

Relatório de Primavera 2006

# Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados



# *Relatório de Primavera 2006*

*Um Ano de Governação em Saúde:*

## *Sentidos e Significados*



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

[www.observaport.org](http://www.observaport.org)

O Observatório Português de Sistemas de Saúde é uma parceria entre:

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra  
Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Escola Nacional de Saúde Pública

Instituto Superior de Serviço Social do Porto

**Título:** Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados.

Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra  
(CEIS-UC), 2006 - Número de páginas: 217

**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

<http://www.fe.uc.pt>

**Capa:** Conceptualização, planeamento semiótico e produção: Paulo Kuteev Moreira  
Execução gráfica: Paulo Mónica

# ÍNDICE

|   |     |
|---|-----|
| NOTA INTRODUTÓRIA .....   | 1   |
| INTRODUÇÃO .....  | 3   |
| PARTE I - GOVERNAÇÃO E CONTEXTO .....                             | 7   |
| 1. A governação em saúde: alguns princípios .....                 | 9   |
| Princípios de boa governação                                      |     |
| A governação em saúde   |     |
| Exemplos de boas práticas de governação                           |     |
| PARTE II - UM ANO DE GOVERNAÇÃO NA SAÚDE .....                    | 27  |
| 1. O orçamento para a saúde 2006: um “orçamento de verdade” ..... | 29  |
| Como alterar o modelo de financiamento e dar-lhe sustentabilidade |     |
| 2. O renascer da contratualização .....                           | 35  |
| As origens da contratualização em Portugal                        |     |
| De novo, a contratualização                                       |     |
| 3. Existe regulação? .....  | 41  |
| A formalização da Entidade Reguladora na Saúde                    |     |
| O que disse o OPSS  |     |
| 4. Nascer com qualidade .....                                     | 47  |
| 5. A reforma dos cuidados primários .....                         | 55  |
| Um ano após, os factos ...  |     |
| Balanço de um ano de Governo                                      |     |
| Recomendações   |     |
| 6. Os SAP que encerram ... as UBU que não abrem... ..             | 64  |
| Algumas ilações   |     |
| 7. Transformações jurídicas em hospitais .....                    | 77  |
| Centros de Responsabilidade Integrada                             |     |
| Estudos para criar evidência                                      |     |
| Os hospitais SA e EPE e a criação de centros hospitalares         |     |
| A finalizar ...   |     |
| 8. Parcerias público-privado .....                                | 101 |
| O estudo de prioridades   |     |
| A nova hierarquização das parcerias público-privado               |     |
| Discussão pública   |     |

|  |     |
|--|-----|
| 9. Cuidados continuados .....  | 113 |
| O modelo organizativo para os cuidados continuados                           |     |
| Análise das potencialidades, constrangimentos e áreas críticas               |     |
| 10. A espera cirúrgica: a resposta que tarda .....                           | 121 |
| O ano de 2005  |     |
| Recomendações  |     |
| 11. O medicamento e as farmácias .....                                       | 127 |
| Sinopse introdutória: retrato das coerências                                 |     |
| As medidas de política   |     |
| O controle da despesa com medicamentos                                       |     |
| A liberalização da venda de MNSRM  |     |
| A farmacovigilância  |     |
| Utilização racional do medicamento   |     |
| Da autoridade da concorrência ao “compromisso com a saúde”                   |     |
| A assinatura de um acordo de princípios com a ANF                            |     |
| Utilização de estatinas  |     |
| 12. Plano Nacional de Saúde .....  | 145 |
| Definição da entidade responsável pela implementação do PNS                  |     |
| Mecanismo de comunicação   |     |
| Roteiro estratégico  |     |
| Reuniões de implementação do PNS   |     |
| Redefinição da Comissão de Acompanhamento                                    |     |
| Estratégias locais de saúde, formação, parcerias e protocolos                |     |
| Avaliação  |     |
| Participação pública e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis       |     |
| Equidade e criação de ambientes de apoio: o crescimento das listas de espera |     |
| Intersectoriedade e fortalecimento da acção comunitária                      |     |
| Empoderamento e desenvolvimento de capacidades pessoais                      |     |
| Sustentabilidade e reorientação dos serviços de saúde                        |     |
| Conclusão  |     |
| 13. Reorganização estrutural do Ministério da Saúde .....                    | 163 |
| PARTE III - ANÁLISE DE IMPRENSA .....  | 169 |
| 1. O sistema de saúde na imprensa .....                                      | 171 |
| PARTE IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 183 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....   | 191 |

|   |     |
|---|-----|
| APÊNDICES .....   | 195 |
| A-1 Investigadores fundadores do OPSS .....                   | 197 |
| A-2 Conflito de interesses .....                              | 199 |
| A-3 Titulares da saúde nos governos desde Abril de 1974 ..... | 201 |

## ÍNDICES DOS QUADROS

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 1  | O papel do Estado .....  | 11  |
| 2  | Princípios de boa governação - perspectiva da UNDP.....                  | 13  |
| 3  | Princípios de boa governação segundo a perspectiva do Banco Mundial      | 14  |
| 4  | Descrição das características associadas à governação clínica .....      | 17  |
| 5  | Objectivos da avaliação em políticas públicas .....                      | 20  |
| 6  | Concentração dos partos .....  | 50  |
| 7  | Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP .....         | 58  |
| 8  | Concretizações essenciais do processo da reforma .....                   | 60  |
| 9  | Análise do desenvolvimento da reforma dos CSP .....                      | 60  |
| 10 | Centros de Saúde, SAP e Extensões de Saúde por Sub-região em 2004 .      | 66  |
| 11 | Número/tipo de consultas nos centros de saúde por região de saúde ..     | 67  |
| 12 | Centros de Responsabilidade Integrada .....                              | 81  |
| 13 | Principais conclusões quantitativas do estudo da CAHSA .....             | 84  |
| 14 | Principais conclusões do estudo de Costa e Lopes .....                   | 87  |
| 15 | Principais conclusões do estudo de Giraldes <i>et al.</i> .....          | 89  |
| 16 | Novos Centros Hospitalares criados em EPE .....                          | 90  |
| 17 | Centros Hospitalares transformados de SA para EPE .....                  | 91  |
| 18 | Centros Hospitalares que permaneceram no SPA .....                       | 91  |
| 19 | Distribuição jurídica dos hospitais da Região Norte .....                | 93  |
| 20 | Distribuição jurídica dos hospitais da Região Centro .....               | 94  |
| 21 | Distribuição jurídica dos hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo . | 95  |
| 22 | Distribuição jurídica dos hospitais da Região do Alentejo .....          | 96  |
| 23 | Distribuição jurídica dos hospitais da Região do Algarve .....           | 96  |
| 24 | Principais semelhanças entre os regimes SA e EPE .....                   | 97  |
| 25 | Principais diferenças entre os regimes SA e EPE .....                    | 98  |
| 26 | Novas unidades hospitalares PPP .....                                    | 103 |
| 27 | Classificação das novas unidades hospitalares PPP.....                   | 104 |
| 28 | Recomendações do Relatório .....   | 104 |
| 29 | Contribuições técnicas .....   | 107 |
| 30 | Potencialidades, constrangimentos do modelo .....                        | 119 |
| 31 | Propostas eleitorais, o programa e a acção do governo .....              | 127 |

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 32 | Distribuição sub-regional dos estabelecimentos de venda de MNSRM e das farmácias .....                                       | 134 |
| 33 | Metas para 2010 relativamente à percentagem do consumo de tabaco nos dois géneros e grandes grupos etários em Portugal ..... | 150 |
| 34 | Número de artigos por periodicidade da publicação .....  | 172 |
| 35 | Número de artigos por mês e ano de publicação .....  | 173 |
| 36 | Número de artigos por localização .....  | 175 |
| 37 | Número de artigos por género jornalístico .....  | 176 |
| 38 | Número de artigos por dimensão e tipo de publicação .....  | 177 |
| 39 | Número de artigos por âmbito territorial da informação .....   | 178 |
| 40 | Número de artigos por temas, segundo dimensões de análise do Sistema de Saúde .....  | 179 |
| 41 | Número de artigos por apreciação do título .....   | 180 |
| 42 | Número de artigos segundo o actor presente no título .....   | 181 |
| 43 | Número de artigos por actor interpelante e actor interpelado .....   | 181 |

## ÍNDICES DAS FIGURAS

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 1  | A interacção entre as diferentes esferas da sociedade .....   | 10  |
| 2  | A boa governação segundo o Banco Mundial .....  | 12  |
| 3  | Componentes da governação clínica .....   | 17  |
| 4  | Evolução dos trabalhos do PNS .....   | 21  |
| 5  | Os Relatórios de Primavera do OPSS de 2001 a 2005 .....   | 22  |
| 6  | Distribuição das candidaturas USF .....   | 59  |
| 7  | Evolução das consultas personalizadas e nos SAP .....   | 67  |
| 8  | Fluxos de referência e nomeação na Rede de Cuidados Continuados ...                                     | 117 |
| 9  | Registo prévio de estabelecimentos de venda de MNSRM no INFARMED  | 133 |
| 10 | Padrão de utilização das estatinas (DHD) em países da UE e Noruega ..                                   | 140 |
| 11 | Mapa de distribuição da utilização (DHD) de estatinas por sub-região<br>(1995 e 1º semestre 2004) ..... | 141 |
| 12 | Ordenação de países por índice de controlo efectivo do tabaco .....                                     | 160 |
| 13 | PRACE - Ministério da Saúde .....   | 163 |
| 14 | Macro-estrutura actual do Ministério da Saúde .....   | 164 |
| 15 | Nova macro-estrutura do Ministério da Saúde .....   | 165 |
| 16 | Distribuição dos artigos, por ocorrência de novos temas na<br>agenda política .....                     | 175 |

## ÍNDICES DE ABREVIATURAS

|         |  |
|---------|--|
| AdC     | Autoridade da Concorrência   |
| ADI     | Apoios Domiciliários Integrados  |
| ANF     | Associação Nacional de Farmácias                                       |
| AR      | Assembleia do República  |
| ARS     | Administração Regional de Saúde  |
| CA      | Conselho de Administração  |
| CAHSA   | Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedades Anónimas                |
| CAM     | Comissão de Acompanhamento e de Monitorização                          |
| CATU    | Centro de Atendimento aos Serviços de Saúde                            |
| CNSMI   | Comissão Nacional de Saúde Materno Infantil                            |
| CNSMN   | Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal                          |
| CRI     | Centro de Responsabilidade Integrada                                   |
| CS      | Centro de Saúde  |
| CURM    | Comissão para a Utilização Racional do Medicamento                     |
| DCI     | Denominação Comum Internacional  |
| DGS     | Direcção Geral da Saúde  |
| DR      | Diário da República  |
| EPE     | Entidade Pública Empresarial   |
| ERS     | Entidade Reguladora da Saúde   |
| EUROPEP | <i>European project on Patient Evaluations on family Practice care</i> |
| GDH     | Grupos de Diagnóstico Homogéneo  |
| HAP     | Hospitais de Apoio Perinatal   |
| HAPD    | Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado                              |
| ICM     | Índice de <i>case-mix</i>  |
| IGIF    | Instituto de Gestão Informática e Financeira                           |
| INA     | Instituto Nacional de Administração                                    |
| MCSP    | Missão para os Cuidados de Saúde Primários                             |
| MF      | Ministério das Finanças  |
| MNSR    | Medicamentos não sujeitos a receita médica                             |
| NHS     | <i>National Health Service</i> (Serviço Nacional de Saúde Britânico)   |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde   |
| OPSS    | Observatório Português dos Sistemas de Saúde                           |
| PDNU    | Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (ver UNDP)               |

|        |   |
|--------|---|
| PECLEC | Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas   |
| PRACE  | Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado |
| RRE    | Regime Remuneratório Experimental                             |
| RRMI   | Rede de Referenciação Materno - Infantil                      |
| SA     | Sociedade Anónima   |
| SADU   | Serviço de Atendimento de Urgência                            |
| SAP    | Serviço de Atendimento Permanente                             |
| SASU   | Serviço de Atendimento a Situações de Urgência                |
| SIGIC  | Sistema de Informação e Gestão dos Inscritos para Cirurgia    |
| SNS    | Serviço Nacional de Saúde                                     |
| SPA    | Sector Público Administrativo                                 |
| SRS    | Sub-região de Saúde   |
| UAI    | Unidades de Apoio Integradas                                  |
| UBU    | Unidade Básica de Urgência                                    |
| UCF    | Unidades Coordenadoras Funcionais                             |
| ULS    | Unidade Local de Saúde  |
| UNDP   | <i>United Nations Development Programme</i>                   |
| USF    | Unidade de Saúde Familiar                                     |
| VMER   | Viatura Médica de Emergência e Reanimação                     |

## Colaboraram neste Relatório de Primavera 2006:

Ana Escoval \*

António Rodrigues

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Fernando Gomes

Francisco Batel Marques

Inês Teixeira

Joana Sousa Ribeiro

José Luís Biscaia

Luís Saboga Nunes

Manuel Schiappa

Manuela Mota Pinto

Paulo Kuteev Moreira \*

Pedro Beja Afonso

Pedro Lopes Ferreira (Coordenador)

Suzete Gonçalves \*

Victor Raposo

\* ver Conflito de Interesses no Apêndice A-2



## NOTA INTRODUTÓRIA

Passados que são já cinco anos sobre a criação do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), a que correspondeu a edição de outros tantos “Relatórios da Primavera”, pode hoje afirmar-se que o sistema de saúde português viu, com o seu aparecimento, colmatada uma lacuna que se traduzia na inexistência de uma análise sistemática, ano após ano, do seu desenvolvimento, incorporando as interacções dos actores, a acção dos governos, as mudanças estruturais, a análise de desempenho e os resultados em saúde.

E, para que tal fosse possível, deve aqui registar-se o esforço continuado dos muitos que deram corpo à ideia. Mas, é da mais elementar justiça que se realce, aqui e agora, o reconhecimento desses mesmos, todos, pelo papel central desempenhado pelo Coordenador do OPSS ao longo destes cinco anos de vida — o Professor Doutor Constantino Sakellarides.

Porque exemplar cidadão, enquanto académico destacado, investigador reconhecido mas, fundamentalmente, *empreendedor* público de referência nas “coisas” e nas causas da Saúde dos portugueses. Porque criador e maior cultor da ideia, o OPSS é hoje possível e viável. Sempre com a sua marca inconfundível, que subjaz e atravessa tudo o que até ao presente foi produzido.

Hoje e aqui formaliza-se o início de um novo ciclo do OPSS. Cabe-nos agora a incumbência de pegar o testemunho passado directamente da mão do Professor Sakellarides; logo, a responsabilidade de continuar a coordenação do OPSS e de saber responder à altura das expectativas consistentemente aumentadas de todos os que lhe têm acompanhado o trajecto.

O Relatório da Primavera de 2006 é exactamente o primeiro resultado desta nova coordenação. Mas, e agora em termos ainda mais pessoais, não posso deixar de referir a postura adulta e amiga dos “observadores” que, de imediato e sem hesitação, decidiram comigo levar a bom porto esta herança e esta missão de manter uma análise isenta e regular da governação da saúde em Portugal. Sem fantasmas,

sem preconceitos, sem inimigos ou amigos de eleição prévia, os autores deste Relatório demonstraram que vale a pena mantermos uma voz e uma observação independentes, apesar dos contactos profissionais que continuamos a ter.

A actividade profissional, por muito absorvente e comprometida que seja, nunca deve reduzir os indivíduos a uma mera peça numa cadeia de transmissão e de resposta a poderes vários. Um profissional completo é aquele que mantém a sua análise crítica e independente sobre aquilo que faz e as circunstâncias e os contextos em que o faz.

Desde 2001 até ao presente, Portugal conheceu quatro primeiros ministros, três ministros da saúde e houve lugar à sucessão de ciclos governativos onde as roturas com os anteriores foram o sinal mais notório. Ainda assim, a “empresarialização” das instituições e o ênfase na contenção de custos terão constituído, porventura, os lemas comuns mais salientes e que atravessaram os sucessivos mandatos ministeriais. Cada uma com o seu toque específico.

Mas foi também a afirmação, lenta mas consistente, de uma sociedade cada vez mais exigente e informada sobre as “coisas” da saúde.

Contribuir para esse fomento de conhecimento é também uma das apostas do OPSS.

Pedro Lopes Ferreira

Coordenador do OPSS

## INTRODUÇÃO



Este é o 6º Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Como nas cinco edições anteriores, tem como objectivo primordial analisar os “processos da governação da saúde” em Portugal, de forma a esclarecer os principais actores sobre aspectos críticos da evolução do sistema de saúde e a motivá-los para contribuírem positivamente para a sua melhoria.

Assim, na primeira parte deste Relatório, proporciona-se aos interessados uma revisão sumária dos principais conceitos associados à ideia de “governação da saúde”, ilustrando-os com alguns exemplos extraídos da realidade portuguesa.

A segunda parte do Relatório procura analisar “uma ano da governação da saúde” , que coincide praticamente com o primeiro ano de acção do actual governo. Esta constitui a parte mais substantiva do Relatório e abarca 13 temas distintos: *O orçamento para a saúde - 2006; O renascer da contratualização; Existe regulação?; Nascer com qualidade; Reforma dos cuidados de saúde primários; SAP que encerram ...UBU que não abrem; Transformações jurídicas nos hospitais; Parcerias público-privado; Cuidados continuados; Espera cirúrgica... a resposta que tarda; Medicamento e farmácias; Plano Nacional de Saúde; e Reorganização do Ministério da Saúde.* Nesta análise toma-se, naturalmente, em linha de conta o facto de se tratar do primeiro ano de governação do actual Governo; portanto, não há ainda tempo suficiente para se apreciar com o rigor e detalhe necessários o enquadramento, a natureza, o sentido, o significado e os efeitos das medidas tomadas. Daqui resulta o facto de se ter preferido, muitas vezes, formular interrogações, em vez de apreciações valorativas precoces.

A terceira parte deste Relatório procura proporcionar uma leitura deste ano da governação da saúde, através da forma por que este tem sido visto pela comunicação social, nomeadamente a imprensa escrita. Esta é uma linha de trabalho que se espera poder aprofundar na próxima edição do Relatório de Primavera.

Finalmente, na quarta e última parte do Relatório — as “considerações finais” —, resume-se o que há de essencial neste ano de governação da saúde.

O OPSS não toma posição sobre as agendas políticas que enformam a acção do Governo e das oposições. Dedicar-se, antes, a analisar os seus efeitos, assim como a qualidade da governação da saúde no país.

Através dos Relatórios de Primavera, o OPSS tem procurado fazer uma narrativa de aspectos críticos da evolução dos sistema de saúde português, à medida em que estes se têm vindo a manifestar, contribuindo assim, também, para se ir elaborando, ano após ano, uma memória da saúde em Portugal.

Entre as suas práticas, o OPSS inclui nos seus Relatórios um anexo sobre “conflitos de interesses”, onde explicita informação que o leitor deve conhecer à hora de fazer uma apreciação informada das matérias contidas no Relatório.

## PARTE I

# GOVERNAÇÃO E CONTEXTO



# I-1

## A GOVERNAÇÃO EM SAÚDE: ALGUNS PRINCÍPIOS

### Princípios de boa governação

Em termos gerais, a governação<sup>1</sup> é definida como o conjunto de acções e de meios adoptados por uma sociedade para promover a acção colectiva e para lançar soluções também colectivas na procura de objectivos comuns<sup>2</sup>. A governação engloba, assim, todos os métodos — bons e maus —, que as sociedades utilizam para distribuir poder e para gerir os recursos públicos e os problemas comuns<sup>3</sup>.

O termo governação não é sinónimo de actividade dos governos. Já em relatórios anteriores o OPSS<sup>4</sup> chamou a atenção para a necessidade de se fazer a distinção entre:

- a aproximação analítica - a governação enquanto conjunto complexo de interacções com instituições e grupos onde as instituições públicas representam a parte visível do *iceberg* e,
- a aproximação normativa - a governação enquanto modo como é exercido um poder legítimo em interacção com as diferentes componentes de uma sociedade, tendo por objectivo o bem comum, e onde se destaca a execução de acção do governo.

A primeira aproximação é essencialmente a sugerida pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, que foca a sua análise na interacção construtiva entre o Estado, a sociedade civil e o sector privado, e o seu papel crítico no



desenvolvimento humano, conforme o apresentado no diagrama da figura 1: o Estado cria o ambiente e as condições legais e políticas; o sector privado gera empregos e

<sup>1</sup> Do inglês, *governance*.

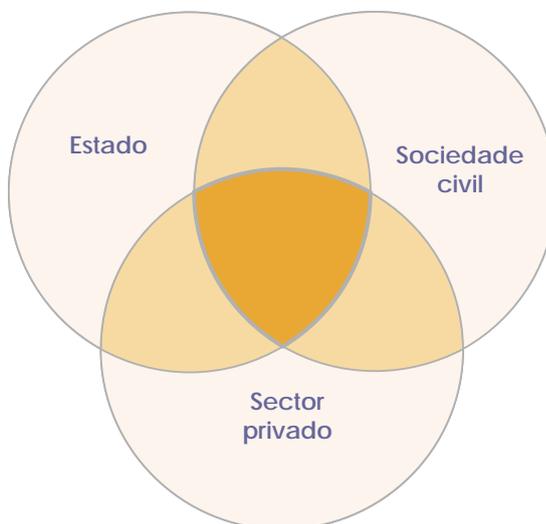
<sup>2</sup> Dodgson *et al.*, 2002.

<sup>3</sup> United Nations Development Programme, 1997a.

<sup>4</sup> Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2002; 2003.

rendimento; a sociedade civil promove a interacção política e social através da mobilização de grupos para participarem em actividades económicas, políticas e sociais<sup>5</sup>.

Figura 1 - A interacção entre as diferentes esferas da sociedade



Fonte: United Nations Development Programme, 1997a.



**THE WORLD BANK**

A segunda aproximação é a sugerida pelo Banco Mundial, que centra a sua análise no papel do Estado<sup>6</sup>, nomeadamente na correcção de falhas do mercado e na melhoria da equidade através de diversas intervenções, conforme ilustrado no Quadro 1. Este Banco tem vindo progressivamente a reconhecer que o Estado, apesar da preponderância do seu papel, só por si não é suficiente para corrigir todos os problemas e a assumir a importância do sector privado, nomeadamente as empresas, desenvolvendo metodologias de enquadramento relacionadas com a governação organizacional<sup>7,8</sup>.

<sup>5</sup> United Nations Development Programme, 1997b.

<sup>6</sup> World Bank, 1997.

<sup>7</sup> Do inglês, *corporate governance*.

<sup>8</sup> World Bank, 1999.

Quadro 1 - O papel do Estado

|                            | Corrigir as falhas de mercado   |  |   | Melhorar a equidade  |
|----------------------------|---|--|---|--|
| <b>Funções mínimas</b>     | <b>Proporcionar bens públicos “puros” :</b><br><br>Defesa<br>Lei e ordem<br>Direitos de propriedade<br>Gestão macroeconómica<br>Saúde Pública |  |   | <b>Proteger os mais desfavorecidos:</b><br><br>Programas contra a pobreza<br>Programas de apoio a catástrofes    |
| <b>Funções intermédias</b> | <b>Corrigir externalidades:</b><br><br>Educação básica<br>Protecção ambiental   | <b>Regular monopólios:</b><br><br>Regulação de utilidades (água, electricidade, telecomunicações)<br>Políticas anti-monopolistas | <b>Superar a informação imperfeita:</b><br><br>Regulação dos seguros (saúde, vida, reformas)<br>Regulação financeira<br>Protecção do consumidor | <b>Fornecer protecção social:</b><br><br>Pensões redistributivas<br>Abonos de família<br>Subsídios de desemprego |
| <b>Funções activistas</b>  | <b>Coordenar a actividade privada:</b><br><br>Promover os mercados<br>Iniciativas para desenvolver <i>clusters</i>                            |  |   | <b>Redistribuição:</b><br><br>Redistribuição de recursos   |

Fonte: World Bank, 1997.

Por um lado, existe a governação relacionada com a forma como os governos e outras organizações sociais interagem, a forma como se relacionam com os cidadãos — nomeadamente, com os princípios que regem as relações de poder capazes de promover os seus interesses efectivos —, e a forma como as decisões são tomadas num mundo complexo. Como tal, a governação é um processo através do qual as sociedades ou as organizações tomam as suas decisões mais importantes, determinam quem é envolvido no processo e como serão distribuídas as responsabilidades e a prestação de contas<sup>9</sup>.

Por outro lado, existe a governação relacionada com os aspectos operacionais de governo, nomeadamente legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão<sup>10</sup>. Neste âmbito é importante analisar, quer, a agenda política — que representa o território político associado a opções, valores e princípios específicos (geralmente expressos no programa de governo) —, quer, os processos de

<sup>9</sup> Graham et al., 2003.

<sup>10</sup> Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003.

governança – o domínio susceptível de uma análise técnica baseada em princípios amplamente aceites de "boas práticas" de governança.

A componente central da governança é a tomada de decisão, isto é, o processo através do qual um grupo de pessoas toma decisões que orientam os seus esforços colectivos. Se o grupo é demasiado grande para tomar todas as decisões de forma eficiente é necessário criar uma entidade que facilite o processo de tomada de decisão. Os membros desse grupo delegam então nessa entidade uma grande parte da responsabilidade inerente à tomada de decisão<sup>11</sup>. Nas sociedades, essa entidade pode ser o governo eleito, ou outros grupos que representem os cidadãos; nas organizações esta entidade pode ser, por exemplo, o conselho de administração.

Figura 2 - A boa governança segundo o Banco Mundial



Fonte: World Bank, 2003.

Segundo este enquadramento, a governança é complexa pois envolve múltiplos actores que articulam os seus interesses, influenciam a forma como as decisões são tomadas, estabelecem quem são os agentes de decisão e, por fim, que decisões são tomadas. Os agentes de decisão devem ter em conta estes factores nos processos de

---

<sup>11</sup> Institute on Governance, 2005.

tomada de decisão, tornando-se então prestadores de contas pró-activos e responsáveis perante os interessados pelos resultados obtidos e pelos processos utilizados para os obter. Desta forma, a governação em termos organizacionais surge como uma interface com os interessados<sup>12</sup>, representando a origem das decisões estratégicas que moldam a organização e o seu trabalho, e ultima a responsabilização e a prestação de contas das acções da organização.

Como tal, é fundamental definir os princípios da boa governação e proceder à sua medição. Contudo, continua a existir um grande debate sobre a melhor forma de medir a governação<sup>13</sup>. Apesar da controvérsia, o PDNU enuncia um conjunto de princípios que, com algumas ligeiras alterações, aparecem na maioria da literatura desta área<sup>14</sup> (ver quadro 2 para uma descrição destes conceitos).

Quadro 2 - Princípios de boa governação - perspectiva da UNDP

| Princípios de boa governação            | Descrição  |
|---|--|
| Participação                            | Todos devem ter voz nos processos de tomada de decisão, quer directamente, quer através de instituições que representam os seus interesses. Esta participação alargada é baseada na liberdade de associação e de expressão, bem como na capacidade de participar de forma construtiva. |
| Orientação de consensos                 | Mediar diferentes interesses de modo a atingir um consenso alargado naquilo que é o melhor interesse do grupo, e quando possível, nas políticas e nos procedimentos.   |
| Visão estratégica                       | Perspectiva de longo prazo, tendo em conta os aspectos históricos, culturais e as complexidades em que é baseada, na boa governação e no desenvolvimento humano, tomando por referência o que é necessário para tal desenvolvimento.   |
| Resposta                                | As instituições e os processos tentam servir todos os interessados.  |
| Efectividade e eficiência               | Os processos e as instituições produzem resultados que satisfazem as necessidades, tendo em conta a melhor utilização possível dos recursos.   |
| Prestação de contas e responsabilização | Os agentes de decisão (governo, sector privado, sociedade civil organizada) são responsáveis perante a população bem como perante os interessados institucionais.  |
| Transparência                           | Os processos, as instituições e a informação estão disponíveis para aqueles que estejam preocupados. É fornecida informação suficiente para os entender e monitorizar (fluxos livres de informação).   |
| Equidade                                | Todos têm oportunidades de se envolver nos processos de decisão para melhorar e manter o seu bem-estar.  |
| Primado da lei                          | O enquadramento legal deve ser justo e imparcial, particularmente as leis dos direitos humanos.  |

Fonte: United Nations Development Programme, 1997a.

<sup>12</sup> Do inglês, *stakeholders*.

<sup>13</sup> Human Rights Centre, 2003.

<sup>14</sup> United Nations Development Programme, 1997a.

Por seu turno, o Banco Mundial baseia a boa governação nos princípios de inclusividade e de prestação de contas<sup>15</sup> —, que depois se agrupa num conjunto de dimensões relacionadas com (i) o controlo da corrupção, (ii) a voz e a prestação de contas, (iii) a estabilidade política e a ausência de violência, (iv) a efectividade governativa, (v) a qualidade da regulação, e (vi) o primado da lei (ver quadro 3 para uma descrição daqueles dois princípios).

Quadro 3 - Princípios de boa governação segundo a perspectiva do Banco Mundial

| Princípios de boa governação | Descrição  |
|------------------------------|--|
| Inclusividade                | Todos os cidadãos possuem os mesmos direitos perante a lei e as mesmas oportunidades para exercer esses direitos, isto é, participação igual e tratamento igual.   |
| Prestação de contas          | Os cidadãos possuem o direito de que os seus governantes sejam responsáveis e responsabilizados pela forma como usam a autoridade do Estado e os recursos. Como tal, os cidadãos têm o direito de saber como está a funcionar o governo (transparência) e de poder escolher entre diferentes opções políticas e económicas com base no desempenho das diferentes entidades em presença (contestabilidade). |

Fonte: World Bank, 2003.

Existe uma forte evidência de que os princípios do PDNU colhem um reconhecimento universal<sup>16</sup>. A boa governação é, como tal, uma instância da governação, onde os recursos e os problemas são geridos de forma efectiva e eficiente, como resposta às necessidades mais críticas da sociedade. Nesta óptica, os princípios da boa governação das Nações Unidas mencionadas anteriormente, pelo seu carácter quase universal, podem ser utilizados para balizar a boa governação nas sociedades e nas organizações.

### A governação em saúde

A governação em saúde, por outro lado, diz respeito às acções e aos meios adoptados por uma sociedade para se organizar com vista à promoção e à protecção da saúde da sua população<sup>17</sup>. A governação na saúde junta, numa plataforma comum, duas realidades complementares<sup>18</sup>:

<sup>15</sup> World Bank, 2003.

<sup>16</sup> Grahnan et al, 2003.

<sup>17</sup> Dodgson et al., 2002.

<sup>18</sup> Sakellarides, 2003.

- O enquadramento dos objectivos sociais e dos compromissos tidos em conta na formulação das políticas de saúde, assim como o emaranhado existente entre os processos políticos, os legítimos interesses públicos e privados na definição de prioridades, o uso e a alocação de recursos e as pressões provenientes de utilizadores e de profissionais insatisfeitos.
- A capacidade de activar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Nesta perspectiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são a centragem nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e as avaliação regulares.

O papel e a responsabilidade do Estado, do Governo e, nomeadamente, do Ministro da Saúde — “que deve coordenar e orientar o trabalho e o desenvolvimento da saúde da Nação através das acções sob a sua responsabilidade”<sup>19</sup> — são reforçados com o conceito de *stewardship*<sup>20</sup>, introduzido pelo Relatório de 2000 da OMS dedicado ao desempenho dos sistemas de saúde. Esta noção inclui, não só a capacidade para influenciar a realização dos objectivos do sistema de saúde (nível de saúde, resposta adequada em cuidados de saúde e justiça na distribuição das contribuições financeiras), mas também a dimensão de natureza ética, como a dedicação ao bem comum e a relação de confiança com o cidadão.



A *stewardship* tem como principais componentes:

- a formulação da política de saúde, *i.e.*, definir qual a visão e a direcção a seguir no sistema de saúde;
- o exercício de influência, incluindo a reorganização da gestão, a regulação e a contratualização; e
- a capacidade de entendimento ou compreensão — recolhendo e utilizando informação dirigida ao exercício da governação (por exemplo, avaliação de desempenho).

<sup>19</sup> World Health Organization, 2000.

<sup>20</sup> Literalmente traduzido por “reitoria” ou “tutela”.

Saltman e Ferrousier-Davis sugerem, também, que a *stewardship* pode ser vista como uma governação eticamente informada, ou como uma boa forma de governação<sup>21</sup>. Tendo por base a teoria da agência e o papel do Estado como agente dos seus cidadãos, a *stewardship* é um enquadramento social responsável para a governação que possui na sua base princípios de racionalidade económica e de gestão do sector público.

A governação em saúde pode ser vista na sua dimensão macro, isto é, a nível sistémico, mas também ao nível micro, isto é ao nível das organizações que prestam cuidados de saúde, nomeadamente os centros de saúde e os hospitais. Nesta última perspectiva, os conceitos de governação clínica<sup>22</sup> e de governação hospitalar<sup>23</sup> assumem uma grande importância. Ambos os conceitos têm subjacente o conceito de governação organizacional, nomeadamente no que se refere à prestação de contas/responsabilização e à transparência. Contudo, a primeira centra a sua análise na prática clínica e a segunda centra-se nas relações e nos equilíbrios estabelecidos entre os órgãos de governo da organização.

A governação clínica é um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica<sup>24</sup>. Este conceito é originário do *National Health Service* (NHS) britânico e tem sido utilizado como uma aproximação integrada para a melhoria contínua da qualidade na prática clínica<sup>25</sup>. A figura 3 apresenta as componentes associadas à governação clínica e o quadro 4 uma breve descrição de cada uma delas.

---

<sup>21</sup> Saltman e Ferrousier-Davis, 2000.

<sup>22</sup> Do inglês *clinical governance*.

<sup>23</sup> Do inglês *hospital governance*.

<sup>24</sup> Department of Health, 1998; Goodman, 1998; Scally e Donaldson, 1998; Starey, 2003.

<sup>25</sup> Scally e Donaldson, 1998.

Figura 3 - Componentes da governação clínica



Fonte: Starey, 2003

Quadro 4 - Descrição das características associadas à governação clínica

| Características                | Descrição  |
|--------------------------------|--|
| Formação                       | Reflecte a ideia de educação contínua (o que se aprende fica ultrapassado rapidamente).  |
| Auditoria clínica              | Melhorar a qualidade dos cuidados clínicos tendo por base a monitorização do desempenho e a redefinição da prática clínica como resultado da medição do desempenho face a padrões definidos.                                   |
| Efectividade clínica           | Determinar até que ponto uma determinada intervenção funciona, tendo em conta diversos aspectos como eficiência, segurança, implicações legais, evidência, etc.  |
| Investigação e desenvolvimento | As boas práticas estão associadas à evidência obtida pela investigação, nomeadamente a revisão de literatura, a gestão de projectos, o desenvolvimento de protocolos e linhas de orientação, e a implementação de estratégias. |
| Abertura                       | Escrutínio público através de processos abertos e disponíveis ao público, como parte essencial da promoção da qualidade.   |
| Gestão do risco                | Minimização dos riscos associados à prática clínica – risco para os doentes, risco para os prestadores, e risco para a organização – como parte de um programa da promoção da qualidade.                                       |

Fonte: Starey, 2003

Por seu turno, a governação hospitalar diz respeito ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios que determinam a tomada de decisão dos órgãos de

governo<sup>26</sup> do hospital. Pode ser definida como o processo de conduzir o funcionamento global e o desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do suporte e monitorização da sua realização a nível operacional<sup>27</sup>. A governação hospitalar permite uma aproximação integrada de suporte e supervisão de todas as actividades do hospital, incluindo o desempenho clínico.

Em Portugal, a vertente de governação clínica é um conceito ainda escassamente integrado nas organizações e nas profissões prestadoras e torna-se importante para o desenvolvimento do sistema de saúde português. Existem contudo algumas pré-condições para que ela floresça.

Os hospitais e centros de saúde onde o processo de acreditação está em desenvolvimento, ou onde já foi concluído, já experimentaram muitas dessas pré-condições, nomeadamente com o desenvolvimento de auditorias internas, fossem elas centradas no desempenho clínico estrito ou no desempenho organizacional dos pólos onde se desenvolve o trabalho assistencial, seja a prática clínica baseada na evidência (*guidelines* ou normas de orientação clínica), seja a monitorização clínica, seja a gestão do risco clínico, seja por fim o envolvimento dos doentes no contrato terapêutico e na divulgação dos resultados do desempenho dos serviços.

A persistente continuidade destas práticas na pós-acreditação constitui-se então como um factor decisivo para a consagração da governação clínica. Mesmo num contexto de modelos organizacionais fortemente impregnados por uma cultura centralista — pouco propensa à aprendizagem, onde são dominantes práticas gestionárias normativistas e pouco transparentes, onde a tomada de decisão é exclusiva do decisor, onde não existe política de partilha da informação e do conhecimento —, a governação clínica, ao ser aprofundada gera as condições para a indução de modelos de governação organizacional mais adequados à gestão de sistemas complexos que, de facto, são hospitais e centros de saúde.

Ao contrário do que acontece em alguns países (Reino Unido, Bélgica, Canadá, Austrália, e Nova Zelândia, por exemplo), não existem em Portugal estudos aprofundados sobre questões associadas à governação hospitalar — nomeadamente relacionadas com a composição, competências, funcionamento e envolvimento do

---

<sup>26</sup> Qualquer grupo de pessoas responsável por lei ou pelo regulamento do hospital, com poderes para tomar decisões em nome e no interesse do hospital.

