aposta no acesso, estimulando o contacto directo entre doente e profissional, através de telefone ou e-mail. Dever-se-á permitir que, até ao final de 2006, 2 milhões de utentes usufruam de cobertura destes serviços;

- Articulação com cuidados hospitalares, com novas normas e mecanismos de referenciação e através de mecanismos que garantam a circulação de informação.

Vencidas as eleições legislativas (2005-2009), o PS apresentou no seu Programa de Governo as medidas políticas a adoptar no contexto da saúde. Neste documento, começou por explicitar a necessidade de reorganizar todo o sistema de saúde, colocando o cidadão no centro. Relativamente às medidas concretas de acção política no que respeita ao centro de saúde, são as mesmas que se podem ler no programa eleitoral, tratando-se portanto, de linhas muito gerais sobre o que se pretende que seja a reorganização dos cuidados de saúde primários. Não estão incluídas metas quantificáveis, nem linhas de actuação.

A primeira das medidas políticas adoptadas por este Governo, no contexto da reforma dos cuidados de saúde primários, foi então a revogação do decreto-lei 60/2003, através de comunicado do Conselho de Ministros de 7 de Abril de 2005, onde se tomou conhecimento do decreto-lei nº 88/2005, que ripristinou o decreto-lei 157/99 relativo aos centros de saúde, sua criação, organização e funcionamento. Deste comunicado, resultou ainda a aprovação da criação de um grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários. Este grupo teria a missão de desenvolver a metodologia para a criação das USF.

A explicitação da mudança que se pode observar no comunicado, além das duas medidas políticas acima enunciadas, explica que a reconfiguração em curso é necessária devido ao papel central dos centros de saúde no sistema de saúde português. É ainda explicitada a implementação de um plano de reforma, com definição de frentes de trabalho e metas operacionais. Todavia, fica apenas aberto caminho para que seja o grupo técnico a definir metas e acções a concretizar. Deste grupo, apenas se diz que tem a "missão específica de desenvolver a metodologia para a criação de USF, num prazo de 180 dias, definidas como a unidade nuclear de prestação de cuidados de saúde de proximidade ao cidadão, constituída por uma equipa multidisciplinar mínima capaz de

garantir, com autonomia funcional e técnica um plano assistencial a uma população determinada, ao nível dos cuidados de saúde primários”.

Mais uma vez, trata-se de uma explicitação muito geral e pouco fundamentada, em que não só não aposta na explicitação das medidas concretas que se pretendem adoptar, como não fundamenta a necessidade da reforma.

Ainda relativamente a este tópico, a Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril, apresenta já uma justificação, embora breve, para a necessidade de criar o grupo técnico acima mencionado. Além de, de novo, fazer alusão à importância dos centros de saúde como o “principal ponto de contacto do cidadão com o sistema”, apresenta os objectivos concretos do grupo técnico, que passam por:

- Estabelecer um plano, com definição de frentes de trabalho e metas operacionais, tendo por base a experiência acumulada no Ministério da Saúde e ainda o contributo dos diversos parceiros institucionais e sociais relevantes;
- Identificar, com precisão, as medidas operacionais e actividades a executar de forma calendarizada, a curto, médio e longo prazos, para a concretização do plano.

As missões específicas assentam em:

- Desenvolver a metodologia para a criação de USF;
- Elaborar uma proposta de reconfiguração dos centros de saúde, dotando-os de uma progressiva autonomia;
- Acolher os contributos de outros grupos e equipas de trabalho na contextualização dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde, no que se refere à concretização de missões complementares, em especial com os hospitais e com os cuidados continuados;
- Elaborar as propostas de instrumentos legislativos que permitam a concretização das medidas preconizadas;
- Identificar experiências inovadoras e de boas práticas que possam ser aplicadas aos modelos em desenvolvimento;

- Definir linhas de orientação gerais para uma arquitectura própria do sistema de informação de cuidados de saúde primários, compatível com o sistema de informação geral dos restantes sectores da saúde;
- Identificar problemas sentidos pelas equipas que desenvolvem projectos no âmbito dos cuidados de saúde primários, passíveis de resolução rápida, através de pequenas iniciativas legislativas ou de medidas de natureza administrativa.

É ainda fruto desta resolução a constituição de um grupo de apoio técnico complementar e consultivo para realizar trabalho técnico em áreas específicas. Este grupo técnico foi criado pelo despacho n.º 10.942/2005 (2.ª série) de 21 de Abril.

Enquanto o grupo técnico preparava o documento "Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primário", o decreto-lei n.º 88/2005 vem revogar o decreto-lei 60/2003, e repristinar o decreto-lei 157/99, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e defende uma organização dos mesmos em unidades de saúde familiares e outras. Todas estas medidas são tomadas, no entanto, sem explicitar perante o cidadão, que se defende como o centro do sistema, o fundamento para a sua adopção. Desde a sua constituição, o grupo técnico começou a trabalhar num documento que posteriormente foi revisto com o objectivo de ser editado pela Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP).

No seguimento deste documento de trabalho, foram elaboradas as "Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários", entregues ao Ministro da Saúde em 15 de Julho de 2005, com a recomendação de colocá-lo disponível para apreciação pública, o que foi possível através do site da Direcção-Geral da Saúde, aceitando contributos até dia 15 de Setembro de 2005. De acordo com dados da MCSP, foi recebido um total de 64 contribuições. Durante esta fase de apreciação, as actividades no contexto da reforma dos cuidados de saúde primários continuaram com iniciativas localizadas e com as primeiras experiências de criação de USF, sem, porém, qualquer outra explicitação.

Findo o período de apreciação, e após algumas possíveis alterações, as linhas prioritárias foram publicadas em Janeiro de 2006, pela então já criada MCSP, através da Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 12 de Outubro (Despacho nº 24 766/2005). Esta resolução explicita a organização e objectivos concretos da MCSP, nomeadamente:

- Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde em USF, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das USF, bem como dos demais aspectos de reconfiguração dos centros de saúde;
- Desempenhar funções de natureza avaliadora, reguladora de conflitos e de apoio efectivo às candidaturas das USF;
- Elaborar o regulamento interno tipo dos centros de saúde reconfigurados;
- Propor, em articulação com a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, a orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, a formação contínua dos profissionais e a política de incentivos ao desempenho e à qualidade, a aplicar nas USF;
- Elaborar os termos de referência da contratualização das ARS com os centros de saúde, e destes com as USF;
- Elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as USF em diferentes níveis de desenvolvimento;
- Promover o lançamento de formas inovadoras de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados, nomeadamente com os cuidados hospitalares e continuados;
- Propor e apoiar oportunidades de prestação de serviços partilhados entre diferentes unidades, em estreita articulação com os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde;
- Propor, nos termos da lei, modalidades de participação dos municípios, cooperativas, entidades sociais e privadas, na gestão de centros de saúde e USF;

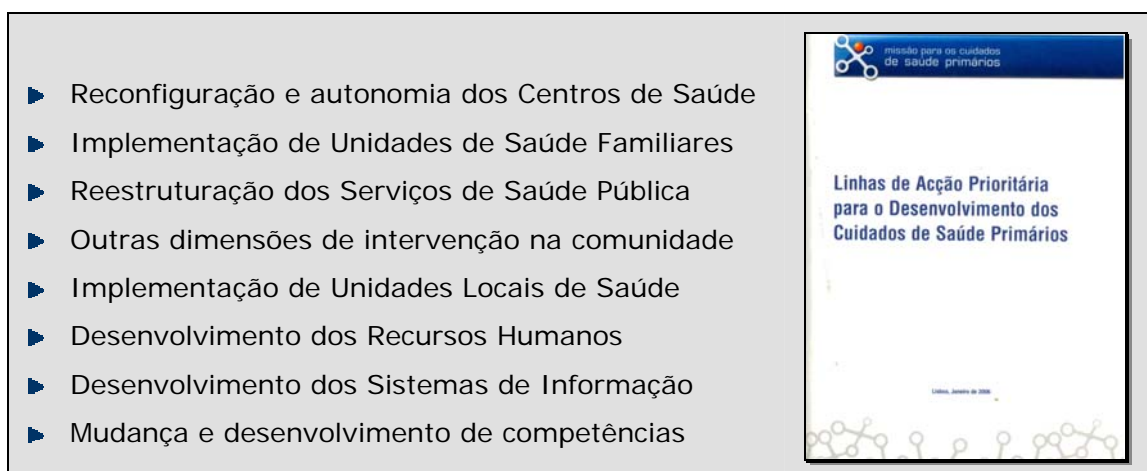
- Desempenhar outras funções que lhe sejam atribuídas pelo Ministério da Saúde.

Ao coordenador da MCSP, compete:

- Dirigir o funcionamento da estrutura de missão e providenciar, junto dos serviços e organismos competentes, a obtenção dos meios e instrumentos necessários ao desempenho das suas atribuições;
- Assessorar os órgãos da administração central e regional do Ministério nas matérias relacionadas com os cuidados de saúde primários, nomeadamente nas decisões de planeamento, aquisição e instalação de serviços, recursos humanos e tecnologia adequada aos objectivos a prosseguir;
- Apresentar regularmente relatórios de acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF;
- Propor e organizar, quando necessário, o recurso a serviços externos de consultadoria.

Relativamente à versão final das “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”, trata-se de um documento de explicitação, como o próprio título indica, das linhas orientadoras para a mudança, onde se descrevem as oito áreas de proposta de medidas a adoptar, apresentadas na figura 10:

Figura 10 – Linhas programáticas da reforma



Fonte: OPSS (2007)

Todavia, são apenas apresentadas as áreas a intervir e medidas concretas de actuação, sem qualquer outra explicitação ou fundamento para a sua aplicação, a não ser um pequeno resumo dos objectivos gerais de cada uma destas áreas.

Após a publicação deste último documento, iniciou-se uma série de encontros nas cinco ARS, que tinham como finalidade a apresentação dos objectivos gerais de constituição de USF. No seguimento do trabalho realizado pela MCSP, foi publicado o Despacho Normativo 9/2006, de 16 de Fevereiro, que visa “regulamentar os termos, as condições e os procedimentos conducentes ao lançamento e implementação das USF, assentes em equipas multi-profissionais, constituídas por especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde, com vista a uma prestação de cuidados de saúde mais próxima dos cidadãos e à reconfiguração dos novos centros de saúde como entidades enquadradoras dessas mesmas unidades.”

A abertura da primeira fase de candidaturas à criação de USF, deu-se no dia 1 de Março de 2006. Esta reforma envolve cerca de vinte e dois mil profissionais e duas mil unidades de prestação de cuidados (entre centros e extensões de saúde).

Ao longo do ano de 2007 assistimos pela parte do Ministério da Saúde, traduzido na actividade da MCSP, a um empenho na criação de mais USF, o que é de valorizar, tendo em consideração o modelo organizacional em causa, o processo de contratualização em curso e o potencial de resultados esperados. Assistimos também ao desenvolvimento do quadro legislativo de apoio aos vários modelos de USF previstos e à preparação legislativa dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

É reconhecido também o esforço desenvolvido pela MCSP no sentido de proporcionar um quadro formativo aos elementos que constituem as USF e aos futuros quadros dirigentes dos ACES.

Por outro lado, apesar das insuficiências ainda existentes ao nível dos sistemas de informação e das redes que os suportam é inquestionável que, no ano de 2007, foram dados passos importantes nesta área. Importa agora que a ACSS continue este caminho e coloque um ainda maior

empenho na criação das condições tecnológicas adequadas ao bom apoio à prestação de cuidados, à análise da informação, às práticas da contratualização e à formação dos profissionais para a utilização dos referidos sistemas.

À MCSP foi atribuída a complexa e exigente tarefa de condução do processo de transformação organizacional e de administração dos cuidados de saúde primários. Estrategicamente, ou não, os primeiros dois anos da MCSP foram dedicados, quase exclusivamente, à constituição de USF. Esta criou os suportes legais de apoio, desenhou a metodologia de avaliação das candidaturas a USF (modelos A e B) e apoiou a sua implementação. Apesar do número de USF actualmente em funcionamento ficar aquém do anunciado e do expectável, os resultados não podem deixar de ser animadores.

No Relatório da Primavera de 2007, o OPSS alertava para o facto que “a meta de 100 USF abertas até Dezembro de 2006 não foi cumprida, quedando-se por não mais que 50% desse valor (...)” e, por outro lado, referia-se que “(...) a meta adiantada terá sido voluntarista ao não antecipar as dificuldades decorrentes da necessidade de se providenciarem mobilidades de recursos humanos, intervenções estruturais em instalações e a implantação do sistema de informação nas USF, para além da própria construção e avaliação das candidaturas”.

A 31 de Dezembro de 2007 estavam em funcionamento 104 USF. Dados mais actuais informa-nos que a 3 de Junho deste ano foram aceites no total 191 candidaturas e terão iniciado actividade 127 USF (www.mcsp.min-saude.pt). No entanto, apesar dos alertas e das metas não cumpridas, os dados mostram-nos que em 2007 não existiu um trabalho consistente de abertura de USF ao longo do ano. Das 65 USF que abriram em 2007, 25 (41%) abriram no mês de Dezembro. Esta inconsistência não é saudável para um bom desenvolvimento da reforma.

As ERA/ETO (Equipas Regionais de Apoio / Equipas Técnicas Operacionais), equipas regionais constituídas pela MCSP e pelas ARS, tiveram um papel fundamental. Inteligentemente foram integradas nas ERA/ETO elementos dos departamentos de contratualização das ARS, o que

tem permitido a criação de condições mais favoráveis, tanto na avaliação dos projectos de candidatura, como na fase de contratualização e de acompanhamento das unidades em funcionamento. Estabeleceram-se esquemas de avaliação, de acompanhamento e de contratualização, com elevados níveis de exigência. E, apesar disso, propiciou-se a criação de um clima de confiança entre os profissionais de saúde envolvidos e estas estruturas regionais. O clima criado permitiu uma mobilização de cerca de 1.300 médicos, 1.300 enfermeiros e 950 administrativos, que aceitaram o desafio e dispuseram-se a trabalhar num modelo de USF.

Na realidade, para além das mudanças organizacionais preconizadas, num ambiente de USF, não é irrelevante o facto de se verificar um aumento médio da lista de utentes para cerca de 1.750 utentes por médico de família. Pena é que apenas cerca 13% da população tenha sentido os efeitos desta reforma, o que obriga a uma maior celeridade e abrangência na implementação, sob pena de se gerarem fenómenos de inequidade no país, compreensíveis num momento inicial, mas que não poderão perdurar por muito mais tempo.

Um olhar sobre os acontecimentos de Abril de 2008 — o pedido de demissão do Coordenador da MCSP (não aceite pelo MS) e a posterior demissão de oito dos seus onze assessores e de dois coordenadores das ERA — implica que se questionem os motivos e as repercussões deste facto. Independentemente dessas razões e motivos, é muito provável que a reforma, em particular a constituição dos ACES, sofra mais um atraso, devido à necessidade dos novos elementos (quase a totalidade) se inteirarem dos trabalhos em curso. Na realidade, a complexidade das medidas a implementar é grande, as tarefas são muitas e o tempo é escasso.



5. Os agrupamentos de centros de saúde

A 22 de Fevereiro de 2008 foi finalmente publicado o Decreto-Lei n.º 28/2008 que regulamenta a criação dos ACES. São definidos como “serviços públicos, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”. Na realidade, apesar da importância desta peça para a concretização da reforma dos cuidados de saúde primários, surge apenas dois anos e cinco meses após a constituição da MCSP.

A constituição dos ACES prevê a sua organização em unidades funcionais, nomeadamente em unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados³², unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública e unidades de recursos

assistenciais partilhados. Podem ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas ARS. Cada unidade funcional assenta numa equipa multi-profissional com autonomia organizativa e técnica, sendo o ACES o pólo agregador destas várias unidades prestadoras.

Das várias unidades previstas, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) cumprirá um papel de grande relevância no seio do ACES, pela sua missão de prestação de “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes



³² Unidades onde se integraram os restantes médicos de família e outros profissionais que não estão organizados em USF que não estão organizados em USF.

de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção" (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro) e pela responsabilidade de integrar no seu campo de intervenção as equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados e comunitárias de suporte em cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Decorrente do referido, antevê-se para esta unidade a exigência de respostas globais, integradas, articuladas e de grande complexidade, pelo que se recomenda a maior atenção na sua concepção e implementação, dotando-a do modelo organizacional, de recursos humanos e materiais compatíveis com os novos desafios que se colocam aos cuidados de saúde primários no âmbito da intervenção comunitária e das respostas de proximidade aos cidadãos, que se pretendem cada vez mais perto dos locais onde vivem e trabalham. O mesmo é exigível, também, para a Unidade de Saúde Pública (USP) pelo seu designio fundamental ao nível do planeamento em saúde para a área geodemográfica. O ACES prevê ainda a existências de unidades de apoio à sua governação como é o caso do Conselho da Comunidade, do Conselho Clínico, da Unidade de Apoio à Gestão e do Gabinete do Cidadão.

Realça-se o facto de, finalmente, se perspectivar a existência de uma hierarquia técnica (i.e. um conselho clínico) que se espera permitirá a adequada integração das vertentes da gestão clínica (director clínico) e da gestão organizacional. É de notar também que a autonomia dos ACES é administrativa e que a sua consumação está intimamente relacionada com a existência de um contrato-programa a estabelecer entre o ACES e a ARS. A existência deste contrato-programa, que deverá resultar de um processo de contratualização, é um salto qualitativo assinalável face à situação actual.

Prevê-se que os ACES tragam aos cuidados de saúde primários uma melhor prestação de cuidados, através de uma melhor organização, consubstanciada numa maior descentralização da decisão e autonomia. Aliás, estes agrupamentos são o reavivar dos também legislados centros de saúde de terceira geração já referidos que, na realidade, nunca foram implementados. A percepção de que é necessário mudar a estrutura vigente nos centros de saúde, reorganizando-os em unidades funcionais e

atribuindo-lhes maiores responsabilidade e autonomia, é algo que tem mais de uma década. Porém, passados quatro meses da publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, pouco se conhece sobre o processo de constituição dos ACES, para além de que deverão ser constituídos cerca de 74 ACES no território continental e da apresentação dos mapas regionais publicados na imprensa da especialidade.

O estudo efectuado pelo Gabinete de Análise Económica da Universidade Nova de Lisboa (GANEC), para a MCSP, aponta para a seguinte caracterização geral dos ACES, sujeita ainda a pequenos ajustamentos:

Quadro 8 – Caracterização geral dos futuros ACES

	Custos ³³ (Euros)	Utentes Inscritos	Unidades de Saúde	Profissionais	Consultas
Média	33.206.274	154.734	32	387	490.888
Desvio Padrão	11.610.778	57.630	21	131	175.248
Máximo	73.205.134	277.626	102	921	1.012.882
Mínimo	10.097.466	28.841	8	127	169.266

Fonte: Relatório GANEC

Neste cenário, os custos de exploração dos ACES variarão entre os 10 e os 73 milhões de euros, concentrando-se a maioria, mais de 67%, entre os 20 e os 40 milhões de euros. A população coberta por cada ACES rondará os 150.000 utentes com o Decreto-lei a fixar a população entre 50.000 a 200.000 utentes.

A magnitude dos valores apresentados por ACES, seja em termos financeiros, de número de unidades assistenciais agrupadas ou de número de profissionais, indica que estas novas unidades orgânicas constituir-se-ão como organizações complexas de média ou grande dimensão. Como tal, as competências gestionárias e as ferramentas de apoio à gestão assumem aqui um papel fundamental, daí que devam ser suportadas por uma robusta

³³ Os custos referentes aos Centros de Saúde da ARS do Algarve consideram apenas as rubricas de custos "Pessoal", "Medicamentos" e "MCDT". A rubrica em falta, "Outros Custos", não foi considerada porque os dados não foram disponibilizados.

componente de gestão qualificada, resultante das competências dos seus corpos dirigentes e dos recursos humanos afectos à unidade de apoio à gestão (i.e. *back office*) e da qualidade dos seus sistemas de informação.

A implantação dos ACES surge num quadro global de redesenho organizacional da administração e dos serviços prestadores da área dos cuidados de saúde primários. A sua constituição não pode ser lida se não se atender ao novo enquadramento jurídico das ARS, agora transformadas em Institutos Públicos (IP), com modificação do seu nível de autonomia, atribuições e modelo estrutural. Por outro lado, a extinção das SRS e consequente concentração de algumas das suas funções nas novas ARS, IP e descentralização de outras nos ACES, é algo já há muito anunciado nesta reforma em curso.

Em 2007, assistiu-se à extinção das SRS correspondentes aos distritos onde se localizam as ARS. No entanto, não se conhece qualquer trabalho de redesenho organizacional que permita transferir, de uma forma tranquila e segura, para os futuros ACES as tarefas hoje desenvolvidas pelas ARS e pelas SRS. Amputar os ACES da realização local de determinadas tarefas gestionárias e optar por centralizá-las nas ARS, poderá conduzir ainda a um maior afastamento entre a prestação e decisão. Por outro lado, poderá levar à criação de uma hiper-estrutura regional, que facilmente será absorvida pelas teias da burocratização. Se assim for, se não se acautelar que os ACES sejam providos de competências gestionárias, poder-se-á dizer que as motivações da reforma ficarão por cumprir.

Sem dúvida que a tarefa de constituição dos ACES é bastante complexa, desde logo, porque o que está também em causa é a transferência de competências e de poder decisional. Por sua vez, o forte impulso na desconcentração da tomada de decisão previsto nos ACES, que terá que ser suportado por robustos sistemas de informação, formação de dirigentes e criação das competências necessárias na Unidade de Apoio à Gestão, é crucial para que esta reforma possa alcançar o êxito pretendido. E aqui, apesar dos passos já dados, parece que estas condições não estão garantidas e que, preocupantemente, não se criarão num curto prazo de tempo.

Esta reconfiguração estrutural e organizacional coloca o desafio de se estar perante o maior e mais profundo processo de redesenho organizacional da história do SNS. Porém, na realidade, em dois anos e meio, após a constituição da MCSP, não é conhecido qualquer trabalho de planeamento e de reestruturação das SRS feito pelas ARS, tendo em vista a nova realidade ACES.

Neste âmbito, questiona-se:

Como é que num cenário em que a única mensagem transmitida para as SRS, nos últimos dois anos, é a da sua extinção, tendo como resultado a saída de muitos profissionais e a grande desmotivação da sua maioria, e na medida em que o envolvimento de todos é fundamental, se poderá fazer a verdadeira reforma?

Na gestão das organizações, o anúncio da extinção de um serviço deverá ser imediatamente concretizado, pois a sua não concretização ou a sua dilatação no tempo só levarão à degradação do serviço prestado e ao comprometimento das acções futuras.

A reforma dos cuidados de saúde primários está intimamente relacionada com o sucesso na implementação dos ACES, o grande desafio para os próximos anos. Assim, temos actualmente um bom enquadramento jurídico que perspectiva, de facto, uma melhor reorganização dos cuidados de saúde primários, podendo dar a esta área o foco que na realidade merece. No entanto, assistimos a um atraso inquestionável na tradução prática do mesmo. Assim, segundo o OPSS, a constituição dos ACES deverá prever os seguintes factores críticos:

- Adequada transferência, para as Unidades de Apoio à Gestão dos ACES, de competências e de recursos humanos das ARS e das SRS;
- Processo de selecção e de formação, dos futuros dirigentes, rigoroso e credível;
- Existência de sistemas de informação integrados (*Entreprise Ressource Planning* - ERP), que permitam uma gestão organizacional e clínica das unidades complexas que serão os ACES;

- Adequação das redes informáticas que ligarão as muitas unidades físicas distintas que farão parte de cada ACES;
- Existência de um adequado e globalizante contrato-programa;
- Criação de modelos de financiamento e de contratualização que promovam uma melhor gestão de recursos e melhores resultados em saúde;
- Existência de uma estrutura de acompanhamento dos ACES que apoie os órgãos de gestão na sua instalação e promova a transferência de boas práticas;
- Assunção que terá de haver uma linha de investimento específica para a criação dos ACES e sua boa implementação;
- Igualdade e respeito pelos mesmos princípios e modelo organizacional das USF na implementação das várias unidades funcionais previstas para o ACES;
- Concretização da existência nos ACES de outros profissionais de saúde (ex: psicólogos, nutricionistas, podologistas, etc), que permitam uma melhor gestão do doente e do acesso aos cuidados de saúde.

6. Unidades de Saúde Familiar - Modelo B

Começemos por recordar os principais diplomas legais estruturantes estruturantes das USF. O quadro 9 apresenta uma breve descrição cronológica.

Finda a publicação destas peças jurídicas, estavam criadas as condições legais para a entrada em funcionamento de USF Modelo B. Neste sentido, a MCSP anunciou a possibilidade de, a partir de 1 de Maio, as USF/RRE passarem para o modelo de USF Modelo B, anúncio esse rapidamente assumido pelas ARS, o que se compreende, na medida em que já se verificava um atraso considerável no calendário inicialmente preconizado. Posteriormente, a 14 de Maio, foi dada a possibilidade às USF que estavam a funcionar em Modelo A de se candidatarem a USF Modelo B.

Quadro 9 – Principais diplomas legais estruturantes das USF

Data	Documento	Conteúdo
22-Ago-2007	Decreto-lei n.º 298/2007	Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.
18-Out-2007	Portaria n.º 1368/2007	Consagra os princípios que regem a carteira básica e a carteira adicional de serviços.
22-Out-2007	Despacho MS n.º 24.101/2007	Aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento: A, B e C.
18-Abr-2008	Portaria n.º 301/2008	Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados prestados. Esta Portaria destina-se a regulamentar os princípios já previstos no Decreto-lei n.º 298/2007.
23-Abr-2008	Despacho do Secretário de Estado da Saúde	Aprova proposta efectuada pela MCSP de "Regulamento para cálculo das remunerações dos profissionais que integram as Unidades de Saúde Familiar de modelo B".

A legislação em vigor indica que o Modelo B é "indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos". Este modelo organizacional abrange as USF do sector público administrativo e tem um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando a remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

As USF Modelo B são a evolução dos RRE que, finalmente, passados cerca de 10 anos, deixaram de ser experimentais e passaram a ter um enquadramento jurídico que lhes dá estabilidade.

Faz todo o sentido encontrar mecanismos que promovam a atractividade da medicina geral e familiar, pois só assim é que se poderá

dar resposta aos milhares de utentes que estão actualmente sem médico de família e permitir uma renovação geracional dos médicos de família. Na realidade este novo modelo retributivo vem ao encontro desse desígnio. Por outro lado, está aberto o caminho para se consolidarem práticas de qualidade e se iniciar a criação e implementação de um modelo de acreditação das USF.

Não obstante, não deixa de ser preocupante que se tenha iniciado este regime remuneratório e se tenha dado a possibilidade a todas as USF de se candidatarem a este regime sem se conhecer o que quer que seja sobre o processo de acreditação destas unidades. Neste contexto é relevante questionar-se sobre quais as metodologias a utilizar, quem serão os seus promotores e qual a entidade credenciada para o efeito. Seria recomendável que o Ministério da Saúde, nomeadamente a MCSP, se tivessem preocupado em garantir este requisito, que nos parece indispensável para ajudar a justificar o esforço financeiro adicional, associado a este novo modelo retributivo.

Concretamente em relação à componente retributiva, esta, ao contrário do modelo RRE, abrange os três grupos profissionais, como se pode constatar pela tabela seguinte

Quadro 10 – Tipos de remunerações previstas aos profissionais no Modelo B

Tipo de Remuneração	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
Ponderação da lista de utentes	✓	✓	✓
Actividades específicas	✓		
Coordenação da USF	✓		
Orientação internato	✓		
Domicílios	✓		
Incentivos financeiros		✓	✓
Alargamento de horário	✓	✓	✓
Carteira Adicional de Serviços	✓	✓	✓

Fonte: Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto

Para além destas componentes remuneratórias individuais, as USF podem ainda ter acesso aos incentivos institucionais, que "(...) traduzem-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes actividades da carteira de serviços da USF, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional". Estes incentivos, descritos no quadro 11, são extensivos às USF Modelo A e Modelo B, destinam-se à equipa na sua globalidade e dependem dos resultados alcançados no âmbito do processo de contratualização com base no número de unidades ponderadas por USF³⁴.

Quadro 11 – Valor dos incentivos institucionais

N.º Unidades Ponderadas por USF	Valor do Incentivo (Euros)
<8.500	9.600
8.500 - 15.500	15.200
>= 15.500	20.000

Fonte: Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril

Ao analisarmos esta distribuição de incentivos, uma das questões que se coloca neste modelo retributivo prende-se com o facto do risco associado ser desigual dentro do grupo profissional médico, o que efectivamente fere os princípios da equidade, ainda que a decisão dos profissionais se candidatarem a trabalhar neste modelo seja voluntária.

Concretamente, todos médicos que optarem pelo modelo B serão equiparados ao regime de 35 horas com exclusividade. Assim, na realidade, os médicos que actualmente estão num regime de 35 horas sem exclusividade, muitos deles por opção própria, vêem o seu rendimento mensal aumentado, em média, em cerca de 1.000 €, apenas por terem optado pelo modelo B. Por sua vez, os profissionais que estão num regime

³⁴ As unidades ponderadas da lista de inscritos obtêm-se pela aplicação dos seguintes factores: (1) O número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade é multiplicado pelo factor 1,5; (2) O número de adultos entre os 65 e os 74 anos de idade é multiplicado pelo factor 2; e (3) O número de adultos com idade igual ou superior a 75 anos é multiplicado pelo factor 2,5.

de trabalho de 42 horas com exclusividade assumem o risco de ver o seu rendimento mensal diminuído, em média, em aproximadamente 1.000 €, diferença esta que terá de ser compensada pelo acréscimo da lista de utentes pelas actividades específicas e pela prestação de domicílios. Assumindo-se que cerca de 70% dos médicos de família estão em regime de 42h com exclusividade, facilmente se percebe que as motivações serão diferentes entre os profissionais.

