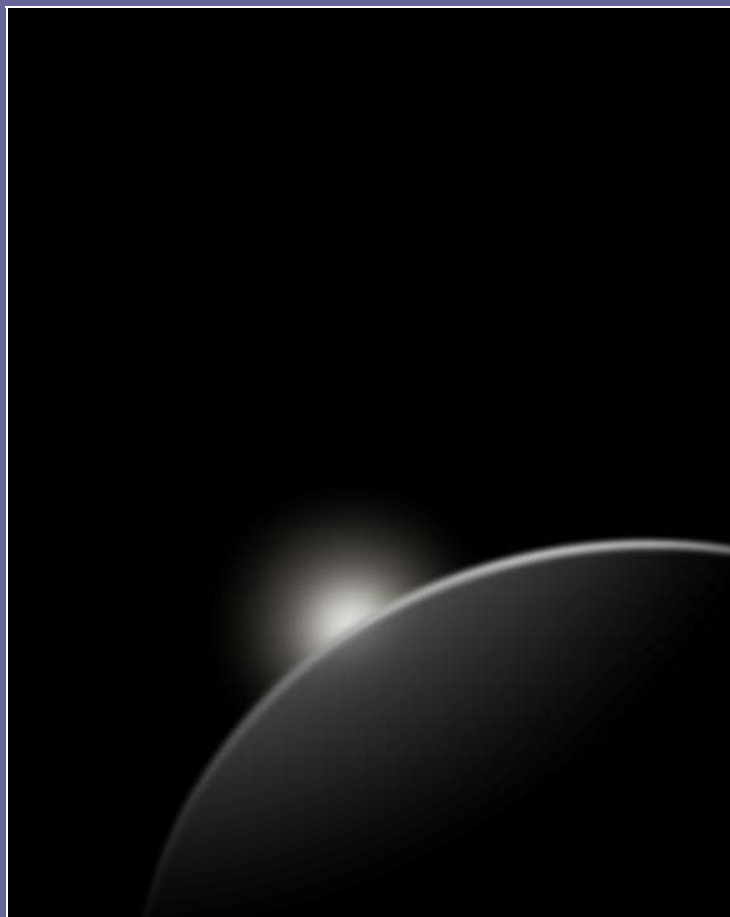


OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS  
DOS SISTEMAS DE SAÚDE



# Relatório de Primavera 2007



**Luzes e Sombras**

**A governação da saúde**



# *Relatório de Primavera 2007*

## *Luzes e Sombras A governação da saúde*



[www4.fe.uc.pt/opss](http://www4.fe.uc.pt/opss)  
[www.observaport.org](http://www.observaport.org)

**Título:** Luzes e sombras: A governação em saúde.

Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), 2007 - Número de páginas: 226

**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 Cláudia Vigário



## ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA .....	xiii
<b>PARTE I - SISTEMAS DE SAÚDE EM TRANSIÇÃO: REFORMA DA SAÚDE</b>	
<b>EM PORTUGAL, NUM CONTEXTO GLOBAL .....</b>	<b>1</b>
1. O contexto global .....	5
Estados Unidos da América	
República Popular da China	
Europa 1: Reino Unido (Inglaterra)	
Europa 2: Alemanha	
Europa 3: Holanda	
Europa 4: Espanha	
2. Observações sobre a realidade portuguesa .....	15
Responsabilidade social e individual no financiamento da saúde	
A caminho de um “Estado de Garantias”?	
Centralidade do cidadão no contexto da sociedade do conhecimento e da inovação	
Gestão da mudança no Serviço Nacional de Saúde	
<b>PARTE II - O RELATÓRIO DE PRIVAMERA 2006 .....</b>	<b>35</b>
1. Análise da comunicação social .....	37
Reforma dos cuidados de saúde primários	
Plano Nacional de Saúde	
Medicamentos e farmácias	
Maternidades e blocos de parto	
Listas de espera para cirurgia	

<b>PARTE III - UM ANO DE GOVERNAÇÃO NA SAÚDE .....</b>	<b>43</b>
<b>1. O financiamento do SNS .....</b>	<b>45</b>
Enquadramento macro-económico	
Orçamento real e execução orçamental	
Sustentabilidade financeira	
Princípio do utilizador-pagador	
<b>2. Os cuidados de saúde primários .....</b>	<b>61</b>
Breve caracterização dos Cuidados de Saúde Primários, em Portugal	
Linhas gerais da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e	
actividade da Missão para os Cuidados de Saúde Primários	
O processo de constituição das Unidades de Saúde Familiar	
Sistemas de informação	
A reforma da saúde pública	
A reconfiguração dos Centros de Saúde, a extinção das Regiões e a	
reestruturação das ARS	
Os SAP - Protocolos celebrados entre o Ministério da Saúde e as autarquias	
Conclusões	
<b>3. A rede hospitalar .....</b>	<b>103</b>
Breve caracterização dos cuidados hospitalares em Portugal	
Relatório do Tribunal de Contas	
O processo de empresariação dos hospitais do SNS	
Reestruturação da rede de urgências	
Parcerias Público-Privadas	
<b>4. Espera cirúrgica: A contribuição de três anos de SIGIC .....</b>	<b>129</b>
Introdução	
Análise do desempenho	
Conclusões	
<b>5. Evolução da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados .</b>	<b>139</b>
Resumo da implementação das experiências piloto	
Observações gerais: Desafios futuros	
<b>6. Farmácias e medicamentos .....</b>	<b>149</b>
Medicamentos não sujeitos a receita médica obrigatória	
ANF e Farmácias	
Preço dos medicamentos	
Controlo do encargo do SNS com medicamentos	
Terapêutica racional e segurança dos cidadãos	
Balanço de dois anos	

7. Promoção e protecção da saúde. Implementação do Plano Nacional de Saúde .....	159
Indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde	
Estratégias locais de saúde	
Mudança centrada no cidadão – as redes sociais	
Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis: o caso do tabagismo	
Controlo da tuberculose em Portugal – Síntese relativa a 2005/2006	
 PARTE IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	 193
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS / BASE DE EVIDÊNCIA .....	 201

## ÍNDICE DOS QUADROS

1	Despesa total em saúde (% do PIB) .....	46
2	Despesa pública em saúde (% do PIB) .....	47
3	Despesa e receita do SNS 2006 .....	52
4	Dados de estrutura dos cuidados de saúde primários .....	62
5	Evolução dos recursos humanos nos centros de saúde .....	62
6	Evolução da produção dos cuidados de saúde primários .....	64
7	Movimento assistencial nos centros de saúde .....	66
8	Cobertura populacional dos centros de saúde .....	66
9	% do financiamento atribuído por grupos de serviço .....	67
10	Indicadores de custo .....	69
11	Principais actividades da MCSP .....	72
12	Ponto da situação sobre o encerramento (nocturno) de SAP que anteriormente funcionavam 24h/dia .....	86
13	Protocolos assinados com as Câmaras Municípios .....	88
14	Compromissos genéricos estabelecidos entre as ARS e os Municípios, no âmbito do encerramento dos SAP .....	89
15	Evolução da produção hospitalar .....	104
16	Rede proposta de urgências hospitalares .....	119
17	Hospitais com serviços de urgências a encerrar .....	121
18	Novas unidades hospitalares PPP .....	126
19	Classificação das novas unidades hospitalares PPP .....	127
20	Patologias e tempos médios de espera .....	132
21	Diferencial entre os tempos médios de espera para tratamento cirúrgico e tratamento cirúrgico das neoplasias malignas .....	132
22	Situação dos doentes a quem foi distribuído o vale-cirurgia .....	134
23	Projecção do total de casos com indicação cirúrgica .....	136



24	Evolução da implementação das experiências piloto nas tipologias de internamento .....	141
25	Acordos celebrados para unidades de internamento das experiências piloto .....	142
26	Evolução da capacidade em camas contratadas nas tipologias de internamento para as experiências piloto .....	142
27	Número de camas contratadas nas tipologias de internamento das experiências piloto por Região .....	143
28	Cidadãos apoiados nas unidades de internamento das experiências piloto, por tipologia de internamento .....	143
29	Cidadãos apoiados nas unidades de internamento das experiências piloto, por tipologia de internamento e região .....	144
30	Taxa de utilização das camas contratadas, por tipologia de internamento das experiências piloto, por região .....	144
31	Capacidade anual da Rede em dias de internamento .....	145

## ÍNDICE DAS FIGURAS

1	Reforma do Reino Unido para garantir um serviço que responde, num mundo de mudança .....	10
2	A reforma holandesa .....	12
3	Organizar e financiar a oferta de serviços de saúde à população portuguesa .....	23
4	Da lógica da “oferta de recursos” para a lógica “da procura de resultados” .....	27
5	Tempo um: Começar por descongelar a periferia, promovendo a criação das unidades de saúde familiar .....	31
6	Tempo dois (em curso): Inserir as unidades periféricas nos novas agregações de centros de saúde, como organizações em rede, que substituem as sub-regiões de saúde .....	31
7	Abordagem “ <i>top down</i> ” da reforma hospitalar .....	32
8	Despesa total em saúde (% do PIB) .....	46
9	Despesa total em saúde no PIB e despesa total <i>per capita</i> em US\$PPP, 2004 .....	48
10	Relação público/privado na despesa em saúde .....	49
11	Evolução da produção nas consultas dos centros de saúde .....	65
12	% do financiamento atribuído às ARS .....	68
13	Entradas de candidaturas e aberturas de USF .....	77
14	Distribuição regional das candidaturas entradas e das USF em funcionamento .....	78
15	Distribuição dos tipos de hospitais .....	103
16	Evolução dos médicos e dos enfermeiros hospitalares .....	104
17	Evolução da produção cirúrgica no SNS. 1986-2005 .....	135

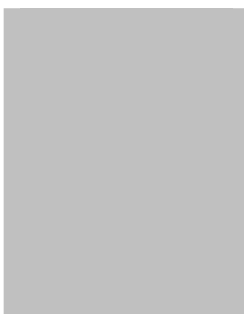
18	Tipologias de centramento no cidadão numa perspectiva do seu empoderamento e sentido de coerência .....	167
19	Análise semântica ao conteúdo das mensagens dos CLAS .....	173
20	Resposta à pergunta QB34.3 - “Concorda com a limitação de fumar em escritórios ou outros locais de trabalho interiores?” .....	180
21	Resposta à pergunta QB34.4 - “Concorda com a limitação de fumar em qualquer espaço interior (metro, aeroportos, lojas, etc.?” .....	181
22	Resposta à pergunta QB34.1 - “Concorda com a limitação de fumar em restaurantes?” .....	182
23	Resposta à pergunta QB34.1 - “Concorda com a limitação de fumar em bares ou pubs?” .....	183
24	Prevalência de fumadores de 1987 a 2005 .....	185
25	Prevalência de nunca fumadores de 1987 a 2005 .....	185
26	Taxa de incidência de tuberculose no Continente e Regiões Autónomas (casos notificados). Evolução na década de 1997-2006 .....	186
27	Evolução da taxa de incidência de tuberculose notificada, por 100.000 habitantes, por grupos etários, durante a década 1997-2006 .....	187
28	Taxa de incidência estimada em 2005 .....	188
29	Taxa de incidência de tuberculose notificada no Continente e Regiões Autónomas, em 2006 .....	189
30	Estados DOTS em 2005, países próximos das metas da OMS .....	190



## ÍNDICE DAS ABREVIATURAS

ACS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Serviço de Saúde
APES	Associação Portuguesa de Economia da Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CLAS	Conselho Local de Acção Social
CS	Comissões Sociais
CSP	Cuidados de Saúde Primários
EBE	Estado de Bem-Estar
ELSa	Estratégia Local de Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERA	Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento
ETO	Equipa Técnica Operacional
EUA	Estados Unidos da América
GANEC	Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MNSRM	Medicamentos não Sujeitos a Receita Médica
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPP	Parceria Público Privado
PRACE	Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
RIS	Rede Informática da Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RRE	Regime Remuneratório Experimental
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SAPE	Serviço de apoio à Prática de Enfermagem
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
SRS	Sub-Região de Saúde
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUMC	Serviço de Urgências Médico-Cirúrgicas
SUP	Serviço de Urgência Polivalente
UE15	União Europeia a 15 países
US\$PPP	<i>Dólares, paridade de poder de compra</i>
USF	Unidade de Saúde Familiar



## COLABORADORES DESTE RELATÓRIO

Ana Maria Santos Silva

António Rodrigues

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Fernando Gomes

Francisco Batel Marques

Joana Sousa Ribeiro

José Luís Biscaia

Luís Saboga Nunes

Manuela Mota Pinto

Óscar Lourenço

Paulo Kuteev Moreira

Pedro Beja Afonso

Pedro Lopes Ferreira (Coordenador)

Teodoro Briz

Victor Raposo



## NOTA INTRODUTÓRIA

O enfoque de análise deste Relatório é o período compreendido entre Junho de 2006 e Maio/Junho de 2007. Durante este ano de governação, vários foram os alvos de atenção e de intervenção do Ministério da Saúde. Se este facto espelha a complexidade do sector e das tarefas de qualquer dirigente do Ministério, o que também é certo é que nem sempre foi clara qual a estratégia seguida para coordenar as acções de todas as áreas.

Se pretendermos resumir as prioridades políticas do Governo para a saúde, poderemos mencionar a racionalização dos recursos, a contenção da despesa pública e a consolidação orçamental, como praticamente irrepreensíveis se analisadas sob o ponto de vista meramente financeiro. No entanto, muitas delas foram acompanhadas de pouca sensibilidade social.

- ▶ Assim, e para começarmos pelo início político deste Governo, o Programa do XVII Governo Constitucional apresentou um conjunto de objectivos e medidas assentes no primado do cidadão no contexto do sistema de saúde, com pontos indutores de uma maior eficiência e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde e com os centros de

saúde a ressurgirem como elementos estruturantes e propulsores da mudança.

- ▶ O contexto financeiro em que tudo isto aconteceu é também de realçar. Com este Ministro, a saúde possuiu finalmente um orçamento quase correspondente às necessidades: foi concedido ao SNS uma dotação financeira aproximada à despesa conhecida no final do ano transacto. Independentemente disto, foi nomeada em 30 de Março de 2006 uma “Comissão de Análise da Sustentabilidade Financeira do SNS”, cujo relatório, embora já entregue ao Ministro em Fevereiro, foi finalmente divulgado em 25 de Junho no Portal da Saúde.
  
- ▶ Este orçamento “verdadeiro” veio naturalmente abrir as portas a uma contratualização entre o financiador público e as entidades prestadoras de cuidados, também esta potencialmente mais verdadeira. É assim de louvar o renascimento da contratualização com o estabelecimento, em especial em relação aos cuidados de saúde primários e às Unidades de Saúde Familiares (USF), de indicadores de contratualização não só financeiros ou de produção, mas também de processo e alguns mesmo de resultado. No entanto, a forma pouco participativa com que alguns contratos-programa foram finalizados e assinados, pode pôr em risco a “montagem” de um processo entre financiador e prestador de cuidados que se pretende negociado, transparente, rápido e completo.
  
- ▶ Por outro lado, ainda na componente financeira, foram tomadas decisões relativamente às taxas moderadoras que permitem antever, segundo alguns, a instituição de formas de co-pagamento. É o caso, por



exemplo, das novas taxas moderadoras para internamento e cirurgia de ambulatório.

- ▶ Em relação à anunciada organização do Ministério da Saúde, as Administrações Regionais de Saúde (ARS) irão ser transformadas em Institutos Públicos e foi anunciada a eliminação das Sub-Regiões de Saúde (SRS), seis das quais, já para muito curto prazo. A efectiva criação da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) continua, no entanto, a constituir pouco mais do que uma intenção.
  
- ▶ Iniciou-se uma reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) com a criação de uma unidade de missão (com um prazo inicial de duração de 18 meses, posteriormente prolongado por mais dois anos, até ao fim do mandato do Governo). Um dos pontos mais emblemáticos e de êxito da actividade desta unidade de missão foi a criação das USF, formas mais actuais de organização e de prestação de cuidados de saúde. Para além de alguns entraves de natureza burocrática, estas unidades carecem, no entanto, de sistemas de informação amadurecidos e de largura de banda suficientes para servirem os cidadãos de uma forma mais eficaz e para permitirem a comunicação, nomeadamente com outros níveis de cuidados. Podemos ainda referir as alterações no Ministério da Saúde das suas estruturas desconcentradas que estão, de certo modo, a criar entropia no processo de mudança.
  
- ▶ Já em relação à saúde pública parece haver problemas de clarificação de qual a estratégia a seguir, com evidente reflexos nos profissionais e, se não solucionados a tempo, na própria população.

- ▶ Prosseguiu a reestruturação da rede hospitalar com o encerramento de mais alguns blocos de parto, a transformação jurídica de alguns hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) em Entidades Públicas Empresariais (EPE) e a continuação da agregação de hospitais em centros hospitalares.
- ▶ O processo de estabelecimento de contratos de Parcerias Público-Privado (PPP) tem, com alguns avanços e recuos, seguido lentamente o seu caminho. No entanto, 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 ou a estratégia preconizada.
- ▶ Iniciou-se o processo de reestruturação e requalificação da rede de urgências, o qual envolveu os serviços de atendimento permanente e os serviços de urgências hospitalares. Este trabalho teve por base o Despacho Ministerial n.º 18.459/2006, de 30 de Julho e a proposta da Comissão Técnica de Apoio à Requalificação das Urgências, com o estabelecimento de três níveis de urgência (serviço de urgência polivalente, serviço médico-cirúrgico e serviço de urgência básico). Na sequência deste trabalho, o Ministério da Saúde assinou protocolos com alguns Municípios, relacionando as propostas de encerramento de alguns serviços ou alterações de horário de funcionamento dos SAP com a reestruturação de alguns serviços de urgência hospitalar.
- ▶ A abordagem seguida na reestruturação, intervenção e requalificação das infra-estruturas de saúde foi, no entanto, muito fragmentada e não

inserida numa visão global das infra-estruturas locais. Ficou aqui a imagem de encerramentos e a percepção de retracção dos serviços públicos e da protecção social na saúde.

- ▶ Em relação às listas de espera há a salientar uma considerável diminuição do tempo médio de espera para um tratamento cirúrgico, mantendo-se, apesar disto, para algumas patologias, tempos excessivos. Continuam a não estar disponíveis os tempos máximos de espera desagregados por patologia e por hospital, e continua a não ser cumprida a exigência de apresentação periódica de resultados à Assembleia da República.
- ▶ Manteve-se a tarefa de criação da rede nacional de cuidados continuados integrados com a colaboração dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.
- ▶ Os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) à venda fora das farmácias, mantinham em Abril deste ano, um valor médio do índice de preços de 99%, face aos 95% anunciados há um ano, tal como calculado pelo Infarmed tendo como base Agosto de 2005.
- ▶ Em relação aos restantes medicamentos foram feitas alterações aos preços, às comparticipações, às margens de comercialização dos agentes, à lista de países de referência e ao método de cálculo para a fixação do preço máximo de novos medicamentos. Parece-nos ainda precoce qualquer análise sobre o impacto de tais medidas no preço final dos medicamentos para os cidadãos.

- ▶ Entretanto, são alteradas as condições de propriedade das farmácias, são anunciadas alterações à capitação mínima por farmácia e 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.
  
- ▶ Por fim, o Plano Nacional de Saúde (PNS) continua o seu caminho e apresenta mesmo alguns progressos. No entanto, sente-se que falta alguma agressividade na sua implementação para uma afirmação como efectiva estratégia global de saúde.

De todos os temas percorridos pela governação em saúde o OPSS elegeu alguns para uma análise mais aprofundada, muito como consequência da sua relevância política e para os cidadãos, mas também da informação disponível e a que tivemos acesso.

Junho de 2007

Pedro Lopes Ferreira  
Coordenador do OPSS

## **PARTE I**

# **SISTEMAS DE SAÚDE EM TRANSIÇÃO: REFORMA DA SAÚDE EM PORTUGAL, NUM CONTEXTO GLOBAL**



Os sistemas de saúde e os determinantes da sua evolução são de uma grande complexidade. Segundo o jornalista americano H. L. Mencken (1996), “... para cada questão difícil há sempre uma resposta simples que habitualmente está errada...” .

A análise que se segue é naturalmente uma grande simplificação daquelas realidades complexas. E isso, principalmente porque os seus destinatários não são especialistas nestes domínios do conhecimento mas, antes, cidadãos ou profissionais informados, interessados em saber o essencial sobre a evolução do sistema de saúde que lhes diz respeito.







## O CONTEXTO GLOBAL

Os sistemas de saúde evoluem sob o jogo de pressões contínuas de interesses e pontos de vista distintos.

Para a governação da saúde, o desafio é compatibilizar a promoção e a protecção da saúde das pessoas com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade. Observa-se no entanto, que a forma de procurar este equilíbrio, faz-se de formas extremamente díspares. Estas reflectem a diversidade dos países, no contexto político, socio-económico e cultural em que se insere a evolução dos sistemas de saúde.

Para entender melhor este contexto, será porventura útil proporcionar uma imagem, o mais global possível, dos desafios da saúde. Esta permitirá uma melhor compreensão dos principais determinantes da evolução do sistema de saúde português. Para isso optou-se por referir, sucintamente, alguns exemplos particularmente relevantes:

- ▶ os Estados Unidos (EUA), onde o debate sobre a evolução do sistema de saúde está particularmente aceso – prevê-se um aumento significativo da influência americana no pensamento europeu da saúde;
- ▶ a República Popular da China, em grande crescimento económico, mas onde as progressivas desigualdades parecem afectar o acesso aos cuidados de saúde – na economia global produzir muito com pequenos custos sociais constitui uma forma de concorrência cujo significado ético não pode ser iludido;
- ▶ a Holanda, experimentando há cerca de ano e meio uma reforma de saúde com ênfase particular em dispositivos concorrenciais invulgares no contexto Europeu – este acontecimento está fortemente identificado com o contexto político que lhe deu origem;
- ▶ o Reino Unido (Inglaterra), fazendo o balanço de dez anos da política de saúde do “New Labour” – os seus sucessos e insucessos têm alguma importância para o debate da saúde nos Serviços Nacionais de Saúde (SNS) dos países do sul da Europa;
- ▶ a Alemanha, governada pela “Grande Coligação”, começando a introduzir incrementalmente algumas importantes modificações – exemplifica as vantagens e as limitações dos grandes consensos na saúde; e
- ▶ a Espanha, onde o sistema público da saúde parece estar a perder terreno nas percepções da sociedade espanhola – oferece motivos para uma reflexão urgente sobre as causas desta evolução.

## Estados Unidos da América

Nos Estados Unidos observam-se sinais claros de importantes modificações nas políticas de saúde do país, de entre os quais se podem realçar os seguintes:

- ▶ reformas significativas em alguns Estados com o fim de caminhar no sentido de assegurar uma cobertura obrigatória para o acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos – reposta ao facto de actualmente mais de 40 milhões de americanos não beneficiarem dessa cobertura;
- ▶ o mundo empresarial manifesta preocupações crescentes face ao impacto dos custos crescentes dos cuidados de saúde na sua competitividade;

Em meados de 2006 os dirigentes das principais empresas automóveis dos Estado Unidos - General Motors, Ford e Chrysler - pediram uma audiência ao Presidente dos EUA, para lhe dizerem que a situação da saúde se estava a tornar incontrolável: na produção de um automóvel os custos da saúde tinham ultrapassado os custos da matéria prima.

«The Economist», 2006

- ▶ a maioria Democrata no Congresso, saída das eleições de Novembro de 2006, modificou o clima político no sentido de o tornar mais favorável a reformas da saúde;
- ▶ na campanha para as eleições presidenciais, previstas para Novembro de 2008, a questão da saúde constituirá, certamente, um dos temas mais importantes para a agenda política.

É provável que o pensamento norte-americano no sector da saúde venha a ter uma influência crescente nos sistemas de saúde europeus, sendo que estes, por sua vez, constituem um antecedente marcante neste novo pensamento americano:

- ▶ pela aproximação à Europa quanto ao princípio da “protecção universal” no acesso aos cuidados de saúde;
- ▶ pela crescente influência académica sobre o sector da saúde dos países europeus;
- ▶ pelo grande investimento nas tecnologias da informação e comunicação e da inovação na gestão em saúde, que não pode deixar de ter impacto, também na Europa.

A candidata presidencial Hilary Clinton, se for eleita, propõe-se gastar do orçamento federal 3 biliões de dólares por ano para investimentos tecnológicos no sistema de saúde; o candidato Barack Obama propõe-se gastar 10 biliões de dólares durante 5 anos com o mesmo fim.

As suas propostas de reforma incluem melhores cuidados preventivos, melhor gestão de doenças crónicas, diminuição dos preços dos medicamentos, transição para processos electrónicos individuais e criação de um Instituto de Boas Práticas.

«USA Today», 31 de Maio de 2006

## República Popular da China

O rápido crescimento económico na China parece não estar a ser acompanhado por um desenvolvimento correspondente nos sistemas de protecção social. O aumento das desigualdades sociais, nestas circunstâncias, pode ter fortes consequências no acesso aos cuidados de saúde da população chinesa. O caso que se descreve, em seguida, ilustra bem este risco.

**Morte de rapaz dá origem a graves distúrbios num hospital chinês**

Os distúrbios (que levaram à destruição de um dos hospitais locais) irromperam após uma criança, de 3 anos de idade, ter morrido no hospital para onde tinha sido levada de urgência, após a ingestão de pesticidas ... (isto na sequência) dos serviços de urgência se terem negado a tratá-lo enquanto o avô, que cuidava da criança, não apresentasse o dinheiro necessário para pagar o tratamento ... A criança faleceu enquanto o avô procurava juntar o dinheiro para fazer o pagamento solicitado.

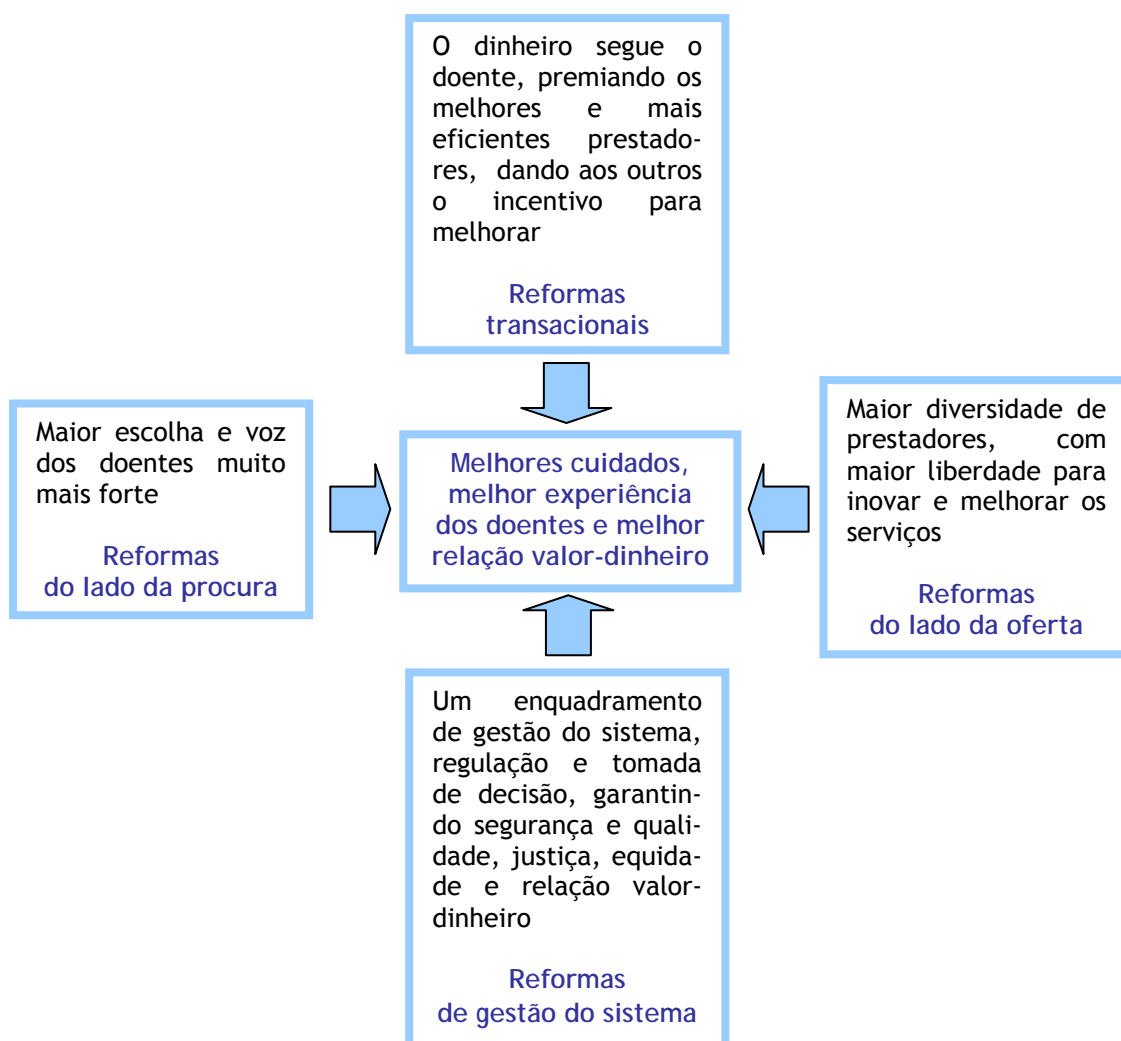
«The New York Times», 12 de Novembro 12 de 2006

É mais fácil competir na economia global com sucesso, é possível ser a “fábrica do mundo”, não incorporando nos produtos que se exportam os custos de uma protecção social, porque inexistente. É também evidente que este tipo de défice em políticas sociais no espaço global cria grandes pressões sobre as economias de países com sistemas mais desenvolvidos de protecção social com consequências sobre a sustentabilidade destes sistemas sociais.

**Europa 1: Reino Unido (Inglaterra)**

Na Inglaterra, a apreciação dos resultados dos 10 anos de política de saúde do “New Labour” tem-se, de algum modo, confundido com o debate sobre o legado político de Tony Blair. Manter os valores inerentes ao SNS e melhorar, ao mesmo tempo, o desempenho do sistema de saúde no seu conjunto, através de um vasto conjunto de abordagens instrumentais (enunciadas em baixo), pode resumir o principal objectivo da política de saúde inglesa durante este período.

Figura 1 - Reforma do Reino Unido para garantir um serviço que responde, num mundo de mudança



Fonte: Dunn (2006)

São aspectos relevantes da experiência inglesa dos últimos anos o substancial aumento do financiamento e dos recursos humanos do SNS e uma considerável melhoria do acesso da população inglesa aos cuidados de saúde na sequência da notável diminuição dos tempos de espera (nomeadamente cirúrgicos) nos serviços de saúde.

Uma das questões fundamentais que este novo pluralismo quase-bismarkiano levanta, é o de saber se as instituições públicas do país têm a capacidade de

regular este aumento de complexidade do sistema de saúde, de forma compatível com os objectivos sociais do próprio sistema de saúde.

## Europa 2: Alemanha

A “reforma da saúde” tem um lugar privilegiado no seio da “grande coligação” que governa actualmente a Alemanha. Apresenta-se a seguir uma caracterização muito sumária do essencial da “reforma Alemã”, :

A reforma da saúde na Alemanha: Caracterização sumária das propostas (Outubro 2006)

- ▶ Uma parte do financiamento da saúde passa a fazer-se através do Orçamento Geral do Estado, diminuindo assim a pressão sobre as contribuições directas das empresas e seus trabalhadores para os seguros de saúde.
  - ▶ As seguradoras públicas perdem grande parte do seu poder de auto-governo a favor de um “fundo centralizado” gerido pelo Estado.
  - ▶ O sistema de saúde alemão deixou de evoluir na lógica concorrencial das reformas dos anos 90, parecendo caminhar para um sistema mais uniforme no âmbito nacional
- Schwartz (2006)

Estas medidas encerram fundamentalmente duas preocupações:

- ▶ assegurar uma regulação mais eficaz da gestão das seguradoras; e
- ▶ proteger a economia, aliviando a carga contributiva que recai sobre o mundo do trabalho, substituindo-a, parcialmente, pelo recurso ao Orçamento Geral do Estado.

Os acordos na “grande coligação” têm sido particularmente difíceis, dados os posicionamentos muito distintos, em matéria de saúde, dos partidos que a compõem. Esta é uma das razões para a sua implementação gradual, a partir de Março do próximo ano (2008):

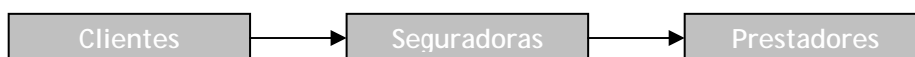
- ▶ a criação do “Fundo Central” que distribuirá pelos contratualizadores (seguradoras) o financiamento disponível, só se fará em 2008;
- ▶ a contribuição do Orçamento Geral do Estado para o financiamento da saúde (“desvio Beveridgiano”) crescerá mais lentamente do que o inicialmente estabelecido.

### Europa 3: Holanda

Na Holanda, tem lugar desde Janeiro de 2006 uma “reforma da saúde” particularmente invulgar no contexto Europeu: o estabelecimento de algo que se aproxima muito daquilo se poderia chamar um “mercado clássico” na gestão financeira e na prestação de cuidados de saúde.

Neste novo mercado da saúde a concorrência faz-se a dois níveis (Figura 2):

Figura 2 - A reforma holandesa



Fonte: Kok (2006)

- ▶ num primeiro nível, as seguradoras concorrem entre si para conseguir clientes (que ao escolhe-las “trazem consigo” aquilo que lhes corresponde do seu seguro social, e que as seguradoras passam a gerir a partir de um conjunto de regras preestabelecidas);



- ▶ num segundo nível, os prestadores de cuidados de saúde que concorrem entre si para assegurarem contratos com as seguradoras para prestarem cuidados de saúde aos seus segurados.

Esta reforma, que traduz de uma forma muito marcada a filosofia política do governo holandês à altura, traduz uma concepção de mercado/concorrência que tem suscitado dois tipos de observações:

- ▶ as seguradoras são as intermediárias entre prestadores e cidadãos – a concorrência não se faz através da escolha dos prestadores por parte das pessoas;
- ▶ pelo menos, na actualidade, não estão sobre o terreno os dispositivos necessários para assegurar que a concorrência se faça objectivamente com base em “resultados de saúde”, proporcionados pelo conjunto dos prestadores de cuidados de saúde, que a seguradora escolheu para os seus clientes.

#### Europa 4: Espanha

O Barómetro da Saúde (um dispositivo estabelecido pelo Centro de Investigação Sociológicas de Espanha) publicou há poucos meses dados sobre a evolução da confiança dos espanhóis nos serviços públicos da saúde, entre 1995 e 2004.

O relatório do Barómetro da Saúde revela que em 1995, 85% dos espanhóis não duvidariam em ser atendidos num centro público, enquanto que em 2004 esta percentagem tinha descido para 60%.

Barómetro de Saúde, do CIS (2007)

Os resultados observados não podem deixar de suscitar uma reflexão séria sobre o futuro dos serviços públicos de saúde, quer em Espanha, quer noutros países do sul da Europa com sistemas de saúde similares.



## OBSERVAÇÕES SOBRE A REALIDADE PORTUGUESA

Como é aparente pelos exemplos descritos no capítulo anterior, há uma grande diversidade na resposta dos diversos países, dentro ou fora do contexto Europeu, aos desafios que os sistemas de saúde suscitam actualmente.

No entanto, pode dizer-se que a evolução dos sistemas de saúde tem sido marcada, nos últimos anos, por um conjunto de factores que serão aqui resumidos em quatro planos distintos:

- ▶ a questão da responsabilidade social e individual no financiamento dos cuidados de saúde;
- ▶ a possibilidade de se evoluir para um Estado Garantia na saúde;
- ▶ a aposta na centralidade do cidadão, no contexto da sociedade do conhecimento e da inovação;
- ▶ a gestão de mudança nos sistemas de saúde.

Portugal não é excepção.

No entanto, como se observará, os progressos alcançados não tornam ainda possível configurar no nosso país um espaço público suficientemente robusto, que permita um esclarecimento oportuno e útil do cidadão sobre estas matérias, de forma a permitir-lhe uma opinião informada sobre questões que tão directamente lhe dizem respeito.

### Responsabilidade social e individual no financiamento da saúde

Os princípios básicos do “Estado do Bem-Estar” (EBE), consagrados na ordem constitucional do país, e na de outros, são:

- ▶ o princípio da solidariedade (redistribuição): pagar de acordo com o rendimento para receber de acordo com as necessidades;
- ▶ o princípio da previdência: ir pagando no decurso da vida, enquanto se está bem, para receber quando se está doente, mais idoso e frágil.

Esta fórmula respondeu, com assinalável êxito, no decurso dos últimos 100 a 120 anos, principalmente na Europa, aos desafios do financiamento da saúde. Constitui um elemento fundamental do Modelo Social Europeu, quer na versão clássica, Bismarckiana, quer no seu esboço actual (a Agenda de Lisboa da União Europeia). Esta formulação deve ser entendida sempre no contexto da procura contínua da melhor compatibilização possível do crescimento económico com a protecção social dos europeus.

Mas o mundo mudou, e continua a mudar rapidamente.

Consequentemente, a fórmula do EBE, têm-se confrontado com pontos de vista críticos, que há que ter em conta:

- ▶ As circunstâncias de grande crescimento económico que acompanharam a segunda revolução industrial das últimas décadas do século XIX (quando os princípios subjacentes ao EBE foram explicitados) e os 30 anos do pós guerra (2ª Grande Guerra) – durante os quais o EBE beneficiou de uma nova expansão, já não se verificam na Europa de hoje. As coisas tornam-se difíceis quando o aumento da procura e da oferta (que se reforçam uma à outra) coincidem com períodos de baixo crescimento económico.
- ▶ Esta formulação não contempla qualquer medida de “responsabilidade individual”. Ou seja, uma vez feito o pré-pagamento através de contribuições ou impostos, que assegura o título de acesso, qualquer pessoa poderá, à vontade, abusar do sistema (sobre-utilização) ou da sua saúde (comportamentos de risco), dado que o conjunto dos contribuintes se encarrega de proporcionar a necessária cobertura financeira para a sua continuada utilização dos cuidados de saúde.

Aperfeiçoar estes princípios de política social e adaptá-los à mudança dos tempos, é a melhor forma de preservar o que eles têm de essencial.

Em períodos de baixo crescimento económico será eventualmente necessário reforçar o esforço contributivo por parte dos cidadãos para assegurar a sustentabilidade da protecção social existente, sempre que uma melhor utilização dos recursos existentes não permita fazer face à situação.

A ter que recorrer a uma maior contribuição dos cidadãos para a saúde, segundo o princípio da solidariedade acima enunciado, devem contribuir mais aqueles que podem mais.

Tecnicamente, existem várias formas de o fazer. No entanto, nenhuma delas é naturalmente viável se a ideia de que é de facto necessário pagar mais não for politicamente legitimada, como se acentuará mais abaixo.

Como fazê-lo, então, se necessário?

Aqui há que recordar, de novo, o princípio da previdência: é preferível pagar mais um pouco, no decurso da vida, enquanto se trabalha e se está são, do que mais tarde, quando é necessário recorrer aos serviços e se está fragilizado pela doença e pela idade.

E será útil, introduzir na fórmula do EBE uma medida de responsabilidade pessoal?

Para alguns a inclusão de uma medida de responsabilidade individual (eventualmente sobre a forma de pagamentos no acto da utilização dos serviços) é desde já justificável, confiando que isto pode ser feito actualmente, protegendo satisfatoriamente os interesses dos utilizadores dos serviços de saúde; para outros, nas actuais circunstâncias do funcionamento do sistema de saúde português, e de muitos outros, este tipo de medidas acabarão por constituir uma barreira arriscada à utilização dos serviços de saúde por parte de quem precisa, acabando por “castigar” (e por vezes culpabilizar) pessoas por estarem doentes, no pior momento possível.

De facto, a questão da responsabilidade individual pode trata-se melhor utilizando inteligentemente as actuais tecnologias de informação e comunicação para identificar e intervir sobre aqueles que abusam do corpo ou do sistema. Por exemplo, e passando agora dos pagamentos dos doentes na altura da prestação de serviços para o território afim das taxas moderadoras, que sentido fará aplicar uma taxa moderadora a pessoas que comprovadamente sub-utilizam os serviços de saúde, em seu prejuízo, e muitas vezes, de outros?

A natureza do problema, neste domínio, é bem demonstrada pela atitude de desconfiança, em relação a medidas desta natureza, por parte de analistas distintos em política e economia da saúde, como Alan Maynard e Robert Evans, entre outros, pelas preocupações expressas por publicações do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde e pelas observações de publicações técnicas do Banco Mundial.

*The second law of health economics is that advocates of changes in NHS funding may be seeking to redistribute the burden of financing health care provision, usually from the more affluent to the poor. Thus advocacy of the replacement of some part of tax finance with user charges should be seen for what it is: In the present structure of health care delivery, most proposals for 'patient participation' in health care financing reduce to misguided or cynical efforts to tax the ill and/or drive up the total cost of health care while shifting some of the burden out of government budgets.*  
Stoddart, Barer and Evans (1994), citado por Alan Maynard (2007)

*... there is strong evidence from North America to show that cost sharing reduces the use of effective and ineffective health care. It is possible to conclude that cost sharing may therefore have some impact on health status, particularly when applied to health services initiated by individuals (such as ambulatory care without referral) rather than clinicians (for example, specialist care requiring referral and inpatient care). In this respect it is worth noting that the consumption of prescription drugs is found to be consistently sensitive to price.*  
*Cost sharing is likely to have worrying implications for equity in the EU15 health systems. Out-of-pocket payments are shown to be highly regressive and there is significant evidence to suggest that many people find them to be a barrier to accessing health care. At the same time, it is worth noting that non-financial barriers to access are also likely to be present.*  
Jemai, Thomson e Mossialos (2004)

*Introducing out-of-pocket payments can have a mere financial effect – cost shifting to relieve public financing schemes from cost-containment pressure—or an additional behavioural effect – preventing moral hazard (the use of unnecessary services). Studies in the United States and Europe present considerable evidence that well-designed out-of-pocket payments – but especially co-payments, coinsurance, and deductibles – can have the targeted effects (Zweifel e Manning, 2000). Crucial points for the success of those instruments are the amounts raised and the equity consideration given to socially deprived population groups. However, apart from out-of-pocket payments, there are other ways to direct health resources into the most effective utilization.*

Busse, Schreyögg e Gericke (2007)

A abordagem de questões desta importância requer legitimação política. Esta, obtém-se incluindo nos programas eleitorais das forças políticas que aspiram a governar, as suas posições sobre os princípios que devem reger o financiamento do SNS e do restante sistema de saúde, assim como a sua sustentabilidade nas próximas décadas. As forças políticas que merecerem a confiança dos eleitores devem então incorporar as soluções apresentadas no debate político que antecedeu o processo eleitoral nos seus programas de governo e, posteriormente, desenvolver os dispositivos normativos (e outros) necessários à sua implementação.