<sup>27</sup> Eeckloo et al., 2004.

corpo clínico nos órgãos de governo — e os princípios associados à boa governação. O estudos efectuados sobre a realidade hospitalar estão sobretudo relacionados com reflexões sobre o hospital em questões de estatuto e natureza do hospital<sup>28</sup>, e de auditoria e avaliação, nomeadamente, de desempenho<sup>29</sup>.

Assim, a boa governação na saúde significa considerar um conjunto de boas práticas que definem as regras do jogo relativamente à tomada de decisão, à implementação de soluções, à sua avaliação e monitorização e, conseqüentemente, à correcção no caso de eventuais desvios. Implicitamente, estamos a falar da capacidade de implementar mudanças efectivas que permitam melhorar o sistema de saúde, respondendo às reais necessidades dos seus utilizadores e garantindo princípios de equidade e de igualdade. A avaliação permite elaborar um referencial — um conjunto de critérios operacionais e politicamente legítimos respeitantes à eficácia e ao sucesso de uma política —, formular as questões de investigação mais adequadas e pertinentes em termos de acção e decisão e responder a tais questões utilizando a variedade instrumental das ciências sociais e de gestão<sup>30</sup>.

Os objectivos da avaliação foram classificados por Pollitt<sup>31</sup> em:

- formalmente assumidos - objectivos desejáveis, geralmente assumidos nos textos oficiais;
- baseados na prática - objectivos indesejáveis, na medida em que podem constituir entraves à mudança.

O quadro 5 apresenta, com mais detalhe, estes dois objectivos.

---

<sup>28</sup> Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998, Ministério da Saúde, 1997, 1999.

<sup>29</sup> Instituto Nacional de Administração, 1999; 2002; Barros, 2003; Costa e Lopes, 2005; Comissão de Avaliação dos Hospitais SA, 2005a; 2005b.

<sup>30</sup> Gomes, 2003.

<sup>31</sup> Pollitt, 1998.

### Quadro 5 - Objectivos da avaliação em políticas públicas

| Formalmente assumidos  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Modificar e aperfeiçoar as políticas, programas ou projectos públicos, proporcionando aos gestores mais e melhor informação</li><li>▪ Melhorar a resposta dos serviços públicos aos seus utilizadores</li><li>▪ Fundamentar determinadas decisões</li><li>▪ Aperfeiçoar as decisões e a distribuição de recursos</li><li>▪ Evidenciar responsabilidade perante a comunidade</li><li>▪ Gerar conhecimento</li></ul>   |
| Baseados na prática  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reforçar a autoridade e os poderes de supervisão dos funcionários públicos superiores e/ou dos políticos sobre os quadros intermédios e subalternos</li><li>▪ Gerar trabalho interessante e bem remunerado para consultores, académicos e outros técnicos de avaliação</li><li>▪ Desviar ou obstruir pressões externas no sentido de acção imediata</li><li>▪ Legitimar a administração como uma actividade moderna, ou seja, usar a avaliação como forma simbólica, sem dela retirar quaisquer consequências para a acção</li></ul> |

### Exemplos de boas práticas de governação

Na lógica até agora apresentada, seleccionámos quatro casos de boas práticas de governação:

- O processo de consulta do Plano Nacional de Saúde (PNS), conduzido pela Direcção Geral de Saúde (DGS), que representa uma boa prática de um organismo ligado ao Estado, nomeadamente ao Ministério da Saúde;
- O trabalho desenvolvido pelo próprio OPSS com a publicação dos seus Relatórios de Primavera, congregando a actividade de unidades do Ensino Superior e centros de investigação, que cruza, desta forma, o Estado e a Sociedade Civil<sup>32</sup>;
- A avaliação da qualidade dos Centros de Saúde (CS) baseada na satisfação dos seus utilizadores — EUROPEP —, promovido pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IOS) e realizado pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), na perspectiva de apoio à governação em saúde, nomeadamente, a construção de indicadores válidos e fiáveis do desempenho assim contribuindo para apoiar as tomadas de decisão de âmbito organizacional e clínico.

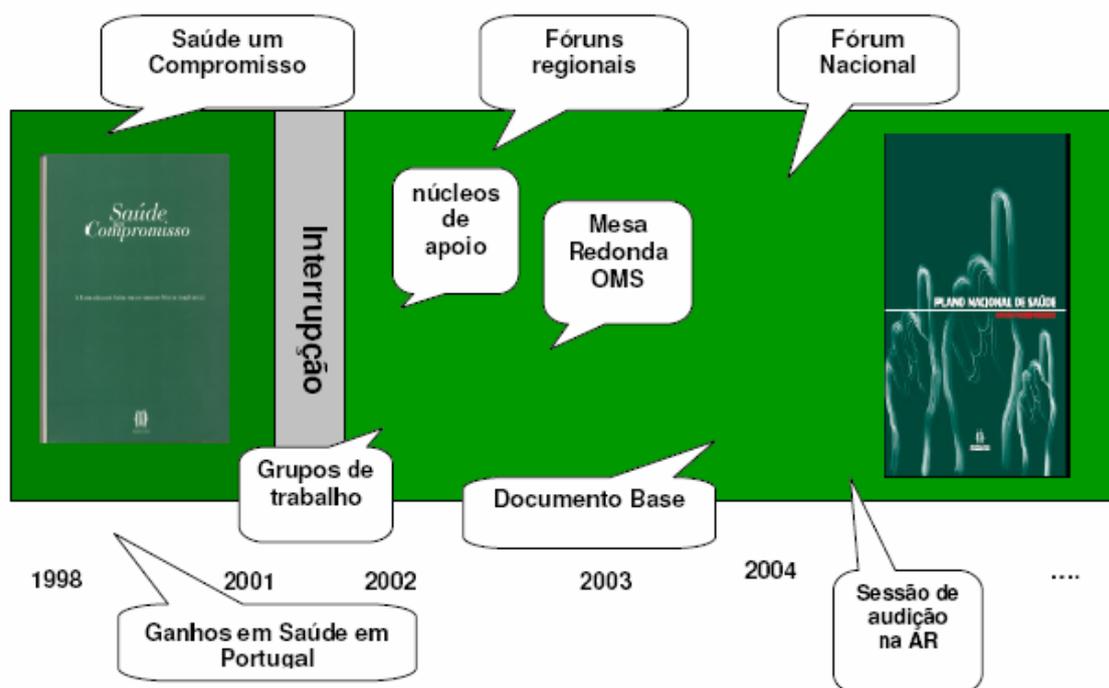
---

<sup>32</sup> Segundo o modelo da governação definido pela UNDP.

- A avaliação organizacional dos Centros de Saúde — MoniQuOr — também promovido pelo IQS, na perspectiva da monitorização dos diferentes níveis de desempenho dos CS, incentivando a melhoria dos seus serviços (política contínua de melhoria da qualidade).

Descrevendo, um pouco mais pormenorizadamente cada um destes exemplos, e começando pelo PNS, podemos afirmar que se trata de um passo na direcção de se construir uma estratégia de saúde em Portugal. Teve na sua génese o documento “Saúde: um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século 1998-2002”<sup>33</sup>, e a avaliação realizada pelo então Director Geral e Alto-Comissário da Saúde no relatório “Ganhos em Saúde em Portugal”<sup>34</sup>, conforme se pode ver na figura 4. Em 2002, a DGS criou vários núcleos de apoio permanente e alguns grupos de trabalho temático, compostos por especialistas nas matérias relacionadas, dando início ao PNS.

Figura 4 - Evolução dos trabalhos do PNS



Conforme foi referido no Relatório de Primavera de 2005<sup>35</sup>, durante o ano de 2003 o PNS desenvolveu uma grande actividade com a sua abertura ao debate e à participação por parte dos diferentes actores sociais. A realização de fóruns regionais

<sup>33</sup> Ministério da Saúde, 1999.

<sup>34</sup> Ministério da Saúde, 2002.

<sup>35</sup> Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005.

em Lisboa, no Porto e em Faro, uma mesa-redonda em conjunto com a Organização Mundial da Saúde e as consultas à Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e ao Conselho da Europa foram algumas das iniciativas concretizadas. Ainda em 2003, foi apresentado um documento base que foi sujeito a uma primeira discussão pública, culminando num fórum em Fevereiro de 2004.

A Assembleia da República, como forma de contribuir para a discussão do PNS, organizou uma sessão de audição onde o PNS foi discutido e a sua importância como documento e estratégia de saúde foi reconhecida por todos, incluindo os próprios partidos políticos<sup>36</sup>.

O segundo exemplo de boa prática de governação são os próprios **Relatórios de Primavera do OPSS**, que procuram contribuir para a análise e comunicação efectiva sobre a governação da saúde em Portugal e sobre a evolução do sistema de saúde e seus determinantes (ver figura 5). Têm como finalidade proporcionar a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente sobre a evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito do OPSS é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.

Figura 5 – Os Relatórios de Primavera do OPSS de 2001 a 2005

| 2001                          | 2002                                  | 2003                  | 2004                                     | 2005  |
|-------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|--|---|
|                               |                                       |                       |  |   |
| Conhecer os Caminhos da Saúde | O estado da Saúde e a Saúde do Estado | Saúde - que rupturas? | Incertezas... gestão da mudança na Saúde | Novo Serviço Público de Saúde. Novos desafios |

Neste sentido, o OPSS tem publicado anualmente um Relatório de Primavera, subordinado a um determinado tema, que é, no essencial, uma análise anual da governação em saúde. Paralelamente, complementa os seus relatórios através de um

<sup>36</sup> Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005.

portal de conhecimento sobre sistemas de saúde<sup>37</sup>. O OPSS tem publicados, actualmente, sem contar com o presente relatório, cinco relatórios.

O terceiro caso de boa governação que consideramos útil referenciar é o projecto **EUROPEP**, um exemplo da avaliação discutida anteriormente, e a sua possível aplicação à governação em saúde. O estudo<sup>38</sup> foi promovido pelo IQS e realizado pelo CEISUC nos últimos meses de 2004 e envolveu 11.166 utilizadores de todos os centros de saúde do Continente. Este estudo teve como base enquadramentos de avaliação e de melhoria contínua da qualidade que valorizam o papel das opiniões e das avaliações dos cidadãos sobre os cuidados prestados pelas organizações de saúde.

Esta iniciativa, bem como outras anteriores, pretenderam constituir-se como um alicerce para a construção de indicadores válidos e fiáveis do desempenho dos centros de saúde e assim contribuir para as tomadas de decisão de âmbito organizacional e clínico. O estudo apresentado representa a maior amostra de avaliação da qualidade por utilizadores dos centros de saúde em Portugal. Os seus resultados foram apresentados publica-



mente<sup>39</sup>, publicados em livro e divulgados através de um sítio<sup>40</sup> da Internet onde podem ser consultados os resultados nacionais, por ARS e SRS; os Centros de Saúde têm acesso aos seus resultados mediante o recurso a uma palavra senha.

Por fim, um quarto exemplo a considerar, também na área dos centros de saúde, é a utilização do **MoniQuOr** pelo IQS. O MoniQuOr é um instrumento de auto-avaliação voluntária da monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde. É constituído por um conjunto de critérios (163) englobados em 6 áreas – organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos. A avaliação do grau de



<sup>37</sup> Em <http://www.observaport.org>.

<sup>38</sup> Ferreira *et al.*, 2005.

<sup>39</sup> Lisboa, Torre do Tombo, 18/05/2005, "A palavra aos utentes do Centros de Saúde".

<sup>40</sup> Em <http://europep.fe.uc.pt>.

cumprimento de cada critério possibilita a monitorização dos diferentes níveis de desempenho dos CS, promovendo e incentivando a melhoria dos seus serviços.

O MoniQuOr enquadra-se numa estratégia global de melhoria da organização e da prestação de serviços aos doentes que apresenta como principais preocupações:

- a organização dos serviços e
- a revisão contínua e sistemática dos processos que levam à prestação de cuidados efectivos e eficientes

A utilização do MoniQuOr pelos centros de saúde promove e incentiva:

- a validação de documentação e procedimentos
- as revisões sistemáticas e multidisciplinares
- os programas de melhoria contínua
- a melhoria da comunicação interna
- a organização de serviços centrados nos utilizadores
- a elaboração de um plano de acção

Os objectivos do programa que levaram à elaboração do MoniQuOr são:

- elaborar critérios de qualidade organizacional para utilização em CS;
- criar um sistema de avaliação inter-pares do grau de cumprimento dos critérios (auto-avaliação, avaliações cruzadas entre centros de saúde e avaliações externas)
- avaliar o impacto que o cumprimento dos critérios tem na melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- reduzir a variabilidade da qualidade organizacional nos CS.

O MoniQuor foi apresentado em Dezembro de 1997, foram aplicadas autoavaliações em 1998, avaliações cruzadas em 1999 e as primeiras avaliações externas foram realizadas em Novembro de 2000. Não se trata de um processo de acreditação dos CS, mas sim de um projecto de melhoria continua da qualidade de aspectos essencialmente organizacionais podendo, ainda assim, retirar-se alguns ensinamentos

desses processos de revisão. Em Setembro de 2000<sup>41</sup> era então dito pelo responsável nacional do projecto "é provável que com o evoluir do processo estejamos, dentro de algum tempo, em condições de ter o nosso próprio sistema de acreditação de centros de saúde, assente na experiência adquirida com o MoniQuOr". Será agora importante que o anunciado se cumpra.

---

<sup>41</sup> Revista Qualidade em Saúde, Ano I, nº1, Setembro de 2000.



## **PARTE II**

### **UM ANO DE GOVERNAÇÃO NA SAÚDE**



# II-1

## O ORÇAMENTO PARA A SAÚDE 2006: “UM ORÇAMENTO DE VERDADE”

Qualquer análise que se pretenda fazer acerca do financiamento do Serviço Nacional de Saúde tem-se confrontado, tal como já foi explicitado pelo OPSS desde 2003 e igualmente expresso nas recomendações dos diferentes Relatórios do Tribunal de Contas, com falta de disponibilização e de transparência na informação financeira.

Sabendo-se, no entanto, que o crescimento das despesas em saúde nas últimas décadas, sejam elas públicas ou privadas, tem gerado um ambiente ideológico/político favorável à redução do papel do Estado, em particular pela carga fiscal que dele deriva, tem vindo a ganhar importância na agenda política o debate sobre a eficiência *versus* a equidade e, de forma particular, as questões relacionadas com o financiamento da saúde. Quem deve pagar a factura dos doentes/utilizadores? Deve ou não ser estabelecido um tecto para a despesa pública e total em saúde? Qual o grau de intervenção do Estado no mercado de bens e serviços de saúde, de forma a controlar a oferta, os preços e a qualidade dos serviços prestados?

Será que existe um modelo de financiamento, num quadro organizativo mais global, em que os recursos destinados a financiar os cuidados de saúde, sejam eles directamente despendidos pelo beneficiário, financiados por seguros privados, pagos pelos fundos com origem em seguros sociais obrigatórios ou em impostos, apresentam uma combinação justa entre os diversos modos de financiamento, capaz de assegurar o objectivo da eficiência social? Mas, mesmo que exista um modelo capaz de assegurar um nível superior de eficiência social, qual será o seu impacto na desigualdade no acesso e, consequentemente, nos níveis de saúde?

Sabemos que o Estado não pode, sem dificuldade, fazer face à totalidade ou a grande parte dos gastos em cuidados de saúde, dado tratar-se de uma área onde o aumento de encargos é constante e onde as necessidades excedem sempre os recursos. Estima-se que o orçamento com a saúde tenha aumentado cinco vezes nos últimos 15 anos, situando-se em 2006 nos 7,8 mil milhões de Euros. Em 2004 e 2005 a despesa

com o SNS cresceu 6,3% e 5,3%, respectivamente, segundo a última estimativa de execução financeira divulgada pelo IGIF.

Presentemente, as despesas com a saúde representam cerca de 16% dos encargos da administração pública, o que equivale a cerca de 9,3% do PIB. Acresce que, segundo o Tribunal de Contas, existem importantes ineficiências que a nível do SNS determinam desperdícios em meios financeiros que corresponderão a cerca de 25% dos meios disponíveis, e que urge corrigir. Por outro lado, uma política de crescimento económico – não centrada no défice, como é o caso actual – parece ser a forma de garantir a sustentabilidade do SNS, sem aumentar as despesas de saúde já pagas pelos portugueses.

Assim, o Orçamento para 2006 foi anunciado politicamente como o orçamento que iria colocar Portugal, de novo, no bom caminho. No caminho de finanças públicas equilibradas, essenciais à credibilidade da nossa economia e à estabilidade das taxas de juro; no caminho da confiança e da criação de condições para mais investimento; no caminho da aposta na modernização tecnológica e na qualificação dos portugueses; no caminho da solidariedade social e do combate à pobreza.

No âmbito da saúde foi anunciado que teria acabado a sub-orçamentação crónica no sector onde, anteriormente, se procuravam escamotear as ineficiências de gestão e o desequilíbrio nas contas. Este orçamento para 2006 foi apresentado como um orçamento credível, para reforçar a confiança ou seja um orçamento realista, sério e de verdade. Estes anúncios e promessas são ilustrados no seguinte extracto da imprensa.

#### Orçamento a sério

O Orçamento do Estado para a Saúde para o próximo ano parece reunir os aplausos de vários quadrantes, entre os quais a oposição política. Num sector tão problemático, o ministro Correia de Campos conseguiu assim uma meia vitória. Mas a batalha mais importante será executar o Orçamento apresentado, controlando o nível da dívida sem recorrer, à semelhança dos últimos anos, ao rectificativo. O titular da pasta da Saúde conseguiu que o ministro das Finanças, Teixeira dos Santos, reforçasse as verbas em cerca de 25% face à dotação inicial de 2005. Portanto, aparentemente, a Saúde começará o ano de 2006 sem problemas de sub-orçamentação. Contudo, há sempre riscos que Correia de Campos terá de saber evitar. Nomeadamente, as "guerras" abertas com as farmácias e com os laboratórios que poderão condicionar a execução orçamental em 2006.

Diário Económico, 26-10-2005

Esse orçamento de mudança – uma mudança que se traduziria, finalmente, num orçamento capaz de reforçar a confiança e que aliaria o rigor com a redução da despesa pública, que procuraria, com coragem, fazer com que as mudanças estruturais acontecessem, introduzindo prioridades para uma sociedade mais justa e um futuro melhor – ultrapassaria, já em 2006, o problema dos orçamentos iniciais

claramente irrealistas, como se tinha verificado até aqui, e que implicavam, sempre, reforços financeiros ou orçamentos rectificativos.

Com este orçamento para 2006, que daria cobertura a 80% da despesa prevista (assumindo-se os restantes 20% através da repartição de encargos) parecia ter sido ultrapassado esse problema, conferindo-se credibilidade ao processo. Mas permanece uma questão: se o orçamento não for respeitado, o que acontece? Desde que o Ministério da Saúde continue a ser visto como o responsável pelos gastos acabará por pagar os défices e haverá sempre a tentação de os gerar. Este aspecto ainda não se alterou e não é credível que o Ministério da Saúde venha a encerrar serviços num hospital ou um centro de saúde, por falta de verba.

Será que continuará a haver margem para se exceder o orçamento atribuído, de forma sistemática? O elemento crucial para não existir credibilidade no orçamento é saber-se que o serviço de saúde sobrevive, mesmo que tenha custos sucessivamente superiores às verbas que lhe são atribuídas.

### **Como alterar o modelo de financiamento e dar-lhe sustentabilidade**

Importa ter presente que só um orçamento ajustado às reais necessidades do sector permitirá que deixem de existir, ou pelo menos se atenuem, os actuais atrasos nos pagamentos a fornecedores, que se reflectem nos preços praticados, inflacionando este mercado.

Para dar credibilidade ao orçamento como instrumento é necessário que, a não ser respeitado, sejam de facto introduzidas consequências, quer ao nível da gestão, quer ao nível da organização no seu todo, ou seja, para todos os decisores que têm capacidade de gerar despesa. No caso inverso, quando haja respeito pelos limites do orçamento, reinvestindo eventuais poupanças conseguidas a favor da instituição.

A imposição de um verdadeiro processo negocial e a criação de uma cultura de avaliação podem melhorar significativamente o controlo orçamental e é possível evitar os défices, se forem resolvidas algumas questões fundamentais na organização do sistema de saúde, nomeadamente:

- As alterações preconizadas a nível dos cuidados de saúde primários, que implicarão a prestação de cuidados de saúde de proximidade e um melhor

acompanhamento das doenças crónicas (modelos de gestão da doença), reduzindo o número de deslocações às urgências e o acesso a cuidados de saúde hospitalares, mais dispendiosos;

- A inserção de mecanismos de natureza empresarial nos serviços de saúde, poderá introduzir grandes melhorias nos processos de decisão, aumentando a eficiência das organizações;
- A introdução de estímulos ao desempenho, assentes em incentivos institucionais e individuais (positivos, negativos, monetários, não monetários) bem delineados, poderão contribuir fortemente para credibilizar o processo;
- A consolidação da distribuição dos recursos assente em contratos-programa e a aproximação a modalidades de pagamento por capitação, podem retirar incerteza sobre o sistema de pagamento, mas não resolvem perdas financeiras sucessivas nos hospitais;
- A responsabilização directa da equipa de gestão – sem indemnização e sem poder exercer funções de gestão em entidades públicas por um período nunca inferior a 5 anos – caso se verifiquem perdas financeiras não justificadas por factores claramente extraordinários e/ou o recurso sistemático ao capital social, dado que esta última solução passa por um adiar do problema.

Em conversa com o Diário Económico no final da semana passada, o secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, resumiu a estratégia de Correia de Campos nesta matéria: "Com os níveis de suborçamentação altíssimos que encontramos, o Governo assumiu a responsabilidade de, com o orçamento rectificativo, dotar os serviços do Ministério de objectivos que podem efectivamente ser alcançados". Depois, munidos de uma carta de missão que quantifica os objectivos pedidos ao responsável da administração pública, o objectivo é responsabilizar os prestadores de cuidados de saúde pelos resultados. Na reunião com os deputados, na quinta-feira, o ministro foi, aliás, bastante claro. Referindo-se aos novos administradores hospitalares, prometeu que não terá "pejo em substituí-los se não apresentarem resultados, uma vez que cada novo director tem uma carta de missão" que aponta os objectivos das direcções.

Diário Económico, 06-07-2005

Torna-se necessário ser "imaginativo" na forma de dar credibilidade ao orçamento da saúde. E talvez seja esse o maior desafio neste momento, depois do "irrealismo" dos orçamentos iniciais ter sido ultrapassado.

"O debate está lançado e a polémica instalada. O ministro da Saúde, António Correia de Campos, anunciou que tem em curso a constituição de uma Comissão para a análise do modelo de financiamento do Serviço Nacional de Saúde e que, se os descontroles orçamentais continuarem a aumentar, os cidadãos poderão com mais posses poderão ter de passar a pagar 25% ou 50% dos seus cuidados médicos. As declarações foram proferidas na passada sexta-feira, em Lisboa, na abertura do primeiro Seminário Nacional sobre Financiamento Hospitalar.

Semanário Económico, 24-02-2006

A finalizar, o OPSS não quer deixar de referir a recente nomeação de uma comissão com o propósito de estudar as alternativas de financiamento do sistema e a “sustentabilidade do modelo de financiar a Saúde que conhecemos”<sup>42</sup>. Mais concretamente, o despacho de criação desta comissão<sup>43</sup> presidida por Jorge Almeida Simões<sup>44</sup> e que deverá elaborar as recomendações até 15 de Outubro próximo, que estabelece os seguintes objectivos:

- Documentar os debates e as novas orientações internacionais das políticas de saúde, com especial atenção à União Europeia e ao domínio do financiamento sustentável dos cuidados;
- Analisar a evolução recente das necessidades de financiamento do SNS, identificando os factores do lado da procura e da oferta de cuidados de saúde que as determinam e condicionam a sua sustentabilidade financeira, incluindo os aspectos demográficos, económicos, tecnológicos, de acessibilidade e de equidade no financiamento e na utilização;
- Analisar as formas actuais de organização do SNS, identificando os aspectos críticos para o controlo de gastos na produção e seus impactos na despesa agregada da saúde;
- Analisar, à luz do enquadramento constitucional português, as diversas modalidades de partilha de custos na saúde, alternativas possíveis e seus impactos na procura de cuidados e na despesa agregada.

Despacho conjunto dos Ministros da Saúde e das Finanças n.º 296/2006

---

<sup>42</sup> Afirmção do Secretário de Estado da Saúde, em 19 de Maio, numa sessão por iniciativa da Associação Portuguesa de Engenharia da Saúde e da Associação dos Médicos Gestores de Unidades de Saúde.

<sup>43</sup> Despacho conjunto dos ministros da Saúde e das Finanças n.º 296/2006, publicado em DR II Série de 30 de Março de 2006.

<sup>44</sup> O vice-presidente desta comissão é Manuel Teixeira. Integram também este grupo de trabalho Pedro Pita Barros, João António Pereira, Paulo Kuteev Moreira, Ana Sofia Ferreira, Maria Asensio Menchero, Mónica Oliveira, Alberto Pinto Hespanhol e Paulo dos Santos Ferreira.



## II-2 O RENASCER DA CONTRATUALIZAÇÃO

Há já largos anos que, na generalidade dos países desenvolvidos, se vem verificando uma tendência para a adopção de políticas contratuais com as entidades prestadoras de cuidados de saúde, com o propósito de se assegurar a manutenção dos princípios básicos da sustentação dos sistemas de saúde, nomeadamente:

- O financiamento público,
- A universalidade no acesso e
- A equidade na prestação dos cuidados.

Também em Portugal, o actual governo adoptou como linha de acção política a reintrodução de processos de contratualização entre a administração em saúde e as instituições prestadoras de cuidados que integram o SNS.

Fala-se de reintrodução, já que este processo teve os seus primeiros desenvolvimentos com a constituição das Agências de Contratualização, inicialmente designadas de Acompanhamento<sup>45</sup>, tendo sido aí definidas como “uma instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração”, com a missão de “explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade”, promovendo uma utilização eficiente e eficaz dos recursos públicos afectos à prestação de cuidados de saúde.

A sua actividade foi abruptamente interrompida no início de 2000, recorda-se, pela mudança do titular da pasta da Saúde. Como resultado, apesar de nunca extintas por lei, as Agências de Contratualização viram-se remetidas para uma situação de existência virtual, ao condicionar-se o seu grau de intervenção exclusivamente à vontade das diversas Administrações Regionais de Saúde.

---

<sup>45</sup> Despacho Normativo nº 46/97 de 8 de Julho de 1987.

## As origens da contratualização em Portugal

Como foi já referido, a preocupação pelo acompanhamento do desempenho e pela contratualização com as organizações de saúde teve o seu surgimento, em Portugal, em 1996, através duma experiência iniciada na Região de Lisboa e Vale do Tejo que, progressivamente, se estendeu a todo o país, embora com intensidades variadas de região para região.

Estavam a viver-se momentos em que, pela primeira vez, uma das ideias predominantes na saúde era dar maior flexibilidade e capacidade de inovação à administração pública, introduzindo-se mecanismos “empresariais”, recentrando os serviços públicos no cidadão utilizador e passando de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados. Procurava-se avaliar e valorizar os ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos, substituindo a frequente visão sobre o que é gasto pelo valor que é obtido.

Dada a ambiguidade existente entre Estado prestador e Estado financiador, procurava-se apostar num Estado que fosse “bom gestor”, através da maximização da capacidade operativa do sector público, o que então se designou por rentabilização da capacidade instalada. Apostou-se na clarificação entre o financiamento e a prestação de cuidados, numa maior responsabilização das estruturas regionais da administração da saúde, num maior comprometimento dos órgãos dirigentes das unidades de saúde e no envolvimento dos restantes profissionais.

A contratualização era assim e as várias discussões que antecederam a celebração dos contratos-programa e dos orçamentos-programa com as instituições prestadoras aí estavam para o provar. A meta era criar uma missão comum – um compromisso – para políticos, gestores, dirigentes e profissionais da saúde, de tudo fazerem para maximizar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos. E quase aconteceu.

Estava-se num ciclo político sem maioria parlamentar e em que a saúde não era sequer considerada como uma prioridade de política social. As prioridades explicitadas eram a educação e o combate à pobreza (solidariedade e segurança social). De qualquer modo, o Ministério da Saúde assumiu a missão de preparar uma reforma da saúde para ser implementada em condições mais favoráveis, eventualmente numa nova legislatura, então com apoio parlamentar maioritário.

Nasce assim o projecto de reforma SNS-21 e, com ele, novos mecanismos de orientação estratégica e de responsabilização, como a estratégia da saúde, a

contratualização, as remunerações associadas ao desempenho, a gestão das doenças crónicas, o sistema de qualidade em saúde e os centros regionais de saúde pública, entre outros.

### **De novo a contratualização**

Na realidade, na actual legislatura, observa-se uma tentativa de revitalização das agências de contratualização. Porém, a sua (re)instalação efectiva ainda não se consumou, estando, ao que parece, dependente da aplicação da nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

Pretende-se que a contratualização se baseie não na produção pura e simples do número de consultas e de intervenções cirúrgicas mas, principalmente, no impacto e nos resultados dessas intervenções na vida dos cidadãos.

Assim mesmo, o processo encetado no actual ciclo de governação tem procurado promover a sua “reabilitação” realçando-se como primeiros factos positivos:

- A negociação e celebração, conjuntamente com o IGIF, dos contratos-programa com os Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) e Empresarial do Estado (EPE), para 2006. Como pode observar-se no sítio do IGIF foram celebrados contratos com todos os hospitais das regiões Norte, Centro, Alentejo e Algarve ainda que, na região de Lisboa e Vale do Tejo, neste momento, só nove hospitais tenham assinado os seus contrato-programa. Fica assim a questão de saber-se se estamos perante uma determinação nacional ou parcelar e, se sim, porquê?
- O processo de acompanhamento, já iniciado, dos contratos-programa, através da monitorização da realização das prestações de serviço acordadas com cada hospital, mensal e trimestralmente;
- A contratualização anunciada com as novas Unidades de Saúde Familiares, ao basear-se não em meros volumes de produção mas, antes, em indicadores de acesso, de desempenho assistencial, de qualidade percebida e de desempenho económico;
- O estabelecimento de protocolos com universidades para formação e investigação sobre matérias relacionadas com a contratualização de serviços

de saúde e com entidades externas para o aprofundamento dos processos de auditoria.

No actual contexto, no entanto, deve reconhecer-se a existência de um conjunto de dificuldades estruturais que importará que sejam incorporadas como dados de partida. Assim:

- A incipiente cultura de avaliação na administração pública, em geral, e na área da saúde, em particular;
- A quase inexistência de tradição de processos de negociação e da prática da gestão por objectivos;
- O insuficiente desenvolvimento das aptidões exigidas para a condução da contratualização e acompanhamento por parte da administração em saúde;
- O decorrente défice de aculturação por parte das instituições prestadoras;
- As fragilidades dos sistemas de informação.

Daí que, neste “começar de novo”, carregando-se portanto com o antecedente numa falsa partida, importe que haja lugar à afirmação política imperativa de que, desta vez, a contratualização vem mesmo para ficar. E, para tal, parece aconselhável serem cumpridos alguns quesitos essenciais, nomeadamente:

- Separação e “especialização” dos papéis da prestação de cuidados e de financiamento;
- Identificação explícita das tarefas e interdependências decorrentes da coexistência das Agências e dum organismo financiador — o IGIF reformulado;
- Clarificação do posicionamento das Agências na orgânica do Ministério da Saúde e das competências e autonomias que lhe estão associadas;
- Criação de equipas estáveis e assumidamente com competências para assegurar a tarefa;
- Adequação e transparência dos modelos para a afectação dos recursos às instituições prestadoras;

- Enunciação explícita dos incentivos e penalizações decorrentes dos níveis de cumprimento do contratualizado;
- Consagração da responsabilização efectiva dos gestores públicos, mas também da sua dotação com competências gestionárias adequadas;
- Identificação das necessidades em saúde, mas também dos possíveis impactos associados a factores não dependentes dos órgãos de gestão das instituições prestadoras;
- Plano de formação para os vários intervenientes no processo de contratualização;
- Desenvolvimento da contratualização interna nas organizações prestadoras;
- Publicitação de um plano explícito de desenvolvimento dos sistemas de informação que dêem suporte adequado à contratualização e ao processo de acompanhamento;
- Transparência, perante o cidadão, em relação aos contratos estabelecidos e à sua concretização.

Importa ainda enquadrar as orientações definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) na actividade a contratar em futuros contratos-programa, ajustando a actividade dos hospitais e centros de saúde aos objectivos e prioridades nacionais de cuidados de saúde.

É imperativo, também, recentrar as preocupações na adequação dos cuidados às verdadeiras necessidades do cidadão – entendido como a centralidade do sistema –, mantendo-se simultaneamente as preocupações nos aspectos financeiros, já que a sustentabilidade, presente e futura, do SNS está associada à sua capacidade de regulação da oferta. Para tal, é necessário dispormos de Agências de Contratualização exigentes e de uma regulação forte. Não é ainda o que existe em Portugal.



# II-3 EXISTE REGULAÇÃO?

## A formalização da entidade reguladora na saúde

Quando em 1 de Março de 2003 o Presidente da República promulgou o polémico Decreto-lei sobre a reorganização dos cuidados de saúde primários<sup>46</sup>, fê-lo admitindo que este era um “diploma difícil”<sup>47</sup> e condicionando explicitamente a sua entrada em vigor à constituição de uma Entidade Reguladora da Saúde (ERS). A sua constituição vem a ser aprovada em Conselho de Ministros, em Outubro de 2003, e é criada oficialmente em 10 de Dezembro<sup>48</sup>.



Apesar de a proposta de criação de uma entidade reguladora para a saúde já constar do Programa do XV Governo Constitucional<sup>49</sup>, a verdade é que o processo da sua constituição foi imposto, como se viu, por exigência explícita do Presidente da República, como moeda de troca para a promulgação do Decreto-lei dos Cuidados Primários.

Tendo em vista um novo Sistema Nacional de Saúde, o Governo pretende: a criação de uma entidade reguladora, com a natureza de autoridade administrativa independente, que enquadre a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho.

Programa do XV Governo Constitucional

Nasceu assim uma ERS não acompanhada por um empenhamento forte por parte do governo, ainda por cima amputada de alguns pontos relevantes constantes do projecto-lei elaborado por Vital Moreira<sup>50</sup>. Por serem os mais importantes, realçam-se a eliminação do Provedor do Utente, do Conselho Consultivo e dos poderes para o tratamento das reclamações. É próprio Vital Moreira quem, a este propósito, afirmou

<sup>46</sup> Decreto-lei 60/2003, entretanto revogado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 96/2005, de 27 de Abril de 2005.

<sup>47</sup> Lusa, 28 de Dezembro de 2003

<sup>48</sup> Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro de 2003.

<sup>49</sup> De coligação PPD-PSD/CDS-PP.

<sup>50</sup> Em 21 de Fevereiro de 2003, em entrevista ao Diário Económico, Vital Moreira — encarregado pelo então Ministro da Saúde de elaborar o regime jurídico da ERS — adiantava que “... a nova Autoridade Reguladora da Saúde vai ser um *watch dog* com dentes”, e não apenas uma entidade meramente consultiva” que “terá mais independência e mais poder do que o INFARMED. Por exemplo, as sanções vão desde a simples advertência à coima pesada ou à suspensão de actividade”.

ao Jornal das Beiras de 12 de Dezembro de 2003: “Infelizmente algumas coisas importantes ficaram pelo caminho no diploma que foi publicado” (...) “Mas alguma coisa de virtuoso ainda ficou”.

Se o projecto-lei inicialmente proposto por Vital Moreira já denunciava uma abordagem marcadamente centralista da regulação em saúde, as alterações aprovadas pelo governo acentuaram-na, e o processo escolhido pelo governo para a criação confirmaram-na.

Quatro aspectos podem ser destacados como os mais relevantes:

- O primeiro tem a ver com o procedimento legislativo. A criação de uma entidade reguladora da saúde deveria ser objecto de uma lei da Assembleia da República (AR) e não de um Decreto-lei, até porque deve ser considerada como uma das bases do sistema de saúde.
- O segundo corresponde à forma de nomeação do órgão regulador e dos seus elementos. São “nomeados por Resolução do Conselho de Ministros, sob proposta do Ministro da Saúde”. Ora, parece ser mais avisado que a nomeação seja feita pela AR.
- O terceiro aspecto alvo de preocupação neste diploma está relacionado com os poderes previstos para a ERS, tendo sido, de imediato, criadas áreas de conflito com outras entidades do mesmo Ministério, como é o caso da Direcção-Geral da Saúde (DGS), do Instituto da Qualidade em Saúde (IQS)<sup>51</sup>, da Inspeção-Geral da Saúde (IGS) ou, mesmo, do Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) do MS.
- Por fim, o quarto aspecto está relacionado com a prestação de contas e responsabilização pública. A ERS está apenas sujeita à tutela do MS e, nalguns casos, do Ministério das Finanças (MF). Assim, não há qualquer acompanhamento ou discussão nem do Plano de Actividades, nem do Relatório de Actividades que a Entidade fica obrigada a elaborar, como aliás estava previsto no projecto de diploma e que não vingou. Esta, limita-se e ter de os enviar ao Ministro da Saúde que fica obrigado, apenas no caso do Relatório, a

---

<sup>51</sup> Na entrevista dada ao Jornal de Notícias, 19 de Abril de 2005, o então Presidente da ERS apresenta um conjunto de projectos de curto prazo que entram claramente nas áreas do IQS, nomeadamente “fazer a avaliação da qualidade das unidades de saúde do sector público, hospitais e centros de saúde”.

dar conhecimento à AR e a enviá-lo para publicação. Quanto ao Plano de Actividades<sup>52</sup>, nem sequer está prevista a sua divulgação pública.