Se, à mudança de regime, adicionarmos o aumento da lista de utentes para cerca de 1.750 utentes (ou seja, mais 17% do que o padrão dos 1.500 utentes) e oito unidades contratualizadas (UC)³⁵ associadas às actividades específicas (em 20 possíveis), verifica-se que os médicos que estão actualmente num regime de 35 horas sem exclusividade podem ter um acréscimo no seu rendimento mensal de cerca de 100%. Por sua vez, nas mesmas condições, os médicos que têm actualmente um regime de 42 horas (com exclusividade) poderão, em média, ver o seu rendimento mensal aumentado em cerca de 20%, considerando-se apenas estas duas variáveis remuneratórias.

Na realidade, este conceito de coabitação de riscos diferentes não é novo. Já era vigente no modelo RRE. Consideramos, no entanto, que, eventualmente, se pode ter perdido uma oportunidade para corrigir esta limitação.

Adicionalmente, há dois aspectos previstos neste regime remuneratório que poderão causar alguma instabilidade nas próprias USF, nos futuros ACES e mesmo no SNS, se não devidamente acautelados.

- Um deles reporta-se ao facto de se prever uma remuneração de 7 UC (910 €) para o coordenador da USF Modelo B. Ou seja, por um lado, o facto de se tratar de uma quantia não simbólica, mas com grande expressividade, pode criar algumas perturbações no seio da equipa; por outro lado, não está previsto, para já, que mais nenhum coordenador das outras unidades operacionais do ACES (i.e. USF Modelo A, Unidade de Cuidados na Comunidade, etc.) tenha qualquer rendimento adicional.

³⁵ A unidade contratualizada (UC) representa 55 unidades ponderadas.

- Outro aspecto é a remuneração da função de orientador de formação do internato da especialidade de medicina geral e familiar em 4 UC (520 €) a qual pode causar alguma perturbação por não ser uma medida generalizada para todos os orientadores de formação de especialidade, seja em medicina geral ou de outra especialidade médica.

Relativamente aos acréscimos salariais dos enfermeiros e dos administrativos, vemos que a variação salarial, em função do número de utentes³⁶, pode variar para o sector de enfermagem entre 0 € e 900€ e, para o sector administrativo, entre 0 e 540€. Assim, em média, o acréscimo salarial aproximado poderá representar, para cada enfermeiro, uma variação de 25% e, para cada administrativo, de 35%, dependendo do número de profissionais e das unidades ponderadas (calculadas com base na população da USF).

Como se pode constatar, é expectável que, com este modelo retributivo, se assista a um acréscimo considerável da massa salarial de cada unidade, que deverá ter como retorno mais e melhores resultados. Se estes resultados não forem perceptíveis e tornados públicos, dificilmente a opinião pública e os restantes profissionais de saúde compreenderão a justificação para tais diferenças salariais, tanto mais que a função pública tem sido alvo, nos últimos anos, de uma forte contenção salarial.

Efectivamente, faz todo o sentido o surgimento de um modelo organizacional e retributivo que fomente uma melhor rentabilização dos recursos humanos, proporcione uma melhor acessibilidade, aumente os padrões de qualidade e de resultados e que faça uma diferenciação pela positiva. Este é sem dúvida o caminho para valorizar e tornar atractivo o sector público de cuidados de saúde primários. No entanto, questionam-se alguns dos princípios que suportam o modelo escolhido pelo Ministério da Saúde.

Atendendo ao volume financeiro envolvido no funcionamento das USF Modelo B, tendo em consideração todos os acréscimos salariais, considera-

³⁶Número de unidades ponderadas por enfermeiro/administrativo.

se que a sua sustentabilidade no tempo passará pela concretização dos seguintes factores:

- Contagem fidedigna da dimensão das listas utentes, onde se deverá retirar as inscrições redundantes e abater as saídas verificadas. Este facto, além de salvaguardar os interesses da entidade pagadora, é de elementar transparência. Não fará sentido os profissionais estarem neste momento a fazer opções (em particular os médicos que estão actualmente em regime de 42 horas com exclusividade) e verem *a posteriori* os seus vencimentos reduzidos.
- Existência de um sistema de informação robusto, que permita à entidade pagadora promover a realização das auditorias necessárias e que dê a este processo grande objectividade e clareza;
- Definir, com precisão, os indicadores a contratualizar, de modo a que não haja a menor dúvida sobre o que está em causa;
- Proporcionar aos departamentos de contratualização e às USF ferramentas informáticas que permitam a análise exploratória da informação e o acompanhamento periódico;
- Apresentar e iniciar, a curto prazo, um processo de acreditação das USF Modelo B, extensível no futuro a todo o ACES, de modo a dar garantias que o investimento efectuado tem repercussões práticas;
- Existência de uma Unidade Nacional de Acompanhamento das USF Modelo B, que faça avaliações periódicas de custo-benefício e que proponha os ajustamentos necessários, de modo a viabilizar, no tempo, a existência de este e de outros modelos retributivos baseados no desempenho.

7. Think Tank Saúde-em-Rede

O Think Tank Saúde-em-Rede constituiu-se em 2007 por iniciativa conjunta de vários parceiros na área da saúde³⁷, como uma plataforma de

³⁷ Escola Nacional de Saúde Pública, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospital, Associação Portuguesa dos Administradores

reflexão e de mobilização dos conhecedores com interesse na área das políticas de saúde, para a partilha de conhecimento, a análise, o debate livre e plural e a emissão de algumas recomendações sobre as questões mais pertinentes dos grandes temas desta área.



A primeira edição deste Think Tank Saúde-em-Rede contou com a colaboração activa de um grupo multidisciplinar de peritos nacionais, que após intenso debate sobre a “Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal”, elaboraram algumas recomendações, apresentadas publicamente, a 21 de Fevereiro de 2008 em Lisboa.

Seguidamente, apresentam-se algumas das conclusões desta primeira sessão, segundo uma análise por 4 sub-temas:

- **Acesso aos cuidados de saúde primários**

Foi considerado que os primeiros passos da reorganização dos centros de saúde, nomeadamente com a criação das USF, imprimiram uma nova dinâmica aos cuidados de saúde primários, percepcionada como uma mudança positiva pelos seus utentes (estudo “Acesso”, desenvolvido e analisado especificamente para o debate desta questão pelo Saúde-em-Rede). Todavia, parece ser necessário sofisticar os modelos de avaliação do acesso, uma vez que a melhoria registada é sobretudo entendida do ponto de vista organizacional, não traduzindo necessariamente evidência de diferenças de acessibilidade entre utentes das USF e dos centros de saúde. Importante será igualmente reflectir sobre eventuais riscos de inequidade de acesso e prestação entre estes dois modelos organizativos, assim como a manutenção da dificuldade de acesso a outro tipo de cuidados de saúde transversais, tais como os cuidados domiciliários, vacinação, saúde escolar, entre outros.

É também entendimento deste grupo de peritos que nos próximos dois anos, a situação será melhor se for aprofundada e concluída a

Hospitalares, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, sob a organização do Group Vision – Hospital do Futuro e dos Laboratórios Pfizer

reconfiguração prevista dos cuidados de saúde primários, quer pela “contaminação” do novo modelo de funcionamento e prestação das USF a novos elementos dos centros de saúde, quer pela criação dos ACES, reflexo de uma maior autonomia, flexibilidade e responsabilização de gestão ao nível local, devidamente acompanhada por uma política adequada de recursos humanos e um imperativo real de desenvolvimento e utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) centradas prioritariamente no cidadão. A reforma não deverá ser, em nenhum caso, segregativa, quer ao nível da distribuição de recursos quer ao nível de criação de oportunidades, relativamente aos dois tipos de modelos (profissionais das USF e outros profissionais dos centros de saúde), mas antes criando cultura de mudança positiva, impulsionadora de competição mais saudável a favor dos cidadãos.

Como factores facilitadores de uma evolução favorável foram referenciados:

- o implementação das USFs de Modelo B com a necessária adequação dos sistemas de avaliação e de incentivos;
- o escolha exigente e criteriosa e a formação dos novos dirigentes dos ACES, incluindo as direcções técnica e clínica (governança e governança clínica);
- o capacitação do cidadão — utente e doente — para a autogestão da sua saúde e da sua doença, nomeadamente através do desenvolvimento de sistemas de informação e suporte adequados às suas necessidades, conduzindo secundariamente à sua maior “autonomia consciente”;
- o crescente flexibilidade organizativa em prol da população utente (horários, necessidades específicas)
- o desenvolvimento da contratualização.

Os factores identificados como podendo dificultar uma evolução positiva foram os seguintes.

- o déficite de competências de gestão da administração e da mudança;

- o retorno da anterior burocracia dirigente e dos efeitos centralistas da administração pública em saúde;
- o risco do não entendimento, concepção e operacionalização da reforma dos cuidados de saúde primários como um todo.

▪ **Rejuvenescimento profissional**

O rejuvenescimento profissional nos cuidados de saúde primários resultante das novas condições de exercício proporcionadas pela actual reforma foi considerado como um dos pontos mais críticos pelos participantes no Saúde-em-Rede. Pensa-se que este rejuvenescimento não passará apenas pela contratação de recém especialistas de medicina geral e familiar mais jovens, mas também pela implementação de novos modelos organizacionais que potenciem o trabalho em equipa multiprofissional e multidisciplinar, a par com um investimento estratégico adequado, para além da tão evidente necessidade de melhorar a atractividade de carreira, a retenção dos melhores profissionais, o estímulo ao empreendedorismo e da requalificação do papel do especialista de MGF no sistema de saúde.

Ainda não foi conseguido um modelo de financiamento que beneficie claramente os cuidados de saúde primários, potenciando e evidenciando os ganhos em saúde e a eficiência decorrentes dessa aposta. A integração do financiamento (a par com a necessária integração dos sistemas de informação) será relevante para uma melhor articulação (e complementaridade) entre práticas e implementação de “parcerias” intra e inter locais. A articulação entre níveis de cuidados parece ser a chave para a adequação da resposta do SNS, simultaneamente condutora de uma abordagem mais integral que articule lideranças, gestores de casos, flexibilidade e avaliação de necessidades e resultados em saúde.

A extensão do rejuvenescimento ao maior número possível de profissionais parece ser um dos factores críticos de sucesso da reforma em curso. Existe uma necessidade premente de aumento de valências e de competências dos profissionais nos cuidados primários (por exemplo, o serviço social, a psicologia, o nutricionismo, a fisioterapia, entre outras), contributivas para o enriquecimento de equipas

multidisciplinares e aumento da efectividade dos cuidados, quer através da integração geral dos mesmos quer através do desenvolvimento de planos individuais integrados de médio-longo prazo. As acções conducentes à melhoria contínua e à consolidação de novos modelos de governação clínica, assentes em elevada credibilidade, poderão ser capazes de atrair os jovens profissionais. No mesmo sentido, o estímulo e o apoio à investigação clínica neste nível de cuidados, a dinamização de projectos de inovação, o desenvolvimento e a modernização organizacional no seio de uma maior autonomia e responsabilização das equipas e dos seus elementos individualmente, para além da formação contínua e do desenvolvimento profissional sustentado e adaptado ao processo evolutivo da área da saúde e seus determinantes, revelam-se como itens fundamentais.

A perda de recém especialistas em medicina geral e familiar do SNS para os serviços privados está muitas vezes relacionada com as dificuldades e a morosidade de estabelecimento de um contrato de trabalho estável. Por outro lado, não foram ainda encontrados verdadeiros mecanismos de motivação à fixação destes jovens especialistas nas regiões do país menos pretendidas.

A escolha da especialidade de medicina geral e familiar como primeira opção pelos jovens médicos depende de uma boa experiência no estágio e no último ano de curso, pelo que um investimento em tempo, dedicação e recursos nesta fase será imprescindível para aumentar o número destes especialistas.

▪ **Relação dos cuidados de saúde primários com os restantes níveis de cuidados e com os seus financiadores**

Actualmente a contratualização aparece como um instrumento estruturante imprescindível de garantia de autonomia das USF e das novas unidades funcionais a serem criadas nos ACES. Exige adequação conceptual e metodológica geradora de rigor e transparência, flexibilidade e responsabilização.

Os factores positivos mencionados pelo Saúde-em-Rede resultantes do processo de contratualização referem-se à existência de indicadores

contratualizados que reflectem não só o trabalho de equipa e uma gestão por objectivos mas, igualmente, o facto de serem simultaneamente de processo e de resultados, pois permitirão uma transição evolutiva positiva para uma lógica de contratualização, de acordo com a capacidade de prestação-necessidades-resultados. Interessante seria incluir uma lógica de contratualização que abrangesse, obrigatoriamente, as componentes de informação, educação e maior capacitação do doente para auto-gestão da sua saúde e da sua doença.

Todavia, se nada acontecer com as restantes unidades, integradas nos centros de saúde, onde não existe contratualização, poderá existir alguma discriminação negativa das unidades contratualizadas, para além de alguma desigualdade regional na sua operacionalização. Outro risco futuro a ter em conta será a incorrecta pré-avaliação da capacidade de resposta instalada, numa lógica de articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, como base de contratualização integrada (se a evolução se der por este caminho...).

Nos próximos dois anos, se existir estabilidade e coerência no processo de reforma, estaremos num importante ponto de viragem nos cuidados de saúde. Os factores mais importantes que podem facilitar ou dificultar uma evolução favorável neste período são:

- o Sistema de informação informatizado interoperativo, credível e coerente;
- o Integração e orientação para a qualidade e resultados em saúde, em oposição a burocratização e componente estratégica baseada exclusivamente em objectivos financeiros;
- o Qualificação e profissionalização de gestão;
- o Monitorização e acompanhamento do compromisso contratualizado;
- o Transparência no estabelecimento de metas e objectivos;
- o Adequação de indicadores e metas que reflectam as necessidades técnicas versus as necessidades expressas e sentidas pelos utentes e doentes;

- Novos modelos de financiamento integrados entre níveis de cuidados;
 - Promoção do empreendedorismo e da procura e implementação de soluções inovadoras;
 - *Benchmarking* e disseminação de boas práticas.
- **Papel dos cuidados de saúde primários num modelo de gestão integrada de doenças crónicas**

A gestão integrada da doença é um processo que visa a unificação e a coordenação de esforços de diferentes sectores e níveis da prestação de cuidados e da sociedade, que interagem num mesmo sentido, de forma a melhorar os resultados da saúde das populações.

O objectivo destes modelos é o de coordenar recursos, assumindo que é a utilização de intervenções com custo-efectividade comprovada (*evidence-based medicine*) e baseadas na capacitação dos doentes e na medição dos resultados obtidos.

A avaliação de resultados de qualidade, clínicos e económicos, onde o doente e cada doença são as unidades centrais da avaliação dos custos, torna estas abordagens propícias aos sistemas de financiamento ou pagamento por capitação.

Na Europa, na tentativa de responder a alguns daqueles problemas, vários autores têm dado ênfase à optimização do custo-efectividade dos cuidados de saúde, de forma a obter mais valor para o dinheiro aplicado na saúde. Porém a questão emergente é a de questionar se os processos e os resultados apropriados devem centrar-se na doença ou na pessoa e, depois, conseguir medi-los e avaliá-los. Aspectos decisivos são os de medir e de descrever quer os processos quer os resultados obtidos. Os indicadores seleccionados tendem a ser diferentes conforme se trata de satisfazer as necessidades das organizações de saúde, as dos financiadores, as dos prestadores ou as dos doentes. Assim, os programas devem incluir todas estas medidas de avaliação.

Um modelo para a abordagem das doenças crónicas deve basear-se não só na estratificação do risco da população em geral e na avaliação das doenças, mas também na promoção da saúde e na prevenção das doenças.

Alguns dos obstáculos mencionados por vários autores incluem a fragmentação dos cuidados, a falta de integração dos sistemas de informação, a confusão entre conceitos e modelos, a falta de indicadores robustos e mensuráveis, a não consideração dos médicos como elementos fundamentais para implementação desta abordagem e a não demonstração imediata de resultados económicos.

Em Portugal, parece existirem condições e oportunidades para desenvolver, a curto prazo, abordagens mais integradas das doenças crónicas a partir das comunidades locais. Neste contexto, poderão os médicos de família e as equipas multidisciplinares de saúde familiar actuarem como “gestores de caso”, abordando cada pessoa na sua complexidade, de forma holística e integrada, considerando que as doenças e os problemas de saúde de evolução prolongada, com determinantes comuns e/ou estreitas inter-relações fisiopatológicas, podem ter uma abordagem corrente.

Actualmente, ao nível nacional, esta abordagem está ainda muito centrada nos interesses e preocupações dos profissionais, dos serviços de saúde e, na doença e não, no doente/cidadão, para além de existir ainda um baixo envolvimento e impacto na decisão política e estratégica em saúde.

Assumindo que no prazo de dois anos é possível ter no terreno programas de gestão integrada de algumas doenças crónicas previamente seleccionadas, devem prever-se vários passos e etapas ordenados de forma circular e com regulação retroactiva, destacando-se:

- Uma abordagem sistemática com uma base populacional definida;
- Identificação e envolvimento das pessoas em risco médio e elevado de sofrer das doenças identificadas;
- Normalização e homogeneização de atitudes e práticas clínicas;
- Correcta interligação e referenciação para os cuidados hospitalares;
- Investimento em formação profissional para desenvolvimento de práticas de informação e educação dos doentes, de forma a promover a responsabilização e a capacitação dos mesmos;

- Selecção de indicadores e medição sistemática dos resultados;
- Desenvolvimento de sistemas de financiamento adequados à nova abordagem integrada;
- Desenvolvimento de um sistema integrado de informação que permita suportar todos os aspectos do programa;
- Implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade que abranja dimensões como a da estrutura, do processo e dos resultados.

O papel dos cuidados de saúde primários neste processo será tanto melhor quanto mais efectiva for a governação clínica, a autonomia e a flexibilidade de gestão local apoiada nos correctos incentivos contratualizados e maior o investimento em investigação-acção. Pelo contrário, os factores que poderão afectar negativamente este processo poderão estar relacionados essencialmente com o abrandamento das políticas e das estratégias de integração do sistema de saúde, a insuficiente atenção e investimento na promoção da saúde e da prevenção da doença e a eventual fragilização do conceito de gestão integrada da doença com a proliferação de programas ilusórios de "*disease management*".



Capítulo

III-2

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS

1 Introdução

O conceito de cuidados continuados integrados (CCI) não é, ainda, do domínio geral de profissionais de saúde e cidadãos. Por isso, interessa registar aqui alguns aspectos essenciais relativos à evolução internacional do conceito e respectiva definição técnica.



As premissas internacionais subjacentes ao desenvolvimento de respostas de cuidados continuados integrados podem ser resumidas da seguinte forma:

- São necessários melhores serviços para o apoio continuado às pessoas em situação de fragilidade ou com doença crónica;
- São necessários melhores serviços de apoio à reabilitação no pós-internamento hospitalar;
- É vital diminuir o internamento desnecessário, o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado e os reinternamentos hospitalares;
- É necessário aumentar a capacidade da intervenção dos serviços de saúde e apoio social ao nível da reabilitação e da promoção da autonomia.

Em vários estados europeus e norte-americanos, estas premissas têm dado lugar à adopção de alguns objectivos fundamentais das suas políticas de saúde, a atingir através do desenvolvimento de redes de cuidados continuados integrados. A saber,

- Reduzir o número de altas hospitalares tardias (i.e., acima da média de internamento definida);
- Reduzir o reinternamento hospitalar ou internamento de convalescência dos idosos;
- Flexibilizar a organização e o planeamento dos recursos numa base de sistema local de saúde através da identificação pormenorizada das necessidades de cuidados da população a nível regional.

As motivações internacionais para o investimento em redes de CCI incluem os seguintes aspectos a considerar:

- Pressão para melhorar a eficiência das respostas de cuidados agudos hospitalares;
- Pressão para reduzir as taxas de crescimento da despesa com o SNS;
- Aumento do número de idosos e, por consequência, de pessoas em situação de dependência ou perda de funcionalidade;
- Aumento das escolhas disponíveis para o cidadão e reforço da sua liberdade de escolha;
- Existência de tecnologias que facilitam a integração dos processos em diversos níveis de cuidados, incluindo os cuidados domiciliários.

Por outro lado, interessa também esclarecer, na linha das definições internacionais para a gestão em saúde, que na caracterização da utilização dos sistemas nacionais de saúde, os idosos, ou pessoas em situação de dependência, podem classificar-se se em três grandes grupos:

- os que recuperam rapidamente e necessitam de apoio e reabilitação limitada a um curto período de tempo;
- os que necessitam, durante um período de tempo mais alargado, de apoio e reabilitação intensiva ou contínua;

- aqueles cujo potencial de recuperação está muito limitado e necessitam cuidados de manutenção e conforto com objectivo de impedir a rápida degradação das capacidades existentes.

A situação social e familiar condiciona sempre e directamente os cuidados. A todos estes utentes são transversais os cuidados de apoio do tipo paliativo, acrescendo ainda aqueles que necessitam de maior intervenção ou exclusivamente destes;

De uma maneira geral, os tipos de evidência gerada para monitorizar e avaliar os impactos das redes de CCI na Europa, têm incluído três tipos de abordagens:

- Avaliação dos impactos em ganhos de saúde e reabilitação promovidos pelos serviços;
- Avaliações comparativas dos custos dos serviços contratualizados;
- Avaliação dos impactos dos serviços de CCI na melhoria da eficiência hospitalar.

Neste sentido, devemos esperar, conforme sugerido por vários autores (Moreira, 2007, 2008b) que as entidades responsáveis pela implementação de respostas de cuidados continuados integrados adoptem estes princípios na monitorização e avaliação da sua evolução. No caso português, este aspecto está ainda por demonstrar na abordagem global dos documentos de monitorização disponibilizados.

2 Desenvolver a referenciação de doentes

O circuito de referenciação, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), pressupõe a existência de quatro níveis operacionais, em termos de referenciação, correspondentes a Equipas de Gestão de Altas (EGA) e Centros de Saúde (CS), Equipas de Coordenação Local (ECL), Equipas de Coordenação Regional (ECR) e, por último, mas não menos importante, as Unidades. Existe um quinto nível, com enfoque na monitorização e regulação, assumido pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI).

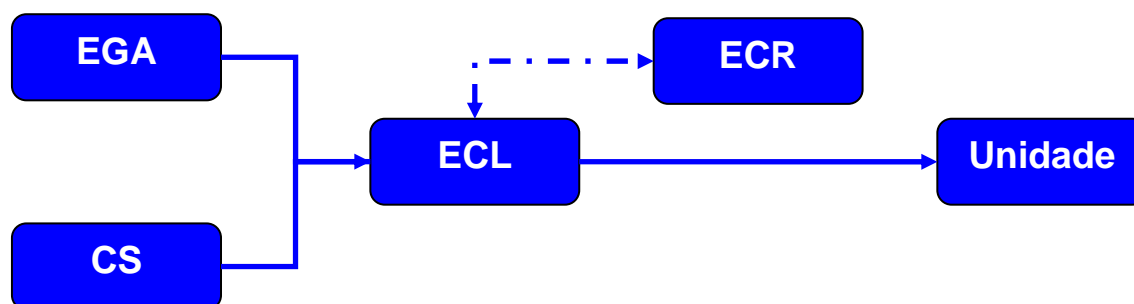
O circuito de referenciação de um dado utente inicia-se com a sua inscrição no sistema de gestão de informação desenvolvido pela própria UMCCI (criação de episódio), responsabilidade assumida pelas EGA ou pelos CS. Logo que se considere o processo do utente suficientemente documentado para que se possa proceder a uma avaliação, nos termos dos critérios de admissão à Rede e da correcta identificação da tipologia de cuidados adequada às necessidades do utente, o processo deve ser remetido, através da plataforma informática, à ECL competente para que a mesma possa avaliar a existência, ou não, dos referidos critérios e a adequação da tipologia proposta pela EGA/CS.

Após a validação, com ou sem correcções, da proposta inicial e na ausência presencial do doente, a função da ECL é referenciar o doente, caso haja vaga, para uma unidade de cuidados continuados ou, no caso de não haver, para a ECR. Quando encontrada uma vaga ao nível da ECL, o processo do doente é remetido, após angariação da documentação legal necessária, para a Unidade prestadora seleccionada a fim de se proceder ao internamento.

No cenário de não ser identificada uma vaga local o processo do doente deverá ser remetido à ECR que, em toda a região (ou noutra em concertação com a respectiva ECR) deverá proceder à identificação de uma vaga. Logo que esta situação ocorra, o processo do doente é remetido à ECL, que dialoga com a unidade prestadora identificada, para que se proceda ao internamento, à semelhança do que foi referido anteriormente.

O processo de referenciação está traduzido graficamente na figura 11.

Figura 11 - Circuito de referenciação da RNCCI



Fonte: UMCCI (2008)

A solução informática desenvolvida pela UMCCI não disponibiliza ou agrupa doentes em lista(s) de espera. É seu entendimento que este conceito pressupõe a existência de uma hierarquia e prioridade de acção. Assim, e uma vez que não existem critérios formalmente estabelecidos para a priorização, sendo a avaliação caso a caso uma das responsabilidades das ECL, prefere-se assumir o conceito de *pool* de doentes que estão a aguardar vaga ou, simplificando, o conjunto de doentes com critérios para cuidados continuados que ainda não foram internados em unidades da rede.

A inscrição de utentes no sistema pode ser efectuada por duas entidades, as EGA e os CS. Desta forma, tanto os utentes com origem nos hospitais (EGA) como na comunidade (CS) possuem as mesmas facilidades em termos de acesso à RNCCI.

Os dados disponibilizados ao OPSS e registados entre 1 de Janeiro e 30 de Abril do corrente ano de 2008 revelam uma clara supremacia do número de utentes inscritos pelas EGA comparativamente com os dos CS, conforme está demonstrado no quadro 12.

Quadro 12 – Distribuição da referenciação por origem Jan-Abr 2008

Origem	N	%
EGA - Equipas de Gestão de Altas	3.473	69,1
CS – Centros de Saúde	1.553	30,9
Total	5.026	100,0

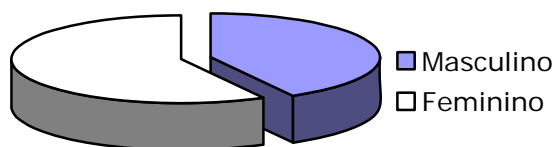
Fonte: UMCCI (2008)

Não quer isto dizer que o número de inscrições efectuadas pelos centros de saúde tenha sido reduzido mas simplesmente que nesse âmbito a dinâmica tem avançado de forma mais lenta.

Importa também caracterizar os utentes quanto ao sexo e idade. Estas variáveis são utilizadas, pela UMCCI, para identificar necessidades existentes quanto à tipologia de cuidados a desenvolver. Relativamente ao sexo, a distribuição é relativamente equilibrada, existindo, ainda assim, um maior volume de utentes do sexo feminino (58%) que masculinos (42%), conforme indicado na figura 12. A este propósito convém referir que esta

distribuição diz respeito a utentes inscritos no sistema de informação da gestão da RNCCI.

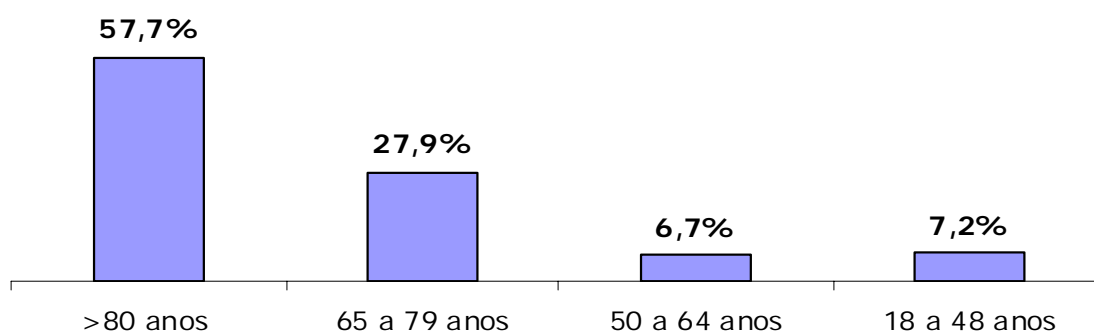
Figura 12 - Distribuição dos doentes registados por sexo na RNCCI



Fonte: UMCCI (2008)

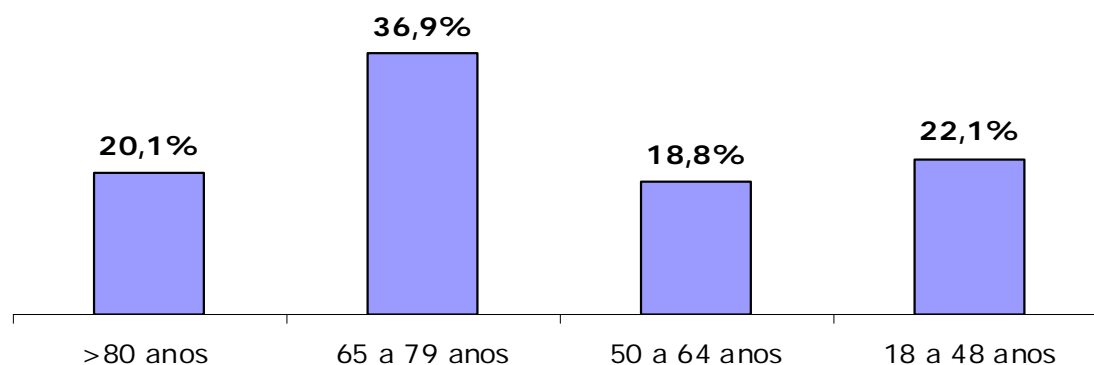
Tal como o sexo, a idade permite dirigir os esforços dos cuidados a prestar para uma determinada população alvo (figuras 13 e 14).