Com a divulgação muito recente (finalmente) do Relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, o Governo reposicionou-se bem nesta matéria:

- ▶ o Ministério da Saúde tem a seu crédito ter conseguido, para 2006, um orçamento para a saúde que, pela primeira vez, pelo menos desde a criação do SNS, se aproxima de um orçamento genuíno e realista para o sector da saúde;
- ▶ o Ministro da Saúde pôde escrever, na nota introdutória ao relatório acima referido, que “... estando controlada a execução orçamental no



Serviço Nacional Saúde, não haverá lugar no presente mandato, à alteração do actual modelo de financiamento do sistema de saúde ...”;

- ▶ o próximo mandato é naturalmente antecedido de eleições legislativas, que proporcionarão às diferentes forças políticas a oportunidade de apresentarem ao eleitorado as suas soluções para a sustentabilidade financeira do SNS adquirindo, assim, a legitimidade política necessária para as implementarem, caso venham a participar na governação do país;
- ▶ o governo pode argumentar que fez bem a sua obrigação em proporcionar a todos os interessados um relatório técnico sobre esta matéria, que resume adequadamente factos relevantes para um debate público informado das propostas políticas que forem apresentadas neste domínio, e que contem recomendações que as partes interessadas adoptarão ou não.

A nota discordante nesta lógica foi a adopção, em princípios deste ano das “taxas moderadoras” para internamentos e cirurgias (de facto pagamentos de serviços na altura da sua prestação), financeiramente pouco significativas, como reconheceram os seus proponentes, e politicamente mais que controversas. É razoável esperar-se que, à luz do actual reposicionamento do Governo nesta matéria, a questão destas “taxas” seja rapidamente revista, proporcionando a necessária coerência à lógica governamental acima exposta.

## A caminho de um “Estado de Garantias”?

É verdade que o mundo mudou substancialmente desde a adopção dos princípios de Estado do Bem-Estar, e é portanto legítimo procurar encontrar novas formas de assegurar a sustentabilidade dos sistemas de protecção social, sem pôr em causa os seus princípios fundamentais.

Mas o mundo mudou para todos – para o cidadão e também para os Estados. A sociedade actual tem à sua disposição um conjunto de poderosos instrumentos de informação, análise e comunicação que permitem oferecer contrapartidas, muito mais precisas que as de outros tempos, para o esforço contributivo (acrescido) dos cidadãos.

É assim razoável esperar que os Estados de hoje sejam capazes de formular garantias concretas - em termos de acesso, qualidade, segurança e eficiência – sobre aquilo a que os cidadãos têm direito quando financiam um SNS. Neste contexto, o Estado além de regulador, e parcialmente prestador de serviços de saúde, assumiria também o papel mais exigente de “Estado Garantia”.

Seguindo o que já acontece noutros países europeus, deu entrada no Parlamento, por iniciativa de uma das forças políticas aí representadas, um projecto de lei que procura abrir caminho a esta concepção de Estado Garantia, a propósito dos tempos de espera para cuidados de saúde no SNS. Este projecto de lei propõe que, anualmente, o Ministério da Saúde estabeleça os tempos máximos de espera legalmente garantidos, de acordo com a realidade observada e os objectivos definidos para a gestão do SNS para o ano em causa.

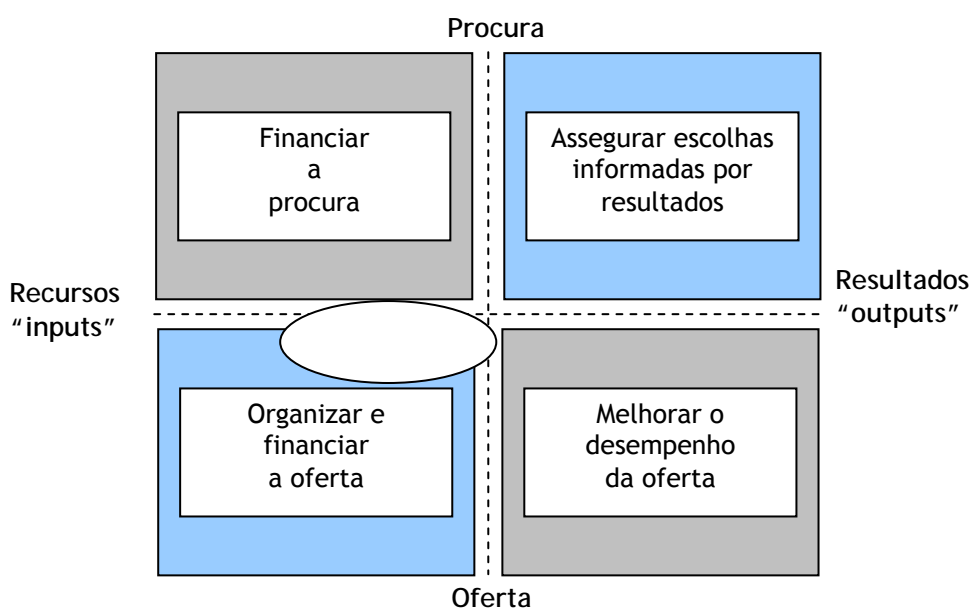
O debate à volta destas garantias, tornará necessariamente mais claras as prioridades da governação e os compromissos que esta está disposta a assumir na boa utilização dos recursos públicos. Ao mesmo tempo dará ao cidadão-eleitor uma percepção mais tangível do que está em causa.

Não se entendem, com facilidade, as razões para que esta proposta não tenha merecido ainda a devida atenção por parte da Assembleia da República.

Centralidade do cidadão, no contexto da sociedade do conhecimento e da inovação

O SNS português, como o de outros países, tem-se desenvolvido na lógica da organização e financiamento da oferta de serviços de saúde à população do país (ver Figura 3):

Figura 3 - Organizar e financiar a oferta de serviços de saúde à população portuguesa



Com base na figura anterior vemos que alternativas se colocam em relação ao desenvolvimento do SNS:

► Organizar e financiar a oferta – o passado

Olhar para um sistema de saúde quase exclusivamente pela organização e financiamento da oferta, constitui uma abordagem com uma forte base social de apoio no sistema político e nas profissões da saúde. No entanto é cada vez mais patente, que esta aproximação não permite fazer face adequadamente aos importantes desafios de acesso, qualidade, efectividade e eficiência que os sistemas de saúde têm que enfrentar de uma forma cada vez mais crítica.

Experiências internacionais, onde se tem procurado explicitar e definir mais rigorosamente o “pacote da oferta” dos serviços públicos, depararam-se com inúmeras dificuldades (Saltman, Figueras, Sakellarides, 1998).

Por outro lado, continua-se a observar que é mais fácil introduzir na oferta pública novas tecnologias biomédicas, do que fazê-lo em relação aos recursos para a qualidade de vida – saúde oral, sono, sexualidade, saúde mental, psico-motricidade, entre outros.

Em Portugal, no decurso da última década, tem-se procurado deslocar o enfoque da governação do sistema de saúde dos “recursos” para os “resultados”, da “organização e financiamento da oferta” para a “melhoria do desempenho da oferta”. Os processos de contratualização do desempenho são o principal instrumento desta transição.

► **Contratualização do desempenho em Portugal**

Em Portugal, a questão da contratualização do desempenho teve um importante impulso na segunda metade da década de 90, com a constituição das “agência de contratualização”.

Ao contrário da agenda da “oferta de recursos”, a abordagem da “contratualização do desempenho” tem uma base social de apoio necessariamente mais ténue. Esta será porventura a explicação mais genérica disponível para o incipiente grau de desenvolvimento dos processos de contratualização no decurso da última década.

Uma outra razão para este insucesso é, seguramente, o facto de os orçamentos para a saúde reflectirem tradicionalmente um importante sub-financiamento do SNS, com os consequentes inevitáveis déficits orçamentais. Com orçamentos pouco verdadeiros, o reforço da racionalidade na gestão das organizações de saúde que a contratualização do desempenho necessariamente implica, torna-se pouco viável.

Assim, uma das consequências da regularização orçamental da saúde que o governo conseguiu durante o presente mandato, como foi acima referido, tem sido o ressurgimento dos processos de contratualização no Ministério da Saúde, que merece um especial destaque<sup>1</sup> pelo impacto que se espera que venham a ter nas melhorias do desempenho do sistema de saúde português.

---

<sup>1</sup> [www.contratualizacao.min-saude.pt](http://www.contratualizacao.min-saude.pt)

A gestão das “convenções em saúde” – não sendo propriamente processos de contratualização – merece igualmente alguma atenção, na medida em que o Ministério da Saúde, tomou já algumas iniciativas no sentido de minimizar a oferta de actos médicos desnecessários, neste domínio, o que merece destaque.

No entanto, sendo os processos de contratualização do desempenho das organizações de saúde indispensáveis para o desenvolvimento do sistema de saúde português, não são, por si só, suficientes.

- ▶ Da lógica da “oferta de recursos” para lógica “da procura de resultados”

Existe hoje nas disciplinas da governação da saúde um amplo consenso sobre a necessidade de passar de uma lógica de “oferta de recursos”, para uma de “procura de resultados”. Uma das mais recentes contribuições académicas neste domínio, veio, curiosamente, de Michael Porter, da Universidade de Havard, e de Elizabeth Teisberg, da Universidade da Virgínia.

Num livro publicado em meados do ano passado (Porter e Teisberg, 2006) e num trabalho recentemente publicado na JAMA (Porter e Teisberg, 2007) estes autores resumem desta forma a sua filosofia em relação aos cuidados de saúde

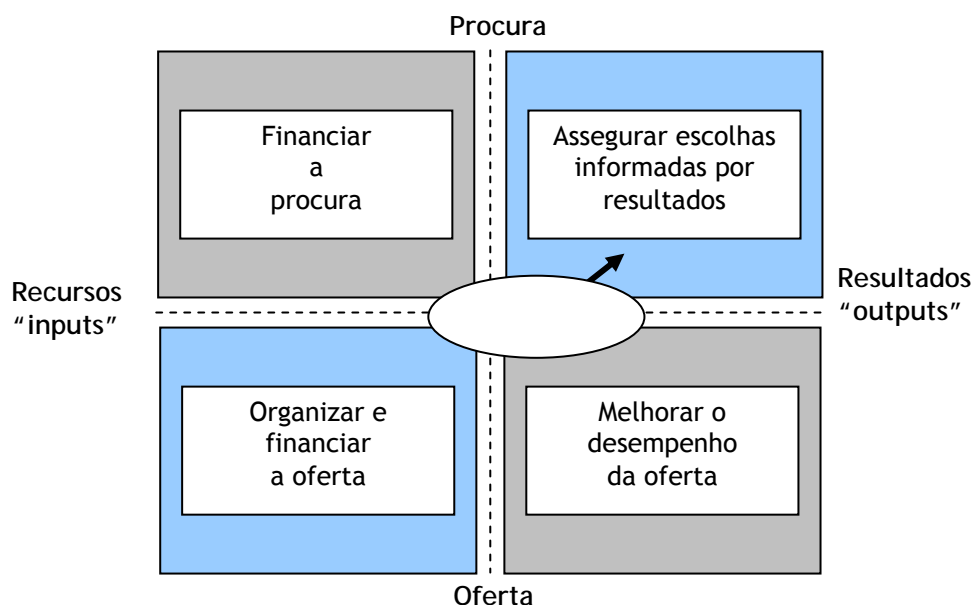
- ▶ o objectivo de sistema de saúde é produzir valor para o cidadão/doente, ou seja, os melhores resultados que o sistema de saúde seja capaz de propiciar com os recursos existentes;
- ▶ a prestação dos cuidados de saúde deve organizar-se à volta dos processo de cuidados (transversais aos serviços existentes) e de categorias de doenças ou situações de saúde;
- ▶ a medição de resultados e custos devem ser elementos fundamentais na gestão do desempenho dos serviços de saúde.

Estes pontos de vista têm sido apreciados criticamente, fora e dentro dos Estados Unidos, principalmente pela sua excessiva crença na

bondade dos dispositivos concorrenciais na saúde e pelas dificuldades técnicas em relacionar e medir processos com resultados em saúde.

Pesem embora todas estas reservas, parece evidente que o essencial do pensamento destes autores converge bem com aquilo que é mais actual na análise dos princípios da boa governação da saúde: cidadão com escolhas informadas por resultados; processos de desenvolvimentos da qualidade dos cuidados baseados em resultados; metas de saúde e gestão de organizações de saúde centradas em resultados; contratualização do desempenho informada por resultados (Figura 4).

Figura 4 - Da lógica da “oferta de recursos” para a lógica “da procura de resultados”



As implicações destas tendências para a reforma da saúde em Portugal, podem resumir-se na necessidade de um maior investimento em quatro

aspectos essenciais, quer na eficiência do sistema (redução de gastos desnecessários), quer na sua efectividade (resultados):

- ▶ Maior investimento e mais rápida operacionalização, no âmbito do PNS, da promoção da saúde e da gestão das doenças crónicas, nomeadamente insuficiência cardíaca congestiva, doença coronária, diabetes, asma, e depressão, às quais se podem atribuir importantes perdas de qualidade de vida e próximo de  $\frac{3}{4}$  dos gastos em saúde. A gestão das doenças de evolução prolongada não é um desafio fácil – requer a convergência efectiva, no terreno, de ciências biomédicas, comportamentais, da informação e comunicação.
- ▶ Um maior esforço na literacia em saúde dos portugueses, sem a qual dificilmente os cidadãos podem fazer “escolhas informadas por resultados”, nem será possível assegurar o desenvolvimento satisfatório dos programas de promoção de saúde e de gestão da doença crónica.

É necessário promover a literacia em saúde da população portuguesa, mais agressivamente, não só naquilo que diz respeito aos determinantes da saúde, como também à “capacidade de navegação” num sistema de saúde cada vez mais complexo (neste domínio, a recente expansão do “Saúde 24”<sup>2</sup>, e os projectos de apoio à literacia em saúde, no âmbito do Alto Comissariado da Saúde<sup>3</sup>, são passos na direcção certa).

---

<sup>2</sup> [www.saude24.pt](http://www.saude24.pt)

<sup>3</sup> [www.acs.min-saude.pt](http://www.acs.min-saude.pt)



Sistemas de informação verdadeiramente centrados no cidadão são uma prioridade. É importante permitir que este tenha fácil acesso à informação de saúde que lhe diz respeito: tempos de espera, qualidade, segurança, eficiência, resultados.

- ▶ Um mais rápido recurso à inovação em saúde, principalmente no que respeita aos aspectos fundamentais em matéria de tecnologias de informação e comunicação: o desenvolvimento dos processos electrónicos individuais de saúde<sup>4</sup> (*personal electronic health records*) e a prescrição electrónica dos medicamentos.

Pode dizer-se, hoje, que a não existência generalizada destes instrumentos de informação suscita importantes preocupações, com sérias considerações de natureza ética: falta de confidencialidade e legibilidade da informação individual de saúde; dificuldades em garantir a qualidade dos cuidados de saúde; gastos desnecessários em cuidados de saúde, particularmente em medicamentos; taxas moderadoras aplicadas a indivíduos com uma utilização inconveniente-mente moderada dos cuidados de saúde.

Países relativamente próximos em termos socio-económicos a Portugal e tão diferentes entre si como a Espanha e a Croácia, têm protagonizado importantes avanços nesta área, aos quais não podemos ficar indiferentes.

- ▶ Representação do ponto de vista do cidadão nos processos de contratualização. Esta teria que se fazer com base em informação,

---

<sup>4</sup> Do inglês, *personal electronic health records*.

cada vez mais precisa e compreensível, sobre o valor acrescentado (em termos de resultados esperados e observados) dos serviços públicos financiados pelos cidadãos.

### A gestão da mudança no Serviço Nacional de Saúde

A gestão da mudança no SNS apresenta, principalmente na área dos cuidados de saúde primários, experiências que, pelos seus méritos, devem suscitar toda a atenção e apoio.

Ao decidir-se pôr a tónica na criação das unidades de saúde familiar, como principal *interface* entre o cidadão e o seu sistema de saúde, na reforma da saúde fez-se uma escolha original, acertada, e tangível para as pessoas que frequentam o SNS. Esta forma de começar tem alguns riscos. Estes podem, no entanto, ser identificados e prevenidos.

Este enfoque – começar por “descongelar a periferia” (ver Figuras 5 e 6), em vez de clássico “*top-down*” na gestão da mudança – é, porventura a única forma efectiva de conduzir um processo real de mudança no sistema de saúde português.

Figura 5 - Tempo um: Começar por descongelar a periferia, promovendo a criação das unidades de saúde familiar

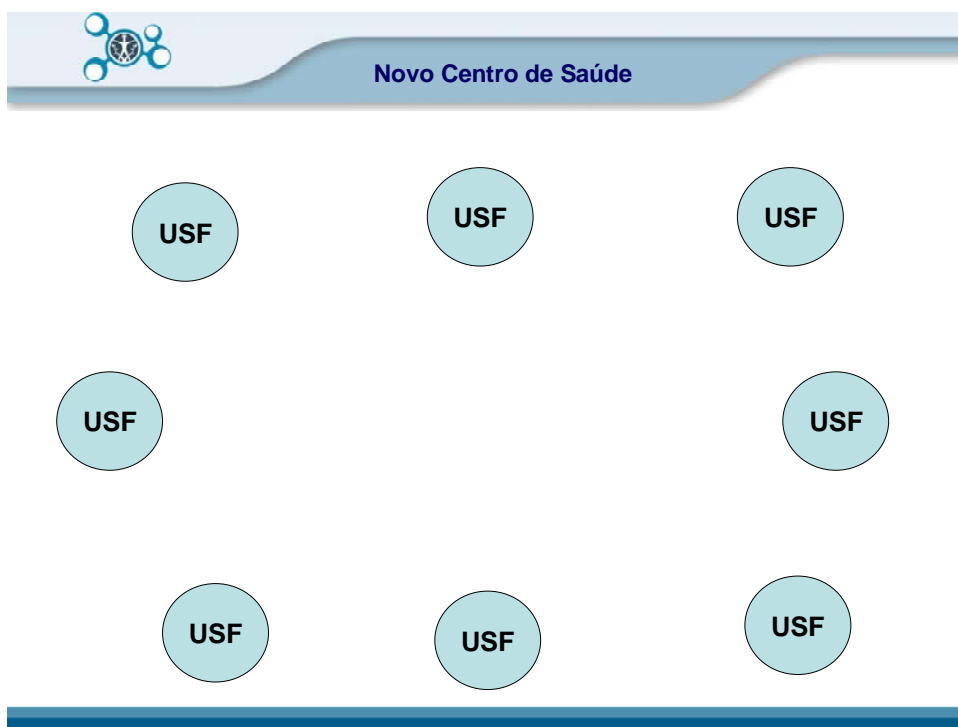
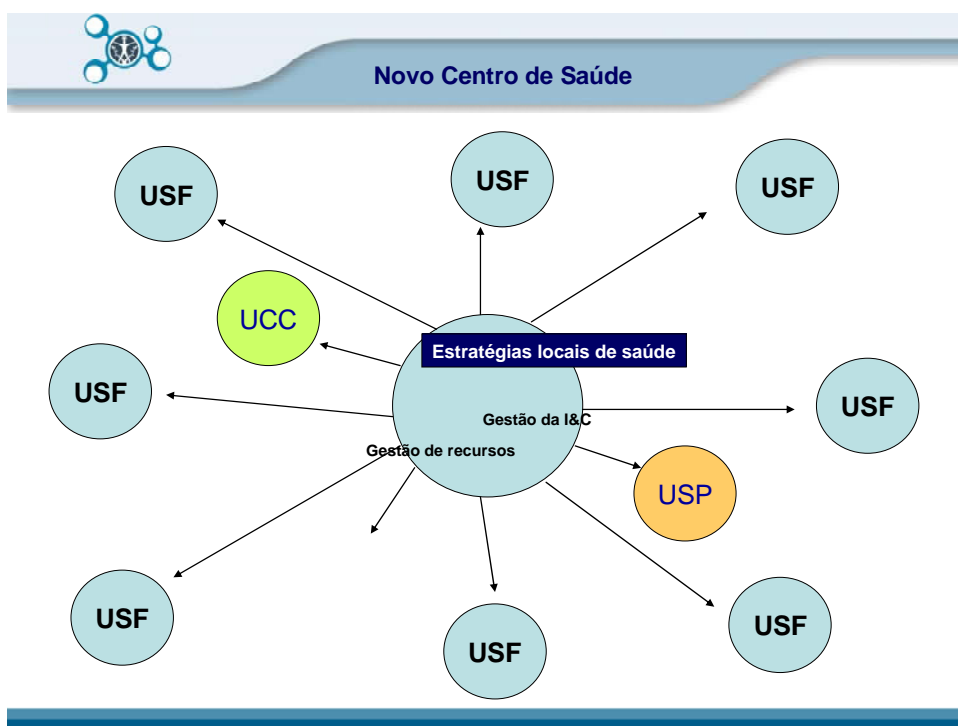


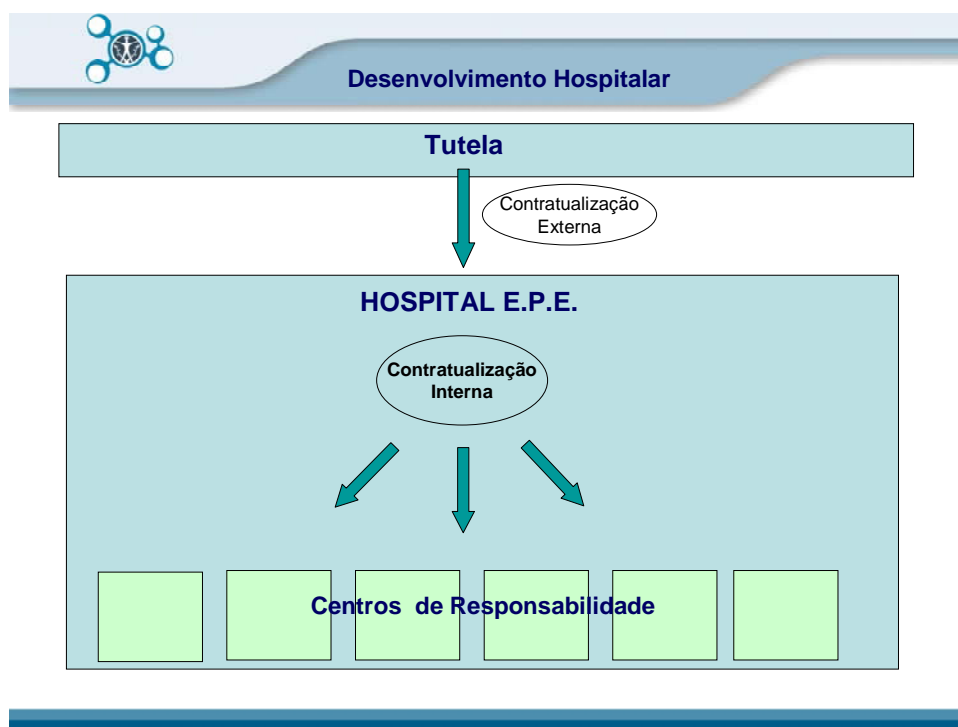
Figura 6 - Tempo dois (em curso): Inserir as unidades periféricas nas novas agregações de centros de saúde, como organizações em rede, que substituem as sub-regiões de saúde



Este processo tem naturalmente limitações e provoca aqui e acolá fortes tensões entre os diversos actores da saúde, mas constitui, muito provavelmente, a mais importante reforma dos sistemas de protecção social do país. É muito importante proporcionar-lhe a continuidade necessária para que possa concretizar-se definitivamente.

Será eventualmente possível extrair da reforma dos centros de saúde alguns importantes ensinamentos para a reforma dos hospitais – cujo desenvolvimento tem seguido predominantemente uma abordagem “*top down*” (Figura 7) – e estabelecer mais consistentemente formas estáveis de cooperação e de complementaridade numa base geográfica, tomando naturalmente em linha de contas a especificidade das organizações hospitalares.

Figura 7 - Abordagem “*top down*” da reforma hospitalar



No âmbito destas reformas, seria particularmente importante visitar os Planos de Infra-estruturas da Saúde que as ARS desenvolveram num passado próximo. Neste contexto, a elaboração mais precisa de planos integrados de infra-estruturas locais, permitiria um diálogo útil com os actores sociais locais, evitando decisões pontuais (dossier a dossier – primeiro maternidades, depois urgências, a seguir outra coisa), não inseridas numa visão integrada do desenvolvimento dos serviços de saúde locais.

Se é verdade que, este tipo de processo de decisão, em muitos casos, resultou em acções expeditas, tecnicamente justificadas, e há muito tempo necessárias, também parece ser verdade, que ele tem contribuído para uma acentuada percepção de retracção dos serviços público da saúde no País.



## **PARTE II**

### **O RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2006**







## ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO SOCIAL

Em 20 de Junho de 2006, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) apresentou o seu Relatório de Primavera nas instalações do Auditório do Infarmed. Uma vez mais, e à semelhança do ocorrido nos cinco anos anteriores, a reacção do Ministério da Saúde não se fez esperar, dando eco das suas críticas à comunicação social. O «Jornal de Notícias» do dia seguinte, elegendo o Ministro como



TM 1.º CADERNO de 2006.06.26

a figura do dia, chegou mesmo a afirmar que a “rapidez com que o Ministro da Saúde veio a público tentar retirar a credibilidade do OPSS é, no mínimo, um sinal de nervosismo”.

Uma das mensagens que o «Diário Económico» divulgou foi a afirmação de não ter “sido fácil descortinar um claro enfoque estratégico na política do Ministério da Saúde”.

Seguidamente, destacam-se cinco tópicos principais tratados na comunicação social relativamente ao Relatório de Primavera 2006, do OPSS.

## Reforma dos cuidados de saúde primários

O «Expresso» de 24 de Junho sublinhou o aplauso do OPSS a esta medida, incluindo os encerramentos dos SAP, que estavam a contribuir para o afastamento do cidadão da relação privilegiada com o médico de família. Referiu também o alerta emitido pelo Observatório em relação à urgência no que diz respeito à reconfiguração e redimensionamento dos centros de saúde, assim como, à necessidade de este nível de cuidados incluir profissionais como psicólogos clínicos, fisioterapeutas, dentistas e nutricionistas.

## Plano Nacional de Saúde

Também em relação a este tópico a comunicação social fez eco da posição que o OPSS vinha sustentando desde há alguns anos, considerando os programas incluídos no PNS como verdadeiros promotores da saúde.

## Medicamentos e farmácias

Em relação aos medicamentos, a imprensa retirou do Relatório o facto de o OPSS considerar existirem, nesta área da saúde, decisões erráticas, algumas louváveis, outras polémicas, com destaque para os preços dos medicamentos e a venda de MNSRM fora das farmácias.

Segundo o «Expresso», o Ministro da Saúde acusou o OPSS de “falta de rigor” e de “ir atrás de um grupo económico”, uma afirmação bem ilustrada, aliás, pelo «Jornal Médico de Família»<sup>5</sup>.

A razão de ser desta polémica foi a afirmação feita no Relatório de que a liberalização da venda dos MNSRM fora das farmácias não teria contribuído para a redução do seu preço, o que contrariava a primeira medida anunciada pelo Governo, no momento da sua tomada de posse.

No entanto, o Infarmed publicou no seu sítio, no mesmo dia da apresentação do Relatório do



OPSS, um documento que resume um estudo sobre a venda de MNSRM fora das farmácias. Neste estudo era afirmado que “o preço dos medicamentos sofreu uma redução com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de

Agosto. No entanto, a evolução mensal tem vindo a revelar um aumento crescente do preço destes medicamentos”. Só no fim desse mesmo dia, o Infarmed publicou uma nota de imprensa em que era afirmado que “os valores médios da venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) fora das farmácias apontam para uma diminuição de aproximadamente 5% relativamente aos



<sup>5</sup> «Médico de Família», Junho de 2006

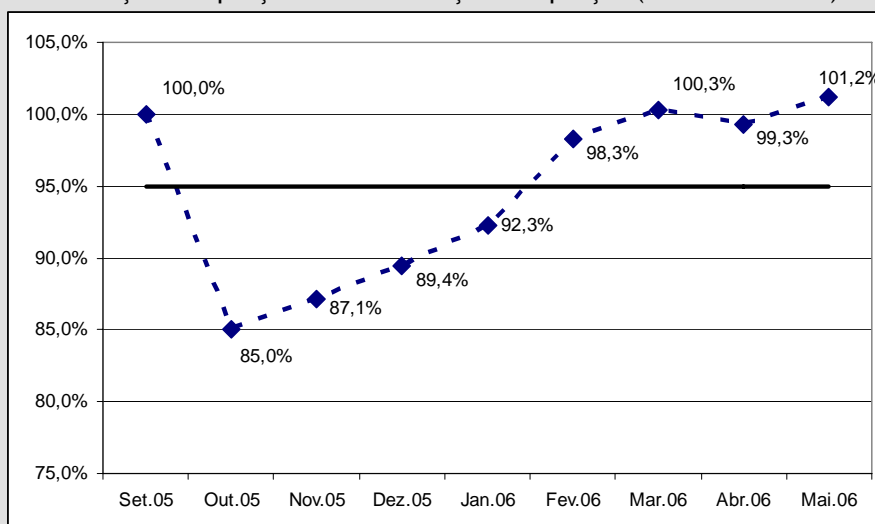
valores apresentados antes da entrada em funcionamento dos estabelecimentos de venda de MNSRM”.

Também a DECO veio a terreiro com um estudo da revista «Teste Saúde», publicado na edição de Outubro de 2006 – que o «Diário de Notícias», logo a 28 de Setembro noticiara – e em que afirmava que “o preço dos medicamentos sem necessidade de prescrição não baixou após a liberalização, desde Agosto de 2005”.

Esta aparente contradição foi ultrapassada pela publicação de um gráfico no «Diário Económico» e pela explicação que apareceu nessa edição do jornal e no «Diário de Notícias» de 21 de Junho.

Os preços dos medicamentos isentos de receita médica e vendidos fora das farmácias deverão continuar a ser mais caros e já ultrapassaram o preço que tinham antes do Governo alterar a legislação e liberalizar o preço, no ano passado. Comparando o valor destes medicamentos quando o preço era fixo, até Agosto do ano passado, nota-se uma redução, em média, de 5%, mas muito por efeito da descida abrupta em Outubro de 2005, quando foi inaugurada a primeira loja que vendia este tipo de fármacos. Desde então, o ganho para os utentes tem vindo a perder-se e, conforme mostra o gráfico nesta página, em Maio os preços já eram, em média, mais altos do que quando o preço era fixado administrativamente pelo Ministério.

Evolução dos preços da liberalização dos preços (Set.05 a Mai.06)



«Diário Económico», 21 de Junho de 2006

A baixa de preços de 5% referida por Correia de Campos é a média acumulada dos meses desde que as primeiras lojas abriram portas, em Outubro. Contudo, os dados mostram também uma tendência de aumento crescente dos preços com o passar dos meses, chegando a 1,2% em Maio. Estes dados têm apenas em conta os postos de venda e não as farmácias, e são baseados numa amostra variável, que totaliza 51 lojas das 161 autorizadas.

«Diário de Notícias», 21 de Junho de 2006

## Maternidades e blocos de parto

Foi também realçada pela comunicação social a observação do OPSS relativamente ao défice de informação sobre o encerramento dos blocos de parto e alguns alertas feitos no Relatório para que o processo tivesse êxito: foi considerado necessário o envolvimento dos autarcas e dos cidadãos residentes, ultrapassar o tratamento aparentemente desigual entre as exigências colocadas pelo Ministério aos serviços públicos e aos privados, para além do problema dos transportes seguros para as grávidas.

O «Diário Económico» de 26 de Junho referiu mesmo o desagrado espelhado no Relatório de “que as decisões tenham sido tomadas sem vir a público um planeamento claro de tais transformações”.

É em reacção a este mesmo comentário do Relatório que o Ministro da Saúde afirma ao «Expresso» de 24 de Junho de 2006 que o “Ministério não dirige o sector privado ... e que é no sector público que impende a responsabilidade primária do Ministério”.

## Listas de espera para cirurgia

O «Público», no dia 20 de Junho, seleccionou outra conclusão do Relatório segundo a qual havia, até ao fim do mês de Junho, 257 mil pessoas a aguardar por uma cirurgia nos hospitais públicos – mais 57 mil do que um ano antes – e salientou o facto desta informação não ter sido produzida por tipo de cirurgia.

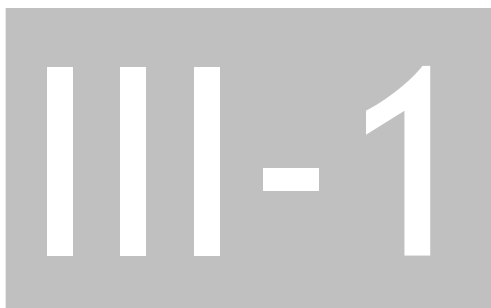
Por fim, citando o «Jornal de Notícias» do dia seguinte, foi referido que o Governo não tem cumprido a legislação que o obriga a dar conta à Assembleia da República (Lei n.º 27/99, de 3 de Maio), de dois em dois meses, do número de utentes inscritos para cirurgia. Ainda segundo este jornal, para o Secretário de Estado, esta crítica não fazia sentido pois “essa informação tem sido facultada sempre que o Ministério se desloca à Comissão Parlamentar da Saúde”.

## **PARTE III**

### **UM ANO DE GOVERNAÇÃO NA SAÚDE**







## O FINANCIAMENTO DO SNS

Este capítulo inicia-se com uma descrição do enquadramento macro-económico do financiamento do SNS, sendo apresentadas as evoluções comparativas das situações dos países da União Europeia a 15 (UE15), relativamente à despesa total em saúde, à despesa pública e à relação entre as componentes pública e privada.

De seguida, serão apresentados os últimos resultados referentes à despesa e à receita do SNS. Por fim, é abordado o tema da sustentabilidade financeira do SNS e a operacionalização do princípio de utilizador-pagador.

### Enquadramento macro-económico

Conforme se pode observar no Quadro 1 e na Figura 8, a despesa total em saúde em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) tem vindo a crescer nos últimos anos em Portugal, à semelhança aliás do que tem acontecido noutros países da UE15. Desde 1995, no entanto, o peso deste valor no PIB tem-se mantido acima da média dos países da UE15. Em 2004, últimos dados disponíveis, sete dos 15 países da EU (Alemanha, Áustria, França, Grécia,

Holanda, Portugal e Suécia) apresentaram valores de despesa total em percentagem do PIB acima da média da UE15. Em Portugal, os gastos chegaram a 10% do PIB.

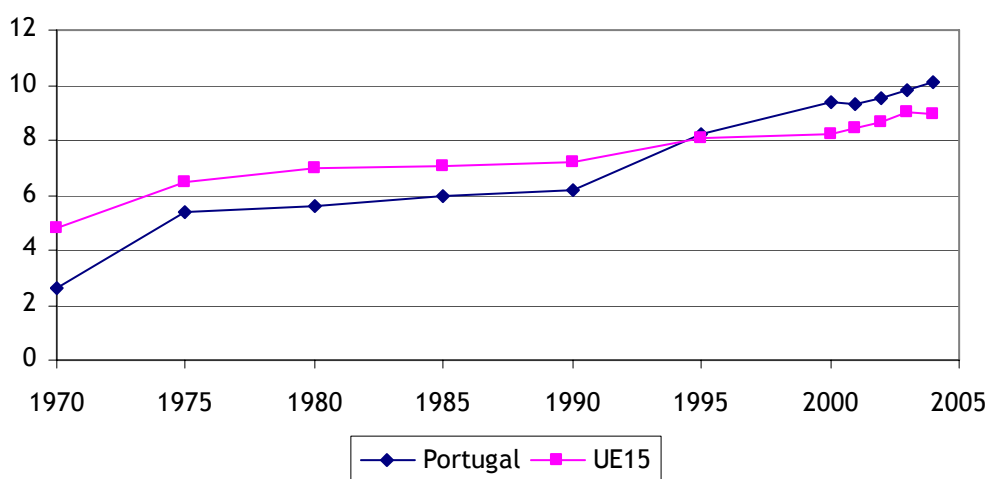
Quadro 1 - Despesa total em saúde (% do PIB)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Alemanha	6,2	8,6	8,7	9,0	8,5	10,1	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6
Áustria	5,2	7,0	7,5	6,5	7,0	9,7	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6
Bélgica	3,9	5,6	6,3	7,0	7,2	8,2	8,6	8,7	8,9	10,1	n.d.
Dinamarca	n.d.	8,7	8,9	8,5	8,3	8,1	8,3	8,6	8,8	8,9	8,9 e
Espanha	3,5	4,6	5,3	5,4	6,5	7,4	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1 e
Finlândia	5,6	6,2	6,3	7,1	7,8	7,4	6,7	6,9	7,2	7,4	7,5
França	5,3	6,4	7,0	7,9	8,4	9,4	9,2	9,3	10,0	10,4	10,5 e
Grécia	6,1	n.d.	6,6	n.d.	7,4	9,6	9,9 e	10,4 e	10,3 e	10,5 e	10,0 e
Holanda	n.d.	6,9	7,2	7,1	7,7	8,1	7,9	8,3	8,9	9,1 e	9,2 e
Irlanda	5,1	7,3	8,3	7,5	6,1	6,7	6,3	6,8	7,2	7,2	7,1
Itália	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	7,7	7,1	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7
Luxemburgo	3,1	4,3	5,2	5,2	5,4	5,6	5,8	6,4	6,8	7,7	8,0 e
<b>Portugal</b>	<b>2,6</b>	<b>5,4</b>	<b>5,6</b>	<b>6,0</b>	<b>6,2</b>	<b>8,2</b>	<b>9,4</b>	<b>9,3</b>	<b>9,5</b>	<b>9,8 e</b>	<b>10,1 e</b>
Reino Unido	4,5	5,5	5,6	5,9	6,0	7,0	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1 d
Suécia	6,8	7,6	9,0	8,6	8,3	8,1	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1 e
<b>UE15</b>	<b>4,8</b>	<b>6,5</b>	<b>7,0</b>	<b>7,1</b>	<b>7,2</b>	<b>8,0</b>	<b>8,2</b>	<b>8,4</b>	<b>8,7</b>	<b>9,0</b>	<b>9,0</b>

Fonte: OCDE Health Data 2006, Outubro 2006

Legenda: n.d.-não disponível; d-diferença de metodologia; e-estimativa

Figura 8 - Despesa total em saúde (% do PIB)



Relativamente à componente despesa pública de saúde (Quadro 2), verifica-se, tal como nos gastos totais em saúde, que sete dos 15 países da UE apresentaram valores acima da média, tendo-se, no entanto, verificado algumas alterações na composição deste grupo (Alemanha, Áustria, Finlândia, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido e Suécia). Portugal ultrapassou os valores da média da UE15 em 0,7 pontos percentuais.

Quadro 2 - Despesa pública em saúde (% do PIB)

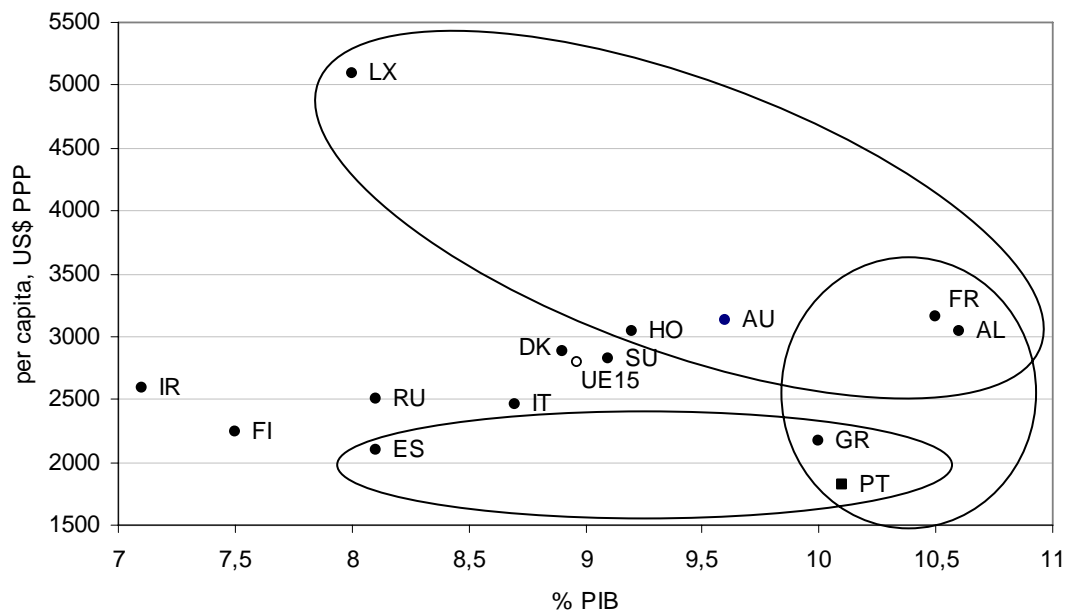
	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
Alemanha	4,5	6,8	6,8	7,0	6,5	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1
Áustria	3,3	4,8	5,1	4,9	5,1	6,7	6,6	6,6	6,7	6,8	6,8
Bélgica	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,4	6,5	6,6	6,7	7,2	n.d.
Dinamarca	n.d.	7,5	7,9	7,3	6,9	6,7	6,8	7,1	7,3	n.d.	n.d.
Espanha	2,3	3,6	4,2	4,3	5,1	5,4	5,2	5,2	5,2	5,5	5,7 e
Finlândia	4,1	4,9	5,0	5,6	6,3	5,6	5,0	5,2	5,5	5,7	5,7
França	4,0	5,0	5,6	6,2	6,4	7,2	7,0	7,1	7,8	8,2	8,3 e
Grécia	2,6	n.d.	3,7	n.d.	4,0	5,0	5,2 e	5,8 e	5,6 e	5,6 e	5,3 e
Holanda	n.d.	4,7	5,0	5,0	5,2	5,7	5,0	5,2	5,5	5,8 e	5,7 e
Irlanda	4,1	5,8	6,8	5,7	4,4	4,8	4,6	5,1	5,4	5,6	5,7
Itália	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	6,1	5,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,5
Luxemburgo	2,8	4,0	4,8	4,6	5,0	5,1	5,2	5,6	6,1	7,0	7,3 e
Portugal	1,6	3,2	3,6	3,3	4,1	5,1	6,8	6,7	6,9	7,2 e	7,4 e
Reino Unido	3,9	5,0	5,0	5,0	5,0	5,8	5,9	6,2	6,4	6,7	7,0 d
Suécia	5,9	6,8	8,3	7,8	7,5	7,0	7,1	7,4	7,8	7,9	7,7 e
UE15	3,6	5,2	5,5	5,6	5,5	6,0	6,1	6,3	6,5	6,7	6,7

Fonte: OCDE Health Data 2006, Outubro 2006

Legenda: n.d.-não disponível; d-diferença de metodologia; e-estimativa

Comparando a percentagem da despesa total em saúde no PIB de cada país e a despesa *per capita* em saúde (US\$PPP) nos países da UE15, encontramos o gráfico da Figura 9.