Aprovada e criada em finais de 2003<sup>53</sup>, só em 14 de Abril de 2005 é publicada a Portaria<sup>54</sup> em que é apresentado o regulamento interno que define a organização e o funcionamento dos seus serviços. Em 19 de Abril de 2004 toma posse o até então director do serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Professor Rui Nunes.

Os objectivos definidos para a ERS são regular, supervisionar e acompanhar a actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde e especificamente:

- Pronunciar-se sobre contratos de concessão e gestão de unidades públicas privadas, sobre as convenções entre o sector público e os sectores privado e social e sobre os requisitos e regras de licenciamento dos prestadores de cuidados de saúde;
- Defender os interesses dos utentes;
- Garantir o direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde; e
- Prevenir a discriminação de pacientes.

O primeiro ano de vida da ERS, de acordo com as entrevistas do seu Presidente, foi sobretudo de instalação e de definição da sua actuação<sup>55, 56</sup>. Não foi um ano pacífico para a ERS, em aspectos relacionados com a sobreposição de áreas de intervenção com outras entidades (DGS, IQS, e IGS) e, sobretudo, no que se referiu às taxas de financiamento cobradas aos operadores privados<sup>57</sup>.

---

<sup>52</sup> Apesar desta possibilidade, a ERS publicou o seu Plano de Actividades e o Relatório de Actividades no sítio da entidade em <http://www.ers.pt>.

<sup>53</sup> Decreto-lei 309/2003, de 10 de Dezembro de 2003.

<sup>54</sup> Portaria n.º 418/2005 (Diário da República 73 Série I-B dos Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde).

<sup>55</sup> Conforme entrevista dada pelo então Presidente da ERS ao Jornal de Notícias, 19 de Abril de 2005.

<sup>56</sup> Relatório de Actividades 2004, publicado no site da ERS

<sup>57</sup> Sobretudo da Associação Portuguesa da Hospitalização Privada que se queixou de discriminação relativamente ao sector público (O Público, 8 de Abril de 2005), e da Federação Nacional de Prestadores de Cuidados de Saúde que acusa a ERS de ser um "(...) monstro burocrático que cobra montantes sem paralelo noutro organismo por registos públicos e até impostos ilegais". Público, 26 de Março de 2005.

A ERS gastou 437 mil euros, mais de metade absorvidos pelas remunerações dos "órgãos sociais" e pela aquisição de "materiais de transporte" — três veículos "afectos ao Conselho Directivo".

A renda mensal paga pela ala ocupada no Palácio da Bolsa do Porto é então de 7.500 euros.

ERS, Relatório de Actividades 2004

Com a entrada de um novo governo, em 2005, e de um novo Ministro da Saúde, todos os actores na área da saúde aguardavam com alguma expectativa o desenrolar dos factos, de modo a perceber-se quais iriam ser as orientações para a ERS.

O então Presidente da ERS, apesar de inicialmente ter dito que teve uma "impressão positiva"<sup>58</sup> na sua primeira reunião com o actual Ministro da Saúde, rapidamente passou a falar de "falta de apoio institucional"<sup>59</sup>, "o Ministério da Saúde não tem apoiado" e uma vez mais de "falta de apoio institucional", que se estendia também ao então Presidente da República<sup>60</sup>. Paralelamente, queixa-se, também, da falta de dotação de recursos económicos e financeiros que permitam à ERS desenvolver o seu trabalho<sup>61,62</sup>. O Ministro Correia de Campos, por diversas ocasiões teceu críticas à ERS ao afirmar que esta já se deveria ter preocupado com a "ausência de concorrência em sectores onde não se justifica a fixação administrativa de preços, como os meios complementares de diagnóstico e o transporte de doentes"; por outro lado, manifestou a vontade de ter "uma entidade reguladora forte" e admitiu que o Governo estava "a tentar rever a Portaria e o financiamento da ERS"<sup>63</sup>. Este processo culmina com o pedido de demissão de Rui Nunes, a 4 de Julho de 2005.

Em 17 de Dezembro de 2005 tomou posse como novo presidente da ERS o economista Álvaro Almeida<sup>64</sup>. De entre as medidas por ele tomadas contam-se a diminuição para metade das taxas de financiamento cobradas aos operadores de mercado e a abertura das inscrições para estes operadores.

Mais recentemente, o ministro Correia de Campos afirmou que quer que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) passe a ser nomeada pelos deputados da Assembleia da República, de forma a conferir-lhe maior independência, e defendeu que esta entidade deve ser "reconfigurada" (13 de Fevereiro de 2006) aproximando-a mais de

---

<sup>58</sup> Conforme entrevista dada pelo então Presidente da ERS ao Jornal de Notícias, 19 de Abril de 2005.

<sup>59</sup> Jornal de Notícias, 30 de Maio de 2005.

<sup>60</sup> Público, 5 de Julho de 2005.

<sup>61</sup> Jornal de Notícias, 19 de Abril de 2005.

<sup>62</sup> Vida Económica, 13 de Maio de 2005.

<sup>63</sup> Jornal de Negócios, 12 de Maio de 2005.

<sup>64</sup> Jornal de Notícias, 12 de Dezembro de 2005.

uma estrutura de regulação económica. Pormenorizando, Correia de Campos afirma que a ERS deverá, entre outros aspectos, avaliar a “lógica económica de funcionamento do sector convencionado, medindo os custos sociais de eventuais disfunções, sugerindo alterações, nomeadamente nos casos do transporte de doentes e das tabelas de preços (dos exames pagos aos convencionados)”.

## O que disse o OPSS

Os factos expostos levam a afirmar-se que todo o processo referente à ERS configura uma falsa partida. Para tal, terá contribuído, desde logo, a forma como foi imposta. Mas, não menos importante, é também o facto de a sua conceptualização não se ter sustentado em bases robustas de conhecimento e evidência. Importa, por isso, agora, que se questione se esta má experiência servirá, pelo menos, como um processo de aprendizagem.

Ao longo dos seus três últimos três Relatórios, o OPSS foi tecendo considerações e propondo contributos para esta questão. Do então escrito, seleccionaram-se as passagens seguintes:

A forma relativamente invulgar como se processou a promulgação deste diploma (Entidade Reguladora da Saúde), por parte do Presidente da República, não deverá possivelmente ser interpretada “*sensu strictu*”, mas mais como uma manifestação de incomodidade pela natureza e amplitude do desacordo expresso em relação a esta iniciativa legislativa ser, de facto, pouco habitual. Aliás, não é previsível que uma “entidade reguladora”, por mais necessária que ela seja e por mais apropriado que o seu desenho possa ser, consiga suprir, por si só, o considerável défice dos dispositivos de regulação e governação ilustrado neste Relatório.

Relatório da Primavera 2003

No caso da instituição da “Entidade Reguladora de Saúde” (ERS) optou-se por uma solução invulgar, sem qualquer estudo conhecido sobre o complexo sistema regulador da saúde já existente, e sobre a melhor maneira de o melhorar ou complementar. (...)

Não é possível identificar um só actor social relevante que se tenha identificado com esta forma de fazer as coisas. (...)

Entidade Reguladora da Saúde - Concepção alheia à ideia fundamental de “sistema regulador”, polémica por falta de debate público aquando da sua adopção, com uma grande convergência de pontos de vista negativos dos mais diversos sectores de opinião da sociedade portuguesa.

A criação de uma Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é, sem dúvida, uma iniciativa inovadora e, até certo ponto, inédita no contexto internacional. De facto não se conhece nenhuma outra entidade com as mesmas ou idênticas características e atribuições em qualquer outro país. Fica agora a questão de avaliar quais os efeitos e impactos da sua acção no sistema de saúde português, sendo certo que a mesma dificilmente se tornará efectiva, se não se fundamentar em mecanismos de auto e heteroregulação aos diferentes níveis do sistema.

Relatório da Primavera 2004

Actividade Reguladora

- Adaptar a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) às funções de regulação da concorrência no sector e dotá-la dos meios necessários;
- Renegociar em condições de concorrência as convenções sobre meios de diagnóstico, terapêutica e transporte de doentes

Relatório da Primavera 2005

## II-4 NASCER COM QUALIDADE

Não se afigura correcto, ou mesmo possível, analisar o anunciado encerramento dos blocos de partos pelo Ministério da Saúde, sem se enquadrar o problema e debruçarmo-nos sobre o seu contexto. E este contexto tem os seus alicerces, em parte, no envelhecimento da população e, em especial, na desertificação de algumas regiões de Portugal e na escassez de governação e de coragem política dos últimos anos.

É um facto que algumas regiões do país estão progressivamente a desertificar-se e pouco parece ser feito para o contrariar. É o caminho-de-ferro que já lá não passa, as estações de correio que fecharam e as escolas que foram encerradas, como consequência de políticas pouco preocupadas com o ordenamento do território e pouco orientadas para os cidadãos, onde quer que vivam no território português. É, portanto, uma sucessão de medidas aparentemente avulsas, que não assentam numa definição explícita e estratégica. Em saúde, como em outros domínios, os portugueses não podem ser tratados diferentemente e serem discriminados só porque vivem em determinadas áreas geográficas. Para além disto, há a referir um certo anacronismo da rede de prestação de cuidados, implementada de uma forma não planificada e não se tendo integrado o enorme desenvolvimento de acessibilidades.



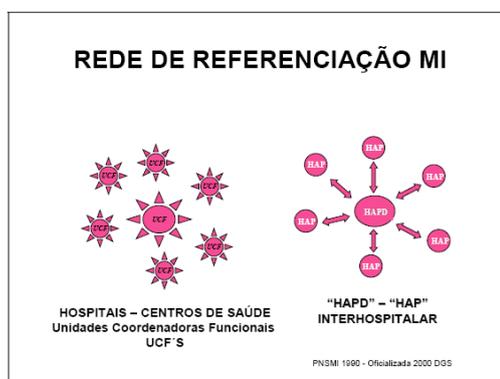
Parece também óbvio que o encerramento dos blocos de partos está a ser encarado pela população, por alguns políticos e por alguns fazedores de opinião, ao nível local, mas nalguns casos também nacional, como se se tratasse de uma decisão puramente "economicista". Se em relação a uns essa

interpretação até pode ser compreendida, em relação a outros é mais uma manifestação de pouca coerência com opções tomadas em diferentes ciclos políticos.

No entanto, embora estes aspectos possam ter algum peso no que concerne às situações de serviços de urgência, o mesmo não deveria acontecer, pelo menos com tanta intensidade, quando nos referimos ao encerramento dos blocos de partos. É algo que já vem sendo discutido há alguns anos e em relação ao qual algumas decisões têm mesmo sido tomadas.

Por exemplo, já em 1989 foi criada a Comissão Nacional de Saúde Materno Infantil (CNSMI) que:

- Hierarquizou os hospitais em Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD);
- Integrou hospitais e centros de saúde em Redes de Referência Materno Infantil, com áreas geográficas bem definidas e com Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) para permitir a articulação entre as entidades; e, entre outras iniciativas,
- Criou o Boletim de Saúde da Grávida, com preenchimento obrigatório.



A actuação desta Comissão, levou ao encerramento de 150 maternidades em condições deficientes de funcionamento e foi, em grande parte, responsável pelo sucesso materno-infantil que vivemos nos últimos 15 anos. Aliás, nesse período, Portugal passou de um país com indicadores materno-infantis ao nível de um país subdesenvolvido para, actualmente, fazer parte do grupo dos melhores países a nível mundial.

Portugal conseguiu colocar-se numa posição cimeira no ranking mundial da mortalidade infantil. Foi possível passar de posições de vergonha para lugares cimeiros. Em 1990 aquela taxa era de 10,9 por cada mil nascimentos. Em 2004 desceu para 3,8. A tendência tão marcadamente descendente deste indicador reflecte esse êxito. Fenómeno que aconteceu porque a dispersão dos blocos de parto foi combatida. As mães deixaram de ter os seus filhos nos respectivos concelhos de residência. Foram sucessivamente encerrando salas de parto dos hospitais das Misericórdias, dos hospitais concelhios, dos hospitais sem meios apropriados, sem equipamentos, sem especialistas. Estabeleceu-se uma rede de referênciação.

Artigo do Director-Geral da Saúde, Público, 15 de Maio de 2006

O XIII Governo, por razões idênticas às apresentadas pelo actual executivo, encerrou a Maternidade de Ovar e a Magalhães Coutinho e, por outro lado, concentrou partos no Centro Hospitalar do Médio Tejo. Também, já em 2004, a mesma comissão de peritos tinha proposto ao então ministro o encerramento das maternidades de Mirandela, Póvoa do Varzim, Guarda e Cascais. Aliás, os casos do eventual encerramento de Bragança, Mirandela ou Chaves levaram mesmo o então Secretário de Estado Adjunto, Adão Silva, a declarar que se demitiria se o governo se decidisse pelo encerramento de algumas dessas maternidades.

O actual governo demonstrou coragem ao tentar colocar de novo no terreno decisões tecnicamente defensáveis, que só interesses locais mais pequenos têm dificultado.

Segundo o Relatório “Organização Perinatal Nacional” da actual Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal (CNSMN), datado de Março de 2006, em Portugal 80% dos recém-nascidos “nascem em locais, com uma estrutura que dispõe de condições mínimas e uma equipa perinatal tipo, capaz de assegurar qualidade e segurança no nascimento e no parto”.



Essa equipa, definida entretanto pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos como a exigida para garantir qualidade e segurança contínua do nascimento e do parto, tem de ser composta por, pelo menos, dois médicos com especialidade de Ginecologia e Obstetrícia, possuir disponibilidade permanente de um anestesista, de um pediatra com competência em Neonatologia e de, pelo menos, duas enfermeiras, uma das quais com a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica.

Para além destes recursos humanos, o mesmo Colégio de Especialidade define que, no bloco de partos, deverá haver “uma sala de operações permanentemente disponível, com acesso directo da sala de partos; um monitor fetal por cada cama de partos; um ecógrafo sempre disponível; instalação central de gases e vácuo; duas mesas e equipamento adequado para a reanimação do recém-nascido”, para além de um “apoio permanente de Serviço de Sangue, Imagiologia, Laboratório e apoio de Cirurgia”. Por fim, é definido que 1.500 partos por ano é o “número mínimo de

partos que garante eficiência e uma rotina perinatal, com garantia contínua de qualidade”.

Antes das propostas de concentração dos partos em locais que garantam imediatamente qualidade e segurança, o relatório da CNSMN afirma ainda que 10% dos recém-nascidos “nascem fora da Rede de Referência Materno-Infantil (RRMI), sobre os quais não há controlo de qualidade, e que os restantes 10% “nascem em locais onde não existem as condições mínimas citadas, indispensáveis para garantir níveis mínimos de segurança durante o parto”, o que acontece em “cerca de um terço das maternidades portuguesas onde o número de partos efectuados por dia é inferior a 4”.

Ainda segundo um comunicado do Ministério da Saúde de 28 de Março de 2006, “de entre os 50 hospitais e maternidades do SNS onde hoje se processam partos, apenas 27 acumulam as condições técnicas exigidas com ritmo de trabalho que mantenha a actualização e adestramento do respectivo pessoal. De entre os 23 locais onde o número de partos ocorridos é inferior a 1.500/ano, 15 encontram-se abaixo dos 1.200 partos/ano, 12 abaixo dos 1.000 partos e 5 abaixo de 500 partos/ano.”

Deste modo, foi anunciado pelo Governo o encerramento dos blocos de partos dos hospitais de Amarante, Barcelos, Santo Tirso, Lamego, Oliveira de Azeméis, Figueira da Foz, Torres Vedras, Vila Franca de Xira, Cascais e Elvas. A concentração dos partos destes 10 blocos está prevista de acordo com o quadro 6.

Quadro 6 - Concentração dos partos

| Blocos a encerrar       | Hospitais onde está prevista concentração de partos               |
|-------------------------|---|
| H São Gonçalo, Amarante | H Padre Américo, Vale do Sousa                                    |
| H Barcelos              | H São Marcos, Braga *   |
| H Santo Tirso           | H São João de Deus, Famalicão                                     |
| H Lamego                | H de Vila Real ou H São Teotónio, Viseu                           |
| H Oliveira de Azeméis   | H São Sebastião, Feira  |
| H Figueira da Foz       | Maternidades de Coimbra ou H Santo André, Leiria                  |
| H Torres Vedras         | H Caldas da Rainha, Maternidade Alfredo da Costa ou H Santa Maria |
| H Vila Franca de Xira   | Maternidade Alfredo da Costa ou H D. Estefânia                    |
| H Cascais               | H São Francisco Xavier  |
| H Elvas                 | H Portalegre  |

\* a transformar brevemente em HAPD

O bloco de partos do hospital de Chaves, que a CNSMN considera “sem capacidade”, vê a resolução do problema adiada até se “resolver a rede viária”. Por outro lado, a

mesma Comissão propõe um entendimento no grupo de hospitais da Beira Interior (Hospital Sousa Martins da Guarda, Centro Hospitalar da Cova da Beira e Hospital Amato Lusitano de Castelo Branco) com vista à decisão onde concentrar o bloco de partos.

É importante salientar que, ao contrário do que tem sido o tom e o mote da maioria das intervenções na imprensa dos diversos autarcas e de elementos de oposição à ideia de encerramento, não se trata de encerrar maternidades, mas sim de blocos de partos. Isto tem dois significados essenciais:

- O primeiro é que não há razão para pensar que o acompanhamento que é hoje feito pelos obstetras à mãe antes e depois do parto e pelos pediatras à criança após o nascimento se alterarão, quando em princípio irão ser realizados pelas mesmas pessoas e nos mesmos locais em que se têm processado nos últimos anos; e
- O segundo é que os actuais obstetras que realizam os partos serão integrados em escalas de urgência nos hospitais que, por razões de concentração, vêem o número de partos nas suas unidades aumentado.

Esta ideia está espelhada nas declarações do Ministério vindas a público já em Janeiro de 2006.

#### MINISTRO DA SAÚDE EXPLICA CONCENTRAÇÃO DE SERVIÇOS

Hoje há urgências que dão "falsas sensações de segurança" à população.

"Temos a situação bem mapeada, a identificação das necessidades reais do país", adiantou apenas, à margem da inauguração do novo auditório do Hospital Geral de Santo António (HGSA). Correia de Campos garantiu que, na base das alterações em estudo, o que está em causa é "a qualidade do atendimento às populações" e não "qualquer motivação economicista". E explicou que o objectivo passa por "não dar falsas sensações de segurança", como por vezes acontece, porque actualmente "há serviços [de urgência] que não têm condições" dar todas as garantias necessárias à população.

Para o ministro, algumas pessoas têm reagido mal ao anúncio destas medidas "por insuficiente informação": "Não haverá encerramento de maternidades [urgências de obstetrícia]." Estas continuam a funcionar, fazendo consultas pré-natais e pós-natais, explicou, acrescentando que os locais de partos é que "podem vir a ser concentrados", passando para cidades onde haja melhores condições. "As mulheres sabem muito bem onde é que os partos são mais seguros" e haverá "sempre alternativas", asseverou.

Público, 10-01-2006

Achamos, no entanto, que todo este processo talvez pudesse ter sido conduzido de forma diferente se tivessem sido encaradas com antecedência as eventuais reacções dos autarcas, mesmo quando imbuídas de alguma dose de populismo.

A razão fundamental para o encerramento destes blocos de partos baseia-se na noção de serviços centralizados como sendo mais seguros e mais custo-efectivos. Trata-se

de uma questão de segurança e de racionalização da oferta dos serviços pelo SNS. Isto porque o nascer é hoje uma questão cada vez mais complexa em função da média de idade das mães e/ou da sua exposição a factores de risco, exigindo-se por isso mais e melhores condições do que outrora. A vulgaridade com que se encara o acto de nascer não deve fazer com que se menosprezem as condições em que tal acto se pratica.

Estima-se em 12 o número de vidas anuais de recém-nascidos que se perdem em Portugal por razões ligadas à insuficiente qualificação técnica dos locais onde o parto ocorre.

Numa sociedade que se preocupa com a segurança com que o acto médico é praticado, a probabilidade de existirem complicações obstétricas e perinatais é suficiente para que sejam encerradas as instalações que não apresentem níveis aceitáveis de condições para o nascer. Ao proceder desta maneira o Ministério da Saúde está a cumprir com as obrigações que tem para com os cidadãos portugueses.

No entanto, a situação que se criou em Portugal deve ser analisada de uma forma mais profunda e de acordo com as condições específicas de cada caso. Principalmente tendo em conta que, ainda segundo a CNSMN, há que “garantir um sistema de transporte da grávida com qualidade, com acompanhamento de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica para distâncias superiores a 20 Km ou mais de 30 minutos”. O transporte *in utero* deve ser feito com qualidade.

Por outro lado, há também que informar os cidadãos das localidades onde virão a ser encerrados os blocos de parto das alternativas que passam a ter para o nascimento dos seus filhos e da melhoria de qualidade e de segurança que passam a ter.

Também os autarcas, restantes políticos e as ARS devem ser mais envolvidas neste processo<sup>65</sup>.

Parece-nos, no entanto, que ainda há que fazer mais um alerta. Assumindo como correcto o pressuposto da falta de condições humanas e materiais para se garantir a segurança ao nascer — e nós não duvidamos disso — afigurasse-nos aconselhável que

---

<sup>65</sup> Mais recentemente, um outro aspecto veio aumentar a complexidade desta situação. Trata-se das providências cautelares pedidas pelas Câmaras Municipais em nome dos seus municípios e decididas por magistrados. Isto levanta questões ainda não equacionadas anteriormente como, por exemplo, a quem os cidadãos deverão exigir responsabilidades se se demonstrar que as condições estruturais em que se realizou um determinado parto são as causadoras de morte ou de deformação de uma criança. Ao Ministro da Saúde, ao Conselho de Administração do Hospital, aos profissionais, ao Magistrado?

o Ministério da Saúde se precaveja e impeça qualquer tentativa de aproveitamento desta situação para a criação e manutenção de unidades privadas de partos que, a não terem as condições agora exigidas para os serviços públicos nunca poderão funcionar.

Cabe ao Ministério da Saúde, em coerência aliás com a orientação até agora adoptada, iniciar uma análise das condições em que, na actividade privada, estão a realizar-se os partos em Portugal. Este é mais um caso em que o serviço público de prestação de cuidados de saúde pode ser encarado como referência e regulador do desempenho do Sistema de Saúde, no seu todo.

Aliás, só nesta linha de raciocínio podemos interpretar as palavras do Ministro da Saúde transcritas abaixo.

Poucos dados existem sobre as condições em que trabalham as maternidades privadas que, segundo a tutela, são responsáveis por apenas 10% do total de partos realizados no País. Essa radiografia vai ser agora realizada pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) - o organismo que tem como função fiscalizar todo o sector, público ou privado. A reguladora prepara-se para inventariar o número de maternidades a funcionar e as condições e recursos com que conta cada uma.

Na quarta-feira, o Ministro da Saúde, Correia de Campos, anunciou a sua intenção de estender aos privados "os mesmos critérios de qualidade" que estão agora a ser aplicadas às maternidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS). "A minha preocupação maior é com os hospitais públicos, que realizam 90% dos partos. Mas não nos podemos descartar das nossas responsabilidades de regulação", disse ao DN o titular da pasta. Critérios que serão agora definidos pela Direcção-Geral da Saúde. O Director-Geral da Saúde, Francisco George, confirma estar "a trabalhar nessas áreas". Até porque "o Estado tem obrigações legislativas no sector público e de regulação no sector privado".

Diário de Notícias, 12 de Maio de 2006

Em conclusão, a necessidade de se reconfigurar a rede de serviços do SNS parte, entre outros, de três dados fundamentais:

- Novas necessidades, expectativas e tecnologias em saúde;
- Envelhecimento demográfico; e
- Profundo melhoramento dos eixos viários, gerando novas acessibilidades.

Da actual intervenção do Ministério da Saúde nesta área, que como foi já referido tem sustentação técnica em termos dos blocos de partos, fica apesar de tudo a questão de se saber se estamos perante um processo de reestruturação integrada da rede de cuidados, envolvendo portanto o mapear coerente e integrado das diversas valências na carta hospitalar, ou se esta é uma intervenção desgarrada duma concepção mais global dessa rede de serviços. Importa perguntar se a análise deve ser feita no sentido necessidades em saúde, rede de serviços, especialidades, ou se o foco vai no sentido especialidades, rede de serviços, necessidades em saúde.



# 11-5 A REFORMA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

Ainda antes de se passar ao balanço da actividade governativa transcorrida desde a posse do actual Governo, importará porventura que se relembrem alguns dos aspectos constantes do Programa do Partido Socialista às eleições de 22 de Fevereiro de 2005 e do Programa de Governo:

Assim, no Programa do PS afirmava-se:

Os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde. O Centro de Saúde (CS) constitui a entidade enquadradora das unidades de saúde familiar (USF). Serão adoptadas as seguintes medidas de política:

- Reestruturação dos Centros de Saúde criando Unidades de Saúde Familiar (USF), obedecendo aos princípios seguintes: (a) pequenas equipas multi-profissionais e autoorganizadas; (b) autonomia organizativa funcional e técnica; (c) contratualização de uma carteira básica de serviços; (d) meios de diagnósticos descentralizados; (e) sistema retributivo que premeie a produtividade, acessibilidade e qualidade;
- As Unidades de Saúde Familiar devem ser integradas, em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao sector público administrativo (USF pública ou em Regime Remuneratório Experimental), quer pertencendo ao sector cooperativo e privado;
- Reforçar e desenvolver em cada Centro de Saúde um conjunto de serviços de apoio comum às USF: vacinação, saúde oral, saúde mental e consultorias especializadas, incluindo a participação de especialistas do hospital de referência, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação;
- Revogação do decreto-lei 60/2003 (Centros de Saúde), a substituir por novo diploma;
- Reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família, atraindo jovens candidatos.

E acrescentava-se que:

Será estimulado o contacto directo paciente-profissional, via telefone e correio electrónico. A organização das Unidades de Saúde Familiar, do tipo Regime Remuneratório Experimental (RRE) ou outra, deverá permitir que, até ao final de 2006, pelo menos 2 milhões de utentes possam já usufruir deste tipo de cobertura de cuidados de saúde. Os contratos com as USF devem prever uma carteira de serviços básicos e outra de serviços adicionais, na qual se inclua o atendimento de 24 horas.

Por seu turno, do Programa do XVII Governo constitucional constavam as seguintes medidas de política:

- aprofundar e desenvolver a reorganização da Rede de Cuidados Primários vocacionando-a como o primeiro contacto dos cidadãos, sempre que possível, com o Sistema de Saúde, e proporcionando a cada português o seu Médico de Família e um atendimento atempado, eficaz e humanizado;
- operacionalizar o conceito de Rede de Cuidados Primários em que possam coexistir estabelecimentos e operadores públicos, privados e sociais com explicitação dos resultados e ganhos de saúde a atingir para a população, assegurando a gestão dos Centros de Saúde;
- ou através da gestão pública directa de acordo com os princípios do Dec.Lei nº.60/2003 de 1 de Abril;
- ou através da gestão contratualizada com abertura preferencial às cooperativas de profissionais de saúde, e também a entidades do sector social e à iniciativa autárquica, universitária e/ou outras, utilizando modelos de contratualização baseados em capitações e em incentivos ligados a ganhos de saúde;
- incrementar a curto prazo «programas de melhoria» na gestão corrente dos Centros de Saúde;
- atribuição de Médico de Família através da identificação de vagas nas listas dos Médicos;
- melhoria da produtividade através da negociação de objectivos concretos e individuais;
- melhoria da qualidade de acesso focalizada na maior facilidade de agendamento de consultas, reduzindo o tempo de espera para as marcações e melhorando a pontualidade no atendimento;
- reformular, aprofundando e aperfeiçoando, o Regime de Remuneração Experimental - RRE nos Centros de Saúde; contratualização de serviços com grupos de Médicos dos Centros de Saúde incluindo acordos de intersubstituição e complementaridade.

Transcorrido que é mais de um ano sobre estas afirmações, que balanço pode hoje fazer-se sobre este período de actividade governativa?

### Um ano após, os factos...

O primeiro facto político que merecerá destaque foi a correcção de trajetória na gestão dos Centros de Saúde do sector público administrativo. Se no Programa do Partido Socialista se preconizava a “Revogação do decreto-lei 60/2003, a substituir por novo diploma”, já no Programa do Governo era preconizada a sua “gestão pública directa de acordo com os princípios do Decreto-Lei nº. 60/2003, de 1 de Abril” - o texto normativo herdado do governo anterior e que conheceu alargada contestação no sector.

Esta contradição virá a ser anulada pelo Comunicado do Conselho de Ministros de 7 de Abril de 2005<sup>66</sup> onde pode ler-se a decisão de aprovar o Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho que:

revoga o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, que cria a Rede de Cuidados de Saúde Primários, e repristina o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde

<sup>66</sup> Resolução do Conselho de Ministros nº 96/2005, de 27 de Abril de 2005.

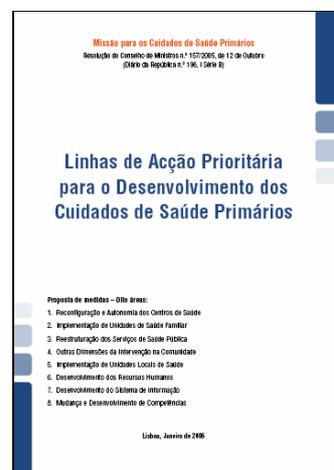
E acrescenta a referida Resolução:

Até à reforma dos Centros de Saúde, repõe-se em vigor o regime legal relativo a estes Centros, de 1999, e que, em 2003, foi substituído por um novo regime jurídico totalmente inadequado, que não teve em conta a diversidade de situações que se verificam no País

O Decreto-Lei, agora “repristinado” é, recorda-se, o aprovado no XIII Governo Constitucional e que ficou conhecido como dos Centros de Saúde de Terceira Geração.

O segundo facto a merecer destaque decorre dessa mesma reunião do Conselho de Ministros, ao aprovar a criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários “com a missão específica de desenvolver a metodologia para a criação de Unidades de Saúde Familiar, num prazo máximo de 180 dias, definidas como a unidade nuclear de prestação de cuidados de saúde de proximidade ao cidadão, constituída por uma equipa multidisciplinar mínima capaz de garantir, com autonomia funcional e técnica, um plano assistencial a uma população determinada, ao nível dos cuidados de saúde primários.”

Este grupo de trabalho, em linha com os princípios já há longo tempo defendidos pelas lideranças profissionais, nomeadamente dos médicos de família, elaborou o documento “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários”<sup>67</sup>, entregue ao Ministro da Saúde em 15 de Julho de 2005 onde, para além de explicitar propostas de medidas em oito áreas, preconizava a criação de um Grupo de Missão “com o propósito de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiares”. Esta linhas de acção prioritária estão resumidas no quadro 7.



<sup>67</sup> Ministério da Saúde, 2005.

### Quadro 7 - Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP

- Reconfiguração e autonomia dos Centros de Saúde
- Implementação de Unidades de Saúde Familiares
- Reestruturação dos Serviços de Saúde Pública
- Outras dimensões de intervenção na comunidade
- Implementação de Unidades Locais de Saúde
- Desenvolvimento dos Recursos Humanos
- Desenvolvimento dos Sistemas de Informação
- Mudança e desenvolvimento de competências

Fonte: Ministério da Saúde, 2005



Do referido documento, colocado no sítio da Direcção Geral da Saúde para consulta pública a decorrer entre 3 de Julho e 15 de Setembro de 2005, foi recebido um total de 64 contribuições.

Uma semana após o termo da discussão o Conselho de Ministros determina<sup>68</sup> a criação de uma Estrutura de Missão para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, com a duração de 18 meses.

Durante o mês de Janeiro de 2006 tem lugar uma ronda de reuniões a nível nacional, em cada ARS, promovida pelo Grupo de Missão e com a presença do Ministro da Saúde, com o propósito de apresentar a todos os colaboradores em cada ARS os termos gerais de constituição das USF.

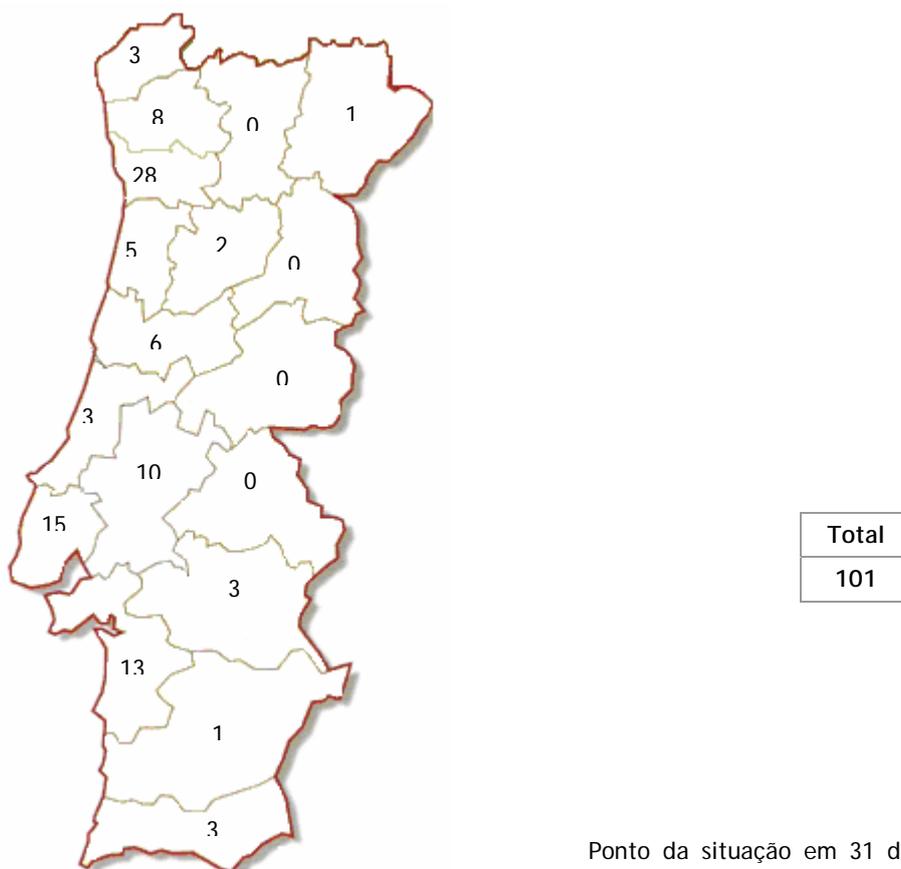
Em 16 de Fevereiro é publicado o Despacho Normativo n.º 9/2006 onde consta, como anexo, o Regulamento para lançamento e implementação das Unidades de Saúde Familiar. Em 1 de Março de 2004 abriu a primeira fase de candidaturas (voluntárias) para a constituição de USF.

O ponto de situação datado de 31 de Maio colocado no sítio da Missão para os Cuidados de Saúde Primários<sup>69</sup> dá-nos conta da entrada de 101 candidaturas, envolvendo 1 997 profissionais de saúde — 678 médicos, 662 enfermeiros e 516 administrativos, cobrindo 1.203.013 cidadãos, mais 160.028 do que no modelo organizacional anterior. A figura 6 indica a distribuição geográfica das candidaturas apresentadas. De reparar a escassez de candidaturas da faixa interior do país.

<sup>68</sup> Comunicado do Conselho de Ministros, de 22 de Setembro de 2005 e Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro.

<sup>69</sup> Em <http://www.mcsp.min-saude.pt>.