Figura 13 - Distribuição das mulheres registadas por faixa etária



Fonte: UMCCI (2008)

Figura 14 - Distribuição dos homens registados por faixa etária



Fonte: UMCCI (2008)

O número de mulheres inscritas no sistema cresce sempre que avançamos na faixa etária, desde os 50 até mais de 80 anos. No entanto, tal como acontece com os homens a faixa dos 18 aos 48 anos apresenta um maior número de inscritos do que a faixa imediatamente seguinte, entre os 50 e os 64 anos.

Para além do maior número de indivíduos no primeiro escalão considerado (dos 18 aos 48 anos), os inscritos masculinos apresentam um número considerável na faixa dos 65 aos 79 anos, tendo os inscritos com 80 ou mais anos quase o mesmo volume que os situados na faixa dos 50 aos 64 anos.

A taxa de ocupação assume uma dupla importância na observação que fazemos da RNCCI. Por um lado, permite, se elevada (>85%), potenciar a sustentabilidade das unidades contratadas e garantir desta forma uma plataforma estável de crescimento do número de lugares. Por outro lado, pode (e deve) servir como medida da capacidade instalada. Neste contexto se observarmos uma taxa média de ocupação, para os períodos em análise, próxima dos 100% podemos inferir uma necessidade de novas contratualizações assumindo que a procura ou o processo de referenciação não sofra abrandamento.

Quadro 13 – Taxa de ocupação, por tipologia de internamento

Tipologia	Taxa de ocupação
Unidade de convalescença	90,12 %
Unidade de média duração – reabilitação	97,60 %
Unidade de longa duração – manutenção	96,37 %
Unidade de cuidados paliativos	78,00 %

Fonte: UMCCI (2008)

As taxas de ocupação verificadas nos primeiros quatro meses do ano de 2008 são demonstrativas da necessidade de aumentar o número de lugares existentes e também reforçam os objectivos traçados para 2016.

Importa relembrar, que no âmbito da implementação da RNCCI, ainda faltam criar as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) que

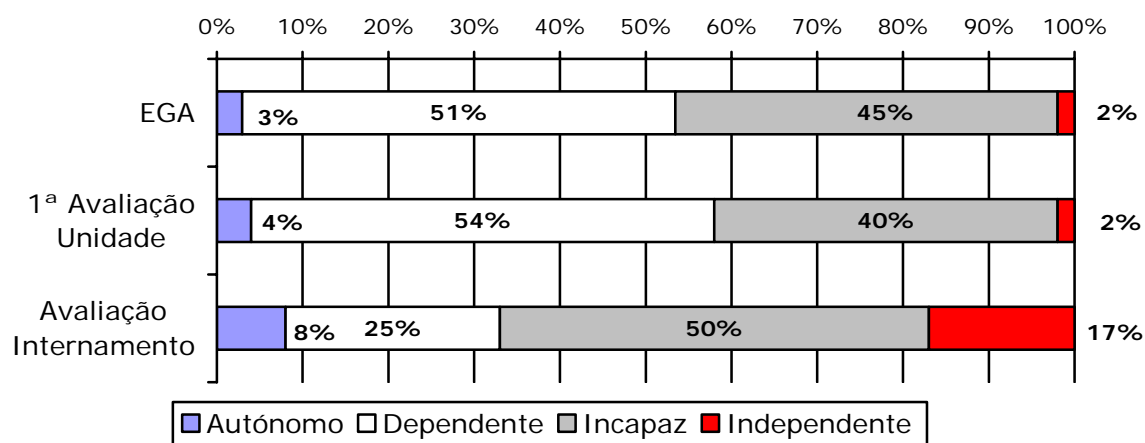
virão a integrar a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) prevista para os ACES, e cujo contexto de intervenção será o domiciliário.

3 Avaliação da dependência dos utentes da RNCCI

De acordo com os registos fornecidos pela UMCCI, é possível desde já elaborar algumas considerações ainda que, no futuro, os dados devam ser apresentada pela UMCCI com mais consistência.

Começamos pelo grau de dependência física. Trata-se de um dos parâmetros de avaliação usados para monitorizar a evolução dos doentes apoiados pela RNCCI. As escalas utilizadas são comuns às diferentes entidades intervenientes nos processos de referenciação e tratamento, tendo particular interesse verificar a coerência entre as avaliações feitas pelo referenciador (EGA) e o prestador (unidades internamento). Torna-se evidente não haver contradição nas avaliações presentes, sendo as primeiras avaliações feitas nas unidades mais “favoráveis” aos utentes. Nas avaliações realizadas no decurso do internamento (figura 15) observou-se uma evolução positiva, com franca diminuição dos dependentes (de 54% para 25%) e aumento dos autónomos (de 4% para 8%) e dos independentes (de 2% para 17%).

Figura 15 - Evolução da dependência física – Avaliações

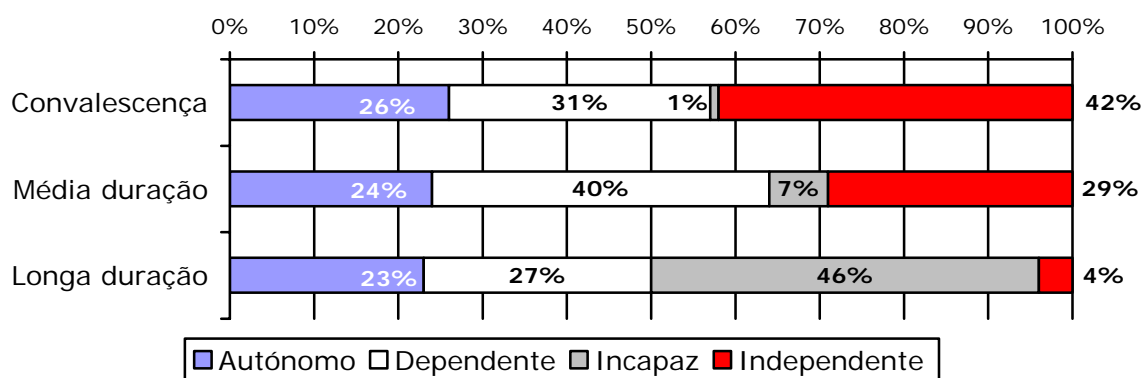


Fonte: UMCCI (2008)

A merecer atenção, o aumento considerável da percentagem dos incapazes (de 40% para 50%), que pode ser consequência do agravamento de um número considerável de dependentes ou de referenciações inadequadas. Espera-se que, durante o ano de 2008, a análise por unidades, ainda não muito fiável pela casuística relativamente reduzida, possa permitir a identificação das causas.

No momento da alta a avaliação feita reforça a tendência de evolução positiva, com uma distribuição, por tipologia de cuidados, que vem ao encontro dos objectivos terapêuticos definidos. Assim (figura 16), nas unidades de convalescença os doentes têm alta sobretudo autónomos (26%) ou independentes (42%). Nas unidades de média duração, os doentes com alta distribuem-se por 24% de autónomos, 29% de independentes e 40% de dependentes, o que nos parece ser uma percentagem excessiva. Só uma análise detalhada por unidade poderá permitir conclusões. Quanto à longa duração, os resultados correspondem ao expectável, sendo de salientar que o número de altas nesta tipologia é relativamente baixo.

Figura 16 - Evolução da dependência física na alta, por tipologia

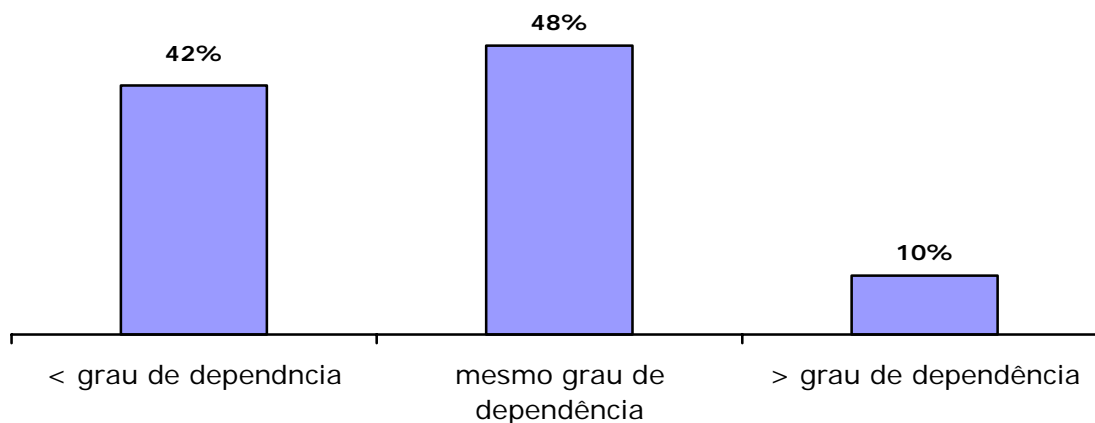


Fonte: UMCCI (2008)

Em termos globais, a evolução dos graus de dependência nas unidades de internamento foi muito positiva. De facto, verificou-se (figura 17) uma diminuição de dependência em 42% dos doentes avaliados (na referenciação, 1ª avaliação na unidade, avaliação na alta) e manutenção do

grau em 48%. O aumento do grau de dependência em 10% dos doentes deverá merecer, no futuro, um análise de cada unidade.

Figura 17 - Evolução do grau de dependência física no internamento



Fonte: UMCCI (2008)

Pode-se desta forma, observar um processo muito inovador na avaliação dos impactos de um programa de saúde em Portugal. Ainda que necessitando de consolidação técnica, este tipo de observação parece iniciar a adopção de novas formas de avaliação em saúde conforme também sugerido internacionalmente (Moreira, 2008b).

4 Avaliação da satisfação

A UMCCI promoveu um estudo de avaliação da satisfação das unidades da RNCCI, um estudo de auto-monitorização que incluiu a avaliação dos utentes internados nas unidades e a avaliação de antigos utentes. Os resultados deste estudo, publicado em Maio de 2008, dão indicações importantes para a contínua melhoria deste projecto, para além de esclarecer o nível de aceitação que as respostas criadas têm merecido da parte dos seus utentes.

Os resultados apresentados sugerem a ideia de que, ao serem prestados cuidados fora do contexto hospitalar, em unidades mais pequenas e mais próximas do local de residência ou de familiares, com um tratamento

mais personalizado, permitindo a realização de actividades ocupacionais (um aspecto a melhorar) e de reabilitação é possível, não só libertar camas nos hospitais para doentes agudos, com os evidentes ganhos a esse nível, como também contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde e apoio social em Portugal e contribuir para a sustentabilidade do SNS.

De acordo com os resultados publicados, observamos os seguintes aspectos fundamentais:

- Numa avaliação global, mais de 90% dos inquiridos afirmaram que os cuidados prestados na unidade eram bons ou muito bons, sendo que nenhum deles os referenciou como maus e somente um utente disse serem os cuidados de saúde maus;
- A alimentação é também apreciada como um aspecto globalmente positivo, não havendo ninguém a apontá-lo como mau ou muito mau e sendo considerado médio somente para 13% dos inquiridos. Os restantes 83% consideram que a alimentação na unidade é boa ou muito boa;
- A avaliação global dos cuidados de saúde é idêntica para os utentes das diferentes tipologias de cuidados, observando-se uma ligeira maior percentagem de respostas “muito bons” para os utentes em convalescença e uma ligeira menor percentagem para os dos cuidados paliativos;
- A avaliação dos cuidados de higiene varia entre o médio e o muito bom, sendo o primeiro nível apontado apenas por 5 inquiridos, avaliando, portanto, os restantes, este aspecto como bom ou muito bom;
- Oitenta por cento dos respondentes considera que melhorou desde que está na unidade e somente 4 (2%) dizem ter piorado;
- Face ao que esperavam encontrar, cerca de 77% dos inquiridos considera-se agradavelmente surpreendido por encontrar algo melhor do que esperava, sendo que somente para um indivíduo a unidade se revelou pior do que o esperado;

- Os utentes entrevistados confirmaram terem recebido informação suficiente sobre a sua vinda para a unidade de cuidados continuados (86,7%);
- Estes utentes foram maioritariamente referenciados pelo hospital (92,3%), viviam em casa própria antes de serem internados (86,1%), acompanhados pelo cônjuge e/ou filhos e pensam voltar a sua casa quando saírem da unidade (61,1%);
- Afirmam que antes de virem para a unidade cuidavam de si próprios (48,3%), ou era o cônjuge quem o fazia (26,5%) ou os filhos (10,4%), sendo que metade destes cuidadores tinha uma idade que, em média, rondava os 60 anos;
- Mais de metade da amostra sente-se acompanhado na unidade (88,1%), quer pelos profissionais quer pelos familiares;
- No que diz respeito à satisfação com a unidade de cuidados continuados há a destacar que, numa escala de avaliação de 1 (completamente insatisfeito) a 6 (completamente satisfeito), a valorização média de todos itens é sempre superior a 4,7. As valorizações médias mais altas vão para a limpeza das instalações, o conforto, e o ginásio (5,1) e a menos elevada para a sala de leitura (4,8);
- Na satisfação com os serviços oferecidos, novamente as avaliações médias são elevadas; no entanto, o item clareza e forma da informação fornecida sobre o funcionamento da unidade obtém uma avaliação média inferior (4,5), quase a par com a avaliação feita ao guia de acolhimento fornecido (4,6).

Em resumo, quase 97% da amostra avaliou globalmente a unidade de cuidados continuados onde se encontrava como boa ou muito boa, não havendo ninguém a referenciá-la como má.

Noventa e oito por cento dos inquiridos afirmaram que se um amigo ou familiar necessitasse deste tipo de cuidados não hesitaria em lhes recomendar a unidade onde se encontra agora. Apontam como justificação serem bem tratados, os serviços serem bons, boas condições e conforto, a simpatia dos colaboradores e não haver discriminação.

Foram os utentes em convalescença que melhor avaliam globalmente a unidade onde estão internados, com maior percentagem de respostas “muito boa”; esta percentagem diminui ligeiramente para os utentes em situação de média duração e reabilitação e diminui ainda mais nos utentes de longa duração e manutenção.

A UMCCI assume, no relatório, que irá continuar a monitorizar a satisfação dos utentes de forma a melhorar continuamente a RNCC, ao nível dos cuidados de saúde e apoio social prestados, desempenho dos profissionais, actividades ocupacionais e instalações, através de um conjunto de parâmetros predefinido e de equipas auditoras pluridisciplinares formadas para apoiar as unidades na implementação de melhorias contínuas, contribuindo desta forma para alcançar o objectivo proposto com a sua criação. Ficaremos a observar esta evolução.

No entanto, do breve acompanhamento feito a unidades da RNCCI, não foi raro constatar entre as partes envolvidas em todo o processo, a manifestação de entendimentos divergentes sobre a sua aplicação, e instrumentos, tendo sido demonstrados, através de visitas e debates efectuados, vários problemas, nomeadamente: não respeito integral pelos critérios de referência, omissão de informação clínica, ausência de uma rede de suporte social à rede (exemplo: lares), ratios de enfermeiros inadequados às necessidades dos cidadãos, déficit de financiamento das unidades (referido pelos gestores), entre outros.



Capítulo

III-3

INTERVENÇÕES PROGRAMADAS

Para este capítulo foram seleccionados três tipos distintos de intervenção programada. O primeiro foi o controlo das listas de espera cirúrgica que, apesar dos progressos alcançados nos últimos tempos, se mantém um problema com grandes repercussões na qualidade de vida dos portugueses. A segunda intervenção seleccionada foi o controlo do tabagismo, habito que provoca alterações substanciais nos comportamentos e estilos de vida dos indivíduos e que é factor de risco de mortalidade. Por fim, foi seleccionado o controlo da tuberculose em Portugal, situação na qual temos tido alguns avanços mas que necessita de medidas de intervenção.

1 Espera cirúrgica: os objectivos e o seu cumprimento

Os objectivos fixados pelo Ministério da Saúde até 2009, relativamente à espera cirúrgica, envolvem três aspectos:

- não ter doentes prioritários em espera mais de quatro meses;
- os doentes oncológicos não esperarem mais de dois meses por cirurgia;



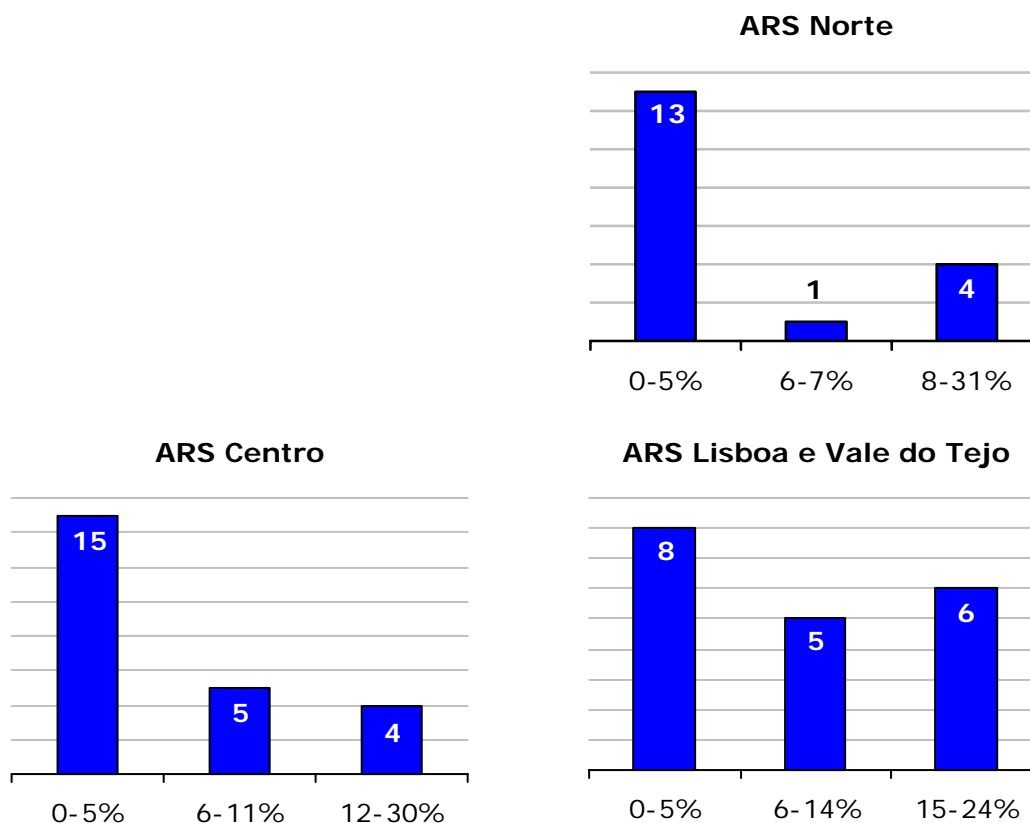
- os doentes não prioritários não aguardarem mais de um ano por tratamento³⁸.

Para 2007 foram eleitas como prioridades a resposta à doença neoplásica maligna e a doença cardiopática, pelo que passaremos em revista os progressos verificados nestes objectivos.

Zero doentes não prioritários em espera há mais de 12 meses

Em 31 de Dezembro de 2007 existiam 199.711 doentes em lista de espera para uma cirurgia. Destes, cerca de 20.000 aguardavam tratamento há mais de 12 meses. A figura 18 apresenta a distribuição da espera cirúrgica acima dos 12 meses pelas ARS Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo.

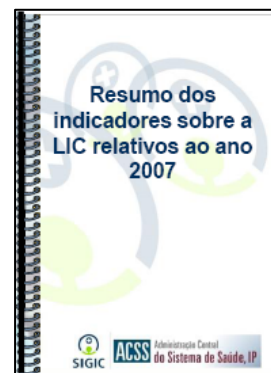
Figura 18 - Distribuição da espera cirúrgica acima dos 12 meses



³⁸ Coordenador do SIGIC. «Tempo Medicina», 21 de Maio de 2007

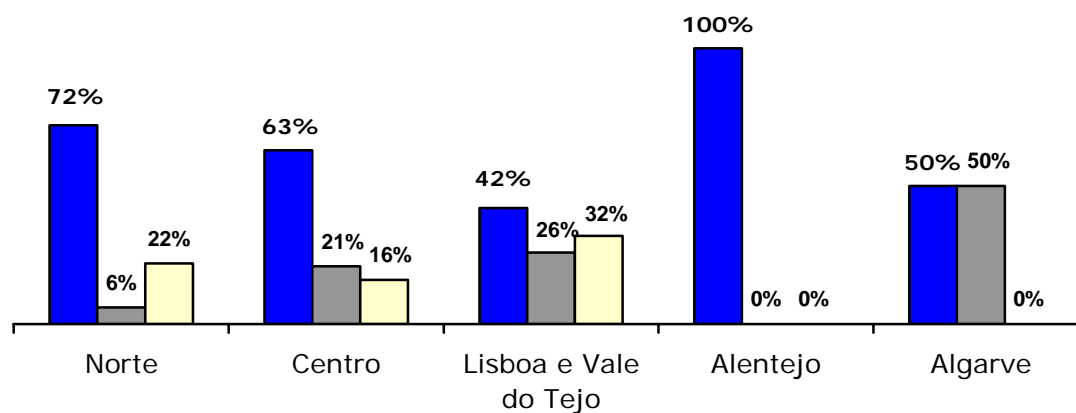
Naquela data e para este tempo de espera, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo tinha 14% dos seus doentes a aguardarem por tratamento cirúrgico, a ARS do Centro tinha 11%, as ARS do Norte e do Algarve tinham 7% e a ARS do Alentejo tinha 2% (Portugal, 2008a). Podem assim retirar-se as seguintes conclusões:

- Os hospitais da ARS do Norte apresentaram uma variação entre 0 e 31%, tendo quatro hospitais apresentado taxas de espera superiores à média regional e treze hospitais com taxas inferiores ou iguais a 5%;
- Na ARS do Centro, para uma variação entre 0 e 30%, quatro hospitais apresentaram taxas de espera superiores à média regional e quinze hospitais apresentaram taxas iguais ou inferiores a 5%;
- Com uma variação global entre 0 e 24 %, os seis hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo apresentaram taxas de espera superiores à média regional e oito hospitais apresentaram taxas iguais ou inferiores a 5%;
- Na ARS do Alentejo as taxas de espera acima dos 12 meses foram de 1%, 2% e 3%, para os três hospitais da região;
- Nos dois hospitais da ARS do Algarve aquele indicador apresentou valores de 4% e 8%.



Em síntese (figura 19), para uma taxa média nacional de 11%, os três hospitais alentejanos são aqueles que apresentam melhores valores e os hospitais da região de Lisboa e Vale do Tejo são os que mais se afastam do valor médio.

Figura 19 - Distribuição da espera cirúrgica acima dos 12 meses



Zero doentes prioritários em espera há mais de 4 meses

Na ausência das modas dos intervalos dos valores, este indicador é avaliado a partir das médias dos tempos de espera de 17 procedimentos, compreendidos nos intervalos 0-60 dias, 61-120 dias e mais de 20 dias (Portugal, 2008a).

Quadro 14 – Tempos de espera médios de 17 situações prioritárias

0-60 dias	61-120 dias	≥ 121 dias
Cirurgia da cabeça e do pescoço	Cirurgia cardiotorácica	Cirurgia maxilofacial
Obstetrícia	Cirurgia geral	Cirurgia vascular
	Cirurgia plástica	Estomatologia
	Cirurgia pediátrica	Neurocirurgia
	Dermatologia	Ortopedia
	Ginecologia	Otorrinolaringologia
	Oftalmologia	Urologia
	Senologia	

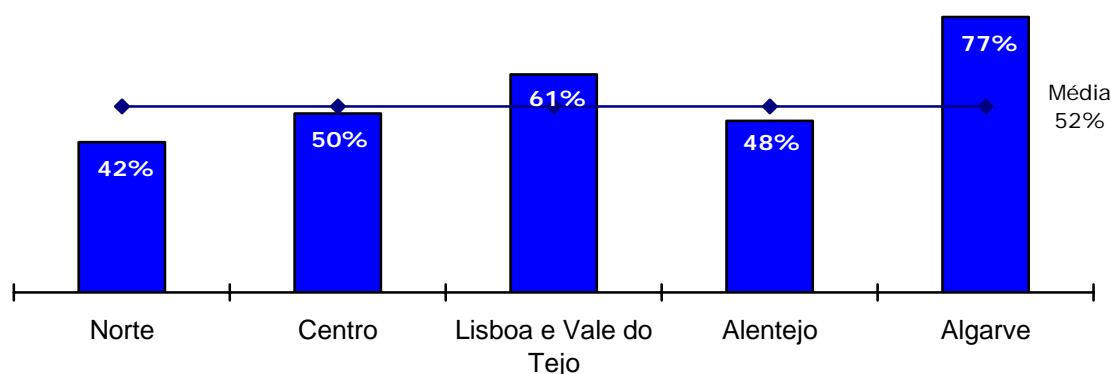
Fonte: Portugal (2008a)

Como se pode ver neste quadro, só a cirurgia da cabeça e do pescoço e os procedimentos em obstetrícia se podem considerar com tempos de

espera inferiores a 61 dias consolidados. Quanto aos restantes 15 procedimentos, e particularmente aqueles que apresentam tempos médios de espera iguais ou superiores a 121 dias, estarão aquém do objectivo dos 120 dias de espera.

Globalmente, 52% dos doentes considerados prioritários para uma intervenção cirúrgica aguardam mais de 120 dias por tratamento. Nos hospitais da ARS do Norte (ver figura 20), este volume de doentes varia entre 16 e 60%, para uma média de 42%; nos hospitais da ARS do Centro aquela média é de 50% variando entre 0 e 76%; nos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo aquelas percentagens são de 61% para a média regional e o intervalo de variação é entre 0 e 79%; nos hospitais da ARS do Alentejo, 48% das situações prioritárias aguardam mais de 120 dias por uma intervenção cirúrgica; e, na ARS do Algarve, aquele valor é de 77% (Portugal, 2008a).

Figura 20 - % dos casos prioritários que aguardam tratamento há mais de 120 dias



Zero doentes oncológicos em espera há mais de 2 meses

Assumindo como medida de valor central a mediana, o tempo máximo de espera presumido será o dobro do valor apresentado. No Continente, o valor calculado será de 82 dias (Portugal, 2008b). Por grupo nosológico, a espera por tratamento cirúrgico apresenta o seguinte quadro (figura 21).

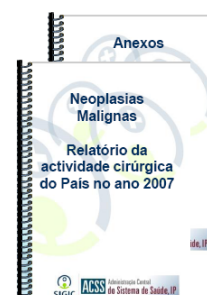
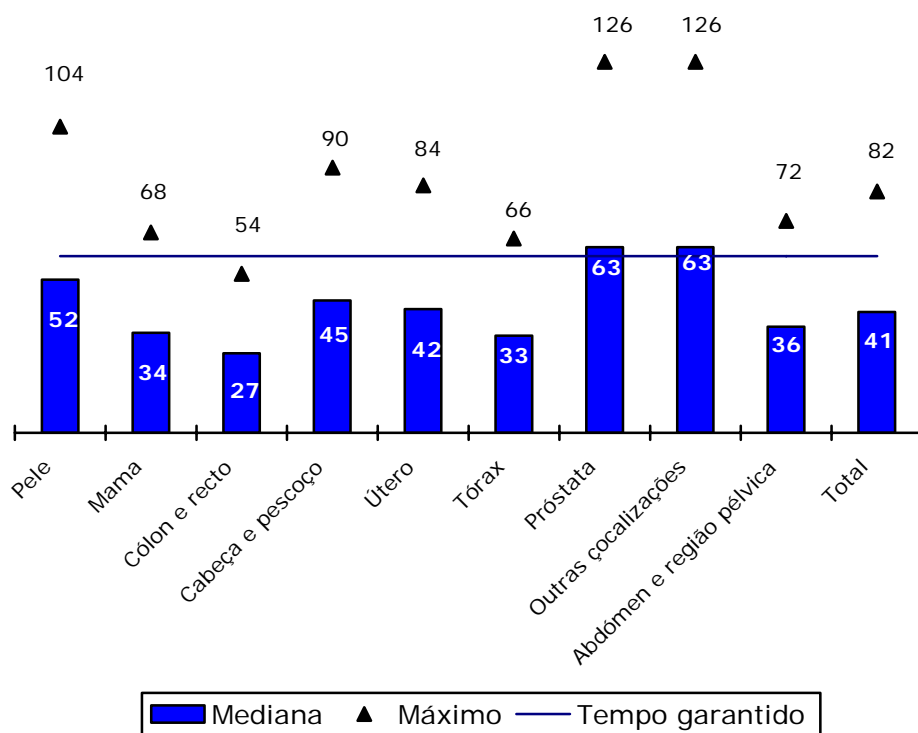


Figura 21 - Tempo de espera máximo presumido para tratamento oncológico



Só os tumores do cólon e do recto terão já tempos de espera máximos dentro do tempo de espera garantido de 60 dias. Todos os restantes grupos nosológicos estão além desse valor, sendo necessário ganhar, em média, 22 dias para se atingir aquele objectivo.