Figura 9 - Despesa total em saúde no PIB e despesa total *per capita* em US\$PPP, 2004



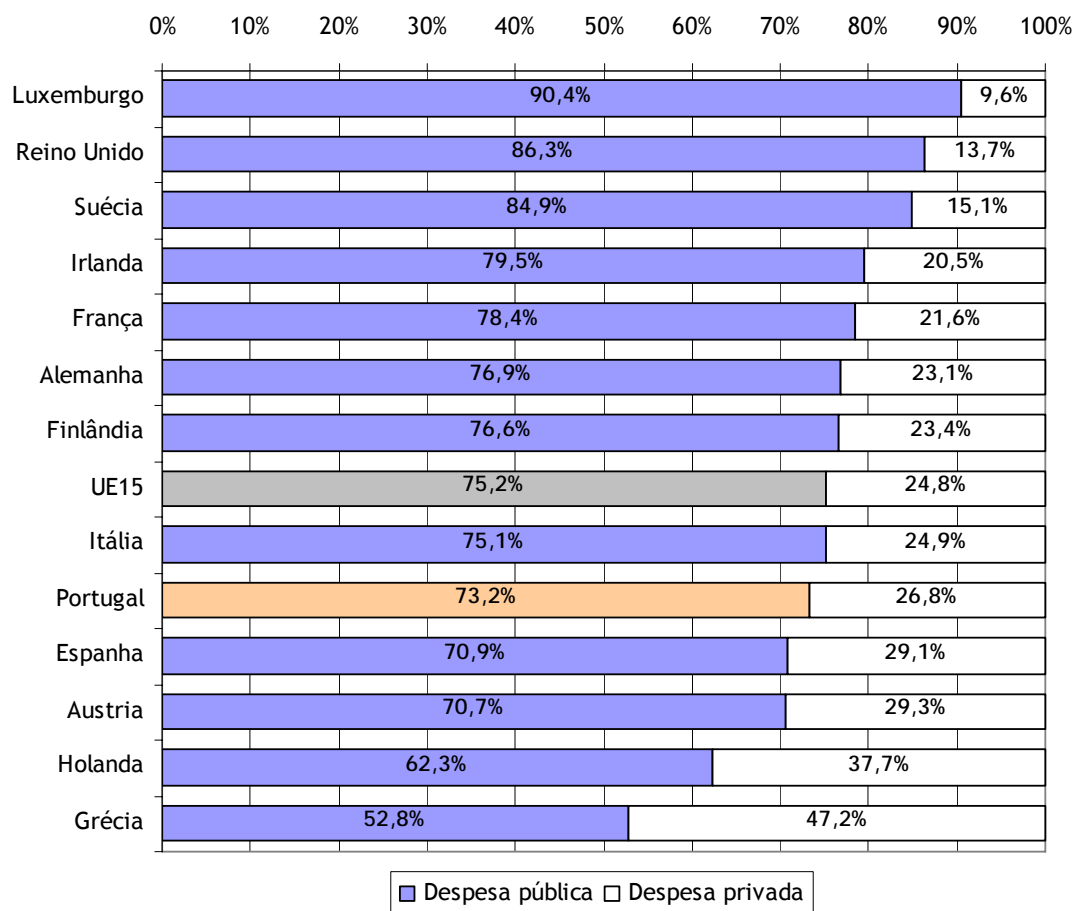
Fonte: OCDE Health Data 2006, Outubro 2006

Legenda: AL-Alemanha; AU-Áustria; DK-Dinamarca; ES-Espanha; FI-Finlândia; FR-França; GR-Grécia; HO-Holanda; IR-Irlanda; IT-Itália; LX-Luxemburgo; PT-Portugal; RU-Reino Unido; SU-Suécia

Neste gráfico, verificamos que o Luxemburgo, a França, a Áustria, a Alemanha e a Holanda são os países da UE15 com maiores valores de despesa *per capita*, enquanto que os países do sul da Europa (Portugal, Espanha e Grécia) apresentam os menores valores. Aliás, o valor português era, em 2004, bastante inferior ao valor médio da UE15. Por outro lado, a Grécia, Portugal, a França e a Alemanha são os países com maior percentagem da despesa total em saúde no PIB, independentemente das formas de organização dos respectivos serviços de saúde.

Finalmente, podemos comparar as componentes pública e privada na despesa total em saúde. Os valores para os países da UE15, para o ano de 2004, são os apresentados no gráfico da Figura 10.

Figura 10 - Relação público/privado na despesa em saúde



Fonte: OCDE Health Data 2006, Outubro 2006

Este gráfico demonstra que Portugal tem uma participação pública em saúde ligeiramente abaixo da média da UE a 15 países. Ou seja, gastamos mais do que a média da UE15 relativamente à riqueza produzida no país; no entanto, quando analisamos a despesa *per capita* constatamos que somos os que gastamos menos, reflexo de sermos um país menos rico. Porém, quando se analisa a repartição dessa despesa entre o cidadão e o Estado (papel social), verificamos que somos dos países em que os cidadãos contribuem mais do que a média da UE15. Tendo em consideração que Portugal é dos países que mais esforço faz, em termos de orçamento de Estado, para financiar a saúde, uma das razões que este resultado sugere é um eventual défice no acesso aos

serviços públicos de saúde e uma sobrevalorização dos preços praticados pelo sector privado.

### Orçamento real e execução orçamental

Praticamente desde a sua criação que o SNS se foi desenvolvendo num quadro de constrangimento sistemático ditado por um sub-financiamento continuado e, por vezes, deliberado. Este é um dado com o qual os portugueses e os serviços de saúde se foram habituando a conviver. E habituaram-se também a que, ciclicamente, tenha havido a “necessidade” de se fazer recurso a orçamentos rectificativos. Porém, nas instâncias políticas, o que se degladiava não era o sub-financiamento mas, antes, o “desperdício crónico” e a “gestão ineficiente de recursos” e, nos últimos tempos, mesmo, a “insustentabilidade” financeira do sistema público de saúde. Fora da discussão ficaram as medidas estruturantes capazes da indução de ganhos sustentados de eficiência, que não de mero racionamento, que se traduziriam na adequação da rede de serviços pautada pelas necessidades em saúde da população, a avaliação do uso das capacidades produtivas dos serviços de saúde (e da rede) de forma a satisfazer essas necessidades e o redesenho da administração central e das organizações prestadoras integrantes do SNS. A governação do sistema foi preponderantemente ditada por medidas avulsas protagonizadas pelos sucessivos titulares das pastas da saúde, verificando-se, mesmo, descontinuidade dentro dos mesmos mandatos governativos, mais do que pela identificação das evidências que dessem suporte a medidas de

política efectivas porque propiciadoras de uma maior racionalidade ao sistema no que respeita ao acesso, à equidade e à eficiência.

A prática de se iniciar o ano com orçamentos irreais não constituiu uma questão secundária: com orçamentos falsos, à partida, nem uma boa gestão produz resultados satisfatórios. Foram então os atrasos inaceitáveis de pagamentos aos fornecedores, foram, decorrentemente, as aquisições a preços não favoráveis, foi a fama generalizada dos serviços de saúde de maus pagadores. E foi, também, a gestão menos ditada pelas necessidades porque executada em função das exíguas parcelas orçamentais que aos serviços eram alocadas. Navegava-se por isso à vista, sem sentido estratégico.

Pela primeira vez, para o ano de 2006, o SNS teve um orçamento anunciado como próximo das necessidades expectáveis - “um orçamento de verdade”, como então afirmou o Ministro da Saúde, adequando a dotação financeira para a saúde à despesa real e não ao histórico. E, não sendo razoável esperar que todos os efeitos positivos deste financiamento, alegadamente verdadeiro, se façam sentir logo nos primeiros anos desta nova prática, ela poderá constituir uma vultuosa contribuição para uma racionalidade acrescida na gestão do sistema de saúde português.

O Ministério da Saúde tem anunciado reiteradamente que a execução orçamental de 2006 cumpriu os objectivos anunciados, facto que, a confirmar-se, se enaltece. O quadro seguinte apresenta um dos diapositivos de uma apresentação feita pelo Ministro da Saúde, em Março de 2007, ainda com dados provisórios. Esperamos que o Ministério da Saúde assim que tenha os dados finais os anuncie publicamente, tal como o fez em Março deste ano.

Quadro 3 - Despesa e receita do SNS 2006

Despesa SNS	2005	2006	Var.% 05/06
Despesa total	7.873,3	7.982,7	1,4%
Despesa com pessoal SNS	1.994,1	2.035,0	2,1%
Compras	599,2	632,2	4,0%
Fornecimentos e serviços externos	325,3	343,2	5,5%
Produtos vendidos por farmácias (ambulatório)	1.479,6	1.464,7	-1,0%
MCDT (convencionado)	652,0	651,2	-0,1%
Outros serviços de saúde	2.157,3	2.170,0	0,6%
Receita SNS	2005	2006	Var.% 05/06
Total receita cobrada do exercício	7.900,1	8.150,0	3,2%
Transferência OE	7.634,0	7.631,9	0,0%
Receita própria cobrada (prestações de serviço)	116,0	165,9	43,0%

Fonte: IGIF

De notar, como está referido no quadro original, que os dados referentes a 2006 são preliminares e que os referentes a 2005 foram trabalhados de modo a que fossem comparáveis com 2006. Assim, esta coluna “inclui os hospitais SPA com os 31 actuais hospitais EPE registados nos Outros Serviços de Saúde (EPE) em todos os anos”.

Os dados referentes à receita própria cobrada, também como referido no quadro original, devem ser analisados com muita reserva, “na medida em que existe um expurgo dos Hospitais de Santa Maria, S. João e Nordeste no ano 2005, permitindo a comparação com o universo de 2006”.

Importará, porém, conhecer-se o impacto das medidas de racionalização e de contenção da despesa impostas ao longo de 2006. Terá havido racionamentos em bens essenciais? Terá havido encerramentos e restrições de funcionamento nas unidades de saúde com reflexos negativos na população? Terá havido



transferência de despesas para os cidadãos, reforçando-se o co-pagamento dos cuidados de saúde?

Às questões enunciadas, o OPSS vê-se incapaz, de momento, de dar respostas definitivas. Com efeito, dados oficiais detalhados sobre a execução orçamental são ainda escassos, ou mesmo praticamente inexistentes. Ficamos por isso, para já, com o registo das declarações de índole geral do Ministério que afirma ter conseguido cumprir as metas orçamentais.

Decorre do exposto que o OPSS se reserva para, uma vez disponibilizada informação detalhada e consolidada, dar a conhecer a sua perspectiva sobre o desempenho orçamental do sistema de saúde no ano de 2006.

### Sustentabilidade financeira

Em 30 de Março de 2006 foi publicado em Diário da República o despacho conjunto n.º 296/2006, dos Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, criando a “Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde”, após um anúncio, a 14 de Março, feito pelo Ministro ao Parlamento.

Segundo este despacho, esta Comissão, presidida por Jorge Almeida Simões, tinha como objectivos:

- ▶ empreender uma reflexão sobre as novas orientações internacionais das políticas públicas de saúde;

- ▶ analisar a evolução recente das necessidades de financiamento do SNS, identificando os factores do lado da procura e do lado da oferta de cuidados de saúde que as determinam e que condicionam a sua sustentabilidade financeira;
- ▶ analisar as formas actuais de organização do SNS;
- ▶ identificar os aspectos críticos para o controlo de gastos na produção.

Regista-se estranheza pelo facto deste Relatório ter sido entregue em Fevereiro e se encontrar, aparentemente, sujeito a embargo por parte do Governo, perante a incomodidade, aliás patente, de alguns dos seus autores que, publicamente, a manifestaram. E diz-se estranheza porque dele era de esperar que constasse, certamente, matéria decisiva para reflexão estratégica que a todos por isso interessa. Não é de aceitar que aspectos de agenda política levem o Governo a considerar a sua divulgação como inoportuna<sup>6</sup>. A confirmar-se um bom ano de execução orçamental nada, mesmo assim, justifica este embargo porque do que realmente se trata é de questões estratégicas para o futuro do SNS.

No entanto, coloca-se, por um lado, a hipótese de o Governo, concordando com as recomendações, considerar o momento inoportuno ou, por outro lado, não se rever nas medidas propostas, o que, em seu entender, justificaria que o mesmo não fosse discutido publicamente.

Assim, pela falta de informação oficial sobre as propostas apresentadas por esta Comissão, o OPSS viu-se, de início, obrigado a utilizar o que a

---

<sup>6</sup> Declaração do Ministro da Saúde ao «Diário Económico», de 4 de Maio de 2007

comunicação social foi dizendo sobre o assunto. Deste modo, segundo o «Diário Económico» de 5 de Setembro de 2006, o Relatório, então já em mãos do Ministro da Saúde, apresentaria sete medidas alternativas. Na notícia, este jornal resumia as vantagens e desvantagens de cada uma das alternativas apresentadas.

- ▶ Não fazer nada
  - (+) É a primeira proposta, e está apresentada. Aqui, deixava-se evoluir naturalmente o actual sistema de financiamento.
  - (-) O aumento dos custos seria incomportável, a prazo, para os cidadãos e para o próprio Estado. O actual Ministro da Saúde, aliás, já o disse por mais de uma vez.
- ▶ Saída do Serviço Nacional de Saúde (*opting out*)
  - (+) A comissão não apresenta qualquer vantagem para este modelo de financiamento.
  - (-) Haveria um aumento do consumo de actos médicos sem o conseqüente aumento da saúde da população, e as seguradoras não teriam capacidade para absorver a procura destas soluções.
- ▶ Aumento dos impostos (canalizados para a saúde)
  - (+) Uma das opções de financiamento para assegurar a sustentabilidade do SNS é o aumento da tributação, sendo um aspecto crucial o crescimento da própria economia.
  - (-) O cenário de aumento médio de 33% das necessidades de financiamento da Saúde, em clima de baixo crescimento económico, é o que mais se aproxima da situação actual.
- ▶ Aumentar os pagamentos directos da população
  - (+) É uma solução atractiva porque aumenta a contribuição da população e poderá exercer um efeito moderador sobre o consumo.
  - (-) Cria maior incerteza financeira e leva a que, quem utiliza mais, pague também mais, destruindo parcialmente a solidariedade entre quem tem saúde e quem precisa de cuidados.
- ▶ Limitação da cobertura do Serviço Nacional de Saúde
  - (+) Tem a vantagem financeira de poder negar o acesso a quem tenha uma doença que não esteja coberta pelo sistema.
  - (-) É inconstitucional, desvirtua a lógica do Serviço Nacional de Saúde e dificilmente seria proposto por um partido político ou aceite pela população.
- ▶ Organização de Agências de Financiamento local
  - (+) A vantagem é uma responsabilização acrescida dos eleitos locais pela saúde das suas populações.
  - (-) Leva à criação potencial de uma diferenciação da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

► Criação de planos de poupança saúde

- (+) Permitem a transferência de risco de um modo intertemporal para o mesmo indivíduo, garantindo o aspecto da protecção contra o risco, sem qualquer impacto na redistribuição no sistema.
- (-) No actual contexto sociológico português, não parece admissível que instrumentos desta natureza tenham mais do que um papel supletivo, voluntário e alicerçado nos privados.

«Diário Económico», 5 de Setembro de 2006

Entretanto, no debate mensal de Maio da Assembleia da República, o Primeiro Ministro afirmou que “não está nas intenções do Governo” a aplicação de contribuições compulsivas, temporárias, por níveis de rendimento e, mesmo o retirar da isenção de taxas moderadoras a crianças até aos 12 anos, defendida por Correia de Campos, alegadamente com base no Relatório, em declarações prestadas à rádio TSF.

A vontade continuada do Governo em não tornar público o “Relatório sobre a Sustentabilidade Financeira do SNS” criou um campo fértil para o surgimento de especulações. A TVI, já neste mês de Junho noticiou que, com base no referido Relatório, o Governo iria legislar no sentido da “extinção dos benefícios fiscais referentes às despesas com a saúde”.

Dois dias mais tarde, em 8 de Junho, o Gabinete do Ministro emitiu uma “nota sobre a alegada versão final do Projecto de Relatório de Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde” segundo a qual “o Governo reitera que a actual situação financeira do SNS é equilibrada e que, durante o seu mandato, não vai criar um novo imposto ou efectuar alterações às isenções das taxas moderadoras, que abrangem 55 por cento da população”.

Entretanto, em 22 de Junho de 2007, o Ministério da Saúde publica no Portal da Saúde<sup>7</sup> o referido relatório na íntegra.

### Princípio do utilizador-pagador

Em Março deste ano (Portaria n.º 395-A/2007, de 30 de Março), o Governo decidiu actualizar o valor das taxas moderadoras previsto na Portaria n.º 219/2006, de 7 de Março, e criar taxas moderadoras para o internamento – designadas por taxas de utilização – e cirurgias de ambulatório. Os valores estabelecidos nesta Portaria, para estes novos actos a taxar, são de 10 euros para a cirurgia de ambulatório e de 5 euros para a diária de internamento, nos primeiros dez dias de internamento.

No que diz respeito à actualização dos valores dos actos previstos no diploma anterior, temos que o preâmbulo da Portaria de 2007 (e também a anterior) refere que esta actualização terá em linha de conta, “nomeadamente a taxa de inflação verificada em 2006” . Esta taxa de inflação foi de 2,3%. Assim, salienta-se, a título de exemplo algumas situações:

- ▶ para as urgências (8,75€ nos hospitais centrais, o aumento foi de 2,9% face a 2006); 7,75€ nos hospitais distritais (aumento de 3,3%) e 3,40€ (aumento de 3%) nos centros de saúde);
- ▶ para as consultas (4,30€ nos hospitais centrais (aumento de 2,3%); 2,85€ (+3,6%) nos hospitais distritais e 2,10€ (+2,4%) nos centros de saúde);

---

<sup>7</sup> [www.portaldasaude.pt](http://www.portaldasaude.pt)

- ▶ para os exames diagnósticos (20,10€ por ressonância magnética (+3,0%), 17,90€ por a TAC (+2,8%) e 3,40€ por ecografia (aumento de 3 % face a 2006);
- ▶ 4,50€ para o serviço domiciliário (+ 4,6%);
- ▶ exames de Anatomia, como histologia, citologia aspirativa e citologia esfoliativa, com valores actualizados para respectivamente, 5,00€, 5,00€ e 2,50€ tiveram aumentos face a 2006 de 4,1%;
- ▶ exames de cardiologia, o ECG de 12 derivações com uma taxa moderadora de 0,70€ em 2006, passa, em 2007, para um valor de 1,00€ (+42,8%), e a ecocardiografia tem uma evolução de 5,10€ em 2006 para 5,25€ em 2007, isto é, + 2,9%.

Constata-se, na generalidade, que esta actualização não foi uniforme na medida em que os aumentos dos valores estipulados em 2007 variaram, de exame para exame, comparativamente aos de 2006. A tabela dos actos taxados foi actualizada, tendo sido previstos novos actos a taxar (exemplo: na Imagiologia, a radiologia de intervenção). Houve ainda exames (em número reduzido) que mantiveram os valores de 2006 (exemplos: Patologia Clínica - colesterol da fracção HDL,s e Colesterol total, s/l; na Hematologia – velocidade de sedimentação).

Atendendo-se a que a taxa de inflação é, ou poderá ser, tal como referem os preâmbulos dos diplomas, apenas um factor a ter em conta na actualização dos valores das taxas moderadoras parece-nos questionável a variabilidade referida.

Porque é que as taxas de crescimento foram superiores nas taxas moderadoras para as consultas e urgências dos hospitais distritais, comparativamente com os hospitais centrais? Porque é que se taxam os exames complementares de diagnóstico, se a sua prescrição é uma decisão exclusivamente médica? E, no caso dos “exames de Anatomia”, em função até das patologias em questão, não deveriam ser, por maioria de razão, isentos de taxaço? E porque é que estes exames em concreto tiveram aumentos de valor (+4%), bastante acima de muitos outros?

Baseados na definição de co-pagamento como sendo “uma partilha de custos na forma de um valor fixo a ser pago por um serviço”<sup>8</sup>, é razoável questionar-se se estas novas taxas não constituirão apenas co-pagamentos, na medida em que o Governo está a criar uma nova forma de financiamento do SNS, a qual é socialmente injusta para os portugueses que, através dos seus impostos, já estão a financiar este sistema.

É relevante salientar que o princípio do utilizador-pagador já existe em relação ao financiamento de outros serviços públicos como, por exemplo, água, electricidade, transportes públicos ou mesmo a justiça. A lógica subjacente, defendida por alguns, para a não aplicação deste princípio à saúde reside no facto de, para além dos benefícios para o próprio, também existirem externalidades para a sociedade, como consequência da prestação de cuidados de saúde assim como, em saúde, não ser o utilizador a determinar o consumo de cuidados de saúde.

---

<sup>8</sup> Glossário do European Observatory on Health Systems and Policies ([www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory)).







## OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

### Breve caracterização dos cuidados de saúde primários em Portugal

A reforma dos cuidados de saúde primários é um ponto relevante inscrito no Programa do Governo para a área da saúde e tem sido reiteradamente realçada como uma prioridade política quer por parte do Ministro da Saúde quer, mesmo, do Primeiro Ministro.

Para um melhor enquadramento do que está em causa — uma alteração estrutural num sector pilar do sistema público de saúde —, optou-se por iniciar este capítulo com uma descrição sumária de aspectos referentes à sua estrutura e desempenho, socorrendo-nos, para o efeito, dos dados oficiais mais recentes.

Deste modo, no Quadro 4 procede-se à caracterização geral da rede de cuidados de saúde primários:

Quadro 4 - Dados de estrutura dos cuidados de saúde primários

Serviço Nacional de Saúde	Número
Centros de Saúde (2005) *	351
Extensões de Centros de Saúde (2005) *	1.823
SAP (2005) *	254
SAP a funcionar 24 sobre 24 horas (Março de 2007)	79
USF em funcionamento (Maio de 2007) **	64
Candidaturas a USF (Maio de 2007) **	165
Médicos nos Centros de Saúde ***	7.034
Médicos de Família (2004) *	5.944
Médicos de Saúde Pública (2004) *	395
Outros médicos (2004)*	735
Enfermeiros nos Centros de Saúde (2006) *	7.368
Administrativos(2004)*	7408

Fonte: \* IGIF - Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde - 2005

\*\* MCSP - www.mcsp.min-saude.pt

\*\*\* SG, BD RH da Saúde, 05-02-2007

Em termos de recursos humanos, a evolução entre os anos de 2004 e 2006, foi a que se referencia no Quadro 5.

Quadro 5 - Evolução dos recursos humanos nos centros de saúde

Centros de Saúde - efectivos	2004	2005	2006
Médicos	7.123	6 930	7 034
Enfermeiros	7.067	7 202	7 368
Internos em formação em Medicina Geral e Familiar	393	350	558
Internos admitidos em Medicina Geral e Familiar	123	217	183
Internos em formação em Saúde Pública	34	25	55
Internos admitidos em Saúde Pública	10	12	37

Fonte: SG, BD RH da Saúde, 05-02-2007

Merece comentário positivo o número crescente de internos em formação na carreira de medicina geral e familiar, ainda que se registe uma redução de 34 admissões em 2006, por referência a 2005. Importará que estes números se

equacionem no quadro da substituição dum elevado número de médicos de família que estando hoje no activo, alcançarão a sua reforma nos anos mais próximos. Com efeito, os 5.944 médicos de família inventariados em 2004 são escassos para as necessidades do país quer em quantidade, quer por força da média etária elevada. Acrescem ainda as assimetrias hoje gritantes na sua distribuição geográfica, havendo situações de excesso em muitas zonas predominantemente rurais, por força dos processos migratórios orientados ao litoral nas três décadas anteriores, por contraponto às limitações registadas nas áreas que conheceram uma rápida expansão populacional situadas predominantemente no litoral e na periferia dos maiores aglomerados urbanos. E estas assimetrias obrigam a que sejam identificadas, com detalhe as situações extremas, e que seja planeada a sua correcção de forma célere e consistente<sup>9</sup>.

Na especialidade de Saúde Pública ressalta desde logo a exiguidade do número de médicos no activo (395 em 2004) e, mesmo que o número de internos admitidos tenha conhecido um crescimento moderado, a verdade é que os 55 actualmente em formação não constituem a resposta necessária. Importará por isso que se proceda à identificação das causas da não procura desta especialidade, a qual é central na determinação de necessidades em saúde, na determinação de prioridades, no desenho de programas de intervenção comunitária e na determinação dos ganhos em saúde decorrentes. A inexistência desta rede epidemiológica de proximidade constituirá,

---

<sup>9</sup> O Distrito de Setúbal será, porventura, aquele onde a exiguidade de médicos de família mais se faz sentir, sendo legítimo questionar-se se a situação aí criada não legitimaria a adopção de medidas com carácter de emergência.

porventura, uma das mais graves omissões estruturais do nosso sistema de saúde.

Já no que respeita ao pessoal de enfermagem confirma-se o seu aumento em termos dos efectivos colocados nos Centros de Saúde e o facto de recentemente se ter emancipado a figura do enfermeiro de família, dotado de formação específica. Importará aqui que se proceda à correcção de alguma da instabilidade criada pelo vínculo contratual que tem sido responsável por descontinuidades assistenciais e tem desencadeado a procura de alternativas laborais mais estáveis noutros níveis de cuidados.

No que se refere ao sector administrativo, a extinção das SRS e a construção dos futuros Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS) anuncia uma dotação quantitativamente suficiente, ainda que importe cuidar-se da qualificação dos seus efectivos.

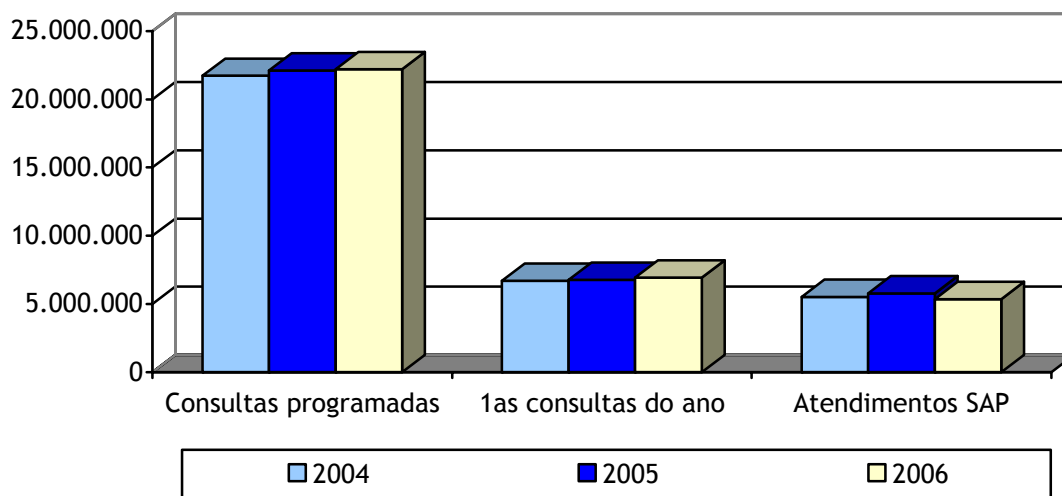
No que se refere ao movimento assistencial – produção –, os dados referentes ao período de 2004 a 2006 são os que se apresentam no Quadro 6 e na Figura 11.

Quadro 6 - Evolução da produção dos cuidados de saúde primários

Centros de Saúde	2004	2005	2006
Consultas totais (Ambulatório + SAP)	33.433.378	33.806.189	33.545.387
Programadas	21.715.731	22.109.308	22.204.383
Nº de primeiras consultas no ano	6.701.924	6.764.011	6.926.535
Atendimentos em SAP e Afins	5.515.486	5.775.183	5.355.728

Fonte: Ministério da Saúde, Fev. 2007

Figura 11 - Evolução da produção nas consultas dos centros de saúde



Fonte: Ministério da Saúde, Fev. 2007

A análise dos dados apresentados denota um aumento discreto, mas sustentado, quer das consultas totais realizadas, quer nas consultas programadas, quer ainda nas primeiras consultas, assim como um ligeiro decréscimo no número de consultas em SAP e afins. Pode portanto inferir-se a existência de um balanço positivo em termos de produção e acesso.

Analisando-se agora essa produção por tipos de consulta, obtêm-se os valores constantes no Quadro 7.

Quadro 7 - Movimento assistencial nos centros de saúde

Medicina Geral e Familiar - 2004	Número	%
Adultos	10.405.218	37,1
Idosos	7.562.796	27,0
Saúde Juvenil	2.307.812	8,2
Planeamento Familiar	670.420	2,4
Saúde Materna	376.895	1,3
Domicílios	112.736	0,4
Atendimento Complementar	1.054.472	3,8
SAP	5.433.541	19,4
CDP	95.949	0,3
<b>TOTAL</b>	<b>28.019.839</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Direcção Geral da Saúde

A inventariação dos cidadãos inscritos e dos cidadãos utilizadores dos centros de saúde, é a que se reproduz na tabela.

Quadro 8 - Cobertura populacional dos centros de saúde

Centros de Saúde	
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

IGIF - Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde - 2005

Os dados apresentados revelam, em 2005, um recurso aos centros de saúde de quase 60% da população inscrita e uma média de 3 consultas por inscrito e de 5,5 consultas por utilizador. Permitem ainda perceber que 10,6% dos cidadãos inscritos não tem médico de família, valor que será certamente reduzido com a implantação das USF, e que a média de cidadãos inscritos por médico de

família é de 1.497, valor coincidente com os 1.500 previstos pela legislação até agora vigente. Este dado vem confirmar a necessidade de uma política de captação e formação de mais médicos de família já antes assinalada como um imperativo político.

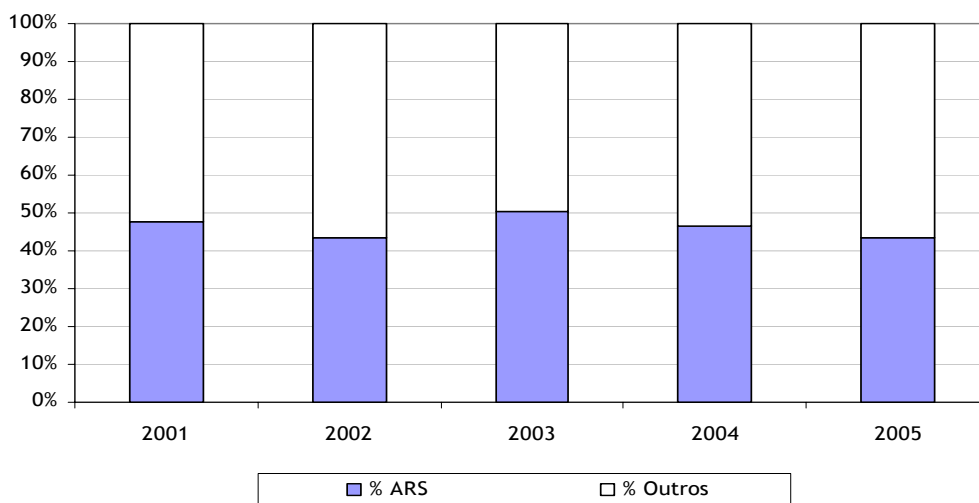
Em termos de financiamento para os cuidados de saúde primários, onde são incluídos os custos com o receituário do sector privado pago pelas ARS e os originados no ambulatório dos hospitais, obtêm-se os valores do Quadro 9 e da Figura 12.

Quadro 9 - % do financiamento atribuído por grupos de serviço

	2001	2002	2003	2004	2005
ARS	47,6%	43,6%	50,3%	46,5%	43,6%
Hospitais SPA	48,9%	51,2%	25,0%	28,4%	26,1%
Hospitais SA		1,0%	21,4%	18,2%	19,4%
Serviços Autónomos	1,5%	1,7%	0,8%	1,1%	1,5%
Serviços Psiquiátricos	1,1%	1,0%	1,1%	0,8%	0,9%
Diversos	0,9%	1,3%	1,3%	1,3%	1,4%
Amortização do adiantamento da DGT				3,7%	7,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: IGIF - Serviço Nacional de Saúde - Relatório e Contas 2005

Figura 12 - % do financiamento atribuído às ARS



Os dados apresentados expressam uma ligeira descida na percentagem de financiamento das ARS, desde 2003, relativamente ao financiamento dos hospitais. Independentemente de estarmos a considerar percentagens, até porque, desde 2003, também os hospitais estão a diminuir, e poder ter havido alterações na composição de cada um dos escalões, consideramos haver necessidade de um maior acompanhamento destes valores para que se não ponha em risco o caminho até agora realizado na reforma dos cuidados de saúde primários.

Em termos de indicadores de custos, agora mais detalhados, encontramos os valores do Quadro 10.



Quadro 10 - Indicadores de custo

Indicadores de Custos - 2005	
Medicamentos por utilizador	105 €
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica por utilizador	103 €
Custos com pessoal por utilizador	137 €

Fonte: IGIF (Portugal, 2007a)

Como facto a merecer a melhor atenção tem-se o anacronismo de uma Rede Informática da Saúde (RIS) em colapso permanente, onde persistem ligações ao centro de saúde sede com uma largura de banda de 512 kbps, estas a ligarem-se às SRS com uma largura de 1 Mbps e, destas, ao IGIF com 2Mbps. Sabendo-se que existe financiamento para o efeito pelo menos desde 2001, pergunta-se então para quando a banda larga em toda a rede?

Ainda na área da informação, refira-se o avanço na implantação e desenvolvimento de novas funcionalidades, nomeadamente do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e do Sistema de Apoio à Prática da Enfermagem (SAPE), e a entrada de duas outras ferramentas em competição com as do IGIF – o VitaCare<sup>10</sup> e o MedicineOne<sup>11</sup>. A gama de funcionalidades disponibilizadas por estas ferramentas tem conhecido um alargamento substancial, como resultado da concorrência entretanto estabelecida.

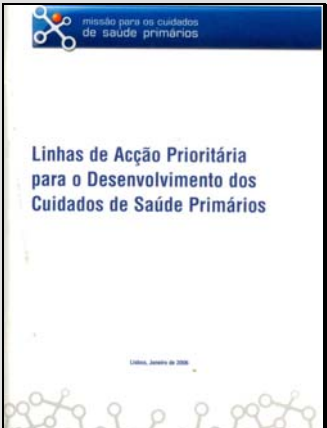
Há porém um longo trabalho ainda a percorrer para se obter um sistema robusto e à altura das necessidades nomeadamente no apoio à decisão estrutural, no suporte à contratualização e acompanhamento e no apoio ao desempenho clínico.

<sup>10</sup> [www.netvista.com](http://www.netvista.com)

<sup>11</sup> [www.medicineone.com](http://www.medicineone.com)

## Linhas gerais da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e actividade da Missão para os Cuidados de Saúde Primários

Conforme constava do Relatório de Primavera 2006, no documento “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” foram definidas, na globalidade, as seguintes linhas de acção estratégica para a Reforma dos CSP:

<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Reconfiguração e autonomia dos Centros de Saúde</li><li>▶ Implementação de Unidades de Saúde Familiares</li><li>▶ Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública</li><li>▶ Outras dimensões de intervenção na comunidade</li><li>▶ Implementação de Unidades Locais de Saúde</li><li>▶ Desenvolvimento dos Recursos Humanos</li><li>▶ Desenvolvimento dos Sistemas de Informação</li><li>▶ Mudança e desenvolvimento de competências</li></ul>	 <p>The image shows the cover of a document titled 'Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários'. At the top, there is a blue header with a logo and the text 'missão para os cuidados de saúde primários'. The main title is in blue and black text. At the bottom, there is a decorative graphic of interconnected nodes.</p>
--	--

Por seu turno, na Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro, podia ler-se: “Criar, na dependência directa do Ministro da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a natureza de estrutura de missão, para a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar”, para o que foi concedido um mandato de 18 meses.

Mais concretamente, e de acordo com o ponto 3 da referida Resolução, incumbia-lhe:

- ▶ Apoiar a reconfiguração dos centros de saúde em unidades de saúde familiar, desempenhando um papel de provedoria das iniciativas dos profissionais;
- ▶ Coordenar tecnicamente o processo global de lançamento e implementação das unidades de saúde familiar, 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 unidades de saúde familiar;
- ▶ 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 unidades de saúde familiar;
- ▶ Elaborar os termos de referência da contratualização das administrações regionais de saúde com os centros de saúde e destes com as unidades de saúde familiar;
- ▶ Elaborar a lista de critérios e a metodologia que permitam avaliar e classificar as unidades de saúde familiar 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 unidades de saúde familiar;
- ▶ Desempenhar outras funções que lhe sejam atribuídas pelo Ministério da Saúde.



Com vista ao cumprimento destas funções a MCSP elaborou ou dinamizou a produção de um conjunto de documentos estruturantes, nomeadamente projectos legislativos, e promoveu uma série de actividades de que se destacam, por mais relevantes, as abaixo enunciadas:

## Quadro 11 - Principais actividades da MCSP

2005	
▶ 10.Nov	Publicação do Despacho n.º 24.766/2005 com a designação dos assessores integrantes da equipa de Missão
2006	
▶ 08.Jan	Divulgação do “Sumário Executivo dos Sistemas de Informação” com a caracterização do estado de desenvolvimento das aplicações informáticas então existentes, ou em preparação, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários
▶ 12.Jan	Disponibilização pública do <i>site</i> da MCSP
▶ 15.Jan	Edição e divulgação das “Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos CSP”
▶ 02.Fev	Publicação do Despacho n.º 23/2006 que prorrogou o regime Remuneratório Experimental para os médicos incluídos em unidades de saúde já previamente incluídos nesta modalidade remuneratória
▶ 16.Fev	Publicação do Despacho n.º 9/2006 que aprovou o Regulamento para o lançamento e implementação das USF
▶ 01.Mar	Abertura das candidaturas a USF no site da MCSP, em formato electrónico
▶ 12.Abr	Apresentação dos “Indicadores de Desempenho das USF” que irão permitir a monitorização, avaliação e contratualização das USF
▶ 28.Abr	Apresentação do “Guião de Apoio à Preparação de Candidaturas a USF”
▶ 02.Mai	Publicação do “Glossário das USF”
▶ 11.Mai	Publicação da matriz de indicadores, da responsabilidade das Agências de Contratualização, a contratualizar com as USF, para os anos 2006 e 2007
▶ 22.Mai	Definição da metodologia de análise e dos critérios de avaliação das candidaturas a USF
▶ 29.Mai	Divulgação do documento “Carteira de Serviços das USF” que define a “carteira básica de serviços” e eventuais “carteiras adicionais”, a serem contratualizadas anualmente
▶ 01Jun	Divulgação do documento orientador da contratualização com as USF com início de actividade até 30 de Setembro de 2006
▶ 30.Ago	Reunião dos Presidentes das ARS com a MCSP para discussão do processo de reconfiguração dos Centros de Saúde
▶ 11.Set	Publicação do despacho n.º 18.395/2006 que cria o grupo de trabalho nacional integrado pelas cinco ARS e pela MCSP para operabilização das USF
▶ 25.Set	Divulgação das conclusões do estudo encomendado à Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES) “Análise de Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental”
▶ 27.Out	Publicação do Decreto-Lei n.º 212/2006 - Lei Orgânica do Ministério da Saúde - com a indicação de que as Sub-Regiões de Saúde serão extintas até 31 de Dezembro de 2007

Quadro 11 - Principais actividades da MCSP (cont.)

2007	
▶ 08.Jan	Publicação do Decreto-Lei que cria o regime especial de contratação de empreitadas de obras públicas e a aquisição ou locação, sob qualquer regime, de bens e serviços destinados à instalação de USF
▶ 26.Jan	Despacho Normativo n.º 10/2007 que dá nova redacção às Normas IV e VII, do Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro
▶ 31.Jan	Apresentação do estudo “Análise dos Custos e Sistema de Remuneração e Incentivos a Unidades de Saúde Familiar” elaborado pela APES
▶ 23.Fev	Publicação do Decreto-Lei n.º 44/2007 que altera o Decreto-Lei 73/90, de 6 de Março, e que aprova o regime legal das carreiras médicas, onde os médicos deixam de ficar obrigados a fazer Serviço de Atendimento Permanente (SAP) dentro do seu horário normal
▶ 13.Mar	<i>Forum</i> “O Novo Centro de Saúde” organizado pela MCSP e que decorreu na Aula Magna da Reitoria da Universidade de Lisboa
▶ 19.Mar	Definição dos modelos de organização das USF. A “qualificação” de uma USF num determinado modelo é consequência do seu grau de autonomia funcional, diferenciação do modelo retributivo e dos patamares de contratualização
▶ 14.Abr	Seminário de introdução ao projecto “Formação Avançada para Apoiar a Implementação de USF” organizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, por encomenda da MCSP, que decorreu no Auditório da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
▶ 24.Abr	Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2007 que prorroga, por mais dois anos, o mandato da MCSP, actualizando e reforçando o seu quadro de atribuições
▶ 02.Mai	Assinatura das actas finais das negociações com SIM, FNAM, SEN e FESAP, sobre o Decreto-Lei que regulará a constituição de USF e os incentivos aos seus profissionais
▶ 05.Mai	Trinta coordenadores de USF, já em funcionamento, participaram no primeiro de três seminários sobre “A Gestão nos Cuidados de Saúde Primários” promovido pelo INDEG-ISCTE, por encomenda da MCSP
▶ 14.Mai	Assinatura das Actas Finais das negociações pelo Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP), sobre o projecto de Decreto-Lei que regula a constituição de USF e os incentivos aos profissionais
▶ 24.Mai	Aprovação, em Conselho de Ministros, de um Decreto-Lei que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem (aplicável a todos os modelos de USF), bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B
▶ 29 Mai	Apresentação pela MCSP, no auditório da Torre do Tombo, em Lisboa, do Relatório de Actividades referente aos primeiros 18 meses de actividade e apresentação pública do Plano Estratégico para o período de 2007 a 2009
▶ 01Jun	Extinção das Sub-Regiões de Saúde (SRS) de Coimbra, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre e Porto e passagem das ARS para o estatuto de Institutos Públicos.