Figura 6 - Distribuição das candidaturas USF



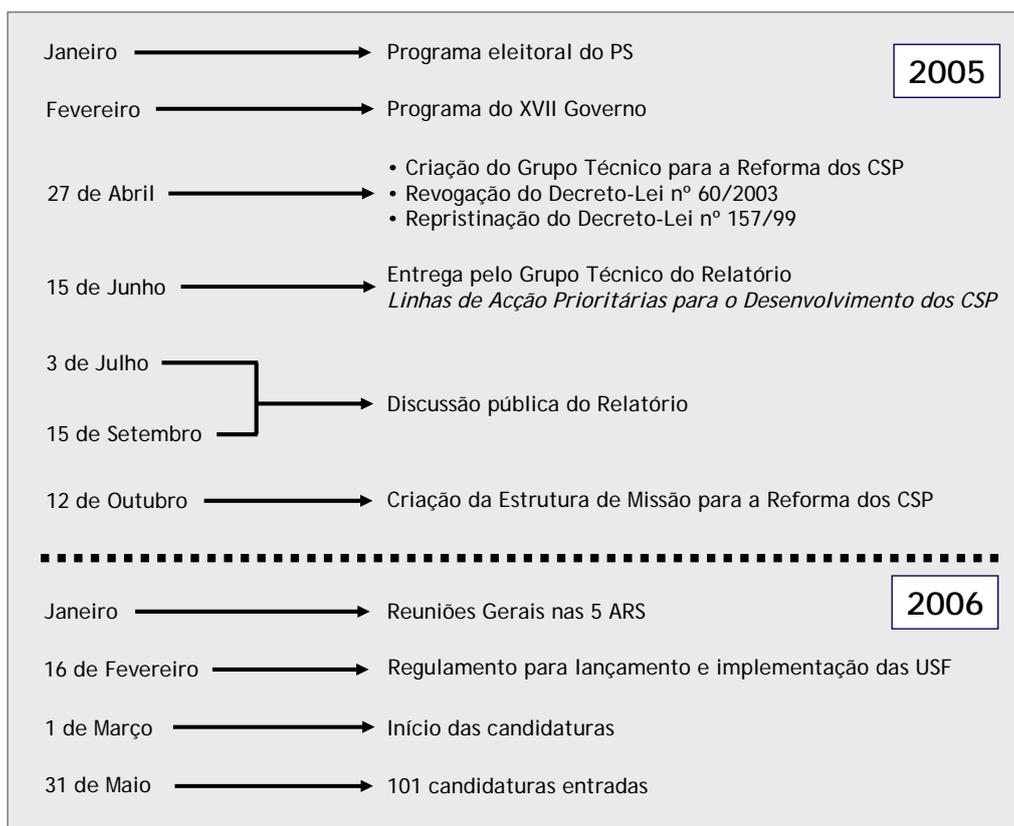
Ponto da situação em 31 de Maio de 2006.

Importante será agora que se proceda à identificação da causa, ou causas, do sucesso registado em número de candidaturas nalgumas ARS e Sub-regiões e, noutras, a escassez ou inexistência de candidaturas.

### Balanço de um ano de Governo

Como balanço deste ano de actividade do Governo e da administração em saúde ressaltam desde já um conjunto de medidas e de concretizações que importa inventariar. O quadro 8 resalta os aspectos principais deste processo de reforma.

Quadro 8 - Concretizações essenciais do processo da reforma



Com base em todas as fases deste anunciado processo de reforma dos CSP, procedeu-se a uma análise com vista a determinar os aspectos fortes e fracos do processo, assim como as oportunidades e as ameaças daí eventualmente resultantes. O Quadro 9 resume esta análise.

Quadro 9 - Análise do desenvolvimento da reforma dos CSP

| Pontos fortes  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revogação do Dec-Lei 60/2003 e represtinação do Dec-Lei 157/99</li> <li>• Constituição do Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários</li> <li>• Teor do documento “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” - áreas, medidas e sua calendarização e a sua colocação em discussão pública</li> <li>• Constituição da Missão para os Cuidados de Saúde Primários</li> <li>• Apresentação do modelo de construção das USF em reuniões plenárias nas ARS</li> <li>• Flexibilidade que se traduz na apresentação de candidaturas, voluntárias e nos cinco modelos propostos</li> <li>• Número de candidaturas já apresentadas</li> <li>• Modelo de contratualização baseado em níveis de desempenho aferido por indicadores de processo e de resultado</li> </ul> |
| Pontos fracos  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• A reforma, até ao presente, tendeu a esgotar-se nas USF, sendo omissa ou isolada de outras intervenções conexas (SAP, por exemplo)</li> <li>• Anúncio de encerramento de SAP de forma desgarrada, sem definição clara da implantação das UBU que os substituam com vantagem, e não envolvimento dos agentes locais ou regionais nesta discussão</li> </ul>  |

- Inexistência de um plano detalhado de reconfiguração dos novos Centros de Saúde (dimensão, modelo funcional e localização futura)
- Déficit de esclarecimento público sobre o que serão as futuras Unidades Locais de Saúde e sobre a forma como no seu seio se irá processar a relação entre Centros de Saúde e Hospitais
- Atraso na reconfiguração dos Serviços de Saúde Pública
- Duvidoso envolvimento na reforma por parte de sectores decisivos da Administração em Saúde, nomeadamente de nível regional e local
- Anúncio extemporâneo do encerramento das Sub-Regiões de Saúde
- Falta de compromisso e estratégia clara para os Sistemas de Informação
- Alguma indefinição associada à implementação da reforma, não permitindo aos vários agentes envolvidos uma clara assunção das responsabilidades que assumem e dos resultados que são esperados.
- Não revelação da afectação, temporizada, dos recursos para a sustentação da reforma

#### Oportunidades

- Desencadeamento de Plano de Formação para dirigentes de nível intermédio que dêem sustentabilidade à Reforma
- Forte investimento nos sistemas de informação que deveriam possuir já uma estratégia explícita de desenvolvimento, não confinada apenas às USF
- Desenvolvimento da contabilidade analítica nos Centros de Saúde
- Programação da contingentação de novos recursos humanos para os Centros de Saúde, nomeadamente de novas profissões prestadoras e implantação da telemedicina

#### Ameaças

- Nesta primeira fase, a contratualização directa com as USF que poderá desencadear posturas independentistas em relação ao futuro Centro de Saúde, reconfigurado, e que assumirá então a forma de contratualização interna
- Dificuldades na monitorização adequada das USF por insuficiência dos sistemas de informação disponíveis
- A média etária dos médicos de família e a sua rarefacção - um desafio
- Não se divisa quem e quando irá assegurar algumas das suas funções atribuídas às actuais Sub-Regiões de Saúde
- Concentração das USF nas áreas geográficas já com maior acessibilidade e conseqüente não resolução de problemas em áreas mais carentes
- Má identificação dos requisitos associados às actividades que se venham a enquadrar na denominada carteira adicional de serviços.
- Desadequação no dimensionamento do sector não público e falta de amadurecimento de competências e de recursos em sistemas de informação que dêem suporte contratos a serem firmados com o sector privado e social

## Recomendações

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 a Expo 98, o Campeonato Europeu de Futebol de 2004 e os anunciados projectos do aeroporto da OTA ou da rede de comboios de alta velocidade (TGV). E, 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 implantação das tecnologias de informação que permitam que as novas unidades prestadoras 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 da saúde e, nomeadamente, para a viabilização da contratualização e decorrente avaliação dos impactos da própria 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 como um factor crítico de sucesso.

A actual orientação do Ministério da Saúde para a reforma do sector deve por isso 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, por outro lado, concentrar-se também em outras 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 celeridade, 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, obstetrícia, 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 destruturação completa dos Cuidados de Saúde Primários e, com ela, uma rotura dificilmente reversível do Serviço Nacional de Saúde.



## 11-6 Os SAP QUE ENCERRAM ... AS UBU QUE NÃO ABREM

Na reconfiguração da rede de serviços do SNS, nomeadamente no âmbito dos Centros de Saúde, com a reprivatização do Decreto-Lei n.º 157/99 consuma-se o fim à cobertura legal aos Serviços de Atendimento Permanente (SAP), para se evoluir para a proposta de constituição das Unidades Básicas de Urgência (UBU), perspectivadas estas como unidades dotadas de maior capacidade de diagnóstico e geograficamente mais concentradas.

Os SAP, recorda-se, tinham sido instituídos em 1983 através do Regulamento dos Centros de Saúde<sup>70</sup> — há 23 anos — onde podia ler-se:

- O sector de atendimento permanente destina-se ao atendimento dos utentes em situação de urgência que ali ocorram por iniciativa própria ou por recomendação médica e a caracterizar as situações que tenham de ser encaminhadas para os cuidados diferenciados.
- O sector de atendimento permanente é constituído pelos clínicos gerais, assistentes e consultores de clínica geral do centro de saúde enquanto assegurarem situações de urgência, em cuja tarefa utilizarão 12 das 45 horas semanais.
- Compete ao coordenador do sector de atendimento permanente definir a modalidade do atendimento permanente segundo o regime de presença física do médico ou o regime de prevenção, de harmonia com o número de utentes abrangidos pelo centro de saúde e os meios humanos e materiais disponíveis.

Despacho Normativo n.º 97/83

Na maioria dos casos, o seu funcionamento tem-se processado em regime diário de 24 sobre 24 horas; nos restantes variando das 8 às 24 horas, das 8 às 20h ou por algumas horas apenas, nomeadamente em períodos pós-laborais. Paralelamente, foram surgindo serviços em tudo semelhantes aos SAP, ainda que designados sob diferentes siglas — SASU, CATU, SADU, “atendimento complementar”, “prolongamento de consulta”, etc. —, sempre com acesso directo mas não personalizado no médico de família e demais profissionais integrantes da equipa de saúde que o cidadão-utilizador tinha previamente escolhido. Neles é dado acesso a qualquer cidadão, independentemente de ser ou não inscrito no Centro de Saúde, residente ou não na área geográfica do Centro de Saúde.

---

<sup>70</sup> Despacho Normativo n.º 97/83.

A implantação dos SAP, pelo número esmagador de unidades criadas — o mesmo tendo acontecido aliás com a abertura inopinada de extensões de saúde — foi, em ambos os casos, feita à revelia duma identificação prévia de necessidades em saúde e dum planeamento integrado da rede de serviços de saúde conforme é evidente da análise do quadro 10. Os critérios que prevaleceram foram a pressão induzida pelas promessas ciclicamente efectuadas pelos candidatos ganhadores às eleições autárquicas ou, mais raramente, a tentativa de superação de lacunas de organização e de déficit de planeamento em saúde.

Quadro 10 - Centros de Saúde, SAP e Extensões de Saúde por Sub-região em 2004

| Sub-Região       | Centros de Saúde | SAP        | Extensões de Saúde |
|------------------|------------------|------------|--------------------|
| Braga            | 15               | 15         | 75                 |
| Bragança         | 12               | 12         | 82                 |
| Porto            | 39               | 36         | 108 *              |
| Viana do Castelo | 13               | 12         | 26                 |
| Vila Real        | 16               | 14         | 58                 |
| Aveiro           | 19               | 14         | 139                |
| Castelo Branco   | 11               | 7          | 136                |
| Coimbra          | 22               | 16         | 154                |
| Guarda           | 14               | 13         | 85                 |
| Leiria           | 17               | 14         | 119                |
| Viseu            | 26               | 23         | 69                 |
| Lisboa           | 45               | n.d.       | n.d.               |
| Santarém         | 22               | 5          | 168                |
| Setúbal          | 20               | 15         | 87                 |
| Beja             | 14               | 12         | 87                 |
| Évora            | 14               | 12         | 89                 |
| Portalegre       | 16               | 15         | 75                 |
| Faro             | 16               | 13         | 68                 |
| <b>Total</b>     | <b>351</b>       | <b>248</b> | <b>1 625</b>       |

\* Não inclui os dados referentes aos Centros de Saúde integrados na Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Fonte: *Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde - 2004* - IGIF

É assim que, de 1983 a 2004, se criaram 248 SAP no território continental (sem contar com os do distrito de Lisboa) e as consultas neles efectuadas, em 2004, representaram já 18,4% do total das 32.926.348 consultas efectuadas nos Centros de Saúde (ver quadro 11). Merece destaque, também, as situações particulares do

Alentejo e Algarve onde o seu valor percentual ascendeu, respectivamente, a 32,7% e 36,7% do total de consultas.

Quadro 11 - Número/tipo de consultas nos centros de saúde por região de saúde

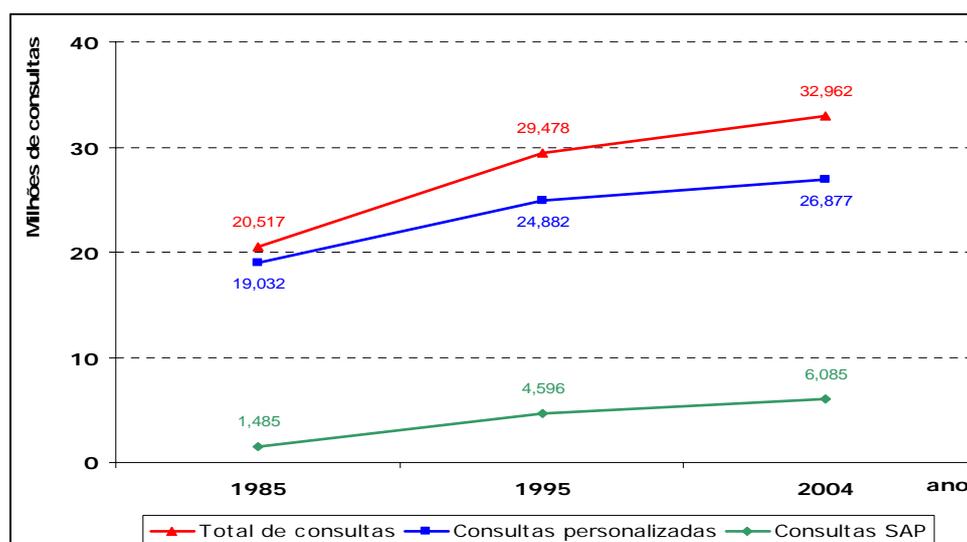
| Regiões                   | Nº de consultas "personalizadas" | Nº de consultas em SAP + "atendimento complementar" | TOTAL de consultas |
|---------------------------|----------------------------------|---|--------------------|
| ARS Norte                 | 8.510.451                        | 1.941.561 (18,6%)                                   | 10.452.012         |
| ARS Centro                | 7.622.526                        | 1.684.911 (18,1%)                                   | 9.307.437          |
| ARS Lisboa e Vale do Tejo | 8.475.679                        | 1.237.400 (12,7%)                                   | 9.713.079          |
| ARS Alentejo              | 1.395.376                        | 677.734 (32,7%)                                     | 2.073.110          |
| ARS Algarve               | 873.407                          | 507.303 (36,7%)                                     | 1.380.710          |
| <b>Total</b>              | <b>26.877.439</b>                | <b>6.048.909 (18,4%)</b>                            | <b>32.926.348</b>  |

Fonte: Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde - 2004 - IGIF

Em termos de serviços de urgência, ainda que a outros níveis, acrescem 17 serviços de urgência sedeados em hospitais de nível I, 35 em hospitais distritais, para além das urgências dos hospitais centrais. Deste modo, excluindo-se estes hospitais, há actualmente um total de 300 instituições com os mais variados níveis de urgência no território continental.

Em contrapartida, as consultas prestadas no médico de família e na equipa de saúde para que o doente se inscrevera registaram um crescimento percentual menos acentuado (figura 7). Se o crescimento destas desde 1985 até 2005 foi de 41%, nos SAP o crescimento, em período homólogo, foi de 310%.

Figura 7 - Evolução das consultas personalizadas e nos SAP



Dos dados apresentados pode inferir-se que a não serem invertidas estas tendências o sistema de cuidados primários poderá a resvalar para uma progressiva “caixificação”<sup>71</sup>. Os motivos centrais para esta evolução decorrem do facto de os profissionais serem compelidos a fazer semanalmente atendimento durante 12 horas, como mínimo nestes SAP, que são retiradas ao período de acesso à consulta personalizada dos cidadãos inscritos nas suas listas. E, quantas vezes ao longo do ano, mas muito principalmente em férias, esses períodos se alargam a 24 ou mesmo 36 horas/semana, transformando-os de médicos de família em verdadeiros profissionais de serviço aos SAP.

A este propósito pode ler-se no documento elaborado pelo Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários:

Fosse por ausência de estratégia, fosse para satisfazer interesses pouco transparentes e externos à coesão do sistema de saúde, a realidade é que os SAP e afins (SASU, CATUS, SADU, entre outros) tiveram, no decurso dos últimos anos, um crescimento exponencial. Eram 64 em 1985, 230 em 1996, e ignora-se quantos são em 2005.

A sua existência deve-se mais às falhas de resposta nos serviços e locais adequados do que à resposta correcta às necessidades das populações e a uma utilização racional dos recursos humanos e materiais. Ao invés de se intervir a montante, onde os problemas surgiam e as soluções tardavam, a opção emergia quase sempre na linha do *facilitismo* e da resposta imediata a qualquer preço. Por outro lado, e numa espiral contínua de crescimento, estes serviços foram progressivamente retirando profissionais das suas actividades regulares, prejudicando o normal funcionamento das unidades de saúde. Contribuíram para a redução da actividade normal, programada e personalizada, agravada, em muitas situações, pelo inerente direito a folgas compensatórias, oneraram o SNS em horas extraordinárias e representam um esforço acrescido que não é compensado para efeitos de aposentação dos profissionais.

No limite, contribuíram para que se estabelecesse alguma confusão entre assistência «urgente» e conceitos tão diversos como «acessibilidade», «intersubstituição em equipa», «recurso» e «atendimento em horas incómodas». Não negligenciando o papel de alguns destes serviços quanto à disponibilidade de uma maior acessibilidade, bem como às diferentes respostas e enquadramentos, relativos ao litoral-urbano e ao interior-rural, os SAP têm vindo a contribuir para pulverizar recursos já de si escassos. Em grande número de casos têm objectivamente concorrido para desorganizar os serviços de proximidade, afastar os utentes da relação privilegiada com o seu médico de família, diluir problemas e registos por vários médicos e serviços, confundindo estratégias de investigação e tratamento, esbatendo responsabilidades, diminuindo a efectividade do atendimento e medicalizando desnecessariamente grande número de problemas, aumentando a iatrogenia e os custos.

O desafio consistirá em promover a acessibilidade do utente ao seu médico de família/USF, responder eficaz e capazmente às situações de urgência (e emergência em meios isolados) e construir, de acordo com as especificidades de cada local, respostas integradas para o atendimento em horas incómodas.

Ao conjunto das questões já sumariadas somam-se os avultados custos decorrentes dos pagamentos relativos a trabalho extraordinário efectuado. Em 2004, estima-se em 78 milhões de euros – mais de 15,5 milhões de contos<sup>72</sup> – esses custos para trabalho extraordinário.

<sup>71</sup> Por “caixificação”, termo frequentemente utilizado na gíria da saúde, pretende designar-se a similitude com o modelo assistencial que caracterizou as “Caixas de Previdência”.

<sup>72</sup> Fonte: Serviço Nacional de Saúde 2004 - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde.

Apenas como exercício de comparação, e fazendo a analogia com a produção hospitalar, pode dizer-se que este montante em remunerações extraordinárias ultrapassa em 22 milhões de euros as despesas do Hospital de S. Sebastião – 316 camas – em 2004, que corresponderam à produção de 15.069 cirurgias, 181.324 consultas externas, 170.050 urgências, 11.912 sessões de hospital de dia oncológico, 1.913.047 meios complementares de diagnóstico, 563.698 sessões de medicina física e reabilitação e 1403 visitas domiciliárias<sup>73</sup>.

A este propósito o Público divulgou, em 5 de Maio deste ano, a notícia que abaixo se reproduz, com base na Agência Lusa:

O ministro da Saúde, António Correia de Campos, afirmou hoje que o Estado gasta entre 25 e 30 milhões de euros por ano para manter em funcionamento 57 Serviços de Atendimento Permanente (SAP), cada um com uma média de nove atendimentos por noite.

Para o ministro, "cada milhão de euros que se desperdiça é um milhão de euros que não é utilizado de uma forma correcta", dando o exemplo de 57 SAP - cujas localizações não foram avançadas. "Todos estes SAP têm menos de nove pacientes por noite e metade atende menos de 2,4 pessoas por noite", adiantou.

De acordo com as contas de António Correia de Campos, o Serviço Nacional de Saúde gasta, por noite, entre mil e 1.250 euros em consumíveis, renda, limpeza, segurança, iluminação e água.

O ministro não revelou, no entanto, se os 57 SAP em causa serão encerrados, pois uma eventual decisão deverá ser fundamentada por especialistas que ainda não se pronunciaram sobre a matéria.

*Público - 5.Maio.2006*

Foi-se observando e observa-se ainda hoje a tendência para o agigantamento dos cuidados esporádicos, não integrados e despersonalizados, sempre em prejuízo do acesso à consulta do médico de família, garante da continuidade, integração e personalização de cuidados. Privilegiou-se o acesso imponderado do lado dos SAP à custa dos constrangimentos que a sua proliferação descontrolada determinou no acesso aos cuidados personalizados, que uma estratégia de saúde adequada deverá necessariamente privilegiar.

Assim se foi vivendo entre 1983 e o presente, apenas com um anúncio não concretizado do inverter da situação durante a gestão do Ministério da Saúde do XIII Governo Constitucional, que não chegou a concretizar-se. Ficou contudo em vigor o já referenciado Decreto-Lei n.º 157/99, anulado de permeio pelo Decreto-lei n.º 60/2003 pelo XV Governo Constitucional e ripristinado pelo actual governo, em Abril de 2005.

Mas, finalmente, o que prevê para esta área o decreto-lei (re)posto em vigor pelo actual governo?

---

<sup>73</sup> Fonte: Relatório de Actividades do Hospital de S. Sebastião - 2004.

Como da sua leitura atenta se pode depreender, inverter o ciclo da “caixificação”, encerrar os SAP e criar, simultaneamente, uma rede básica de urgência de proximidade consubstanciada na criação das UBU.

Os atributos destas novas Unidades são assim enunciados no referido Decreto-Lei:

- A unidade básica de urgência é uma unidade prestadora de cuidados com carácter urgente, articulando-se com a rede nacional de urgência e emergências
- A existência de uma unidade de urgência bem como a definição dos recursos humanos e técnicos necessários ao seu funcionamento decorrem da previsão de necessidades deste tipo de cuidados de saúde (...)
- A actividade da unidade básica de urgência desenvolve-se em articulação e, se necessário, comunhão de recursos com as restantes unidades funcionais.
- A participação dos médicos, enfermeiros, funcionários administrativos e outros técnicos das várias unidades deve ser explicitada caso a caso, quer qualitativa quer quantitativamente, ainda que possa variar ao longo do tempo, consoante as necessidades.

Decreto-lei n.º 157/99

Em continuidade, e aprofundando os termos de referência para a sua implantação e modelo funcional, foi aprovado em 2001, pela então e actual Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, um Despacho onde pode ler-se:

#### 1. Introdução

Por despacho de Sua Excelência a Senhora Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde, datado de 14 de Novembro de 2001, foi aprovada a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência.

Esta Rede define os hospitais do Continente com urgência polivalente e médico-cirúrgica, que abrangem a generalidade do território nacional.

No entanto, há zonas do território continental onde a acessibilidade àqueles Hospitais, em tempo útil, não está garantida. Nestas, importa criar um tipo de resposta a situações de urgência que, em articulação com a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, permita a prestação de cuidados em condições tecnicamente adequadas às necessidades dos doentes.

A Unidade Básica de Urgência (UBU) é uma unidade integrante dos centros de saúde definidos segundo o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, presta cuidados de carácter urgente, articulando-se com a Rede Hospitalar de Urgência/Emergência, e faz parte do Sistema Integrado de Emergência Médica. A criação de uma UBU é, obrigatoriamente, acompanhada de um processo de reorganização de todos os serviços de urgência existentes (incluindo SAP) na sua área de influência.

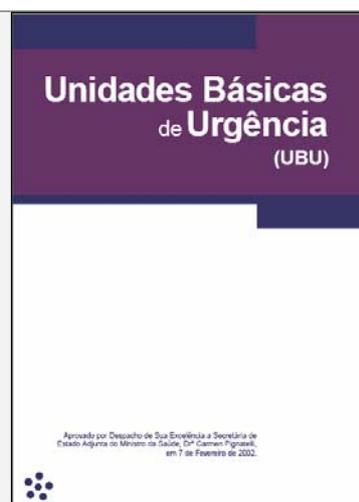
Os centros de saúde, através das Unidades de Saúde Familiar, e durante o seu período de funcionamento, devem assegurar a resposta à doença aguda, de acordo com o artigo 9º do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

A existência das UBU, bem como a definição dos recursos humanos, técnicos e materiais necessários ao seu funcionamento, decorrem da previsão de necessidades do tipo de cuidados de saúde a prestar.

A actividade da unidade básica de urgência, na óptica de optimização de recursos existentes, desenvolve-se em articulação e partilha de recursos (patrimoniais e humanos) dos centros de saúde e dos hospitais existentes na respectiva área de influência. (...)

O INEM coordena a referência e o transporte, com carácter de urgência, de doentes das UBU para os Serviços de Urgência dos Hospitais da Rede de Urgência/Emergência. (...)

Compete a cada Administração Regional de Saúde desencadear e coordenar o processo de reorganização de todos os serviços de urgência, que possibilite e viabilize a criação da UBU, de acordo com os princípios aqui enunciados.



## 2. Características

- Funciona 24 horas por dia.
- A sua área de influência abrange uma população superior a 40.000 habitantes, em que, pelo menos para uma parte, a acessibilidade, em condições normais, é superior a 60 minutos em relação ao serviço de urgência médico-cirúrgico mais próximo.
- Os recursos humanos (médicos, enfermeiros, administrativos, auxiliares de acção médica e outros técnicos) são provenientes dos centros de saúde e dos hospitais da mesma área, não incluídos na Rede Hospitalar de Urgência/Emergência.

## 3. Equipamento Mínimo

Para além do equipamento básico, que deve existir numa USF, a UBU deve dispor, ainda, de radiologia simples (para esqueleto, tórax e abdómen), (...) de preferência ... equipamento digital, oximetria de pulso, electrocardiógrafo, monitor com desfibrilhador automático e patologia química/química seca.

## 4. Recursos Humanos

Os recursos humanos são oriundos das diferentes instituições existentes na área de influência. A UBU deve ter uma equipa permanente, constituída, em cada turno, pelos seguintes profissionais:

- Médicos: dois, em presença física. Três, se existirem mais de 40,000 habitantes na sua área de influência
- Enfermagem: dois, por equipa, em presença física. Acima dos 40.000 habitantes o número é definido pelas características geodemográficas da área de influência.
- Auxiliares de acção médica: um por equipa
- Administrativos: um por equipa ou turno
- Outros técnicos, a definir em função das necessidades
- Auxiliares de apoio e vigilância ou serviço de limpeza: um elemento em permanência
- Segurança

Despacho da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde - 14. Novembro. 2001

Porém, e decorridos que são já 14 meses de duração deste governo, este Despacho não conheceu até ao momento qualquer aplicação.

Recorda-se que no documento já anteriormente citado neste Relatório — “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários” —, prefaciado pelo Ministro da Saúde, é afirmado que:

1. Até 31 de Março de 2006 todos os SAP e afins deverão ser avaliados pelas direcções dos centros de saúde, sob orientação das ARS e em colaboração com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários e o Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde para a reestruturação dos Serviços de Urgência.
2. Em simultâneo deverão os Centros de Saúde elaborar um plano que contemple, dentro das suas possibilidades e recursos, a recentragem do atendimento, programado ou não, na actividade regular de cada médico de família;
3. Todas as situações de doença aguda/urgência dos Cuidados de Saúde Primários deverão ser assumidas pelas Unidades de Saúde Familiar que se venham a constituir, durante o horário contratualizado para o seu funcionamento, em complementaridade com as Unidades Básicas de Urgência ou outras estruturas equivalentes.

Mas foi opção política deste Ministério começar pelo anúncio do encerramento de SAP numa forma avulsa, sem que simultaneamente anunciasse qual a rede de UBU que programava implantar, como se estabeleceria a rede de VMER<sup>74</sup> que assegurasse,

<sup>74</sup> VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

quando necessário, o transporte de doentes críticos, sem fazer referência à criação de *call centers* habilitados para darem respostas adequadas nas situações de gestão da doença aguda e nos primeiros apoios nas situações de urgência/emergência. E, sobre os três pontos acima expressos não há qualquer conhecimento público do seu grau de execução.

Fruto desta política, o Ministro da Saúde, ao longo do mês de Janeiro, viu-se compelido a um recuo constante, decorrente do *déficit* de preparação da medida e da incapacidade de demonstrar alternativas convincentes para populações e autarcas.

Assim – ver notícias abaixo reproduzidas –, se no início de Janeiro o mote era dado pelo teor da notícia do Correio da Manhã, em finais de Janeiro ele tinha mudado definitivamente. Em pouco mais de mês e meio, o critério para o encerramento dos SAP passou de dez para três e, finalmente, para “caso-a-caso”.

Os grandes centros urbanos vão ser atingidos pelo encerramento das urgências com poucos utentes, previsto pelo Ministério da Saúde. Apesar das alterações estarem previstas para todo o País, o CM sabe que Lisboa, Porto e Coimbra fazem parte do rol de cidades que vão ver as suas unidades de urgência fechadas já a partir de Janeiro.

"Já está desenhado o mapa das mexidas". A garantia foi dada por fonte do gabinete do ministro Correia de Campos, que explicou também que "o prazo até à entrada em vigor da nova rede de urgências está apenas dependente da explicação às populações."

Segundo o gabinete de Correia de Campos, "os profissionais da saúde compreendem a mudança mas a população pode não entender. É preciso fazer um esforço para que as pessoas aceitem o que aí vem."

Correio Manhã, 09-12-2005

O Ministério da Saúde mudou o critério para encerrar as urgências dos centros de saúde que funcionam das 24.00 às 8.00. A ideia inicial da tutela era fechar por todo o País os Serviços de Atendimento Permanente (SAP) que recebessem menos de dez utentes por noite. Mas esta intenção foi revista para três atendimentos. Na região Centro, por exemplo, o plano inicial implicaria o encerramento de todos os serviços hoje a funcionar.

Diário Notícias, 28-01-2006

O encerramento dos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) nos centros de saúde dependerá de uma avaliação "caso a caso" e só será concretizado depois da criação de uma efectiva rede de urgências básicas. Ontem, em Viseu, o ministro da Saúde, Correia de Campos, enfatizou que esta é uma decisão nacional e não distrital. Por isso, adiou o anúncio de quais as unidades ou serviços de saúde que irão encerrar para o final de uma ronda que pretende fazer pelo país.

"Cada caso é um caso e as soluções genéricas baseadas em régua e esquadro nem sempre são as melhores", justificou. Face às contestações de que a medida tem sido alvo, o governante reiterou que o plano de requalificação dos serviços de urgência e emergência "não vai retirar serviços", vai antes "acrescentar qualificações, valores e benefícios". No final de um périplo pelo distrito de Viseu, destacou que o plano visa três objectivos: "Qualidade, segurança e eficiência".

Público / Local Centro, 28-01-2006

Uma reconfiguração desta envergadura – substituir os SAP e promover a abertura das novas UBU (estas de forma mais concentrada, mas também adequadamente

apetrechadas em recursos humanos e tecnológicos) —, para ter sucesso, leia-se aceitação por parte das populações e seus representantes locais/regionais, terá necessariamente que se fundamentar num estudo de âmbito nacional, de carácter geo-demográfico (demografia e acessibilidades) e de identificação de necessidades em saúde, detalhado, sólido e credível, e não aprisionado pelas fronteiras tradicionais da administração do território.

Um bom exemplo de metodologia a adoptar poderá ser a utilizada na dissertação de Mestrado da autoria de Lino José Ministro Esteves — *Localização óptima das Unidades Básicas de Urgência na Sub-região de Saúde de Viseu*<sup>75</sup>—, que se propôs determinar o número e a localização óptima das UBU, tomando em consideração a rede de centros de saúde instalada.

Se é verdade que, a título excepcional, um ou outro SAP já foi encerrado, nomeadamente em grandes centros urbanos, verdade é também que o esmagador da rede se mantém incólume.

E, se no início de Dezembro uma fonte do Ministério afirmava que "já está desenhado o mapa das mexidas", em meados de Abril, por dois dias consecutivos, o Sr. Ministro da Saúde e a Sra. Secretária de Estado Adjunta anunciaram a nomeação, para muito breve, de um Grupo de Trabalho para o estudo do problema.

Certo é que, em início de Junho, não havia ainda notícia da constituição e nomeação do referido grupo.

### Algumas ilações

A pulverização de SAP e similares constitui comprovadamente uma má solução, seja para a gestão da doença aguda, seja para situações urgentes ou emergentes, seja em termos de custo-efectividade. As razões para esta afirmação baseiam-se essencialmente nos seguintes pontos:



<sup>75</sup> Esteves, 2005.

- Localização de forma arbitrária por terem sido instalados sem consideração pela determinação de necessidades em saúde;
- Sub-equipamento em tecnologias elementares para se lidar com situações urgentes/emergentes e com os seus recursos humanos sem habilitações comprovadas em suporte básico/avançado de vida;
- São indutores de uma falsa segurança e confiança aos cidadãos residentes na sua área de implantação;
- Geraram e estabeleceram normas de circulação de doentes graves em que estes, ao invés de serem imediatamente drenados para centros devidamente apetrechados e qualificados, são frequentemente obrigados a fazerem numa passagem prévia e ritualizada por estas unidades, com as decorrentes perdas de tempo, apenas para de imediato ser viabilizada a sua transferência;
- Constituem-se como “lojas de conveniência” decorrente do seu acesso fácil e a qualquer hora, em vez de se privilegiar o acesso a um processo assistencial em continuidade, integrado e personalizado no médico de família e na equipa de saúde;
- Retiram aos profissionais de saúde o tempo necessário para propiciarem a acessibilidade adequada às consultas aos cidadãos inscritos nas suas listas;
- Inviabilização, a breve prazo, devido ao nível de envelhecimento da esmagadora maioria dos médicos de família da continuidade de parte dos SAP actualmente instalados;
- São indutores de custos vultuosos (remunerações extraordinárias), sem decorrentes contrapartidas custo-efectivas.

Torna-se assim decisivo para a requalificação dos cuidados de proximidade que seja ultrapassada a presente situação, aparecendo as UBU como uma alternativa mais vantajosa, quer ao fazerem crer na prestação de cuidados de urgência/emergência adequados, quer ao propiciarem condições para o aumento do acesso às consultas no médico de família.

Mas, para que tal aconteça há um quadro prévio de condições a cumprir por parte dos promotores da reforma:

- O estudo para a sua implantação deverá ser rigoroso, incorporando os dados demográficos, de tempo de deslocação e de necessidades em saúde;
- Não deverão ser encerrados serviços sem que antes se tenham criado melhores alternativas para os cidadãos, mesmo que um pouco mais longe, mas ainda e sempre em proximidade e tecnicamente mais apetrechadas;
- Todo o processo deverá ser escrupulosamente transparente, criando-se um necessário espaço de pedagogia e de discussão sobre as propostas a implementar, nunca esquecendo autarcas, políticos e outras lideranças locais.

A não ser cumprido este quadro de condições corremos o risco de uma vez mais sermos confrontados com uma intervenção política assente em *soundbytes*, propiciadora do reaparecimento cíclico de contra-respostas de teor regionalista e populista e, como balanço final, com a impossibilidade de se reverter, pela positiva, a actual situação de proliferação dos SAP.



# II-7

## TRANSFORMAÇÕES JURÍDICAS EM HOSPITAIS

A implantação de novos modelos funcionais e a requalificação das práticas de gestão nos hospitais é uma aspiração antiga dos profissionais de saúde em Portugal. E a introdução de alterações na regulamentação e enquadramento dos hospitais portugueses tem conhecido evoluções ao longo dos anos:

- O Estatuto Hospitalar<sup>76</sup>, em 1968
- A concessão de gestão do Hospital Fernando Fonseca – Amadora-Sintra<sup>77</sup> – em 1996,
- A “quase-empresarialização” do Hospital de São Sebastião<sup>78</sup>, em 1996, da Unidade Local de Saúde de Matosinhos<sup>79</sup>, em 1999, e do Hospital do Barlavento Algarvio<sup>80</sup>, em 2001
- A “empresarialização” de 34 hospitais tradicionais transformados em 31 hospitais SA<sup>81</sup>, em 2002
- A transformação dos 31 hospitais SA e cinco hospitais SPA em Hospitais EPE<sup>82</sup>, em 2005.

Contudo, as mudanças efectuadas pecaram por terem privilegiado excessivamente a componente jurídica, (nomeadamente as questões relacionadas com o estatuto jurídico), subestimando, em contrapartida, a intervenção no redesenho da organização – a implantação de modelos de contratualização interna com a descentralização da decisão nos “pólos de produção”, a aposta na informação como

---

<sup>76</sup> Decreto-lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968.

<sup>77</sup> Decreto-lei n.º 10/96, de 17 de Fevereiro de 1996.

<sup>78</sup> Decreto-lei n.º 218/96, de 20 de Novembro de 1996.

<sup>79</sup> Decreto-lei n.º 207/99, de 9 de Junho de 1999.

<sup>80</sup> Decreto-lei n.º 76/2001, de 27 de Fevereiro de 2001.

<sup>81</sup> Decreto-lei n.º 272/2002 (272 a 302) – 272 a 281, 282 a 292, 293 a 302 – de 9, 10, e 11 de Dezembro de 2002 respectivamente.

<sup>82</sup> Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro de 2005.

recurso estratégico para o apoio a essa decisão e à gestão central, a implantação da gestão por objectivos...

Os problemas sentidos na gestão dos hospitais públicos foram já identificados e discutidos num conjunto de reflexões sobre o hospital publicadas no período de 1997 a 1999, de onde se destacam o relatório final do grupo de trabalho sobre o estatuto jurídico do hospital<sup>83</sup>, a reflexão sobre a saúde do Conselho de Reflexão sobre a Saúde<sup>84</sup> e o documento "Hospital Português"<sup>85</sup>.