Por regiões, aquela que apresenta valores mais distantes do tempo máximo de espera, em dias, é a ARS do Algarve, seguida pelas ARS do Norte, de Lisboa e Vale do Tejo e do Centro (quadro 15).

Quadro 15 – Comparação dos tempos de espera máximos presumidos,
na doença oncológica, por ARS

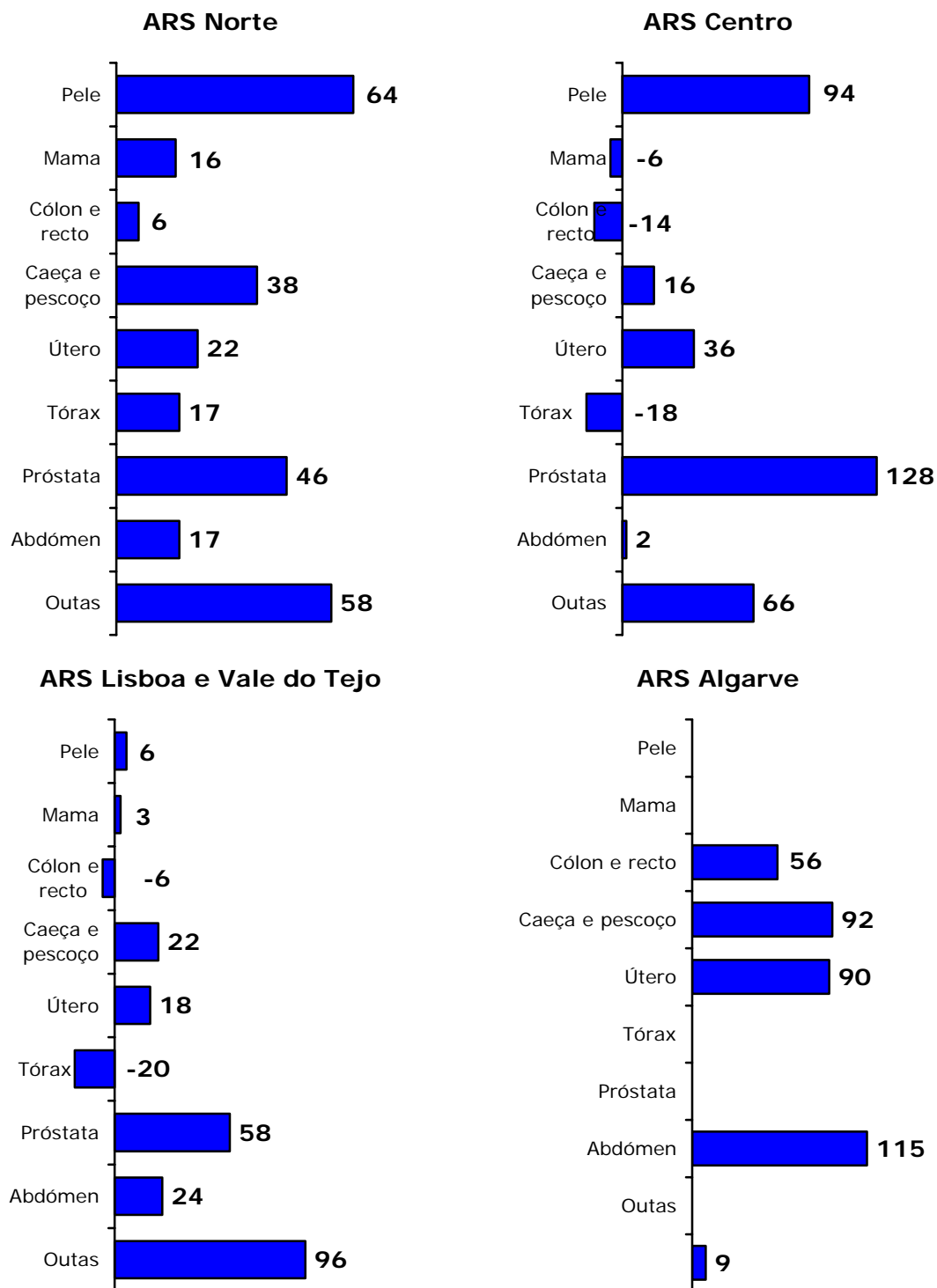
	TE máx	Norte	Centro	LVT	Algarve
Pele	104	124	154	66	
Mama	68	76	54	63	
Cólon e recto	54	66	36	54	106
Cabeça e pescoço	90	98	76	82	152
Útero	84	82	96	78	150
Tórax	66	77	42	40	
Próstata	126	106	188	118	
Abdómen e r pélvica	72	77	62	84	175
Outras localizações	126	118	126	164	

Fonte: Portugal (2008b)

Nos hospitais da ARS do Centro, a espera máxima para tratamento cirúrgico dos tumores malignos da mama, do cólon e do tórax já estarão dentro do tempo máximo fixado pelo Ministério da Saúde e, na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, serão os tumores malignos do cólon e do tórax que já cumprem aquele critério (figura 22).

O diferencial para o tempo máximo de espera de 60 dias varia entre -20 dias para a cirurgia dos tumores malignos do tórax na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, e +128 dias para os tumores malignos da próstata, na ARS do Centro.

Figura 22 - Diferenciais entre o tempo de espera garantido e o tempo máximo de espera presumido



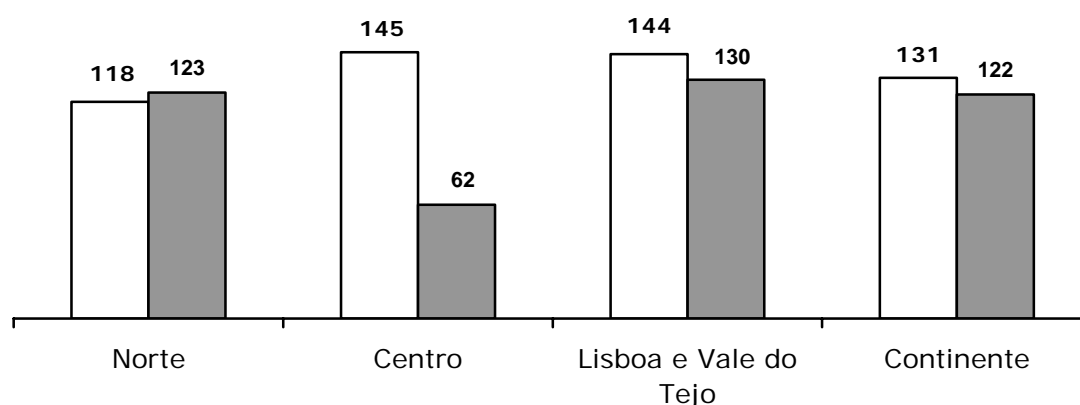
Prioridade à doença neoplásica maligna e à doença cardiotorácica

Para medir a prioridade dada a estas duas entidades nosológicas, utilizando a informação disponível (Portugal, 2008a), considerou-se a distância das respectivas medianas dos tempos de espera às medianas dos tempos de espera nacional, das respectivas regiões e das outras patologias.

Relativamente à doença neoplásica maligna, na ARS do Centro a mediana do tempo de espera do tumor maligno da próstata, 94 dias, é superior às medianas do tempo de espera das doenças cardíacas, 62 dias, e das doenças do útero e anexos, 63 dias. Na ARS do Algarve, a mediana do tempo de espera das doenças dos olhos e anexos, 66 dias, é inferior à do tumor maligno da cabeça e do pescoço.

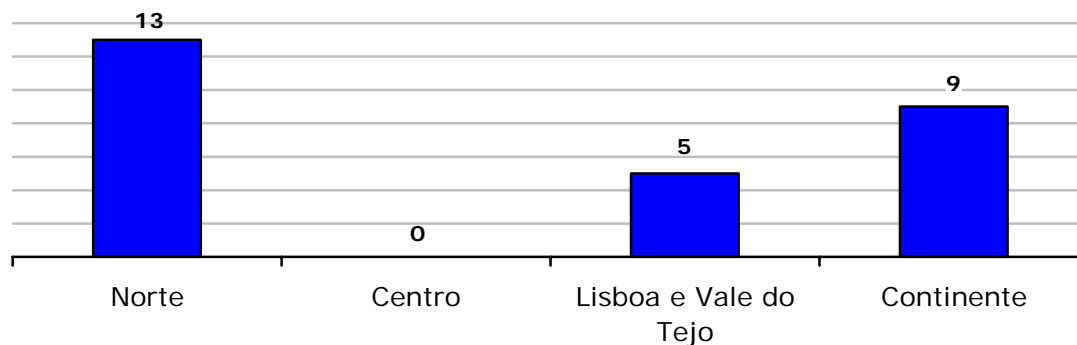
Quanto à doença cardiotorácica, na figura 23 apresentam-se os valores comparativos da mediana do tempo de espera desta entidade, no Continente e em três ARS.

Figura 23 - Diferenças comparativas entre as medianas do tempo de espera da doença cardiotorácica e do total das patologias



Só a ARS do Centro apresenta valores da mediana do tempo de espera para a doença cardiotorácica inferiores a todos os restantes grupos nosológicos não malignos (figura 24). Treze patologias na ARS do Norte e cinco patologias na ARS de Lisboa e Vale do Tejo apresentam medianas do tempo de espera inferiores à da doença cardiotorácica.

Figura 24 - Total de patologias com medianas de tempo de espera inferiores à da doença cardiotorácica



Conclusões

Até ao final de 2009, para se cumprirem os objectivos fixados pelo Ministério da Saúde, o SIGIC terá de dar resposta a 20 mil doentes não prioritários que esperam por uma cirurgia há mais de 12 meses. Terá de conseguir que, pelo menos, as sete situações prioritárias cirurgia maxilofacial, cirurgia vascular, estomatologia, neurocirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia e urologia diminuam os tempos máximos de espera até 120 dias. Deverá ganhar-se 22 dias, em média, ao tempo de máximo de espera para a cirurgia dos tumores malignos.

Quanto às metas para 2007, verificou-se que, relativamente à doença oncológica e à doença cardiotorácica, os hospitais da ARS do Centro foram aqueles que mais se aproximaram das prioridades fixadas.

Considerando-se que a espera cirúrgica teve nos últimos anos uma evolução francamente favorável, a partir do próximo Relatório o OPSS irá centrar a sua atenção à espera nas consultas externas hospitalares, sem prejuízo de referências ao acesso às outras valências do SNS.

2 Tabagismo e dinâmicas de mudança

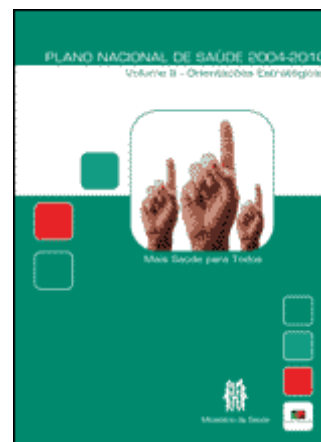
O Plano Nacional de Saúde (PNS), como documento estratégico de implementação de mudanças no âmbito da protecção e da promoção da saúde dos portugueses, identifica necessidades, propõe estratégias de acção e aglutina, em torno de algumas linhas de intervenção, a priorização dessas mudanças (Portugal, 2004)

Neste documento, o uso do tabaco é identificado, em primeiro lugar, no capítulo sobre comportamentos e estilos de vida saudáveis, sendo considerado como a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade. Os últimos dados do *World Health Report* (2002), identificam o consumo de tabaco como a principal causa isolada de peso da doença (12,2%), e no recente estudo Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal do Centro de Estudos Aplicados da Universidade Católica Portuguesa e da Faculdade de Medicina de Lisboa é salientado no contexto português o âmbito da afectação do uso do tabaco.

Tomando em linha de conta este aspecto, pretende-se olhar para o desenvolvimento do PNS no último ano, utilizando a problemática do tabagismo como *tracer*. Neste âmbito destacam-se quatro aspectos no PNS:

- Diminuição da prevalência de fumadores;
- Salvaguarda dos direitos dos não fumadores e legislação adequada para o controlo do tabagismo;
- Intervenções estruturadas nos cuidados primários e serviços de desabituacão tabágica;
- Política de controlo de preços sobre os produtos do tabaco.

Um aprofundamento de cada um destes aspectos permite perceber o evoluir da concretização do PNS, quando faltam dois anos para a sua conclusão.



Os números do tabagismo

A diminuição da prevalência de fumadores passa, em primeiro lugar, pelo levantamento da situação existente e, em segundo lugar, pela implementação de medidas de prevenção (para evitar que novas pessoas se iniciem no hábito de fumar) e de apoio à cessação (auxiliando aqueles que fumam a deixar de fumar).

São escassos os estudos que nos permitam perceber qual é a prevalência de fumadores. Não existem estudos longitudinais que permitam avaliar qual é a evolução do número de fumadores no país.

O consumo de tabaco em Portugal tem vindo a diminuir, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos, sendo o sexo masculino o principal responsável por esta diminuição (com excepção do grupo etário dos 35-44 anos, onde se regista um aumento da prevalência de fumadores). Está, no entanto, a aumentar o consumo de tabaco no sexo feminino de forma preocupante.

Portugal (2004): 101

No quadro de estudos transversais, o Inquérito Nacional de Saúde (INS) é um instrumento que apresenta periodicamente resultados, e embora não tenha uma característica longitudinal, permite perceber a tendência da evolução do número de fumadores em Portugal. É possível ainda identificar os resultados da primeira fase da campanha europeia "Help: por uma vida sem tabaco", que tem sido desenvolvida em várias zonas do país permitindo construir uma base de conhecimento relativamente ao número de fumadores, às concentrações de monóxido de carbono (CO) em amostras oportunistas e, outros indicadores como a intenção e preparação para a cessação tabágica.



Dos dados do quarto INS (Portugal, 2006) constata-se que existe um distanciamento relativamente às metas propostas pelo PNS, na medida em que a tendência da diminuição da prevalência de fumadores não é relevante em termos dos objectivos que se pretendem atingir (ver quadro 16)

Quadro 16 – Prevalência de fumadores

	Nunca Fumadores		Ex-Fumadores		Fumadores Actuais	
	INS98	INS05	INS98	INS05	INS98	INS05
H	43,7%	42,5%	23,5%	26,5%	32,8%	31,0%
M	86,1%	83,9%	4,4%	5,8%	9,5%	10,3%
Total	66,1%	64,1%	13,4%	15,7%	20,5%	20,2%

Fonte: Portugal (2006)

De facto, a diminuição não chega a 2% nos homens enquanto que, nas mulheres, há um agravamento de cerca de 1%. A tendência nos últimos sete anos é de uma muito ligeira diminuição (de 0,3%) enquanto que a meta proposta pelo PNS até 2008 é cerca de 50%.

Quadro 17 - Metas para 2010 relativamente à percentagem do consumo de tabaco nos dois géneros e grandes grupos etários em Portugal

Indicador	Situação Actual	Meta para 2010
% de indivíduos que fuma diariamente (15-24 anos) (1)	H=25,0 M=10,5	H=13,0 M=5,0
% de indivíduos que fuma diariamente (25-44 anos) (2)	H=45,7 M=17,1	H=23,0 M=9,0
% de indivíduos que fuma (45-64 anos) (2)	H=26,0 M=4,2	H=17,0 M=3,0
% de indivíduos que fuma (65-74 anos) (2)	H=14,5 M=0,7	H=11,0 M=0,5

Fonte: Portugal (2004)

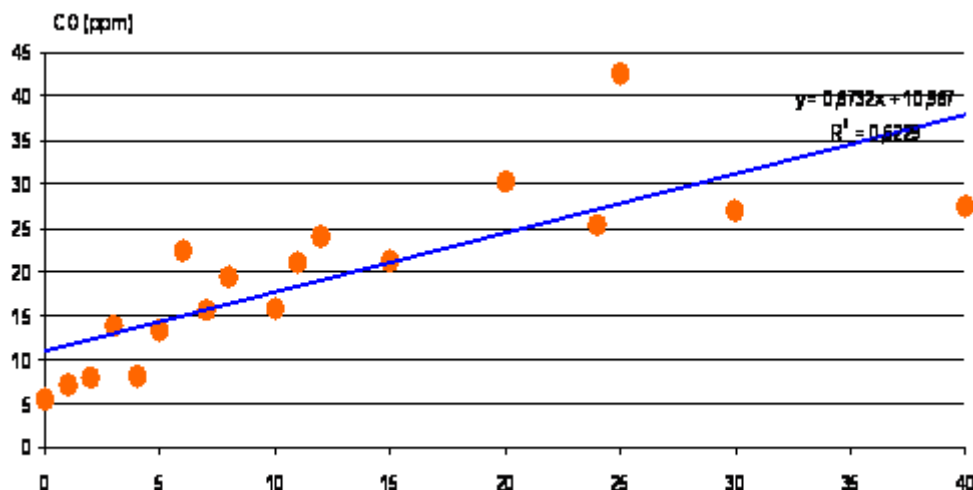
Legenda: (1) – DGS. Os dados da situação actual referem-se a 2001;
 (2) – INSA. Os dados da situação actual referem-se a 1997/98.

A campanha europeia “Help: por uma vida sem tabaco” visa sensibilizar os habitantes de cada país do prejuízo causado pelo tabaco, focando, particularmente, a medição dos níveis de monóxido de carbono de não fumadores e fumadores. Em Portugal, 6.390 pessoas foram rastreadas até 2007, num total de 23 eventos de norte a sul, coordenados e desenvolvidos pela ENSP. O nosso país situa-se no terceiro lugar quando é tida em conta a mais alta taxa de participação nas acções de medição de CO. Esta campanha tem permitido determinar pela primeira vez, em Portugal, as taxas de poluição por CO, que se revelam acima da média europeia.

Entre os fumadores, Portugal está na 16ª posição do ranking, com um valor médio de 19,8 ppm (partículas por milhão) (o valor mais baixo foi registado na Finlândia e o mais alto na Polónia), sendo que, no caso dos não-fumadores, o nível médio se situou nos 5,6 ppm, o que nos coloca no 24º lugar, de um total de 27 países, com a Suécia e a Grécia a aparecerem nos extremos da lista. A média europeia situou-se nos 17,5 entre os fumadores e nos 3,9 ppm entre os não-fumadores (o nível máximo tolerado para a qualidade do ar nas cidades europeias é 8,5 ppm).

A figura 25 apresenta a relação entre os níveis de CO e o número de cigarros fumados.

Figura 25 – Recta de regressão em função do número de cigarros fumados e níveis de ppm de CO



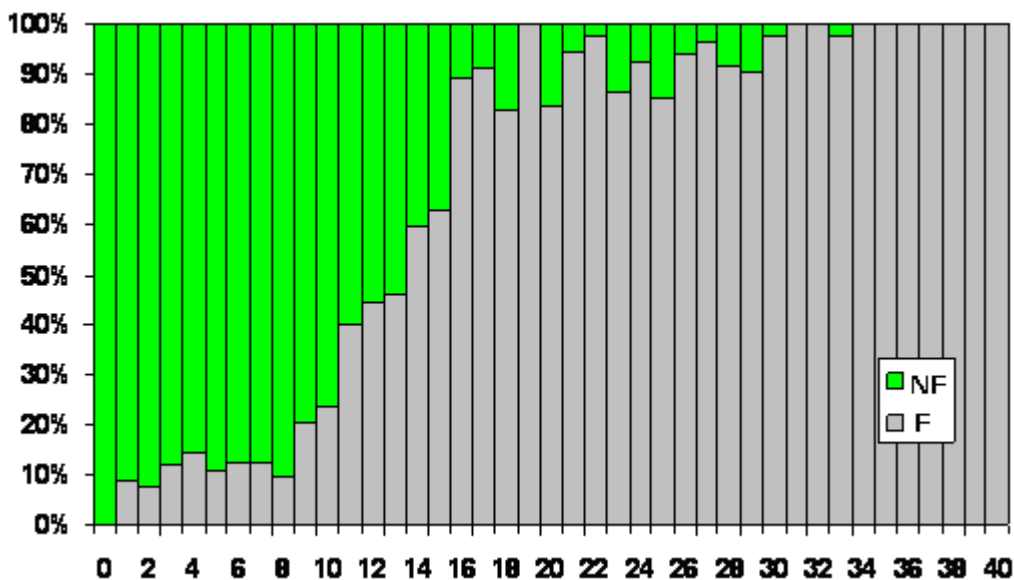
Fonte: Campanha Help, 2007

Em termos estatísticos, os participantes das acções de CO em Portugal estavam na faixa etária dos 15-34 anos (46%), com prevalência para o sexo masculino (55%) e na sua maioria não fumadores (56%). Em relação aos produtos mais consumidos pelos fumadores que fizeram o teste, o cigarro foi o mais apontado (96%), seguido pelo tabaco de enrolar e, em terceiro, o haxixe.

De destacar ainda que na maioria das medições efectuadas em locais públicos o valor médio de CO, entre os não-fumadores, está próximo do

nível máximo tolerado para a qualidade do ar nas cidades europeias (8,5 ppm).

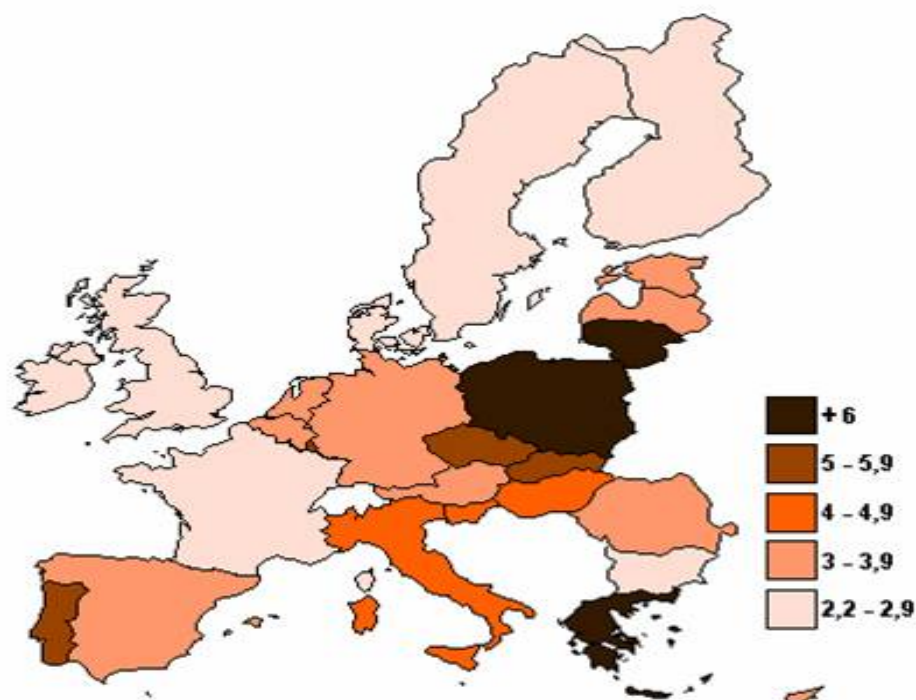
Figura 26 - Percentagem de cigarros fumados e níveis de CO no sangue



Fonte: Campanha Help, 2007

Esta campanha europeia veio revelar que existe um potencial de influência entre ambientes que favorecem e aceitam o consumo do tabaco, e aqueles que com medidas mais estritas contrariam o seu uso. De acordo com o gráfico (figura 27) constata-se que, nos países sem legislação restritiva relativamente ao uso do tabaco, os níveis de CO na população são mais elevados do que naqueles que a possuem.

Figura 27 - Países com e sem legislação restritiva e níveis de CO

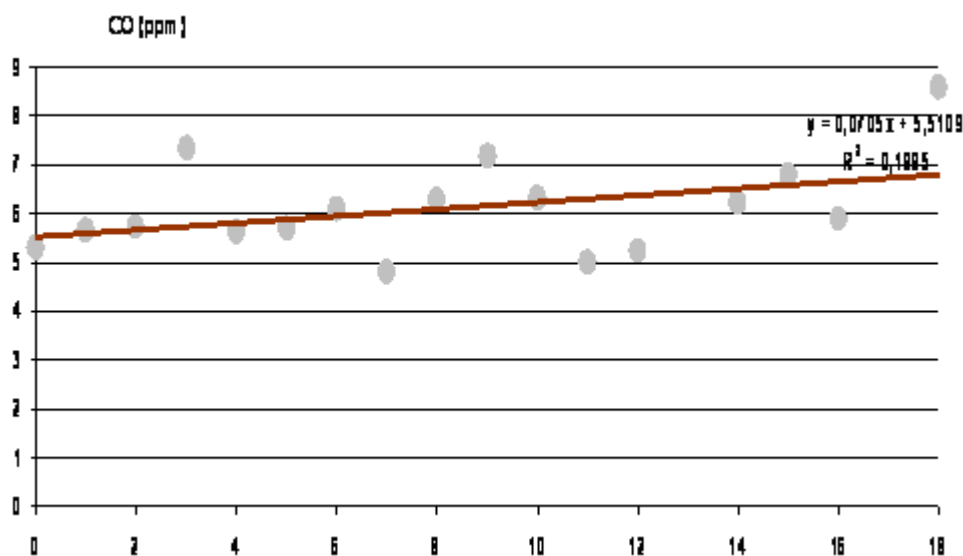


Fonte: Campanha Help, 2007

Igualmente se constata que entre os não fumadores, os níveis de CO são mais elevados nos países nos quais não existem medidas restritivas relativamente ao uso do tabaco, do que naqueles em que as leis protegem a exposição ao fumo do tabaco dos não-fumadores.

A figura 28 apresenta a relação entre os níveis de CO e o número de horas de exposição ao fumo do tabaco em não fumadores.

Figura 28 - Horas de exposição ao fumo do tabaco e níveis de CO



Fonte: campanha Help, 2007

Estes são os mais recentes elementos que reforçam a ideia de que a sensibilização aos malefícios do tabaco realizada junto do público, pode contribuir para a mudança da receptividade social à implementação de medidas legislativas restritivas quanto ao uso do tabaco. É, porventura, o elemento de maior destaque em 2007 que se materializou com a entrada em vigor da nova legislação de controlo do tabagismo no início de 2008.

Os direitos dos não fumadores e o controlo do tabagismo

Há muito que se esperava que o legislador tomasse uma posição mais compatível com a protecção e promoção da saúde em Portugal, quando se considera o uso do tabaco.

Em Portugal, em casa, no local de trabalho e em lugares públicos, os direitos dos não fumadores não são reconhecidos, com graves consequências para a saúde, principalmente das crianças.

A legislação que existe em Portugal ainda é deficiente do ponto de vista da protecção dos não fumadores.

Os preços praticados em relação aos produtos tabágicos encontram-se em níveis que ainda não representam um desincentivo ao seu consumo, nomeadamente, quando comparados com o poder de compra médio do cidadão português

Portugal (2004): 101

Depois de Portugal assinar e ratificar a convenção quadro da OMS, ficou comprometido com a implementação de medidas legislativas que viessem enquadrar o país neste âmbito. Enquanto que outros países na Europa (Irlanda, Espanha, Itália) reformulavam a sua legislação o caso português passou primeiramente por um período de discussão pública da proposta sendo o novo diploma finalmente votado em Assembleia da República. Não houve unanimidade nesta votação, nem prevaleceu a primeira proposta apresentada pelo Governo. Foram assim necessárias negociações entre os partidos com assento na Assembleia da República e representantes de vários sectores da sociedade portuguesa. A legislação portuguesa veio a revelar-se umas das mais restritivas actualmente em vigor na Europa e no mundo, obrigando a diversas concessões de “excepção”, de modo a torná-la aceitável por alguns sectores.

Há que salientar, no entanto, que quando foi colocado em discussão pública o ante-projecto legislativo, o substrato social estava receptivo por uma medida que protegesse os não fumadores. Aliás, sabendo que os fumadores representam menos do que 25% da população portuguesa é de admirar porque razão ainda não tinha sido politicamente relevante implementar uma lei que agrada indubitavelmente aos restantes 75% da população.

A publicação da nova lei não trouxe conturbação, tendo antes sido acompanhada por elevada receptividade social. Alguns casos de resistência foram notórios no âmbito de espaços de diversão que revelaram a necessidade de melhor consideração sobre as reais capacidades de aplicação legislativa perante as limitações existentes e as fragilidades de alguns sectores económicos que viram os seus interesses ameaçados com a legislação.

No âmbito da política de controlo de preços sobre produtos do tabaco, Portugal está, no entanto, abaixo da média europeia.

Quadro 18 – Posição de Portugal entre os países da União Europeia em relação ao preço do tabaco

	População [1]	Participantes [2]	[2]/[1] Por 10 ⁻⁵ habitantes	Preço dos cigarros	Taxa de fumadores (%)
União Europeia	492.964.905	111.835	23	3,48 €	28,31 (2004)
Portugal	10.569.592	6.394	60	3,15 €	20,5 (1999)

Fonte: HELP . For a Life Without Tobacco The taxation of tobacco products in the EU, 28/02/2006

Embora sejam feitas actualizações dos preços anualmente, verifica-se ainda uma diferença importante.