Esta relação de actividades permite perceber a dimensão do trabalho desenvolvido pela MCSP sendo que, para o cumprimento integral das incumbências que lhe foram atribuídas pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, os 18 meses de mandato se adivinhavam, à partida, como manifestamente insuficientes. Daí que a sua recondução, por mais dois



anos, surja como um facto natural (Resolução de Conselho de Ministros 60/2007, de 24 de Abril). Na sequência desta recondução foi apresentado publicamente, em 29 de Maio na Torre do Tombo, o “Plano Estratégico” da MCSP para a reforma dos Cuidados de Saúde Primários, para o período da sua recondução – 2007 a 2009.

Terão entretanto ficado pelo caminho, como áreas não concretizadas, ou incompletamente concretizadas, as seguintes:

- ▶ A meta de 100 USF abertas até Dezembro de 2006 não foi cumprida, quedando-se por não mais que 50% desse valor; como adiante se verá, 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 e a própria construção e avaliação das candidaturas;
- ▶ Até 31 de Março de 2007 havia o compromisso assumido de ser publicada a futura lei dos CS, o que de facto não aconteceu. Porém, a

MCSP, em parceria com as cinco ARS, com o Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa e com o Instituto de Direito das Empresas e do Trabalho (IDET) da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra anunciou a elaboração de uma proposta para a reconfiguração dos centros de saúde e de um anteprojecto de Decreto-Lei, cuja apresentação pública foi agendada para o início de Junho de 2007, ambos os documentos já disponibilizados no sítio da MCSP;

- ▶ Desconhece-se o desenvolvimento de medidas efectivas para a concretização da medida que previa que, até 30 de Junho de 2006, fosse elaborado um plano, para cinco anos, para atribuição de vagas no internato médico, com previsão das proporções a garantir pelas especialidades mais carenciadas, designadamente MGF e SP;
- ▶ Baixo nível de concretização do processo formativo previsto no âmbito da Reforma.

### O processo de constituição das Unidades de Saúde Familiar

No Relatório de Primavera de 2006, de acordo com o ponto da situação de 31 de Maio constante do sítio da MCSP<sup>12</sup>, dava-se conta da entrada de 101 candidaturas a USF, envolvendo 1.997 profissionais de saúde – 678 médicos, 662 enfermeiros e 516 administrativos, cobrindo 1.203.013 cidadãos, o que

---

<sup>12</sup> [www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt)

traduzia um ganho de cobertura de 160.028 cidadãos face ao modelo organizacional tradicional.

No final de Maio de 2007, um ano transcorrido, o que há de novo?

- ▶ mais 64 candidaturas entradas - perfazendo-se um total de 165 candidaturas;
- ▶ 143 candidaturas aceites, a que corresponde um total de 2.659 profissionais envolvidos - 932 médicos, 963 enfermeiros e 764 administrativos, cobrindo 1.659.885 cidadãos, com um ganho potencial de cobertura de 180.554 cidadãos (+12,21%);
- ▶ 77 candidaturas homologadas;
- ▶ 64 USF em actividade, a que correspondem 1.224 profissionais - 433 médicos, 446 enfermeiros e 345 administrativos, cobrindo um total efectivo de 765.879 cidadãos, mais 89.667 (13,26%) que no modelo organizativo tradicional.

Dos dados referidos anteriormente pode inferir-se que, hoje:

- ▶ Dos 10.666.254 cidadãos inscritos nos centros de saúde do SNS, em 2005<sup>13</sup>, 765.879 (7,18%) estão inscritos nas USF já em funcionamento. Os profissionais nelas envolvidos representam 7,4% dos médicos dos médicos de família, 6,3% dos enfermeiros e 5,1% dos administrativos registados no SNS<sup>14</sup>;

---

<sup>13</sup> Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde em 2005 - Departamento de Consolidação e Controlo de Gestão - Junho de 2006

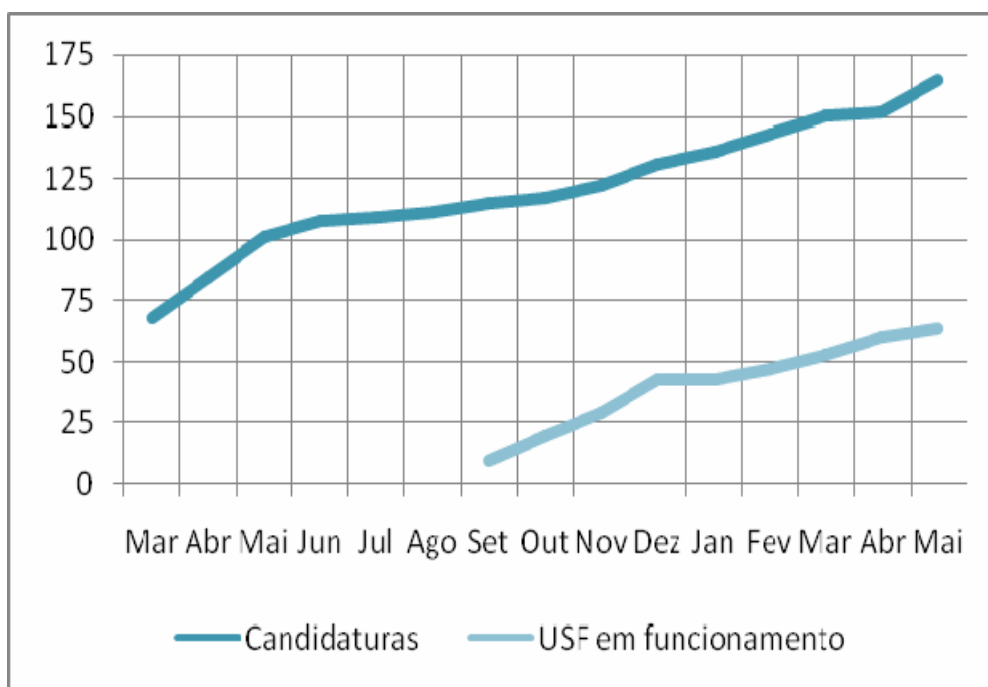
<sup>14</sup> Idem



- ▶ Se se tomarem, agora, as candidaturas aceites, obter-se-á uma cobertura potencial de 15,6% dos cidadãos, envolvendo 15,9% dos médicos de família, 13,6% dos enfermeiros e 10,9% dos administrativos registados no SNS<sup>15</sup>.

A evolução temporal da entrada de candidaturas e da abertura de USF é a que se apresenta no gráfico da Figura 13.

Figura 13 - Entradas de candidaturas e aberturas de USF



Da análise dos dados referentes à evolução, desde Março de 2006, ressalta que:

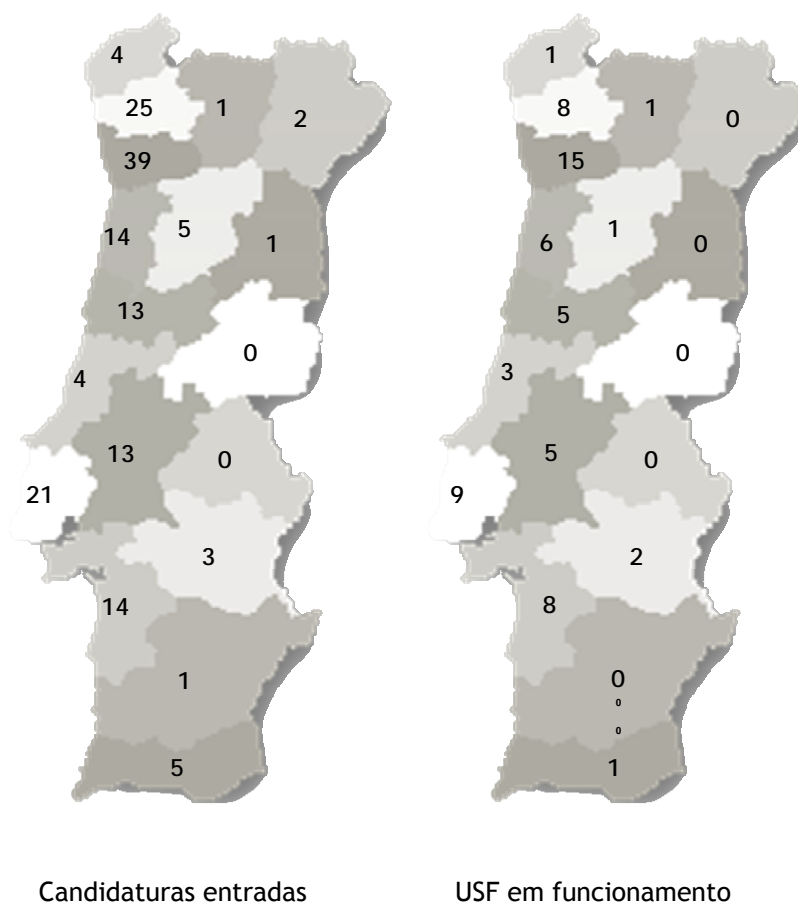
- ▶ 68 candidaturas entraram logo no primeiro mês, 26 das quais nas primeiras 24 horas;

<sup>15</sup> Idem

- ▶ após este primeiro impulso, os meses seguintes denotam um crescimento relativamente constante, não sendo por isso antecipável o esgotamento da entrada de novas candidaturas;
- ▶ do total das 165 candidaturas entradas, 22 não foram aceites por erros ou omissões no processo de candidatura;
- ▶ 64 USF abriram as suas portas, há 77 candidaturas homologadas e 66 em processo de homologação.

A origem geográfica das candidaturas e as USF já em funcionamento, por Região, é a que se representa nos mapas da Figura 14.

Figura 14 - Distribuição regional das candidaturas entradas e das USF em funcionamento



Da observação dos mapas anteriores, em termos de distribuição geográfica, sugere-se o seguinte:

- ▶ a manutenção, por referência a 2006, da esmagadora concentração das candidaturas nos distritos do Litoral - com excepção apenas do Distrito de Beja;
- ▶ a concentração das candidaturas em dois distritos da Região Norte – Porto e Braga com 64 candidaturas (39%) – e, em contraponto, não mais do que 22 (13,3%) no conjunto formado pelos distritos de Viana do Castelo, Vila Real, Bragança, Viseu, Guarda, Castelo Branco, Évora, Beja e Faro. São de realçar os distritos de Castelo Branco e Beja sem qualquer candidatura e de Vila Real, Guarda e Beja, com apenas uma candidatura.

Como é natural, a distribuição das USF já em funcionamento vai no mesmo sentido.

Já no Relatório de Primavera 2006 se chamava a atenção para a escassez de candidaturas na faixa interior do país. Acrescentava-se, então, que seria importante que se procedesse à identificação da causa, ou causas, do sucesso registado em número de candidaturas nalgumas ARS e distritos e, noutras, a escassez ou até inexistência de candidaturas.

Os dados referentes à situação actual vêm novamente confirmar essa necessidade.

Mas há um comentário mais que se deixa para reflexão: há actualmente 77 candidaturas homologadas e 66 em processo de homologação.

É certo que a implantação de novas unidades pode implicar obras e aquisições, eventuais deslocações de quadros e a instalação do sistema de informação.

Contudo, tomando-se em consideração a publicação do Decreto-Lei n.º 5/2007, de 8 de Janeiro, que, como vimos, cria o regime especial de contratação de empreitadas de obras públicas e a aquisição ou locação, sob qualquer regime, de bens e serviços destinados à instalação de USF, e a aprendizagem decorrente do processo de abertura das primeiras USF, não seria de se esperar um ritmo mais acelerado na sua abertura?

Os casos da USF Porto-Centro (22 profissionais para 14.000 utentes) e da USF Fénix em Vila Real<sup>16</sup> (24 profissionais para 16.000 utentes) constituem exemplos de morosidade na sua abertura dificilmente aceitável. A USF Porto-Centro submeteu a candidatura logo no primeiro dia – em 1 de Março de 2006 – e foi homologada em 6 de Outubro de 2006. A USF Fénix submeteu a sua candidatura em 3 de Julho de 2006, foi também homologada em 6 de Outubro de 2006. O que poderá justificar estes atrasos?



Estarão as ARS a dar a resposta prioritária a uma das medidas mais emblemáticas definida ao mais alto nível do Ministério da Saúde e do próprio Primeiro Ministro?

---

<sup>16</sup> <http://usf.fenix.googlepages.com/>

E, quanto ao processo de homologação, não seria também expectável uma aceleração em função, uma vez mais, da aprendizagem decorrente das que lhes antecederam?

Terão as Estruturas Regionais de Apoio (ERA) às candidaturas, enquanto peças decisivas na condução de proximidade do processo de “montagem” e acompanhamento das USF, os recursos humanos necessários, nomeadamente, quando se pensa nas ARS com maior número de candidaturas em análise?

Acelerar o tempo médio que decorre entre a aceitação das candidaturas, o processo que conduz à sua aprovação e a consequente abertura surge, assim, como uma recomendação incontornável.

### Sistemas de informação

Um dos aspectos relevantes associados à criação das USF tem sido o dos sistemas de informação. Assistimos, com esta reforma, a algo inédito nos Cuidados Primários: para além da obrigatoriedade de cada USF ter um sistema de informação de apoio à prática clínica – médica e de enfermagem –, foi dada a possibilidade às USF de utilizarem duas outras aplicações, diferentes das desenvolvidas pelo IGIF<sup>17</sup>. Se no ambiente hospitalar este facto não é novo, já nos cuidados primários é inovador.

No entanto, há Administrações Regionais de Saúde que nem sempre têm facilitado o exercício desse direito de opção. O próprio IGIF não acompanhou na altura devida esta novidade, ao não ter procedido à verificação adequada

---

<sup>17</sup> O VitaCare e o MedicineOne, já referidos atrás.

das especificações destas novas aplicações, nomeadamente a sua comunicabilidade plena com o SINUS. Daí que, já no terreno, as USF tenham experimentado grandes dificuldades na exploração de potencialidades básicas por elas oferecidas, desde logo com a prescrição electrónica.

Esta realidade, além das virtudes que possa ter, traz consigo alguns riscos, não necessariamente pelo facto de existirem nas USF outras aplicações diferentes das desenvolvidas pelo IGIF, mas devido ao facto de o IGIF, ou de quem vier a substituí-lo, não garantir antecipadamente a comunicação plena entre os vários sistemas em uso.

#### A reforma da Saúde Pública

O Programa do XVII Governo Constitucional consagra a Saúde Pública (SP) como uma prioridade, designadamente através de um novo modelo de desenvolvimento e de um reforço das suas instituições e logística.

No quadro das orientações definidas pelo Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) e no âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) em curso, a reestruturação e reorganização dos serviços de SP assume particular importância dada a especificidade da sua finalidade, competências e funções.

Com efeito, a SP tem como missão última contribuir para elevar o nível de saúde das populações usando como instrumentos o diagnóstico, a monitorização, a vigilância e a intervenção sobre os factores que determinam

e condicionam a saúde, sejam estes de origem biológica, ambiental (incluindo os sócio-económicos) ou resultantes do estilo de vida.

Para o efeito, exige-se dos seus profissionais uma actuação multidisciplinar, baseada no desenvolvimento de capacidades metodológicas e instrumentais próprias, bem como a habilitação em áreas específicas do conhecimento, de que são exemplo a epidemiologia, o planeamento e administração de saúde, as metodologias de investigação em saúde e as modernas linguagens da informação.

Esta capacitação dos profissionais de saúde pública afigura-se imprescindível na reestruturação dos serviços de âmbito regional e local que está a ser levada a cabo, em parte já regulamentada na legislação que, no nível regional, define a missão e as atribuições das Administrações Regionais de Saúde, I.P. e nas Portarias que aprovam os respectivos Estatutos; bem como no documento que define, para o nível local, as Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos CSP.

Assim, no âmbito regional, a SP integra a nova estrutura organizacional das ARS, consubstanciando-se num Departamento de SP que tem como principais funções:

- ▶ a monitorização do estado de saúde da população e a identificação das suas necessidades de saúde;
- ▶ a elaboração da proposta de Plano Regional de Saúde e o acompanhar da sua execução;

- ▶ a monitorização e execução de programas e projectos de vigilância da saúde;
- ▶ a avaliação do impacto na saúde da população da prestação dos cuidados; e
- ▶ a realização da vigilância epidemiológica dos fenómenos mórbidos.

Tal como previsto nas Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP, documento já referido e da responsabilidade do respectivo Grupo de Missão que, à época, integrava médicos de saúde pública, no relatório da Comissão Nacional Executiva e do Grupo Nacional de Acompanhamento para a Reestruturação dos Serviços de SP, afirma-se que:

a reestruturação dos serviços de SP de nível local focar-se-á, em traços gerais, na concentração dos recursos humanos, técnicos e tecnológicos, passando os novos serviços a abranger uma população com dimensão adequada para proporcionar massa crítica de significado epidemiológico e não, como até agora acontece, dispersando-se por “serviços” com uma área de influência que pode oscilar entre os 3.000 e os mais de 100.000 habitantes, sem capacidade para produzir informação pertinente, sem pessoal e sem recursos e incapazes de se diferenciar tecnicamente. A nova organização permitirá obter uma gestão da informação e do conhecimento compatível com a qualidade desejada a uma intervenção em saúde de verdadeiro nível populacional e de primeira linha em diagnóstico de saúde, quer em termos de proximidade quer em termos de rigor técnico.

A reorganização dos serviços de SP locais está a acompanhar, dentro do possível e apesar dos constrangimentos a que tem sido sujeita, os demais processos de reconfiguração dos centros de saúde, nomeadamente a implementação das USF e os projectos de ACS. Este trabalho poderia estar seguramente mais avançado, consolidado e interligado com as restantes vertentes das reformas em curso não fora terem surgido, em momento crítico do processo, de forma inconsequente e sem alguma espécie de argumentação técnica compatível com a finalidade do Serviço Nacional de Saúde, hipóteses,



por parte do Ministério da Saúde, da alienação de responsabilidades na área da SP, cujas consequências na reestruturação dos cuidados de saúde (sobretudo dos CSP) e na defesa da saúde da população não foram nem acauteladas ou, sequer, explicadas pelo Governo nem tecnicamente e satisfatoriamente justificadas pelo ministério que tutela a Saúde e, especificamente, por quem está à frente da instituição que, tradicionalmente, é responsável pela SP nacional, isto é: a Direcção-Geral da Saúde.

Certo é que, tais propósitos não se enquadram no proposto nos documentos técnicos e estratégicos elaborados nos últimos dois anos pela Comissão Nacional Executiva e pelo Grupo Nacional de Acompanhamento Para a Reestruturação dos Serviços de SP, grupos de trabalho que, no Ministério da Saúde e por decisão Ministerial, foram designados e nomeados para esta função. As propostas destes grupos – e o contrário seria de estranhar – seguem a lógica das restantes reformas em curso (nível regional e local) e resultam de uma articulação complementar com os organismos e outros grupos de trabalho que se debruçam sobre a matéria: Grupo de Missão para os CSP e Conselhos de Administração das ARS.

Estão já em curso algumas experiências piloto de reorganização dos serviços de SP de nível local, designadamente no distrito de Setúbal, experiências que irão servir de modelo para a avaliação e introdução de práticas mais adequadas nas experiências que se lhe seguirem. Convém referir que, para além do acompanhamento que tem sido dado a estas iniciativas-piloto pelos grupos de missão dos CSP e dos grupos de trabalho que reorganizam os

serviços de SP, nenhuma atenção tem sido dada às mesmas por parte da tutela, especificamente por parte da Direcção-Geral da Saúde.

Para apoio à reorganização e funcionamento dos novos serviços de SP locais foram produzidos pela Comissão Nacional Executiva Para a Reestruturação dos Serviços de SP dois documentos: “Instrumento para o desempenho das Unidades de Saúde Pública” e “Intervenção das Unidades de Saúde Pública”, documentos que têm como objectivo inventariar e normalizar o conjunto das actividades que devem ser desenvolvidas nas futuras Unidades de SP, bem como modelos de referência para avaliar o seu desempenho.

Resta saber, pois que, até agora, ninguém, nem ao nível do gabinete do Ministro nem ao nível da Direcção-Geral da Saúde ainda se pronunciou de forma consistente e explícita, e definiu a estratégia e as intenções do Ministério para a organização a nível central da Saúde Pública. Continua-se no completo desconhecimento quanto ao modo como o Governo se prepara para, a nível nacional, gerir e integrar as novas formas de organização dos serviços de SP regionais e locais, e, a nível internacional, qual é a sua estratégia para fazer face à globalização do mundo e das sociedades e, particularmente, para precaver o impacto a globalização vai ter na Saúde Pública portuguesa e na sua relação com o mundo além-fronteiras.

## A reconfiguração dos Centros de Saúde, a extinção das Regiões e a reestruturação das ARS

Como peça vital no processo de Reforma dos Cuidados de Saúde Primários surge o redesenho organizacional de toda a estrutura da administração,



regional e local, orientado à desconcentração na tomada de decisões, ao reforço dos mecanismos de contratualização e à implantação da gestão por objectivos. E este será, porventura, em termos de redesenho organizacional, um processo com uma dimensão sem precedentes na história do SNS.

As decisões políticas e peças legislativas apontadas à sua concretização são, no essencial, as três que passam a enunciar-se:

- ▶ Por força do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, as ARS serão transformadas em Institutos Públicos a partir de 1 de Junho e, decorrentemente, iniciar-se-á um profundo processo de reatribuição de funções.
- ▶ Com a publicação do Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, as SRS serão extintas até 31 de Dezembro de 2007. Em 1 de Junho de 2007 serão extintas as primeiras seis SRS - Coimbra, Évora, Faro, Lisboa, Portalegre e Porto.

- ▶ Por seu turno, está em fase avançada de elaboração o diploma legal que consagra a reconfiguração dos centros de saúde, agora denominados por ACS.



Contudo, estas três peças fundamentais no processo de Reforma, dependentes em termos de concretização da Administração em Saúde, aparentam um nível de preparação incipiente. A MCSP já apresentou, publicamente, o documento “Proposta para a Reconfiguração dos Centros de Saúde” e a proposta de diploma legal que consagra essa reconfiguração é já consultável no seu *site*.

Definida que está a doutrina, trata-se agora de as ARS a levarem à prática. E aqui, começam as interrogações.

A preparação da extinção das SRS, já contemplada no Programa do Governo e legislada no Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro – com a indicação explícita de que as SRS seriam extintas até 31 de Dezembro de 2007 –, parece não ter sido devidamente acautelada.

Daí que, chegados a 1 Junho de 2007, data de extinção das primeiras SRS, não sejam visíveis as medidas organizacionais que salvaguardem a continuidade de funções por elas exercidas até esta data.



Por esta razão, pode questionar-se se a reforma do Ministério da Saúde, no âmbito das suas estruturas desconcentradas, já estará a acontecer. Apesar do redesenho organizacional, decorrente da extinção das Sub-regiões ter sido objecto de um estudo exaustivo encomendado pela MCSP ao GANEC - Gabinete de Análise Económica (GANEC) da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, que procedeu ao diagnóstico minucioso da situação e apresentou uma estratégia detalhada de intervenção, as ARS não programaram e desenvolveram os ajustamentos organizacionais adequados às antecipáveis transferências de funções que competiam às SRS. E este constitui um quesito central para o êxito da Reforma.

Por seu turno, o enquadramento da reconfiguração dos ACS e a antecipação necessária para a sua instalação, encontra-se igualmente em fase embrionária.

E, se em termos de discussão preliminar têm sido apontados os limites 50.000 - 200.000 cidadãos por ACS, como capitação recomendada, alerta-se para a necessidade de se evitarem os valores aproximados ao extremo superior do intervalo. Se o pretendido é o compromisso entre uma gestão desconcentrada e simultaneamente uma dimensão passível da criação de economias de escala, princípios com os quais se concorda, importa que se atentem aos apuramentos já documentados na experiência internacional. No caso do Reino Unido, por exemplo, os *Primary Care Groups* e *Trusts* optaram pela referência dos

100.000 habitantes. Este, é também um ponto que se antecipa como merecedor da melhor atenção por parte dos decisores políticos.

### Os SAP - Protocolos celebrados entre o Ministério da Saúde e as autarquias

O Ministério da Saúde, no âmbito do processo de intervenção nos SAP, que proliferam pelo país e que por várias vezes foram referidos nos Relatórios de Primavera, nomeadamente no Relatório de 2006, tem vindo a assinar protocolos com alguns Municípios.



A base de decisão para o encerramento, essencialmente no período nocturno, de alguns SAP, foi a reduzida procura que se verificava nesse período. Na realidade, há um custo considerável para o SNS em horas extraordinárias e, por outro lado, tem que se ter em consideração que o facto dos profissionais estarem de serviço aos SAP, implica que nesses períodos se ausentem do atendimento normal aos seus doentes, tenham direito a folgas por compensação do trabalho nocturno e ao fim-de-semana, o que prejudica o atendimento à sua lista de utentes.

Esta intervenção nos SAP teve uma distribuição diferente ao longo do país, tal como se pode verificar no Quadro 12. Na realidade, na ARS Norte ainda não se verificaram encerramentos nocturnos de SAP, apenas alterações no atendimento nocturno no distrito de Bragança.

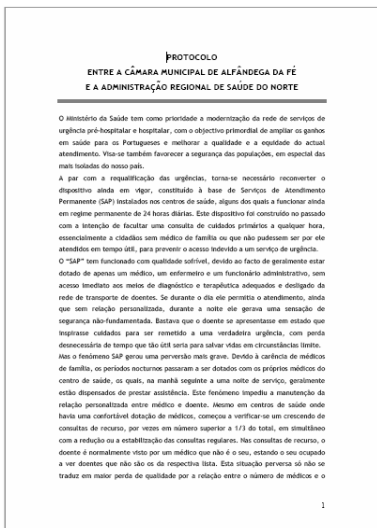
Quadro 12 - Ponto da situação sobre o encerramento (nocturno) de SAP que anteriormente funcionavam 24h/dia

Centros de Saúde	Sub-Região de Saúde	Administração Regional de Saúde	Data de encerramento no período nocturno
Mealhada	Aveiro	Centro	02 / 09 / 2006
Condeixa-a-Nova	Coimbra	Centro	15 / 07 / 2006
Lousã	Coimbra	Centro	02 / 09 / 2006
Miranda do Corvo	Coimbra	Centro	02 / 09 / 2006
Montemor-o-Velho	Coimbra	Centro	29 / 07 / 2006
Penacova	Coimbra	Centro	15 / 07 / 2006
Penela	Coimbra	Centro	02 / 09 / 2006
Soure	Coimbra	Centro	29 / 07 / 2006
Vila Nova de Poiares	Coimbra	Centro	15 / 07 / 2006
Azambuja	Lisboa	LVT	01 / 01 / 2006
Beja	Beja	Alentejo	23 / 11 / 2006
Silves	Faro	Algarve	01 / 11 / 2006

Fonte: Estudo sobre o encerramento de SAP no período nocturno e o seu eventual impacto nas urgências hospitalares, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 18 de Maio de 2007.

De facto, têm-se encerrado SAP, no período nocturno, com base no volume de utilização e não em causas de utilização. Em regra, os sistemas de informação vigentes nos centros de saúde têm tido uma vertente administrativa e não propriamente clínica, o que dificulta o processo de decisão. Esta falta de informação cria alguma fragilidade por parte do Ministério da Saúde e uma insegurança acrescida para as populações que se vêm limitadas no acesso aos serviços de saúde.





Outro dos argumentos, a par do número de utilizadores, foi o associado aos conceitos de doença aguda e situação urgente, referindo o Ministério da Saúde que os centros de saúde não estão preparados para responder a situações urgentes - o próprio Ministro da Saúde referiu que ele próprio não era um utilizador dos SAP<sup>18</sup>. Na realidade, o cidadão comum terá, com certeza,

difficultades em perceber a diferença, e os limites, entre doença aguda e situação urgente, podendo esta argumentação ter contribuído para aumentar os níveis de insegurança da população.

Paralelamente ao encerramento de SAP, assistimos a uma reestruturação de alguns serviços de urgência hospitalar, proposta pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, sendo que esta reestruturação tem passado, nesta primeira fase, pela diminuição de serviços disponíveis, e não propriamente pelo alargamento ou requalificação dos mesmos. E, este tem sido mais um dos pontos que tem aumentado o nível de insegurança das populações e o nível de conflito, pois a implementação da nova Rede de Urgência/Emergência não se iniciou pela instalação dos Serviços de Urgência Básica (SUB), como seria expectável, mas sim pelo encerramento de serviços, sem, assim, se criarem as condições defendidas pela Comissão Técnica como suporte da rede nacional, os SUB.

<sup>18</sup> «Jornal de Notícias», 6 de Agosto de 2006



Uma das formas que o Ministério da Saúde encontrou para fazer face a esses sentimentos foi celebrar protocolos com os Municípios envolvidos<sup>19</sup>. À data de 16 de Abril de 2007, o Quadro 12 apresenta os protocolos assinados entre o Ministério da Saúde e as Câmaras Municipais.

Quadro 13 - Protocolos assinados com as Câmaras Municipais

Câmara Municipal	Administração Regional de Saúde
Alfândega da Fé	Norte
Amarante	Norte
Carrazeda de Ansiães	Norte
Chaves	Norte
Fafe	Norte
Freixo de Espada-à-Cinta	Norte
Macedo de Cavaleiros	Norte
Miranda do Douro	Norte
Mirandela	Norte
Mogadouro	Norte
Santo Tirso	Norte
Torre de Moncorvo	Norte
Vila do Conde	Norte
Vila Flor	Norte
Vimioso	Norte
Vinhais	Norte
Cantanhede	Centro
Espinho	Centro
Montijo	LVT

Fonte: Portal da Saúde, Data de publicação 16.4.2007.

Neste quadro, constata-se uma situação inversa à apresentada no quadro anterior, pois neste caso foi na ARS Norte onde foram assinados mais protocolos com os Municípios. Os protocolos assinados na ARS Centro e na ARS de Lisboa e Vale do Tejo relacionam-se com o encerramento ou

<sup>19</sup> A celebração de um protocolo entre duas entidades serve para que ambas assumam um conjunto de compromissos a implementar no futuro.

reestruturação dos serviços de urgência dos hospitais dos concelhos de Cantanhede, Espinho e Montijo.

Uma análise dos protocolos celebrados (fonte: Portal da Saúde), até ao momento, no âmbito do encerramento dos SAP, permite verificar, que em termos genéricos, foram estabelecidos os compromissos apresentados no Quadro 14.

Quadro 14 - Compromissos genéricos estabelecidos entre as ARS e os Municípios, no âmbito do encerramento dos SAP

ARS
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ “Consulta aberta” entre as 8h-22h nos dias úteis;</li> <li>▶ “Consulta aberta” sábados, domingos e feriados entre as 8h-20h;</li> <li>▶ Até estarem alocados e testados todos os recursos do INEM e demais meios alternativos para melhorar a emergência pré-hospitalar (no distrito de Bragança), o SAP será substituído, no apoio nocturno às situações de doença aguda (das 22:00h às 08:00h nos dias úteis da semana e das 20:00 às 08:00 aos sábados, domingos e feriados), por médico de família, em regime de prevenção, apoiado por enfermeiro, em regime de presença física nas instalações do centro de saúde;</li> <li>▶ Promoção das Unidades de Saúde Familiar</li> <li>▶ Promoção da implementação da Rede de Cuidados de Continuados Integrados</li> <li>▶ Aquisição pelo INEM de ambulâncias e de helicóptero (a localizar em Macedo de Cavaleiros)</li> </ul>
Município
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Divulgar informação sobre o protocolo e da importância do contacto através do 112</li> <li>▶ Dotar o concelho de um heliporto</li> </ul>

Fonte: Portal da Saúde, Data de publicação 16.4.2007.

Dos compromissos assumidos verificamos que na ARS Norte, em concreto no distrito de Bragança, a mudança essencial foi a passagem de um médico em presença física, no período nocturno, para um médico em prevenção. Quanto aos compromissos da dinamização das USF e da rede de cuidados continuados, parte-se do princípio que essas medidas faziam já parte das incumbências do

Ministério da Saúde. Já no que se refere à aquisição de ambulâncias e de um helicóptero, passando, assim, no futuro, o INEM a ter três helicópteros (Lisboa, Porto e Macedo de Cavaleiros), considera-se que o reforço dos meios de urgência e emergência nessa zona do país não estariam certamente dependentes da celebração do protocolo com algumas autarquias, mas fariam parte de um plano estratégico de implantação nacional do INEM.

Como se pode verificar, na ARS Centro encerram-se SAP (durante o período nocturno), sem se celebrarem protocolos e na ARS Norte, na realidade, não só não se encerrou qualquer SAP, nem se restringiu o horário, como se celebraram protocolos.

Na ARS Centro, foi protocolado com os Municípios de Cantanhede e de Espinho que “o Hospital acomodará, nas suas actuais instalações da urgência, uma consulta não-programada para casos agudos do foro ambulatorio, sob a responsabilidade do centro de saúde, diariamente e em horário alargado, das 08h00 às 24h00, com acesso directo aos MCDT do Hospital, que cobrirá a maior parte da actual procura da urgência”. A questão que se coloca é até que ponto é que esta consulta no hospital, cuja responsabilidade é do Centro de Saúde, não colide com a dinamização e a própria existência das USF? Já a ARS Norte preferiu vincar no protocolo que “(...) a Unidade Hospitalar de Santo Tirso assegurará um Serviço de Urgência Básica, sem recorrer ao tempo de trabalho normal dos médicos de família vinculados aos centros de saúde da região e sem comprometer a sua prestação de serviço nos centros de saúde”.

Certamente que a estratégia de celebração de protocolos com os Municípios, seguida pelo Ministério da Saúde tem um conjunto de benefícios,

nomeadamente o facto de se aproveitar esse momento para se explicarem as razões da decisão e para o Ministério da Saúde assumir publica e formalmente um conjunto de decisões, diminuindo-se assim o nível de conflitualidade. No entanto, o conceito inerente a uma celebração de um protocolo traz consigo conceitos de troca de compromissos e de negociação. Neste sentido, questiona-se se estes princípios são compatíveis com o planeamento em saúde num âmbito territorial, rigor técnico e equidade na distribuição dos resultados?

A própria imprensa, de algum modo, interpretou que as autarquias que celebrassem o protocolo ficariam beneficiadas (“Salvos pelo Protocolo”, subtítulo de um artigo da revista Focus, nº385, pág. nº125). No caso da reestruturação do Serviço de Urgência do Hospital de Macedo de Cavaleiros podemos ler no protocolo celebrado que “tendo em conta as excepcionais dificuldades e acessibilidades viárias, ainda não solucionadas pela não conclusão do Plano Rodoviário Nacional, na Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros funcionará um Serviço de Urgência Básica (SUB), integrando a futura rede de Urgências”. Uma vez que esta unidade hospitalar não constava na lista de SUB elaborada pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, temos duas perspectivas: ou a Comissão não teve em consideração o desenvolvimento do Plano Rodoviário Nacional ou a decisão técnica foi relegada para segundo plano.

Esse aparente conflito saiu reforçado quando o Ministro da Saúde no programa da RTP “Prós e Contras”, de 26 de Fevereiro de 2007, ao ser questionado sobre a continuidade dos dois serviços de urgência polivalentes, existentes na

cidade de Coimbra, referiu que nenhum Ministro da Saúde ousaria mudar essa situação. Neste âmbito a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências refere no seu Relatório Final (Janeiro, 2007) que os “Hospitais da Universidade de Coimbra e o Centro Hospitalar de Coimbra permanecem com Serviço de Urgência Polivalente (SUP) desde que assumam o compromisso de articular e rentabilizar valências médicas no SU entre si”.

Estivemos assim perante algo novo na administração em saúde, ou seja, a implementação de uma reestruturação na rede de serviços passou, quando os intervenientes encontraram os pontos de convergência, pela celebração de protocolos. Esta negociação entre o Ministério da Saúde e as Autarquias contribuiu para fragilizar a reforma, dado que o argumento do Ministério da Saúde de suportar as suas decisões nas questões técnicas foi, por várias vezes, ultrapassado por meras decisões de oportunidade.

## Conclusões

Pela sua relevância e actualidade, não podem deixar de se transcrever, aqui, as “Recomendações” que o Observatório apresentou no Relatório de Primavera de 2006:

A reforma em curso nos Cuidados de Saúde Primários assume uma magnitude e importância críticas para o futuro do Serviço Nacional de Saúde e para a sustentabilidade do sistema de saúde português. Deverá, por isso, ser encarada e tratada como um verdadeiro desígnio nacional.

Para uma reforma desta dimensão, é imperativo que a administração em saúde concentre a parte maior do seu esforço e investimento políticos. Não menos importante, deve capacitar-se no sentido da criação de dinâmicas de mobilização da sociedade civil que, em última instância, constituirão a chave para o seu sucesso.

É ainda necessário ter-se consciência plena de que, para seu êxito, se impõe a mobilização dos recursos financeiros necessários. Pela sua magnitude e impactos esperados, esta reforma assume uma dimensão para o futuro dos portugueses que, em muito, transcendem

Projectos como os da Expo 98, o do Campeonato Europeu de Futebol de 2004 e os anunciados projectos do aeroporto da OTA ou da rede de comboios de alta velocidade (TGV). Se, para estes, se mobilizou ou se antevê capacidade de mobilizar os financiamentos necessários, dificilmente os portugueses perceberão que para a presente reforma tal não venha a acontecer. Até porque, seguramente, menos onerosa que as já referidas.

Crítico, também, é o desenvolvimento e a implantação das tecnologias de informação, que permitam que as novas unidades acedam à informação clínica e administrativa relevante, desde logo, para a sua actividade diária, mas também para o suporte à monitorização da sua actividade por parte da administração em saúde e, concretamente, para a viabilização da contratualização e decorrente avaliação de impactos da reforma.

A não existência de um plano estratégico para os sistemas de informação na área dos CSP poderá criar futuramente graves constrangimentos. Esta área deverá ser encarada também como um factor crítico de sucesso.

A actual orientação do Ministério da Saúde para a reforma do sector deve prosseguir no aprofundamento da estratégia já encetada, mas com plena consciência dos focos de resistência que, no seio da própria administração em saúde, a nível local e/ou regional, insidiosamente se têm vindo a manifestar.

Deve ainda concentrar-se também noutras áreas, para além da constituição da USF, nomeadamente:

- ▶ aprofundar, com celeridade, a definição do que será a futura rede de centros de saúde, reconfigurados e redimensionados, bem como a concretização detalhada das propostas para a área da Saúde Pública;
- ▶ acautelar que, com o fim anunciado das sub-regiões de saúde, importará proceder-se, com brevidade, à redistribuição das funções até agora por elas asseguradas;
- ▶ Identificar as necessidades e dotar os centros de saúde de novas competências – psicólogos clínicos, fisioterapeutas, médicos dentistas, nutricionistas, etc. –, do acesso em proximidade a consultadoria – nas áreas pediatria comunitária, obstetria, psiquiatria de ligação, etc. –, e generalizar o uso da telemedicina.

Importará, por fim, tomar-se consciência plena de que, se os passos já dados no processo desta reforma não conhecerem continuidade, com a sequência e os ritmos adequados, os riscos de uma nova falsa partida determinarão a desestruturação completa dos Cuidados de Saúde Primários e, com ela, uma rotura dificilmente reversível do Serviço Nacional de Saúde.

Agora, como então, reiteram-se por inteiro os conteúdos destas "Recomendações".