E, ao fim destes anos, pode hoje afirmar-se que se é verdade que em termos de instalações, dotação em tecnologias e diferenciação de recursos humanos ele tem acompanhado a evolução verificada nos países do primeiro mundo, e mesmo ao nível dos resultados da sua intervenção, que dizer desse modelo de organização, administração e gestão?<sup>86</sup>

Inserido ele próprio e modulado por uma cultura persistentemente centralista da governação em saúde, enredado numa teia burocrática e de comando-controlo que internamente também reproduz, não lhe foram facultadas, e noutros casos não soube, encontrar os instrumentos necessários para a implantação de modelos de negociação em que, a novas competências delegadas em cada uma das suas "linhas de produção" se fizesse corresponder um novo quadro de vinculações.

Sem a pretensão de se ser exaustivo, passam a sumariar-se alguns dos que se afiguram constituir como problemas-chave da situação actual:

- não definição explícita da missão, visão, estratégia, princípios e valores, e do subsequente garantir da sua partilha por parte da organização;
- persistência de sistemas de informação em saúde precários que impedem a adopção de estratégias de tomada de decisão baseadas em dados actualizados e robustos;
- persistência da opacidade dos processo de decisão que, somada ao deficit de cultura de participação, geram climas organizacionais negativos e falta de

---

<sup>83</sup> Ministério da Saúde, 1997.

<sup>84</sup> Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998.

<sup>85</sup> Ministério da Saúde, 1999.

<sup>86</sup> Rodrigues, 2005.

transparência, seja em termos dos resultados assistenciais, seja do desempenho económico-financeiro;

- insistência na focagem em meros indicadores de produção, sem o necessário contraponto com indicadores da efectividade;
- persistência dum processo de planeamento quase virtual onde aos Planos de Actividade não se faz corresponder a necessária indexação do suporte financeiro que viabilize o seu cumprimento, com a decorrente eternização de uma cultura avessa à avaliação;
- quase inexistência de mecanismos de contratualização interna com as “linhas de produção” que o compõem, organizadas numa perspectiva de clientes internos/fornecedores internos;
- persistência de uma cultura organizacional orientada para os prestadores e capturada pelos diversos grupos profissionais.

Poderão os mais crédulos argumentar que esta será a realidade dominante nos Hospitais do Sector Público Administrativo (SPA); que no subsistema dos Hospitais Sociedades Anónimas (SA), agora Entidades Públicas Empresariais (EPE), a realidade terá mudado. Mas será realmente assim?

Com os SA e EPE o que mudou de facto foi a modalidade de posse; flexibilizou-se a política de aquisições e de contratação de recursos humanos; houve algum desenvolvimento de ferramentas de informação. Mas, quanto ao resto, a generalidade desses hospitais manteve o seu desenho organizacional pouco mais que inalterado. E também o modelo da sua governação não mudou. Esta foi uma oportunidade perdida.

### **Centros de Responsabilidade Integrada**

Uma decisão até agora não referida foi a criação de centros de responsabilidade no documento enquadrador da gestão hospitalar, da autoria do ministério do XI Governo Constitucional<sup>87</sup>. Pena é que ele tenha servido, fundamentalmente, para dar resposta a iniciativas de alguns profissionais para captura de modelos organizacionais como

---

<sup>87</sup> Lei da Gestão Hospitalar (Decreto Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro de 1988).

forma de justificarem a introdução de actividade privada dentro dos hospitais públicos<sup>88</sup>.

Mas com a retoma de criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), em 1999<sup>89</sup>, procurou-se caminhar para o desenvolvimento do hospital em termos organizacionais através do reforço das competências da gestão intermédia. O motivo da sua criação<sup>90</sup> está sobretudo relacionado com a desconcentração do processo de tomada de decisão, bem como, do planeamento e do controlo de recursos, tendo como génese uma organização baseada em centros de custos. Da leitura do preâmbulo do diploma depreende-se que a intenção era conciliar um conjunto de instrumentos para desburocratizar, agilizar e promover a utilização mais correcta dos diversos recursos, para além de se procurar desenvolver estruturas que conduziram mais facilmente à identificação de ganhos em saúde, assim como aumentar o grau de satisfação dos utilizadores e dos profissionais<sup>91</sup>.

Pretendia-se que os CRI constituíssem estruturas de gestão intermédia<sup>92</sup>, com poder de decisão, enquadrando-se no âmbito dos orçamentos-programa previamente contratualizados com o Conselho de Administração (CA) do hospital. Os contratos programa deveriam reflectir pagamentos de acordo com a produção contratualizada. Ao mesmo tempo eram admitidos e encorajados sistemas de incentivos aos profissionais – para além da componente base, os profissionais tinham a possibilidade de receber uma componente variável determinada a partir de critérios objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade.

No quadro 12 apresentamos uma lista dos CRI anunciadas como actualmente existentes. Porém, a confrontação com os respectivos hospitais observou-se que

---

<sup>88</sup> Conforme é afirmado no preâmbulo do Decreto-lei n.º 374/99 “a estruturação funcional dos hospitais, (...) em centros de custo e de responsabilidade, (...) nunca foi estimulada e acabou mesmo por ser desvirtuada, visando-se apenas a legitimação do exercício da medicina privada de que constituía pressuposto legal”. Desta forma, este diploma vem esclarecer o entendimento sobre a verdadeira natureza dos CRI.

<sup>89</sup> Decreto-lei n.º 374/99, de 18 de Setembro de 1999.

<sup>90</sup> Desta forma, este diploma vem esclarecer o entendimento sobre a verdadeira natureza dos CRI.

<sup>91</sup> Os CRI tinham por objectivo final “melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efectividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respectivos recursos” (art. 3º).

<sup>92</sup> Agrupando serviços e ou unidades funcionais homogéneas e ou afins; podendo coincidir com departamentos e excepcionalmente com os serviços quando a sua dimensão o justificasse (art. 2º).

alguma da informação apurada não pode ser confirmada, o que coloca uma situação de algum desconhecimento da situação real<sup>93</sup>.

Quadro 12 - Centros de Responsabilidade Integrada

| Entidade   | Designação  |
|--|---|
| Hospital de D. Estefânia                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil</li> </ul>   |
| Hospitais da Universidade de Coimbra                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Cirurgia Córdio-Torácica</li> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Medicina Nuclear</li> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Oftalmologia</li> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Medicina Física e de Reabilitação</li> </ul> |
| IPO Lisboa   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Virologia</li> <li>▪ Centro de Diagnóstico de Patologia Morfológica</li> </ul>   |
| Hospital de São João (Porto)                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Ambulatório</li> <li>▪ Centro de Cirurgia Torácica</li> </ul>  |
| Hospital de Padre Américo (Vale do Sousa)              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Psiquiatria e Saúde Mental</li> </ul>  |
| Hospital de São Pedro (Vila Real)                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Psiquiatria e Saúde Mental</li> </ul>  |
| Hospital Distrital de Leiria (Hospital de Santo André) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Psiquiatria e Saúde Mental</li> </ul>  |
| Hospital Distrital de Bragança                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Psiquiatria e Saúde Mental</li> </ul>  |
| Centro Hospitalar de Coimbra                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infantil e Juvenil</li> </ul>   |
| Hospital de São Gonçalo                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Psiquiatria e Saúde Mental</li> </ul>  |
| Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo            | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Psiquiatria e Saúde Mental</li> </ul>  |
| Hospital de Santa Maria                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Gastrenterologia</li> </ul>  |
| Maternidade do Dr. Alfredo da Costa                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Responsabilidade de Ginecologia</li> <li>▪ Centro de Diagnóstico Laboratorial</li> <li>▪ Centro de Imagiologia</li> <li>▪ Centro de Reprodução Medicamente Assistida</li> </ul>  |
| Hospital de Curry Cabral                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Centro de Diagnóstico de Anatomia Patológica</li> </ul>  |

Fonte: DMRS

O calendário de implementação (art. 25º) mencionava que “todos os hospitais e centros hospitalares do SNS deverão estar organizados em CRI até Dezembro de 2003, devendo os respectivos conselhos de administração desenvolver os trabalhos preparatórios para tal necessários, de acordo com o plano de implementação delineado pelas ARS respectivas”. Mas esta intenção de implementação não veio efectivamente a acontecer.

<sup>93</sup> Para tal foi solicitada a sua lista ao Departamento de Modernização e Recursos da Saúde (DMRS). A informação recebida consistiu no conjunto dos diversos diplomas relacionados com a criação de centros de responsabilidade e aprovação dos regulamentos dos mesmos. Para efeito de contagem foram considerados todos os diplomas relacionados com a criação e/ou aprovação de regulamentos internos dos CRI. Considerou-se também que todos os Centros de Responsabilidade anteriores ao Decreto-lei 374/99 passaram a ser CRI.

O novo regime jurídico da gestão hospitalar<sup>94</sup> aprovado em 2002, e o novo figurino dos hospitais — SPA, EPE, SA, privados, concessionados, e PPP — levam a regulamentação específica para os hospitais SPA<sup>95</sup>. Este último diploma menciona que “os centros de responsabilidade são unidades descentralizadas dotadas de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos que permitem ao responsável do centro realizar o seu programa de actividade com a maior autonomia possível” e que “compete ao conselho de administração aprovar o organograma e a identificação dos respectivos centros de responsabilidade a integrar no regulamento interno do hospital”.

Desta análise ressaltam algumas conclusões:

- Os CRI constituíram uma experiência inovadora de gestão, principalmente no que se relaciona com o reforço da gestão intermédia, a contratualização com os CA, e o sistema de incentivos aos profissionais;
- A legislação dos CRI continua por cumprir no que se refere ao seu calendário de implementação;
- Os CA falharam nas competências que lhe foram atribuídas, nomeadamente no que se refere a “aprovar o organograma e a identificação dos respectivos centros de responsabilidade a integrar no regulamento interno do hospital”<sup>96</sup>, desconhecendo-se também as acções da várias tutelas, MS e ARS, no controlo de execução dos diplomas em vigor nesta área;
- Não foram divulgados, desconhecendo-se a existência, os planos de implantação delineados pelas respectivas ARS<sup>97</sup>;
- O número de CRI existente parece ser muito baixo tendo em conta as pesquisas feitas (embora com as devidas limitações), sendo de estranhar o funcionamento de CRI em situações em que estes constituem apenas uma ilha e tudo à sua volta se mantém na mesma;
- Desconhece-se a evolução futura desta experiência, uma vez que o diploma que cria os CRI continua em vigor e as alterações à lei da gestão hospitalar

---

<sup>94</sup> Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro de 2002.

<sup>95</sup> Decreto-lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto de 2003.

<sup>96</sup> Decreto-lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto de 2003.

<sup>97</sup> De acordo com o art. 25º, Decreto-lei n.º 374/99, de 18 de Setembro de 1999.

continuam a fazer-lhes referência, fazendo suspeitar que não houve a coragem de terminar com a experiência<sup>98</sup>.

### Estudos para criar evidência

Aparentemente, para criar evidência para uma eventual decisão de transformação dos hospitais SA em EPE o Conselho de Ministros criou, na dependência do Ministro da Saúde, uma “equipa de projecto com estrutura de missão para proceder à avaliação da experiências dos hospitais que foram convertidos em sociedades anónimas”<sup>99</sup>. Esta equipa, designada por Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedades Anónimas (CAHSA), tinha como responsável Miguel Gouveia e contava com a colaboração de José Luís Alvim, Cristina Neto de Carvalho, José António Meneses Correia e Manuela Mota Pinto. Tinha como principais os seguintes objectivos:

- Proceder à avaliação global externa dos hospitais do SNS que foram convertidos em sociedades anónimas, designadamente no que respeita à sua eficiência, ao desempenho financeiro e à evolução de indicadores de qualidade;
- Sistematizar informação sobre a respectiva produção, a situação financeira e os recursos existentes;
- Comparar o seu desempenho com o dos hospitais sujeitos a diferentes estatutos e definir recomendações para a política hospitalar do SNS.

Pretendia-se avaliar o modelo SA globalmente e não cada hospital individualmente. Assim, a metodologia consistiu, num primeiro momento, na comparação entre SA e todos os hospitais SPA (com excepção dos hospitais especializados) e, num segundo momento, na comparação dos SA com um grupo de hospitais SPA (grupo de controlo) mais restrito. O período de análise foi de 2000 a 2004. Foi entendido que não era suficiente comparar em determinado momento temporal os indicadores relevantes entre estes dois grupos



<sup>98</sup> Barros, 2005.

<sup>99</sup> Resolução n.º 85/2005 do Conselho de Ministros.

de hospitais na medida em que, tal comparação seria inválida, dado que a selecção inicial dos hospitais transformados em SA não tinha sido, à partida, aleatória. A metodologia utilizada contorna este problema, na medida em que, parte das diferenças antes e depois da criação dos SA, no grupo de controlo e na totalidade dos SPA, e compara essas diferenças<sup>100</sup>. Assim, foi utilizada a metodologia das diferenças das diferenças, a fim de estimar correctamente o impacto específico da referida transformação de estatuto<sup>101</sup>. Desta forma, terá sido identificado o impacto médio da transformação em SA, não confundindo as diferenças observadas com diferenças que já existiam inicialmente.

As principais conclusões quantitativas estão resumidas no quadro 13. São consideradas as áreas da qualidade, do acesso, da produção, dos custos, da eficiência, das aquisições, dos recursos humanos e dos investimentos.

Quadro 13 - Principais conclusões quantitativas do estudo da CAHSA

| Qualidade  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A aplicação da metodologia da diferença das diferenças foi positiva nos hospitais SA para o indicador <b>satisfação</b> e negativa nos outros indicadores. No entanto, o facto de não existirem dados desagregados não possibilitou a determinação de significância estatística pelo que se concluiu que a transformação dos hospitais em S.A. gerou um impacto nulo na qualidade percebida pelos utentes.</li> <li>▪ Constatou-se que a <b>taxa de cesarianas</b> tinha vindo a aumentar nos dois grupos de hospitais (SA e SPA) sendo que a transformação em SA tinha tido efeitos nulos na proporção de partos por cesariana.</li> <li>▪ A proporção de <b>partos com asfixia</b> do recém-nascido mostrou que havia um acréscimo de 0,67% nos hospitais SA, sem significância estatística. A proporção de <b>partos com traumatismo</b> teve um decréscimo de 0,68% nos SA, sem significância estatística.</li> <li>▪ A transformação em SA teve efeitos nulos na proporção de <b>cirurgias não programadas</b>.</li> <li>▪ Relativamente à <b>mortalidade</b> ocorrida para um conjunto seleccionado de patologias indexadas pelos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH), nos hospitais SA, havia reduções adicionais na maioria das patologias embora em determinadas patologias os SA apresentavam pior performance que os SPA. Quanto aos ganhos estimados na mortalidade houve ganhos estatisticamente significativos com o efeito da transformação SA mas, comparativamente a todos os SPA, os resultados apesar de positivos para os SA, não tinham significância estatística.</li> <li>▪ Quanto a ganhos estimados no indicador <b>taxa de complicações</b> (septicemia, outras infecções pós-operatórias, hemorragias pós-operatórias, úlcera do decúbito, choque anafilático, envenenamento por medicamentos, laceração do útero pós-parto, entre outros) o efeito da transformação SA não teve significância estatística.</li> <li>▪ A mesma conclusão se retirou relativamente aos ganhos estimados em <b>readmissões</b>, isto é, o resultado da estimativa do coeficiente SA deste indicador embora positivo não era estatisticamente significativo.</li> </ul> |

<sup>100</sup> Esta forma de contornar o problema da não aleatoriedade pode também ser considerada como insuficiente, se tivermos em conta que o investimento colocado nos hospitais destes dois grupos foi distinto.

<sup>101</sup> A metodologia consiste em calcular as diferenças no tempo (depois-antes) para cada tipo de hospital e, depois, calcular a diferença das diferenças no tempo entre hospitais SA e SPA.

#### Acesso

- Concluiu-se que a transformação dos hospitais em SA tinha produzido efeitos nulos (ou até positivos no hospital de dia) no acesso de doentes por entidade pagadora, isto é, não tinha havido, por parte dos SA, **discriminação dos utentes** de acordo com a entidade pagadora.
- Concluiu-se ainda pelo efeito positivo da transformação em SA no que respeita ao aumento da importância relativa dos **idosos** (+ 65 anos). Estes dados cruzados com dados agregados sobre taxas de mortalidade nesta faixa etária permitiu ainda concluir que nos SA, os idosos são tratados com a mesma qualidade que nos SPA.
- Em termos de **resolutividade** e no que respeita à procura, a transformação em SA manteve o poder de atracção das populações locais.
- Quanto à **oferta**, os SA não diminuíram mas também não aumentaram as dificuldades de acesso das populações locais aos hospitais.
- Houve, nos SA comparativamente aos SPA um efeito positivo mas não estatisticamente significativo aumentando a proporção de **primeiras consultas**.

#### Produção

- Quanto à **lotação** e à **taxa de ocupação** não há diferenças estatisticamente significativas com e na transformação em SA.
- Relativamente à **demora média** as estimativas indicam mudanças significativas neste indicador geradas pelo efeito da transformação em SA. A demora média diminuiu 0.38 dias nos SA comparativamente a todos os SPA e ao grupo de controlo.
- Quanto ao **Índice de Case-Mix (ICM)** verificaram-se indícios, embora fracos, de aumento do ICM nos SA. O coeficiente estimado foi positivo mas sem significado na comparação com os SPA do grupo de controlo e estatisticamente significativo na comparação com todos os hospitais SPA.
- Nos SA houve um acréscimo médio de 6% no número de **doentes saídos**, estatisticamente significativo, quer na comparação com o grupo de controlo quer com a generalidade dos hospitais SPA.
- Houve um acréscimo generalizado do número de **consultas externas** hospitalares. Constatou-se um aumento estatisticamente significativo do número de consultas externas nos hospitais SA o qual se consubstanciou em 3% se comparado com os SPA do grupo de controlo e 4% com todos os SPA.
- Houve uma redução sem significância estatística do número de **urgências** gerada pela transformação SA.
- Relativamente ao **hospital de dia** constatou-se que nos SA, comparativamente ao grupo de controlo, houve um acréscimo sem significância estatística do número de sessões de hospital de dia; já na comparação com a totalidade dos SPA este acréscimo (de 13%) teve significância.
- No número de **cirurgias de ambulatório** verificou-se um aumento generalizado; a transformação em SA produziu um efeito positivo (34%) com significância estatística quer em comparação com a totalidade dos SPA quer relativamente ao grupo de controlo.

#### Custos

- Houve um aumento dos **custos totais operativos** ao longo do período de análise sendo que a passagem a SA levou a um crescimento dos custos inferior a 2%, sem significância estatística.
- Houve um crescimento acumulado dos **custos com consumíveis** de 37% nos anos em análise. A transformação em SA levou a uma redução desta rubrica redução que, na comparação com o grupo de controlo, não teve significância estatística.
- Houve um crescimento acumulado dos **custos com fornecimentos e serviços externos** de 25% nos anos em estudo. A transformação em SA levou a uma redução destes custos inferior a 4%, redução sem significância estatística.
- Houve um crescimento acumulado dos **custos com pessoal** de 22% com um acréscimo estatisticamente significativo (entre 3 a 4 %) nestes custos gerado pelo efeito SA.

|   |
|---|
| <b>Eficiência</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existência de um claro coeficiente negativo, estatisticamente significativo na transformação de hospitais em SA na <b>função custos</b>: esta transformação reduziu os custos (cerca de 8%) para uma mesma produção em quantidade, complexidade e qualidade</li> <li>▪ Existência de um surpreendente efeito negativo da medida de qualidade “<b>ganhos de mortalidade</b>” nos custos, muito significativo estatisticamente.</li> </ul>   |
| <b>Aquisições</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rápido crescimento no tempo das <b>despesas com produtos farmacêuticos</b>, indicando também que a transformação em SA conduziu a uma redução estatisticamente significativa da média da despesa em cada produto farmacêutico, na ordem dos 22%.</li> </ul>  |
| <b>Recursos humanos</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nas <b>remunerações base</b> houve um crescimento acumulado de 20%. O efeito estimado foi de aumento de 3.9%, nas remunerações base nos SA.</li> <li>▪ Quanto às <b>horas extraordinárias</b> o efeito SA estimado é uma redução de 1.2 % da proporção das horas extraordinárias nos custos com pessoal, isto é, houve uma redução substancial nas verbas despendidas em trabalho extraordinário se se tiver em linha de conta que o número de contratos individuais de trabalho foi relativamente reduzido.</li> <li>▪ O efeito estimado nas <b>remunerações adicionais</b> com a transformação SA foi uma redução de 1,5 % da proporção destas remunerações nos custos com pessoal.</li> <li>▪ Quanto às <b>remunerações base dos médicos</b> o efeito estimado foi um crescimento adicional destas remunerações nos SA e simultaneamente uma tendência decrescente da massa salarial base dos médicos nos outros hospitais para os anos de 2003 e 2004, algo que poderia ter estado relacionado com as aposentações ocorridas nesses anos.</li> <li>▪ Também para as <b>remunerações base dos enfermeiros</b> o estudo concluiu por um crescimento adicional destas remunerações nos SA e simultaneamente uma tendência decrescente da massa salarial desta categoria profissional em 2003 e 2004 nos SPA, o que poderia estar relacionado com o acréscimo da utilização de empresas de serviços por parte dos SPA</li> </ul> |
| <b>Investimento</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A criação dos hospitais SA levou a <b>investimentos</b> tendencialmente superiores nestes hospitais comparativamente aos SPA, apesar da falta de significância estatística da diferença.</li> </ul>  |

Para além deste estudo, outras iniciativas tentaram avaliar o impacto da empresarialização com base em resultados em saúde (ganhos de saúde), em Portugal, comparando os 31 hospitais SA com o conjunto de hospitais SPA, que mantiveram a gestão pública tradicional. É o caso do Memorando intitulado “Avaliação do desempenho dos hospitais SA” de que foram responsáveis Carlos Costa e Sílvia Lopes da Escola Nacional de Saúde Pública, em Novembro de 2005<sup>102</sup>. Para melhor se visualizar o ponto de chegada dos hospitais SA, procedeu-se a uma análise temporal comparativa desde 2000, tendo-se, para tal, considerado o conjunto dos 31 Hospitais como HSA nos anos de 2001 e de 2002.



<sup>102</sup> Costa e Lopes, 2005.

O estudo não contemplou os aspectos económico-financeiros, centrando a sua análise no desempenho clínico analisado com base na efectividade e na eficiência. A efectividade foi medida pela relação entre a taxa de mortalidade observada e a taxa de mortalidade esperada, pela relação entre a taxa de complicações observada e a taxa de complicações esperada, e pela relação entre a taxa de readmissões observada e a taxa de readmissões esperada. Por outro lado, a eficiência foi medida pela relação entre a demora média observada e a demora média esperada.

Com base nestes pressupostos o estudo apresenta um conjunto de conclusões principais que podem ser visualizadas no quadro 14:

#### Quadro 14 - Principais conclusões do estudo de Costa e Lopes

- Os SA apresentaram acréscimos de produção proporcionalmente superiores aos observados nos SPA, tanto para o total de episódios, como para os casos cirúrgicos e médicos;
- A complexidade dos casos tratados aumentou mais nos SA para o total dos episódios e para os casos médicos e mais nos SPA nos casos cirúrgicos;
- A gravidade dos casos tratados aumentou mais nos SA para o total dos episódios e para os casos médicos e aumentou mais nos SPA nos casos cirúrgicos, tendo neste particular existido uma diminuição nos SA;
- No que respeita à política das admissões ao internamento e na eventual existência de práticas de selecção adversa observou-se que os SA apresentaram comparativamente melhores resultados que os SPA, ou seja, não existe evidência que os SA recorreram a práticas de selecção adversa para melhorarem os seus resultados. Contudo, foi ainda observado que uma eventual existência de selecção adversa em Portugal era já patente em 2001, ano de início do estudo em apreço;
- Para a mortalidade e para o total de episódios de internamento e para os casos médicos os SA começaram a apresentar melhores resultados a partir de 2003. No entanto, nos casos cirúrgicos os SPA são sempre melhores e apresentaram uma melhor evolução entre 2004 e 2001;
- Para as complicações os SA apresentaram sempre melhores resultados e inclusivamente uma evolução mais favorável entre 2004 e 2001;
- Para as readmissões os SA começaram a apresentar melhores resultados desde 2002 e uma evolução mais favorável entre 2004 e 2001;
- Para a eficiência os SA começaram a apresentar melhores resultados desde 2003 e uma evolução mais favorável entre 2004 e 2001. Nos casos cirúrgicos, embora os SA fossem sempre melhores conseguiram ainda apresentar uma evolução mais favorável entre 2004 e 2001. Nos casos médicos os SPA apresentaram sempre melhores resultados, embora a evolução entre 2004 e 2001 revele maiores ganhos nos SA

O relatório deste estudo conclui que, “face ao exposto, tudo indica que o processo de empresarialização em Portugal, nos dois primeiros anos, não contribuiu para uma diminuição no acesso aos cuidados de saúde, tanto em termos quantitativos, como qualitativos, e que inclusivamente estes acréscimos de produção não implicaram sacrifícios ao nível da qualidade e da eficiência dos cuidados prestados, visto que globalmente estes apresentaram resultados mais positivos nos Hospitais SA”.

Por fim, mais um estudo apareceu neste último ano debruçando-se sobre a problemática do impacto da transformação do regime jurídico destes hospitais.

Trata-se do estudo levado a cabo pelo denominado “Grupo de Trabalho sobre indicadores de monitorização de hospitais, hospitais SA e centros de saúde numa perspectiva de melhoria da gestão” da Direcção de Serviços de Planeamento da DGS, intitulado “A avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais EPE e SPA, datado de Setembro de 2005 e da responsabilidade de Maria do Rosário Gerales, Luís de Oliveira, Paula Mateus de Carvalho e Teresa Amaral Martins<sup>103</sup>.



Este estudo propunha-se:

- proceder a uma avaliação dos hospitais EPE e SPA numa perspectiva de gestão e da qualidade da prestação utilizando, pela primeira vez, um indicador agregado de avaliação da eficiência e da qualidade;
- comparar os hospitais EPE e SPA, com as mesmas características, classificados no âmbito do mesmo grupo e convenientemente homogeneizados a fim de comprovar se os hospitais EPE são mais eficientes, quando comparados com os Hospitais SPA; e
- sugerir medidas de política (“propostas de intervenção política”), que permitam melhorar a eficiência e a qualidade da prestação no âmbito dos cuidados de saúde hospitalares.

Para tal, foram utilizados dados da contabilidade analítica de 2003, últimos dados disponíveis a nível do IGIF, para os Hospitais EPE e Hospitais SPA<sup>104</sup>. Os hospitais foram agrupados em 6 grupos “segundo a oferta de camas e de acordo com o volume da produção, quantificada em número de doentes tratados e de acordo com as funções desempenhadas por estes hospitais”. O estudo comparou os resultados

<sup>103</sup> Gerales, Oliveira et al., 2005.

<sup>104</sup> Os indicadores agregados considerados foram os seguintes:

- o Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência — “composto quer pelos indicadores de eficiência relacionados com a actividade principal do hospital, quer com as secções auxiliares de apoio clínico (imagiologia, medicina física e reabilitação, patologia clínica e imuno-hemoterapia) e serviços hoteleiros”;
- o Indicador Agregado de Avaliação da Qualidade — “considera dois indicadores de processo, designadamente a percentagem de cirurgias em ambulatório e a percentagem de cesarianas no total de partos, e um indicador de *outcome*, a percentagem de episódios de internamento por infecções nosocomiais”.

obtidos e procedeu à análise de desigualdade para cada um dos grupos. De entre as várias conclusões salientam-se as indicadas no quadro 15.

#### Quadro 15 - Principais conclusões do estudo de Giraldes *et al.*

- Ao comparar os Hospitais EPE e SPA, com as mesmas características, classificados no âmbito do mesmo grupo e convenientemente homogeneizados, verifica-se que, apenas com algumas excepções, não são os hospitais EPE que são os mais eficientes. Com efeito, os quatro hospitais EPE do Grupo II apresentam todos uma situação relativa pior do que os hospitais SPA deste grupo. Dos sete hospitais EPE do Grupo III apenas o Hospital de Bragança se classifica entre os mais eficientes deste grupo. No Grupo IV, maioritariamente constituído por hospitais EPE, é mesmo assim um Hospital EPE, o Hospital de Garcia de Orta a apresentar a pior situação relativa. Da mesma forma, com excepção do CH de Vila Real/Régua todos os hospitais EPE do Grupo V são mais ineficientes do que os hospitais SPA deste grupo. No Grupo VI são, de novo, os hospitais SPA deste grupo a apresentar o Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência mais favorável, com o Hospital de Santa Marta, um dos dois hospitais EPE deste grupo em terceira posição.
- As menores desigualdades em todos os grupos de hospitais verificam-se nas áreas da despesa do internamento por doente tratado, da despesa com cirurgia por doente tratado, e da despesa com medicamentos no internamento por doente tratado a evidenciar a existência de uma política já devidamente consolidada nestas áreas, por oposição às restantes.
- Ao contrário, as maiores desigualdades verificam-se nas áreas da despesa com hospital de dia por sessão, medicamentos em hospital de dia por sessão, medicamentos na consulta externa por consulta, e medicina física e reabilitação por doente tratado

Este estudo, divulgado em Novembro de 2005 no sítio da Direcção-Geral da Saúde<sup>105</sup>, concluía que os hospitais com gestão empresarial são menos eficientes do que os que mantiveram o estatuto público. Estas conclusões são contrárias às conclusões obtidas com o estudo da ENSP<sup>106</sup> e da CAHSA<sup>107</sup>. A DGS demarcou-se deste estudo argumentando que se tratava de um contributo académico<sup>108</sup> e não de uma posição oficial deste organismo<sup>109,110,111</sup>.

### Os hospitais SA e EPE e a criação de centros hospitalares

A apresentação oficial do estudo da CAHSA data de 8 de Dezembro de 2005. No entanto, não esperando pela sua conclusão, através do Decreto-lei n.º 93/2005, de 7

---

<sup>105</sup> O estudo foi “lançado sem aviso na página oficial desta instituição” (Diário Económico, 10/11/2005). Posteriormente o estudo foi retirado.

<sup>106</sup> Costa e Lopes, 2005.

<sup>107</sup> CAHSA, 2005.

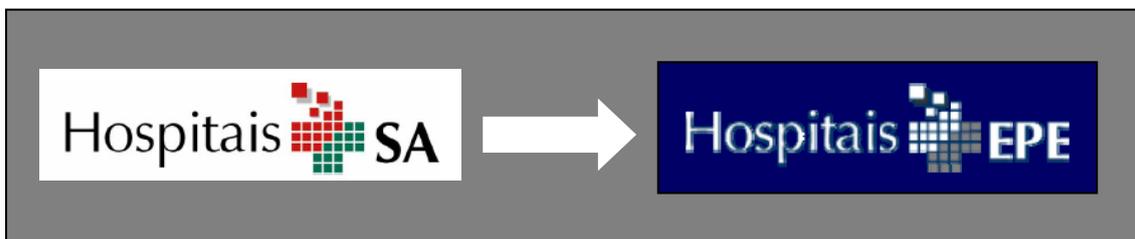
<sup>108</sup> Francisco Ramos justificou estas diferenças tendo em conta que “Metodologias diferentes conduzem a resultados diferentes” (Diário de Notícias, 12/01/2006).

<sup>109</sup> Na revista da Ordem dos Médicos, sob o título “Relatório sobre hospitais-empresa causa mal-estar no Ministério” é afirmado que “As conclusões a que chegou este grupo de trabalho da DGS foram desvalorizadas pelo Ministério da Saúde e pela Unidade de Missão dos Hospitais SA”. (Revista Ordem dos Médicos, Ano 10, nº 100, 15/12/2005).

<sup>110</sup> No sítio dos Hospitais EPE (<http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>), na secção relativa aos Estudos e Avaliação Externa, apenas são apresentados os estudos efectuados pela ENSP e pela CAHSA.

<sup>111</sup> Francisco Ramos frisou “que este [CAHSA] é o estudo considerado prioritário, porque foi o único encomendado pela tutela ” (Diário de Notícias, 12/01/2006).

de Junho, é formalizada a transformação dos então 31 hospitais SA em EPE e, em 29 de Dezembro, o Decreto-lei n.º 233/2005 concretizada essa transformação sendo finalmente aprovado o regime jurídico e os estatutos destas entidades.



Neste diploma é também formalizada a fusão de vários hospitais e a decorrente criação de três Centros Hospitalares, tal como é indicado no quadro 16.

Quadro 16 - Novos Centros Hospitalares criados em EPE

|  |   |
|--|---|
| Centro Hospitalar do Nordeste, EPE         | Hospital Distrital de Bragança, SA<br>Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros<br>Hospital Distrital de Mirandela |
| Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE | Hospital Egas Moniz, SA<br>Hospital de Santa Cruz, SA<br>Hospital S. Francisco Xavier, SA                           |
| Centro Hospitalar de Setúbal, EPE          | Hospital de São Bernardo, SA<br>Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão  |

Assim, e para além dos referidos no quadro anterior, os centros hospitalares que já detinham personalidade jurídica e autonomia administrativa, financeira e patrimonial, foram também convertidos em EPE, conforme está indicado no quadro 17.

### Quadro 17 - Centros Hospitalares transformados de SA para EPE

|  |
|--|
| Centro Hospitalar do Alto Minho              |
| Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua |
| Centro Hospitalar da Cova da Beira           |
| Centro Hospitalar do Médio Tejo              |
| Centro Hospitalar do Baixo Alentejo          |
| Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio     |

No sector público administrativo foram criados os centros hospitalares apresentados no quadro 18.

### Quadro 18 - Centros Hospitalares que permaneceram no SPA

|  |
|--|
| Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde                  |
| Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia                           |
| Centro Hospitalar de Coimbra                                     |
| Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central)                       |
| Grupo Hospitalar dos Hospitais Cívicos de Lisboa                 |
| Grupo Hospitalar Psiquiátrico da Região de Lisboa e Vale do Tejo |

Também através do mesmo diploma, são transformados em hospitais EPE, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de S. João, os quais detinham anteriormente o estatuto de hospitais de sector público administrativo.

A recente política do Ministério da Saúde relativa à integração de hospitais até agora autónomos em centros hospitalares seguiu a lógica de agregar hospitais gerais, com diferentes níveis de diferenciação, como é o caso do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Beja e Serpa) e do Centro Hospitalar do Nordeste (Bragança, Mirandela, Macedo de Cavaleiros) ou hospitais centrais com hospitais especializados, como é o caso do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (S. Francisco Xavier, Egas Moniz e Santa Cruz ou Centro Hospitalar de Setúbal (Setúbal e Ortopédico Sant'Iago do Outão).

Basicamente, os objectivos que se pretendem alcançar com esta fusão de hospitais são potenciar, através de uma gestão comum e racional, as capacidades disponíveis nas unidades hospitalares cuja complementaridade assistencial é fundamental, rentabilizando recursos materiais, humanos e financeiros, com a vista a obter maior eficácia e eficiência na gestão desses meios.

De salientar, ainda, o propósito recentemente publicitado pelo Ministério da Saúde de integrar numa única estrutura os hospitais da Guarda, de Castelo Branco e o Centro Hospitalar da Cova da Beira EPE, assim como integrar o Hospital D. Estefânia no Centro Hospital de Lisboa (Zona Central).

Os quadros 19 a 23 apresentam, por região de saúde, a distribuição por estatuto jurídico dos hospitais públicos em Portugal, os que eram SA e passaram para EPE e os SPA. Neste quadro não está incluído o Hospital Fernando Fonseca – Amadora-Sintra – , pois não foi SA, não é EPE e também não pertence ao sector público administrativo. O período de Dezembro de 2002 a Dezembro de 2005 corresponde ao período da governação dos XV e XVI Governos Constitucionais com o PSD.