Intervenções estruturadas nos cuidados primários e serviços de desabitação tabágica

Apesar das intervenções para a cessação tabágica serem reconhecidas como sendo de elevado rácio custo-efectividade, não têm sido implementadas intervenções estruturadas nos cuidados primários e restantes, como não têm sido desenvolvidos serviços de desabitação tabágica.

Portugal (2004): 101

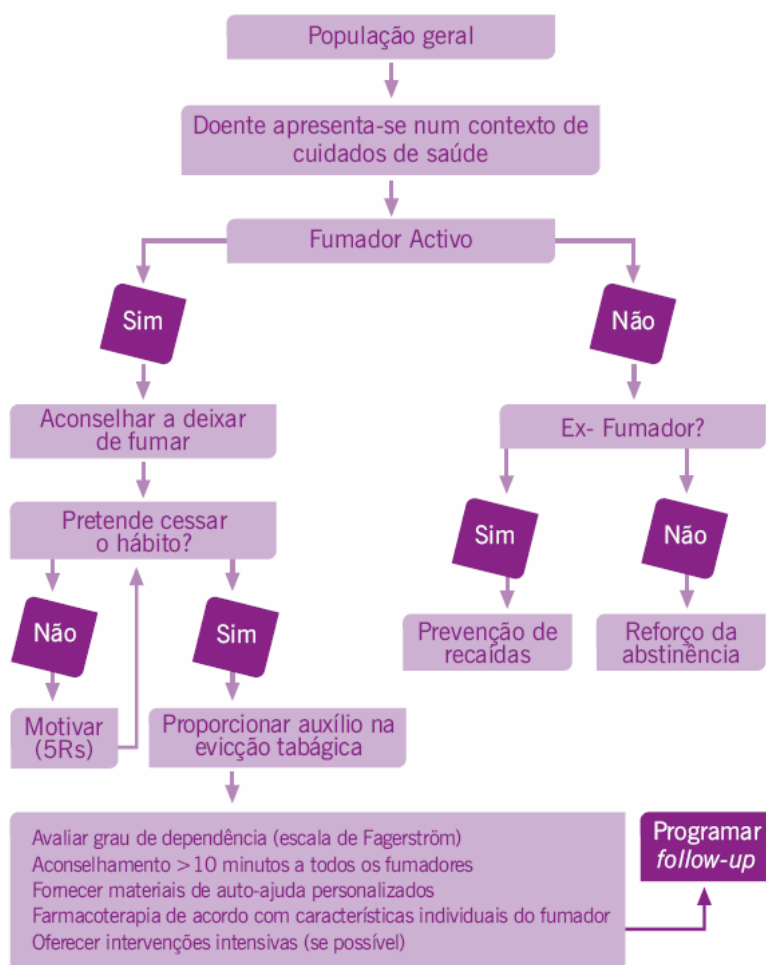
Relativamente ao objectivo proposto no PNS de intervenções estruturadas nos cuidados primários e restantes, e serviços de desabitação tabágica constata-se que durante este último ano houve um esforço significativo a nível nacional neste sentido.

É de destacar particularmente o trabalho desenvolvido pela ARS Norte na criação de várias consultas de apoio à cessação tabágica. Com uma rede que envolve actualmente 375 profissionais, sendo 180 médicos, 170 enfermeiros, 18 psicólogos e 7 nutricionistas, esta região tinha como objectivo, até ao final de 2007, ter uma consulta de apoio à cessação tabágica em cada centro de saúde.

No sentido de promover as boas práticas foram publicadas pelo Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa as Normas de Orientação Clínica para a Cessação tabágica (Reis *et al.*, 2008). Substituindo o documento anterior que se tinha

tornado caduco pelas alterações recentes, principalmente a nível da farmacoterapia, este projecto representa um contributo importante para a estruturação das intervenções em cessação tabágica. Ajudando os profissionais a estabelecerem os critérios de intervenção (ver figura 29) de modo sintético, pretende-se complementar a intervenção de modo compatível com as boas práticas.

Figura 29 – Algoritmo clínico



Fonte: Reis *et al.*, 2008

Outro contributo neste contexto é o documento preparado pela DGS denominado “Cessação tabágica. Programa-tipo de actuação” (Portugal, 2007). Com ele pretende-se dar aos clínicos gerais (fundamentalmente) orientações que permitam construir uma abordagem estruturada relativamente à cessação tabágica.

Em ambos os documentos atrás referidos, são feitas alusões a instrumentos de medida, cuja aplicação à população portuguesa não tinha sido aferida. Por isso é de salientar ainda a conclusão de dois trabalhos que contribuem de modo particular para as boas práticas neste âmbito.

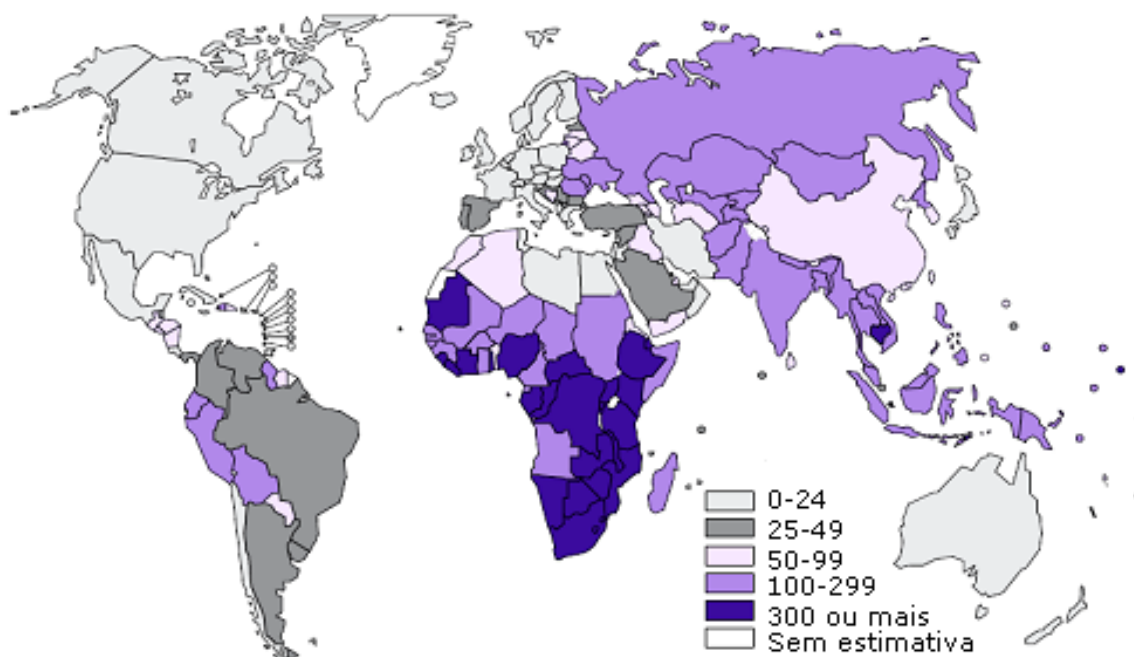
No primeiro, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) procedeu ao estudo da validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström sobre a dependência tabágica com uma amostra de 264 adultos. Por outro lado, é igualmente de referir o trabalho de doutoramento apresentado na Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação intitulado “Cigarros, Tabaco e Nicotina: factores biocomportamentais associados ao tabagismo” (Trigo, 2007).

São assim postos ao dispor da comunidade técnica e científica contributos indispensáveis na estruturação de programas e intervenções de apoio à cessação tabágica, sendo possível perceber melhor a especificidade do fumador/a português, contribuindo-se deste modo para melhores e maiores ganhos em saúde.

3 Controlo da tuberculose em Portugal, 2006/2007

O valor da taxa de incidência de tuberculose, que é o principal parâmetro de impacto do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNT), uma vez corrigida para a subdetecção estimada em 2006, manteve-se a um nível baixo no quadro mundial e médio baixo no contexto europeu. A figura 30 apresenta, em representação gráfica, as taxas de incidência estimadas de tuberculose por país em 2006.

Figura 30 – Taxas de incidência estimadas de tuberculose, por país, 2006

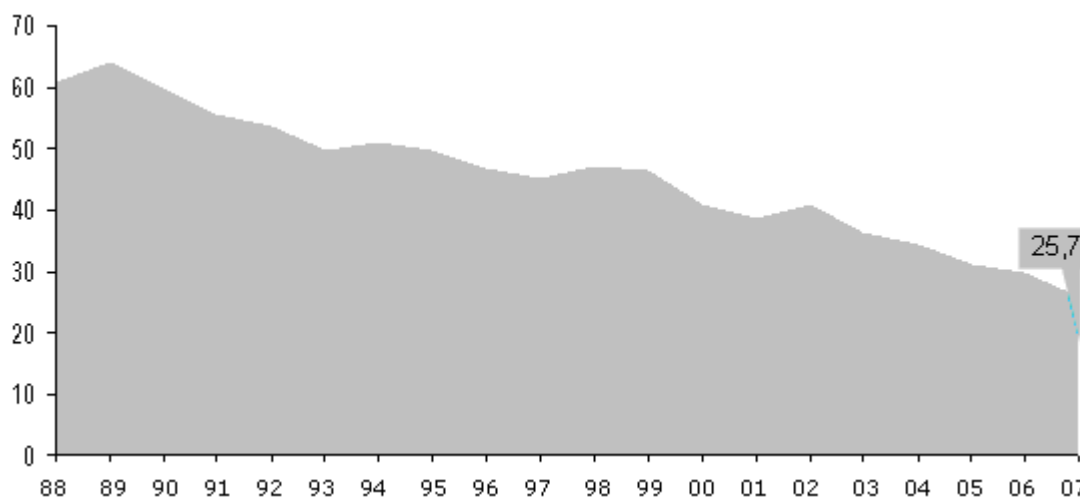


Fonte: WHO, 2008 http://www.who.int/tb/publications/global_report/en

Em 2007, o valor da incidência notificada situou-se em Portugal em 25,7 por 100.000 habitantes, o que manterá o País aproximadamente a meio da segunda classe de menor incidência. Portugal e Espanha, como alguns países da Europa Central, apresentam um ritmo de ocorrência de casos novos um pouco mais elevado que os seus vizinhos ocidentais e muito menor que a Europa de Oriental (Portugal, 2008c; WHO, 2008).

Conforme a figura 31 evidencia, a taxa de incidência notificada em Portugal continua a decrescer lenta, mas firmemente. Estimando-se que a taxa de detecção tenha melhorado (85% em 2006, 91% em 2007), uma pequena parte desta lentidão é considerada um artefacto e a aparência dever-se-á à melhoria recente desse parâmetro de desempenho do PNT. À taxa de incidência em 2007 corresponde o número absoluto de 2.916 casos novos notificados (Portugal, 2008c).

Figura 31 – Taxas de incidência notificada de tuberculose em Portugal, 1988-2007



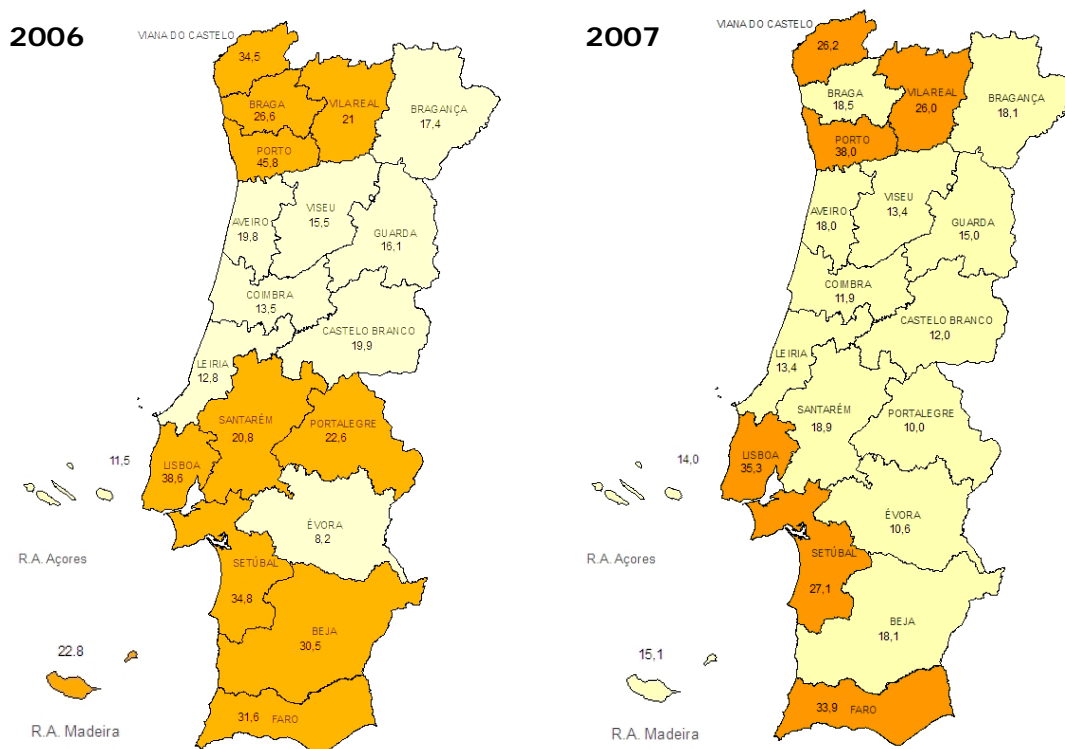
Fonte: Portugal (2008c)

Unidades: 10⁻⁵ habitantes

A redução do valor é de 14% no último ano. Sabendo-se que a redução pode atingir 25% ao ano nos países desenvolvidos, graças ao desempenho do programa de controlo, esta evolução afigura-se animadora, ainda que o impacto devesse ser mais acentuado (Frieden, 2002; Portugal, 2008c).

Numa leitura espaço-temporal muito simplificada, o número de distritos com valores da incidência notificada acima de 20 por 10⁻⁵ habitantes reduziu, entre 2006 e 2007 (figura 32). Tais valores verificaram-se agora nos distritos de Porto, Lisboa, Faro, Setúbal, Viana do Castelo e Vila Real. Como em anos anteriores, os quatro primeiros distritos mantiveram os valores mais elevados. Continua, no entanto, por esclarecer quanto real é esta aparente heterogeneidade geográfica da incidência, por se desconhecer os valores da taxa de detecção por unidade geográfica, o que dificulta a interpretação daquela heterogeneidade e do progresso conseguido.

Figura 32 – Taxas de incidência notificadas de tuberculose em Portugal por distrito, valores acima e abaixo de 20 casos, por 10^{-5} habitantes



Fonte: Portugal (2008a)

Entretanto, o número de freguesias de alto risco diminuiu entre 2002 e 2006, passando de 78 para 42. Esta evolução é muito satisfatória, embora se mantenham valores já não aceitáveis para um país desenvolvido (Portugal, 2008c).

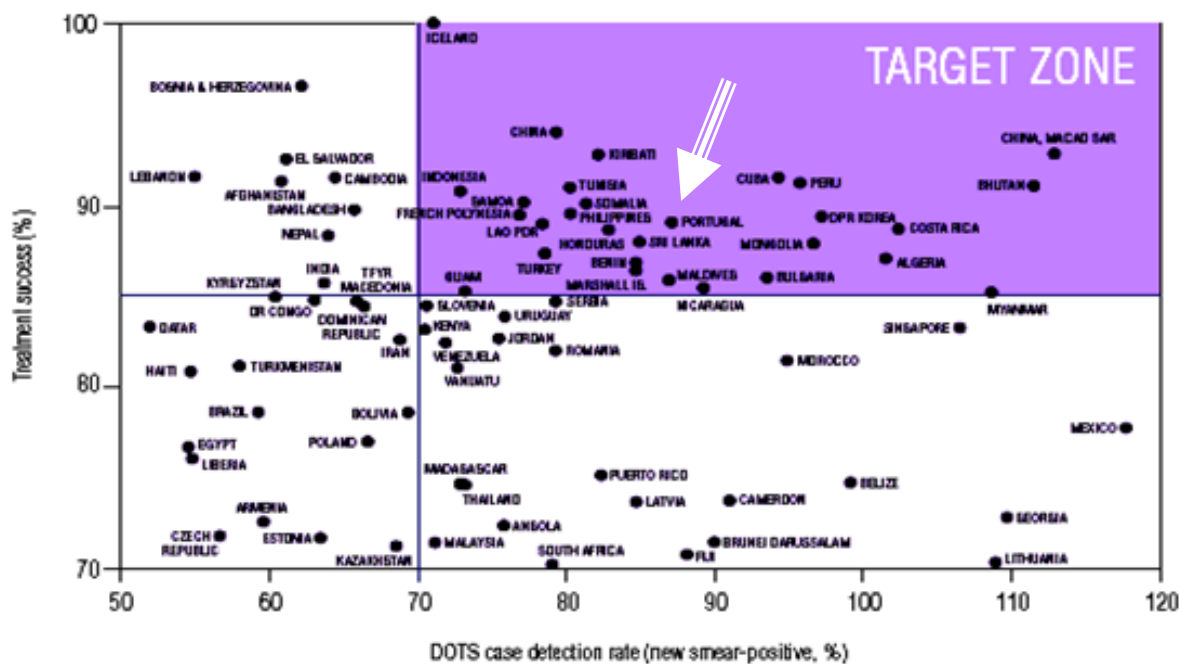
A evidência de evolução favorável no controlo da doença tem sido, de facto, reforçada pela subida sustentada da idade mediana, entre 1997 e 2006, com as curvas de incidência por grupos de idade mostrando uma mudança favorável de padrão. Tal evolução sugere um risco decrescente de contágio entre adolescentes e adultos jovens (Rieder, 1999). Assim, apesar de a tuberculose continuar endémica em Portugal (como a forma da curva mais recente ainda indica), o nível de endemia vem a reduzir-se e isso também é interpretável como um impacto positivo do programa de controlo.

Por outro lado, o contributo da incidência em imigrantes para o panorama global é, em 2006, de apenas 11% do total de casos, apesar de uma taxa de incidência três vezes superior à dos cidadãos nacionais. Três

quartos dos imigrantes provieram da África Sub-saariana (Portugal, 2008c). 13,6% dos casos encontraram-se associados à infecção pelo VIH; com este valor, Portugal situa-se numa posição média-baixa de intensidade, em contexto mundial sendo, destes casos, mais de 86% também toxicodependentes. A incidência em infectados pelo VIH reduziu de 43% em 5 anos (entre 2003 e 2007), o que também reflectirá um impacto positivo do programa (Portugal, 2008c; WHO, 2008).

Quanto às metas para o desempenho do PNT, programa que foi reformulado em 1995, o ano de 2007 confirmou as tendências favoráveis tanto da taxa de detecção (91%), como da de sucesso terapêutico (89%), que já no ano anterior se localizavam na “zona-alvo” conforme a figura 33 ilustra (Portugal, 1995; Portugal, 2008c; WHO, 2008).

Figura 33 – Desempenho do PNT português no conjunto de vários países, no âmbito da estratégia DOTS, da OMS, em 2006



Fonte: WHO (2008)

Nesta figura, a seta indica a posição de Portugal e pode constatar-se que 99 países apresentam taxas de êxito superiores ou iguais a 70% e taxas de detecção acima de 50%. Trinta e dois países (incluindo dois países não representados no gráfico) atingiram ambos os objectivos; dois em África, cinco nas Américas, quatro na região mediterrânea oriental, quatro

na região europeia, cinco na região do sudoeste asiático e 12 na região do pacífico ocidental.

Como é de esperar, vários factores de risco associados à ocorrência de doença influenciam também o sucesso terapêutico, sobretudo os de natureza socioeconómica, cultural e comportamental, conforme é apresentado no quadro 19. Os valores identificados revelam um esforço considerável dos prestadores de cuidados, no sentido de garantirem a adesão à terapêutica em grupos sociais reconhecidamente difíceis neste aspecto (Portugal, 2008c; Rieder, 1999).

Quadro 19 – Sucesso terapêutico em Portugal, por grupo de risco, em 2005

Grupo de Risco*	Taxa de sucesso terapêutico
Sem Factores de Risco	93%
Imigrantes	76%
Toxicodependentes	65%
VIH+	63%
Sem Abrigo	56%

(*) análise da coorte de 2005 para os não MR

Fonte: Portugal (2008a)

A proporção de casos novos de tuberculose multirresistente em 2007 foi de 1,6%, encontrando-se estável. Destes, no entanto, os casos extensivamente resistentes, ainda que poucos, são preocupantes, pela muito baixa (19%) taxa de sucesso terapêutico (Portugal, 2008c).

Em síntese:

- O nível de endemia de tuberculose em Portugal é, à escala mundial, globalmente baixo e tende a reduzir. Mas, sendo Portugal considerado um país desenvolvido, é de esperar um progresso mais acentuado no controlo, assim como a ausência de freguesias de alto risco, tanto mais que dispõe dos recursos necessários e de um programa de intervenção bem fundamentado e com sistema de informação próprio.
- O desempenho do PNT nos últimos dois anos foi mais satisfatório do que anteriormente e é reconhecido que tende a melhorar e o seu impacto. Como a proporção de casos em imigrantes e a sua evolução não explicam o nível de endemia, são seguramente factores associados a contextos socioeconómicos, culturais e comportamentais favoráveis à

transmissão do bacilo, à não-deteção precoce de novos casos e à não-adesão à terapêutica, em grupos específicos de cidadãos nacionais, que mais perpetuam a endemia.

- A heterogeneidade geográfica da incidência notificada, com persistência da posição relativa dos mesmos distritos, aponta para a necessidade de particularizar, de uma forma racional, a concentração de esforços e de recursos, em proporção à gravidade de cada situação local.
- Importa ainda esclarecer a possível heterogeneidade geográfica da taxa de deteção, para se compreender melhor a heterogeneidade da taxa de incidência notificada. Este esclarecimento facilitará a optimização do esforço antes referido. Também não é conhecida a validade interna do sistema de informação específico do programa, nas suas várias dimensões, o que robusteceria a interpretação do seguimento dos casos uma vez notificados. Contudo, o sistema está a permitir que se obtenham imagens de avaliação coerentes e úteis, cujos resultados a equipa de coordenação do PNT expõe regularmente ao escrutínio nacional e internacional, o que se revela uma mais-valia inquestionável.
- Para lá do reconhecível e exemplar esforço dos prestadores e dos coordenadores do PNT, como programa vertical que é, atravessando todo o sistema de saúde, o desempenho do programa e os seus resultados configuram uma “situação-marcadora” (*tracer*), que reflecte assim a organização e o funcionamento do sistema e, portanto, também as suas atribuições. Este aspecto é particularmente condicionante da mencionada discriminação positiva dos locais e grupos mais afectados, além de determinar a resposta do programa às ameaças que lhe são externas (exclusão social, imigração de países de elevada prevalência, infecção pelo VIH, toxicodependências, locais de elevada concentração de contagiantes, para além das suas várias combinações). Note-se que a subdeteção e a não-adesão à terapêutica (esta originando perigosos casos de resistência) são fenómenos que ocorrem na linha de contacto dos serviços prestadores com a sua população.
- A pertinência do PNT, a sua verificabilidade, e os seus dispositivos de avaliação constituem um importante exemplo e estímulo para os demais programas nacionais.



Capítulo

III-4

AMEAÇAS E OPORTUNIDADES

Neste capítulo foram seleccionados três áreas do sistema português de saúde que constituem oportunidades para um melhor desempenho do sistema mas que, a não serem tomadas as medias adequadas, se poderão tornar em ameaças. São elas, (1) a oncologia e a forma como os cuidados oncológicos são prestados em Portugal, (2) as farmácias hospitalares e a denominada unidose e, por fim, (3) a ética e os ensaios clínicos.

1 A oncologia em Portugal: opções para o seu desenvolvimento

A oncologia iniciou o seu processo de individualização ao ser reconhecida como uma subespecialidade da Medicina Interna pelo *American Board of Internal Medicine* ainda na década de 60 do século passado, a que se sucedeu o reconhecimento como especialidade autónoma já no final da década de 70.

Na Europa, apesar da grande diversidade de modelos existentes, este processo inicia-se na década de 80 em vários países, incluindo Portugal, onde é



reconhecida como especialidade médica em Dezembro de 1993, com a instalação do respectivo Colégio da Especialidade na Ordem dos Médicos.

Até ao início do século passado, muito pouco se sabia acerca das características desta patologia, nomeadamente da sua biologia, fisiopatologia, morfologia e história natural, e o único método terapêutico disponível para os doentes era a cirurgia. Os meios de prevenção e diagnóstico eram igualmente muito limitados. Não existia o conceito de estadiamento dos tumores malignos, considerados primariamente como uma doença de âmbito loco-regional e que só determinava o aparecimento de metástases numa fase tardia da sua evolução.

Apesar da experiência de Beatson, em 1898, que provou a sensibilidade de um tumor da mama à manipulação hormonal através da castração cirúrgica, e da descoberta e utilização das radiações ionizantes como uma nova modalidade terapêutica do cancro, pode considerar-se que a oncologia moderna só começa em meados da década de 1950, com a introdução dos antifolatos no tratamento sistémico de várias neoplasias malignas. Pela primeira vez foi possível demonstrar que a administração de uma droga por via sistémica era capaz de actuar selectivamente sobre as células tumorais, destruindo-as. Às modalidades de tratamento loco-regional (cirurgia e radioterapia) veio juntar-se uma nova modalidade terapêutica, que actuava em todo o organismo.

Este sucesso, embora limitado, abriu perspectivas inovadoras e inspirou o desenvolvimento da investigação básica e clínica do cancro. O aprofundamento muito significativo dos conhecimentos estabeleceu novos conceitos e proporcionou a introdução de métodos de diagnóstico e de tratamento inovadores. Tornou-se possível compreender alguns dos mecanismos fundamentais da génese e da biologia tumoral, bem como discriminar, de forma muito mais rigorosa, os seus vários tipos e formas de apresentação clínica.

Foi possível estabelecer, em definitivo, o conceito de que o cancro é uma doença com origem na transformação de uma única célula, bem como o seu carácter sistémico à data do diagnóstico. E foi igualmente possível determinar a existência de factores que influenciam o curso da doença e o

prognóstico dos doentes, assim disponibilizando novos métodos capazes de uma cada vez maior selectividade e eficácia terapêutica. Também a evolução tecnológica ocorrida relativamente aos equipamentos e aos meios de diagnóstico proporcionou a introdução na prática clínica de novas técnicas de avaliação e tratamento que vieram alterar por completo a forma de abordar estes doentes, melhorando de forma muito significativa os resultados obtidos e a sua qualidade de vida.

A moderna prática da oncologia é hoje orientada por algumas características distintivas que requerem não apenas a presença de recursos humanos especializados e de meios logísticos e equipamentos apropriados, mas também, e sobretudo, de uma adequada organização das instituições prestadoras de cuidados aos doentes. São elas:

- A multidisciplinaridade, base da boa prática médica em oncologia e síntese de muitos saberes e competências, requer a presença de uma equipa de profissionais com formação adequada e capazes de actuar concertadamente, uma vez que a primeira decisão terapêutica marca todo o curso subsequente da doença e define o prognóstico do doente;
- A compreensividade dos cuidados, que implica uma abordagem global de cada doente e a prestação de todos os actos necessários ao seu diagnóstico, tratamento, reabilitação e seguimento por quem se responsabilizou pelo seu diagnóstico e pela primeira decisão terapêutica;
- A coordenação dos cuidados a prestar, dado que se torna hoje necessário cumprir sequências de diagnóstico e tratamento por vezes muito complexas e, ao mesmo tempo, também garantir que a detecção precoce de recidivas e de complicações da doença ou do seu tratamento é feita atempadamente e sem duplicação ou desperdício de recursos;
- A continuidade de cuidados, que determina ser da responsabilidade de quem tomou a primeira decisão terapêutica a garantia da prestação dos cuidados necessários durante todo o curso da evolução da doença, incluindo os cuidados paliativos e de fim de vida.

Esta realidade corresponde a uma mudança de paradigma. O que antes era um acto individual de reduzida eficácia, é hoje um conjunto de

procedimentos que envolvem a utilização de técnicas sofisticadas para as quais são necessárias competências específicas que devem ser integradas e sequenciadas de forma adequada. Os resultados obtidos são, em muitos casos, surpreendentes.

Opções para o desenvolvimento da oncologia em Portugal

Os tumores malignos são um grupo de doenças cuja incidência tem vindo a aumentar de forma muito rápida. Estima-se que, dentro de 40 anos, o número de novos casos (por cada 100.000 habitantes) seja cerca de 3,5 vezes o valor actual. Este aumento vai ocorrer a par com a diminuição da taxa de mortalidade esperada para quase todos os tumores, como consequência da aplicação de novos meios de diagnóstico e de tratamento, actualmente disponibilizados a um ritmo elevado, e da adopção de estratégias activas de prevenção e rastreio do cancro. São estas as condicionantes que vão influenciar decisivamente as decisões a tomar quanto à organização e financiamento dos serviços de saúde, de forma a fazer face a tão grande aumento da procura.

Como será então possível garantir a prestação de cuidados aos doentes, sem pôr em causa a sua qualidade?

Os actuais padrões que definem a qualidade da prática em oncologia implicam a existência de um conjunto de condições técnicas e organizativas nas instituições que tratam os doentes, de acordo com as características nucleares acima identificadas. Este tema tem estado, aliás, no centro das preocupações de muitas organizações médicas, de governos e de instituições supra governamentais como a OMS, existindo documentação variada sobre este assunto.