E, face aos desenvolvimentos desde então ocorridos, propomos um balanço sumário desses desenvolvimentos. Assim:

Aspectos positivos:

- ▶ A reforma dos Cuidados de Saúde Primários, reiteradamente anunciada como medida emblemática e prioridade política quer por parte do Ministro da Saúde, quer do Primeiro-Ministro;
- ▶ Condução técnica da reforma pela MCSP denotando uma estratégia clara, com passos calendarizados e publicamente divulgados, com uma adequada política de informação e com monitorização dos passos em execução;
- ▶ Procura da evidência disponível e de aconselhamento junto das universidades, por parte da MCSP, para fundamentação da adequação das medidas propostas;
- ▶ Reforma iniciada pelo “descongelamento” organizacional, assegurado pela implantação das USF (abordagem *bottom-up*), propiciador da boa adesão dos profissionais para, em seguida, avançar com o redesenho e decorrente construção do seu enquadramento orgânico (abordagem *top-down*);
- ▶ Desconcentração da decisão com aposta na autonomia contratualizada das unidades prestadoras, na gestão por objectivos e na orientação para a governação clínica (*clinical governance*);
- ▶ Modelo de contratualização privilegiando a abordagem por indicadores qualitativos e, nalguns casos, de resultados (*outputs*) e publicitação

antecipada das regras de contratualização, do modelo adoptado e a consagração de incentivos institucionais;

- ▶ Adesão voluntária dos profissionais e fomento do trabalho em equipas multidisciplinares, com o envolvimento das suas organizações profissionais, envolvendo-as na discussão do processo;
- ▶ Ganhos em cobertura assistencial a cidadãos até agora privados da sua inscrição em médico de família;
- ▶ Desenvolvimentos nos sistemas de informação que, ainda que com muito caminho para percorrer, constituem, para já, um sinal positivo;
- ▶ Existência de equipas regionais (ERA/ETO) - de proximidade - que, no apoio ao processo de constituição das USF, articulam com a MCSP e as ARS;
- ▶ Os dados de desempenho do Regime Remuneratório Experimental (RRE) que (como evidenciado no estudo da APES) quando comparados com os Centros de Saúde tradicionais, são legitimadores da inferência de que se gerarão eficiências substanciais com a implantação das novas USF;
- ▶ Criação de uma base de dados nacional de indicadores que, apesar de ainda estar em fase de construção permite às USF e Agências a monitorização do seu desempenho, com carácter mensal:



### Constrangimentos:

- ▶ Falta de explicitação orçamental de financiamento próprio para a implementação e sustentação do processo de reforma em curso;
- ▶ Atrasos por parte das ARS na implementação da reforma que, não retirando proveito do estudo elaborado pelo GANEC, se traduzem na não antecipação das medidas conducentes à extinção das SRS e na imaturidade da discussão sobre a implantação dos Agrupamentos de Centros de Saúde;
- ▶ Rede Informática da Saúde (RIS) obsoleta, a necessitar da urgente implantação de banda larga em toda a sua extensão;
- ▶ Início da reestruturação da rede de urgência sem se começar pela implementação dos Serviços de Urgência Básica;
- ▶ Deficiente gestão da comunicação com as populações por parte do Ministério da Saúde no processo de encerramento dos SAP e das urgências hospitalares, acompanhada por processos de decisão onde, por vezes, fica a impressão de que as questões técnicas podem ser relegadas para segundo plano;
- ▶ Exiguidade do contingente de médicos de família e sua estrutura etária envelhecida, sem um *turnover* de novos médicos ainda assegurado;
- ▶ Escassez absoluta de Médicos de Saúde Pública obrigando, com carácter de urgência, a medidas de captação de novos internos; formação acelerada do contingente de pessoal administrativo e das lideranças do

processo de reforma. Daí que assuma carácter de urgência o desenvolvimento de medidas de política que eficazmente superem a situação criada na área dos recursos humanos;

- ▶ Assimetria geográfica verificada nas candidaturas a USF, com o interior do país registando um muito escasso número de candidaturas;
- ▶ Desestabilização da Saúde Pública, com anúncios extemporâneos e propostas não explicitadas e discutidas publicamente sobre a sua “autarquização”;
- ▶ Construção de Unidades Locais de Saúde colocando-se os Cuidados de Saúde Primários numa situação de gestão “partilhada” com os Hospitais; o modelo a implementar deveria salvaguardar a sua autonomia, optando-se pelo modelo de parcerias, mesmo no quadro de desenvolvimento de serviços partilhados;
- ▶ Existência de várias velocidades no desenvolvimento do processo de contratualização, durante 2006, que se saldou pela sua concretização em apenas duas Administrações Regionais de Saúde e por, nem sempre, o ambiente de contratualização ter sido de efectiva negociação, devendo ser tomadas como referência as necessidades em saúde.

Como saldo actual dos passos até agora encetados nesta reforma, e apesar dos constrangimentos enunciados, pode afirmar-se que os princípios metodológicos do processo para a construção das USF constituem, desde já, uma referência ímpar a tomar em devida conta na reforma mais geral da Administração Pública.

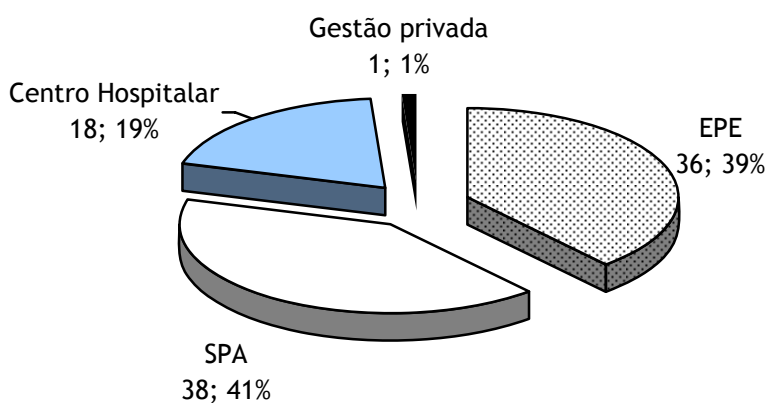


## A REDE HOSPITALAR

### Breve caracterização dos cuidados hospitalares em Portugal

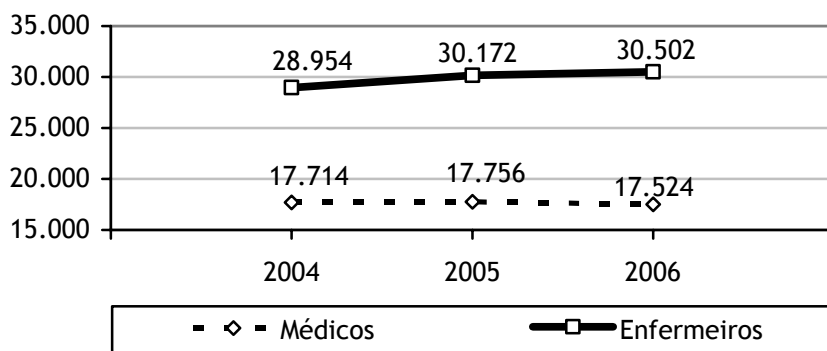
Segundo os últimos dados do Ministério da Saúde (Março de 2007), incluindo os hospitais especializados, o SNS possui 103 estabelecimentos hospitalares, 36 dos quais foram transformados em EPE, 38 mantêm-se no SPA, 18 são Centros Hospitalares e um hospital público com gestão privada.

Figura 15 - Distribuição dos tipos de hospitais



Nestes hospitais, o SNS possui actualmente 17.521 médicos hospitalares e 30.502 enfermeiros hospitalares. A figura 16 apresenta a evolução, desde 2004 destes valores.

Figura 16 - Evolução dos médicos e dos enfermeiros hospitalares



Deste gráfico verificamos que no período compreendido entre 2004 e 2006, os médicos hospitalares decresceram 1,1% e os enfermeiros hospitalares cresceram 5,3%.

No que diz respeito ao movimento assistencial, os dados referentes ao período de 2004 a 2006 são os apresentados no Quadro 15.

Quadro 15 - Evolução da produção hospitalar

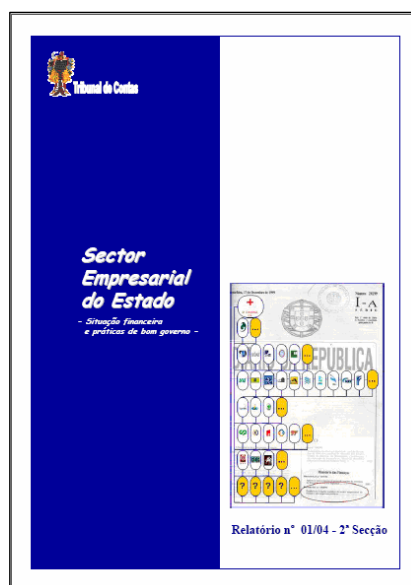
Hospitais	2004	2005	2006
Doentes saídos	921.596	928.609	938.987
Consultas hospitalares	7.962.722	8.385.971	8.745.850
Primeiras consultas	2.009.491	2.084.146	2.186.453
Intervenções cirúrgicas	601.329	601.613	633.800
Urgências	6.084.468	6.304.057	6.395.833
Hospitais de Dia	780.606	820.405	877.554

Fonte: Ministério da Saúde

A análise do presente quadro permite concluir que, apesar das limitações para a produção do SNS, estabelecidas tanto em 2005, como em 2006, através do Despacho 22.250/2005, de 3 de Outubro no qual se refere que, no âmbito dos contratos-programa, “em 2006 pretende-se a consolidação da actividade hospitalar e que neste sentido, a mesma não poderá exceder a estimada para 2005...”, verifica-se um aumento de produção, ano a ano, principalmente das consultas (com a percentagem de primeiras consultas a manter-se constante) e das sessões de hospital de dia. As urgências que cresceram 3,6% de 2004 para 2005, evoluíram 1,5% deste ano para 2006.

#### Relatório do Tribunal de Contas

O Tribunal de Contas, em 2004, publicou o Relatório nº1/04 em que analisa o “Sector Empresarial do Estado - Situação financeira e práticas de bom governo”, relatório em que aborda a preocupante situação económico-financeira das empresas estatais, especialmente das que prosseguem fins públicos, com especial incidência para as suas



ineficiências, a deficiente utilização dos bens e dinheiros públicos e para a prestação de um bem ou serviço que não corresponde às expectativas que dele fazem os seus utilizadores que são, afinal, os cidadãos contribuintes que o pagam através dos seus impostos.

Em 2004, este relatório concluía pela dimensão excessiva do sector empresarial do Estado, pela situação económico-financeira fortemente desequilibrada, da qual ressaltava o elevado endividamento. No que respeitava às empresas prestadoras de serviço público, o não cumprimento tempestivo da obrigações assumidas pelo Estado constituía um facto que também contribuía para a sua difícil situação financeira. A fraca rentabilidade traduzia-se numa incapacidade para gerar proveitos necessários à cobertura dos custos operacionais.



Em 2006, no âmbito dos Programas de Fiscalização do Tribunal de Contas de 2005 e 2006, foi publicado o Relatório n.º 20/06 - Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE, Período 2001 a 2004.

O âmbito temporal da auditoria abrange os anos de 2001 a 2004, para os 32 hospitais que integravam o Sector Público Administrativo (SPA) e que passaram para o Sector Empresarial do Estado (SEE) adquirindo a forma de sociedades anónimas (SA).

O mesmo relatório procede à avaliação do modelo de gestão empresarial em três dimensões: eficiência, qualidade de serviço e equidade no acesso, com o objectivo de identificar o impacto médio da transformação em SA (diferenciando o período anterior à transformação de estatuto com o período após a transformação). É ainda efectuada uma comparação internacional com dois países da União Europeia - Reino Unido e Espanha.

Apresentam-se, de seguida, as principais conclusões desta auditoria:

- I. Quanto à avaliação do modelo de gestão empresarial adoptado no SNS - 2001-2004
- I.1 Avaliação da eficiência
- ▶ Os índices de eficiência dos grupos dos hospitais SA e SPA não diferem significativamente em nenhum dos anos do período 2001-2004. Quando se estratifica o universo dos hospitais e se comparam hospitais de dimensões semelhantes, notam-se diferenças significativas em particular nos grupos de dimensão de 150-350 e 350-650 camas;
  - ▶ A adopção do modelo empresarial não resultou em perdas de eficiência, bem pelo contrário, existe evidência de que, em termos globais, o modelo se traduziu em aumentos reais de eficiência.
- I.2 Avaliação de qualidade
- ▶ Constata-se evidência estatística de melhoria da qualidade global no grupo dos hospitais SA em 2003 e 2004.
  - ▶ Há uma tendência para níveis de ocorrência tendencialmente inferiores nos hospitais SA quanto à mortalidade (idade superior a 65 anos), complicações relacionadas com procedimentos cirúrgicos e úlceras do decúbito.
  - ▶ A análise permitiu ainda determinar uma divergência dentro do grupo dos hospitais SA, sendo que o aumento do indicador de qualidade global verifica-se ao nível dos hospitais com melhor desempenho à partida, com ligeiras perdas de eficiência, em particular no conjunto de hospitais de eficiência de nível intermédio. Nos hospitais que já eram inicialmente menos eficientes verificou-se uma perda de eficiência, em termos relativos e degradação do indicador global de qualidade.
- I.3 Equidade no acesso
- ▶ Não se encontrou evidência de menor equidade no acesso, nem através da análise da taxa de transferências nem do rácio de primeiras consultas (este indicador tendeu a ser superior nos hospitais SA).
- I.4 Informação de gestão
- ▶ Constataram-se divergências significativas entre os valores de actividade reportados pelos hospitais e os que constam dos mapas do IGIF. Os indicadores de produção não são tratados de forma uniforme e o que gera problemas e dificuldades ao nível da comparação entre unidades hospitalares. Para além disto, a auditoria constatou ainda que o actual sistemas de contabilidade analítica se encontra ultrapassado, não permitindo uma análise de custeio baseada na actividade.
- I.5 Comparação internacional
- ▶ Esta análise permitiu denotar uma maior produtividade entre os hospitais SA e SPA relativamente ao grupo dos hospitais do Reino Unido ao nível da urgência, mas níveis de produtividade muito inferiores ao nível do internamento.
  - ▶ Relativamente à comparação com o grupo de hospitais de Espanha a análise demonstrou um nível de produtividade maior, ao nível da urgência nos hospitais de menor dimensão em Portugal, mas uma menor produtividade ao nível dos hospitais centrais. No que se refere ao internamento as diferenças não são muito significativas. Os indicadores referentes às consultas externas, n.º de consultas/dia útil, rácio primeiras consultas, são significativamente superiores em Espanha, com especial incidência nos hospitais de grande dimensão e centrais. No que respeita às cirurgias, o n.º de cirurgias programadas/dia útil é superior nos hospitais SPA em relação ao grupo equivalente em Espanha, sendo o mesmo indicador tendencialmente inferior nos hospitais SA de dimensão equivalente. Os SA de menor dimensão têm ou registam um n.º de cirurgias programadas/dia útil superior ao congéneres de Espanha.

## II. O Modelo de financiamento e a situação económico-financeira global dos hospitais do SEE

### II.1 Modelo de financiamento 2003-2004

- ▶ Ressalta do relatório de auditoria que o modelo de financiamento através de contratos-programa (para os hospitais SA em 2003) manteve a lógica de cobertura dos custos através dos mecanismos compensatórios que são a verba de convergência e o pagamento da produção marginal, sem os quais aliás, não teria sido possível o funcionamento da maioria destes hospitais embora a situação económico-financeira, em 2003 e 2004, seja globalmente deficitária.

O modelo de financiamento, ao pagar a produção não realizada, é potenciador de uma menor eficácia e simultaneamente de uma menor eficiência. De salientar que esta situação foi corrigida em 2006, ao introduzir-se uma componente variável no valor de convergência em função do cumprimento de indicadores de desempenho.

Ainda neste âmbito o relatório chama a atenção para o facto dos contratos-programa fixarem as quantidades das linhas de produção a contratar em valores históricos sendo que não se atende por um lado, às necessidades de saúde da população e, por outro lado, à avaliação do uso das capacidades produtivas dos hospitais de forma a satisfazer a procura esperada. Referindo ainda que o Despacho n.º 22 250/2005, ao fixar que a produção de 2006 não pode exceder a produção estimada para 2005 pode constituir uma condicionante à eficiência e eficácia que o modelo de financiamento deveria incentivar.

### II.2 Execução física e financeira dos contratos-programa

Em 2003 e 2004 verificaram-se níveis de realização física e financeira superiores a 90% das quantidades e preços contratados. Do ponto de vista financeiro, a produção contratada envolveu cerca de 1.171 M€ e 1.254 M€ em 2004.

Estas circunstâncias não implicaram a eliminação de listas de espera para as cirurgias.

A verba de convergência afigura-se ter a natureza de uma indemnização compensatória pela prestação do serviço público. Em 2003, 90% dos hospitais SA beneficiou desta verba e em 2004, 68% dos hospitais beneficiou desta indemnização. A retirada ou a atribuição desta verba não se revelou "incentivadora de eficiência".

Este modelo de contratação não proporcionou o financiamento adequado da actividade que estes hospitais dedicaram ao SNS, dado que tanto o preço como as restantes componentes compensatórias não foram suficientes para evitar os resultados líquidos negativos e em particular os défices financeiro e económico ocorridos na globalidade destes hospitais.

#### ▶ Análise da situação económico-financeira

Em termos globais verificou-se uma deterioração do resultado líquido do grupo dos hospitais SA, no período de transformação de 2002-2003. Partindo de um resultado global positivo de 9M€ em 2002, enquanto hospitais SPA, os Hospitais SA, registaram um resultado global negativo de 116M€ em 2003.

Esta situação explica-se quer pelas alterações dos procedimentos e práticas contabilísticas enquanto hospitais empresa quer pelo agravamento dos custos operacionais

Em 2004, o resultado líquido melhorou, apesar de continuar negativo atingindo um valor de -73 M€. A melhoria verificada ficou a dever-se a resultados extraordinários, para os quais concorreram diversas situações, entre as quais se destacam as regularizações de existências e imobilizados, encontro de contas com o SNS e correcções relativas a exercícios anteriores. Portanto a melhoria nada teve a ver com o aumento dos resultados operacionais produzidos pelos hospitais.



Após a transformação do estatuto jurídico constatou-se falta de harmonização de práticas contabilísticas.

Ao longo de 2001 a 2004 ocorreu um acréscimo global dos custos de 19%. Das rubricas com maior peso nos custos foram os custos com pessoal e os Custos das Mercadorias Vendidas e Matérias Consumidas (CMVMC) os que registaram maior acréscimo.

► **Endividamento**

A transformação em SA não conteve o endividamento gerado pelos mesmos a partir da transformação, embora no que respeita ao endividamento perante instituições de crédito nenhuma entidade ultrapassou o limite legalmente previsto.

Nem a Unidade de Missão dos Hospitais SA nem o IGIF procederam, em 2003 e 2004, a um adequado controlo financeiro, em especial do endividamento no sentido de acautelar necessidades de financiamento futuras.

► **Impacto da empresarialização na consolidação de contas do SNS**

Reforça-se a ideia de que, já que os hospitais do SEE integram o SNS, as contas globais do SNS deveriam ter reflectido também as contas daqueles hospitais e não apenas as transferências efectuadas no âmbito dos contratos-programa.

A Unidade de Missão dos hospitais SA não procedeu á consolidação de contas deste subsector e os relatórios sobre a situação económico-financeira foram sempre elaborados em dados agregados e não em dados consolidados. O IGIF não dispunha deste tipo de informação, em 2003 e 2004, o que revelou uma ausência de articulação com a Unidade de Missão dos Hospitais SA no que respeita á troca de informação.

► **Impacto da empresarialização no défice das administrações públicas**

A partir da transformação de hospitais SPA em SA, a situação económico-financeira destes deixou de ter reflexos directos na relevação da execução orçamental para efeitos das contas da Administração Pública. Segundo os critérios do SEC 95, a mera forma empresarial não é determinante para as excluir das Administrações Públicas.

A despesa destinada à realização do capital social foi contabilizada na Conta Geral do estado como “Activos financeiros” e, na perspectiva da Contabilidade Pública, não foi considerada na relevação dos défices das Administrações Públicas.

Na maioria dos hospitais, as disponibilidades geradas pela realização do capital social foram utilizadas para financiar despesa corrente e não para afectar ao investimento no sentido de promover a continuidade e sustentabilidade empresarial. A Unidade de missão dos hospitais SA, conheceu a situação e permitiu a operação.

Nos dois primeiros exercícios de funcionamento (2003-2004) os resultados líquidos globais dos hospitais SA foram negativos

Por fim, são apresentadas aqui as principais recomendações deste relatório:

I. Ao poder Legislativo/executivo

- ▶ A estruturação de um sistema de informação que inclua o acompanhamento dos hospitais EPE no sistema de informação do SNS que possa servir de instrumento fiável e rigoroso adequado ao desenvolvimento da função controlo e avaliação do desempenho, identificando áreas estratégicas e de risco face á execução dos contratos-programa;
- ▶ Alargar o conjunto de indicadores que são recolhidos de forma sistemática e de forma facilitar a comparação de desempenho;
- ▶ Desenvolver um sistema de informação que permita *benchmarking* de desempenho a nível internacional;
- ▶ O aperfeiçoamento do modelo de contratação, no sentido de assegurar a melhor utilização dos recursos públicos e a máxima eficiência, qualidade e equidade;
- ▶ Reitera-se a recomendação no sentido da aprovação de normas de consolidação das contas do sector da saúde, medida que no domínio da gestão constituiria um importante factor de transparência propiciando relevar a situação económico-financeira e patrimonial dos serviços e organismos do SNS;
- ▶ A aprovação de normas que determinem a implementação de sistemas de custeio ao nível de cada hospital, bem como a obrigação de reporte e divulgação dos custos de produção hospitalar, com base numa harmonização de indicadores.
- ▶ A aprovação de normas que definam quais as entidades do SNS responsáveis pelo pagamento dos encargos com medicamentos decorrentes da aquisição de produtos vendidos em farmácias prescritos nos hospitais a beneficiários do SNS no âmbito da actividade assistencial dos hospitais;
- ▶ O acompanhamento e o controlo financeiro adequado, incluindo a execução orçamental de cada hospital empresa e, em especial, do endividamento.

II. Ao IGIF

- ▶ O desenvolvimento de um sistema de informação que inclua o acompanhamento dos hospitais empresa e que reforce o controlo interno no plano da avaliação dos indicadores de produção, de custeio e qualidade, a garantir a fidedignidade da informação estatística e a consolidação da conta global SNS;
- ▶ A modernização do sistema de Contabilidade Analítica de forma a permitir uma análise do custeio baseada na actividade;
- ▶ O desenvolvimento de procedimentos que permitam tratar a informação necessária ao levantamento das necessidades de saúde e assistir o planeamento da actividade hospitalar incorporando sinergias da rede;
- ▶ Desenvolver em articulação com a DGO a integração da informação orçamental e financeira incluindo a vertente do controlo do endividamento dos hospitais empresa, acautelando necessidades futuras;
- ▶ O desdobramento no POCMS das contas relativas ás relações inter-instituições do SNS de forma a efectuar-se uma consolidação global do SNS assim como dos subsectores do SPA e do SEE que o integram;
- ▶ A elaboração de um manual relativo ás metodologias e fontes da consolidação, incluindo a situação económica e financeiras dos hospitais do SEE.

## O processo de empresarialização dos hospitais do SNS

No preâmbulo do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro (diploma legal que atribui o regime de entidade pública empresarial ao Hospital de Santa Maria, ao Hospital de S. João, entre outros), é referido que a figura da entidade pública empresarial, não só será progressivamente atribuída a todos os hospitais que se mantinham integrados no sector público administrativo, 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.

Através do Decreto-lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, e conforme o previsto no Programa de Estabilidade e Crescimento em que se estabelece a progressiva atribuição deste estatuto a todos os hospitais do SNS, é, através deste diploma legal, atribuída a natureza de entidade pública empresarial sete hospitais e centros hospitalares.

O Ministério da Saúde reafirma no preâmbulo deste diploma legal 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. A escolha destas instituições foi determinada pela vontade demonstrada pelos respectivos órgãos de gestão e pelas características necessárias ao sucesso da atribuição do estatuto.

De referir, ainda, que estas sete novas entidades públicas empresariais agregam, com excepção do Hospital de Évora e do Centro Hospitalar de

Coimbra, em centros hospitalares e por fusão 12 hospitais e centros hospitalares, alguns dos quais já detinham o estatuto E.P.E.

Assim, é atribuída a natureza de entidade pública empresarial aos seguintes hospitais:

- ▶ Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE;
- ▶ Centro Hospitalar de Lisboa Zona Central, EPE, por fusão do Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central) com o Hospital de D. Estefânia e o Hospital de Santa Marta, EPE;
- ▶ Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, EPE, com o Hospital Distrital de Chaves e o Hospital Distrital de Lamego;
- ▶ Centro Hospitalar de Coimbra, EPE;
- ▶ Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, por fusão do Hospital Conde de São Bento - Santo Tirso com o Hospital São João de Deus, EPE;
- ▶ Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, por fusão do Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE com o Hospital de São José - Fafe;
- ▶ Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda - Espinho.

Apesar do rearranjo da rede de serviços hospitalares, ainda parece não existir grandes alterações na cultura gestonária e no modelo organizacional internos aos hospitais.

### Reestruturação da rede de urgência

Os despachos da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde de 14 de Novembro de 2001 e de 7 de Fevereiro de 2002 aprovaram, respectivamente, a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência e a criação de Unidades Básicas de Urgência (UBU). Os dois diplomas legais pretendiam articular em rede os recursos das instituições de saúde, garantindo uma estruturada capacidade de resposta às necessidades de atendimento urgente da população.

A aplicação no terreno dos princípios estabelecidos legalmente foi incipiente, para não dizer, nula, pelo que o Ministério da Saúde, em 2006, através do Despacho n.º 18459/2006, de 30 de Julho vem definir as características da rede articulada de serviços de urgência do SNS, com três níveis de hierarquização (urgência polivalente, urgência médico-cirúrgica e urgência básica) bem como os níveis ou as capacidades diferenciadas de resposta que os integram. Esta definição teve por objectivos salvaguardar a qualidade e segurança do acto clínico em situação de urgência/emergência, através do transporte próximo e profissionalizado do doente urgente/emergente e do aproveitamento do potencial dos escassos recursos humanos especializados e a optimização das suas condições de trabalho.

O referido diploma legal previa a criação de serviços de urgência básica, na rede hospitalar e em centros de saúde (a identificar e qualificar posteriormente), atribuindo-lhes recursos humanos e meios complementares de diagnóstico adequados que permitam, com maior proximidade, resolver situações urgentes de menor gravidade.

Assumia como princípio orientador da determinação da localização dos serviços da Rede uma lógica de equidade que garanta a todos os cidadãos o acesso a um serviço de urgência, em menos de sessenta minutos.

Assumia ainda como princípio adequado ao funcionamento dos serviços de urgência a existência de “equipas dedicadas” a estes serviços.

Assim:

- ▶ O Serviço de Urgência Polivalente (SUP) é definido como o nível mais diferenciado de resposta à situação de urgência/emergência, localizando-se em regra num hospital geral central ou centro hospitalar dispondo ainda, para além dos recursos previstos para o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico e garantida a articulação com as urgências específicas de pediatria, obstetrícia e psiquiatria das seguintes valências:

- gastroenterologia;
- cardiologia de intervenção;
- cirurgia cardiorácica;
- cirurgia plástica e reconstrutiva;

- cirurgia vascular;
  - neurocirurgia;
  - imagiologia e angiografia digital e RMN; e
  - patologia clínica com toxicologia.
- ▶ Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC), definido como o segundo nível das situações de urgência, devendo localizar-se estrategicamente de tal modo que, dentro das áreas de influência, os trajectos não excedam os sessenta minutos entre o local de doença e o hospital. Este serviço deve distar mais do que sessenta minutos de outro SU do mesmo nível ou polivalente (sendo admissível outro SUMC num raio de demora inferior ao referido se a população abrangida por cada hospital seja superior a 200.000 habitantes) e dispor dos seguintes recursos:
- recursos humanos de dimensão e especialização adequados e necessários ao atendimento da população;
  - valências médicas obrigatórias e equipamento mínimo – medicina interna, cirurgia geral, ortopedia, imuno-hemoterapia, anestesiologia, bloco operatório (24 horas) imagiologia (radiologia convencional, TAC, ecografia simples), patologia clínica (devendo assegurar todos os exames básicos, 24 horas);
  - apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia, unidade

de cuidados intensivos polivalente, devendo fazer-se de acordo com o definido nas respectivas redes de referência.

- ▶ Serviço de Urgência básica (SUB), o qual deverá ser o primeiro nível de acolhimento a situações de urgência devendo constituir o nível de cariz médico (não cirúrgico, à excepção da pequena cirurgia no SU) podendo estar sediado numa área de influência que abranja uma população superior a 40.000 habitantes e em que a acessibilidade, em condições normais, seja superior a sessenta minutos em relação ao SUMC, ou ao SUP mais próximo. Este nível de cuidados urgentes assegurará o atendimento destas situações, de uma forma mais próxima das populações. Terá ainda que dispor dos seguintes meios:

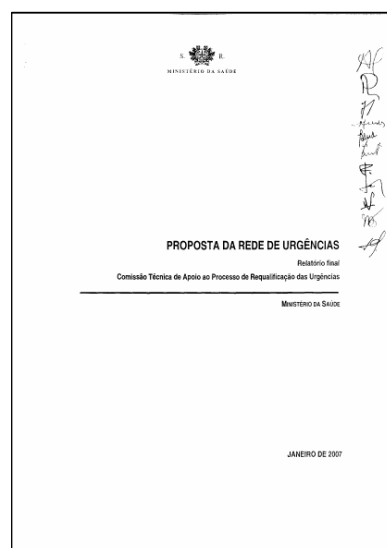
- recursos humanos: dois médicos, dois enfermeiros em presença física, um auxiliar de acção médica e um administrativo, por equipa;
- equipamento: material para assegurar a permeabilidade das vias áreas, oximetria de pulso, monitor com desfibrilhador automático e marca passo externo, electrocardiógrafo, equipamento para imobilização e transporte do traumatizado, condições e material de pequena cirurgia, radiologia simples e patologia química/química seca.

Por fim, o diploma legal estabeleceu que os pontos de referência da Rede de cuidados de urgência serão posteriormente determinados por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta da Direcção Geral da Saúde, a qual terá em



conta as necessidades efectivas das populações, as idiosincrasias geográficas e as diversas condições de acessibilidade regionais identificadas pelas ARS, criando ainda o Grupo de Acompanhamento da Requalificação das Urgências, constituído, na dependência do Ministro, pelos Presidentes das ARS, pelo Director Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde e pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências.

Por Despacho do Ministro da Saúde de 30 de Junho de 2006, foi então criada uma Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências a qual elaborou a proposta de pontos de rede por área geográfica, no contexto já referido de rede hierarquizada de prestação de cuidados. A proposta da Comissão esteve em discussão pública durante Outubro e Novembro de 2006, tendo no final desta audição sido elaborado um relatório final com a proposta dos pontos de rede a considerar, datado de Janeiro de 2007.



A metodologia de trabalho assentou entre outros critérios mas especificamente no determinado no despacho 18459/2006, acima referido. Nesta sequência, a Comissão propôs ainda a implementação faseada da proposta, garantindo-se as condições efectivas para a manutenção do apoio necessário às populações, assim como, considerou como investimentos concomitantes prioritários, o desenvolvimento da emergência pré e inter-hospitalar e a reorganização dos cuidados de saúde primários.

Na definição da Rede de Urgências foram tidos em linha de conta os seguintes critérios:

- ▶ três níveis de Serviço de Urgência (SU): Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Básico (SUB);
- ▶ tempo de resposta do socorro ao local;
- ▶ tempo de trajecto ao SU;
- ▶ pontos de rede por capitação;
- ▶ mobilidade sazonal da população;
- ▶ risco de trauma;
- ▶ risco industrial;
- ▶ actividade previsível no SU;
- ▶ horário de funcionamento dos pontos de rede.

A Comissão procedeu à definição dos pontos de Rede de Urgências e considerou que, subsequentemente, isto é, após a decisão política sobre aquela Rede existiria a necessidade de prever a articulação funcional entre esses pontos e assim, desenhar a Rede de Referenciação.

Apesar do despacho 18459/2006 estabelecer como limite máximo de trajecto até ao ponto de rede mais próximo ser de 60 minutos, a Comissão estabeleceu como objectivo de partida da proposta até cerca de 30 minutos a um ponto da

rede de Urgência proposto e um tempo alvo máximo até um SUMC ou SUP até cerca de 45 minutos, para mais de 90% da população residente.

De referir ainda que a Comissão constatou que dos 73 serviços de urgência hospitalares em funcionamento no país, 31 eram de hospitais que já não estavam formalmente previstos na Rede de Referenciação de Urgência/Emergência de 2001.

Dentro da Rede de Urgências a Comissão propõe:

- ▶ 14 SUP, 27 SUMC e 42 SUB;
- ▶ a reclassificação de vários serviços de urgência hospitalares (existindo actualmente 73) prevendo 41 serviços de urgência hospitalares SUP ou SUMC, que 16 passem a SUB e que 15 encerrem;
- ▶ a consignação de 26 SUB em centros de saúde.

O quadro abaixo exemplifica a rede de urgências hospitalares proposta:

Quadro 16 - Rede proposta de urgências hospitalares

Rede de Urgências Hospitalares	Classificação Proposta
Hospital Distrital de Chaves	SUB
Centro Hospitalar Vila Real/Peso da Régua	SUP
Hospital Distrital de Lamego	SUB
Hospital Distrital de Bragança (CHNTM)	SUMC
Hospital Distrital de Mirandela (CHNTM)	SUB
Hospital Sta Luzia de Viana de Castelo (CHAM)	SUMC
Hospital de Ponte de Lima (CHAM)	SUB
Hospital da Póvoa de Varzim (CHAM)	SUMC
Hospital Pedro Hispano (ULSM)	SUMC
Hospital Distrital de Braga	SUP
Hospital Sra. Da Oliveira - Guimarães	SUMC
Hospital Sta. Maria Maior - Barcelos	SUB
Hospital S. João de Deus - V. N. Famalicão	SUMC
Hospital Padre Américo - Vale do Sousa	SUMC
Hospital S. Gonçalo - Amarante	SUB
Hospital N. Sra. da Conceição - Valongo	SUB

Quadro 16 - Rede proposta de urgências hospitalares (cont.)

Hospital S. João - Porto	SUP
Hospital Geral Sto. António - Porto	SUP
Centro Hospitalar V. Nova de Gaia	SUP
Hospital S. Sebastião - Sta. Maria da Feira	SUMC
Hospital S. Miguel - Oliveira de Azeméis	SUB
Hospital Infante D. Pedro - Aveiro	SUMC
Hospital de Águeda	SUB
Hospital Universitário de Coimbra	SUP
Centro Hospitalar de Coimbra	SUP
Hospital de S. Teotónio - Viseu	SUP
Hospital Distrital de Figueira da Foz	SUMC
Hospital Sto. André - Leiria	SUMC
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	SUMC
Hospital Distrital de Pombal	SUB
Hospital de Tondela	SUB
Hospital Nossa Sra. da Assunção - Seia	SUB
Hospital Sousa Martins - Guarda	SUMC
Hospital da Covilhã	SUMC
Hospital de Castelo - Branco	SUMC
Hospital de Abrantes	SUMC
Hospital de Tomar	SUB
Hospital de Torres Novas	SUB
Hospital de Santarém	SUMC
Hospital de V. Franca de Xira	SUMC
Centro Hospitalar de Torres Vedras	SUMC
Hospital de Sta. Maria	SUP
Hospital de S. José	SUP
Hospital S. Francisco Xavier (CHLO)	SUP
Hospital Amadora/Sintra	SUMC
Hospital de Cascais	SUMC
Hospital Garcia de Orta	SUP
Hospital do Barreiro	SUMC
Hospital de Setúbal	SUMC
Hospital do Litoral Alentejano	SUMC
Hospital Divino E. Sto. - Évora	SUP
Hospital de Portalegre ( ULS AA)	SUMC
Hospital de Elvas	SUB
Hospital de Beja	SUMC
Hospital Distrital de Faro	SUP
Hospital do Barlavento Algarvio	SUMC
Hospital de Lagos	SUB

Fonte: Proposta de Rede de Urgências, Relatório Final da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, Janeiro de 2007.

Por fim, o Quadro 17 apresenta uma lista com os hospitais que esta Comissão propõe que se encerrem.

Quadro 17 - Hospitais com serviços de urgência a encerrar

Urgências Hospitalares	Decisão
Hospital de Peso da Régua (CHVRPS)	Encerramento do SU
Hospital de Macedo de Cavaleiros (CHNTM)	Encerramento do SU
Hospital de Vila do Conde (CHPVVC)	Encerramento do SU
Hospital de S. José - Fafe	Encerramento do SU
Hospital Conde de S. Bento - Santo Tirso	Funciona SU nível básico até reforço Guimarães
Hospital de S. João da Madeira	Encerramento do SU
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar	Encerramento do SU
Hospital Nª Senhora da Ajuda - Espinho	Encerramento do SU
Hospital Visconde de Salreu - Estarreja	Encerramento do SU
Hospital José Luciano de Castro - Anadia	Encerramento do SU
Hospital Arcebispo João Crisóstomo - Cantanhede	Encerramento do SU
Hospital s. Pedro G. Telmo - Peniche	Encerramento do SU
Hospital do Fundão (CHCB)	Encerramento do SU
Hospital Curry Cabral - Lisboa	Encerramento do SU
Hospital do Montijo	Encerramento do SU

Fonte: Proposta da Rede de Urgências, Relatório Final, Comissão Técnica de Apoio à Requalificação das Urgências, Janeiro de 2007

### Parcerias Público-Privadas

Uns dos elementos da política de saúde a que o actual governo continua sem dar sinais claros são as Parcerias Público-Privadas (PPP).

Durante o período em análise, pelo menos para os dez Hospitais já previamente seleccionados no mandato de Luís Filipe Pereira, continua a ser preconizada a sua inclusão na rede do Serviço Nacional de Saúde, um formato ainda não especificado de financiamento público na base da concepção, construção e exploração por períodos que ultrapassam os vinte anos, conforme asseguradas por entidades privadas.

A posição do actual Ministério da Saúde em relação à gestão privada destes novos hospitais públicos, anunciada sobre o nome de “parceria público-privadas”, manteve-se ambígua e não foram dados quaisquer esclarecimentos sobre os atrasos já verificados ou a estratégia a seguir.

Conforme sugere e recomenda o estudo intitulado “Prioridades de investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2ª vaga do Programa de parcerias para o sector hospitalar”, publicado com a assinatura da Escola de Gestão do Porto e da



entidade ministerial ‘Parcerias Saúde’, num contexto de rigor orçamental e exigência de transparência, a concessão da gestão dos hospitais públicos a grupos económicos privados, por períodos de tempo que, como já se disse, ultrapassam os 20 anos, parece ter deixado de fazer-se com base nos factos consumados no ciclo governativo anterior. Mas a posição do Ministério da Saúde, relativamente ao modelo a adoptar e respectivas mais-valias públicas esperadas, nunca foi esclarecida no período em análise. Não há, que se conheça, um documento oficial de enquadramento das decisões tomadas nem qualquer tipo de esclarecimento da accountability neste âmbito. O que, atendendo à importância do tema é, no mínimo, desconcertante.

Continua a ser importante notar que as tendências internacionais aconselham grandes cautelas na concessão destes serviços a agentes privados. Por um lado, constatamos que o modelo integrado de PPP, em que o agente privado

assegura a construção e gestão da unidade hospitalar não é, de forma alguma, a opção mais habitual. Continuamos a constatar, aliás, uma diversidade de modelos de concessão com combinações diversas mas em que o Estado mantém uma posição de responsabilidade e garantias multifacetadas que os agentes privados tendem a não considerar atraente pelo nível de risco implícito.

Por outro lado, em Portugal foram lançadas algumas PPP na saúde em relação às quais, tal como no ano passado, o OPSS continua a observar que tem sido divulgado muito pouco no que diz respeito à sua eficácia e processo de implementação. Estão nesta situação a PPP lançada para o Centro de Reabilitação de S. Brás de Alportel já adjudicada a um grupo privado, e a PPP para o ‘Centro de Atendimento do SNS’ cujo processo de adjudicação e lançamento teve vários meses de atraso, sem qualquer explicação pública. Serão estes dois casos um indício de insucesso do projecto das PPP em Portugal? Eis um tema que merece discussão.

Outros projectos em curso são os respeitantes aos novos hospitais de Cascais (em fase de adjudicação), de Braga (em fase final de negociação), de Vila Franca de Xira (em fase de avaliação das propostas), e de Loures (em fase de lançamento de concurso).

A requisição por parte da actual equipa do Ministério da Saúde para que se fizesse, em 2006, um estudo de hierarquização dos projectos de PPP e reavaliação das intenções assumidas anteriormente, pareceu decorrer da constatação do risco de estas conflituarem, objectivamente, com os interesses da saúde dos portugueses – compromisso de maior governação em

saúde – facto para o para o qual, aliás, o Relatório da Primavera de 2005 já tinha alertado. Continua, porém, a não ser claro, se este Relatório teve, efectivamente, algum efeito na decisão política em relação á evolução das PPP em Portugal.

Que prioridades?

Conforme indicado no relatório do OPSS de 2006, a dificuldade em hierarquizar e adaptar estes projectos às necessidades efectivas das populações parece ter resultado da forma como os concursos decorreram até meados de 2004, particularmente as imperfeições dos cadernos de encargos propostos, que obrigaram à sua revisão profunda e implicaram custos antecipadamente elevados para todos os envolvidos – Estado e concorrentes.

Daí que a actual equipa do Ministério da Saúde se tenha visto forçada a encomendar uma análise adicional das diversas Opções Estratégicas que se ofereciam a cada uma das novas unidades hospitalares a construir, com a consequente justificação de uma “opção indicativa” para cada caso e a respectiva caracterização das novas unidades de oferta hospitalar. O estudo pretendia analisar, entre outros aspectos, a relação de equilíbrio entre localização, área de influência, população abrangida, dimensão, perfil assistencial, inserção na rede hospitalar actual e nas redes de referenciação.

Os consultores contratados receberam a indicação dos hospitais a analisar conforme definido pelo Grupo de Missão Parcerias.Saúde e que consistiram nos seguintes (de Norte para Sul):



- ▶ Novo Hospital de Vila do Conde/Póvoa de Varzim - em substituição do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde);
- ▶ Novo Hospital de Vila Nova de Gaia - em substituição do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia);
- ▶ Novo Hospital Oriental de Lisboa - Hospital de Todos os Santos;
- ▶ Novo Hospital da Margem Sul do Tejo - em localização a definir;
- ▶ Novo Hospital de Évora - em substituição do Hospital do Espírito Santo);
- ▶ Novo Hospital do Algarve - em substituição do Hospital Distrital de Faro).

As várias opções indicativas que parecem ter sido avaliadas, são apresentadas no quadro abaixo, conforme publicado no relatório dos consultores.

Quadro 18 - Novas unidades hospitalares PPP

Unidade hospitalar	Descrição da opção indicada
CH Póvoa / Vila do Conde	Construir um novo hospital de raiz, em terreno já designado para o efeito, com dimensão sensivelmente idêntica à actual, 140 camas, mantendo como área de influência os concelhos da Póvoa de Varzim e de Vila do Conde, e apenas as valências básicas. Esta unidade seria devidamente articulada com os hospitais mais próximos, nomeadamente da área metropolitana do Porto.
CH Vila Nova de Gaia	Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 550 camas, localizado nos terrenos onde hoje se encontra o Hospital Eduardo Santos Silva. Área de influência de primeira linha: concelho de Vila Nova de Gaia. Hospital "tampão" para a margem sul do rio Douro.
H de Todos os Santos	Construir de raiz um novo hospital central, com cerca de 600 camas, localizado em terreno já designado para o efeito na zona oriental de Lisboa. Esta opção implicaria dar por terminada a utilização dos Hospitais de S. José, Capuchos/Desterro e Santa Marta.
H Margem Sul do Tejo	Expandir e valorizar o Hospital Garcia de Orta com aproximadamente mais 150 camas. Área de influência de primeira linha: concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.
H de Évora	Construir um novo hospital de raiz, com dimensão sensivelmente idêntica à dos dois hospitais actualmente existentes. Assumiria na rede de referência o papel de "Hospital Central do Alentejo" em articulação com o Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Beja), Hospital de Portalegre e Hospital de Elvas.
H de Faro	Construir um novo hospital de raiz, com cerca de 550 camas, em terreno já designado para o efeito. Assumiria as características de "Hospital Central do Algarve".