Quadro 19 - Distribuição jurídica dos hospitais da Região Norte

| Após Dezembro de 2005                                   | De Dezembro de 2002 a Dezembro de 2005               | Até Dezembro de 2002                                    |
|---|--|---|
| H de Santa Maria Maior, EPE .....                       | H de Santa Maria Maior, SA .....                     | H de Santa Maria Maior <sup>1</sup>                     |
| H de São Marcos .....                                   | H de São Marcos .....                                | H de São Marcos <sup>2</sup>                            |
| H de São José de Fafe .....                             | H de São José de Fafe .....                          | H de São José de Fafe                                   |
| H da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE .....          | H da Senhora da Oliveira, SA .....                   | H da Senhora da Oliveira <sup>3</sup>                   |
| H São João de Deus, EPE .....                           | H São João de Deus, SA .....                         | H São João de Deus <sup>4</sup>                         |
| CH do Nordeste, EPE .....                               | H Distrital de Bragança, SA .....                    | H Distrital de Bragança                                 |
|   | H Distrital de Macedo de Cavaleiros .....            | H Distrital de Macedo de Cavaleiros                     |
|   | H Distrital de Mirandela .....                       | H Distrital de Mirandela                                |
| H de São Gonçalo, EPE .....                             | H de São Gonçalo, SA .....                           | H de São Gonçalo <sup>5</sup>                           |
| ULS de Matosinhos, EPE .....                            | Hospital Pedro Hispano, SA .....                     | Hospital Pedro Hispano <sup>6</sup>                     |
| Hospital Distrital de Parede .....                      | Hospital Distrital de Parede .....                   | Hospital Distrital de Paredes                           |
| H Padre Américo, Vale do Sousa, EPE .....               | H Padre Américo - Vale do Sousa, SA .....            | H Padre Américo <sup>7</sup>                            |
| Hospital de Crianças Maria Pia .....                    | Hospital de Crianças Maria Pia .....                 | Hospital de Crianças Maria Pia <sup>8</sup>             |
| Hospital de Joaquim Urbano .....                        | Hospital de Joaquim Urbano .....                     | Hospital de Joaquim Urbano <sup>8</sup>                 |
| Hospital de Magalhães Lemos .....                       | Hospital de Magalhães Lemos .....                    | Hospital de Magalhães Lemos <sup>8</sup>                |
| H Geral de Santo António, EPE .....                     | H Geral de Santo António, SA .....                   | H Geral de Santo António <sup>8</sup>                   |
| H de São João, EPE .....                                | H de São João .....                                  | H de São João <sup>8</sup>                              |
| Maternidade Júlio Dinis .....                           | Maternidade Júlio Dinis .....                        | Maternidade Júlio Dinis <sup>8</sup>                    |
| Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE ..... | Instituto Português de Oncologia FG - CROP, SA ..... | Instituto Português de Oncologia FG - CRON <sup>8</sup> |
| CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde .....                  | CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde .....               | H São Pedro Pescador <sup>9</sup>                       |
|   |  | H de Vila do Conde                                      |
| H Conde de São Bento .....                              | H Conde de São Bento .....                           | H Conde de São Bento <sup>10</sup>                      |
| H Nossa Senhora Conceição .....                         | H Nossa Senhora Conceição .....                      | H Nossa Senhora Conceição <sup>11</sup>                 |
| CH Vila Nova de Gaia .....                              | CH Vila Nova de Gaia .....                           | CH Vila Nova de Gaia                                    |
| CH do Alto Minho, EPE .....                             | CH do Alto Minho, SA .....                           | H do Conde de Bertandios <sup>12</sup>                  |
|   |  | H Santa Luzia de Viana do Castelo                       |
| H Chaves .....  | H Chaves .....                                       | H Chaves  |
| CH de Vila Real/Peso da Régua, EPE .....                | CH de Vila Real/Peso da Régua, SA .....              | H de Peso da Régua                                      |
|   |  | H de São Pedro de Vila Real                             |

Nota: H Hospital  
 CH Centro Hospitalar  
 ULS Unidade Local de Saúde

<sup>1</sup> Barcelos  
<sup>2</sup> Braga  
<sup>3</sup> Guimarães

<sup>4</sup> Vila Nova de Famalicão  
<sup>5</sup> Amarante  
<sup>6</sup> Matosinhos

<sup>7</sup> Penafiel  
<sup>8</sup> Porto  
<sup>9</sup> Póvoa do Varzim

<sup>10</sup> Santo Tirso  
<sup>11</sup> Valongo  
<sup>12</sup> Ponte de Lima



Quadro 21 - Distribuição jurídica dos hospitais da Região de Lisboa e Vale do Tejo

| Após Dezembro de 2005                                    | De Dezembro de 2002 a Dezembro de 2005               | Até Dezembro de 2002                                    |
|--|--|---|
| CH de Lisboa Ocidental, EPE .....                        | H de Santa Cruz, SA .....                            | H de Santa Cruz <sup>4</sup>                            |
|  | H São Francisco Xavier, SA .....                     | H São Francisco Xavier <sup>3</sup>                     |
|  | H Egas Moniz, SA .....                               | H Egas Moniz <sup>3</sup>                               |
| H de Santa Maria, EPE .....                              | H de Santa Maria .....                               | H de Santa Maria <sup>3</sup>                           |
| H Pulido Valente, EPE .....                              | H Pulido Valente, SA .....                           | H Pulido Valente <sup>3</sup>                           |
| H de Santa Marta, EPE .....                              | H de Santa Marta, SA .....                           | H de Santa Marta <sup>3</sup>                           |
| Instituto Português de Oncologia de Lisboa FG, EPE ..... | Instituto Português de Oncologia FG - CROL, SA ..... | Instituto Português de Oncologia FG - CROL <sup>3</sup> |
| CH de Lisboa (Zona Central) .....                        | H Santo António Capuchos .....                       | H Santo António Capuchos <sup>3</sup>                   |
|  | H São José .....                                     | H São José <sup>3</sup>                                 |
|  | H do Desterro .....                                  | H do Desterro <sup>3</sup>                              |
| H de Torres Vedras .....                                 | H de Torres Vedras .....                             | H de Torres Vedras                                      |
| H Condes de C Guimaráes .....                            | H Condes de C Guimaráes .....                        | H Condes de C Guimaráes <sup>1</sup>                    |
| GH dos Hospitais Cívicos de Lisboa .....                 | H Curry Cabral .....                                 | H Curry Cabral <sup>3</sup>                             |
|  | H D. Estefânia .....                                 | H D. Estefânia <sup>3</sup>                             |
| H Reinaldo dos Santos .....                              | H Reinaldo dos Santos .....                          | H Reinaldo dos Santos <sup>5</sup>                      |
| Maternidade Dr. Alfredo da Costa .....                   | Maternidade Dr. Alfredo da Costa .....               | Maternidade Dr. Alfredo da Costa <sup>8</sup>           |
| GH Psiquiátrico da Região de Lisboa e Vale do Tejo ..... | HP Miguel Bombarda .....                             | HP Miguel Bombarda <sup>3</sup>                         |
|  | HP Júlio de Matos .....                              | HP Júlio de Matos <sup>3</sup>                          |
| HO Dr. José D'Almeida .....                              | HO Dr. José D'Almeida .....                          | HO Dr. José D'Almeida <sup>2</sup>                      |
| CH do Médio Tejo, EPE .....                              | CH do Médio Tejo, SA .....                           | H Dr. Manuel Constâncio <sup>6</sup>                    |
|  |  | H Nossa Senhora da Graça <sup>7</sup>                   |
|  |  | H de Torres Novas                                       |
| H Distrital de Santarém, EPE .....                       | H Distrital de Santarém, SA .....                    | H de Santarém   |
| CH de Setúbal, EPE                                       | H de São Bernardo, SA .....                          | H de São Bernardo <sup>10</sup>                         |
|  | HO Sant'Iago do Outão .....                          | HO Sant'Iago do Outão <sup>10</sup>                     |
| H Garcia de Orta, EPE .....                              | H Garcia de Orta, SA .....                           | H Garcia de Orta <sup>8</sup>                           |
| Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE .....          | Hospital de Nossa Senhora do Rosário, SA .....       | H do Barreiro   |
| H do Montijo .....                                       | H do Montijo .....                                   | H do Montijo  |
| H do Conde do Bracial .....                              | H do Conde do Bracial .....                          | H do Conde do Bracial <sup>9</sup>                      |

Nota: H Hospital <sup>1</sup> Cascais  
 CH Centro Hospitalar <sup>2</sup> Parede  
 GH Grupo Hospitalar <sup>3</sup> Lisboa  
 HP Hospital Psiquiátrico  
 HO Hospital Ortopédico

<sup>4</sup> Linda-a-Velha  
<sup>5</sup> Vila Franca de Xira  
<sup>6</sup> Abrantes

<sup>7</sup> Tomar  
<sup>8</sup> Almada  
<sup>9</sup> Santiago do Cacém

<sup>10</sup> Setúbal

Quadro 22 - Distribuição jurídica dos hospitais da Região do Alentejo

| Após Dezembro de 2005           | De Dezembro de 2002 a Dezembro de 2005 | Até Dezembro de 2002   |
|---------------------------------|--|--|
| CH do Baixo Alentejo. EPE ..... | CH do Baixo Alentejo, SA .....         | H José Joaquim Fernandes <sup>1</sup><br>H de São Paulo <sup>2</sup> |
| H do Espírito Santo .....       | H do Espírito Santo .....              | H do Espírito Santo <sup>5</sup>                                     |
| H Dr. José Maria Grande .....   | H Dr. José Maria Grande .....          | H Dr. José Maria Grande <sup>4</sup>                                 |
| H Santa Luzia de Elvas .....    | H Santa Luzia de Elvas .....           | H Santa Luzia de Elvas   |

Nota: H Hospital                                   <sup>1</sup> Beja                                   <sup>4</sup> Portalegre  
 CH Centro Hospitalar                       <sup>2</sup> Serpa  
 HP Hospital Psiquiátrico                   <sup>3</sup> Évora  
 HO Hospital Ortopédico

Quadro 23 - Distribuição jurídica dos hospitais da Região do Algarve

| Após Dezembro de 2005                | De Dezembro de 2002 a Dezembro de 2005 | Até Dezembro de 2002        |
|--------------------------------------|--|-----------------------------|
| H de Faro .....                      | H de Faro .....                        | H de Faro                   |
| CH do Barlavento Algarvio, EPE ..... | CH do Barlavento Algarvio, SA .....    | H de Lagos<br>H de Portimão |

Nota: H Hospital

Após a apresentação dos resultados das recentes medidas do Governo face às modalidades jurídicas dos hospitais públicos, há que ficar claro o que distingue as formas jurídicas SE e EPE e em que aspectos elas são semelhantes. Assim, o quadro 24 apresenta as principais semelhanças entre este dois regimes jurídicos.

Quadro 24 - Principais semelhanças entre os regimes SA e EPE

| Principais semelhanças   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>▪ O diploma legal habilitador de ambas as figuras jurídicas (SA e EPE) é a Lei n.º 27/2002, de 8 de Dezembro, que as prevê no seu artigo 2º;</li><li>▪ Quanto à forma de criação ambos são criados através de Decreto-Lei podendo, no entanto, os hospitais SA ser também criados por escritura de constituição de sociedade comercial;</li><li>▪ Quanto ao regime jurídico ambos se regem pelo regime jurídico do sector empresarial do Estado, constante do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, artigo 7º n.º 1, isto é, regem-se pelo direito privado. Aplica-se-lhes a Lei n.º 27/2002, de 8 de Dezembro, os respectivos diplomas habilitadores, os seus estatutos e regulamentos. Os hospitais SA regem-se ainda pela lei reguladora das sociedades anónimas bem como por normas especiais cuja aplicação decorra do seu objecto social;</li><li>▪ A titularidade do capital é pública;</li><li>▪ O regime tributário é o geral, isto é, idêntico ao que se aplica às empresas privadas;</li><li>▪ Ambos estão ainda sujeitos à fiscalização sucessiva e concomitante do Tribunal de Contas, tal como previsto na Lei n.º 14/96, de 20 de Abril;</li><li>▪ No que diz respeito ao endividamento, a ambos os tipos de hospital não é permitido um endividamento superior a 30% do capital social para os SA ou capital estatutário para os EPE;</li><li>▪ Em relação ao regimes de empreitadas e obras públicas, sujeição de ambos SA e EPE ao Decreto-Lei n.º 59/99, de 2 de Março, por força do artigo 3º n.º 1 alínea g) deste diploma. Quanto ao regime de aquisição de bens e serviços, no diploma dos hospitais EPE é prevista (artigo 13º) a aplicação nas normas de direito privado sem prejuízo da aplicação do regime de direito comunitário relativo à contratação pública. Ou seja, é entendida a aplicação do Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho, o mesmo se aplicando aos SA. No entanto, é de referir que a aplicação deste diploma não é consensual apesar de tanto a doutrina como a jurisprudência apontarem neste sentido. Os hospitais EPE ficam explicitamente obrigados ao cumprimento dos princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão designadamente através da fundamentação das decisões tomadas, princípios estes subjacentes a todo o sector empresarial do Estado por força da aplicação do Decreto-Lei n.º 558/99;</li><li>▪ Quanto ao regime do pessoal, os trabalhadores dos hospitais SA e dos EPE estão sujeitos às normas do regime do contrato individual de trabalho e do Código do Trabalho. Ambos prevêem a possibilidade de mobilidade do pessoal com relação jurídica de emprego público para o regime de contrato individual de trabalho.</li></ul> |

No entanto, há aspectos em que estes regimes diferem um do outro. O quadro 25 apresenta as principais diferenças entre estes dois modelos jurídicos.

Quadro 25 - Principais diferenças entre os regimes SA e EPE

| Principais diferenças   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O <b>poder de superintendência</b> do Ministro da Saúde é, no caso do hospitais EPE, mais marcante do que nos hospitais SA. Vide por exemplo o estipulado no artigo 6º do DL n.º 233/2005 no que diz respeito ao estabelecimento e aprovação dos objectivos e estratégias dos hospitais, a definição de normas de organização e de actuação hospitalar, a homologação dos regulamentos internos, exigindo todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da actividade dos hospitais.</li> <li>▪ Quanto ao <b>controlo financeiro</b> a ambos se aplica o disposto no Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro e nos respectivos diplomas de criação. Devendo os hospitais SA submeter à apreciação dos Ministérios das Finanças e da Saúde, com pelo menos duas semanas de antecedência relativamente à data de realização da Assembleia Geral, o relatório de gestão, as contas de exercício e documentos de prestação de contas assim como, prestar informações mensais sobre a execução orçamental, competindo a sua aprovação àquele órgão. Os hospitais EPE, apresentam ao Ministério das Finanças e da Saúde para apreciação e aprovação os planos de actividade e orçamentos, os documentos de prestação de contas, os indicadores de actividade, económico-financeiros, de recursos humanos e outros entendidos necessários.</li> <li>▪ Os <b>órgão sociais</b> do hospital SA são a assembleia geral, o conselho de administração, o fiscal único, compondo ainda a estrutura organizativa, o conselho consultivo, os órgãos de apoio técnico e outros órgão previsto na lei e nos respectivos regulamentos internos. Os órgãos sociais do hospital EPE são, por sua vez, constituídos pelo conselho de administração, o fiscal único, o conselho consultivo e comissões de apoio técnico.<br/>De salientar que é à assembleia geral, no caso dos SA, que compete deliberar sobre assuntos de maior importância para a gestão do hospital nomeadamente através da: deliberação sobre a aplicação dos resultados do exercício, da eleição dos administradores e do fiscal único, da autorização, sobre parecer do fiscal único, para aquisição, alienação e a oneração de imóveis e de investimentos de valor superior a 2% do capital social, deliberação sobre o endividamento do hospital até ao limite de 30% do capital social. Nos hospitais EPE tais competências estão na dependência do exercício da tutela do Ministérios das Finanças e da Saúde (artigo 10º);</li> <li>▪ Quanto ao <b>capital</b>, no caso dos SA estamos perante um capital social titularizado por acções nominativas que pertencem ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos. Nos hospitais EPE o capital é estatutário e é constituído por uma dotação em numerário realizada pelo Estado.</li> <li>▪ Aos hospitais SA são atribuídos os <b>poderes especiais</b> para: a) requerer a expropriação por utilidade pública; b) concessionar a ocupação ou exercício de actividades relacionadas com o seu objecto social nos terrenos, edificações ou infra-estruturas que lhe sejam afectas; c) celebrar contratos ou acordos que tenham como objecto a gestão de partes funcionalmente autónomas do Hospital.</li> <li>▪ Quanto ao <b>regime do pessoal</b> é de salientar que nos hospitais EPE é permitido a todos os trabalhadores e agentes a opção pela celebração de contrato de trabalho quando para o efeito lhes seja concedida licença sem vencimento enquanto que tal opção nos S.A. só é permitida aos funcionários inseridos em corpos especiais.</li> <li>▪ Quanto à <b>contabilidade</b>, o hospital EPE rege-se expressamente pelo Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POC'MS), previsto na Portaria n.º 898/2000, de 28 de Setembro, enquanto que o hospital SA, apesar de não ter sido essa a prática e ter sido mantido o POC'MS, rege-se pelo Plano Oficial de Contabilidade das sociedades comerciais.</li> <li>▪ Ao hospital S.A. aplica-se o <b>regime da extinção</b> por insolvência enquanto que o hospital EPE está inequivocamente excluído da aplicação deste regime.</li> </ul> |

## A finalizar ...

No que se refere à transparência e à prestação de contas, aspectos fundamentais associados à prática da contratualização, a transformação dos Hospitais SA para Hospitais EPE e o *terminus* do mandato da Unidade de Missão trouxe, para já, a descontinuidade na divulgação da informação relativa ao desempenho destes hospitais. A não publicação periódica de dados de desempenho e a quase ausência de publicação dos Relatórios de Gestão e Contas levam a afirmar que, se a anterior equipa ministerial foi várias vezes alvo de críticas relacionadas com a veracidade dos dados publicados, neste caso, a ausência de dados oficiais relacionados com o desempenho hospitalar é uma realidade infelizmente verificada.

Por sua vez, realça-se o facto positivo de se terem tornado públicos no sitio do IGIF os Planos de Desempenho dos hospitais para 2005, medida há muito solicitada a bem da transparência do sistema. Porém, questiona-se o facto de nem todos os hospitais terem o seu Plano de Desempenho publicado. Este aspecto leva a que se coloquem as seguintes questões:

- Estarão ainda hospitais, no segundo semestre, do ano sem o seu orçamento aprovado?
- A assinatura dos Planos de Desempenho depende da vontade das administrações dos hospitais?
- Estamos a falar de Planos de Desempenho de compromisso mútuo, entre a tutela e as administrações dos hospitais, ou de orçamentos previamente concebidos e conseqüentemente impostos aos CA?
- Serão os orçamentos curtos e os responsáveis pelas instituições não querem assumir as responsabilidades? Nesse caso, seis meses de negociação não serão suficientes?
- Quais as conseqüências para os dirigentes da Administração que não assinam o Plano de Desempenho?

Apesar de toda a evidência existente nos diversos estudos publicados, as mudanças ocorridas nos hospitais prenderam-se sobretudo com as alterações ao nível de estatuto jurídico (SAP, SA, e EPE), privilegiando a gestão numa perspectiva normativa, em detrimento das mudanças em termos organizacionais, i.e., da gestão

numa perspectiva mais organizacional que se preocupasse com o crescimento do hospital enquanto organização. De facto, se analisarmos os hospitais desde a sua criação, verificamos, facilmente, que ele cresceu em termos de recursos e meios — financeiros, humanos e materiais —, mas que este crescimento nunca foi acompanhado do respectivo desenvolvimento organizacional em termos de estruturas e da articulação dos diferentes tipos de gestão: de topo, intermédia, e operacional.

É um facto que as mudanças ocorridas em termos de estatuto jurídico são essenciais e necessárias para resolver os principais constrangimentos e problemas identificados para os hospitais públicos. Contudo, as mudanças não se esgotam na alteração do estatuto jurídico e deveriam ser acompanhadas de alterações a nível organizacional de modo a não se ficar apenas na forma, mas também a aproximar-se do conteúdo aspirado. No fundo, o (re)desenhar o hospital enquanto organização, em termos das funções básicas da gestão empresarial em áreas de planeamento, de organização, de monitorização, da gestão de pessoas, de liderança, e de mudança organizacional, desenvolvimento e inovação, entre outros.

## II-8 PARCERIAS PÚBLICO-PRIVADO

Uns dos elementos da política de saúde a que o actual governo deu continuidade são as Parcerias Público-Privadas (PPP), pelo menos para os dez Hospitais já previamente seleccionados no mandato do Governo anterior. Para estes hospitais, incluídos na rede do Serviço Nacional de Saúde, é preconizado um financiamento público, e a concepção, construção e exploração por períodos que ultrapassam os vinte anos, serão 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-privado”, parece manter-se e estar mesmo em via de implementação, conforme sugere a encomenda e produção do 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.

É importante notar também 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. Verificamos, 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 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 a que para surpresa de todos só se apresentou apenas um candidato e a PPP para o 'Centro de Atendimento'<sup>112</sup> cujo processo de adjudicação e lançamento teve vários meses de atraso sem qualquer explicação pública. Serão estes dois casos um indicio de insucesso do projecto das PPP em Portugal? Eis um tema que merece discussão.

No relatório de 2006, a atenção que o OPSS dirige às PPP centra-se na identificação do processo de redefinição das prioridades das PPP hospitalares deixando para próximos relatórios a discussão sobre a essência e validade das PPP na saúde uma vez que a evolução do projecto, em Portugal, permitir-nos-á ilações mais concretas e fundamentadas.

A requisição por parte da actual equipa do Ministério da Saúde para que se fizesse este estudo de hierarquização dos projectos<sup>113</sup>, e intenções assumidas anteriormente, parecem decorrer da constatação do risco de estas conflituarem, objectivamente, com os interesses da saúde dos portugueses – compromisso de maior da governação em saúde – facto para o para o qual, aliás, o Relatório da Primavera de 2005 já tinha alertado.

### O estudo de prioridades



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 esta equipa do Ministério da Saúde se tenha visto forçado 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

<sup>112</sup> Do inglês, *call center*.

<sup>113</sup> Escola de Gestão do Porto, 2006.

rede hospitalar actual e nas redes de referênciação.

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, foram apresentadas no quadro 26, conforme publicado no relatório dos consultores.

Quadro 26 - 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 referênciação 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).

## A 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 27).

Quadro 27 - 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).

Adicionalmente, na versão posta à discussão pública, apresentou uma série de recomendações. Sendo que a articulação entre si poderá não parecer coerente com os propósitos de optimização e racionalização dos recursos existentes, estas são as principais recomendações desse relatório, que apresentamos em síntese no quadro 28.

Quadro 28 - Comentários às recomendações do Relatório

- Em quatro dos seis casos (Vila Nova de Gaia, Lisboa, Évora e Faro) os hospitais analisados são propostos como hospitais de substituição. Consideram os autores ser indispensável que o sejam de facto, sob pena de saírem defraudados os pressupostos, seja do seu trabalho, seja da sua recomendação;
- No caso do novo Hospital Central na Zona Oriental de Lisboa a evolução demográfica poderá revelar-se de tal forma adversa que poderá vir a condicionar a prioridade que lhe foi atribuída e a dimensão prevista para a nova unidade hospitalar. Ainda assim, os autores arriscaram fazer uma previsão para uma perda populacional nas freguesias abrangidas da ordem dos 33% nos próximos trinta anos, contrariando aliás as projecções demográficas que apontam para os 50%. Assim, se o Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, quando se considera a população actual surge pontuado em segundo lugar em termos de necessidades não satisfeitas, é remetido para o 3º lugar quando se considera a população estimada a prazos de quinze e trinta anos. Estes factos sugerem a necessidade de uma ponderação particularmente criteriosa da sua dimensão.
- A problemática do ponto anterior repete-se relativamente ao novo Hospital de Évora. Os autores consideram que a melhor solução passará mais pela sua qualificação e intensificação tecnológica do que por qualquer aumento do número de camas - matéria em que admitem mesmo, uma ligeira redução. Em consonância com este propósito de qualificação, que leva os autores a propor o estatuto de Hospital Central do Alentejo, é recomendado um cumprimento mais apertado das orientações já em vigor no que se refere aos serviços a prestar, e à complementaridade que deveria existir entre os três hospitais distritais do Alentejo. O conceito de "qualificação", conforme entendido pelos autores, não é esclarecido, o que dificulta a interpretação objectiva desta recomendação.
- Os autores registaram no relatório que a decisão mais difícil é a que respeita ao incremento da oferta de cuidados hospitalares na margem sul do Rio Tejo, ainda que argumentando que a necessidade

estava evidenciada em termos de necessidades não satisfeitas (um conceito definido também de forma pouco clara). Nesse sentido, os autores manifestaram a “preferência pela expansão do Hospital Garcia de Orta, em Almada, em detrimento da construção de um novo e pequeno hospital de raiz, muito provavelmente no Seixal”. A justificação desta “preferência” refere custo, racionalidade e eficiência da rede hospitalar, sob pena de serem repetidas na margem sul do Rio Tejo exemplos de “irracionalidade e de desperdício hoje observáveis em outras zonas do País”. Infelizmente, não identificam estes exemplos, que muito ajudariam à decisão política e ao debate nacional. Por outro lado, os autores surpreendem quando registam a situação de que “a oferta hospitalar no Distrito de Setúbal, onde a insuficiência do número de camas coexiste com unidades hospitalares com baixíssimas taxas de ocupação - como é nomeadamente o caso do Hospital do Montijo”. Ainda assim, os autores recomendam a expansão do Hospital Garcia de Orta.

- O relatório levanta ainda a hipótese de que algumas novas unidades hospitalares possam ser construídas em local diferente dos equacionados pelos serviços centrais do Ministério da Saúde e pela generalidade dos intervenientes envolvidos no exercício, apontando o caso de Évora em concreto. Trata-se de uma recomendação que vai muito para além dos objectivos de atribuir prioridades, e que não é devidamente enquadrada no relatório.
- Ainda em matéria de terrenos, os autores recomendam que “mesmo em situação de Parceria Público-Privada, os terrenos sejam adquiridos pelo Estado Português”, indicando em concreto o caso do novo Hospital de Póvoa de Varzim/Vila do Conde, em que, dizem os autores, “a solução de aquisição dos terrenos pelo Estado Português se afigura altamente recomendável”. Esta recomendação poderá também surpreender, não apenas porque vai uma vez mais muito para além dos objectivos de atribuir prioridades, mas também porque é muito discutível se esta é uma acção realmente do melhor interesse do Estado Português, nomeadamente do Ministério da Saúde.
- Ainda que defendendo as suas recomendações com a interessante expressão “salvo melhor opinião”, os autores apresentam mais uma recomendação surpreendente e genérica para que em algumas zonas do País, a rede de referenciação passe a fazer-se por freguesia e não por concelho. Registando como exemplo a Área Metropolitana do Porto em que, segundo os autores, nada justifica que as freguesias da parte Sul do concelho de Vila do Conde não referenciem ao Hospital de Pedro Hispano, em Matosinhos. A surpresa é que esta recomendação não é complementada com nenhum tipo de indicação relativamente ao impacto desta alteração nas redes de referenciação, na dinâmica de produção e na optimização da utilização dos outros hospitais.
- Uma última recomendação incluída no relatório disponibilizado para discussão pública referia que, ainda que seja em Faro e Vila Nova de Gaia que se encontram reunidas as condições físicas de avanço mais imediato dos processos de construção das novas unidades hospitalares, a ordem de prioridades apresentada ponderou factores diversos relacionados com suficiência e qualidade do serviço que tem de ser prestado às populações, com o custo a que esse serviço tem de ser prestado e com a racionalidade global da rede de equipamentos hospitalares do País, que resultou na baixa posição relativa de prioridade destes dois projectos na classificação do *ranking* publicado.
- Em quatro dos seis casos (Vila Nova de Gaia, Lisboa, Évora e Faro) os Hospitais analisados são propostos como Hospitais de substituição. Consideram os autores que é indispensável que o sejam de facto, sob pena de saírem defraudados os pressupostos, seja do seu trabalho, seja da sua recomendação.
- No caso do novo Hospital Central na Zona Oriental de Lisboa, a evolução demográfica poderá revelar-se de tal forma adversa que poderá vir a condicionar a prioridade que lhe foi atribuída e a dimensão prevista para a nova unidade hospitalar. Ainda assim, os autores arriscaram fazer uma previsão para uma perda populacional nas freguesias abrangidas da ordem dos 33%, nos próximos trinta anos, contrariando as projecções demográficas que apontam para os 50%. Assim, se o Hospital de Todos os Santos, em Lisboa, surge pontuado em 2º lugar quando se considera a população actual, em termos de necessidades não satisfeitas, é remetido para o 3º lugar quando se considera a população estimada a prazos de quinze e trinta anos. Estes factos sugerem a necessidade de uma ponderação particularmente criteriosa da sua dimensão.
- A problemática do ponto anterior repete-se relativamente ao novo Hospital de Évora. Os autores consideram, ainda assim, que a melhor solução passará mais pela sua qualificação e intensificação tecnológica do que por qualquer aumento do número de camas - matéria em que admitem mesmo, uma ligeira redução. Em consonância com este propósito de qualificação, que leva os autores a propor o estatuto de Hospital Central do Alentejo, é recomendado um cumprimento mais apertado das orientações já em vigor no que se refere aos serviços a prestar, e à complementaridade que deveria existir entre os três Hospitais distritais do Alentejo. O conceito de “qualificação”, conforme entendido pelos autores, não é esclarecido, o que dificulta a interpretação objectiva desta recomendação.
- Os autores registaram no relatório que a decisão mais difícil é a que respeita ao incremento da oferta de cuidados hospitalares na Margem Sul do Rio Tejo, ainda que argumentando que a necessidade estava evidenciada em termos de necessidades não satisfeitas (um conceito também definido de

forma pouco clara). Nesse sentido, os autores manifestaram a “preferência pela expansão do Hospital Garcia de Orta, em Almada, em detrimento da construção de um novo e pequeno hospital de raiz, muito provavelmente no Seixal”. A justificação desta “preferência” refere custo, racionalidade e eficiência da rede hospitalar, sob pena de serem repetidas na Margem Sul do Rio Tejo exemplos de “irracionalidade e de desperdício hoje observáveis em outras zonas do País”. Infelizmente, os não identificam estes exemplos que muito ajudariam à decisão política e ao debate nacional. Por outro lado, os autores surpreendem quando registam a situação de que “a oferta hospitalar no Distrito de Setúbal, onde a insuficiência do número de camas coexiste com unidades hospitalares com baixíssimas taxas de ocupação - como é nomeadamente o caso do Hospital do Montijo”. Ainda assim, os autores recomendam a expansão do Hospital Garcia de Orta.

- O relatório levanta ainda a hipótese de que algumas novas unidades hospitalares poderem ser construídas em local diferente dos equacionados pelos serviços centrais do Ministério da Saúde e pela generalidade dos intervenientes envolvidos no exercício, apontando o caso de Évora em concreto. Trata-se de uma recomendação que vai muito para além dos objectivos de atribuir prioridades, e que não é devidamente enquadrada no relatório.
- Ainda em matéria de terrenos, os autores recomendam que “mesmo em situação de Parceria Público-Privada, os terrenos sejam adquiridos pelo Estado Português” indicando em concreto o caso do novo Hospital de Póvoa de Varzim/Vila do Conde, em que, dizem os autores, “a solução de aquisição dos terrenos pelo Estado Português se afigura altamente recomendável”. Esta recomendação poderá também surpreender, não apenas porque vai uma vez mais muito para além dos objectivos de atribuir prioridades, mas também porque é muito discutível se esta é uma acção realmente do melhor interesse do Estado Português, nomeadamente do Ministério da Saúde.
- Ainda que defendendo as suas recomendações com a interessante expressão “salvo melhor opinião”, os autores apresentam mais uma recomendação surpreendente e genérica para que em algumas zonas do País, a rede de referenciação passe a fazer-se por freguesia e não por concelho. Registrando como exemplo a Área Metropolitana do Porto em que, segundo os autores, nada justifica que as freguesias da parte Sul do concelho de Vila do Conde não referenciem ao Hospital de Pedro Hispano, em Matosinhos. A surpresa é que esta recomendação não é complementada com nenhum tipo de indicação relativamente ao impacto desta alteração nas redes de referenciação, na dinâmica de produção e na optimização da utilização dos outros hospitais.
- Uma última recomendação incluída no relatório disponibilizado para discussão pública referia que, ainda que seja em Faro e Vila Nova de Gaia que se encontram reunidas as condições físicas de avanço mais imediato dos processos de construção das novas unidades hospitalares, a ordem de prioridades apresentada ponderou factores diversos relacionados com suficiência e qualidade do serviço que tem de ser prestado às populações, com o custo a que esse serviço tem de ser prestado e com a racionalidade global da rede de equipamentos hospitalares do País, que resultou na baixa posição relativa de prioridade destes dois projectos na classificação do ranking publicado.

## Discussão pública

O relatório acima identificado esteve em discussão pública entre Fevereiro e fins de Abril de 2006, resultando numa adenda ao texto original. Esta adenda foi disponibilizada e apresentada como um contributo para 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 e informa do elevado nível de participação, consubstanciado num número de mensagens superior a cinco mil.

Os autores atribuíram particular importância ao facto de ter havido um elevado número de mensagens individuais e colectivas que, utilizando um mesmo texto, reclamavam a criação de um Hospital de raiz no concelho do Seixal. Infelizmente,

não indicam quantas das referidas cinco mil mensagens eram sobre o caso do Seixal. Ainda assim, deixaram também claro que “foram recebidas quinze contribuições de âmbito técnico”, de que destacaram nove, a que atribuíram “importância desigual”, sem informarem os leitores dos respectivos critérios com que atribuíram o nível de “importância”.

As nove contribuições técnicas consideradas importantes, cujos conteúdos, tanto quanto nos foi permitido observar, não foram tornados públicas mas cuja indicação de origem foi explicitada, foram as apresentadas no quadro 29.

#### Quadro 29 - Contribuições técnicas

|   |
|---|
| Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia               |
| Administração do Centro Hospitalar de Póvoa do Varzim / Vila do Conde |
| Administração do Hospital de Évora                                    |
| HPP - Hospitais Privados de Portugal                                  |
| José de Mello Saúde   |
| Profissionais do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia               |
| Dr. Luís Botelho  |
| Professora Mónica Oliveira e Dr. João Lourenço                        |
| Xavier 51 (muito provavelmente um pseudónimo)                         |

Ainda que adoptando uma atitude de contenção adjectiva com esta lista, pelo respeito que merecem o tema, os autores do estudo e os leitores do Relatório do OPSS, tem que assinalar-se o facto de pelo menos seis dos contributos considerados importantes pelos autores, ainda que sem critérios conhecidos, serem da autoria de partes empenhadas em defender os seus próprios interesses, podendo por isso ser interpretadas como forma de pressão sobre os autores e os resultados do estudo.

Curiosamente, os restantes três contributos considerados importantes provêm de personalidades a quem poderíamos atribuir grande credibilidade se tivéssemos acesso a informação relativamente à sua competência e experiência técnico-científica e operacional no sector hospitalar. Esta dúvida é particularmente reforçada no caso do contributo anónimo, cujo autor é identificado com o pseudónimo ‘Xavier 51’.

A adenda ao texto original identificou cinco áreas de discussão, conforme delimitados pelos próprios autores do estudo, nomeadamente:

1. Dúvidas metodológicas;
2. Disponibilidade de terrenos e prioridade de construção;
3. Prioridade de construção de um hospital novo e “prémio” aos responsáveis pela administração das unidades existentes;
4. A questão da oferta hospitalar na margem sul do Tejo;
5. Questões relacionadas com a articulação entre os hospitais e outras unidades de prestação de cuidados de saúde, tempo médio de permanência dos utentes nos hospitais, opções em matéria de dimensão óptima das unidades hospitalares, entre outras.

Passemos à análise de cada uma delas:

1. As **dúvidas metodológicas** identificadas referenciam a nulidade da legitimidade das conclusões do estudo como consequência de não ser possível definir o peso atribuído a cada um dos critérios utilizados (vinte ao todo) e sem se ter previamente definido a unidade de medida das variáveis em que se concretiza cada um desses critérios. Conforme constatado na própria adenda, só depois de definida a escala em que se exprime cada variável, e de esclarecidos, nessa escala, os valores correspondentes à necessidade absoluta ou imperiosa de construção de uma nova unidade hospitalar, e a ausência de qualquer necessidade de construção da mesma unidade hospitalar, é que se torna possível identificar os pesos dessa e das demais variáveis em jogo, assegurando-se os necessários *trade-offs* entre qualquer par de duas variáveis. Constata-se a humilde e honesta admissão da falha pelos autores que, claramente admitem esse risco, o que, do ponto de vista da atitude de profissionalismo e seriedade é um ponto a seu favor.
2. No que diz respeito à **disponibilidade de terrenos e à prioridade de construção** a dúvida surge em articulação, ou por efeito da falha metodológica identificada e admitida pelos próprios autores, conforme explicitado no parágrafo anterior. No facto de o resultado da análise multicritério aplicada, a equipa responsável pelo estudo ser a primeira a reconhecer que a prioridade atribuída poderia facilmente

tornar-se incoerente: poderia propor a atribuição da prioridade aos projectos em que estivessem completamente asseguradas a disponibilidade de terrenos, a “infraestruturação” destes terrenos, a sua ligação às redes de fornecimento de energia, água, telecomunicações e águas residuais, e a acessibilidade viária. Se assim tivesse sido, “a aplicação deste critério faria avançar em primeiro lugar os novos hospitais de Vila Nova de Gaia, de Faro e de Évora, em que estas condições parecem mais integralmente verificadas”, dizem. Ou seja, este argumento poderia levar a que a prioridade fosse atribuída ao novo hospital cujo contexto tem condições para avançar mais depressa. O argumento contraposto foi que “mais necessário e mais urgente é começar pelas situações em que há necessidades de saúde não satisfeitas, ou em que estas necessidades estão a ser satisfeitas a custo económico demasiado elevado, ou em condições de qualidade menos satisfatórias”. Ficamos, porém, sem conhecer quais são esses casos, nomeadamente, aqueles em que há claros indícios de falta de qualidade, nem em que evidência se baseia essa afirmação.