A qualidade em oncologia é, como se percebe, determinada por um conjunto de actos que se complementam e só pode ser obtida quando todos os elos desta cadeia estão conformes, sendo medida por um conjunto de

variáveis de estrutura e de processo, cujos principais indicadores são a sobrevivência aos cinco anos e a qualidade de vida dos doentes. Não são aceitáveis as actuais variações constatadas quer nas taxas de cura quer na qualidade de vida dos doentes entre os vários países de uma região, entre regiões do mesmo país e até mesmo entre instituições da mesma região que tratam o mesmo tumor. Igualmente, não são aceitáveis as diferenças registadas no acesso à informação dos cidadãos, ao rastreio ou aos cuidados especializados, continuados e paliativos, bem como a um efectivo apoio às famílias dos doentes.

Mas o planeamento e adopção de medidas organizativas, bem como a correspondente alocação de recursos humanos, logísticos e financeiros de forma adequada, pressupõe o conhecimento da realidade existente. E este é o principal problema com que nos deparamos em Portugal.

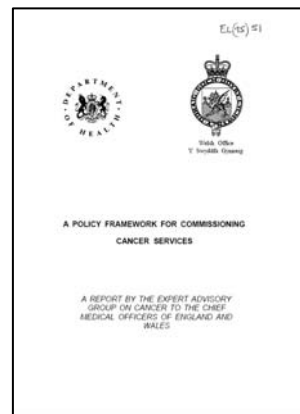
Não é conhecida a capacidade instalada em oncologia, assim como não existem dados seguros quanto a taxas de incidência e de mortalidade por cancro ou quanto aos resultados obtidos por cada uma das instituições no tratamento de cada tumor. Não existem resultados de avaliações sistemáticas da qualidade de vida dos doentes ou da qualidade organizativa dos serviços.

A título de exemplo, os dados que serviram de base para o estabelecimento da Rede de Referência em Oncologia, publicada em 2002, foram comunicados oralmente por um dos membros do grupo de trabalho constituído com base num inquérito que terá realizado à capacidade instalada, conforme se pode ler no próprio documento (Portugal, 2002b).

Na verdade, o desconhecimento da situação no terreno determina uma incapacidade de definir e priorizar as intervenções. Não obstante estarem instituídos Registos Oncológicos Regionais desde há cerca de duas décadas, não foi ainda possível apurar dados relevantes para guiar as intervenções a efectuar.

Estão publicados na literatura internacional um conjunto de recomendações para a definição de políticas oncológicas de âmbito nacional que contribuem para melhorar os resultados e para rentabilizar e localizar

os investimentos a realizar através de um sistema de avaliação e de planeamento rigoroso. Um desses documentos, o Relatório Calman/Hines intitulado *A policy framework for commissioning cancer services* (UK, 1995), partiu da análise da realidade existente em Inglaterra e País de Gales no que respeita aos doentes oncológicos e estabeleceu vários objectivos, que se mantêm actuais, para a organização e planeamento de uma rede de prestação de cuidados aos doentes oncológicos. Os princípios básicos aí definidos, que vieram a inspirar a elaboração de vários planos oncológicos nacionais, são os seguintes:



- Todos os doentes devem ter acesso a cuidados especializados de grande qualidade o mais próximo possível do seu local de residência;
- O desenvolvimento dos serviços prestadores deve ser centrado no doente e nas suas necessidades, bem como nas dos seus familiares;
- Os cuidados primários devem desempenhar um papel central na organização de uma rede de serviços de combate ao cancro, quer na vertente da prevenção quer no diagnóstico precoce ou na garantia da continuidade de cuidados;
- Deve ser garantida a formação continua dos profissionais bem como a educação dos cidadãos como parte fundamental de um plano de luta contra o cancro;
- Deve existir um registo oncológico organizado e actualizado de todos os casos diagnosticados e os resultados obtidos no seu tratamento monitorizados com rigor.

A OMS e, mais recentemente, a Comissão Europeia, definiram estratégias de combate ao cancro que partilham estes mesmos princípios e promovem a adopção de uma visão global e integrada dos diferentes níveis a que se deve processar a intervenção dos Estados e a planificação em saúde nesta área. A ênfase é claramente posta na prevenção e no diagnóstico precoce, bem como na organização de uma rede de serviços de qualidade que cubra todo o território, reservando-se para alguns centros

apenas as intervenções muito complexas ou de grande exigência técnica e logística.

Nestas estratégias, é desaconselhada a realização de investimentos em centros de grande dimensão, que servem apenas uma pequena percentagem da população, e é favorecida a política de múltiplas intervenções distribuídas por vários pontos do território que possam servir a maior parte dos cidadãos.

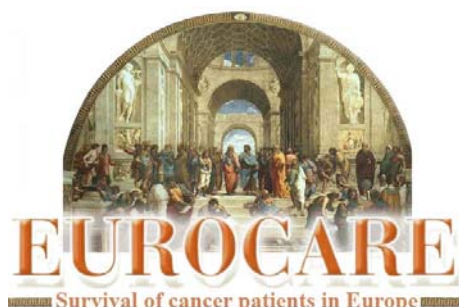
Portugal tem, desde 1990, Planos Oncológicos Nacionais (foram publicados três) todos incipientemente operacionalizados e sem qualquer monitorização de resultados, de acordo com afirmações produzidas (algumas recentemente) por responsáveis da Tutela (Portugal, 2001). Contudo, muito se fez desde então relativamente ao acesso e à prestação de cuidados aos doentes oncológicos.

A formação de oncologistas e a sua dispersão pelo país, iniciada em 1988 através de Ciclos de Estudos Especiais em Oncologia e, após o reconhecimento da especialidade, pela frequência do respectivo Internato da Especialidade, permitiu que muitos doentes tivessem acesso a cuidados especializados nesta área, antes só possível nos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia e em alguns hospitais centrais.

A constituição de unidades de oncologia em hospitais periféricos, observada em especial nos anos de 1990/1995, ao permitir a descentralização organizada da sua prática, veio instituir a multidisciplinaridade, ainda que informal na maioria dos casos, na abordagem dos doentes.

As vantagens deste sistema de descentralização da prestação e melhoria da acessibilidade começam agora a objectivar-se, pelo menos de acordo com os dados e as projecções disponíveis no estudo EUROCARE 4 (*European cancer registries study on cancer patients' survival and care*).

Este estudo mostra, pela primeira vez, uma diminuição da taxa de mortalidade por cancro em Portugal, verificada nos doentes



diagnosticados entre 1995 e 1999, ou seja, com este processo já implantado no terreno.

Uma outra razão que explica a insuficiência de planeamento e monitorização reside no conjunto de opções contraditórias e mesmo na ausência de medidas concretas, da responsabilidade de quem tinha a obrigação de decidir, e na completa desadequação de vários órgãos de gestão intermédia à realidade existente.

Na ausência de uma discussão estratégica multisectorial e aprofundada sobre a forma de organizar o combate ao cancro, foram tomadas decisões muito condicionadas por perspectivas pessoais sobre o que é a oncologia e qual a melhor forma de organizar a sua prática, quando não meramente por interesses locais.

O processo de elaboração e publicação da Rede de Referenciação em Oncologia em 2002 foi disto um exemplo eloquente. Não foram ouvidos os principais intervenientes na prestação e na definição das regras de qualidade técnica e organizativa dos serviços, não foram ouvidos os doentes, e o resultado foi um documento baseado apenas nas opiniões e experiências de quem constituiu o grupo de trabalho, que não foi possível aplicar e apenas veio contribuir para aumentar a confusão.

O processo, actualmente em curso, de revisão da Rede de Referenciação está a seguir o mesmo critério, ou seja, a discussão está a ser feita apenas por um pequeno grupo de pessoas, uma parte das quais nomeada pelas ARS. Dos resultados apenas se conhecem algumas declarações, insistindo num modelo desfasado dos que foram adoptados no espaço europeu e das recomendações feitas pela OMS.

As experiências mais recentes demonstram claramente a necessidade e a vantagem de envolver os actores mais relevantes, incluindo os doentes, na definição, aplicação e avaliação dos princípios e objectivos de uma estratégia global de combate ao cancro bem como na elaboração das linhas de orientação que identifiquem as instituições participantes na rede de prestação de cuidados e que definam com precisão o âmbito da respectiva intervenção.

Apesar da ausência de dados credíveis e completos sobre a situação existente em Portugal, tem sido argumentado que a descentralização da prestação de cuidados aos doentes levou à diminuição da sua qualidade, bem como a um aumento injustificado dos custos. Contudo, de acordo com um estudo (que aguarda publicação) efectuado em Portugal e baseado em dados oficiais, são gastos no diagnóstico e tratamento do cancro apenas cerca de 6% do total das despesas com a saúde (valor que se tem mantido constante nos últimos anos e semelhante ao da maioria dos países europeus), enquanto que esta patologia é responsável por 16% dos DALY. Ou seja, o impacto da doença na sociedade excede largamente os recursos consumidos com o seu tratamento. Não existe, assim, qualquer sustentação objectiva para a tese do desperdício, antes se demonstrando que a descentralização dos serviços veio melhorar os resultados sem aparentemente aumentar a relação entre a despesa total em saúde e a despesa com o tratamento do cancro, o que pressupõe um aumento da eficiência da prestação.

É pois indispensável e urgente mudar esta forma de abordar a questão, de planear e de actuar.

Deve ser aproveitada a actual situação de consenso existente entre alguns dos parceiros mais relevantes na área da oncologia para finalmente estabelecer um debate profundo sobre as estratégias a adoptar para o seu desenvolvimento. Depois, elaborar um plano coerente com a realidade, procurando obter sinergias e aumentar a qualidade dos serviços, coordenando as estruturas já organizadas. Não parece haver qualquer racional que justifique uma orientação baseada na desqualificação e encerramento de serviços ou que promova a sua concentração em apenas três ou quatro pontos do território nacional.

Não se pode pretender estar a defender o interesse do doente quando se propõe a sua deslocação para centenas de quilómetros do seu domicílio como única alternativa para poder ter acesso a cuidados especializados e de qualidade.

Em conclusão, consideramos que a definição e aplicação de um plano de combate ao cancro deve basear-se nos princípios acima elencados e respeitar os seguintes passos:

- Estabelecer uma discussão aprofundada sobre a estratégia a seguir para adaptar o sistema de saúde português às necessidades esperadas na área da oncologia, que inclua todos os parceiros e actores relevantes para a sua concretização e que preveja o tempo necessário à publicitação de conclusões;
- Definir um plano de acção que inclua uma clara assunção dos objectivos a atingir, dos meios para a sua concretização e de qual o processo de avaliação e monitorização dos resultados, incluindo um cronograma para a sua execução;
- Garantir a prestação de cuidados de qualidade aos doentes, o mais próximo possível do seu local de residência, e manter a sua integração profissional, social e familiar durante todo o período de evolução da sua doença;
- Adoptar um conceito de rede de modelo matricial, estabelecendo redes de âmbito regional ligadas a centros de referencia para o desenvolvimento da oncologia que incluam os cuidados primários;
- Estabelecer o principio da complementaridade entre as instituições envolvidas e a deslocação e partilha de profissionais quando seja necessário garantir um nível de experiência não existente na instituição em que o doente é assistido;
- Estabelecer, como princípio fundamental para a organização das instituições que tratam doentes oncológicos, a constituição de uma área específica e coordenada da prestação, responsável pela orientação dos doentes e que permita avaliar os resultados obtidos;
- Definir e aplicar um processo de certificação a cada instituição, que permita estabelecer a sua capacidade de prestação e determinar as necessidades em termos de recursos e investimentos;
- Integrar o planeamento das várias redes (anatomia patológica, radioterapia, cuidados continuados e paliativos) para que se mantenha a

multidisciplinaridade, a compreensividade e a continuidade de cuidados, características indispensáveis a uma prática oncológica de qualidade;

- Dar particular ênfase aos aspectos da prevenção e diagnóstico precoce do cancro;
- Definir tempos máximos para que os doentes acedam aos cuidados especializados de que necessitem, em condições de equidade;
- Melhorar e intensificar a formação dos profissionais que devem intervir na prestação dos cuidados;
- Intervir a nível da informação prestada aos cidadãos, aos doentes e às suas famílias através do estabelecimento de programas de educação que realcem os vários aspectos relevantes para a compreensão da doença e seus mecanismos de prevenção e tratamento;
- Criar mecanismos necessários ao reforço da investigação em oncologia e promover a formação de grupos multicêntricos que permitam dar a necessária dimensão aos estudos;
- Elaborar e adoptar protocolos de orientação diagnóstica e terapêutica de aplicação nacional que permitam uniformizar as práticas clínicas e avaliar os resultados de forma coerente.

2 Farmácias nos hospitais e continuidade de cuidados

Introdução

Na introdução do “Relatório da Primavera” de 2007 dizia-se, a propósito do sector das farmácias “... é prevista a instalação de farmácias de venda ao público nos estabelecimentos hospitalares para dispensarem receituário dos serviços oficiais de saúde, a funcionarem 24 horas por dia, todos os dias do ano. Será este um primeiro passo para a instituição da unidade no ambulatório em Portugal? Aguardamos com expectativa o desenvolvimento destas medidas anunciadas, pelo seu eventual impacto nos cidadãos.”

Volvido um ano, será pertinente analisar o desenvolvimento destas medidas, e o seu impacto real e expectável nos cidadãos, aprofundando os conceitos subjacentes e, de forma informal, olhando para o que se passa em alguns Estados Membros da União Europeia.

De facto, embora a legislação relevante (Decreto-Lei n.º 235/2006, de 6 de Dezembro) tenha sido publicada no final de 2006, o ano de 2007 termina sem que tenha ocorrido a abertura de qualquer destas unidades. Existem, no entanto, processos em curso para, pelo menos, seis estabelecimentos (www.portaldasaude.pt). Não havendo ainda experiências implantadas no terreno, resta reflectir sobre a natureza e objectivos destes estabelecimentos. Porque o foco habitual deste debate tem sido o serviço de urgência, sendo a acessibilidade medida pela facilidade de acesso a uma farmácia próxima e aberta, optou-se aqui por reflectir sobre outras realidades, quiçá mais relevantes: os doentes internados e os doentes crónicos seguidos em consultas hospitalares.

A Realidade Portuguesa

Em Portugal, a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica a doentes em ambulatório é um acto exclusivo das farmácias. Existem excepções, que se abordarão adiante. De facto, existe um conjunto de medicamentos que, quer devido a decisões de reembolso em meios restritos (medicamentos para insuficientes renais³⁹, medicamentos para tratamento de neoplasias⁴⁰, etc.) quer pela natureza intrínseca do seu estatuto de dispensa (receita médica restrita ao meio hospitalar – casos de medicamentos para infecção pelo VIH ou citotóxicos orais), apenas podem ser dispensados por uma farmácia hospitalar. Note-se que este enquadramento tem restrições:

³⁹ Despacho n.º 3/91, de 08/02, alterado pelos Despachos n.º 11619/2003 (2ª série), de 22/05 e n.º 14916/2004 (2ª série), de 02/07; Rectificação n.º 1858/2004, de 07/09 (2ª série) e Despacho n.º 25909/2006, de 30/11 (2ª série).

⁴⁰ Portaria n.º 1474/2004, de 21 de Dezembro

- Apenas engloba os medicamentos que cumprem as condições acima mencionadas, ou outros que não estejam, ainda que temporariamente, disponíveis na farmácia⁴¹.
- Cada hospital apenas pode dispensar medicamentos aos seus doentes, o que decorre da autorização para o funcionamento da farmácia hospitalar, nos termos em que é concedida pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED).

O que sucede então aos doentes em Portugal?

Quando são internados, por um motivo clínico específico, estão frequentemente em tratamento com uma quantidade e variedade relevante de medicamentos para condições crónicas. O que sucede a esta medicação à chegada ao hospital não é linear. De facto, os hospitais utilizam políticas de formulário, baseadas no Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos e nas suas necessidades específicas, e possuem muito menor variedade de medicamentos disponíveis para cada indicação terapêutica que a farmácia comunitária. Exemplos típicos deste contraste entre o meio hospitalar e o ambulatório são os medicamentos para a hipertensão ou os ansiolíticos e antipsicóticos. Confrontados com a alternativa entre alterar uma prescrição alheia ao motivo do internamento e o leque restrito de fármacos da política de formulário, os hospitais recorrem a soluções diversas, não sendo invulgar “aproveitar” a medicação que o doente tem consigo, ou até solicitar a familiares que vão à farmácia mais próxima aviar uma receita.

No outro extremo do processo, i.e., quando os doentes têm alta, haverá também que levar uma receita, que poderá reflectir, para além da medicação relacionada com o episódio de internamento, outra medicação para patologia crónica, que pode ou não ter sido alterada durante aquele episódio.

Finalmente, e no que diz respeito aos doentes crónicos seguidos em consulta hospitalar, a situação é simples, embora pouco conveniente para o doente: sempre que seja necessário um medicamento de dispensa hospitalar, e outros de dispensa em farmácia comunitária, o doente terá

⁴¹ Decreto-Lei nº 206/2000, de 1 de Setembro

duas receitas, uma para o hospital e outra para a farmácia comunitária. A experiência revela que esta interface dupla é de difícil compreensão para muitos doentes.

Notas sobre outras realidades na Europa

O contacto informal com farmacêuticos de alguns países da União Europeia permite, de uma forma simples olhar para outras realidades com o único objectivo de revelar a diversidade. O quadro abaixo resume os contactos efectuados:

Quadro 20 – Situação em 3 hospitais na União Europeia

País	Internamento
Alemanha	<p>Internamento: Substituição total dos medicamentos</p> <p>Alta: Receita para a Farmácia Comunitária</p> <p>Crónicos: O hospital dispensa apenas medicamentos de hospital de dia</p> <p>Observações: Sistema condicionado pelo relacionamento com seguradoras, que exigem fronteiras bem definidas.</p> <p>Fonte: University Hospital of Heidelberg</p>
Dinamarca	<p>Internamento: Tenta-se usar os medicamentos que o doente tenha em casa. Se não, substitui-se</p> <p>Alta: Receita para a farmácia comunitária</p> <p>Crónicos: Apenas medicamentos para patologias específicas</p> <p>Observações: Conceptualmente muito semelhante ao que se passa em Portugal</p> <p>Fonte: Region Hovedstadens Apotek Rigshospitalet afsn. København</p>
Reino Unido	<p>Internamento: Uso dos medicamentos do doente</p> <p>Alta: Hospital dispensa medicamentos para, pelo menos, 7 dias</p> <p>Crónicos: Dispensam todo o tipo de medicamentos, embora tentem restringir a medicamentos que é necessário iniciar de imediato</p> <p>Observações: Sistema que pretende facilitar a transição entre os vários pontos de assistência do NHS</p> <p>Fonte: Cardiff & Wales NHS Trust</p>

As farmácias dos hospitais e a continuidade de cuidados

O Decreto-Lei nº 235/2006, de 6 de Dezembro, refere na sua introdução a “acessibilidade dos cidadãos à dispensa de medicamentos”, a “melhoria desta acessibilidade, nomeadamente em situações de urgência”, e a “[concretização do] referido objectivo através da obrigação de funcionamento ininterrupto”. Isolam-se assim 3 ideias fundamentais: acessibilidade à dispensa de medicamentos, melhoria em situações de urgência, e que tal se consegue pelo funcionamento ininterrupto.

Reportando-nos à parte inicial deste texto, resulta que outras situações relacionadas com o internamento e com a doença crónica não são objecto desta medida. No entanto, os problemas existem e poderão ter um impacto relevante na saúde dos cidadãos:

- Pela obrigação de acesso a dois estabelecimentos de farmácia (farmácia hospitalar e farmácia comunitária);
- Pela limitação da questão da acessibilidade à dispensa, ignorando a importância da continuidade de cuidados, cada vez mais relevante para evitar erros de medicação e assegurar a sua eficácia;
- Pela total omissão da questão dos cuidados farmacêuticos, por exemplo, aconselhamento do uso, advertências, indução da adesão à terapêutica, detecção de potenciais interações e erros de medicação.

Talvez porque a questão tenha sido equacionada de forma limitada, a adesão à medida parece ser ainda limitada. Entre um conceito de ruptura entre o hospital e o ambulatório, e uma integração gradual entres estes dois pólos de cuidados, a medida opta pelo meio, i.e., por melhorar a proximidade física e temporal, sem integrar a proximidade entre os cuidadores. Não entrando em polémicas paralelas a este tema, como o âmbito de intervenção da farmácia hospitalar, a externalização deste serviço ou a propriedade de farmácia, importa reflectir e melhorar esta ou outras medidas que venham a ser tomadas, no sentido de obter aquilo que realmente é importante: a melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

A “unidose”

A opção de abordar este tema nesta parte do texto é deliberada. De facto, trata-se de um tema politicamente muito explorado, mas cujo impacto real é difícil de aferir. No art.º 47º do já mencionado Decreto-Lei nº 235/2006, de 6 de Dezembro, refere-se que “as farmácias instaladas nos hospitais do SNS podem dispensar medicamentos ao público em unidose”.

O que é a “unidose”? A expressão não tem significado técnico claro, embora tenha sido utilizada, muito por influência de termos em castelhano, para definir sistemas de distribuição individual diária para doentes em internamento nos hospitais. Neste conceito, cada doente recebe, em cada dia, numa gaveta individualizada, apenas a medicação que necessita para 24 horas de tratamento. O sistema nasceu nos EUA, e dirigia-se à redução de erros de medicação, redução das existências nas enfermarias, e maior fiabilidade da facturação por doente. Parece evidente que não é a esta “unidose” que a legislação se reporta, mas antes a um processo utilizado pelas farmácias no passado, e que ainda se mantém em alguns países, de dispensa “avulso” de medicamentos. De facto, parece pretender-se que o medicamento seja retirado da sua embalagem original, reembalado e dispensado rigorosamente conforme a quantidade prescrita.

Sobre a qualidade técnica deste processo, não deverá haver polémica. De facto, a sua regulamentação (que ainda não foi concretizada) pode assegurar um nível de protecção e informação aos medicamentos adequados. Exemplos de medidas simples como a preservação da embalagem primária (i.e., o medicamento é retirado da caixa de cartão mas mantém-se no *blister* original) e a obrigação de cedência do folheto informativo aprovado, independentemente da quantidade dispensada, demonstram que não são expectáveis problemas a este nível.

Importa, no entanto, referir que esta medida condiciona um risco de outra índole: o risco de contrafacção. De facto, a introdução no circuito lícito de medicamentos contrafeitos é uma realidade que preocupa autoridades e indústria. O problema em si é grave e comporta riscos para a saúde, uma vez que o medicamento contrafeito (ao contrário, por exemplo, de roupa contrafeita) pode ter toxicidade ou falta de eficácia. Trata-se de um

problema de saúde pública, que envolve hoje entidades como a OMS, a Europol, as Agências Regulamentares do Medicamento e as Associações de Indústria Farmacêutica⁴². Entre as medidas preconizadas para reduzir os riscos está a inserção de identificadores nas embalagens secundárias (caixas), como hologramas, códigos de barras bidimensionais, etc. Como sequência lógica destas medidas, surge a recomendação de evitar a separação da embalagem primária da secundária, a fim de não se perder o elemento identificativo de segurança. Recomendação que o conceito de “unidade” contraria objectivamente.

Já sobre as vantagens esperadas desta medida, supostamente centradas na redução de desperdícios, importaria quantificá-las com estudos sólidos e bem desenhados, e em confronto com sistemas rigorosos de dimensionamento das embalagens às indicações terapêuticas, como os que existem hoje em Portugal⁴³.

Importaria também confrontar o impacto deste tipo de medidas com outras causas reais de desperdício, essas sim mais estudadas (Monson *et al.*, 1981; Lowe *et al.*, 2000), nomeadamente a falta de adesão à terapêutica e as suas causas subjacentes, desde a prescrição inadequada à falta de apoio no uso do medicamento e no controlo de eventuais efeitos adversos.

Conclusão

A medida de instalação de farmácias privadas nos hospitais ainda não tem impacto real. Analisando a expectativa criada, aponta-se para um debate mais técnico e estrutural, envolvendo aspectos omissos como a continuidade de cuidados, e que permita concatenar medidas para melhorar o acesso dos cidadãos a uma melhor qualidade em saúde, concretamente na área do medicamento.

⁴² Conferência Anual do INFARMED IP realizada em 29 de Maio de 2008. Painel “A Contrafacção de Medicamentos”.

⁴³ Portaria n.º 1471/2004, de 21 de Dezembro

3 Ética e ensaios clínicos

Contextualização histórica

A área dos medicamentos destinados a uso humano sofreu grandes transformações na segunda metade do século XX. Essas transformações, que incidiram sobre aspectos como a investigação, o licenciamento e a utilização clínica, não surgiram instantaneamente. Pelo contrário, instalaram-se de forma progressiva, à medida que os cientistas e os técnicos foram incorporando, na sua cultura e na sua prática, inovações e modelos conceptuais que tinham tomado forma em décadas anteriores. Para compreender as questões que actualmente se colocam é, por isso, indispensável recuar no tempo para ter consciência clara de quais foram os três grandes motores das mudanças verificadas: eficácia terapêutica, ensaios clínicos e ética médica.

No princípio do século passado, a medicina dispunha já de uma vasta lista de medicamentos para uso corrente mas só pouco mais de uma dúzia possuía real actividade terapêutica à luz dos nossos conhecimentos actuais. Quase todos eles eram extractos naturais de origem animal ou vegetal e, para alguns, a “evidência” dos seus efeitos era tão elevada que mais pareciam drogas milagrosas. Refiro-me ao sumo de limão no escorbuto, aos extractos hepáticos na anemia perniciosa, aos opiáceos na dor e aos produtos ricos em vitaminas do complexo B no beri-beri e na pelagra.

Apesar disso, só depois do intervalo de 20 anos que decorreu entre 1921 e 1941, se gerou uma onda de optimismo e um interesse crescente pela investigação de novas substâncias medicamente activas. Foi nesse período que surgiram a insulina, as sulfamidas e a penicilina, drogas cuja eficácia se revelou tão dramática, que podia ser demonstrada através de resultados obtidos em pequenos grupos de doentes. Tudo parecia indicar que, daí para a frente, estavam abertas excelentes perspectivas à descoberta de novos medicamentos para fazer frente àquelas que eram então as fronteiras da medicina: a tuberculose, as neoplasias, as patologias degenerativas e as doenças psíquicas. Foi justamente a partir dessa altura que aumentou o interesse da indústria química pela área dos produtos

farmacêuticos e, em troca dos financiamentos necessários à investigação de novos medicamentos, os investidores esperavam obter, rapidamente, avultados lucros.

É verdade que nem tudo correu tão bem como se esperava. Mesmo assim, nas quatro décadas que se seguiram, assistiu-se à introdução de várias famílias de produtos farmacêuticos que alargaram profundamente a capacidade terapêutica da medicina, tais como: novos antibióticos, corticosteróides, citostáticos, psicotrópicos, diuréticos, anti-hipertensores, anti-diabéticos, fibrinolíticos, anti-lipidémicos, anti-inflamatórios não esteróides, antagonistas da bomba de H⁺. Em face destes êxitos, deu-se uma escalada nos investimentos e uma influência crescente da indústria farmacêutica que passou a deter a maior fatia na investigação, produção e distribuição de fármacos.

Mas há já muito tempo se tinha percebido que, à excepção de alguns casos bem identificados, a avaliação da eficácia terapêutica não podia estar à mercê quer da lógica *post hoc ergo propter hoc* quer da intuição e da experiência dos clínicos. A diversidade da evolução natural das doenças, o grande número de variáveis presentes em cada caso e o efeito placebo, tinham sido factores pouco valorizados anteriormente e isso levava, com frequência, à utilização de drogas que, como viria a perceber-se depois, eram mais prejudiciais do que benéficas. Tornava-se, pois, necessário criar novas metodologias para procurar eliminar os factores de erro e, ao mesmo tempo, introduzir métodos estatísticos na interpretação dos dados.

Se esquecermos algumas tentativas incipientes, podemos dizer que a nova era dos ensaios clínicos teve início em 1948. Nesse ano um grupo de clínicos, coordenados pelo perito em estatística Bradford Hill, publicou os resultados de um estudo encomendado pelo *Medical Research Council* com o fim de avaliar o efeito terapêutico da estreptomina na tuberculose pulmonar. Pela primeira vez realizava-se um ensaio clínico controlado e "randomizado" cujos dados, submetidos a análise estatística, permitiram tirar conclusões acerca da eficácia e segurança de um medicamento. Esse momento marcou uma clara rotura com o passado e desde então a metodologia usada nos ensaios clínicos não tem cessado de se desenvolver

e aperfeiçoar com vista a conseguir cada vez maior rigor. Objecto de inúmeras publicações, esta é hoje uma área altamente especializada e em rápido crescimento que se tornou indispensável para a introdução e licenciamento de novos medicamentos.

A preocupação ética na prática médica, por mais estranho que isso possa parecer, nem sempre teve o peso que hoje tem. Todos recordamos as experiências clínicas feitas pelos nazis nos campos de concentração, que abalaram profundamente o mundo civilizado, e os estudos, não menos chocantes, realizados em sífilíticos nos EUA. Mas estes são casos extremos de uma época marcada constantemente por uma clara desvalorização ética. A realização de pequenas experiências ou a introdução de novas técnicas, sem a simples preocupação de informar ou de obter autorização prévia, era prática corrente e revelava um evidente desrespeito pela dignidade e integridade dos sujeitos envolvidos. Nessa altura a atenção estava por vezes mais voltada para o estatuto social do que para o ser humano enquanto tal, o que levava os jovens internos a comentar que “gastrectomia” num trabalhador rural era uma “pequena cirurgia” enquanto que a “drenagem de um panarício” num banqueiro era uma “grande cirurgia”.