Fonte: Quadro 'Opções Indicativas' in Relatório "Prioridades de investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2ª vaga do programa de parcerias para o sector hospitalar" (p. 7).

### Uma nova hierarquização das parcerias público-privado?

O relatório divulgado pela Unidade de Missão 'Parcerias da Saúde' definiu, em Fevereiro de 2006, a seguinte configuração de prioridades em formato de ranking simples (Quadro 19).

Quadro 19 - Classificação das novas unidades hospitalares PPP

Hospital	Ranking
H de Todos os Santos	69,58
H de Faro	62,22
H Margem Sul do Tejo	53,85
H de Évora	49,18
CH Vila Nova de Gaia	35,64
CH Póvoa / Vila do Conde	13,31

Fonte: Quadro 'Opções Indicativas' in Relatório "Prioridades de investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na 2ª vaga do programa de parcerias para o sector hospitalar" (pp. 9 e 45).

Em síntese, não há sinais de que esta "nova hierarquização" tenha sido de facto adoptada. O que questiona, mais uma vez, a responsabilidade de encomendar relatórios técnicos para discussão pública (ver OPSS, 2006) cujas recomendações, depois, não são adoptadas pelos decisores políticos.





## **ESPERA CIRÚRGICA: A CONTRIBUIÇÃO DE TRÊS ANOS DE SIGIC**

### **Introdução**

Passados três anos sobre a Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, de 24 de Junho, que criou o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), cujo objectivo expresso era “minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico dentro do tempo clinicamente admissível”, é tempo de fazer um balanço da sua contribuição para a melhoria do acesso em cirurgia.

Esta Resolução constitui, actualmente, o compromisso da administração pública para com os cidadãos e o instrumento de referência das instituições de saúde para organizarem e planearem as respostas às necessidades dos doentes com indicação cirúrgica. Conjuntamente com a Portaria nº 1450/2004, de 25 de Novembro, representam o enquadramento jurídico pelo qual o Estado se compromete, designadamente a:

- ▶ identificar prioridades e garantir um tempo médio e máximo de espera para a realização de qualquer cirurgia no SNS;

- ▶ determinar a capacidade disponível por hospital e procedimento cirúrgico;
- ▶ estabelecer e fomentar a colaboração com grupos de especialistas médicos, colégios de especialidades cirúrgicas da Ordem dos Médicos e ou sociedades médicas com vista à elaboração e actualização dos protocolos de normalização da actividade hospitalar;
- ▶ preparar e divulgar junto do público em geral toda a informação relevante relacionada com a actividade dos diferentes hospitais do SNS e entidades convencionadas.

Apesar da assunção deste compromisso e do que a Lei n.º 27/99, de 3 de Maio, exige ao Governo – “informar de dois em dois meses a Assembleia da República do estado de aplicação do programa de combate às listas de espera em cirurgia” e “divulgar anualmente o balanço da aplicação do programa, bem como a sua aplicação para o ano seguinte” – a informação disponibilizada continua a manter-se incompleta e desarticulada.

Refira-se, finalmente, que o projecto de lei n.º 273/X denominado “Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde dos utentes do SNS”, aprovado pela Assembleia da República, por unanimidade, em 4 de Outubro de 2006, ao fim de mais de nove meses ainda não mereceu a votação na especialidade da respectiva Comissão Parlamentar de Saúde.

## Análise do desempenho

Os dados estatísticos tornados públicos no Portal da Saúde<sup>20</sup>, em Março do corrente ano, dão conta sobretudo das existências, excluindo as variações registadas nas taxas de resolução. Em 31 de Dezembro de 2006 existiriam 226.113 doentes inscritos em lista de espera, dos quais 55.644 em cirurgia geral, 45.618 em ortopedia, 30.725 em ORL, 32.093 em oftalmologia, 12.288 em ginecologia, e 49.745 noutras patologias. Quanto ao tempo de espera, variaria em média entre 141 dias nos hospitais da ARS do Alentejo e 237 dias nos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, sendo a média nacional de 207 dias.

Em cinco especialidades cirúrgicas – ginecologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia – 29% dos doentes estavam com um tempo médio de espera inferior ou igual a 90 dias, 44% esperavam em média entre 91 dias e 365 dias e 27% mais de 365 dias (Quadro 20). Particularmente relevante nestes tempos médios de espera é o caso da ortopedia, na qual predominam as fracturas do colo do fémur dos idosos, com mais de 70% dos casos a esperar em média mais de 3 meses por uma intervenção cirúrgica e com 26% dos doentes a aguardar mais de um ano.

---

<sup>20</sup> [www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt)

Quadro 20 - Patologias e tempos médios de espera

Patologias	Total	%	≤ 90 dias	%	91-365 dias	%	> 365 dias	%
Ginecologia	12.288	5%	5.342	43%	5.329	43%	1.617	13%
Oftalmologia	32.093	14%	10.597	33%	14.309	45%	7.187	22%
Ortopedia	45.618	20%	12.270	27%	21.495	47%	11.853	26%
Otorrinolaringologia	30.725	14%	6.206	20%	13.690	45%	10.829	35%
Todas as patologias	226.113	100%	64.921	29%	100.103	44%	61.089	27%

Fonte: Secretária de Estado Adjunta da Saúde

Um estudo divulgado pela UCGIC<sup>21</sup> revela que em 31 de Outubro de 2006 o tempo médio de espera para tratamento cirúrgico das neoplasias malignas era de 105 dias, variando entre 198 dias (Algarve) e 72 dias (Norte), com 27% dos casos a esperarem mais de 120 dias. Comparativamente, o tempo médio de espera para tratamento da cirurgia das neoplasias malignas no Alentejo e Algarve é muito próximo do tempo médio de espera dos doentes inscritos para tratamento cirúrgico, sendo significativamente menor nas restantes regiões (Quadro 21).

Quadro 21 - Diferencial entre os tempos médios de espera para tratamento cirúrgico e tratamento cirúrgico das neoplasias malignas

Regiões	Demora média dos inscritos para tratamento cirúrgico	Demora média dos inscritos para tratamento cirúrgico de neoplasias malignas	Δ%
Algarve	201 dias	198 dias	98%
Alentejo	141 dias	132 dias	94%
Lisboa e Vale do Tejo	237 dias	123 dias	52%
Centro	228 dias	102 dias	45%
Norte	171 dias	72 dias	42%
País	207 dias	105 dias	51%

<sup>21</sup> Unidade Central de Gestão de Inscritos para Cirurgia. *Doença neoplásica maligna. Análise dos dados do país sobre a lista de inscritos para cirurgia, Março 2007*



O *Fraser Institute*<sup>22</sup> do Canadá, estabelece como “tempo máximo de espera razoável” para o tratamento cirúrgico 105 dias, a contar da data do diagnóstico confirmado, e a *Canadian Society Surgery of Oncology*<sup>23</sup> fixou em 14 dias o tempo máximo de espera para o tratamento cirúrgico de qualquer patologia neoplásica maligna. Para o Ministério da Saúde, os objectivos são outros – “não ter doentes prioritários em lista mais de quatro meses; doentes oncológicos à espera há mais de dois meses e doentes não prioritários a aguardar há mais de um ano”. No capítulo das prioridades, e para 2007, foram eleitas a doença neoplásica maligna e a cirurgia cardiotorácica, tendo sido revista a tabela “de modo a tornar os preços mais atractivos” para o sector privado.<sup>24</sup>

Dos dados disponibilizados consta o volume de vales-cirurgia emitidos entre 1 de Dezembro de 2004 e 31 de Janeiro de 2007. Naqueles 26 meses foram emitidos 95.463 vales-cirurgia, tendo 15.455 doentes recusado a transferência do seu hospital de origem, 33.244 casos foram expurgados e 21.838 vales não foram cativados. Relativamente aos restantes 27.485 vales-cirurgia, aguardam tratamento, tendo transitado para o corrente ano 6.742 doentes.

Relativamente ao desempenho do programa, a agregação dos dados disponibilizados não permite discriminar a taxa de resolubilidade anual. Em 26 meses terão sido realizadas 18.174 cirurgias em produção acrescida. Se excluirmos os 33.244 casos expurgados naquele período, encontraremos uma taxa de resolubilidade de 29%, sendo desconhecida a situação de 60% dos

---

<sup>22</sup> [www.surgery.ubc.ca](http://www.surgery.ubc.ca)

<sup>23</sup> CMAJ, Aug21, 2001; 165; 421-5

<sup>24</sup> Coordenador do SIGIC. «Tempo Medicina», 21 de Maio de 2007.

doentes, ou por não terem procedido ao levantamento do vale-cirurgia ou por terem recusado a transferência do seu hospital de origem, e aguardando intervenção cirúrgica 11% dos casos. Porém, se assumirmos que a taxa de 9% de devoluções sem indicação cirúrgica nos casos de doentes com vales-cirúrgico cativados também se aplica aos doentes que não levantaram o vale-cirurgia ou recusaram a transferência de hospital, e que podemos designar por falsos positivos para este tipo de tratamento, a situação dos doentes a quem foram emitidos vales-cirurgia é a seguinte (Quadro 22)

Quadro 22 - Situação dos doentes a quem foi distribuído o vale-cirurgia

	Inscritos e cativados <sup>(1)</sup>		Inscritos e com situação incerta <sup>(2)</sup>		Total	
Com necessidade de intervenção cirúrgica	24.926	39%	3.937	52%	58.863	91%
Sem necessidade de intervenção cirúrgica	2.559	4%	3.356 <sup>(3)</sup>	5%	5.915 <sup>(3)</sup>	9%
<b>Total</b>	<b>27.485</b>	<b>43%</b>	<b>37.293</b>	<b>57%</b>	<b>64.778<sup>(3)</sup></b>	<b>100%</b>

<sup>(1)</sup> Estão incluídos os doentes operados e os que aguardam intervenção

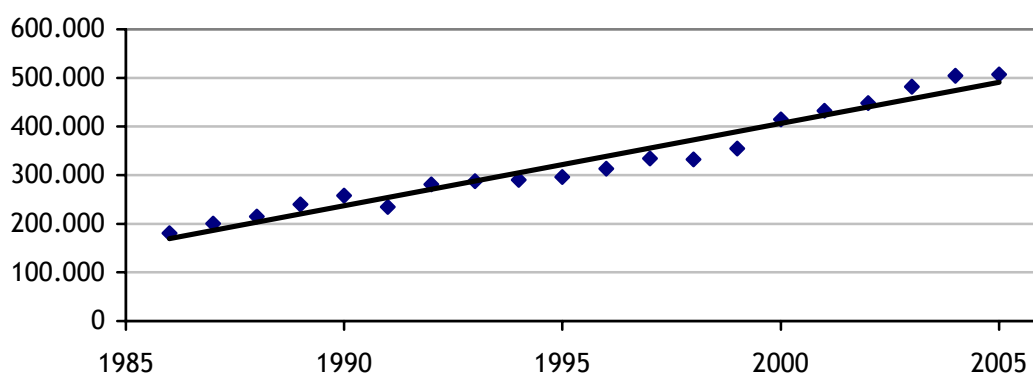
<sup>(2)</sup> Inclui os doentes que não cativaram o vale-cirurgia e os doentes que recusaram transferência

<sup>(3)</sup> Projecção

O dado comparativamente mais relevante deste quadro é a existência, em 31 de Janeiro de 2007, de cerca de 34 mil doentes com vales-cirurgia emitidos mas cuja situação é incerta, contra os cerca de 25 mil casos cujas necessidades de tratamento foram satisfeitas (73%) ou estarão em vias de serem satisfeitas (27%). E daquele total merece particular relevância os 15.455 doentes que em 26 meses não encontraram resposta nos hospitais em que estavam inscritos e, de acordo com as regras do SIGIC, vão ter de esperar mais 207 dias, em média, pelo respectivo tratamento (Anexo à Portaria 1450/2004, de 25 de Novembro, Parte IV, nº 65). Considerando que a

produção cirúrgica média na rede dos hospitais públicos foi de 2.065 cirurgias/dia nos anos 2004/2006, para cobrir aquelas necessidades teria sido suficiente realizar 2.095 cirurgias/dia. Referida à capacidade instalada – 13 hospitais centrais, 36 hospitais distritais e 19 hospitais distritais de nível I, 502 blocos operatórios e 3.284 cirurgiões (cirurgia geral, ginecologia/obstetrícia, oftalmologia, ortopedia, urologia e ORL)<sup>25</sup>, a necessidade de produção acrescida de 30 cirurgias/dia corresponderia a uma produção média acrescida de 2 cirurgias/hospital/semana ou 1 cirurgia/bloco/mês, e de 1 cirurgia/cirurgião /cinco meses. A recta de tendência da produção cirúrgica dos últimos 20 anos (1986-2005) (Figura 17) mostra que a produção acrescida de 15.455 cirurgias em 26 meses iria ter um efeito marginal financeiramente irrelevante mas significativo para o bem-estar das pessoas.

Figura 17 - Evolução da produção cirúrgica no SNS. 1986-2005



Fonte: INE. Estatísticas da Saúde, 1986-2005

Aplicando o padrão de desempenho do SIGIC aos 225.409 inscritos em 31 de Dezembro de 2006, a situação esperada seria tendencialmente a apresentada

<sup>25</sup> DGS. Centros de Saúde e Hospitais. Recursos e produção do SNS-2005. [www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)

no Quadro 23, configurando a existência de 80.620 doentes com indicação cirúrgica confirmada, mas ainda sem qualquer orientação.

Quadro 23 - Projecção do total de casos com indicação cirúrgica

Indicador	%	Total
Expurgo administrativo	32%	72.131
Casos elegíveis	68%	153.278
Expurgo clínico	9%	13.795
Total de casos expurgados	38%	85.926
Total de casos com indicação cirúrgica confirmada	62%	139.483

## Conclusões

Na perspectiva dos cidadãos, o aspecto mais importante a reter será a considerável diminuição do tempo médio de espera para um tratamento cirúrgico. No entanto, deve considerar-se manifestamente excessivo, exigindo medidas correctivas urgentes, a espera média de 105 dias para tratamento cirúrgico das neoplasias malignas.

Enquanto a razão do tempo de espera avançada pelos peritos canadianos para o tratamento cirúrgico das neoplasias malignas seria sete vezes inferior ao da totalidade das patologias com indicação cirúrgica, indicativo da elevada prioridade atribuída a essas condições, a avaliação realizada pela UCGIC mostra que a espera média dos doentes portugueses com neoplasia maligna ainda é só metade da totalidade das patologias com indicação cirúrgica.

A elevada percentagem de expurgos administrativos, equivalente à que se verificava há cerca de dez anos, quando teve início o Programa de Promoção do Acesso, é demonstrativo dos poucos progressos que se realizaram neste

domínio e revela um défice de gestão da informação, uma vez que nesta categoria estarão sobretudo incluídos óbitos, casos já resolvidos, duplicações, e desistências.

Mantém-se a indefinição quanto aos critérios explícitos do sistema de prioridades e aos tempos máximos de espera para cada patologia. E continua a não haver demonstração da avaliação da capacidade instalada para procedimentos cirúrgicos.

Por outro, não são apresentados os motivos para que os hospitais de origem de 15.455 casos não tenham conseguido realizar, em 26 meses, produção acrescida de maneira a cobrir aquelas necessidades.

Desconhece-se também a situação dos casos a quem não foram emitidos cheques-cirurgia, nomeadamente o seu agendamento para tratamento.

Por fim, deixou de ser cumprida a exigência de apresentação periódica de resultados à Assembleia da República e não é respeitada a divulgação pública da actividade de cada hospital.



# III-5

## A EVOLUÇÃO DA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS



O propósito deste capítulo é o de apresentar dados que testemunhem a evolução da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Assim, iniciamos pela listagem de algumas ideias-chave que consideramos relevantes para a compreensão desta área dos cuidados continuados integrados. De seguida apresentaremos algumas observações gerais que devem ser encaradas como desafios para o futuro.

- ▶ O desenvolvimento da RNCCI é um processo evolutivo suportado em fases pré-definidas que se estendem até 2016.
- ▶ Esta Rede é constituída por diferentes tipologias de cuidados em conformidade com as diferentes necessidades das populações e das localidades;
- ▶ De entre as diferentes tipologias de internamento, destacam-se os conceitos inovadores materializados em unidades de internamento de:
  - Convalescença (internamento de curta duração);

- Média-duração e reabilitação (internamento activo ou de reabilitação para a vida activa);
  - Longa-duração e permanente (internamento com actividades de vida diária);
  - Cuidados Paliativos (apoio durante o estado terminal da Vida humana)
- ▶ A fase inicial de desenvolvimento da RNCCI traduz-se na implementação de Experiências Piloto. Esta estratégia permite fazer a avaliação dos diferentes elementos do modelo para os aperfeiçoar ou adaptar o modelo de gestão, o modelo de cuidados, o modelo de financiamento e/ou o modelo de acompanhamento e avaliação.
  - ▶ O novo modelo de Cuidados Continuados Integrados, lançado em meados de 2006, representa a mais importante intervenção interministerial no sentido de criar sinergias entre o Serviço Nacional de Saúde e os Serviços de Apoio Social através da colaboração de dois sectores de intervenção: Saúde e Solidariedade Social.
  - ▶ O novo modelo português, promove uma efectiva dinâmica de parcerias regionais e locais entre entidades dos sectores público, privado não-lucrativo e privado lucrativo.
  - ▶ As respostas desenvolvidas pela RNCCI constituem respostas complementares para a melhor eficiência dos sistemas de Saúde e de Solidariedade Social.



## Resumo da implementação das experiências piloto da RNCCI

Nos quadros seguintes apresenta-se o resumo dos dados disponíveis de actividade e utilização das tipologias de internamento na RNCCI, de Outubro de 2006 até Março de 2007. Estes dados foram fornecidos pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados, conforme apresentação, em sessão pública de comemoração do primeiro ano do projecto, em Maio de 2007.

Quadro 24 - Evolução da implementação das experiências piloto nas tipologias de internamento

Indicador	Out.06 - Jan.07	Fev.07	1.Mar.07
Número de acordos celebrados	52	53	56
Número de camas contratadas	833 (01-01-07)	851 (08-02-07)	900
Número acumulado de cidadãos tratados	519 (15-01-07)	883 (08-02-07)	1.277
Taxa de ocupação (%) de camas contratadas	-	60,87% (01-02-07)	74,90%

Os dados comprovam o aumento contínuo da capacidade da Rede assim como da utilização das diversas tipologias de internamento definidas para as Experiências Piloto.

Nas cinco Administrações Regionais de Saúde, em Março de 2007, e relativa às tipologias de internamento das experiências piloto da RNCCI, a situação actual era a seguinte:

Quadro 25 - Acordos celebrados para unidades de internamento das experiências piloto

Tipologia da unidade	2006			2007			Total
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	
Unidade de Convalescença	3	9	2	1	0	1	16
Unidade de Média Duração e Reabilitação	5	6	3	1	0	2	17
Unidade de Longa Duração e Manutenção	3	11	4	1	1	0	20
Unidade de Cuidados Paliativos	1	0	2	0	0	0	3
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>56</b>

O aumento do número de Acordos celebrados foi acompanhado por um aumento da capacidade (número de camas) das experiências piloto da RNCCI, conforme se pode ver no Quadro 26.

Quadro 26 - Evolução da capacidade em camas contratadas nas tipologias de internamento para as experiências piloto

Tipologia da unidade	2006			2007			Total
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	
Unidade de Convalescença	47	186	40	30	0	20	323
Unidade de Média Duração e Reabilitação	73	76	50	14	0	29	242
Unidade de Longa Duração e Manutenção	31	176	77	10	18	0	312
Unidade de Cuidados Paliativos	10	0	13	0	0	0	23
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>438</b>	<b>180</b>	<b>54</b>	<b>18</b>	<b>49</b>	<b>900</b>

No quadro seguinte, pode-se observar o número de camas contratadas até 01 de Março de 2007, por região e tipologia.

Quadro 27 - Número de camas contratadas nas tipologias de internamento das experiências piloto por Região

Tipologia da unidade	NOR	CEN	LVT	ALE	ALG	Total
Unidade de Convalescença	101	105	50	25	42	323
Unidade de Média Duração e Reabilitação	78	80	41	20	23	242
Unidade de Longa Duração e Manutenção	59	148	45	10	50	312
Unidade de Cuidados Paliativos	0	10	13	0	0	23
Total	238	343	149	55	115	900

O número total acumulado de cidadãos apoiados nas unidades de internamento das Experiências Piloto da Rede entre o início do mês de Outubro de 2006 e o dia 1 de Março de 2007 foi de 1.277, tendo aumentado em 44,6 % no período compreendido entre 08 de Fevereiro e 01 de Março de 2007, passando de 883 para 1.277 cidadãos tratados. Esta observação permite constatar a rápida evolução da procura da Rede, um sinal claro de sucesso no que diz respeito à sua aceitação e necessidade.

O aumento do número total de cidadãos tratados varia segundo a tipologia de internamento, conforme se pode observar no Quadro 28, referente ao período entre 8 de Fevereiro e 1 de Março de 2007.

Quadro 28 - Cidadãos apoiados nas unidades de internamento das experiências piloto, por tipologia de internamento

Tipologia da unidade	08/02/2007	01/03/2007	Aumento percentual
Unidade de Convalescença	346	500	44,5%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	233	346	48,5%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	255	330	29,4%
Unidade de Cuidados Paliativos	49	101	106,1%
Total	883	1.277	44,6%

Analisando a distribuição por tipologia de internamento e região, entre Outubro de 2006 e 01 de Março de 2007, encontramos os valores do Quadro 29.

Quadro 29 - Cidadãos apoiados nas unidades de internamento das experiências piloto, por tipologia de internamento e região

Tipologia da unidade	NOR	CEN	LVT	ALE	ALG	Total
Unidade de Convalescença	167	219	50	11	53	500
Unidade de Média Duração e Reabilitação	63	142	52	42	47	346
Unidade de Longa Duração e Manutenção	61	193	20	12	44	330
Unidade de Cuidados Paliativos	-	29	72	-	-	101
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>583</b>	<b>194</b>	<b>65</b>	<b>144</b>	<b>1.277</b>

Em 1 de Março de 2007, verifica-se uma elevada taxa de utilização das camas contratadas. Nomeadamente, 91,2% de utilização da capacidade total contratada, sendo de 100% na tipologia de Cuidados Paliativos e superior a 86% nas restantes tipologias de internamento da Rede.

No quadro seguinte podem observar-se as taxas de utilização das camas contratadas a 1 de Março de 2007.

Quadro 30 - Taxa de utilização das camas contratadas, por tipologia de internamento das experiências piloto, por região

Tipologia da unidade	NOR	CEN	LVT	ALE	ALG	Total
Unidade de Convalescença	100,0%	100,0%	68,0%	100,0%	100,0%	95,0%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	75,6%	98,8%	70,7%	100,0%	100,0%	86,8%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	100,0%	99,3%	33,3%	100,0%	100,0%	90,1%
Unidade de Cuidados Paliativos	-	100,0%	100,0%	-	-	100,0%
<b>Total</b>	<b>92,0%</b>	<b>99,4%</b>	<b>61,1%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>91,2%</b>

O quadro seguinte, indica a enorme capacidade de resposta já implementada pela Rede (de 1 de Outubro de 2006 a 28 de Fevereiro de 2007) e indica o potencial de crescimento para o período de um ano.

Quadro 31 - Capacidade anual da Rede em dias de internamento

Tipologia da unidade	NOR	CEN	LVT	ALE	ALG
Unidade de Convalescença	2.443	3.944	1.734	183	1.691
Unidade de Média Duração e Reabilitação	740	4.202	2.427	900	1.894
Unidade de Longa Duração e Manutenção	1.758	10.484	939	345	616
Unidade de Cuidados Paliativos	-	-	1.101	-	-
<b>Total</b>	<b>4.941</b>	<b>18.630</b>	<b>6.201</b>	<b>1.428</b>	<b>4.201</b>

Tipologia da unidade	Total	N.º máximo de dias de internamento (camas contratadas * 365 dias)	% realizada
Unidade de Convalescença	9.995	117.895	8,5%
Unidade de Média Duração e Reabilitação	9.446	88.330	10,7%
Unidade de Longa Duração e Manutenção	13.980	113.880	12,3%
Unidade de Cuidados Paliativos	1.101	8.395	13,1%
<b>Total</b>	<b>34.156</b>	<b>328.500</b>	<b>10,4%</b>

Ou seja, em seis meses, a Rede acumulou uma capacidade de 328.500 dias de internamento assumindo-se, desde já, como uma importante resposta complementar ao Serviço Nacional de Saúde e às respostas de reabilitação e apoio social em todo o continente.

#### Observações gerais: Desafios futuros

Na medida em que as ideias chave são complexas e exigentes do ponto de vista dos processos de gestão da mudança, conforme apresentadas em sessão pública comemorativa do 1º ano do projecto de criação da Rede, interessa

deixar registadas algumas observações para serem monitorizadas pelo OPSS durante o próximo ano:

- ▶ Sendo o desenvolvimento da RNCCI um processo evolutivo suportado em fases pré-definidas que se estendem até 2016, interessa divulgar claramente as fases previstas e os respectivos resultados esperados. De contrário, o processo poderá tornar-se um ‘processo virtual’ sem medidas muito exactas de observação isenta.
- ▶ Sendo RNCCI constituída por diferentes tipologias de cuidados em conformidade com as diferentes necessidades das populações e das localidades, também é importante que a Unidade de Missão divulgue essa evolução e sobretudo, alguma forma de demonstração de que está efectivamente a responder às necessidades das populações.
- ▶ A fase inicial de desenvolvimento da RNCCI traduz-se na implementação de Experiências Piloto. Sendo que esta estratégia foi escolhida por permitir fazer a avaliação dos diferentes elementos do modelo para os aperfeiçoar ou adaptar o modelo de gestão, o modelo de cuidados, o modelo de financiamento e o modelo de acompanhamento e avaliação, interessa durante os próximos meses que essa avaliação seja tornada pública para que as comunidades e os actores envolvidos possam colaborar na melhoria do processo.
- ▶ Sendo que o novo modelo de Cuidados Continuados Integrados, lançado em meados de 2006, representa a mais importante intervenção interministerial no sentido de criar sinergias entre o SNS e os Serviços

de Apoio Social através da colaboração de dois sectores de intervenção (Saúde e Solidariedade Social) interessa promover esse debate nos meios efectivamente influentes e com visibilidade pública no sentido de reforçar as mais-valias que possam daí advir.

- ▶ Sendo que os responsáveis ministeriais reclamam que o novo modelo nacional promove uma efectiva dinâmica de parcerias regionais e locais entre entidades dos sectores público, privado não-lucrativo e privado lucrativo, será importante que esse efeito seja tornado visível o que deverá incluir a produção de algum documento que enquadre as inovações e as boas práticas desse processo no sentido de serem promovidas formas de aprendizagem organizacional.
  
- ▶ Sendo que as respostas desenvolvidas pela RNCCI constituem respostas complementares para a melhor eficiência dos sistemas de Saúde e de Solidariedade Social, é fundamental que o desenvolvimento da Rede esteja no seio do debate da sustentabilidade de longo prazo do SNS e do Sistema Português de Saúde.







## FARMÁCIAS E MEDICAMENTOS

### Medicamentos não sujeitos a receita médica obrigatória

No relatório de 2006 do OPSS afirmava-se (página 101):

“A entidade reguladora do medicamento - INFARMED - não disponibilizou, até à data, qualquer informação sobre a evolução, subsequente à medida tomada, do mercado total, nem sobre a sua repartição entre as farmácias e os estabelecimentos legalmente autorizados a vender MNSRM. Também em linha com a legislação, a monitorização deste mercado é, por óbvias razões de saúde pública, uma necessidade urgente”.

O OPSS regista assim como positivo o facto de a recomendação proposta ter sido favoravelmente acolhida pelo Ministério da Saúde.

De facto, desde Julho de 2006 que o INFARMED divulga, mensalmente, no seu portal na Internet<sup>26</sup> um documento intitulado “Vendas de Medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) fora das Farmácias”. A edição de Maio



<sup>26</sup> [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)

de 2007, identifica, a partir dos dados de 381 locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, para um total de 432 registados, que:

- ▶ no mês de Abril de 2007 o valor médio do índice de preços, tal como calculado pelo INFARMED tendo como base Agosto de 2005, foi de 99%.
- ▶ “... o Modelo Continente Hipermercados S.A. é responsável por cerca de 42% do mercado e apresenta um índice de 95,8%, o que significa que os seus preços são em média inferiores aos existentes antes da entrada em vigor da liberalização dos preços”.
- ▶ 4,2 % das entidades registadas (15 em 381) representam 70% deste mercado. Em nove destas quinze entidades verifica-se um índice de preços, em Abril de 2007, superior a 100% (mínimo de 101,6% e máximo de 112,3%).
- ▶ quatro distritos (Lisboa, Porto, Setúbal e Braga) concentram cerca de 50% das entidades registadas.
- ▶ o mercado total ambulatorio de medicamentos não sujeitos a receita médica (vendas comunicadas até Abril) representa um valor de 13.055.281€ (15% do mercado total de medicamentos) repartido em 95% pelas farmácias e 5% fora das farmácias.

Deste modo, o OPSS considera que o Governo deveria, até ao final da legislatura, apresentar um balanço global sobre os resultados obtidos face aos objectivos pretendidos com esta medida, porque politicamente emblemática no início da actual legislatura, contextualizando-a também no conjunto de

acções tomadas e resultados obtidos por outros exemplos e experiências internacionais. Respigamos, a propósito, o que, em 2005, o relatório do OPSS já afirmava imediatamente após o anúncio da medida (p. 62):

“Dada a complexidade do tema em apreço, seria importante que o Ministério da Saúde promovesse a preparação de um documento de referência sobre esta matéria, que resumisse e analisasse, em conjunto, a evidência existente e o seu significado no contexto social, económico e cultural do País. É boa prática de governação que medidas com esta implicação e notoriedade tenham uma fundamentação sólida e explícita”.

Para além disto, o OPSS, à luz da vasta evidência internacional publicada sobre as consequências da utilização inadequada de fármacos analgésicos e antipiréticos – designadamente toxicidade renal e toxicidade hepática – chama a atenção para a necessidade de medidas educacionais junto da população em geral, por parte do Ministério da Saúde, face ao peso destes fármacos no conjunto do consumo de MNSRM, tal como reportado pelo INFARMED (26% do total de embalagens vendidas fora das farmácias).

Finalmente, seria útil o fornecimento de informação sobre a existência (e o número) de estabelecimentos de venda de MNSRM autorizados que, entretanto, tivessem descontinuado a sua actividade. Bem como a comparação de preços praticados pelas farmácias e pelos estabelecimentos de venda de MNSRM.

### ANF e Farmácias

Desde o início da sua governação, o Ministério da Saúde elegeu, como um dos eixos da política do medicamento, o controlo da acção da Associação Nacional das Farmácias (ANF), nomeadamente enquanto intermediária financeira.

Volvidos dois anos, faz sentido um balanço desta decisão. Assim, durante este tempo, e ao contrário do que parecia ser as intenções do Governo, a ANF

- ▶ adquiriu 49% do capital do ramo português da multinacional de distribuição grossista Alliance-Unichem (hoje Alliance-Santé), operação ulteriormente aprovada pela Autoridade da Concorrência;
- ▶ criou a empresa de “factoring” Finanfarma, a quem praticamente a totalidade das farmácias cederam as dívidas dos fornecimentos ao SNS, tornando inoperante o Fundo de Garantia do Estado criado pelo Ministério da Saúde, com uma dotação inicial de 200 milhões de euros;
- ▶ adquiriu, através da sua participada Consiste, a CPC, ampliando significativamente a sua capacidade nos sistemas de informação em saúde, e
- ▶ procedeu a uma profunda reorganização interna, empresariando as suas estruturas, designadamente o LEF (Laboratório de Estudos Farmacêuticos), o CEFAR (hoje Centro de Estudos e Avaliação em Saúde) e criando a Escola de Pós-graduação em Saúde e Gestão.

Parece assim indiscutível o peso acrescido da ANF na área da farmácia em Portugal.

Entretanto, em Maio de 2006, o Governo estabelece um acordo com a ANF, intitulado “Compromisso com a Saúde”, segundo o Portal do Governo, “com vista à liberalização da propriedade da farmácia, à



melhoria da acessibilidade aos medicamentos e à preservação da qualidade da assistência farmacêutica”. Destacam-se os seguintes pontos:

- ▶ Os profissionais de saúde que sejam prescritores de medicamentos não poderão ser, directa ou indirectamente, proprietários de farmácia. Será alargado o regime de incompatibilidades previsto na Lei, pelo menos, às seguintes entidades: empresas da indústria farmacêutica, empresas de distribuição grossista, e entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde ou subsistemas que participem no preço dos medicamentos.
- ▶ Cada proprietário individual, empresa ou grupo de empresas, não poderá, directa ou indirectamente, concentrar a titularidade, exploração ou gestão de mais de quatro farmácias.
- ▶ Estabelecer-se-á uma capitação mínima de 3.500 habitantes por farmácia e será prevista uma distância mínima de 350 metros entre farmácias.
- ▶ Será igualmente possível instalar farmácias em qualquer local, independentemente de capitação, desde que não haja farmácia a menos de 2 km.
- ▶ Serão instaladas farmácias de venda ao público nos estabelecimentos hospitalares para dispensarem receituário dos serviços oficiais de saúde, devendo funcionar 24 horas por dia e 365 dias por ano. Estes serviços serão concessionados, sendo dada preferência a proprietários de farmácias localizadas na mesma zona.
- ▶ A proibição de prática de descontos pelas farmácias será revogada.

Portal do Governo

A já legislada<sup>27</sup> criação de farmácias de venda ao público, propriedade dos Hospitais, com fins lucrativos e exploradas por terceiros, com moldes funcionais não aplicáveis às actuais farmácias comunitárias (funcionamento contínuo 24 horas por dia, 365 dias por ano e diferente parametrização da cedência de medicamentos, como é o caso da unidose) afigura-se um dossiê complexo, também pela natureza do impacto que poderá vir a ter no mercado dos medicamentos e nas próprias farmácias comunitárias.

Aguarda-se, decorrente da autorização legislativa dada pelo Parlamento, o pacote final de medidas que, sobre este sector, o Governo irá propor. No

---

<sup>27</sup> Decreto-lei 235/2006, de 6 de Dezembro.

entanto, no discurso de abertura da Conferência Anual do INFARMED em 4 de Abril de 2007, o Ministro da Saúde afirmou já existirem, nessa data, candidaturas para abertura de farmácias de venda ao público provenientes do Hospital de Faro, do Hospital de Santa Maria, do Hospital de Leiria, do Hospital de São João, do Hospital Padre Américo e do Centro Hospitalar de Coimbra.

A evolução da ANF será, no fim da legislatura, objecto de avaliação pelo OPSS por comparação à análise produzida no Relatório de 2002.

### Preço dos medicamentos

O ano de 2007 iniciou-se com nova diminuição de 6% no PVP dos medicamentos, com afectação das margens dos agentes (indústria farmacêutica, distribuição grossista e farmácias). Duas outras medidas, a primeira anunciada no ano transacto – países de referência e método de cálculo a partir dos países de referência para a fixação do preço máximo dos novos medicamentos – e a segunda no ano corrente – diminuição do preço dos medicamentos genéricos em função das quotas atingidas no mercado da substância activa – configuram novas intervenções a somar à diminuição das percentagens de comparticipação nos respectivos escalões.

Aguardaremos para o próximo relatório uma análise mais sustentável do impacto destas medidas nos vários agentes, em especial no cidadão. Maus concretamente, em relação aos medicamentos genéricos, o próximo relatório

do OPSS incluirá uma análise dos 10 anos do investimento político e económico do Ministério da Saúde na política de genéricos.

### Controlo do encargo do SNS com medicamentos

A verificação da meta proposta - taxa de crescimento “zero” da despesa com medicamentos no ambulatório - constituiu um êxito político para o Governo. Porém, e face ao documentado crescimento global do mercado, a natureza da construção deste objectivo carece de análise mais profunda, nomeadamente num dos seus pontos fulcrais: a repartição dos encargos entre o SNS e os cidadãos. A ausência de informação disponível - expectavelmente constante de futuras informações estatísticas a produzir pelo INFARMED - permitirá delinear conclusões mais consistentes sobre a natureza dos impactos das medidas executadas.

Em meio hospitalar, também anunciada, pelo Ministério da Saúde, como um êxito, a não ultrapassagem de taxa de crescimento de 4% da despesa hospitalar com medicamentos, verificou a meta proposta pelo Governo. Há, porém, que aguardar pela disponibilização de mais informação que permita estudar a natureza dos valores anunciados.

A criação, no INFARMED, de uma Comissão para a avaliação pericial prévia à introdução de novos medicamentos nos hospitais, é um passo louvável. Traria enormes vantagens a padronização das avaliações a conduzir (compreendendo avaliações comparativas de eficácia e de segurança entre alternativas disponíveis, determinação de valor terapêutico acrescentado e análise de estudos de avaliação económica).

Seria muito útil que as avaliações propostas à Comissão fossem objecto de comentário e acompanhamento por entidades interessadas - processo metodologicamente intrínseco à qualidade e à transparência da avaliação de qualquer tecnologia de saúde para efeitos de financiamento público - e alvo de divulgação pública do relatório final.

De igual modo seria de enorme valor que os resultados apresentados fossem confrontados com os produzidos por entidades congéneres e/ou fontes independentes de avaliação de medicamentos, particularmente no que à avaliação económica diga respeito.

#### Terapêutica racional e segurança dos cidadãos

Constata-se a ausência de medidas destinadas à promoção da racionalidade da farmacoterapia. Assim, não conseguimos registar:

- ▶ produção de informação sobre utilização de medicamentos;
- ▶ divulgação dos relatórios de avaliação pericial dos pedidos de comparticipação de medicamentos para o mercado ambulatorio;
- ▶ investimento detectável no sistema de farmacovigilância;
- ▶ planos de formação e de informação dirigidos à prescrição e à utilização racional dos medicamentos.

Sendo a farmacovigilância uma matéria sensível do lado do cidadão e estruturante do lado do sistema de saúde, o OPSS vê com apreensão a



ausência de investimentos detectáveis na identificação e na prevenção da iatrogenia medicamentosa.

Este ponto, crucial à luz do novo estatuto do medicamento, entretanto aprovado, dadas as necessidades acrescidas de gestão de risco, deveria constituir prioridade da agenda do Ministério da Saúde.

### Balanço de dois anos

O foco exclusivo no controlo da despesa, ainda que produzindo resultados imediatos favoráveis, feito sem investimentos organizativos, funcionais e técnico-científicos na interface quer com a oferta (produtores e fornecedores de medicamentos), quer com a procura (prescritores, outros profissionais de saúde e doentes) poderá ter limitações a curto prazo e não foi demonstrado que se constitua em garante de sustentação a médio/longo prazo.

O Governo deve ter muito clara – assim se espera – a extensão na qual as medidas centradas em cortes na despesa (obtidas à custa da contenção de gastos e de consumos e na diminuição administrativa dos custos), exclusivamente ditadas por metas orçamentais pré estabelecidas, com aumento de encargos directos para os doentes, induzem ganhos de eficiência e não comprometem o acesso e a equidade no acesso aos medicamentos. Este último aspecto constitui prioridade do OPSS para os próximos relatórios.





## PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

A implementação do Plano Nacional de Saúde, 2006-2010, (PNS) será possivelmente o maior desafio da actualidade para a Saúde Pública portuguesa.

No sentido de contribuir para a divulgação e análise de aspectos importantes da implementação do PNS, serão aqui abordadas as seguintes questões:

- ▶ Metas e indicadores do PNS
- ▶ Estratégias locais de saúde
- ▶ Mudança centrada no cidadão - as redes sociais
- ▶ Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis: o caso do tabagismo
- ▶ Tuberculose pulmonar

A realização em Lisboa, durante o corrente mês de Julho de uma Conferencia Europeia sobre Estratégias de Saúde, no âmbito da Presidência Portuguesa da União Europeia, poderá também servir chamar a atenção para alguns dos aspectos mais importantes da implementação do PNS.

## Metas e indicadores do Plano Nacional de Saúde

Na introdução do documento, recentemente divulgado pelo Alto Comissariado da Saúde, “Avaliação de Indicadores 2001-2005 - Ganhos em Saúde”, pode ler-se que “... elaborar o Plano e aplicá-lo não é estratégia suficiente. É preciso monitorizar, avaliar de forma regular e dinâmica e corrigir os desvios. Avaliar a evolução dos indicadores é verdadeiramente avaliar o desempenho dos serviços de saúde nomeadamente a acessibilidade e equidade, a competência e efectividade, os custos e eficiência, a segurança e sustentabilidade”.

Assim o documento revê um conjunto de indicadores de interesse para a monitorização do Plano nacional de Saúde. De seguida reproduzem-se alguns exemplos extraídos do referido documento.

### Consumo de antidepressivos

Em Portugal Continental, entre 2000 e 2005, aumentou o consumo de antidepressivos. O número de embalagens por habitante e por ano passou de 0,25, em 2000, para 0,42, em 2005 (aumento relativo: 68%).

### Hábitos tabágicos

A percentagem de indivíduos que fumam diariamente, de um modo geral, diminuiu para o género masculino, em Portugal Continental, no período de 1998/1999 a 2005/2006. O decréscimo relativo mais relevante verificou-se para o grupo etário dos 25 aos 44 anos (-17,5%). No grupo dos 15 aos 24 anos registou-se um ligeiro aumento (variação relativa de +0,9%). Para o sexo feminino registou-se aumento do consumo de tabaco em todos os grupos etários estudados. O aumento relativo do consumo foi maior para as mulheres dos 45 aos 64 anos (+84,4%).

### Saúde oral aos 12 anos

Em Portugal Continental o índice de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente (CPOD) diminuiu 67,4%, passando de 4,6 para 1,5 entre 1975 e 2004. Tanto em Portugal Continental como na Holanda se registou diminuição do índice de CPOD, entre 1975 e 2002; no entanto, o decréscimo relativo foi mais relevante na Holanda (-89,0%) do que em Portugal Continental (-34,8%).