3. A terceira área de discussão considerada relevante pelos autores foi a **prioridade de construção de um hospital novo e “prémio” aos responsáveis pela administração das unidades existentes**. Pelo carícató da sua natureza, conforme definida na agenda ao estudo, deixamos ao leitor do Relatório do OPSS a liberdade de interpretar ou identificar qualquer indício de relevância a atribuir a esta questão, que não conseguimos descortinar.
4. Uma quarta área de discussão considerada relevante foi a da **oferta hospitalar na margem sul do rio Tejo**. Sobre esta questão parece ter ocorrido um processo estruturado de envio de um elevado número de mensagens aos autores do estudo. Sendo que tal dinâmica não parece ter-se verificado em outros casos, um dos principais factores de contestação e discordância da prioridade atribuída à construção de um novo hospital nesta região foi o do crescimento demográfico verificado na península de Setúbal, particularmente concentrado nos concelhos de Almada e Seixal (43,5% da população total do península, de acordo com os autores do estudo). Desta evolução, constataam os autores a necessidade de “aumentar a oferta de cuidados hospitalares no Distrito de Setúbal, junto ao Rio Tejo, onde se concentra não apenas uma parte considerável da população, mas, sobretudo, a população dos concelhos, ou, se preferirmos, do concelho que conheceu maior crescimento demográfico no passado recente”. A decisão de recomendar o aumento da capacidade do Hospital Garcia de Orta, em vez da

construção de uma unidade hospitalar no concelho de Seixal baseou-se, de acordo com os autores do estudo, na exigência de racionalidade, nomeadamente nos factos de a distância entre o centro do concelho do Seixal e o Hospital Garcia de Orta, em Almada, não exceder os dez quilómetros e de 65% da população do concelho do Seixal residir em duas freguesias - Amora e Corroios. Daí, concluem, essas populações dificilmente irão recorrer a outro hospital que venha a ser construído no concelho do Seixal. Ainda assim, a discussão pública assinalou que, neste caso, de acordo com os autores do estudo, não foi possível quantificar os custos de investimento associados à expansão do Hospital Garcia de Orta, nem eventuais economias de escala, assim como o facto de que não terem sido consideradas as dificuldades de circulação no concelho do Seixal e, em geral, em toda a margem esquerda do Rio Tejo, com o conseqüente défice de acessibilidade de uma parte da população do concelho ao Hospital Garcia de Orta. Este facto levou os autores a lamentarem, com honestidade, não serem capazes de chegar à determinação de uma probabilidade objectiva em que se esse risco for valorizado a solução terá de passar por construir uma pequena unidade hospitalar de raiz no concelho do Seixal - em local a determinar, continuando a parecer que a solução mais exequível consistirá na utilização do já referido terreno de propriedade pública existente no Fogueteiro, junto ao nó da auto-estrada.

5. Finalmente, a quinta área de discussão considerada relevante pelos autores, as questões relacionadas com a articulação entre os hospitais e outras unidades de prestação de cuidados de saúde, tempo médio de permanência dos utentes nos hospitais, opções em matéria de dimensão óptima das unidades hospitalares e outras, a discussão pública identificou o distanciamento deste estudo com as questões da gestão global do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde, na medida em que não considerou o impacto do desenvolvimento dos cuidados primários, dos cuidados continuados e da lógica e tendência internacional de redução de cama hospitalares e redução de dias de internamento apoiados no investimento nos cuidados em ambulatório. Particularmente relevante é a sugestão registada na adenda pelos autores da eventualidade e "oportunidade" da construção no Seixal de uma unidade hospitalar de raiz, orientada para a vertente ambulatória e de reabilitação, em articulação com as redes de cuidados continuados e a rede dos cuidados de saúde primários. Esta sugestão, que terá vindo de comentários diversos, incluindo um artigo de opinião publicado no Diário Económico, tendo merecido por parte dos autores do estudo a inclusão nos resultados da discussão pública, é ainda assim

apenas considerada para a eventualidade de adopção no caso de Seixal. Os autores deixaram por esclarecer, mesmo neste caso, de que forma o impacto na prioridade atribuída ao Seixal considerou a dificuldade em equilibrar as necessidades em cuidados e reabilitação ao idoso e a evolução em crescimento da procura de serviços na área materno-infantil e a sua integração numa 'unidade local de saúde' (proposta pelos próprios autores do estudo).



# II-9

## CUIDADOS CONTINUADOS

O objectivo de desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados enunciado no Programa do XVII Governo Constitucional surge na sequência de uma necessidade desde há longo tempo reconhecida pelos agentes que acompanham o sistema

de saúde português. Tem vindo a ser consensualmente considerada uma das áreas prioritárias a desenvolver face ao impacto gerado, a médio e longo prazos, na resposta a um vasto campo de necessidades em saúde actualmente a descoberto no sistema de saúde português, mas também na promoção da sua eficiência e equidade.



O planeamento de unidades de cuidados continuados, em simultâneo com a reactivação dos cuidados ao domicílio, com a promoção de serviços comunitários de proximidade e com o reforço de articulação entre as instituições envolvidas nesta área de cuidados são referidos, no Programa do actual Governo, como medidas a implementar no quadro de um dos objectivos enunciados - "Envelhecer com saúde"<sup>114</sup>.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e nas Grandes Opções do Plano 2006 - 2009 era referido que a rápida alteração da estrutura demográfica ocorrida no nosso país, com aumento de população idosa e dependente, portadora de doença crónica, não tinha encontrado no sistema prestador nacional uma resposta adequada, articulada e eficaz. Todas as análises evidenciam uma importante lacuna, relativamente às respostas a implementar, de forma a satisfazer as necessidades actuais e futuras nesta tipologia de cuidados, desajuste esse gerador de custos sociais e privados

A rede de serviços ao nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares não respondeu, de forma integrada e articulada, às novas/velhas necessidades de um

---

<sup>114</sup> Em <http://www.portugal.gov.pt>.

grupo específico de doentes que nesta esta área de cuidados integra fundamentalmente pessoas com dependência funcional transitória, ou pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave, por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente, ou ainda pessoas afectadas por doença na fase terminal das suas vidas.

Os serviços a prestar a estes grupos-alvo devem garantir a continuidade de cuidados numa fase da doença em que, não se justificando o internamento em hospitais de agudos, pelos custos e os riscos de saúde associados, apresentam uma situação clínica que não permite que lhes seja dada alta plena para o domicílio. Por tal, compreende cuidados de natureza preventiva, recuperadora e paliativa. Refere-se, finalmente, que estamos perante um problema em que no conjunto de razões que justificam a continuidade de cuidados a prestar, é difusa a fronteira entre as razões de índole clínica e as de índole social.

Durante a década de 90 o reconhecimento desta necessidade levou a que fosse assinado um despacho conjunto<sup>115</sup>, entre o Ministério da Saúde e o do Trabalho e da Solidariedade Social, definindo orientações com vista a uma intervenção articulada de apoio social e de cuidados de saúde continuados, dirigida às pessoas em situação de dependência. Nesse quadro foram criados dois tipos de resposta os Apoios Domiciliários Integrados (ADI) e as Unidades de Apoio Integradas (UAI) que, com o tempo, se vieram a mostrar insuficientes e ineficazes na resolução dos problemas que justificaram a sua implementação, tendo sido limitado o seu impacto perante a dimensão das necessidades.

Em Novembro de 2003 foi aprovada a rede de Cuidados Continuados<sup>116</sup>, gerando amplas expectativas em diversos promotores nesta área de cuidados, nomeadamente nas Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos, quanto ao potencial de desenvolvimento que representava este mercado protegido, dado o elevado potencial de procura, uma vez que os doentes do SNS seriam os seus principais utilizadores e de reduzido risco, pela não exigência de elevados investimentos, quer em instalações quer em equipamentos.

Entre 2003 e 2004 verificou-se um significativo número de candidaturas de projectos de investimento, e de projectos aprovados, com vista ao aumento e à qualificação da

---

<sup>115</sup> Despacho conjunto, n.º 407/98.

<sup>116</sup> Decreto Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro de 2003.

oferta de serviços no âmbito desta tipologia de cuidados, no quadro do Programa Operacional Saúde, no III QCA, sendo as Misericórdias as principais entidades promotoras.

Na sequência de uma elevada expectativa em torno desta área de actividade, em Maio de 2004 foi estabelecido um Protocolo de Cooperação entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, com vista á prestação de cuidados continuados de saúde. Este protocolo veio a ser suspenso<sup>117</sup> pelo actual governo, sendo referido no despacho de suspensão que ela se manteria até “cabal integração com a rede de Cuidados continuados a criar”.

As razões desta decisão foram justificadas pela necessidade de articular e de aproveitar os meios e os recursos disponíveis, face à limitada utilização da capacidade instalada e previamente contratualizada, num quadro de necessidades não satisfeitas. Para acompanhar, monitorizar e avaliar o Protocolo atrás referido foi reactivada Comissão de Acompanhamento e de Monitorização (CAM), e renomeados os seus membros.

Em Abril de 2005<sup>118</sup> foi criada uma Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência, de carácter Interministerial - Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade Social - cuja missão consistiu fundamentalmente em:

- Identificar as necessidades não satisfeitas;
- Efectuar um levantamento da oferta instalada, pública, privada e do sector social, neste domínio;
- Recolher e organizar contributos de diversos parceiros sociais e institucionais relevantes para a concepção, criação, desenvolvimento e acompanhamento dos serviços comunitários de proximidade;
- Propor um modelo de intervenção para os cuidados de saúde às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência, para discussão entre serviços e operadores presentes no terreno;

---

<sup>117</sup> Despacho n.º 138/2005.

<sup>118</sup> Resolução do Conselho nº 84/2005.

## O modelo organizativo para os cuidados continuados

Da actividade da Comissão anterior eram esperados, entre outros, dois importantes resultados finais: a elaboração de um Modelo para os Cuidados Continuados Integrados, e a preparação do quadro legal e regulamentar de enquadramento da rede de cuidados continuados e paliativos.

Ao longo do segundo semestre de 2005 e primeiro trimestre de 2006 a referida Comissão desenvolveu estudos e análises em vários domínios relacionados com a problemática dos cuidados continuados, recorrendo a assessorias nacionais e internacionais e, em Abril de 2006, após aprovada pelo Governo, foi publicamente apresentada pelo Primeiro-Ministro a Rede de Cuidados de Saúde Integrados, por iniciativa dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Na sua apresentação pública<sup>119</sup> foi referido que na Rede de Cuidados de Saúde Integrados deveria criar-se um inovador gradiente de serviços, desde a alta do hospital até ao domicílio dos doentes, garantindo a continuidade do seu tratamento, a sua recuperação funcional e a sua reinserção em unidades de internamento alternativas ao hospital, e à casa, através da criação de equipas de cuidados domiciliários nos centros de saúde e, sempre que necessário, envolvendo a segurança social.

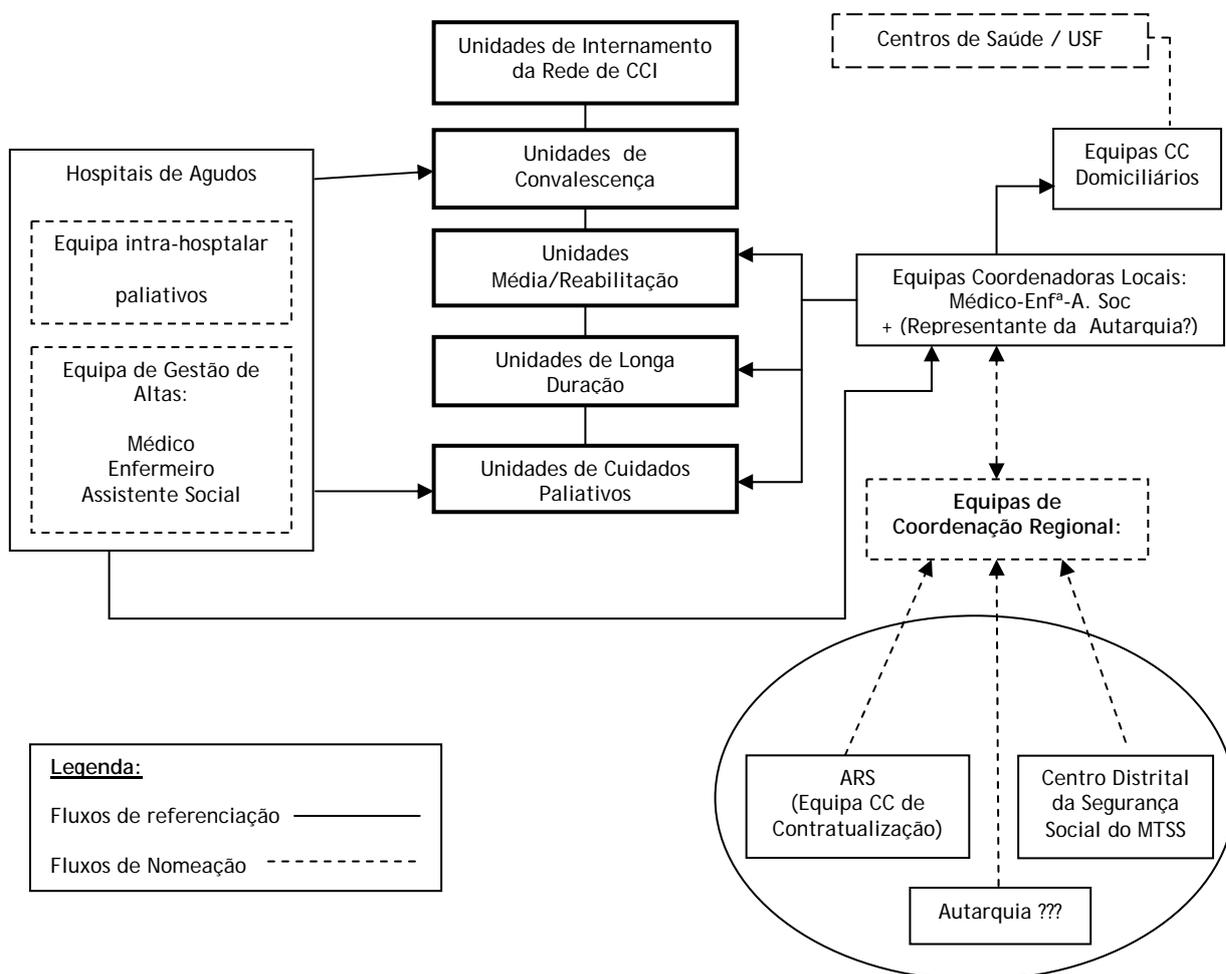
Foi considerado que a rede de cuidados continuados deve cruzar o sistema público de saúde, articulando-se intersectorialmente com o sector social. O modelo de intervenção proposto deve colocar o doente, a sua família e os seus cuidadores no centro da decisão, sendo reconhecida a importância da sua participação no seu desenvolvimento por parte dos seus mais directos beneficiários.

Os agentes entre os quais se irão estabelecer os principais fluxos, sejam de índole real, financeira ou de informação no modelo proposto para os Cuidados Continuados são: As unidades prestadoras de cuidados de diferente tipologia, os doentes deles beneficiários, a população idosa e dependente, as entidades coordenadoras da rede ao nível regional e local e, finalmente, as entidades financiadoras/pagadoras dos serviços prestados. Estas últimas, as ARS e os CDSS, após levantamento das necessidades e da oferta disponível contratualizarão, através das ACSS e pagarão a factura da carteira de serviços previamente negociada, devendo regular, acompanhar e avaliar os processos e os resultados da prestação.

---

<sup>119</sup> Intervenção do Ministro da Saúde na apresentação da Rede de Cuidados Continuados.

Figura 8 - Fluxos de referência e nomeação na Rede de Cuidados Continuados



No sector da saúde, e ao nível hospitalar, integram o novo modelo: as equipas de gestão de altas que são equipas hospitalares multidisciplinares para a preparação e gestão das altas dos doentes que requerem seguimento dos seus problemas, sejam de saúde e/ou sociais, quer no domicílio, quer em articulação com as restantes unidades da Rede e as Unidades de Aconselhamento e de Internamento de Cuidados Paliativos, cuja missão está genericamente enunciada no Programa Nacional de Cuidados Paliativos, no quadro do Plano Nacional de Saúde.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, e em articulação com as entidades de apoio social, estão previstos dois tipos de Equipas e uma Unidade: As Equipas de Cuidados Continuados integrados nas USF e as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos. Existirá ainda uma Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia.

Estamos perante serviços de proximidade e que representarão os instrumentos essenciais para manter o doente acompanhado no seu domicílio.

Quanto ao Internamento, a Rede de Cuidados Integrados prevê a existência de três linhas de resposta para diferentes necessidades, com diferente missão e responsabilidades, com diverso nível de intensidade de recursos, sendo igualmente diversa a tabela de preços e a partilha da responsabilidade no pagamento de serviços por parte dos ministérios envolvidos: As Unidades de Convalescença, as Unidades de Média Duração e Reabilitação e as Unidades de Longa Duração.

A Unidade de Convalescença, independente ou integrada num hospital de agudos, receberá doentes após internamento hospitalar por um período que não deverá ultrapassar os 30 dias. Face à tipologia de cuidados em causa está previsto que a responsabilidade no pagamento dos serviços prestados seja exclusivamente da sector da Saúde.

Relativamente às duas unidades de Média Duração e de Reabilitação e de Longa Duração, destinando-se à reabilitação e apoio social, terão como períodos de internamento máximo respectivamente 90 e 180 dias e serão financiadas de forma mista pela Saúde e pela Segurança Social, sendo que a saúde financiará 70% das primeiras e 20 % das segundas.

A Rede de cuidados continuados prevê que até 2010 seja atingido um grau de cobertura do total das necessidades em 60%. Se as metas intermédias forem alcançadas está previsto que até 2015 possam estar disponíveis mais 2700 camas de convalescença, 3000 camas de média duração, 7 700 de longa duração, 2300 lugares em unidades de dia e 900 camas de cuidados paliativos, quer no SNS, quer através da contratualização com o sector privado e social.

A curto prazo, a aplicação no terreno vai ser corporizada através de experiências piloto, o que permitirá testar a robustez e a sustentabilidade do modelo, assim como a capacidade de responder a cada realidade regional face às diferentes características epidemiológicas e demográficas.

## Análise das potencialidade, constrangimentos e áreas críticas

O modelo a implementar a curto prazo tem potencialidades demonstradas mas podem existir constrangimentos, de carácter externo, ou inerentes ao próprio modelo, que se venham a mostrar críticos.

Quadro 30 - Potencialidades, constrangimentos do modelo

| As potencialidades   | Os constrangimentos e áreas críticas   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A redução de ineficiências e de iniquidades geradas por cuidados inadequadamente prestados nos hospitais de agudos;</li> <li>▪ A manutenção do doente, sempre que possível, no seu ambiente familiar e social;</li> <li>▪ A articulação dos novos serviços no Sistema de Saúde, quer a montante quer a jusante;</li> <li>▪ A existência de capacidade instalada, vocacionada para este tipo de cuidados, nomeadamente no sector privado sem fins lucrativos;</li> <li>▪ A possibilidade do planeamento, da coordenação e da gestão puderem ser descentralizados, ao nível regional e local, envolvendo os sectores da saúde e da segurança social;</li> <li>▪ O potencial de redistribuição dos recursos disponíveis por um conjunto de novas tipologias de cuidados, adequando-os às necessidades, aumentando a capacidade de resposta.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inexistência de um sistema de informação, e de uma rede de comunicação, entre os agentes envolvidos;</li> <li>▪ Exigência de uma estrutura de coordenação, com clara definição de responsabilidades e com protocolos e critérios de referenciação na rede, pré-definidos;</li> <li>▪ Superior complexidade na referenciação dos doentes e diversidade de agentes envolvidos gerando elevados custos de transacção</li> <li>▪ Riscos de desarticulação e reduzida integração entre as instituições envolvidos na rede;</li> <li>▪ Reduzida tradição no acompanhamento e avaliação das políticas e programas de índole pública, em termos de desempenho económico, organizacional e de qualidade de prestação;</li> <li>▪ Risco de captura do interesse público por parte do interesse privado de organizações que representam a rede de prestadores</li> </ul> |

A área dos Cuidados Continuados constitui uma pedra angular do sistema de saúde, e que, até à data, não tem conhecido um processo estrutural de implantação e de desenvolvimento.

Os passos agora encetados, e que se culminam na publicação do Decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de Junho, ao constituírem-se como pouco mais que o anúncio das opções tomadas, tornam precoce qualquer avaliação nesta fase. Contudo, o OPSS guardará a análise aos desenvolvimentos nesta área, nomeadamente à adequação do modelo proposto, para o Relatório da Primavera do próximo ano.



# II-10

## ESPERA CIRÚRGICA: A RESPOSTA QUE TARDA

A auditoria realizada pelo Tribunal de Contas ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas<sup>120</sup> (PECLEC), em 2005, permitiu ao Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) aceder a um conjunto vasto de dados e informação que serviu de base ao Relatório de Primavera desse ano. Pela primeira vez uma entidade independente tomou a iniciativa de proceder à avaliação de um programa do sector da Saúde que, pelas suas características, tem estado envolvido em polémicas político-partidárias cujo contributo se fez sentir mais do lado da crescente opacidade que foi sendo introduzida no seu processo gestor do que num movimento de esclarecimento público sobre o que se passa, de facto, com esta problemática.

Graças ao relatório da auditoria do Tribunal de Contas foi tornado possível ao OPSS apresentar, em 2005, um documento em que se procedia a uma avaliação suficientemente exaustiva de 30 meses de execução do PECLEC. Recordamos os aspectos mais relevantes dessa avaliação:

- Em 30 de Junho de 2002 existiam, segundo dados do Ministério da Saúde, 123 547 casos em espera por uma cirurgia, com uma demora média de 571 dias, uma demora máxima de 1699 dias e uma demora mínima de 380 dias.
- Aqueles 123 547 casos correspondiam a 68 entidades cirúrgicas, agrupadas em 9 especialidades – cirurgia geral, cirurgia plástica, neurocirurgia, ortopedia, ORL, urologia, oftalmologia, ginecologia e maxilo-facial.
- Em 30 meses - 30 de Junho de 2002/31 de Dezembro de 2004 – teriam sido realizadas 106 887 cirurgias, tendo ficado por resolver 16 660 casos.
- Entre 1 de Julho de 2002 e 31 de Janeiro de 2005 constituiu-se uma nova lista de espera cirúrgica com 192 957 casos e com uma demora média de 10 meses.

---

<sup>120</sup> Tribunal de Contas. *Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera - PECLEC*. Relatório n.º 15/2005. Em <http://www.tcontas.pt>.

- Em 30 de Junho de 2005 estariam em lista de espera cirúrgica 224 000 casos, segundo projecções do OPSS.

Deve-se realçar, por fim, que em 2004 o governo fixara em 6 meses o tempo máximo de espera para uma cirurgia, tendo encomendado à Direcção-Geral da Saúde o estudo e a elaboração dos tempos de espera clinicamente aceitáveis para todas as indicações cirúrgicas, os quais começariam a ser aplicados em Abril de 2005<sup>121</sup>.

## O ano de 2005

Uma vez que a única informação que o sítio do Sistema de Informação e Gestão dos Inscritos para Cirurgia (SIGIC)<sup>122</sup> contém diz respeito ao processo de gestão dos utentes, foi solicitada directamente ao gabinete do Ministro da Saúde o seguinte conjunto de dados, de forma a o OPSS poder elaborar de uma forma mais detalhada e precisa este documento:

- Total de casos em espera em 1 de Janeiro de 2005, por patologia e região
- Total de novos casos entrados durante o ano de 2005, por patologia e região
- Total de expurgos realizados, por patologia, motivo e região, durante o ano de 2005
- Composição da lista de espera cirúrgica, por patologia, tempo de espera (6-11 meses; 12-23 meses; ≥ 24 meses) e região, em 31 de Dezembro de 2005
- Produção cirúrgica programada na rede dos hospitais do SNS das patologias que compõem a lista de espera, por região durante o ano de 2005
- Produção acrescida na rede dos hospitais do SNS das patologias que compõem a lista de espera, por região, durante o ano de 2005
- Total de casos referenciados ao sector privado (social e lucrativo), por patologia e região, durante o ano de 2005
- Total de casos resolvidos pelo sector privado
- Despesa com a produção acrescida no sector público no ano de 2005
- Despesa com a produção no sector privado no ano de 2005

Não tendo sido fornecidos ao OPSS os dados solicitados, e não tendo vindo a ser cumprida a legislação em vigor, que obriga o Ministério da Saúde a informar “de dois em dois meses a Assembleia da República do estado de aplicação do programa”<sup>123</sup> de recuperação das listas de espera e a “divulgar anualmente o balanço da aplicação do programa, bem como a sua aplicação para o ano seguinte”, a análise que é possível fazer sobre a forma como está a ser gerida a lista de espera cirúrgica é baseada na

<sup>121</sup> Jornal Público, 20 de Fevereiro de 2004.

<sup>122</sup> Em <http://www.sigic.pt>.

<sup>123</sup> Assembleia da República. Lei n.º 27/99, de 3 de Maio, art.º 7º.

resumida informação divulgada pelo governo aos órgãos de comunicação social. Deixa-se como comentário que a transparência e abertura são quesitos para o aprofundamento da cultura democrática e o fomento da participação cidadã e, como tal, atributos a serem observados para a boa governação em saúde.

Quando tomou posse em Março de 2005, o XVII governo veio encontrar uma lista de espera cirúrgica com cerca de 200 mil casos, declarando que mais importante do que o volume de casos era o tempo de espera que cada caso aguardava por uma intervenção cirúrgica.

O ministro da Saúde, Correia de Campos, disse ontem que não está "interessado" no facto de estarem 224 mil pessoas em lista de espera para uma operação, mas sobretudo preocupado em diminuir o tempo que estes doentes aguardam por uma cirurgia e em garantir a qualidade do tratamento.

O ministro reagiu assim aos dados divulgados pelo Relatório da Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) — onde é feito um balanço da governação no sector no último ciclo político e se traçam os desafios para o futuro. A forma como foi gerida a informação e propagandeados os resultados do programa das listas de espera do anterior executivo (PECLEC) é apontada no documento como um exemplo a não seguir, apesar de os investigadores considerarem que o anterior ministro conseguiu levar a cabo uma reforma no sector.

Os peritos do observatório — que pertencem a três universidades—calculam que no final deste mês existirão 224 mil doentes a aguardar por uma operação, com uma demora média de 11 meses, um prazo superior ao delimitado e anunciado pelo anterior executivo.

"O número até é positivo", frisou ontem o novo ministro, porque "isso significa que há mais pessoas a saber que podem entrar no programa" e ver o seu problema de saúde resolvido, "revelando a parte não visível do icebergue". O que o preocupa, disse Correia de Campos, são outros dos problemas levantados na análise feita ao PECLEC, nomeadamente que parte da recuperação das listas de espera tenha sido feita prejudicando o ritmo das outras operações, existindo "17 hospitais onde a produção normal baixou devido à recuperação das listas de espera"

Público, 21-06-2005

Esta declaração está igualmente expressa no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia sob a forma da "percepção que o médico após a observação do utente tem sobre o tempo máximo que o utente pode ficar a aguardar por uma cirurgia sem, no enquadramento em que se encontra, incorrer em mal praxis"<sup>124</sup>, significando que pode haver tantos tempos máximos de espera para um caso com as mesmas características quanto o número de médicos que o diagnosticaram.

Em 13 meses (31 de Janeiro de 2005 - 28 de Fevereiro de 2006) aquele valor aumentou para 241.855 casos, com entradas à razão de cerca de 3.760 casos por mês e com um tempo médio de espera de 8 meses<sup>125</sup>. Se esta progressão for constante, em 30 de Junho do corrente ano a lista de espera poderá incluir já 257 mil casos.

<sup>124</sup> Em <http://www.SIGIC.pt>. *Esclarecimento sobre a gestão do utente III*, pág. 5.

<sup>125</sup> "Há mais de 240 mil pessoas à espera de uma operação". Público, 13 de Março de 2006.

Do volume total de doentes em espera em 28 de Fevereiro de 2006, o tempo de espera de 45% dos casos era superior a 12 meses, e destes cerca de 12 mil já tinha um tempo de espera superior a 24 meses. Presume-se que os restantes 133 mil casos estarão incluídos no intervalo de espera entre 6 e 11 meses.

Com um padrão de 5.375 casos/mês não resolvidos o volume anual de doentes em lista de espera cirúrgica seria de 64.500, valor que se situa no intervalo das necessidades não cobertas (41.500 - 71.500), adiantado pelo OPSS no seu relatório de 2005.

Já em Junho de 2006 deve ser assinalada a entrada na Assembleia da República, por iniciativa do Bloco de Esquerda, do Projecto de Lei denominado "Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do serviço nacional de saúde".

### Recomendações

O OPSS renova as recomendações contidas no Relatório de Primavera de 2005, uma vez que não nenhuma delas foi satisfeita até à data da produção deste documento:

- A fixação de tempos de espera clinicamente aceitáveis para cada patologia construídos na base de critérios de gravidade, urgência, necessidade e equidade
- A garantia de que os doentes verão o seu problema de saúde resolvido dentro desses tempos, seja na rede hospitalar do SNS, seja no sector social ou privado, devendo ficar garantida de que não se passam a constituir outras tantas listas de espera nos hospitais do sector social e privado.
- A fixação de tempos aceitáveis para a realização de consultas, meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.
- A explicitação do volume de casos que excedam os tempos clinicamente aceitáveis e a demora média para a realização da respectiva intervenção cirúrgica.
- A divulgação, por meios informáticos, dos tempos de espera, por patologia e serviço de saúde.

- A garantia de os doentes poderem escolher o serviço que irá proceder ao tratamento, de acordo com as suas preferências e tempos de espera.
- A divulgação trimestral no sítio da Ministério da Saúde de informação completa, com a desagregação indispensável à análise do programa.
- A realização periódica de auditorias externas por entidades idóneas para o efeito.



# II-11

## O MEDICAMENTO E AS FARMÁCIAS

### Sinopse introdutória: retrato das coerências

O que se anuncia e o que se realiza: seguramente é nesta diferença que radica o drama mais pungente do exercício do poder político em democracia. Daí a razão para que seja uma boa prática comparar o anunciado e o realizado: as opções estratégicas, os pontos incidentes das reformas e a hierarquização das prioridades da acção governativa.

Para um juízo crítico ao jeito de esboço de um “retrato das coerências”, ficam as propostas eleitorais, o programa e a acção do governo: o que se anuncia e o que se realiza.

Quadro 31 - Propostas eleitorais, o programa e a acção do governo

|                                 | Programa do PS apresentado a sufrágio nas eleições legislativas de 22.Fevereiro.2005  | Programa do XVII Governo Constitucional  | Realizado  |
|---------------------------------|---|--|--|
| Comparticipação de medicamentos | <p>Acelerar a revisão do actual sistema de comparticipação no preço dos medicamentos com ênfase na evidência sobre eficácia de princípios activos.</p> <p>Rever o sistema de comparticipação por preços de referência em função da experiência acumulada.</p> | <p>Proceder à reforma do sistema de comparticipações com vista à obtenção de uma solução socialmente mais justa, garantindo ao mesmo tempo que as doenças mais incapacitantes e os doentes de menores recursos tenham acesso ao medicamento.</p> | <p>Nomeado Grupo de Trabalho para estudar a revisão dos regimes especiais de comparticipação. O estudo deveria estar concluído até 31 de Janeiro de 2006. A data ainda não tinha sido divulgado.</p> <p>Descomparticipados um conjunto de medicamentos cuja reavaliação havia sido realizada em 2000</p> |
| Medicamentos genéricos          |   | <p>Dar continuidade à opção política de promoção e consolidação do mercado de medicamentos</p>   | <p>Revogação da majoração de 10% na comparticipação dos medicamentos genéricos</p>   |
| Comercialização de medicamentos | <p>Em colaboração com o Ministério da Economia e com o apoio da autoridade reguladora da concorrência reanalisar as margens de comercialização</p>  |  | <p>Diminuídas as margens de comercialização dos medicamentos.</p> <p>Diminuição de 6% no PVP dos medicamentos comparticipados</p> <p>Liberalização do preços dos medicamentos não</p>  |

|                      |   |   |   |
|----------------------|---|---|---|
|                      |   |   | <p>sujeitos a receita médica (MNSRM). Legislada a venda de MNSRM fora das farmácias.</p> <p>Anúncio da liberalização do acesso à propriedade das farmácias</p> <p>Anunciada a autorização de venda de medicamentos pela <i>Internet</i></p> |
| Terapêutica racional | <p>Alargar, progressivamente, a prescrição por DCI a todos os medicamentos comparticipados pelo SNS.</p> <p>Adoptar a prescrição electrónica de medicamentos como auxiliares de decisão clínica sobre custos de dose média diária e sucedâneos</p> <p>Criar o Formulário Nacional de Medicamentos para o ambulatório</p> <p>Lançar um programa de melhoria da qualidade de prescrição</p> | <p>Promoção da generalização da prescrição por DCI.</p> <p>Prosseguir e monitorizar a política do medicamento assente numa estratégia de informação que garanta um maior rigor na prescrição e utilização de medicamentos</p> |   |
| Farmácia Hospitalar  |   | <p>Implementar o plano da farmácia hospitalar tal como estipulado na resolução do Conselho de Ministros nº 128/2002 de 25 de Setembro</p>   | <p>Anunciada a autorização de instalação de farmácias privadas no interior dos hospitais públicos</p>   |

### As medidas de política

A actuação do Governo na área da farmácia e do medicamento assumiu, por vezes, no seu anúncio e divulgação, tons mais ajustados a processos de política-espectáculo.

1. A presença conjunta do Primeiro-Ministro e do Ministro da Saúde num hipermercado, com ampla cobertura televisiva, para visitar e elogiar um espaço designado “de saúde” destinado também à venda de MNSRM, tratou-se de um acontecimento digno de realce pelo seu ineditismo e singularidade.
2. Amplamente divulgada pela comunicação social, a assinatura de um acordo com a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), limitando a taxa de crescimento do mercado de medicamentos para o ano de 2006 (0% no



ambulatório e 4% nos hospitais), o qual ainda não foi ratificado pelas empresas, nos termos nele constantes, na sua componente hospitalar.

3. A intenção em denunciar o acordo com a Associação Nacional das Farmácias (ANF) para o pagamento dos medicamentos comparticipados pelo SNS desde cedo constituiu bandeira do Governo. Descrito como um instrumento decisivo para a construção do que o Governo designou por “cartel das farmácias”, o acordo motivou a inscrição específica de um artigo na Lei do Orçamento Geral do Estado para 2006, com vista a tornar ilegal a intermediação financeira da ANF.
4. Após mais de um ano de conflito aberto com a ANF, o Primeiro-Ministro anuncia no Parlamento um conjunto de “princípios para a liberalização da propriedade da farmácia, melhoria da acessibilidade aos medicamentos e preservação da qualidade da assistência farmacêutica” resultantes de um acordo com a ANF e sem que qualquer outra instituição, nomeadamente a Ordem dos Farmacêuticos, tenha sido ouvida.

O objecto social da ANF é a defesa dos interesses dos seus associados. Prossegue também interesses públicos respeitados. Não é esvaziar o seu objecto social, é esvaziar uma certa deriva que ocorreu nos últimos anos, que permitiu transformar a ANF num potentado económico avassalador. A ANF tem as farmácias fidelizadas através deste mecanismo financeiro, vende-lhes os seus equipamentos e pretende concentrar verticalmente na fileira do comércio de medicamentos, ficando a dominar uma parte do mercado grossista, e até, eventualmente, fabricando. Esta violação de regras de concorrência é prejudicial para o interesse dos cidadãos.

Semanário Económico, 27-01-2006 (Entrevista ao Ministro da Saúde)

## O controle da despesa com medicamentos

Nas últimas década, a política do medicamento foi mais um somatório de decisões erráticas, determinadas por objectivos associados aos desideratos dos ciclos políticos, e menos o resultado de intervenções estruturantes e estrategicamente planificadas em saúde. O permanente crescimento da despesa do SNS com os medicamentos (taxa média de crescimento entre 1999 e 2003 de 8% no ambulatório) assumiu-se como um dos factores determinantes de sucessivas derrapagens orçamentais. A crónica ausência de informação proveniente da monitorização do mercado hospitalar, onde quer os montantes da dívida, quer os prazos de pagamento a fornecedores foram sistematicamente citados como assumindo dimensões preocupantes, não foi objecto de medidas específicas e eficazes capazes de inverter a situação. De acordo com a informação disponível, a taxa de crescimento da

despesa hospitalar com medicamentos cresceu acima dos dois dígitos no primeiro trimestre do ano, em linha com a tendência verificada na última década.

A criação da função “avaliação de tecnologias em saúde” tida por crítica na área da introdução, utilização e monitorização da utilização de novos medicamentos, particularmente nos Hospitais, não passou, de Outubro de 2005 até ao momento, da fase de anúncio de intenção por parte do Secretário de Estado da Saúde.

No ambulatório assistiu-se à continuação da legitimação, pela comparticipação, da designada “inovação incremental”, instrumento objectivamente frenador da progressão do mercado dos medicamentos genéricos, logo potenciando ganhos para a indústria farmacêutica sem a contrapartida de ganhos de eficiência para o SNS.

O Observatório constatou a interrupção da divulgação no sítio<sup>126</sup> do INFARMED dos relatórios de avaliação pericial dos processos de pedidos de comparticipação de medicamentos. A consulta do documento intitulado “indicadores relativos à avaliação de pedidos de comparticipação de medicamentos de uso humano, Abril de 2006” aponta para um total de 30 novas substâncias comparticipadas em 2006. Consultadas as listas de medicamentos comparticipados publicadas em Diário da República, não foram identificadas 30 novas substâncias comparticipadas. O OPSS entende como novas substâncias (incluindo associações de substâncias em formulação farmacêutica única) as substâncias activas que, sob qualquer forma farmacêutica, não estavam, à data, comparticipadas. Seria importante que o INFARMED identificasse, nos indicadores relativos à avaliação de pedidos de comparticipação, quais as novas substâncias activas que são comparticipadas. Seria igualmente muito importante que o INFARMED assinalasse:

- quais, de entre os novos medicamentos comparticipados, os que correspondem a inovações terapêuticas à luz da legislação em vigor;
- quais, de entre os novos medicamentos comparticipados, aqueles cujo preço foi suportado por estudos de avaliação económica e
- quais, de entre os novos medicamentos comparticipados, aqueles que foram objecto de contrato entre o Governo e a Indústria Farmacêutica à luz da legislação em vigor.