É sabido que, no rescaldo da segunda Grande Guerra, tudo isto iria mudar. A Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), ao afirmar que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos, seria o documento fundador no sentido de garantir o respeito pela pessoa humana. Seguiram-se outros documentos entre os quais a Declaração de Helsínquia (1964), que constitui o primeiro código de conduta para a investigação médica no homem e que na sua versão de 1975 já previa a aprovação prévia dos protocolos experimentais por uma comissão de ética independente.

Acrescente-se que, como aconteceu noutras áreas ligadas à saúde, foi dos EUA que surgiram os ventos de mudança no que se refere à reflexão teórica em bioética: uma comissão nomeada pelo Congresso norte-americano publicou, em 1978, o *Belmont Report* importante documento que formulou os princípios normativos da investigação biomédica.

A ética médica em Portugal

Portugal acordou tarde para esta realidade. Em finais da década de 80 surgiu o Centro de Estudos de Bioética que daria origem, em 1990, ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, vocacionado para a reflexão teórica e para a definição das grandes directrizes no campo da bioética. Em 1994 foi publicado o Decreto-Lei 97/94 que estabeleceu “as normas a que devem obedecer os ensaios clínicos a realizar em seres humanos” que obrigava, entre outros requisitos, ao parecer favorável de uma comissão de ética. Mas este diploma só se tornou executável com a publicação do Decreto-Lei 97/95 que definiu a composição e funcionamento das Comissões de Ética para a Saúde (CES). Uma por cada instituição, as CES possuíam um vasto conjunto de competências entre as quais a de se pronunciar sobre os pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos e a de fiscalizar a sua execução.

Mas a era dos ensaios clínicos estava já em marcha e em franco crescimento, com toda a agressividade competitiva e as exigências de calendário que são conhecidas, e às quais o modelo das CES dificilmente podia dar a resposta adequada. A questão não era apenas o não cumprimento dos prazos ou o risco de uma grande variedade de pareceres. Era também a constatação de que, sem estar em causa a competência profissional de cada um dos seus membros, as CES só em casos raros incluíam técnicos com formação em ensaios clínicos e bioética, preparados para analisar os complexos protocolos de investigação clínica sobre os quais se iriam pronunciar. Por outro lado, as instituições de saúde quase nunca se mostravam sensíveis a uma área que, por não estar directamente ligada à actividade assistencial, lhes parecia supérflua e dispensável. Sendo assim, é natural que não fornecessem às CES os recursos materiais e humanos mínimos para o cumprimento da sua função.

Face a esta situação, gerou-se uma forte pressão no sentido de uma mudança que viria a surgir com a Directiva 2001/20/CE. Além de procurar obter uma harmonização das várias legislações europeias e uma maior rapidez na apreciação dos projectos de ensaios clínicos, esta directiva emitia também um claro sinal no sentido do parecer único e apontava para

a criação, em cada país europeu, de uma única comissão de ética com competência para avaliar os ensaios clínicos com medicamentos para uso humano.

Finalmente, a Lei 46/2004 que transpôs para a legislação portuguesa o conteúdo da Directiva, criou a Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) que, a partir de Junho de 2005, passou a ser a autoridade competente para emitir parecer ético sobre os ensaios clínicos com medicamentos para uso humano.

A situação actual dos ensaios clínicos

Actualmente encontramos-nos numa situação complexa e muito dinâmica na área da investigação e da introdução de novos medicamentos no mercado. Nela intervêm três grupos de protagonistas com papéis, objectivos e interesses muito distintos: a indústria farmacêutica, os investigadores e as autoridades competentes.

- A indústria farmacêutica, empenhada como está na investigação de moléculas inovadoras, necessita de garantir margens de lucro que lhe permitam atrair os investimentos necessários à concretização dos seus objectivos. Para provar esta preocupação, basta recordar que os dados sobre algumas drogas de grande impacto, foram comunicadas às bolsas de valores e aos accionistas antes de serem anunciadas à comunidade científica. De facto a investigação de novos medicamentos exige hoje verbas fabulosas, envolve riscos muito elevados e está sujeita a uma forte competição. No início dos anos 60, o desenvolvimento de um novo medicamento custava 20 milhões de dólares; actualmente ultrapassa os 800 milhões. E é sabido que das centenas de milhares de moléculas testadas, mais de 90% falham e são definitivamente abandonadas.

Não é por isso de admirar que a indústria farmacêutica procure respostas rápidas e se empenhe em remover os obstáculos à sua actividade. E numa época de globalização e de deslocalizações frequentes, nem sempre lhe será fácil resistir à tentação de procurar, para os ensaios clínicos, mercados em que os procedimentos sejam mais

ágeis ou em que as dificuldades de acesso aos medicamentos favoreçam o recrutamento de doentes. Tudo isto gera, como é óbvio, um clima de imprevisibilidade com o qual as nossas instituições terão que aprender a lidar. Porque, provavelmente, não haverá ninguém capaz de responder hoje à seguinte pergunta:

Os ensaios clínicos vão aumentar ou vão diminuir em Portugal nos próximos anos?

Mas, para além da preocupação com a defesa de princípios e com a preservação da sua imagem, a indústria farmacêutica conhece melhor do que ninguém o terreno movediço em que se desenvolvem os ensaios clínicos e os riscos irreparáveis que podem resultar de um menor rigor na avaliação ética. Várias experiências do passado mostraram que as facilidades nesta área podem acabar por ter consequências imprevisíveis e, por vezes, trágicas.

Não nos esqueçamos ainda que para além da investigação e da comercialização dos medicamentos, a indústria farmacêutica estende o seu poder às áreas da informação e da formação dos técnicos. Dela imanam constantemente miríades de *guidelines* e de "evidências" que balizam e orientam a actividade dos médicos e, sem o seu apoio, não seria possível, muitas vezes, a realização de congressos e *simposia*, nem a participação em reuniões internacionais. Tudo isto tem sido fundamental como factor supletivo num campo onde outras instituições, públicas e privadas, falharam por completo.

- Mas, neste cenário, nunca é demais recordar a importância da "autonomia" no exercício da actividade médica. Por um lado, porque em medicina não existem verdades definitivas: cada caso é um caso, e a decisão terapêutica depende de múltiplos factores, não podendo ser espartilhada por normas rígidas. Por outro lado, manda a prudência, que tenhamos sempre presente o aviso, hoje tornado muito popular entre nós, de que "não há almoços grátis".

O número de investigadores-médicos recrutados para realizar ensaios clínicos em Portugal, não tem parado de aumentar nas últimas décadas pois, como era de esperar, os avanços tecnológicos da farmacologia clínica e a investigação de novas moléculas têm levado à procura crescente de mão de obra qualificada por parte dos promotores. Tudo isto tem trazido vantagens evidentes: (1) treino de técnicos numa área que estava entre nós marginalizada e que nos leva agora ao convívio com os areópagos da moderna investigação biomédica; (2) compensações financeiras para os investigadores e para as instituições. Mas como sempre, algumas questões se levantam. Em primeiro lugar, os nossos investigadores, obrigados a submeter-se a protocolos que outros conceberam e desenharam, vêem-se limitados na sua criatividade e correm o risco de se tornarem meros executores de projectos alheios. Por outro lado, há que colocar a questão: será que a profissão médica se mantém vigilante no sentido de preservar a sua imagem ética procurando definir com nitidez as fronteiras que separam a actividade científica autêntica do aliciamento para participar em projectos de contornos duvidosos?

- O terceiro protagonista desta tríade de participantes na área do medicamento é formado pelas duas “autoridades” com competência para emitir pareceres sobre a realização dos ensaios clínicos:
 - o INFARMED avalia e delibera sobre os benefícios e os riscos dos participantes nos ensaios;
 - a CEIC é responsável pelo parecer ético e científico.

A CEIC

Nomeada em Janeiro de 2005, a CEIC está dotada de independência técnica e científica e funciona na dependência do



Ministro da Saúde. De acordo com as normas consensuais, a sua composição é multidisciplinar e dela fazem parte cerca de três dezenas de

peessoas com reconhecidos conhecimentos e experiência na área dos ensaios clínicos e da ética.

Os protocolos que lhe são submetidos começam por ser validados pelo secretariado, que se encarrega de garantir o preenchimento de todos os requisitos legais. Depois disso, são distribuídos a peritos-médicos que fazem uma primeira avaliação do projecto de ensaio e que, quase sempre, solicitam ao promotor esclarecimentos suplementares sobre pontos menos claros ou que suscitem dúvidas. Uma vez apreciadas as respostas do promotor, o perito elabora um parecer provisório — favorável ou desfavorável — que é depois discutido pela Comissão Executiva da CEIC. Se continuarem a subsistir dúvidas, a Comissão Executiva promove uma audição prévia com o promotor, numa última tentativa de remover obstáculos e de chegar a um acordo. Só então é elaborada a proposta final que será discutida e votada em sessão plenária.

Durante os três anos do seu primeiro mandato, a CEIC avaliou desta forma 1330 protocolos, 470 respeitantes a novos ensaios e 860 a pedidos de alterações de ensaios anteriormente aprovados.

Este breve resumo dos procedimentos que conduzem à elaboração dos pareceres, permite transmitir uma rápida imagem do tipo de trabalho desenvolvido. A CEIC é uma entidade que tem como objectivo prioritário a defesa do interesse público através do cumprimento de boas práticas clínicas que garantam o respeito pela dignidade e a segurança dos participantes nos ensaios. Mas também não ignora o importante papel da indústria farmacêutica e dos investigadores no desenvolvimento de novos fármacos e na inovação terapêutica. Por isso a sua actuação tem-se pautado pela ponderação atenta destas duas vertentes.

Sem transigir naquilo que é a sua razão de existir — a defesa dos sujeitos de ensaio — tem estado sempre disponível para encontrar soluções que permitam ultrapassar e remover eventuais obstáculos, através do diálogo com as outras entidades e instituições envolvidas na realização de ensaios clínicos com medicamentos para uso humano.

PARTE IV

REFLEXÕES FINAIS



As mudanças observadas no Ministério de Saúde em princípios de 2008, deixaram à nova equipa Ministerial uma “herança” mais pesada daquilo que à primeira vista parece, e relativamente pouco tempo até ao fim da legislatura para poder alterar algumas das situações criadas.

Em 2007, fizeram-se importantes avanços na reforma dos cuidados de saúde primários, especialmente naquilo que diz respeito ao desenvolvimento das USF. No entanto, o mesmo não se pode dizer em relação à questão crítica da criação da estrutura organizacional que enquadra as USF e as outras unidades funcionais dos cuidados de saúde primários. A solução legislativa encontrada – os ACES como serviços desconcentrados das ARS – não parece ter, em si, os instrumentos suficientes para ser alguma coisa de distinto de uma sub-região tradicional. E precisa de sê-lo, não só para fazer uma transição adequada em termos de recursos técnicos e humanos necessários, mas também porque do que se trata é de criar uma nova organização, diferente da habitual, capaz de facilitar e apoiar o trabalho criativo que está a ter lugar, na primeira linha, nas USF, e aquele que se espera das USP e das UCC. Alias, esteve exactamente na implementação dos ACES, o principal foco das tensões observadas no interior da UMCSP, que se vinham esboçando claramente, já no decurso de 2007, sem que nessa altura se tivessem tomado as iniciativas necessária para evitar o seu agravamento.

Fizeram-se também durante o ano de 2007 importantes progressos nos cuidados continuados. No entanto, estes nem sempre encontraram uma forma adequada para a articulação com os serviços sociais, indispensável quando se trata de dar resposta a situações que têm simultaneamente necessidades de saúde e de apoio social. Também o modelo de

financiamento adoptado levanta sérias dúvidas sobre a sua sustentabilidade a médio prazo.

No sector hospitalar a situação começa a ser preocupante: tendo-se verificado poucos progressos na transferência da autonomia e de responsabilização dos CA dos hospitais EPE para os serviços de prestação de cuidados de saúde (as que tem ocorrido tem-se feito de uma forma “fragmentada”), não se tem criado nos profissionais hospitalares uma clara percepção sobre as condições de trabalho que os hospitais públicos lhe oferecem de imediato e a médio prazo. As consequências deste estado de coisas não podem deixar de ser funestas, na medida em que criam as condições para uma crescente fuga para o sector privado de importantes contingentes profissionais críticos para o desenvolvimento do sector público. A isto há que acrescentar as consequências da gestão pouco competente e socialmente insensível como se processaram os encerramentos de maternidades e urgências, que acentuaram a percepção social de “fechos no público” e “expansão no privado”.

Observaram-se, durante 2007, alguns acontecimentos importantes para a Saúde Pública portuguesa, nomeadamente a nova lei sobre o tabaco, a nova situação relativa à interrupção voluntária da gravidez e a criação da “plataforma contra a obesidade”.

No entanto estes progressos substantivos não podem fazer esquecer sérios recuos estruturais neste domínio. Torna-se cada vez mais evidente que a criação de um Alto-Comissariado da Saúde, distinto da Direcção-Geral de Saúde, deu origem a sobreposições indesejáveis e tirou coerência ao desenho e à implementação das políticas de saúde do país. Por outro lado, dada a conhecida debilidade das infra-estruturas de saúde pública do país, a decisão de descontinuar os Centros Regionais de Saúde Pública bastante antes da criação das Unidades de Saúde Pública nos ACES (ainda por criar) foi mal avisada.

Ficam ainda como parte desta herança, as já célebres “taxas moderadoras” para internamentos e cirurgias nos hospitais públicas e o arquivamento do Relatório sobre a sustentabilidade financeira do SNS.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS BASE DE EVIDÊNCIA

- Atun RA, Menabde N, Saluvere K, Jesse M, Habicht J. Introducing a complex health innovation—Primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy* 2006; 1: 79-91.
- Baker R. Reforming primary care in England - again Plans for improving the quality of care. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18:72-4.
- Batley R. *The role of government in adjusting economies: an overview of findings*. Birmingham: International Development Department, University of Birmingham, 1999.
- Biscaia A, A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2006;22:67-79.
- Boerma WGW, Fleming DM. *The Role of General Practice in Primary Health Care*. London: World Health Organization, 1998.
- Cadbury Committee. *The report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance*. London: Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance, 1992.
- Campbell SM, Roland MO. Improving the quality of health care through clinical governance. In: Dowling B, Glendinning C. *The new Primary Care: Modern, Dependable, Successful?*, Open University Press, London, 2003: 101-22.
- Chaves C. Cuidados de Saúde Primários e a SIDA. *Revista do ISPV* 2006; 32 (Fev). <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/8.pdf>.
- Claessens S. *Corporate governance and development*. Global Corporate Governance Forum, 2003.
- CMVM. *Código de governo das sociedades - Anteprojecto para discussão pública*, 2007. [Data de consulta: 2007-12-04. Endereço: <http://www.cmvm.pt>].
- CMVM. *Recomendações da CMVM sobre o Governo das Sociedades Cotadas*, 2005 [Data de consulta: 2007-02-12. Endereço: <http://www.cmvm.pt>].
- Cochrane AL. *Effectiveness and Efficiency – Random Reflections on Health Services*. London: The Royal Society of Medicine Press, 1999.
- Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *BMJ* 2005; 331:1199-201.
- Daily CM, Schwenk C. Chief executive officers, top management teams, and boards of directors: Congruent or countervailing forces? *Journal of Management* 1996; 22(2): 185-208.

- Drucker PF. *The new realities: in government and politics, in economics and business, in society and world view*. New York: Harper & Row, 1989.
- Eeckloo K, Delesie L, Vieugels A. Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 2007; 127(2): 78-86.
- Eeckloo K, Herck GV, Hulle CV, Vleugels A. From corporate governance to hospital governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy* 2004; 68(1): 1-15.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Health Care Systems in Transition - United Kingdom*, 1999
- Freire, JM. *Evolución, situación y retos de la atención primaria en España*. Comunicação Oral apresentada no âmbito da Sessão Saúde em Rede - CSP, em 21 de Fevereiro de 2008- auditório da ESTESL.
- Frieden T. Can tuberculosis be controlled? *International Journal of Epidemiology* 2002; 31: 894-9.
- Fukuyama F. *State-building: governance and world order in the twenty-first century*. London: Profile Books, 2004.
- Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation. *Health Care Management Review* 2001a; 26(1): 56-69.
- Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration. *Health Care Management Review* 2001b; 26(1): 70-84.
- Harding A, Preker AS. *Understanding organizational reforms: the corporatization of public hospitals*, 2000. [Data de consulta: 2006-03-06. Endereço: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/HardingUnderstandingorganizational-whole.pdf>].
- Harding A, Reker AS (Eds.). *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*. Washington DC: World Bank, 2003.
- Hart JT. Primary medical care in Spain. *British Journal of General Practice* 1990; 40: 255-8.
- Hundert M, Crawford R. Issues in the governance of Canadian hospitals, Part I: Structure and process. *Hospital Quarterly* 2002a; Fall: 63-7.
- Hundert M, Crawford R. Issues in the governance of Canadian hospitals, Part II: Hospital planning. *Hospital Quarterly* 2002b; Winter: 48-50.
- Hundert M, Topp A. Issues in the governance of Canadian hospitals IV: Quality of hospital care. *Hospital Quarterly* 2003; 6(4): 60-2.
- Hundert M. Issues in the governance of Canadian hospitals III: financial oversight. *Hospital Quarterly* 2003; Spring: 63-6.
- Johnson JL, Daily CM, Ellstrand AE. Boards of directors: a review and research agenda. *Journal of Management and Governance* 1996; 22(3): 409-38.
- Krumholz MH, Lee TH. Redefining Quality – Implications of Recent Clinical Trials. *N Engl J Med* 2008; 358:2537-9.
- Lowe CJ, Raynor DK, Purvis J, Farrin A, Hudson J. Effects of a medicine review and education programme for older people in general practice. *Br J Clin Pharmacol*. 2000; 50(2): 172-5.
- Manning N. The legacy of the New Public Management in developing countries. *International Review of Administrative Sciences* 2001; 67(2): 297-312.
- Maynard A, Bloor K. Primary care and health care reform: the need to reflect before reforming. *Health Policy* 1995; 31: 171-81

- Monson R, Bond CA, Schuna A. Role of the clinical pharmacist in improving drug therapy. *Clinical pharmacists in outpatient therapy. Arch. Intern Med* 1981; 141:1441-4.
- Moreira JPK. *Políticas de Saúde: Ensaio para um debate nacional*. Porto: Edições UFP, 2007.
- Moreira JPK. *Public Health Policy in Action*. Charleston, 2008b
- Moreira JPK. Sistemas em transição: novos dilemas das políticas de Saúde. *Revista Mundo Médico* 2008a: 90-2.
- OECD. *OECD guidelines on corporate governance of State-owned enterprises*. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2005.
- OECD. *OECD principles of corporate governance*. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development Publications Service, 1999.
- OECD. *OECD principles of corporate governance*. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development Publications Service, 2004.
- OECD. *Projecting OECD health and long term care expenditures: what are the main drivers?* Economics Department, Working Papers n° 477, 2006.
- OECD. Public sector modernisation. *OECD Observer - Policy Brief*, 2003.
- Oliver A, Mossialos E. European Health Systems Reforms: Looking Backward to See Forward? *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2005; 30(1-2): 7-28.
- OPSS. *Relatório de Primavera 2002. O estado da Saúde e a saúde do Estado*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.
- OPSS. *Relatório de Primavera 2003. Saúde, que rupturas?* Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, 2003.
- OPSS. *Relatório de Primavera 2004. Incertezas ... Gestão da mudança na saúde*. Coimbra: Mar da Palavra, 2004.
- OPSS. *Relatório de Primavera 2005. Novo serviço público saúde, novos desafios*. Coimbra: Mar da Palavra, 2005.
- OPSS. *Relatório de Primavera 2006. Um ano de governação em Saúde. Sentidos e Significados*. Coimbra: Mar da Palavra, 2006.
- OPSS. *Relatório de Primavera 2007. Luzes e sombras: a governação da saúde*. Coimbra: Mar da Palavra, 2007.
- Osborne D, Gaebler T. *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York: Penguin Books, 1993.
- Osborne D, Hutchinson P. *The price of government*. New York, Basic Books. 2004
- Osborne D, Plastrik P. *Banishing bureaucracy: the five strategies for reinventing government*. New York: Penguin, 1998.
- Plano Tecnológico. In: www.planotecnologico.pt, acessado em 15 de Junho de 2008 [online].
- Pollitt C. *From there to here, from now till then: buying and borrowing public management reforms*. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid, España. 2004.
- Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Publishing, 2006.
- Portugal, Conselho de Ministros. *Plano Oncológico Nacional 2001-2005*. Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, de 17 de Agosto, Diário da Republica, I Série B, n.º 190, 17 de Agosto.
- Portugal, Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 135/2002, DR n.º 268 SÉRIE I-B de 20 de Novembro de 2002a.

- Portugal, Direcção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose*. Diário da República, II Série, n.º 218, 20-9-1995.
- Portugal, Direcção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose*. Controlo da Doença e Desempenho do Programa, 2008c.
- Portugal, Instituto Nacional de Saúde e Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Lisboa, 2006.
- Portugal, Ministério da Saúde. *Neoplasias malignas. Relatório da actividade cirúrgica do País no ano de 2007*. Lisboa: CIGIC/ACSS, 2008b.
- Portugal, Ministério da Saúde. *Resumo dos indicadores sobre a LIC relativos ao ano de 2007*. Lisboa: CIGIC/ACSS, 2008a.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Cessaçãõ tabágica. Programa-tipo de actuaçãõ. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2007.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde. Rede de referenciaçãõ em oncologia. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002b.
- Poston J. A Plan with a purpose: health-care reform in the United Kingdom. *CPI/RPC* July/August 2002.
- Ramos V. *Cuidados de saúde primários em Portugal e no mundo*, 2006. não publicado
- Raposo VM. *Governaçãõ hospitalar: uma proposta conceptual e metodolôgica para o caso português*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 2007.
- Reis I, Fortuna P, Ascençãõ R, Bugalho A, Costa J, Carneiro AV. Norma de orientaçãõ clínicã para a cessaçãõ tabágica. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008.
- Rice J. *Hospital boards: an international journey for world class governance effectiveness*. Minneapolis: The International Health Summit, 2003.
- Rieder H. *Bases Epidemiológicas do Controlo da Tuberculose 1999*. DGS, 2001.
- Rodrigues MJ, Neves A, Godinho MM. *Para uma política de inovaçãõ em Portugal*. Lisboa: Dom Quixote, 2003.
- Rodrigues RF. *Organizaçãõs, Mudança e capacidade de Gestãõ*. Cascais: Principia, 1998.
- Rogers E, Shoemaker FF. *Communication of innovations: a cross cultural approach*. New York: Free Press, 1971.
- Sakellarides C. A Lisbon agenda on health innovation. *The European Journal of Public Health* 2008 18(2):102-3;
- Saltman R, Figueras J. Analyzing the Evidence on European Health Care Reforms. *Health Affairs*; Mar/Apr 1998.
- Saltman R, Rico A, Boerma W (Ed.s). *Primary care in driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on health Systems and Policies. Berckshire: Open University Press McGraw-Hill, 2006.
- Saltman R. *The Western European Experience with Health Care Reform*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002.
- Schumpeter J. *The theory of economic development*. New York: Harvard University Press 1934.
- Shaw RP. *New trends in public sector management in health applications in developed and developing countries*, 2004. [Data de consulta: 2006-03-06.

Endereço: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/2816271095698140167/ShawNewTrends>]

- Silva AS, Vitorino A, Alves CF, Cunha JAD, Monteiro MA. *Livro branco sobre a corporate governance em Portugal*. Instituto Português de Corporate Governance, 2006.
- Tavares LV, Mateus A, Cabral FS. *Reformar Portugal. 17 estratégias de mudança*. Lisboa: Oficina do Livro, 2002.
- Trigo M. *Cigarros, Tabaco e Nicotina: factores biocomportamentais associados ao tabagismo*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 2007
- Turnbull S. *Corporate governance: its scope, concerns & theories*. *Corporate Governance: An International Review* 1997; 5(4): 180-205.
- UK, Department of Health. *A policy framework for commissioning cancer services: a report by the expert advisory group on cancer to the chief medical officers of England and Wales*. London; HMSO, 1995.
- UK, Secretary of State for Health. *Primary care: the future. Choice and opportunity*. London; HMSO, 1996.
- Victorian Public Hospital Governance Reform Panel. *Victorian Public Hospital Governance Reform Panel. Final Report 2003*. [Data de consulta: 11-12-2007. Endereço: <http://www.health.vic.gov.au/governance/governance-review03.pdf>].
- Villalbí JR, Guarga A, Pasarín MI, Gil M, Borrell C, Ferran M, Cirera E. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud. *Atención Primaria* 1999; 24: 468-74.
- Walt G. Implementing health care reform: a framework for discussion. In: Saltman R, Figueras J, Sakellarides C (Ed.s), *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998.
- WHO. *A quick reference compendium of selected key terms used in the World Health Report 2000*. Data da consulta: 04-04-2007. Endereço: <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>, 2000b.
- WHO. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. WHO World Health Organization report 2008. [http://www.who.int/tb/publications/global_report/en].
- WHO. *World health report 2000*. Geneva: World Health Organization, 2000a.

ANEXOS





INVESTIGADORES FUNDADORES DO OPSS

Ana Escoval

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Jorge Correia Jesuíno

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Hernandez Briz

Vasco Reis

Vitor Ramos



RELATÓRIOS DE PRIMAVERA ANTERIORES



Relatório de Primavera 2001
Conhecer os Caminhos da Saúde



Relatório de Primavera 2002
O estado da Saúde e a Saúde do Estado



Relatório de Primavera 2003
Saúde – que rupturas?



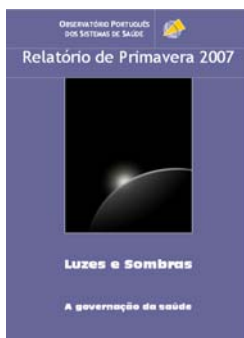
Relatório de Primavera 2004
Incertezas... gestão da mudança na saúde



Relatório de Primavera 2005
Novo Serviço Público de Saúde.
Novos desafios



Relatório de Primavera 2006
Um Ano de Governação:
Sentidos e Significados



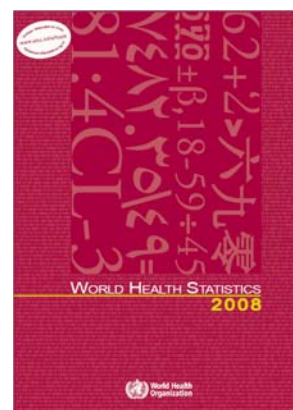
Relatório de Primavera 2007
Luzes e Sombras. A Governação da Saúde



ESTATÍSTICA DE SAÚDE

Introdução

Em Maio deste ano, a OMS publicou o relatório *World Health Statistics 2008* (http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf) em que são apresentadas as mais recentes estatísticas da saúde dos 193 Estados que a constituem. Esta quarta edição inclui dez tópicos baseados em publicações recentes ou resultados de novas análises de dados existentes. Inclui também um conjunto extenso de mais de 70 indicadores-chave em saúde, seleccionados com base na sua relevância para a monitorização global da saúde e, pela primeira vez, dados de tendência sempre que os dados tenham estado disponíveis e fossem de qualidade.



Tópicos de saúde

Apresentamos, em seguida, uma breve descrição de oito dos tópicos seleccionados. Não serão aqui mencionados os tópicos referentes aos progressos alcançados no combate à malária, e à monitorização da meningite meningocócica em África.

- **Evolução positiva do MDG 5: melhoria da saúde materna**

O *Millennium Development Goal 5* (MDG 5) é uma das oito metas do *Millennium Project* proposto pela OMS, que visa melhorar a saúde

materna e prevenir a morte de mulheres durante a gravidez e o parto. Tem por objectivo a diminuição do rácio da mortalidade materna⁴⁴ por 100.000 nados-vivos em 75% do valor de 1990, até 2015. Actualmente, a gravidez e o parto constituem ainda uma ameaça à saúde das mulheres. Em 2005, a nível mundial, há registo de 536.000 mortes devido a causas associadas à maternidade, comparadas com as 576.000 em 1990. Noventa e nove por cento destas mortes ocorreram em países em desenvolvimento (mais de metade na África Subsariana e cerca de um terço no sul da Ásia). Os indicadores da mortalidade materna revelam um fosso muito acentuado entre países ricos e pobres. O rácio da mortalidade materna, em 2005, era mais elevado nas regiões subdesenvolvidas e em desenvolvimento, com valores, nestas últimas, de 450 mortes maternas por 100.000 nados-vivos e 900 na África Subsariana, em contraste com as 9 mortes nas regiões desenvolvidas.

A pequena descida no rácio da mortalidade materna global reflecte sobretudo os declínios que tiveram lugar em países com níveis já relativamente baixos de mortalidade materna. Nos países com os mais elevados índices de mortalidade, não houve praticamente progressos, nos últimos 15 anos.