### Acidentes de viação

O número de vítimas mortais de acidentes de viação decresceu 51,4%, entre 1999 e 2006 em Portugal Continental, tendo ocorrido 1.750 óbitos em 1999 e 850 em 2006, por esta causa. Também o índice de gravidade dos acidentes apresentou variação relativa negativa (-33,3%), nesse período

## Estratégias locais de saúde

Na implementação do Plano Nacional de Saúde (PNS) destaca-se a importância da sua replicação local. As experiências internacionais demonstram que a forma como interage o quadro de referência nacional com as estratégias locais é um factor crítico do modelo de implementação.

Num meio em mudança contínua, a resposta aos problemas complexos e transversais, faz-se através de intervenções conjuntas de várias organizações, dispostas em rede, que assegurem a circulação de informação, de forma interactiva, envolvendo todos os actores sociais relevantes para a saúde da população, e de forma convergente, apoiando a tomada de decisão a todos os níveis: Governo, serviços de saúde e cidadão. Neste contexto, o desenvolvimento de redes de comunicação e cooperação pode corresponder a novas formas de participação do cidadão, orientadas para a definição e implementação de Estratégias Locais de Saúde (ELSa).

A saúde não é apenas um resultado do desenvolvimento económico e social, é também um factor central para esse desenvolvimento. As ELSa procuram assim, aproximar a saúde da economia, da assistência social, do conhecimento científico, constituindo espaços de comunicação/ conversação para criar e aproveitar situações *win-win* (de ganhos mútuos)<sup>28</sup>.

Actualmente, verifica-se o desenvolvimento de ELSa nos concelhos de Arraiolos, Faro, Almada e Santa Marta de Penaguião, assim como na área de abrangência do Centro de Saúde Norton de Matos, em Coimbra. As primeiras

---

<sup>28</sup> Stahl et al., 2006

cinco ELSa, promovidas pelo Alto Comissariado da Saúde, com o apoio das ARS, constituem um dos instrumentos centrais à implementação do PNS.

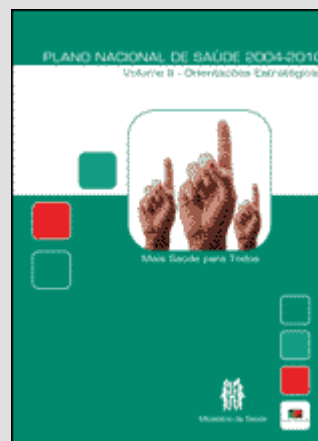
As ELSa exprimem um número mais limitado de objectivos na forma de metas quantificadas. Correspondem a áreas prioritárias onde se torna possível explicitar o compromisso colectivo que cada ELSa reflecte, permitem concentrar os esforços dos parceiros envolvidos e avaliar os seus efeitos. A experiência tem demonstrado que os efeitos desta aproximação rigorosa em relação a um número limitado de objectivos do PNS acabam por influenciar positivamente todo o conjunto.

As primeiras cinco ELSa assentam na criação de redes entre parceiros locais na comunidade e na libertação do potencial de inovação local para a implementação do PNS. As várias organizações integradas em rede, desenvolvem, assim, projectos promovidos pela própria rede, em vez de projectos individuais, assegurando o seu alcance na comunidade. Para tal, a informação adequada é crítica para o desempenho das organizações, circulando através dessas redes (entre as pessoas, nas organizações, e entre as organizações). A informação ao circular entre os vários parceiros da rede transforma-se em conhecimento que, por sua vez, se transforma em inovação e acção, constituindo um ciclo virtuoso para o desenvolvimento do sistema de saúde e o desenvolvimento social e económico do País.

Deste modo, as redes dinâmicas e estrategicamente planeadas, com base na participação e coordenação dos vários parceiros sociais, que asseguram a inovação local na implementação do PNS, podem progressivamente articular-se com as redes sociais, em desenvolvimento em várias regiões do país.

## Mudança centrada no cidadão - as redes sociais

A percepção da equidade como um valor realmente orientador da acção no sector da saúde é essencial para garantir uma maior aproximação entre o cidadão e o poder político e uma cidadania mais centrada numa participação activa na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular, para que, de uma maneira efectiva, se aumentem as opções de escolha do cidadão, se multipliquem os mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde e se apoiem as organizações da sociedade civil, numa perspectiva promotora de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde.



Plano Nacional de Saúde, p. 63

A problemática da mudança centrada no cidadão enfatizada no Plano Nacional de Saúde (PNS), abraça hoje uma diversidade de significados e saberes que se torna difícil defini-la com rigor e precisão. Ao procurar fazer a sua avaliação, emerge um complexo problema para o qual escasseiam contributos. Perspectivamos esta problemática a partir dos mecanismos de participação do cidadão (e.g. redes sociais), como vectores cruciais para explorar o grau de centralidade do cidadão do cidadão no sistema em mudança.

Olhar para a organização social, política ou civil, tendo em conta a promoção de comportamentos saudáveis, é uma possibilidade de análise a empreender neste âmbito. Particularmente, este aprofundamento, pode ser realizado utilizando a realidade de “rede social”. O conceito de “rede social”, usado a partir de 1997, ajuda-nos assim a perspectivar a problemática do centramento no cidadão.

Para desenvolver esta análise olhou-se para o que aconteceu em Portugal no âmbito de desenvolvimento de redes sociais, e, particularmente, na materialização empreendida na última década através dos Conselhos Locais de Acção Social (CLAS). Com o anunciado fim de apoio financeiro para a sua sustentabilidade, em Maio de 2007, é posto em causa desta maneira este motor do desenvolvimento comunitário, que materializa o centramento no cidadão.

Em termos de Saúde Pública, conseguir o envolvimento da pessoa nas questões relacionadas com a sua saúde, a construção/reforço do seu sentido de coerência e empoderamento, representam prioridades, se se desejam ganhos em saúde perduráveis.

Para além deste envolvimento nas decisões individuais sobre a própria saúde e um empoderamento desenvolvido através de uma estratégia de gestão da doença, noutros países europeus têm-se multiplicado experiências sobre mecanismos de participação no sector da saúde.

PNS p. 64

Não é recente este desenvolvimento: Kaplan e Kaplan<sup>29</sup> salientam a importância do ambiente social na construção do sentido de pertença, base para gerir em ambientes complexos, a participação. A coerência, continuidade, elegibilidade e pertença são alguns dos elementos fundamentais para que se defina esse envolvimento pessoal. A declaração de Alma-Ata<sup>30</sup>, constitui a importante mudança, a partir da noção de cuidados de saúde primários que marcou um novo paradigma na elaboração e desenvolvimento da prestação de cuidados. Um ano depois, e a fechar essa década, salienta-se a explicitação por Antonowsky do seu conceito de

<sup>29</sup> Kaplan e Kaplan, 1977

<sup>30</sup> <http://www.ensp.unl.pt/saboga/health%20promotion/cartas/1978%20Alma-ata.doc> (accessed Junho de 2007) World Health Organization, 1978.

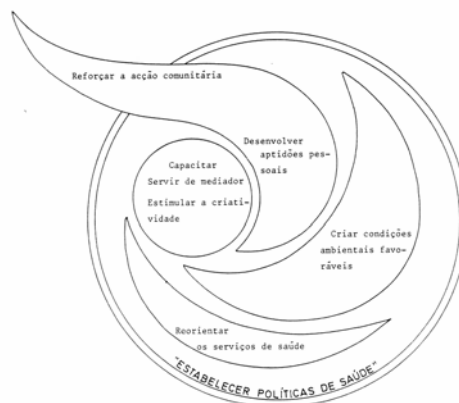


“sentido de coerência” salientando alguns aspectos que constituem a base de uma gestão da vida com sucesso.



A década seguinte, constitui outro marco, quando na cidade de Ottawa é assinada a Carta que define os contornos do conceito de Promoção da Saúde, salientando-se novamente a importância de ter a pessoa envolvida em tudo aquilo que diz respeito às questões relacionadas com a sua saúde. A promoção da saúde assumiu-se como um processo que visa criar condições que permitam às pessoas e aos grupos controlar a sua saúde – a dos grupos onde se inserem – e agir sobre os factores que a influenciam. A saúde é assim encarada como um recurso para o dia a dia – não o objectivo de vida – e é considerada como um conceito positivo que dá ênfase aos recursos sociais e pessoais, bem como às capacidades físicas<sup>31</sup>.

Sensivelmente cerca de uma década depois, na conferência do Rio, adopta a Agenda XXI. Esta implicou um acordo, o mais alargado que alguma vez tenha sido conseguido, que envolveu 172 dos 178 membros das Nações Unidas. Para concretizar esta Agenda, considerou-se



<sup>31</sup> <http://www.ensp.unl.pt/saboga/health%20promotion/cartas/1986%20Ottawa.doc> (accessed Junho de 2007) World Health Organization, 1986; [http://www.euro.who.int/aboutWHO/Policy/20010827\\_2](http://www.euro.who.int/aboutWHO/Policy/20010827_2)

fundamental, entre outros objectivos, conseguir o envolvimento da pessoa na procura de soluções para os problemas de falta de saúde<sup>32</sup>.

O impacto da aplicação local das premissas desta Agenda, revela-se crucial para o desenvolvimento sustentável da humanidade. A constatação da fraca participação da pessoa nos processos que a envolvem na promoção e protecção da sua saúde, revelou-se ser um tema recorrente das macro estratégias relacionadas com a saúde. Assim no documento “Health For All For The Twenty-First Century” é dada ênfase ao facto de que se se deseja que existam mudanças fundamentais no estado de doença e disfuncionalidade, estas devem ser conseguidas através do envolvimento da pessoa nos processos de decisão<sup>33</sup>.

Este envolvimento só se conseguirá atingir a partir do momento em que o desenvolvimento do controlo da saúde se faz com a sua centralidade na pessoa. Já no início do novo milénio, Portugal alinhou o seu Plano Nacional de Saúde (2004-2010) com esta noção ao acentuar a necessidade de utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente, centrando a mudança no cidadão<sup>34</sup>.

Poder-se-iam considerar quatro dimensões nesta discussão: o grau de autonomia, as capacidade de compreensão, gestão e conhecimento (Figura 18).

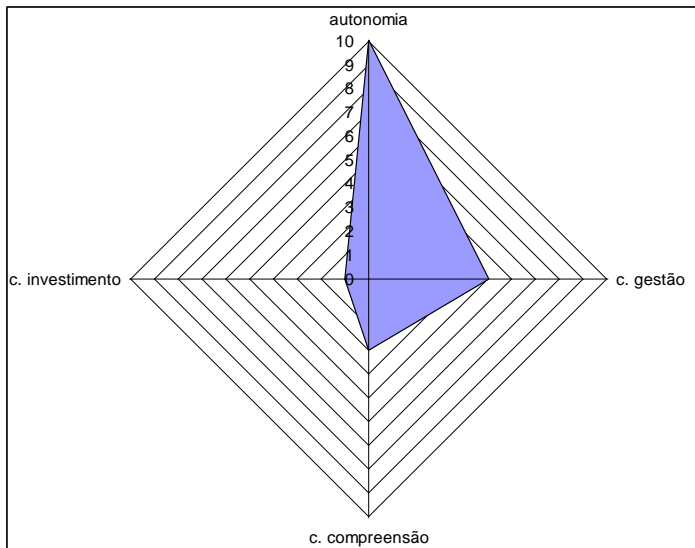
---

<sup>32</sup> UNCED, 1992

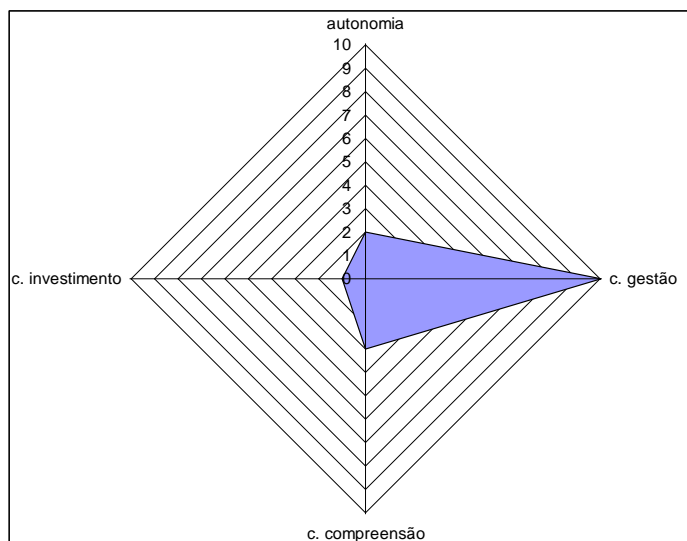
<sup>33</sup> WHO, 1997

<sup>34</sup> Portugal, 2004: 21

Figura 18 - Tipologias de centramento no cidadão numa perspectiva do seu empoderamento e sentido de coerência

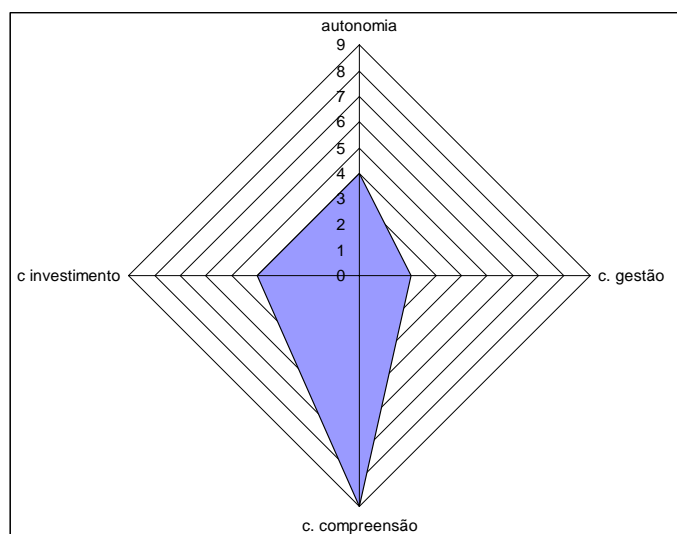


► A. Tipologia de centramento no cidadão do sistema, com baixa autonomia, alta capacidade de investimento e compreensão, e, média capacidade de gestão.

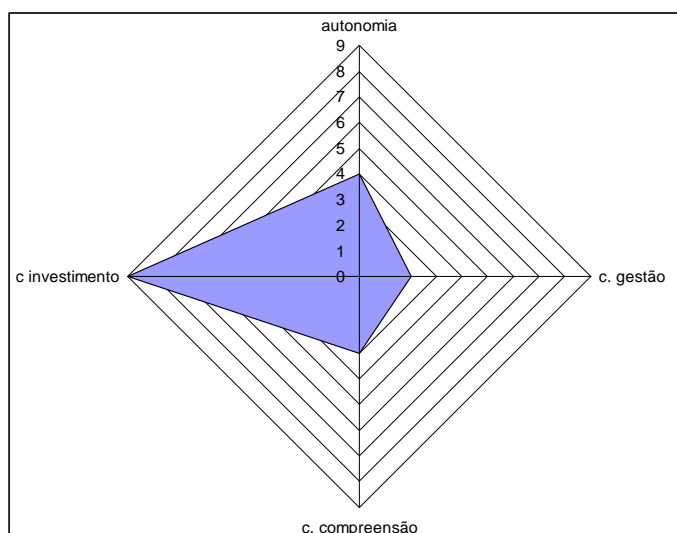


► B. Tipologia de centramento no cidadão do sistema com alta autonomia e capacidade de investimento, média capacidade de compreensão e baixa capacidade de gestão.

Figura 18 - Tipologias de centramento no cidadão numa perspectiva do seu empoderamento e sentido de coerência (cont.)



► C. Tipologia de centramento no cidadão do sistema com alta autonomia e capacidade de gestão, média capacidade investimento e baixa capacidade de compreensão.



► D. Tipologia de centramento no cidadão do sistema com média autonomia e capacidade de compreensão, baixa capacidade investimento e alta capacidade de gestão

Fonte: Saboga Nunes, Empoderamento: estratégia de promoção da saúde e fundamento da literacia em saúde, 2007 (submetido para publicação)

As várias combinações dos diferentes níveis destas dimensões permitem perceber tipologias diferentes de maior ou menor centramento no cidadão.

Com a dimensão da autonomia, percebe-se o grau com o qual o cidadão se encontra capacitado de livre iniciativa para controlar a sua vida, na escolha

das opções que lhe parecem ser as mais convenientes atendendo à promoção da sua saúde. Variando desde um estado de grande distanciamento do cidadão (concebido em torno da persuasão moral) até ao exercício do poder alternativo (que caracteriza o máximo de poder assumido pelo cidadão) o centro deste eixo é caracterizado pelo controlo político formal<sup>35</sup>.

O eixo da capacidade de gestão<sup>36</sup> define a característica relativamente à qual o contexto e os seus sistemas, facilitam ou dificultam a gestão pelo cidadão dos seus acontecimentos de vida. Esta gestão pode assentar em processos técnicos (como acesso a um tratamento no local e no momento propício) ou em outros factores como o apoio social (com o qual é possível melhor gerir uma situação de stresse social), percepcionando assim a pessoa os recursos (e.g. pessoais, sociais) que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo.

O eixo da capacidade de compreensão<sup>37</sup> acentua a distância que separa ou aproxima a pessoa do processo de transformação de informação - que a rodeia e a interpela - em conhecimento. Este último permite-lhe considerar a sua existência com sentido e coerência. Um sistema que permite à pessoa transformar a informação obtida através de um exame radiológico num conjunto coerente e claro de conhecimento sobre a sua situação biológica, é fundamental para obter o seu envolvimento, por exemplo, num processo de adesão a uma terapêutica específica. Esta dimensão resume a maneira como o

---

<sup>35</sup> Adaptado de Saltman (1992)

<sup>36</sup> Nunes, 1998

<sup>37</sup> idem

indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada.

O eixo da capacidade de investimento<sup>38</sup> esclarece o grau de maior ou menor empenho com que a pessoa concentra recursos e retira dos acontecimentos de vida sentido, investindo neles a sua energia e interesse.

Contribuindo para o reforço destas dimensões que permitem caracterizar o grau de centralidade no cidadão existem vários recursos entre os quais se encontra o desenvolvimento de redes sociais e organizacionais promovendo a saúde das comunidades.

Para além de uma maior participação do indivíduo no sistema de saúde, existe a necessidade de promover o empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesses naquela comunidade. A proliferação de organizações da sociedade civil, dedicadas ao sector da saúde ou sectores afins, é um indicador do potencial para fortalecer o envolvimento desta mesma sociedade civil.

Plano Nacional de Saúde, P65

Neste âmbito, procurar este indicador do “potencial para fortalecer o envolvimento” referido no PNS, apresenta-se útil, pois permitirá perceber até onde se espalha e fortalece o envolvimento das pessoas acentuando a sua participação.

A figura “Rede Social” foi criada<sup>39</sup>, com o objectivo de incentivar a criação de redes de apoio social integrado de âmbito local, com vista à promoção do desenvolvimento social.

Em Portugal, faz um década que se iniciou este processo. Numa primeira fase a operacionalização do conceito de rede social aconteceu através de um

---

<sup>38</sup> idem

<sup>39</sup> Em Novembro de 1997, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97

programa desenvolvido em 41 concelhos piloto<sup>40</sup>. Surgem então os (Conselho Local de Acção Social) CLAS em 85% dos concelhos em pilotagem verificando-se a implementação do programa da Rede Social em 93% destes<sup>41</sup>. Após a sensibilização junto do poder local, surgiram 40 Comissões Sociais (CS) de Freguesia e 9 CS Inter-freguesias, abarcando mais 31 freguesias.

Este projecto foi marcado pela adesão de oitocentas entidades (incluindo entidades privadas sem fins lucrativos) e pelo facto de que a maioria das câmaras assumiram responsabilidades na dinamização e condução dos projectos locais. A governança destas CLAS assentou numa lógica de democracia participativa, a articulação entre os parceiros e a subsidiariedade.

Na operacionalização do conceito de “centramento na pessoa” consideraram-se os CLAS, servindo estes de indicador para medir a proliferação de organizações da sociedade civil, dedicadas ao sector da saúde, conducentes ao reforço da autonomia, capacidades de compressão, investimento e gestão. Para o desenvolvimento dos CLAS, foi criado um fórum relativamente ao qual nos concentramos nesta análise, ao considerar cada mensagem que foi produzida no quadro deste fórum de participação livre e pública (ver Quadro 21)

---

<sup>40</sup> a partir de Dezembro de 1999

<sup>41</sup> O Conselho Local de Acção Social (CLAS) é a denominação dada à estrutura concelhia de funcionamento do Programa da Rede Social. Segundo a mesma lógica de “fórum de articulação e congregação de esforços”, enunciada para as Comissões Sociais de Freguesia, os CLAS abrem-se à participação de entidades privadas sem fins lucrativos, organismos da Administração Pública, implantados nessa área, organizações representativas do sector económico, tentando assim materializar a maior participação possível das pessoas. Os CLAS são constituídos com o objectivo de planear integralmente e garantir a implementação de iniciativas de desenvolvimento social local.

Este fórum, baseado na Internet, acolheu entre o dia 7 de Abril de 2004 e 31 de Maio 2007, 345 inscrições de vários CLAS e cidadãos. Desde a abertura do fórum até ao dia 26 de Maio 2007 foram trocadas 396 mensagens.

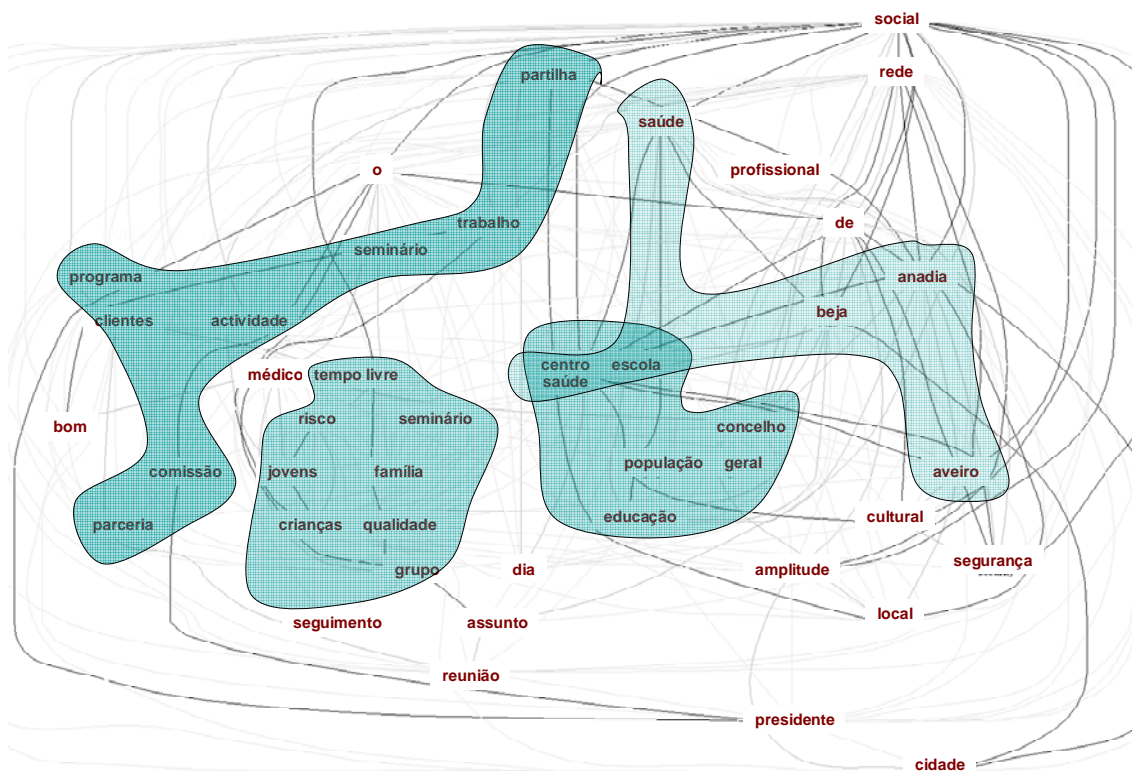
Durante os 1.460 dias de existência do fórum trocaram-se assim, menos de 0,3 mensagens por dia. Das 396 mensagens, 16 mensagens diziam respeito a aspectos relacionados com a saúde. Na análise do impacto que estas mensagens tiveram, se se considerar “a quantidade de vezes que estas mensagens foram lidas”, constata-se que existe uma disparidade significativa entre elas.

As áreas da troca de mensagens distribuem-se por notícias dos CLAS (61%), boas práticas (5%), formas de organização da parceria (10%) e assuntos gerais (24%).

Da análise semântica ao conteúdo destas mensagens estabelece-se o seguinte diagrama caracterizador dos 766 grafos no qual uma análise de influência mais forte corresponde um traço mais saliente, limite da influência considerado superior ou igual a 0.015) (ver Figura 19).



Figura 19 - Análise semântica ao conteúdo das mensagens dos CLAS



Fonte: Nunes, 2007 (no prelo)

Subjacente a cada uma destas mensagens podem ser identificados nichos de actividade da rede social na área da saúde de extrema utilidade para poder ser caracterizado o processo de centramento no cidadão. A título de exemplo considera-se a seguinte mensagem:

Foi, de facto, a experiência de trabalho junto da população psa que foi apresentada neste seminário, tendo em conta que envolveu vários agentes da comunidade das 10 freguesias do concelho que, reunidos em sessões de grupo, foram convidados a referir que problemas sociais mais afecta a sua comunidade, em particular e o concelho em geral. Resultou daí um estudo que envolveu 228 pessoas, ou seja, 4,37% da população .... Foram identificados, pela população, alguns principais problemas que se agrupam em 6 grandes áreas problemáticas tais como .... SAUDE (insuficiência de cuidados médicos e de meios de diagnóstico, prejudicando gravemente a população idosa pelas necessidades que possuem); Conselho Local de Acção Social (CLAS), que é constituído por 24 instituições públicas e privadas, é (sic) constituir-se enquanto plataforma de comunicação entre o poder local e o poder central.

Outro exemplo do dinamismo local da rede social, é constatado através da seguinte mensagem partilhada a 31 de Outubro de 2005, por uma das 345 fontes inscritas na rede social

Projecto A-te: projecto desenvolvido em parceria com a Escola Superior de educação de \_\_\_\_, Unidade de Saúde Pública, Casa do Estudante, Cáritas, Cerci\_\_ e Câmara Municipal de \_\_\_\_\_. Tem como objectivo principal a caracterização dos índices (sic) de obesidade de crianças e adolescentes que frequentam as escolas do ensino público do concelho de \_\_\_\_, com especial incidência nas freguesias rurais. Pretende-se encaminhar as crianças e jovens com índices de obesidade e/ou sobrepeso considerados elevados, para programas de actividade física (sic) regular. O presente projecto foi aprovado pelo Programa Leader +, cuja entidade promotora foi a Câmara Municipal de \_\_\_\_\_. As actividades de diagnóstico têm início (sic) a 31 de Outubro a 18 de Novembro de 2005.

Independentemente do nível de actividade neste fórum, se se tiver em conta a importância desta dinâmica social, emerge a problemática da decisão de descontinuar todo o financiamento à rede social a partir de Maio de 2007. Assim as CLAS verão as suas actividades serem comprometidas na medida em que os orçamentos a nível do poder local não contemplam o provimento financeiro para garantir a sua sustentabilidade.

Passada assim uma década relativamente ao início deste desenvolvimento, é posta em causa uma estratégia visando o centramento no cidadão com a ausência dos CLAS, estrutura objecto de um investimento considerável por parte do Estado português que risca de ser perdido devido à falta de continuidade e abrupto anúncio de fim de financiamento.

## Desenvolvimento de políticas públicas saudáveis: o caso do tabagismo

A 28 de Junho de 2007 terminou um longo período de expectativa criada na sociedade portuguesa<sup>42</sup> sobre a problemática do controlo do tabagismo com a aprovação, pela Assembleia da República, da nova lei relativa ao controlo do tabagismo, com a maioria dos votos dos deputados<sup>43</sup>.

Na história recente deste processo podem definir-se dois períodos divididos pela aprovação a 8 de Novembro 2005, por Portugal, da Convenção-quadro para o controlo do tabaco. Adoptada em Genebra em 21 de Maio 2003, na 56<sup>a</sup> AMS, assinada por 168 de 192 países, esta convenção entrou em vigor 90 dias após o depósito na sede das Nações Unidas do 40.º instrumento de ratificação a 27 de Fevereiro de 2005. A importância desta aprovação coloca Portugal (juntamente com 148 países) sintonizado com as grandes linhas do controlo e prevenção do tabagismo, consistindo isso um sinal fulcral para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis

O primeiro período, que tem o seu início com a Portaria n.º 375/78, de 11 de Julho<sup>44</sup>, é caracterizado por 10 Portarias, 15 Decretos, 8 Despachos e uma lei (Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto - Lei da Prevenção do Tabagismo).

---

<sup>42</sup> Ver Relatório da Primavera do OPSS de 2006, p. 107

<sup>43</sup> Votos favoráveis do PS, PSD, PCP, Verdes e um deputado do CDS-PP, contando com abstenções do BE e da maioria da bancada do CDS, cinco deputados dos 230 deputados votaram contra: três do CDS-PP, (com liberdade de voto), e os dois deputados do Movimento Partido da Terra (MPT) e do PSD, Quartin Graça e Carloto Marques. No CDS, votou a favor José Paulo de Carvalho e contra António Carlos Monteiro, Mota Soares e João Rebelo. Paulo Portas e o resto da sua bancada abstiveram-se. Vítor Baptista e Manuel Mota entregaram as declarações de voto por escrito.

<sup>44</sup> Regulamenta a Portaria n.º 212/78, de 18.04, relativa à proibição de fumar nos transportes públicos

- ▶ Portaria n.º 375/78, de 11 de Julho – Regulamenta a Portaria n.º 212/78, de 18 de Abril, relativa à proibição de fumar nos transportes públicos. Estabelece-se assim a forma de assinalar a interdição e, nalguns casos, a permissão de fumar e define-se o direito e a forma de exercer a fiscalização e a cobrança das multas.
- ▶ Decreto Regulamentar Regional 6/82/M, de 1 de Junho – Estabelece disposições respeitantes à proibição de fumar dentro dos transportes públicos.
- ▶ Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto – Lei da Prevenção do Tabagismo.
- ▶ Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio – Estabelece a proibição de fumar em certos locais e cria o Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- ▶ Portaria n.º 747/83, de 2 de Julho – Estabelece os limites máximos de nicotina e de condensado ou alcatrão no fabrico do tabaco.
- ▶ Portaria n.º 105/84, de 17 de Fevereiro – Revoga o n.º 5 da Portaria n.º 747/83, de 2 de Julho.
- ▶ Portaria n.º 165/84, de 26 de Março – Regulamento do Conselho de Prevenção do Tabagismo, criado pelo Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio.
- ▶ Decreto-Lei n.º 333/85, de 20 de Agosto – Dá nova redacção ao artigo 6º do Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio (regulamenta a Lei n.º 22/83 de 27 de Maio (regulamenta a Lei n.º 22/82 de 17 de Agosto, sobre prevenção ao tabagismo e cria o Conselho de Prevenção do Tabagismo (CPT)).
- ▶ Despacho Conjunto das Secretarias de Estado da Juventude e do Ambiente e Recursos Naturais, de 29 de Janeiro de 1987 – Determina que o Conselho da Prevenção do Tabagismo passe a integrar um representante da Secretaria de Estado da Juventude, considerando que o Plano Nacional de Acção Anti-Tabágica prevê a motivação de jovens entre os 8 e os 18 anos e não se iniciarem ao consumo de tabaco.
- ▶ Decreto-Lei n.º 52/87, de 30 de Janeiro – Permite a publicidade ao tabaco em provas desportivas de automobilismo integradas no Campeonato do Mundo e da Europa.
- ▶ Despacho 5/88, Secretaria de Estado do Ambiente e dos Recursos Naturais, de 11 de Fevereiro – Na sequência de diversas medidas de carácter legislativo ou administrativo, que estabeleceram a proibição de fumar em diversos estabelecimentos de saúde e de ensino, determina-se a interdição de fumar em vários locais dos organismos e serviços dependentes da SEARN.
- ▶ Portaria n.º 388/88, de 17 de Junho – Estabelece disposições com o objectivo de diminuir o impacte negativo do tabaco nos fumadores. Revoga a Portaria n.º 747/83, de 2 de Junho.
- ▶ Decreto-Lei n.º 393/88, de 8 de Novembro – Altera algumas disposições do Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio (prevenção do tabagismo) e revoga o Decreto-Lei n.º 333/85, de 20 de Maio.
- ▶ Despacho n.º 19/88, Ministro da Saúde, DR, 2ª, n.º 21, de 25 de Janeiro de 1989 – Determina que os órgãos máximos responsáveis por cada um dos serviços e departamentos do Ministério da Saúde assegurem, no âmbito dos respectivos serviços, o disposto no Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, com nova redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 393/88, de 8 de Novembro, quanto à proibição do uso do tabaco em determinados locais.
- ▶ Despacho conjunto, Ministros do Planeamento, e da Administração do Território, e da Indústria e da Energia, DR, 2ª, n.º 51, de 2 de Março de 1989 – Aprova o Plano de Acção Anti-tabágica.

- ▶ Despacho 8/ME/88, Ministério da Educação, DR n.º 32, 2ª, de 8 de Fevereiro de 1989 – Determina que ao Director e aos conselhos directivos, ou quem os substituir consoante os casos, das escolas do ensino não superior, cabe assegurar o cumprimento do disposto no Decreto-Lei n.º 226/83, de 27-5, com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 393/88, de 8 de Novembro, que estabelece um conjunto de orientações e medidas legais de combate ao uso do tabaco, nomeadamente no que respeita à proibição do uso do tabaco.
- ▶ Despacho Normativo n.º 29/89, de 27 de Março – Estabelece as mensagens a incluir nas embalagens de tabaco, que alertam os consumidores para os efeitos nocivos do tabaco.
- ▶ Decreto-Lei n.º 287/89, de 30 de Agosto – Alarga a possibilidade de estabelecer a proibição de fumar nos estabelecimentos similares dos restaurante. Terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio.
- ▶ Portaria n.º 403/90, de 10 de Fevereiro – Dá nova redacção ao n.º 3 da Portaria n.º 388/88 de 17 de Junho (estabelece disposições com o objectivo de diminuir o impacto negativo do tabaco nos fumadores).
- ▶ Decreto-Lei n.º 253/90, de 4 de Agosto – Determina a alteração do artigo 8º do Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, já alterado pelo Decreto-Lei n.º 393/88, de 8 de Novembro.
- ▶ Decreto-Lei n.º 200/91, de 29 de Maio – Altera o Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio (regulamenta a Lei n.º 22/82, de 27 de Agosto, sobre prevenção do tabagismo, e cria o Conselho de Prevenção do Tabagismo).
- ▶ Portaria n.º 821/91, de 12 de Agosto – Estabelece as advertências da nocividade e os teores de nicotina e de alcatrão que devem constar das embalagens dos produtos do tabaco que se destinam a ser comercializados em território nacional.
- ▶ Decreto-Lei n.º 386/93, de 18 de Novembro – Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva 92/41/CEE, do Conselho, de 15 de Maio, que altera a Directiva nº 89/662/CEE, do Conselho, de 13 de Novembro, relativa à harmonização das disposições legislativas dos Estados Membros em matéria de rotulagem dos produtos do tabaco.
- ▶ Portaria n.º 32/94, de 11 de Janeiro – Altera a Portaria n.º 821/91, de 12 de Agosto. (Estabelece as advertências da nocividade e os teores de nicotina e de alcatrão que devem constar das embalagens dos produtos do tabaco que se destinam a ser comercializados em território nacional).
- ▶ Decreto Legislativo Regional n.º 11/94/A, de 30 de Março - Adapta o Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, e revoga o Decreto Legislativo Regional n.º 5/86/A, de 18 de Janeiro (prevenção do tabagismo).
- ▶ Portaria n.º 594/95, de 17 de Junho – Altera a Portaria n.º 821/91, de 12 de Agosto (estabelece as advertências de nocividade e os teores de nicotina e de alcatrão que devem constar das embalagens dos produtos do tabaco que se destinem a ser comercializadas em território nacional).
- ▶ Decreto-Lei n.º 103/96, de 31 de Julho – Altera o Decreto-Lei n.º 325/93, de 25 de Setembro (estabelece o novo regime fiscal do tabaco).
- ▶ Decreto-Lei n.º 285/98, de 17 de Setembro – Altera o Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, estabelecendo restrições ao uso do tabaco em instalações de acesso ao transporte em metropolitano.
- ▶ Despacho Normativo nº 17/2001, de 6 de Abril – Estabelece ajustamentos e disposições relativos aos procedimentos nacionais de aplicação da organização comum do tabaco. Revoga os Despachos Normativos n.ºs 20/2000, de 6 de Abril, e 27/2000, de 5 de Junho.
- ▶ Decreto-Lei n.º 178/2001, 9 de Junho – Prorroga até 31 de Dezembro de 2005 o prazo estabelecido no artigo único do Decreto-Lei n.º 203/95, de 3 de Agosto, que permite a publicidade ao tabaco em provas desportivas de automobilismo integradas no campeonato do mundo e da Europa.

- ▶ Decreto Legislativo Regional n.º 10/2002/A, de 11 de Abril – Segunda alteração ao Decreto Legislativo Regional n.º 12/94/A, de 5 de Maio, que estabelece o regime especial de publicidade ao tabaco em provas desportivas de automobilismo.
- ▶ Despacho Normativo n.º 34/2002, de 28 de Maio – Altera a o Despacho Normativo n.º 17/2001, de 6 de Abril, que estabelece ajustamentos e disposições relativos aos procedimentos nacionais de aplicação da organização comum do tabaco.
- ▶ Decreto-Lei n.º 170/2002, de 25 de Julho – Altera as definições de charuto e cigarrilha e estabelece a nova taxa do imposto aplicável ao tabaco de corte fino destinado a cigarros de enrolar e restantes tabacos de fumar, transpondo para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2002/10/CE, do Conselho, de 12 de Fevereiro.
- ▶ Decreto-Lei n.º 25/2003, de 4 de Fevereiro – Transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2001/37/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Junho, relativa à aproximação das disposições legislativas regulamentares e administrativas dos Estados membros no que respeita ao fabrico, à apresentação e à venda de produtos do tabaco, e altera o Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, sobre a prevenção do tabagismo.
- ▶ Portaria n.º 384/2003, de 14 de Maio – Estabelece as regras de candidatura e a aprovação do programa relativo às acções específicas de reconversão dos produtores de tabaco em rama em outras culturas ou actividades e às acções de interesse geral e estudos sobre as possibilidades de reconversão dos produtores de tabaco.
- ▶ Decreto-Lei n.º 138/2003, de 28 de Junho – Determina o alargamento da proibição de fumar em meios de transporte ferroviário aos transportes ferroviários suburbanos, independentemente da duração da viagem.
- ▶ Despacho Normativo n.º 14/2005, de 24 de Fevereiro – Altera o Despacho Normativo n.º 17/2001, de 6 de Abril, que estabelece ajustamentos e disposições relativos aos procedimentos nacionais de aplicação da organização comum do tabaco (OCM).
- ▶ Decreto-Lei n.º 76/2005, de 4 de Abril – Altera o Decreto-Lei n.º 25/2003, de 4 de Fevereiro que transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2001/37/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Junho, relativa à aproximação das disposições legislativas regulamentares e administrativas dos Estados membros no que respeita ao fabrico, à apresentação e à venda de produtos do tabaco, e altera o Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, sobre a prevenção do tabagismo.
- ▶ Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de Novembro – Aprova a Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, adoptada em Genebra, pela 56ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de Maio de 2003.
- ▶ Decreto-Lei n.º 14/2006, de 20 de Janeiro – Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2003/33/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de Maio, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados membros em matéria de publicidade e de patrocínios dos produtos do tabaco, alterando o Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio.
- ▶ Decreto-lei n.º 6/95, de 17 de Janeiro – Altera o Código de Publicidade e respectiva Legislação Complementar (alterado pelos Decretos-Leis n.ºs 61/97, de 25-3, 275/98, de 9-9, 51/2001, de 15 de Fevereiro e Lei n.º 31-A/98, de 14 de Julho).
- ▶ Despacho n.º 1916/2004 (2ª Série), Ministro da Saúde, DR, 2ª, n.º 23, de 28 de Janeiro de 2004 – Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionadas com os Estilos de Vida

Levantamento realizado no contexto do Curso de Pós Graduação “Tabagismo, sua Prevenção e Cessaçãõ”, ENSP-UNL, 2005, realizado por Alexandra Pagará Santos

Este histórico é interrompido pelo Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de Novembro, que aprova a Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde já referida.

Inicia-se, assim, um segundo período com dois decretos e a lei agora aprovada, a 28 de Junho 2007.

Com esta Lei, entre outros aspectos (tais como o apoio à cessação tabágica, educação, fiscalidade), ficou comprometido o cumprimento do acordo da Convenção-Quadro da OMS. O seu artigo 8.º define que os parceiros da Convenção se empenham em proteger os cidadãos da exposição ao fumo do tabaco:

*Article 8*  
*Protection from exposure to tobacco smoke*

- 1. Parties recognize that scientific evidence has unequivocally established that exposure to tobacco smoke causes death, disease and disability.*
- 2. Each Party shall adopt and implement in areas of existing national jurisdiction as determined by national law and actively promote at other jurisdictional levels the adoption and implementation of effective legislative, executive, administrative and/or other measures, providing for protection from exposure to tobacco smoke in indoor workplaces, public transport, indoor public places and, as appropriate, other public places.*

Este era um dos aspectos assumidos pelo Ministro da Saúde que a 1 de Março em reunião de Conselho de Ministros salientava que esta lei visava “a protecção dos não fumadores à exposição do fumo passivo”.

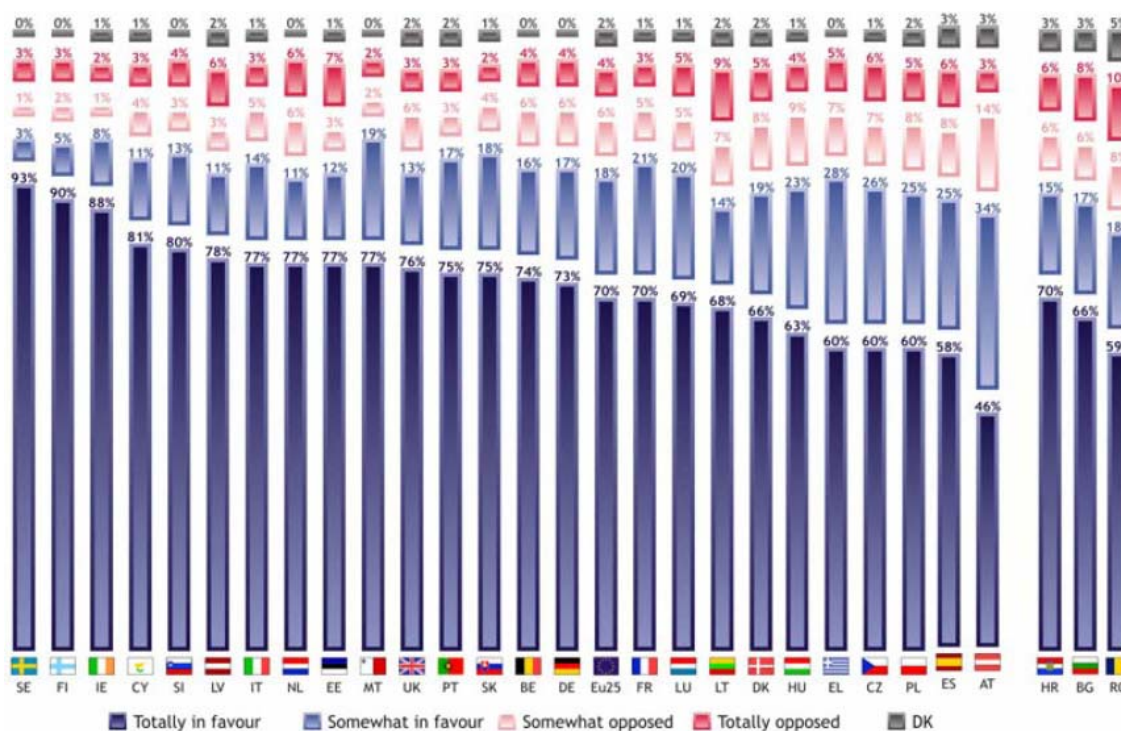
A Lei, muito recentemente aprovada pelo Parlamento minimiza, de uma forma significativa, esta importante preocupação. Por exemplo a possibilidade de se fumar nos restaurantes com menos de 100 m<sup>2</sup>, levanta sérios problemas relativamente à saúde dos trabalhadores que neles actuam (entre outros) e que serão obrigados a consumir activamente o fumo do tabaco no ambiente, com todos os seus malefícios.



Esta situação contraria mesmo os resultados do último estudo realizado pelo Eurobarometer, “Attitudes of Europeans Towards Tobacco”<sup>45</sup>, publicado em Maio 2007, no qual é patente a concordância dos portugueses por ambientes livres do fumo do tabaco (nos locais públicos 95%, nos restaurantes 84% e nos bares 74% de concordância ou máxima concordância). As respostas a quatro perguntas deste inquérito estão apresentadas nas figuras 20 a 23

Figura 20 - Resposta à pergunta QB34.3

“Concorda com a limitação de fumar em escritórios ou outros locais de trabalho interiores?”



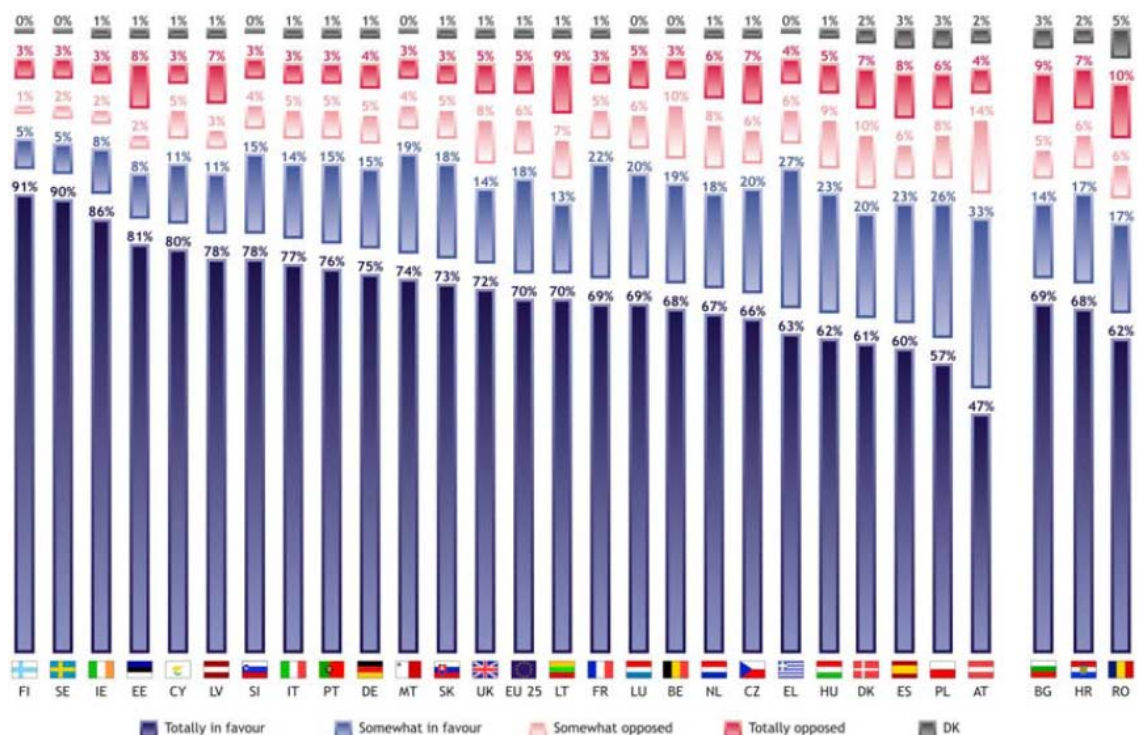
Mais do que quatro quintos dos europeus (88%) apoiam escritórios e outros locais interiores sem fumo, com 70% a favor. A medida é mais popular na Irlanda, em Malta e na Suécia (96%). A proporção de indivíduos que apoiam o sem-fumo é mais baixa na Áustria (80%),

<sup>45</sup> European Commission, 2007



Figura 21 - Resposta à pergunta QB34.4

“Concorda com a limitação de fumar em qualquer espaço interior (metro, aeroportos, lojas, etc.?)”

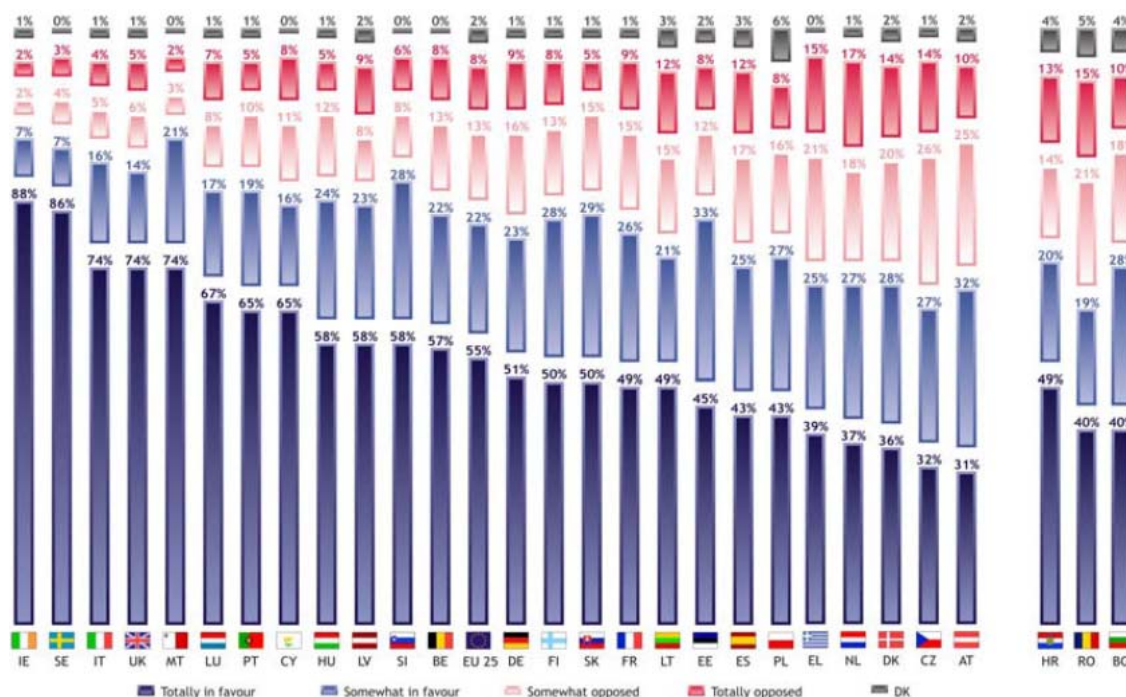


Do mesmo modo do que em locais de trabalho, esta medida sem-fumo é apoiada por 88% dos cidadãos da UE para os locais públicos. Destes, 70% são totalmente a favor de tal medida.

Percorrendo os Estados-membros, a proporção de indivíduos que apoiam o sem-fumo em espaços públicos é maior na Finlândia (96%) e na Suécia (95%) e, mais baixa, na Roménia (79%) e na Áustria (80%). A resistência é maior na Lituânia, onde 9% se opõem totalmente à medida.

Figura 22 - Resposta à pergunta QB34.1

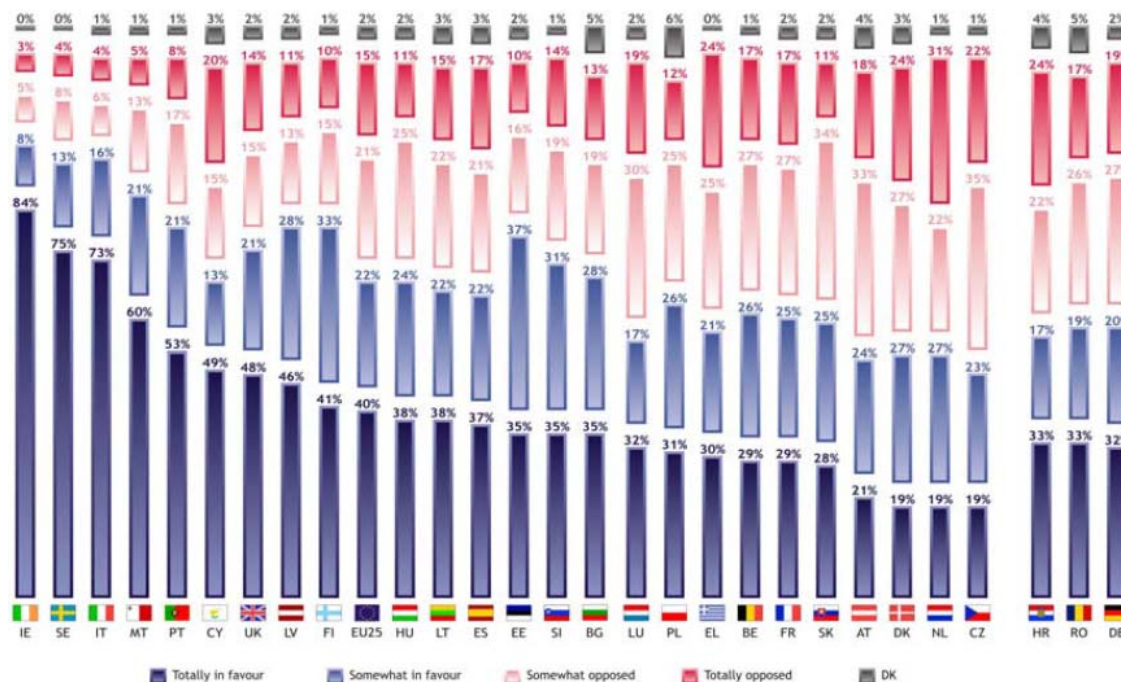
“Concorda com a limitação de fumar em restaurantes?”



Através dos Estados-membros, verifica-se uma maioria a apoiar o sem-fumo nos restaurantes. Este apoio é maior em Malta (95%), na Irlanda (95%), na Suécia (93%) e na Itália (90%). A proporção de pessoas que apoiam esta proibição de fumar é maior na Irlanda (88%) e menor na Áustria (31%). O país que manifesta um menor apoio à imposição da proibição em restaurantes é a República Checa (59% a favor), mesmo tendo em conta que o apoio à medida cresceu consideravelmente desde o inquérito realizado no Outono de 2005 (+10 pontos). Ao mesmo tempo, em Malta, a proporção de indivíduos que são, de algum modo, favoráveis à proibição de fumar em restaurantes aumentou 12 pontos.

Figura 23 - Resposta à pergunta QB34.1

“Concorda com a limitação de fumar em bares ou *pubs*?”



Em média, cerca de dois em cada três cidadãos europeus (62%) apoia a proibição de fumar em bares e *pubs*.

Tal como em 2005, as opiniões dos indivíduos dos Estados-membros encontram-se mais divididas no que respeita a bares e a *pubs*. Enquanto que o nível de apoio excede 80% na Irlanda (92%), na Itália (89%), na Suécia (88%) e em Malta (81%), apenas uma minoria discorda com a medida na Áustria (45%), na República Checa (42%), na Dinamarca (46%) e na Holanda (46%).



A problemática da exposição ao fumo activo no ambiente, sobre fumadores e não fumadores, é aliás

o tema deste ano, escolhido pela Organização Mundial de Saúde para comemorar o dia mundial sem tabaco (31 de Maio).

De acordo com o estudo publicado pela *European Respiratory Society*, a *European Heart Network*, o *Cancer Research UK* e o *Institut National du Cancer* <sup>46</sup>, mais de 79 mil pessoas morrem anualmente na União Europeia em consequência do fumo passivo, estimando-se que em Portugal esse número tenha atingido em 2002, 14% das mortes masculinas, 1% das mortes femininas (o que corresponde a 8% da mortalidade nesse ano no nosso país).

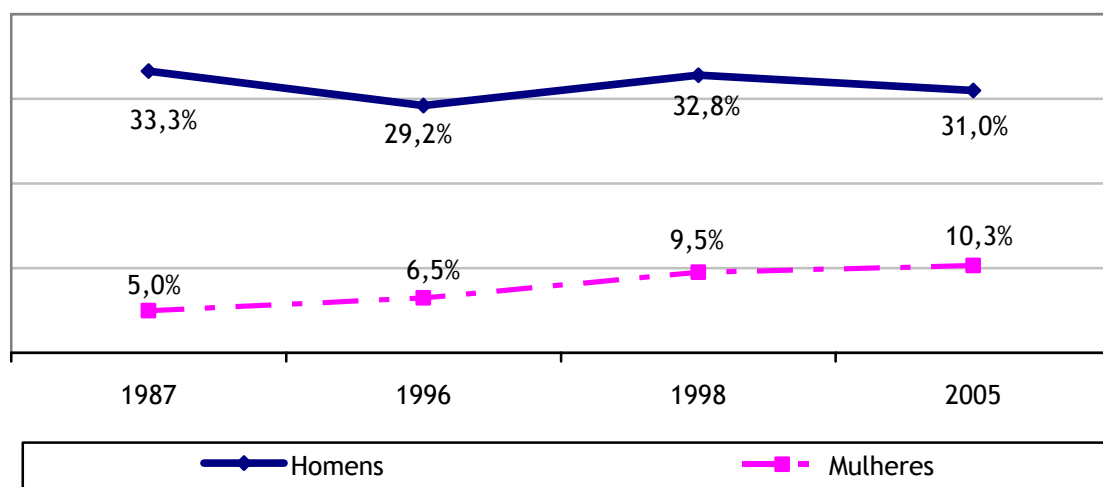
Outro aspecto problemático é o da fiscalização desta lei e a aplicação das coimas (que foram reduzidas relativamente ao projecto apresentado de 1000€) para os fumadores que acenderem o seu cigarro em locais proibidos (até 750€). As multas para os estabelecimentos que permitam fumar em locais proibidos situam-se entre os 50 e os mil euros.

Longe de estar controlado, o problema do tabagismo em Portugal assume hoje novos contornos, com a subida da prevalência dos mais novos e mulheres. Nos últimos inquéritos nacionais de saúde (1987 a 2005, de acordo com Miguel Gouveia), a prevalência de homens fumadores passou de 33,3 % para 31% e o das mulheres subiu de 5 para 10,3% (ver Figura 24).

---

<sup>46</sup> «Lifting the Smokescreen », The Smoke-free Partnership, February 2006. Deaths among adults from 4 pathologies : ischaemic heart disease, stroke, lung cancer and chronic non-neoplastic pulmonary disease

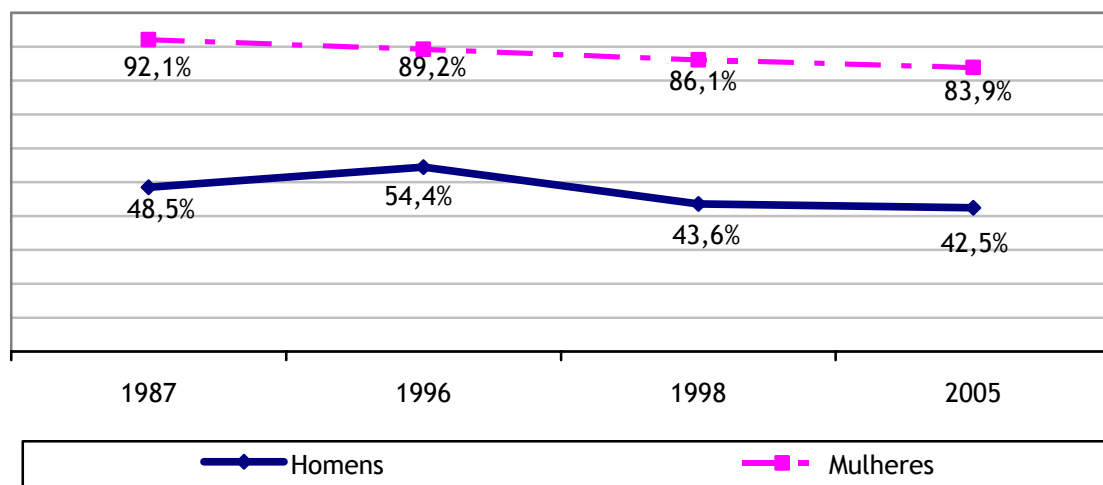
Figura 24 - Prevalência de fumadores de 1987 a 2005



Fonte: Inquéritos Nacionais de Saúde

Outro dado importante a reter é que diminui o número de nunca fumadores, nos homens, de 47,5% para 42,5% e, nas mulheres, de 92,1% para 83,9%.

Figura 25 - Prevalência de nunca fumadores de 1987 a 2005



Fonte: Inquéritos Nacionais de Saúde

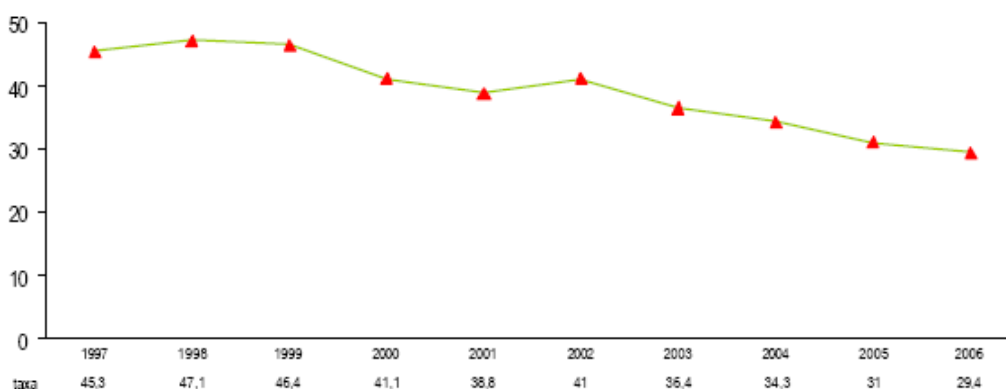
Com estes dados é fácil de perceber que o problema do tabagismo está longe de estar sob controlo.

As alterações, em sede parlamentar, da proposta de lei do Governo, foram um passo na direcção errada

### Controlo da tuberculose em Portugal - Síntese relativa a 2005/2006

O controlo da tuberculose tem prosseguido a sua tímida, mas firme, evolução favorável (Figura 26). Portugal contribuiu para os 9 milhões de casos novos anuais, estimados no mundo, com 3092 casos notificados em 2006, ao que corresponde a taxa de incidência de 29,4 e uma redução de 6% ao ano<sup>47</sup>.

Figura 26 - Taxa de incidência de tuberculose no Continente e Regiões Autónomas (casos notificados). Evolução na década de 1997-2006 (DGS, SVIG-TB, 2006)



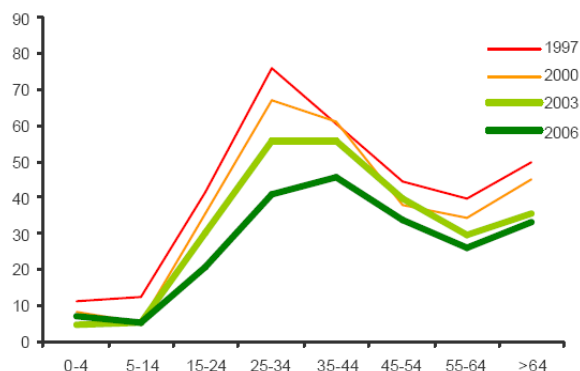
Fonte - Portugal, - DGS: Tuberculose - Ponto da Situação em Portugal, dados preliminares em Março de 2007

O tipo de recursos hoje disponíveis, o grau de consolidação das recomendações quanto à detecção, ao tratamento e à organização do programa de controlo (o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose - PNT - segue a estratégia DOTS, da OMS), bem como o conhecimento internacional existente sobre os determinantes do sucesso no controlo, fariam esperar uma

<sup>47</sup> Portugal, DGS, 2007

melhoria bastante mais rápida da situação<sup>48</sup>. Ainda assim, há evidência de redução - lenta - do grau de endemia, através do aumento da idade mediana dos novos casos (Figura 27).

Figura 27 - Evolução da taxa de incidência de tuberculose notificada, por 100.000 habitantes, por grupos etários, durante a década 1997-2006 (DGS, SVIG-TB, 2006)



Fonte: Portugal, DGS: Tuberculose - Ponto da Situação em Portugal, dados preliminares em Março de 2007

A compreensão bem fundamentada daquela discrepância, que nos mantém no pior lugar da Europa Ocidental, e ao mesmo nível dos países menos desenvolvidos da Europa Central, quanto à taxa de incidência de casos notificados, continua um desafio e campo para alguma polémica.

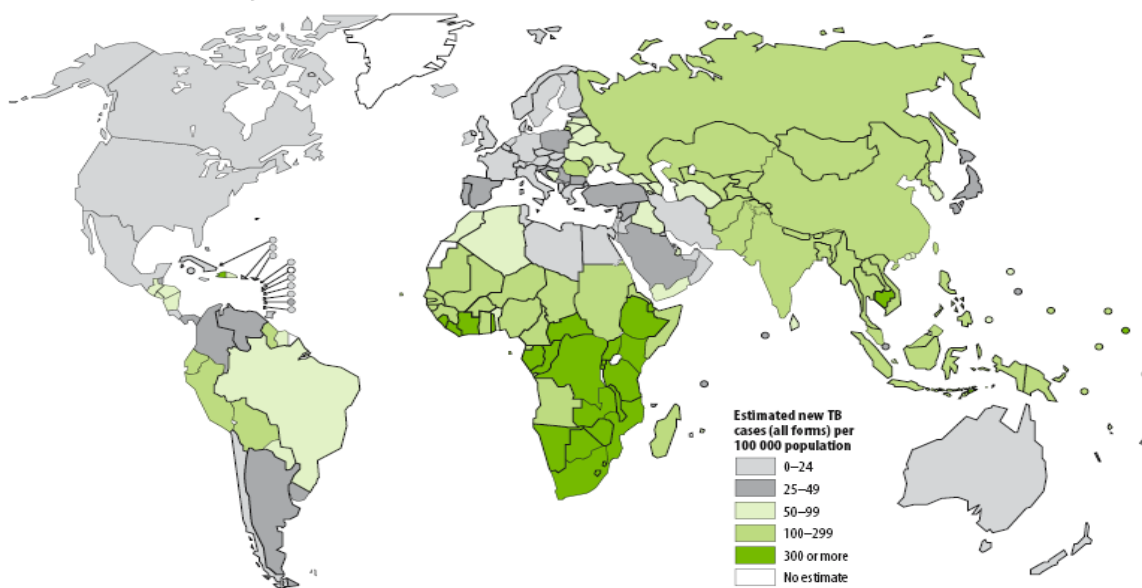
É certo que a nossa imagem, no contexto europeu, fica um pouco menos desfavorável quando a comparação com os demais países se faz a partir da incidência estimada pela OMS (que é corrigida para o grau de sub-deteção), pois a nossa taxa de deteção é das melhores (Figura 22).

<sup>48</sup> Portugal, DGS, 2007; Frieden, 2002; WHO, 2007



Figura 28 - Taxa de incidência estimada em 2005

Estimated TB incidence rates, 2005



Fonte: WHO, 2007 [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en)

Entretanto, a grande heterogeneidade geográfica da incidência notificada, entre distritos e concelhos, ainda sem possibilidade de ajustamento interno para a capacidade de detecção, parece imutável no seu padrão e continua a penalizar as mesmas áreas de ano para ano: Porto - 45,4 ; Lisboa - 38,9 ; Viana do Castelo - 34,1 ; Setúbal - 33,3 e Faro - 31,1 (Figura 14). O facto de os distritos com menor incidência notificada terem esboçado anteriormente, mesmo assim, padrões de distribuição por sexo e idade sugestivos de endemia estabelecida deixa em aberto a questão da confiança que nos merece aí, também, a capacidade de detecção e notificação, e portanto essa aparência mais favorável<sup>49</sup>.

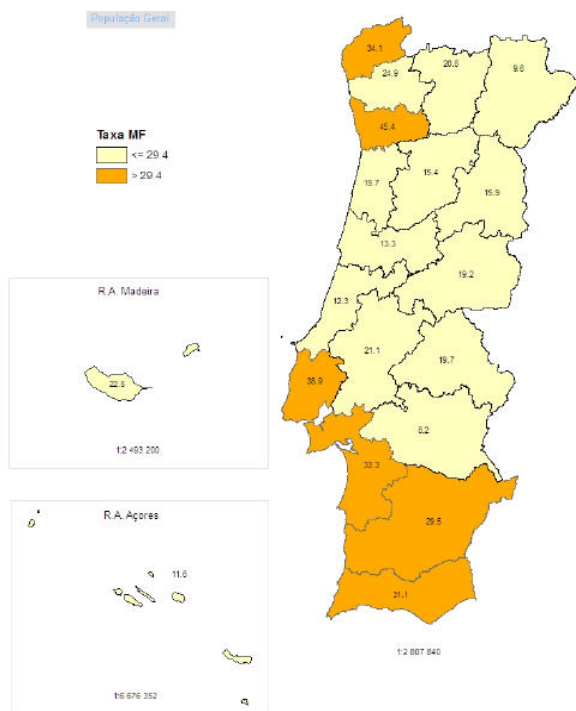
A proporção de 11% de casos em estrangeiros, concentrados em Lisboa e Setúbal, sobretudo africanos (dois terços), é das mais baixas da União Europeia e evidencia que o valor da incidência média se deve essencialmente aos cidadãos nacionais. Em 13% dos novos casos de tuberculose coexistia infecção pelo VIH (15% em 2005) e em 14%, toxicod dependência (20% em 2005;

<sup>49</sup> Briz e Courelas, 2005



decreceu 39% nos últimos 5 anos). (Portugal, DGS, 2006; Portugal, DGS, 2007).

Figura 29 - Taxa de incidência de tuberculose notificada no Continente e Regiões Autónomas, em 2006



Fonte: Portugal - DGS: Tuberculose - Ponto da Situação em Portugal, dados preliminares em Março de 2007

A taxa de sucesso terapêutico de 87% (relativa à coorte de 2005) melhorou e situou-se acima da meta de 85% preconizada pela OMS (tinha sido de 84% na coorte de 2004), colocando-se agora Portugal dentro da “zona-alvo” do grau de controlo (Figura 30). Uma das consequências é que se consegue um melhor aproveitamento da boa detecção habitualmente conseguida<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> Portugal, DGS, 2006; Portugal, DGS, 2007

Figura 30 - Estados DOTS em 2005, países próximos das metas da OMS

**DOTS status in 2005, countries close to targets.** 85 countries reported treatment success rates 70% or over and DOTS detection rates 50% or over. 26 countries (including 1 country out of range of graph) have reached both targets; 1 in the African Region, 4 in the Region of the Americas, 5 in the Eastern Mediterranean Region, 5 in the European Region, 3 in the South-East Asia Region and 8 in the Western Pacific Region.



1

Fonte: WHO, 2007 [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en)

A proporção de casos com multirresistência ao tratamento foi de 1,7%, que se mantém estável. A identificação de alguns casos de tuberculose extensivamente multirresistente (TB-XDR, 24% dos resistentes em 2004/2005 e 0,2% do total de casos em 2002/2006) inclui o País na lista dos que estão em alerta por esta preocupante ameaça, estando a funcionar uma vigilância especialmente dirigida<sup>51</sup>.

Independentemente do conhecimento que é necessário promover a respeito da validade da informação usada para monitorizar o PNT e dos factores que perturbam o controlo individual dos casos detectados, com a sua especificidade geográfica, são de destacar desde já as seguintes mais-valias:

<sup>51</sup> Portugal, DGS, 2007; Portugal, DGS (a), 2007

- ▶ a pertinência do programa de controlo existente, que está bem fundamentado e possibilita versões locais devidamente adaptadas;
- ▶ o seu sistema de informação intrínseco (SVIG-TB), que permite monitorizar e divulgar, com qualidade e oportunidade, o seu próprio desempenho, expondo-se à crítica e favorecendo desenvolvimentos úteis; são sem dúvida muito relevantes os relatórios de progresso emitidos anualmente pela equipa de coordenação; e
- ▶ a reconhecida dedicação dos prestadores de cuidados no terreno e da rede de coordenação.

O PNT, mesmo não sendo “perfeito”, é um exemplo de boa prática a seguir por outros programas. Atravessa verticalmente as infra-estruturas de prestação de cuidados instituídas (de novo em reformulação) e, por isso, depende delas. Tudo aponta para que seja imperiosa e urgente a discriminação positiva das áreas onde tende a concentrar-se a emergência de maior número de casos e de resistências aos medicamentos, com reforço tanto dos meios de detecção e de intervenção clínica, como da qualidade da organização local, em cumprimento efectivo da estratégia DOTS. É fundamental que seja correctamente valorizado o esforço acrescido, para os prestadores e o sistema de saúde, que os toxicodependentes, os infectados pelo VIH e as pessoas que sobrevivem em núcleos de disrupção psicossocial representam.

O mapa e a tendência temporal da tuberculose, em Portugal como no resto do mundo, continuam a ser os do desenvolvimento, da inclusão social e da qualidade da organização de cuidados de saúde. Neste sentido, o grau de controlo cumpre bem o seu papel de “situação marcadora” (*tracer*), que revela em tempo real estes desempenhos.



## **PARTE IV**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



A terminar o presente relatório há que arriscar fazer um balanço, necessariamente muito sumário, deste ano de governação. Houve, como é obvio, aspectos e decisões positivas e até consonantes com um “novo serviço público de saúde”, anunciado quando este Governo tomou posse.

De facto, este Governo tem criado na opinião pública uma imagem de determinação e até coragem para fazer reformas necessárias. No entanto, esta imagem tem sido, muitas vezes, acompanhada de uma outra, a de uma insuficiente sensibilidade social face às condições reais em que vivem os portugueses.

Concomitantemente, manteve-se uma sensação de déficit de transparência e de divulgação da estratégia seguida pelo Ministério da Saúde em muitos domínios da sua intervenção, acompanhada por uma sequência de decisões e de avanços com a aparência de desagregados e, por vezes, mesmo descoordenados.

Considera-se que não basta aos cidadãos exigir que os seus governantes tenham estratégias, possuam competência técnica e experiência ajustadas ao

cargo e que o desempenhem com base nos interesses legítimos da população que juram servir.

As boas práticas de governação exigem mais do que isso. Exigem uma interacção entre o Estado, a sociedade civil e o sector privado, e o seu papel crítico no desenvolvimento humano<sup>52</sup>. Nestas boas práticas, são relevantes conceitos como participação, visão estratégica, prestação de contas e transparência<sup>53</sup>.

Assim, sendo um pouco mais explícitos e tendo como horizonte uma melhor governação da saúde em Portugal, elegem-se os aspectos mais relevantes que se consideram terem existido neste último ano.

► Reforma dos cuidados primários

O (re)início da reforma dos centros de saúde, agora em curso, constitui uma das políticas sociais de maior alcance deste Governo. É um processo difícil e com riscos, mas essencial: criar pequenas equipas de saúde próximas das pessoas e torna a gestão dos centros de saúde finalmente viável. Todos gostariam que isso acontecesse mais depressa. Mas o balanço actual é francamente positivo.

► Atenção aos cuidados continuados

Há a acrescentar a reforma dos cuidados para os doentes crónicos, socialmente dependentes (cuidados continuados) também em curso. Esta reforma, a ser coroada de êxito, contribuirá, também, para a

---

<sup>52</sup> United Nations Development Programme (1997) e World Bank (2003)

<sup>53</sup> OPSS, 3006



criação de condições para um melhor funcionamento das unidades hospitalares e de toda a rede de cuidados da saúde.

► Dotação e execução orçamental

Desde praticamente os seus primeiros passos, o SNS tem vivido com orçamentos anuais irreais. Pela primeira vez, para o ano de 2006, teve um orçamento próximo de verdadeiro. Nenhum Ministro da Saúde conseguiu isto antes, e muitos tentaram. Não sendo razoável esperar que todos os efeitos positivos deste financiamento tendencialmente verdadeiro se façam sentir logo nos primeiros anos desta nova prática, esta é uma importantíssima contribuição deste Ministro para a saúde do sistema de saúde português. Permite a contratualização e a gestão das unidades prestadoras do SNS de outra forma.

► Racionalização e reorganização da rede de cuidados

Apesar das anomalias no processo – com sérias consequências na imagem do Ministério da Saúde e para a coerência do seu processo de decisão –, fica o facto de se terem encerrado blocos de parto que, por razões de qualidade e segurança, deviam ser fechados<sup>54</sup>, de se terem tomado medidas de reestruturação das urgências e de intervenção nos SAP que permitem uma utilização mais inteligente dos escassos recursos humanos da saúde.

► Política de saúde: um debate por fazer

---

<sup>54</sup> Embora se tenha mantido um evidente relaxamento das condições mínimas face ao sector privado.

Em toda a Europa, assiste-se a uma feliz e frutuosa turbulência de ideias no sentido de reformar os sistemas de saúde. Também nos Estados Unidos da América – país em cujas políticas de saúde dirigentes e académicos da saúde gostam de se inspirar –, se começam a sentir os ventos de uma política de saúde mais preocupada com o bem-estar dos cidadãos.

Entre nós, este debate quase não existe e é urgente assumi-lo com discussões públicas e propostas assumidas pelos partidos políticos e inseridas nos seus programas eleitorais. Só assim haverá legitimidade para tomar decisões e para se criar um novo “contrato social” para a saúde, se considerado necessário.

► Abordagem local: fragmentação e inconsistência

O OPSS considera que seria mais adequado que todas as reestruturações, intervenções e requalificações que o Ministério está a levar a cabo nos cuidados primários, hospitalares e continuados fizessem parte de um “plano local de infra-estruturas da saúde”, segundo uma gestão local integrada, com a definição de prioridades e com a participação dos vários actores locais.

A implementação de uma política fragmentada pode levar à percepção de retracção do serviço público e da protecção social na saúde e à imagem de pouca sensibilidade social.

Ao discurso e à prática política não basta ser coerente. Para ter eficácia tem de criar confiança no cidadão.

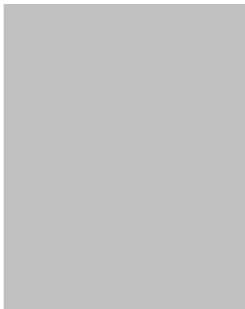
► Acesso e qualidade nos cuidados de saúde

O acesso dos cidadãos aos cuidados, nomeadamente a situação das listas de espera, parece estar fora da centralidade das prioridades do Ministério da Saúde e do discurso político. Apesar de ter havido uma recuperação significativa no sistema de informação associado ao processo de recuperação das listas de espera, continua a não haver uma divulgação transparente da situação da espera cirúrgica com dados por hospital, serviço e tipo de intervenção. Os cidadãos têm o direito de saber não só a sua posição na lista como também o ritmo com que casos semelhantes ao seu estão a ser resolvidos no seu hospital e em outros.

Em relação à qualidade — e até porque se criaram expectativas face à reestruturação interna do Ministério da Saúde com o aparecimento de uma “Administração Central” com grandes potencialidades para uma gestão mais racional dos recursos da saúde —, assiste-se a uma situação de aparente estagnação após a extinção do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), pondo em risco o trabalho anteriormente realizado.

Em resumo, a governação da saúde neste último ano, tem aspectos francamente positivos, faltando-lhe, no entanto, uma maior preocupação social na implementação, no concreto, das medidas tomadas.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS / BASE DE EVIDÊNCIA

- Briz T, Courelas C. Efectividade do Programa Nacional de Controle da Tuberculose - 2004. Evidência epidemiológica, sua qualidade e melhorias necessárias, 2005. In: [www.observaport.org](http://www.observaport.org) (2 de Junho 2007).
- Busse R, Schreyögg J, Gericke C. Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries. A Comprehensive Framework Approach. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. Word Bank, February 2007.
- Dunn S. Reforming Beveridge: securing the NHS's fundamental values in a changing world. European Health Forum - Gastein "Creating a better future for health in Europe", 2006.
- European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 272c/Wave 66.2 - TNS Opinion & Social, May 2007.
- Frieden, T: Can tuberculosis be controlled ? *International Journal of Epidemiology* 2002; 31: 894-899.
- Jemai N, Thomson S, Mossialos E. An overview of cost sharing for health services in the European Union. *Euro Observer* Autumn 2004; 6 (3):1-4.
- Kaplan S, Kaplan R. The experience of the environment. *Man-Environment-Systems*; 1977 Nov Vol 7(6) 300-305.
- Kok L. Competition - the Dutch experience: best practice - applicable to other countries? European Health Forum - Gastein "Creating a better future for health in Europe", 2006.
- Maynard A. Keeping up with the Joneses. International trends in health care spending. *In: Funding health care: 2008 and beyond. Report from the Leeds Castle summit. John Appleby (editor), 2007.*
- Mencken HL. *Prejudices: a selection.* Baltimore, MD : The Johns Hopkins University Press, 1996.

- Nunes LAS. Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência. Revista Portuguesa de Saúde Pública 1998, 16, 4, 1998, 25-31.
- Nunes LAS. Empoderamento: estratégia de promoção da saúde e fundamento da literacia em saúde, 2007 (submetido para publicação)
- OECD. OCDE Health Data 2006. Statistics and indicators for 30 countries. Version 06/26/2006.
- Porter ME, Teisberg EO. How Physicians Can Change the Future of Health Care. JAMA 2007; 297: 1103-1111.
- Porter ME, Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard: HBS Press Book, 2006.
- Portugal Serviço Nacional de Saúde. Relatório e Contas 2005. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, Janeiro de 2007a.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde (a): Tuberculose Multirresistente - Situação em Portugal, 2007c.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde: Dia Mundial da Tuberculose, 24 de Março - Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose, 2006.
- Portugal. Direcção Geral da Saúde: Tuberculose - Ponto da Situação em Portugal, dados preliminares em Março de 2007b.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - Vol. II - Orientações estratégicas
- Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Buchingham, Open University Press, 1998.
- Saltman, Richard B., Patient choice and patient empowerment : a conceptual analysis / SNS - Studieförbundet Näringsliv och samhälle, Stockholm : SNS, 1992.
- Schwartz FW. Reforming Bismarck: how can 19th century solidarity work in the 21st century? European Health Forum - Gastein "Creating a better future for health in Europe", 2006.
- Stahl T et al. Health in all policies: prospects and potentials. Helsinki: Finish Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- Stoddart GL, Barer ML, Evans RG. User Charges, Snares and Delusions: Another Look at the Literature. Toronto: The Premier's Council on Health Well-being and Social Justice, June. 1994.

- United Nations Development Programme. *Reconceptualising Governance*. New York, Management Development and Governance Division Bureau for Policy and Programme Support - United Nations Development Programme, 1997
- World Bank. *MENA Development Report: Better Governance for Development in the Middle East and North Africa - Enhancing Inclusiveness and Accountability*. Washington DC, World Bank, 2003
- World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- World Health Organization. Global tuberculosis control - surveillance, planning, financing, 2007.
- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion; Regional Office for Europe; 1986.
- Zweifel P, Manning W. Moral hazard and consumer incentives in health care. In: Handbook of Health Insurance, Vol. 1A, AJ Culyer e JP Newhouse (eds), 2000.
- Alguns periódicos citados: «Diário de Notícias», «Diário Económico», «Expresso», «Focus», «Jornal de Notícias», «Jornal Médico de Família», «Público», «Tempo de Medicina», «Teste Saúde», «The Economist», «The New York Times», «USA Today».







## Os 6 relatórios anteriores



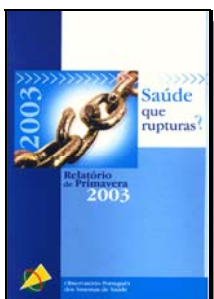
*Relatório da Primavera 2001*

**Conhecer os Caminhos da Saúde**



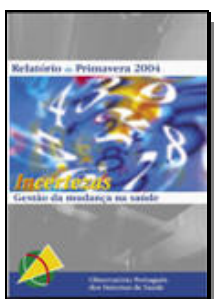
*Relatório da Primavera 2002*

**O estado da Saúde e a Saúde do Estado**



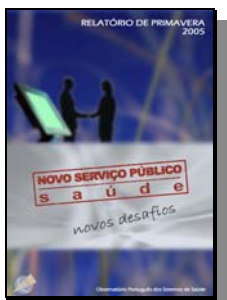
*Relatório da Primavera 2003*

**Saúde - que rupturas?**



*Relatório da Primavera 2004*

**Incertezas... gestão da mudança na saúde**



*Relatório da Primavera 2005*

**Novo Serviço Público de Saúde.  
Novos desafios**



*Relatório da Primavera 2006*

**Um ano de governação em saúde.  
Sentidos e Significados**