Para cumprir o MDG 5, é necessário um declínio anual de 5,5% nos rácios da mortalidade materna entre 1990 e 2015. De uma forma geral, o rácio diminuiu 5,4%, no período compreendido entre 1990 e 2005, o que significa um declínio médio anual de 0,4%. Para alcançar o MDG 5, deve ser dada prioridade ao melhoramento dos cuidados de saúde para as mulheres e proporcionar o acesso universal a serviços de saúde reprodutiva, nos quais se incluem o planeamento familiar, a prevenção de gravidezes não planeadas e a prestação de cuidados de qualidade no acompanhamento da gravidez e parto, bem como cuidados obstétricos de emergência.

⁴⁴ Número de óbitos de mulheres devido a complicações da gravidez, do parto e do puerpério, observados durante um determinado período de tempo - normalmente, 1 ano civil -, referido ao número de nados vivos ou nascimentos totais do mesmo período.

▪ **Falhas na cobertura e inequidade nos cuidados de saúde maternos, neonatais e pediátricos**

A falha na cobertura dos cuidados de saúde é um indicador agregado da diferença entre a cobertura observada e a cobertura ideal em quatro áreas de intervenção: planeamento familiar, cuidados de saúde maternos e neonatais, imunização e cuidados pediátricos a crianças doentes. A nível geral (54 países), a média deste indicador é de 43%, com valores que variam entre 20 e 70%. Em 18 destes 54 países, o valor foi igual ou superior a 50%, em 29 os valores variaram entre 30 e 49% e apenas 7 países obtiveram valores inferiores a 30%. Tem havido um progresso lento mas gradual na maioria dos países. De uma forma geral, nos países que apresentaram uma evolução positiva essa deveu-se, essencialmente, a progressos na imunização e aos cuidados maternos e neonatais.

▪ **Estimativas da infecção por VIH/SIDA revistas em baixa**

A infecção pelo VIH é uma das ameaças mais importantes para a saúde pública global. A maior parte das infecções por este vírus e das mortes resultantes da doença poderiam ser evitadas se todos tivessem acesso a cuidados preventivos de saúde e a tratamento. O número de pessoas portadoras do vírus tem continuado a aumentar, embora o valor seja inferior ao que tinha sido previamente previsto. Em 2007, o número estimado de pessoas seropositivas foi de 33,2 milhões. No entanto, a recolha de novos dados e a utilização de métodos diferentes de tratamento estatístico conduziu a uma revisão substancial das estimativas para 2006 e para os períodos anteriores. Nessa data, por exemplo, a estimativa mais recente é de 32 milhões face ao valor publicado de 39,5 milhões. A região da África Subsariana continua a ser a zona mais afectada pela infecção por VIH/SIDA. Em 2007, uma em cada três pessoas infectadas, a nível mundial, vivia nessa região. No sul e no sudeste asiático havia registo de 4 milhões de doentes portadores do VIH, contra os 1,6 milhões na Europa do leste e Ásia central.

Apesar do número de pessoas infectadas com VIH ter aumentado, a prevalência da infecção não se alterou desde a década de 90. A nível

mundial, estima-se que 0,8 por cento da população, entre os 15 e os 49 anos de idade, seja portadora do vírus VIH. Os dados actuais indicam que a prevalência da infecção alcançou, em 2000, os 6% e sofreu, em 2007, um declínio para os 5%, fruto da alteração dos comportamentos de risco em vários países e de uma melhor noção da pandemia, sobretudo a nível da África Subsariana.

▪ **Diminuição das mortes por patologia associada ao tabaco**

Fumar é um factor de risco para seis das oito principais causas de morte. O tabaco é responsável por causar a morte de um terço a metade de todos os que o consomem. Cada fumador perde, em média, quinze anos de vida e estima-se que as mortes atribuídas ao tabaco relacionadas com a doença isquémica do coração, acidentes vasculares cerebrais e doença pulmonar obstrutiva crónica aumentem de 5,4 milhões em 2004 para 8,3 milhões em 2030, representando 10% do total de mortes a nível mundial. Dessas, mais de 80 por cento vão ocorrer em países em desenvolvimento.

Há ainda uma grande prevalência do consumo de tabaco em muitos países. Estimou-se para 2005 que 22,5% dos adultos, a nível mundial, consumia tabaco dos quais 36% eram homens e 8% mulheres. Mais de um terço de homens e mulheres adultos, na Europa central e do leste, consomem actualmente tabaco. A prevalência é, também, elevada no sudeste asiático e na Europa ocidental. No entanto, quase dois terços do total de fumadores, a nível mundial, vivem apenas em dez países: Bangladesh, Brasil, China, Alemanha, Índia, Indonésia, Japão, Federação Russa, Turquia e EUA que juntos representam 58% da população global.

A OMS recomenda cinco programas de acção para limitar o consumo de tabaco: ambientes livres de fumo, programas de apoio para fumadores que pretendam deixar de o fazer, avisos relacionados com a saúde nas embalagens de tabaco, exclusão de publicidade e de patrocínios das marcas e aumento da carga fiscal. Cerca de metade dos países a nível mundial não implementa qualquer uma destas medidas. Além disso, pouco mais do que 5% da população mundial está coberta por um qualquer destes programas de acção.

▪ Cancro da mama: mortalidade e rastreio

O cancro é uma das dez principais causas de morte. Estima-se que 7,4 milhões de pessoas morreram de cancro em 2004 e, mantendo-se esta tendência, até 2015 terão morrido 83,2 milhões de doentes oncológicos. O cancro da mama é a causa mais frequente de mortalidade por cancro nas mulheres, sendo responsável por 16% das mortes por carcinoma nas mulheres adultas. A mortalidade poderia ser drasticamente reduzida adoptando medidas de detecção precoce como o rastreio, através da realização de mamografias e consultas adequadas de acompanhamento, no caso de diagnóstico da doença. A detecção precoce do cancro da mama, do cancro do colo do útero e do cancro cólon-rectal reduz substancialmente a mortalidade por estas doenças. Há forte evidência de que, no caso do cancro da mama, a mamografia realizada às mulheres com idade compreendida entre os 50 e os 69 anos pode reduzir a mortalidade em 15 a 25%.

O rastreio é realizado de forma universal em países como a Finlândia, Luxemburgo, Holanda e Suécia. Nesses países, 85% das mulheres, dos 50 aos 69 anos de idade têm, pelo menos, uma mamografia realizada nos últimos três anos. Contrariamente, nos países mais pobres, a prevalência do rastreio é muito baixa. No período compreendido entre 2000 e 2003, o valor era inferior a 5%. A nível mundial, menos de 25 por cento da população feminina foi submetida ao rastreio do cancro da mama.

Mesmo nos países onde o rastreio é comum, há diferenças significativas, de acordo com o estatuto económico. Na Federação Russa, por exemplo, as mulheres com estatuto económico mais elevado têm sete vezes mais probabilidade de terem uma mamografia realizada do que as mulheres com estatuto económico mais baixo. Contrariamente, em países como a Áustria, a Bélgica e a Holanda as mulheres de estrato económico mais pobre têm tanta possibilidade de ter o exame realizado como as de estrato mais rico. O mesmo se passa em países como Portugal ou o Kazaquistão, embora neste último a prevalência do rastreio seja relativamente baixa.

Nos países mais ricos, existe um risco acrescido de morte por cancro da mama (33 por cada 1.000 mulheres contra o valor inferior a 15 por cada 1.000 nos países mais pobres). Esta diferença deve-se a uma combinação de factores nos países mais ricos, tais como o aumento da esperança de vida, a utilização de terapêuticas de substituição hormonal e ao declínio da amamentação.

- **Tendências divergentes na mortalidade: progressos lentos no aumento da esperança de vida na Europa**

A esperança de vida à nascença na Europa há 50 anos era de 66 anos. Na África Subsariana, esse valor era de 38 anos. Ao longo destes últimos cinquenta anos, a esperança de vida à nascença tem vindo a aumentar a nível mundial. No caso da África Subsariana, esse valor aumentou 11 anos; menor aumento foi verificado na Europa (oito anos).

A análise de dados relativos à mortalidade permite sugerir que esta relativa estagnação deve-se a um processo de mudança muito lento em algumas zonas do continente europeu. Em 2005, a esperança de vida à nascença, para ambos os sexos, era de 78,6 anos no norte, no sul e no ocidente europeu. Comparando este valor com os dados referentes a 1950, isto representa um aumento superior a 15 anos no sul da Europa, 11 na Europa ocidental e cerca de 9 no norte europeu. Ao longo do mesmo período, a esperança de vida na Europa do leste aumentou de 64,2 para 67,8 anos, o que significou um aumento de apenas 4 anos. Contribuem para estes valores as doenças cardiovasculares e os acidentes.

- **Tendências futuras na mortalidade global: grandes alterações nos padrões das causas de morte**

À medida que a população dos países pobres envelhece, a mortalidade por doenças não notificadas aumenta significativamente. De uma forma geral, o número de mortes por cancro vai aumentar de 7,4 milhões em 2004 para 11,8 milhões em 2030. De igual forma, o número de mortes por doenças cardiovasculares irá elevar-se de 17,1 para 23,4 milhões. As mortes resultantes dos acidentes rodoviários irão aumentar de 1,3 para 2,4 milhões, no mesmo período, resultantes do aumento de

veículos em circulação nos países de médio e baixo nível de rendimento. Em 2030, as mortes por cancro, doenças cardiovasculares e acidentes rodoviários irão totalizar 56% dos 67 milhões de mortes estimadas por todas as causas. O aumento do número de mortes não notificadas vai ser acompanhado por um declínio na mortalidade por doenças notificadas tais como VIH/SIDA, tuberculose e malária. No entanto, é esperado um aumento no número de mortes a nível mundial devido à infecção por VIH/SIDA. Espera-se que o número se eleve de 2,2 milhões (valor estimado para 2008) para um máximo de 2,4 milhões, em 2012, antes de diminuir para 1,2 milhões, em 2030. Prevê-se que, nessa data, as quatro principais causas de morte a nível mundial sejam a doença isquémica do coração, os acidentes vasculares cerebrais, a doença pulmonar obstrutiva crónica (pelo aumento previsto do consumo de tabaco) e as infecções respiratórias baixas (pneumonia). Os acidentes rodoviários serão a quinta maior causa de mortalidade, em 2030, subindo da nona posição ocupada em 2004. A infecção por VIH/SIDA, apesar do declínio esperado, ocupará a décima posição.

▪ **Gastos catastróficos nos cuidados de saúde e empobrecimento**

A maioria dos países desenvolvidos têm como principal forma de financiamento dos serviços de saúde os impostos ou o seguro de saúde obrigatório, em contraste com os países de médio e baixo nível de rendimento, que dependem muito mais do financiamento através de despesas *out-of-pocket*. Assim, muitos países financiam os seus sistemas de saúde através de pagamentos, efectuados pelos utentes e por co-pagamentos quando os seguros não cobrem a totalidade dos custos, o que impede algumas pessoas, sobretudo as mais pobres, de receber os cuidados de saúde necessários. O pagamento *out-of-pocket* pode conduzir a um maior empobrecimento das famílias em casos de doença grave. Em 2005, os Estados membros da OMS adoptaram uma resolução visando um financiamento da saúde sustentável e uma cobertura universal. O objectivo era desenvolver sistemas financeiros da saúde que não causassem o empobrecimento das pessoas. Foi, então, desenvolvido um estudo que abrangeu 89 países, que totalizavam 90%

O primeiro indicador mencionado neste documento foi a esperança de vida à nascença⁴⁵. Conforme se pode ver no quadro 21, este indicador aumentou cinco anos em Portugal, no período compreendido entre 1990 e 2006. O país apresentava, em 2006, o 12.º melhor valor deste indicador na União Europeia, conjuntamente com outros cinco países (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Malta e Reino Unido). O aumento da esperança de vida, de 1990 para 2006, foi ligeiramente superior no sexo feminino (cinco anos) comparativamente com o sexo masculino (quatro anos).

Quadro 21 – Esperança de vida à nascença (anos)

Estado-Membro	Homens			Mulheres			Total		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Alemanha	72	75	77	78	81	82	75	78	80
Áustria	72	75	77	79	81	83	76	78	80
Bélgica	73	75	77	79	81	82	76	78	79
Bulgária	68	68	69	75	75	76	71	72	73
Chipre	74	75	79	78	79	82	76	77	80
Dinamarca	72	75	76	78	79	81	75	77	79
Eslováquia	67	69	70	76	77	78	71	73	74
Eslovénia	70	72	74	78	80	82	74	76	78
Espanha	73	76	78	80	83	84	77	79	81
Estónia	65	65	67	75	76	79	70	71	73
Finlândia	71	74	76	79	81	83	75	78	79
França	73	75	77	81	83	84	77	79	81
Grécia	75	76	77	79	81	82	77	78	80
Hungria	65	68	69	74	76	78	69	72	73
Irlanda	72	74	77	78	79	82	75	76	80
Itália	74	76	78	80	82	84	77	79	81
Letónia	64	65	65	75	76	76	70	71	71
Lituânia	66	67	65	76	77	77	71	72	71
Luxemburgo	72	75	77	79	81	83	75	78	80
Malta	72	76	77	78	80	81	76	78	79
Países Baixos	74	76	78	80	81	82	77	78	80
Polónia	67	70	71	75	78	80	71	74	75
Portugal	71	73	75	77	80	82	74	77	79
Reino Unido	73	75	77	78	80	81	76	78	79
Rep Checa	68	72	73	75	79	80	71	75	77
Roménia	67	68	69	73	75	76	70	71	73
Suécia	68	77	79	72	82	83	70	80	81

⁴⁵ Número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver, se submetido, desde o nascimento, às taxas de mortalidade observadas no momento (ano de observação). Também é o número de anos que, em média, uma pessoa terá probabilidade de viver.

Em Portugal, a taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nados-vivos)⁴⁶decreceu de 11‰, em 1990, para 3‰, em 2006 (quadro 22). A diminuição é bastante significativa dado que, em 1990, Portugal registava uma das taxas mais elevadas para, em 2006, apresentar o melhor valor da União Europeia, em conjunto com oito outros países (Chipre, Dinamarca, Eslovénia, Finlândia, Itália, Luxemburgo, República Checa e Suécia). Na análise por sexos, constata-se que a mortalidade infantil no sexo masculino é superior à do sexo feminino, no período analisado, situação que é transversal a todos os países representados.

Quadro 22 –Taxa de mortalidade infantil

Estado-Membro	Homens			Mulheres			Total		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Alemanha	8	5	4	6	4	3	7	4	4
Áustria	9	5	4	7	4	3	8	5	4
Bélgica	9	5	4	7	4	4	8	5	4
Bulgária	16	15	10	12	12	10	14	14	10
Chipre	12	5	4	10	5	3	11	5	3
Dinamarca	9	6	4	6	4	3	7	5	3
Eslováquia	14	10	7	10	7	6	12	8	7
Eslovénia	10	6	3	7	4	4	8	5	3
Espanha	8	5	4	7	4	3	7	4	4
Estónia	14	10	6	10	7	3	12	9	5
Finlândia	6	4	3	6	3	2	6	4	3
França	8	5	4	6	4	3	7	4	4
Grécia	10	7	4	9	5	4	9	6	4
Hungria	17	10	6	13	9	5	15	9	6
Irlanda	9	7	4	8	5	3	8	6	4
Itália	9	5	4	7	4	3	8	5	3
Letónia	16	12	8	11	9	7	14	11	8
Lituânia	11	8	7	10	9	6	10	8	7
Luxemburgo	9	4	3	7	4	3	8	4	3
Malta	12	7	6	8	5	4	10	6	5
Países Baixos	8	6	5	6	5	4	7	5	4
Polónia	11	9	7	14	7	5	16	8	6
Portugal	13	7	4	10	5	3	11	6	3
Reino Unido	9	6	5	7	5	4	8	6	5
Rep Checa	13	5	4	9	4	3	11	4	3
Roménia	26	21	15	21	17	13	23	19	14
Suécia	7	4	3	5	3	3	6	3	3

⁴⁶ Mortalidade infantil (primeiro ano de vida) observada durante um determinado período de tempo, normalmente um ano, referida ao número de nascidos vivos do mesmo período.

A análise do quadro 23 permite concluir que a taxa de mortalidade adulta⁴⁷ decresceu, em Portugal, entre 1990 e 2006, estando, no entanto, longe dos valores alcançados em 2006, por exemplo, em Espanha. É, também, possível observar que o sexo masculino apresentava valores desta taxa significativamente mais elevados que o sexo feminino.

Quadro 23 –Taxa de mortalidade adulta

Estado-Membro	Homens			Mulheres			Total		
	1990	2000	2006	1990	2000	2006	1990	2000	2006
Alemanha	157	124	106	77	63	55	118	94	81
Áustria	153	126	105	74	63	51	114	95	79
Bélgica	139	130	111	75	68	61	107	100	86
Bulgária	216	222	219	97	97	63	158	160	157
Chipre	110	107	74	61	56	42	86	82	58
Dinamarca	152	122	111	99	77	65	126	100	88
Eslováquia	269	215	196	103	79	76	187	147	136
Eslovénia	207	167	148	81	72	56	145	121	104
Espanha	146	122	105	60	49	44	103	86	75
Estónia	301	318	279	107	120	96	204	218	186
Finlândia	183	143	132	70	63	57	128	104	96
França	162	138	124	67	61	57	115	100	91
Grécia	117	116	106	56	48	44	86	82	76
Hungria	304	271	249	133	114	104	219	193	177
Irlanda	133	120	88	81	70	56	108	96	72
Itália	129	101	83	60	51	44	95	76	64
Letónia	311	320	323	118	117	123	215	218	223
Lituânia	287	293	333	107	103	113	196	197	223
Luxemburgo	160	121	109	79	67	55	121	95	83
Malta	107	90	75	62	54	47	84	72	62
Países Baixos	116	100	81	67	67	59	92	84	70
Polónia	263	216	209	102	86	79	184	152	145
Portugal	176	155	133	80	66	53	127	111	93
Reino Unido	129	108	98	78	67	61	104	88	80
Rep Checa	230	172	148	95	76	67	163	124	108
Roménia	239	237	218	114	106	95	177	173	157
Suécia	137	87	78	72	56	49	105	72	64

⁴⁷ Probabilidade de morrer entre os 15 e os 60 anos, por 1.000 habitantes.

Relativamente à taxa de mortalidade materna, Portugal apresentava, em 2005, um valor igual ou inferior ao de países como a Bulgária, Estónia, Lituânia, Luxemburgo e Roménia. Os restantes 21 países da União Europeia apresentavam, em 2005, valores inferiores aos de Portugal. De reparar também que, dos oito países que, conjuntamente com Portugal, exibem a taxa de mortalidade infantil mais baixa, apenas o Luxemburgo apresenta um valor superior a Portugal neste quadro.

Quadro 24 –Taxa de mortalidade materna (por 1.000 nados-vivos)

Estado-Membro	Mulheres
	2005
Alemanha	4
Áustria	4
Bélgica	8
Bulgária	11
Chipre	10
Dinamarca	3
Eslováquia	6
Eslovénia	6
Espanha	4
Estónia	25
Finlândia	7
França	8
Grécia	3
Hungria	6
Irlanda	1
Itália	3
Letónia	10
Lituânia	11
Luxemburgo	12
Malta	8
Países Baixos	6
Polónia	8
Portugal	11
Reino Unido	8
República Checa	4
Roménia	24
Suécia	3

O número de médicos por habitante tem vindo a aumentar, em Portugal, embora continue muito afastado do valor mais elevado da União Europeia detido pelo Chipre (333 por 10.000 habitantes) e seguido pela Grécia (50 por 10.000 habitantes). Relativamente ao número de enfermeiros e parteiras, Portugal detinha, no período em análise, o quinto pior valor dos países da União Europeia (47 por 10.000 habitantes), o que significa que permanece ainda muito afastado do melhor valor conseguido pela Irlanda (195 por 10.000 habitantes). Aqui parece que Portugal estará mais afastado da média, o que se reflecte depois num rácio enfermeiros/médicos relativamente baixo.

Quadro 25 – Recursos humanos na saúde – médicos e enfermeiros e parteiras

Estado-Membro	Médicos		Enfermeiros e Parteiras	
	N.º	Densidade *	N.º	Densidade *
	2000-2006		2000-2006	
Alemanha	284 427	34	662 000	80
Áustria	30 068	37	53 782	66
Bélgica	44 124	42	146 846	142
Bulgária	1 950	3	35 028	46
Chipre	28 111	333	3 361	40
Dinamarca	19 287	36	54 073	101
Eslováquia	16 868	31	35 755	66
Eslovénia	4 723	24	15 711	80
Espanha	135 300	33	328 891	76
Estónia	4 414	33	9 247	70
Finlândia	17 357	33	46 930	89
França	207 277	34	486 006	80
Grécia	55 556	50	40 000	36
Hungria	30 575	30	92 171	92
Irlanda	12 394	29	81 901	195
Itália	215 000	37	419 523	72
Letónia	7 200	31	12 840	56
Lituânia	13 510	40	26 140	77
Luxemburgo	1 255	27	4 418	96
Malta	1 564	39	2 411	60
Países Baixos	60 519	37	239 172	146
Polónia	76 046	20	199 622	52
Portugal	36 138	34	48 979	47
Reino Unido	133 641	23	740 731	128
República Checa	36 595	36	91 120	89
Roménia	41 455	19	90 698	42
Suécia	29 190	33	97 005	109

* Por 10.000 habitantes

De acordo com o Alto Comissariado da Saúde, o número de odontologistas tem vindo a aumentar em Portugal permanecendo, no entanto, muito afastado do melhor valor da União Europeia (Grécia, com 12 odontologistas por 10.000 habitantes). Relativamente ao número de farmacêuticos por 10.000 habitantes, Portugal detinha o terceiro melhor valor o que significa que sofreu uma aproximação ao melhor valor da União Europeia (20 por 10.000 habitantes).

Quadro 26 –Recursos humanos na saúde – odontologistas e farmacêuticos

Estados-Membro	Odontologistas		Farmacêuticos	
	N.º	Densidade *	N.º	Densidade *
	2000-2006		2000-2006	
Alemanha	65 683	8	46 953	6
Áustria	4 467	5	5 076	6
Bélgica	8 305	8	11 775	11
Bulgária	6 512	9	1 020	1
Chipre	715	9	160	2
Dinamarca	4 530	8	3 564	7
Eslováquia	2 441	5	2 637	5
Eslovénia	1 198	6	905	5
Espanha	23 300	5	39 900	9
Estónia	1 175	9	869	7
Finlândia	4 490	9	5 829	11
França	41 374	7	69 431	11
Grécia	13 438	12	8 977	8
Hungria	4 997	5	5 364	5
Irlanda	2 414	6	3 565	9
Itália	37 000	6	44 000	8
Letónia	1 561	7
Lituânia	2 249	7	2 184	6
Luxemburgo	343	8	401	9
Malta	190	5	790	20
Países Baixos	7 994	5	2 842	2
Polónia	11 881	3	21 971	6
Portugal	6 149	6	10 320	10
Reino Unido	58 726	10	29 726	5
República Checa	6 933	7	5 842	6
Roménia	4 360	2	901	<1
Suécia	7 270	8	5 885	7

* Por 10.000 habitantes

A análise ao quadro 27 permite concluir que Portugal detinha, no período compreendido entre 2000 e 2006, o terceiro pior valor da União Europeia do rácio entre enfermeiros/parteiras e médicos. O rácio número de camas de hospital por 10.000 habitantes apresenta, no período entre 2000 e 2007 em Portugal, um valor igualmente baixo face aos restantes países da União Europeia podendo, no entanto, ser parcialmente explicado pelo aumento dos cuidados de saúde, prestados em regime de ambulatório, no país.

Quadro 27 – Rácio enfermeiros e parteiras/médicos e camas de hospital

Estados-Membro	Rácio Enfermeiros e Parteiras/Médicos	Camas de Hospital *
	2000-2006	2000-2007
Alemanha	2.3	83
Áustria	1.8	76
Bélgica	3.4	53
Bulgária	18.3	62
Chipre	0.1	38
Dinamarca	2.8	38
Eslováquia	2.1	68
Eslovénia	3.3	48
Espanha	2.3	34
Estónia	2.1	56
Finlândia	2.7	70
França	2.3	73
Grécia	0.7	47
Hungria	3.0	79
Irlanda	6.6	56
Itália	2.0	40
Letónia	1.8	76
Lituânia	1.9	80
Luxemburgo	3.5	63
Malta	1.5	76
Países Baixos	3.9	50
Polónia	2.6	56
Portugal	1.4	37
Reino Unido	5.5	39
República Checa	2.5	84
Roménia	2.2	65
Suécia	3.3	...

* Por 10.000 habitantes

Em Portugal, à semelhança de outros países da União Europeia, a despesa total em saúde, medida em percentagem do PIB tem vindo a aumentar, em resultado do envelhecimento da população. Tanto em 2000 como em 2005, o Serviço Nacional de Saúde foi responsável por cerca de 72% da despesa total em saúde. A despesa privada financiou os restantes 28%. A repartição da despesa total em saúde foi semelhante nos restantes países com despesa total em saúde medida em percentagem do PIB semelhante à de Portugal, à excepção da Grécia.

Quadro 28 – Rácios de despesas em saúde

Estado-Membro	Despesa total em saúde medida em % do PIB		Despesa pública em saúde (% da despesa total em saúde)		Despesa privada em saúde (% da despesa total em saúde)	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Alemanha	10.3	10.7	79.7	76.9	20.3	23.1
Áustria	10.0	10.2	75.9	75.7	24.1	24.3
Bélgica	9.1	9.6	71.8	71.4	28.2	28.6
Bulgária	6.2	7.7	58.7	60.6	41.3	39.4
Chipre	5.7	6.0	41.6	42.3	58.4	57.7
Dinamarca	8.3	9.1	82.4	84.1	17.6	15.9
Eslováquia	5.5	7.0	89.4	74.4	10.6	25.6
Eslovénia	8.4	8.5	74.0	72.4	26.0	27.6
Espanha	7.2	8.2	71.6	71.4	28.4	28.6
Estónia	5.3	5.0	77.5	76.9	22.5	23.1
Finlândia	6.6	7.5	75.1	77.8	24.9	22.2
França	9.6	11.2	78.3	79.9	21.7	20.1
Grécia	9.3	10.1	44.2	42.8	55.8	57.2
Hungria	6.9	7.8	70.7	70.8	29.3	29.2
Irlanda	6.3	8.2	73.5	79.5	26.5	20.5
Itália	8.1	8.9	72.5	76.6	27.5	23.4
Letónia	6.0	6.4	54.7	60.5	45.3	39.5
Lituânia	6.5	5.9	69.7	67.3	30.3	32.7
Luxemburgo	5.8	7.7	89.3	90.7	10.7	9.3
Malta	6.8	8.4	72.5	77.4	27.5	22.6
Países Baixos	8.0	9.2	63.1	64.9	36.9	35.1
Polónia	5.5	6.2	70.0	69.3	30.0	30.7
Portugal	8.8	10.2	72.5	72.3	27.5	27.7
Reino Unido	4.1	5.1	43.9	56.9	56.1	43.1
Rep Checa	6.5	7.1	90.3	88.6	9.7	11.4
Roménia	4.6	5.5	74.1	70.3	25.9	29.7
Suécia	8.2	9.2	84.9	81.7	15.1	18.3

Relativamente à despesa pública em saúde medida em % da despesa total do Estado, verificou-se um aumento deste rácio no período compreendido entre 2000 e 2005 para Portugal e restantes países da União Europeia à excepção da Alemanha, Chipre e Lituânia. Em 2005, Portugal apresentava o quinto maior valor do rácio no conjunto dos países da União Europeia. O valor da despesa *out-of-pocket* medida em percentagem da despesa privada em saúde sofreu uma ligeira diminuição no período em análise. Em termos do peso da despesa *out-of-pocket*, em percentagem da despesa total em saúde, esta correspondia, em 2005, a 22%. Trata-se de um indicador tradicionalmente elevado, mas que tem vindo a aproximar-se daquilo que se verifica noutros países.

Quadro 29 - Rácios de despesas em saúde (continuação)

Estado-Membro	Despesa pública em saúde (% da despesa total do Estado)		Despesa out-of-pocket (% da despesa privada em saúde)	
	2000	2005	2000	2005
Alemanha	18.2	17.6	55.2	56.8
Áustria	14.7	15.5	69.5	67.4
Bélgica	13.4	13.9	84.7	78.7
Bulgária	8.6	12.1	99.1	96.3
Chipre	6.4	5.8	95.3	89.7
Dinamarca	12.6	14.4	91.0	90.1
Eslováquia	9.5	13.9	100.0	88.1
Eslovénia	13.1	13.4	44.1	45.0
Espanha	13.2	15.4	83.1	73.1
Estónia	11.3	11.5	88.5	88.7
Finlândia	10.2	11.6	82.0	80.0
França	14.6	16.6	34.4	33.2
Grécia	10.1	11.5	66.8	62.0
Hungria	10.5	11.1	89.8	86.8
Irlanda	14.7	19.0	41.0	59.3
Itália	12.7	14.1	89.1	86.6
Letónia	8.8	10.8	96.8	97.7
Lituânia	14.6	11.9	86.2	98.6
Luxemburgo	13.9	16.5	65.2	70.5
Malta	12.0	14.6	96.9	89.4
Países Baixos	11.4	13.2	24.3	21.9
Polónia	9.4	9.9	100.0	85.1
Portugal	14.9	15.5	80.8	79.8
Reino Unido	11.2	12.66	69.5	92.1
Rep Checa	14.1	14.4	100.0	95.3
Roménia	9.9	12.4	100.0	85.0
Suécia	12.4	13.6	91.1	88.5