---

<sup>126</sup> Em <http://www.infarmed.pt>.

A informação sobre a comparticipação de medicamentos deverá tornar-se num processo mais transparente, com mais e maior divulgação pública de informação.

Aguarda-se, entretanto, a divulgação das conclusões do Grupo de Trabalho nomeado para propor a revisão dos regimes especiais de comparticipação cujo prazo para entrega do relatório foi 31 de Janeiro de 2006.

Até à data as medidas executadas com o objectivo produzir impacto directo e imediato diminuição da despesa compreenderam:

- diminuição de 6% do PVP dos medicamentos com diminuição das margens de lucro da distribuição grossista (de 8% para 7,45%) e das farmácias de (20% para 19,15%);
- revogação da majoração de 10% na comparticipação dos medicamentos genéricos.

Da diminuição de preços ficaram isentas as indústrias farmacêuticas que, no ano anterior, tivessem investido em investigação e desenvolvimento, incluindo Fase I, um valor mínimo de 5 milhões de euros. Não é conhecida informação sobre os dados que fundamentaram a medida nem sobre os seus eventuais beneficiários.

De acordo com a informação disponibilizada pelo INFARMED a taxa média de crescimento da despesa no SNS com medicamentos verificou, nos primeiros quatro meses do ano, valores negativos (-3,1%) face ao período homólogo do ano transacto. Os medicamentos genéricos atingiram no período Janeiro-Abril de 2006 a mais elevada quota de mercado em valor (14,65% versus 12,65% no ano de 2005), pese embora o abrandamento da taxa de crescimento homóloga. Estas tendências favoráveis terão, futuramente, de ser lidas tendo em conta o peso relativo das diversas moléculas na despesa e a evolução da repartição dos encargos com medicamentos entre o SNS e os cidadãos.

Deve registar-se a disponibilização, durante o ano de 2005, de vários estudos<sup>127</sup> conduzidos pelo Observatório do Medicamento e Produtos de Saúde do INFARMED que constituem óptimas peças de informação e de análise no domínio da utilização de medicamentos no ambulatório que deverão constituir uma prioridade do Observatório do INFARMED, recomendando-se que se proceda a uma mais ampla divulgação dos resultados obtidos pelos profissionais e pelos decisores de saúde.

---

<sup>127</sup> Disponíveis no sítio do INFARMED.

De entre os estudos disponibilizados em 2005 pelo Observatório do INFARMED, destaca-se:

- Despesa hospitalar com medicamentos abrangidos pelos regimes especiais de comparticipação;
- Análise da evolução da utilização dos anticoagulantes e antitrombóticos em Portugal Continental entre 1999 e 2003;
- Análise do crescimento da despesa no mercado total de medicamentos 2003 - 2004;
- Evolução da utilização de benzodiazepinas em Portugal Continental entre 1999 e 2003.

#### **A liberalização da venda de MNSRM**

Na sequência do anúncio da liberalização da comercialização de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) não comparticipados pelo SNS - medida cujo alcance e dimensão careceria de estudos que adequadamente a fundamentassem - assistiu-se à liberalização dos preços, à regulamentação de espaços comerciais destinados à venda desse tipo de medicamentos e da responsabilidade técnica profissional sobre as actividades aí exercidas.

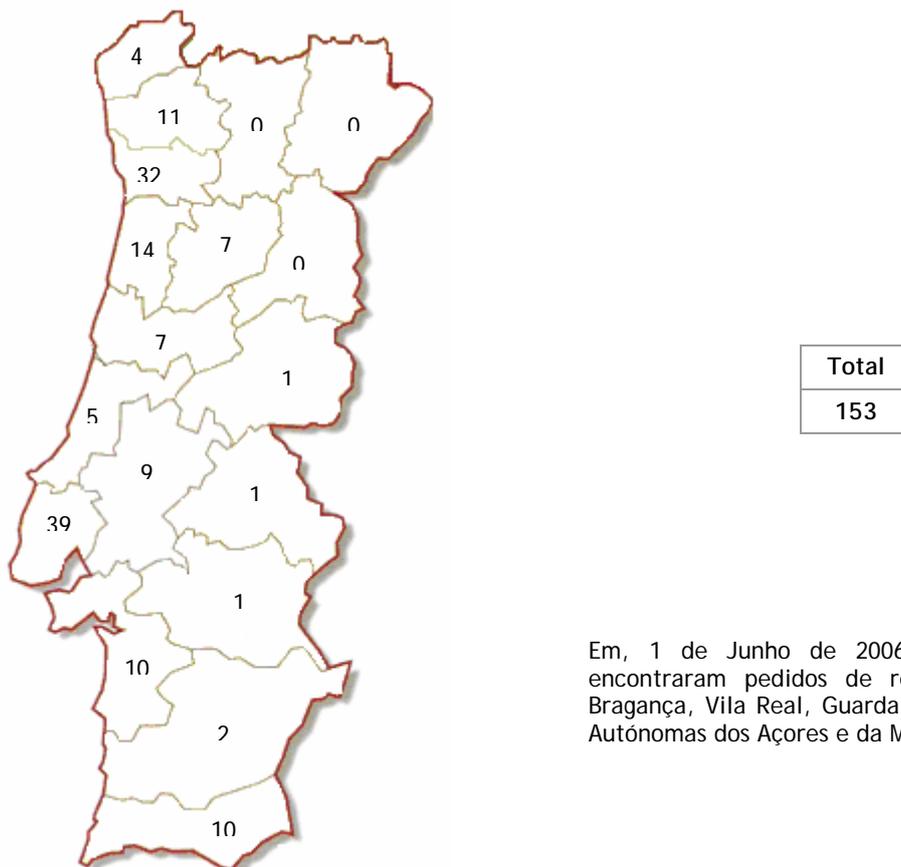
O modelo prosseguido contemplou a criação de espaços físicos próprios, sem a possibilidade de acesso físico directo ao medicamento por parte do cliente e da existência de um responsável técnico, farmacêutico ou técnico de farmácia. O que, por um lado, obrigou à alteração do estatuto da Ordem dos Farmacêuticos e, por outro lado, equiparou no plano da assumpção da responsabilidade técnica, não farmacêuticos a farmacêuticos.

As consequências, a prazo, desta desregulação da profissão de farmacêutico deveriam ter sido alvo de avaliação mais cuidada. De notar a possibilidade de um mesmo técnico poder acumular a responsabilidade por mais do que um local de venda, até ao máximo de cinco, desde que a distância máxima entre locais não ultrapasse os 50 Km.

É questionável se a consagração do princípio da responsabilidade técnica exercida de modo não presencial concorre em favor dos princípios do uso racional do medicamento.

À data encontraram-se 153 pedidos de registo no INFARMED de estabelecimentos de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (figura 9).

Figura 9 - Registo prévio de estabelecimentos de venda de MNSRM no INFARMED



Em, 1 de Junho de 2006, não se encontraram pedidos de registo em Bragança, Vila Real, Guarda e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

De acordo com a distribuição geográfica encontrada, os pedidos de registo de instalação concentram-se nos distritos mais populosos e com maior concentração de farmácias. A documentação dos ganhos de acessibilidade aos MNSRM entretanto alcançados deverá ser, no futuro, objecto de análise cuidada. No quadro 33, para além da distribuição apresentada na figura 9, indica-se também a distribuição sub-regional das farmácias.

Quadro 32 - Distribuição sub-regional dos estabelecimentos de venda de MNSRM e das farmácias

| ARS                   | SRS              | EV         | FAR          | RFH         |
|-----------------------|------------------|------------|--------------|-------------|
| Norte                 | Braga            | 11         | 180          | 0,22        |
|                       | Bragança         | 0          | 39           | 0,22        |
|                       | Porto            | 32         | 422          | 0,24        |
|                       | Viana do Castelo | 4          | 62           | 0,22        |
|                       | Vila Real        | 0          | 67           | 0,25        |
| Centro                | Aveiro           | 14         | 182          | 0,26        |
|                       | Castelo Branco   | 1          | 57           | 0,25        |
|                       | Coimbra          | 7          | 140          | 0,31        |
|                       | Guarda           | 0          | 56           | 0,28        |
|                       | Leiria           | 5          | 116          | 0,25        |
|                       | Viseu            | 7          | 105          | 0,25        |
| Lisboa e Vale do Tejo | Lisboa           | 39         | 659          | 0,30        |
|                       | Santarém         | 9          | 140          | 0,31        |
|                       | Setúbal          | 10         | 186          | 0,23        |
| Alentejo              | Beja             | 2          | 53           | 0,32        |
|                       | Évora            | 1          | 53           | 0,30        |
|                       | Portalegre       | 1          | 44           | 0,34        |
| Algarve               | Faro             | 10         | 109          | 0,28        |
|                       |                  | <b>153</b> | <b>2.670</b> | <b>0,26</b> |

Legenda:

EV - estabelecimentos de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica

FAR - número de farmácias existentes

RFH - rácio de farmácias por mil habitantes

A informação disponível aponta para o aumento generalizado dos preços dos MNSRM face ao período prévio à liberalização, com evidência de que os preços de venda ao público nestes novos estabelecimentos são, na generalidade, superiores ao preços praticados nas farmácias.

Estes factos contrariam, no presente, um dos objectivos da liberalização dos MNSRM: a diminuição do preço, com obtenção de ganhos para os consumidores, decorrente do aumento da concorrência.

À data a entidade reguladora do medicamento – INFARMED – não disponibilizou qualquer informação sobre a evolução, subsequente à medida tomada, do mercado total, assim como 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.

Intervenções de diversas entidades, nomeadamente do Ministro da Saúde, sustentaram o desígnio de aumentar o número de MNSRM e a dimensão deste mercado.

Não são, porém, tornadas claras as razões pelas quais o aumento da automedicação e do consumo de MNSRM possa constituir uma prioridade em saúde ou se destine a verificar a satisfação de necessidades, documentadas, em saúde.

A lista de MNSRM foi publicada no sítio do INFARMED na Internet podendo ser estabelecidas comparações entre países cruzando essa informação com a disponível no sítio da AESGP<sup>128</sup>.

### **A Farmacovigilância**

O alargamento dos locais de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica acarreta obrigações legais e novos desafios ao sistema de farmacovigilância com acrescidas necessidades de mais informação e de maior transparência. Porém, não encontramos informação sistematizada sobre indicadores de desempenho do sistema português de farmacovigilância. Constituindo uma actividade cujo financiamento é público decisiva para a manutenção da saúde pública e para a garantia de segurança dos utentes, tal situação é inaceitável. Acresça-se que decorreram seis anos sobre a criação de unidades regionais de farmacovigilância, impondo-se, por conseguinte, a divulgação do balanço dessa experiência.

### **Utilização racional do medicamento**

Após o anúncio de um conjunto de intenções quer na imprensa especializada, quer na imprensa leiga, cujas expectativas faziam antever intervenções sistemáticas sobre os prescritores e outros profissionais, e sem que tenha havido notícia da sua extinção, não foi sinalizada qualquer actividade da Comissão para a Utilização Racional do Medicamento (CURM). Estaremos perante mais uma falsa partida?

---

<sup>128</sup> Em <http://www.aesgp.com>.

Fica por perceber o enquadramento na utilização racional do medicamento da proposta contida (e até esta data não cumprida) no programa eleitoral do Partido Socialista de “criar o Formulário Nacional de Medicamentos para o ambulatório”. Cabe, neste contexto, perguntar o que se pretende com o “Prontuário Terapêutico”, obra de inquestionável qualidade e valia, cuja regularidade da edição deveria ser mais acautelada.

Volvido um ano de governação não se identificaram medidas efectivas de promoção da utilização racional dos medicamentos.

### Da autoridade da concorrência ao “compromisso com a saúde”

Em Fevereiro de 2006 a Autoridade da Concorrência (AdC) emitiu, após um período de discussão pública, um conjunto de recomendações baseadas nas conclusões de um estudo da responsabilidade da Universidade Católica<sup>129</sup> sobre a situação concorrencial no sector das farmácias.

Com base nos pressupostos assumidos - a de que as farmácias são estabelecimentos de comércio retalhista de medicamentos - as recomendações não poderiam ter sido diferentes: liberalização da propriedade e da instalação das farmácias, liberalização dos preços dos medicamentos, prática de descontos, exercício de publicidade e venda de medicamentos pela Internet.



As experiências de liberalização ocorridas na Noruega e na Islândia (integração vertical e horizontal, no primeiro caso e horizontal, no segundo caso, das farmácias, acentuação das assimetrias de distribuição das farmácias com impacto negativo na acessibilidade em áreas não urbanas) motivaram a ulterior intervenção dos respectivos governos , não tendo sido comprovadas, 5 anos depois, as anunciadas vantagens de natureza financeira que os proponentes da liberalização anteciparam.

A este propósito o OPSS sugere a consulta do artigo de Annel<sup>130</sup> onde são avaliadas as consequências liberalização, e do qual citamos:

<sup>129</sup> Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada, 2005.

<sup>130</sup> Annel, 2005.

“In both Iceland and Norway, ad hoc interventions were implemented to prevent developments in the market that were not in line with government expectations.”

“By introducing pro-competitive policies, the Icelandic and Norwegian governments have irreversibly created a more limited scope for their future management of the pharmacy market. This is an important lesson for governments elsewhere planning to implement similar reforms.”

“... an important objective when the new policies were implemented was to contain subsidies for drug expenditures through price competition and discounts from pharmaceutical companies. However, governmental subsidies were not affected; indeed they continued to increase after the implementation of the new policies.”

Annel A. Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway.  
Health Policy (2005); 75: 9-17

Em Portugal, e após a divulgação das recomendações, o Presidente da AdC afirmou que a passagem da margem fixa para a margem máxima na venda de medicamentos permitiria beneficiar os consumidores no equivalente a 1,5% a 3% do PIB. De igual modo a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica ao atingirem quotas de cerca de 30% de mercado (valor citado como dos países evoluídos) permitiriam uma poupância de 150 a 300 milhões de euros/ano nos gastos em saúde.

De notar que o encargo do SNS com medicamentos no ambulatório, em 2003, foi de 0,97% do PIB (1273 milhões de euros), correspondendo a PVP a 1,4% do PIB (1833 milhões de euros). No mesmo ano o mercado ambulatório total, a PVP, representou 2,21% do PIB (2876 milhões de euros).

A insensibilidade patenteada sobre questões como a relação benefício/risco dos medicamentos, sobre a iatrogenia medicamentosa como causa de morbi-mortalidade e de acrescido consumo de recursos em saúde para além da ausência de preocupação sobre se elevadas taxas de exposição populacional aos medicamentos, particularmente quando não sujeitos a receita médica, poderão constituir um problema de saúde pública, torna desinteressante qualquer análise sobre os valores adiantados pelo Presidente da AdC.

Na sequência das recomendações da AdC, o Primeiro-Ministro anunciou<sup>131</sup> a liberalização da propriedade da farmácia, integrada num conjunto de medidas que foram objecto de um acordo com a Associação Nacional das Farmácias (ANF) intitulado “Compromisso com a Saúde” que, a verificarem-se, abrem caminho a um novo capítulo na política do medicamento em Portugal: prescrição obrigatória por Denominação Comum Internacional (DCI), cedência de medicamentos em sistema unidose, protocolos terapêuticos.

<sup>131</sup> Intervenção do Primeiro-Ministro no debate mensal: “O acesso aos medicamentos”. Assembleia da República, 26 de Maio de 2006.

De notar que a decisão da prescrição obrigatória por DCI há muito que havia sido tomada<sup>132</sup>. Contudo, tal obrigatoriedade foi posteriormente circunscrita aos medicamentos genéricos<sup>133</sup>.

A liberalização da propriedade de farmácia vem ao encontro de desejos e de “convicções” explícitas por parte de alguns agentes económicos, dos quais se destaca a Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição (APED).

Neste particular, o que está fundamentalmente em causa é o modelo de serviços e de cobertura farmacêutica que se pretende para o País, cujos vectores matriciais são críticos para a qualidade, o acesso e a equidade no acesso dos cidadãos aos medicamentos, e que deverão estar em linha com objectivos estratégicos do Serviço Nacional de Saúde.

Não se afigura avisado que decisões de tal envergadura, quer pelas consequências imediatas, quer pelas consequências mediatas que a diversos níveis comportam, se devam sustentar em modelos ou em lógicas exclusivas de economia de mercado.

Ainda que do anúncio feito pelo Primeiro-Ministro ressalte a intenção de evitar a integração horizontal - limite de quatro farmácias - e vertical - distribuição grossista impedida de ter farmácias -, fica o desafio da criação de mecanismos eficazes de, na prática, consolidar tal intenção.

A legislação e regulamentação a produzir sobre matérias como o fim da pré-fixação do preço de venda ao público, a importação paralela de medicamentos, a possibilidade de concursos, pelas farmácias, para a aquisição de medicamentos, a administração de medicamentos e execução de meios complementares de diagnóstico e terapêutica nas farmácias, a criação de farmácias privadas nas instalações dos hospitais públicos e a possibilidade de cedência, nas farmácias, de medicamentos actualmente apenas cedidos nos hospitais, afigura-se como um processo sujeito a múltiplas, complexas e delicadas negociações com múltiplos e simultâneos parceiros.

Ao agregar num único pacote um conjunto de medidas com estas dimensões, aparentemente dependentes entre si, o Governo lançou o desafio que suscita a necessidade de serem produzidos mais e melhores esclarecimentos sobre os

---

<sup>132</sup> Decreto-Lei 205/2000, de 1 de Setembro de 2000.

<sup>133</sup> Decreto-Lei 270/2002, de 2 de Dezembro 2002.

objectivos estratégicos que pretende prosseguir, sem que se deva esquecer que tudo foi anunciado em nome da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

### **A assinatura de um acordo de princípios com a ANF**

Desde o início do mandato o Governo elegeu a ANF como um adversário a vencer. Volvido um ano o Governo assina com a ANF um acordo que denuncia e aparenta sustentar as mais profundas reformas verificadas no sector do medicamento desde a criação do Serviço Nacional de Saúde.

É precoce, ao momento, delinear conclusões. Porém, dados os trajectos do passado, estaremos atentos sobre os significados a dar a estes sentidos.

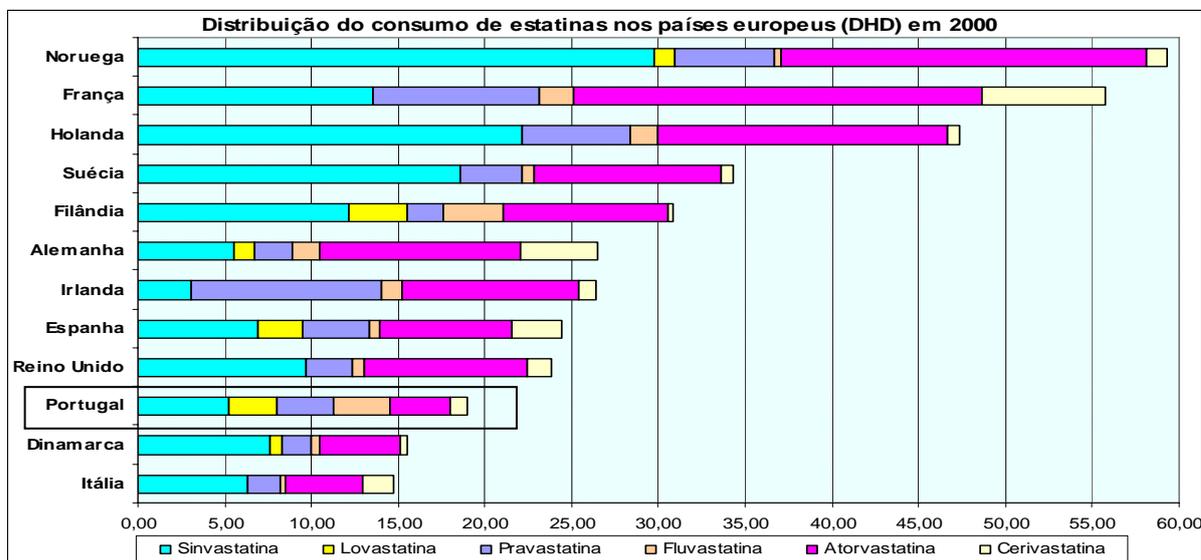
### **Utilização de estatinas**

O OPSS, em linha com os relatórios anteriores, entende por relevante para a tomada de decisão a condução de estudos de utilização de medicamentos. À semelhança da informação divulgada sobre antibióticos em anos anteriores, e dado o impacto social e económico da doença cardíaca coronária (DCC) para a qual a hipercolesterolemia é factor de risco "major" modificável, inclui-se um estudo de utilização de estatinas (fármacos inibidores da redutase da hidroximetilglutaril coenzima A) que constituem primeira linha terapêutica na prevenção primária e secundária da DCC. Dos resultados obtidos pela comparação entre países realce-se a avaliação do impacto das medidas regulamentares nos padrões de utilização.

Em Portugal, à semelhança do verificado em vários países, o aumento da utilização das estatinas tem vindo a acompanhar a alteração das normas de orientação clínica para o tratamento da dislipidemia e sugere uma evolução favorável no tratamento da hipercolesterolemia, com consequências ao nível da qualidade de vida dos doentes e dos custos, através da redução de internamentos e dos tratamentos de reabilitação dispendiosos. No entanto, apesar do crescimento acentuado aferido, o nível de utilização por habitante de estatinas situa-se ainda entre os níveis mais baixos dos países da União Europeia, apenas acima dos níveis verificados em Itália e Dinamarca. A Noruega, a França e a Holanda são os países com os maiores níveis de utilização destes medicamentos, com mais do dobro do consumo médio por habitante verificado

em Portugal (figura 10). Estas diferenças internacionais podem ser resultado de diversos factores, como as variações de prevalência e/ou incidência destas doenças, variações demográficas, sócio-económicas e culturais.

Figura 10 - Padrão de utilização das estatinas em países da UE e Noruega

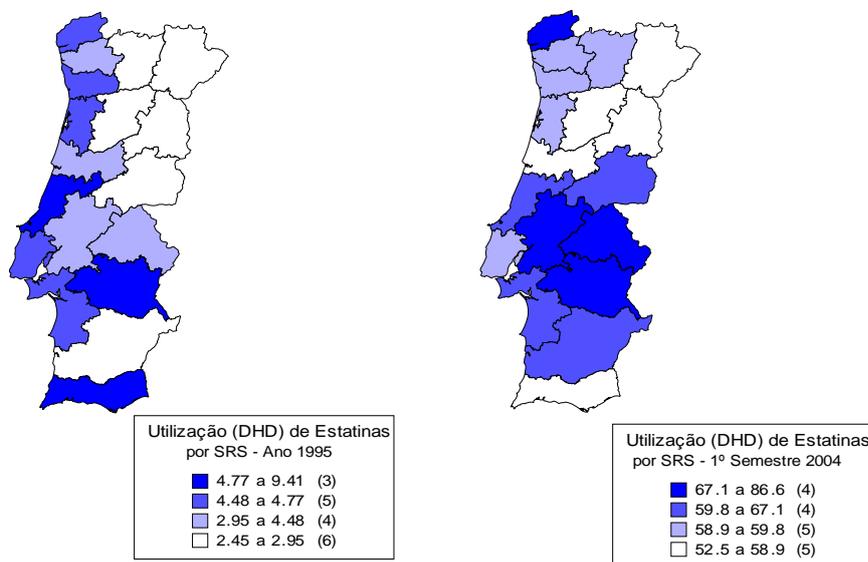


Nota: Não são conhecidos os dados desagregados por substância activa da Áustria e Bélgica (total estatinas: 21,94 e 39,32 DHD, respectivamente)

Fonte: Teixeira, 2006. Adaptado de Walley et al., 2004.

Em termos regionais, e apesar da utilização das estatinas entre as diversas regiões de Portugal ser muito semelhante em 1995, os diferentes níveis de crescimento criaram assimetrias (bastante visíveis no mapa da figura 11), com destaque para o Alentejo, região com maior consumo por habitante (73,77 DHD no 1º semestre de 2004) e que se distancia da média nacional.

Figura 11 - Mapa de distribuição da utilização (DHD) de estatinas por sub-região (1995 e 1º semestre 2004)



Fonte: Teixeira, 2006.

Este resultado é habitualmente interpretado em função do tipo de população. No entanto, a maior utilização de estatinas no Alentejo, apesar da população ser predominantemente mais idosa nesta região, não parece ser atribuível à estrutura etária da população, uma vez que não foi encontrada nenhuma associação estatística significativa ( $p > 0,05$ ) entre o número de indivíduos com mais de 65 anos e o nível de utilização destes medicamentos (DHD) por sub-região, entre o período de 1999 e 2003. Por sua vez, os maiores níveis de utilização das estatinas nas sub-regiões de Évora e Portalegre parecem estar associadas ( $p < 0,05$ ) a menores taxas de mortalidade por doença cerebrovascular.

Por outro lado, as sub-regiões de Viseu, Coimbra e Guarda (pertencentes à região Centro), juntamente com o Algarve, constituem as regiões com menor consumo por habitante destes medicamentos.

A terapêutica farmacológica com as estatinas representa um importante impacto na despesa farmacêutica global em Portugal, resultado essencialmente do incremento da sua utilização (devido, em parte, ao aumento da sua prescrição e à manutenção indefinida desta terapêutica), mas também do seu preço elevado, com encargos expressivos para os utentes e para o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em 2003, a despesa (a PVP) com as estatinas foi superior a 114 milhões de euros e os encargos do

SNS representaram 15% dos encargos com os medicamentos do Aparelho Cardiovascular e 4,4% do total dos encargos com medicamentos.

Mas, se a despesa em valor com as estatinas tem vindo a aumentar, o mesmo não se tem verificado em termos de custo tratamento por dia, que tem vindo a decrescer desde 1995 (cerca de 35%), resultado do aumento da utilização de substâncias activas mais baratas e de embalagens com dosagem superior (e menor custo por Dose Diária Definida). No entanto, a redução no custo das estatinas foi mais acentuada a partir de 2002, devido à introdução de alternativas terapêuticas mais baratas (os medicamentos genéricos) e à redução de preços dos medicamentos não genéricos abrangidos pelo Sistema de Preços de Referência (SPR), sugerindo uma aproximação dos preços dos medicamentos não genéricos aos dos genéricos.

Este impacto deveu-se, essencialmente, à sinvastatina, que teve um crescimento da utilização de genéricos extraordinário, com uma quota de genéricos em 2004 que ultrapassa metade do mercado desta substância (52%). Outra substância, a pravastatina, observou uma tendência semelhante, embora não tão acentuada (com uma quota de genéricos de 23%).

De facto, a promoção dos medicamentos genéricos, conjugada com a introdução dos preços de referência, no caso das estatinas (e particularmente da sinvastatina) constituem um exemplo de sucesso em Portugal, com desenvolvimento significativo do mercado de genéricos, redução dos custos destes medicamentos e consequente aumento da acessibilidade dos doentes à terapêutica com estatinas.

No entanto, embora com uma evolução favorável, estas medidas apresentam algumas limitações que podem pôr em causa a sua eficácia. De facto, constata-se que o efeito de implementação do SPR se esgota no curto prazo, com a aproximação dos preços dos medicamentos aos preços de referência, e que o impacto de poupança varia consoante a perspectiva do Estado ou dos utentes (podendo mesmo ocorrer um gasto adicional para estes). Acresce a transferência de prescrição para novos medicamentos mais caros (sem genéricos disponíveis no mercado), nem sempre justificada por uma mais-valia terapêutica e que constitui, no entanto, um encargo adicional elevado.

Sendo certo que qualquer medida política e económica deve ser avaliada em termos do seu possível efeito sobre a saúde pública, os resultados dos estudos de utilização de medicamentos surgem como um importante instrumento de suporte à elaboração

de medidas reguladoras, orientadoras e/ou correctivas, com vista à promoção do uso racional de medicamentos.



# II-12 PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Hoje, quando se considera a saúde, para além de aspectos individuais, existem condições que envolvem as sociedades e determinam, em retorno, a saúde de cada cidadão. Por isso se revelam fundamentais estratégias nacionais que favoreçam ganhos em saúde, como a que Portugal definiu há 2 anos com o Plano Nacional de Saúde (PNS).

Neste PNS são concretizadas prioridades e metas a atingir no combate à doença e promoção da saúde, depois de apresentadas orientações estratégicas globais. Assim, pretende-se levar à acção uma série de medidas no SNS, durante o período que decorre de 2004 a 2010.



Volvido que está um terço deste período importa considerar os progressos e as áreas nas quais se fazem sentir mudanças significativas, de modo a compreender também as lacunas que ainda devem ser colmatadas e integrar num todo coerente a estratégia nacional de proporcionar mais saúde aos portugueses. Pretendemos, em síntese, apreender o que aconteceu durante o último ano relativamente à evolução deste processo, a partir dos seguintes elementos:

- Entidade responsável pela implementação do PNS
- Mecanismo de comunicação
- Roteiro estratégico para a Fase II
- Estratégia de Implementação
- Comissão de Acompanhamento
- Estratégias locais de saúde, formação, parcerias e protocolos

- Avaliação

### **Definição da entidade responsável pela implementação do PNS**

Depois de iniciado o processo da sua elaboração (2002), desenvolvido e sujeito a discussão pública (2003-2004), o PNS foi apresentado ao Parlamento (2005) tendo acolhido o apoio das diferentes forças políticas<sup>134</sup>.

Foi no decurso do mês de Agosto de 2005 que o actual governo mandou o Alto Comissariado da Saúde (ACS), criado pelo Decreto Regulamentar n.º7/2005, de 10 de Agosto, para coordenar e articular as políticas públicas de preparação e execução do "Plano Nacional de Saúde 2004-2010".

Este aspecto reflecte uma inovação no contexto do quadro até então existente, que atribuía à Direcção Geral da Saúde a "coordenação e execução de planos verticais de saúde", no âmbito da sua missão de "desenvolver uma visão estratégica da evolução do sistema de saúde centrado no cidadão" <sup>135</sup>.

### **Mecanismo de comunicação**

Em Novembro de 2005, o ACS lança a sua página institucional na Internet<sup>136</sup>. Pretende-se através deste mecanismo manter informados os diferentes actores do sistema sobre a evolução da implementação do PNS. As principais áreas estão indexadas através de uma entrada no topo da página, sendo a sua navegabilidade simples. Nela encontram-se disponíveis elementos base dos diferentes processos e encontros realizados em torno da implementação do PNS. À medida que se actualiza com informação relevante, este mecanismo poderá vir a tornar-se fundamental para garantir os fluxos de comunicação e informação necessários ao serviço que pretende prestar<sup>137</sup>.

---

<sup>134</sup> Ver Relatório de Primavera 2005 do OPSS.

<sup>135</sup> De acordo com o Decreto-Lei nº 122/97, de 20 de Maio 1997.

<sup>136</sup> Em <http://www.acs.min-saude.pt>.

<sup>137</sup> Não abrange toda a informação, pressuposto de selecção da informação.

## Roteiro estratégico

Tendo em vista a implementação do PNS foi apresentado um roteiro estratégico para a Fase II - 2004/2006, no documento “Implementação do Plano Nacional de Saúde”. Este roteiro pretende caracterizar a continuidade a dar à primeira das três fases de implementação do PNS:

- a Fase I, que inclui a concepção do Plano (finalizada em 2004);
- a Fase II, que se inicia em 2006, focalizando o “lançamento” do Plano e operacionalização das estruturas e processos de acompanhamento; e
- a Fase III, até 2010, monitorização da execução do Plano

As principais estratégias de implementação do PNS são assim definidas: (1) desenvolvimento de um plano de comunicação; (2) desenvolvimento de um sistema de informação; (3) enfoque em áreas prioritárias; (4) desenvolvimento dos programas nacionais; (5) mobilização dos principais actores; (6) mobilização de recursos; (7) formação dos profissionais; (8) investigação e desenvolvimento; e (9) acompanhamento e avaliação<sup>138</sup>.

## Reuniões de implementação do PNS

De modo a implementar no terreno o PNS foram desenvolvidas no último ano várias reuniões, nomeadamente nas Regiões de Saúde do Centro e do Alentejo, da Comissão de Acompanhamento focalizando o sistema de informação do PNS. O registo das principais conclusões e decisões desses encontros está disponível ao público em geral a partir da página do ACS.

## Redefinição da Comissão de Acompanhamento

A figura de “Comissão de Acompanhamento do PNS” foi criada de modo a proporcionar a sua dinamização, com objectivos sintetizados em 4 áreas:

- Acompanhar o desenvolvimento do Plano apresentando propostas anuais para melhorar e viabilizar a sua execução

---

<sup>138</sup> MS, Implementação do Plano Nacional de Saúde, Um roteiro estratégico para a Fase II - 2004/2006.

- Pronunciar-se sobre a adequação ao PNS do Plano Anual de Saúde, e sobre o contributo da saúde para as Grande Opções do Plano;
- Promover a realização de fóruns regionais e nacionais;
- Propor mecanismos para garantir a transversalidade da política da saúde nas outras políticas internas, nomeadamente através do desenvolvimento da avaliação de impacte sobre a saúde (*health impact assessment*);

No início deste ano houve uma redefinição da Comissão de Acompanhamento do PNS com a introdução de algumas alterações na sua composição, competências e modo de funcionamento<sup>139</sup>.

### **Estratégias locais de saúde, formação, parcerias e protocolos**

O PNS pretende dinamizar, na lógica de descentralização e proximidade com o cidadão, Estratégias Locais de Saúde focando a mudança e inovação. Deste modo, pode ser adoptado um conjunto de "metas" de saúde dentro das grandes prioridades nacionais em promoção e protecção da saúde, considerando o âmbito local. O primeiro protocolo de cooperação neste âmbito foi assinado a 2 de Março último, estando em desenvolvimento a sua concretização.

Igualmente considerado factor importante, o ACS inicia este ano um programa de formação com um curso focando as temáticas da "diabetes no idoso" e outro abordando os "princípios e avaliação das necessidades em cuidados continuados".

Um aspecto relevante para o desenvolvimento da aplicação do PNS prende-se com o estabelecimento de parcerias com a sociedade civil. Neste âmbito foram estabelecidas 20 parcerias que assumem diferentes modalidades: protocolos gerais, protocolos específicos e participação nos programas nacionais. É neste contexto que foram já celebrados 2 protocolos gerais com Associação Portuguesa de Psoríase e Associação de Doentes Crónicos.

---

<sup>139</sup> Despacho n.º02/2006, de 9 de Janeiro de 2006.

## Avaliação

O grande objectivo do PNS é desenvolver, com os meios disponíveis através da promoção da saúde e da prevenção da doença, ganhos em saúde. Foram definidos 40 programas nacionais de saúde<sup>140</sup>, em relação aos quais importaria uma análise detalhada e pormenorizada. Está previsto nas linhas de desenvolvimento do PNS que começarão a ser feitas avaliações a partir de 2006.

Deste conjunto o ACS seleccionou quatro programas que permitem uma concentração estratégica para 2006. São eles:

- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas
- Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/sida
- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas
- Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.

Uma análise em detalhe de cada um dos desenvolvimentos específicos a estes programas tornar-se-ia inviável no actual momento. Por isso optou-se pela utilização de uma metodologia de *tracer* de modo a perceber atrás de uma condição de impacto funcional relevante, uma medida visando a promoção da saúde e protecção da doença. Esta abordagem não só tem em conta o envolvimento dos profissionais de saúde, como considera também o público alvo.

Esta condição de impacto, deve estar relacionada com estes programas, retirando daí algumas ilações que podem permitir perceber os sucessos e dificuldades que se identificam. No documento de referência já citado, encontramos uma condição possível de ser considerada neste quadro, ao ser feita por duas vezes alusão ao problema do uso do tabaco<sup>141</sup>.

---

<sup>140</sup> Em <http://www.acs.min-saude.pt/ACS/conteudos/implementacao+do+pns/Programas+Nacionais/> (25-05-2006).

<sup>141</sup> “Promover a acção intersectorial na prevenção ... com especial ênfase na alimentação saudável e no combate ao tabagismo” e no capítulo, “Promoção de Estilos de Vida Saudáveis” é dado destaque à necessidade de “participar na educação dos jovens, com a família e a escola, preparando-os para construir a sua identidade e sentido para a vida, e identificarem e gerirem situações de conflito e de situações de risco (consumo de substâncias nocivas - tabaco, álcool e outras - alimentação inadequada, sedentarismo, comportamentos de risco, como sexuais, de condução rodoviária, de uso de violência)” in *MS, Implementação do Plano Nacional de Saúde, Um roteiro estratégico para a Fase II - 2004/2006*, pp. 13 e 15.

O objectivos são claros no PNS referentes a esta questão<sup>142</sup>. Pretendem-se ganhos até 2010 a nível dos diferentes grupos etários em reduções próximas dos 50% (ver quadro 34).

Quadro 33 - Metas para 2010 relativamente à percentagem do consumo de tabaco nos dois géneros e grandes grupos etários em Portugal

| Indicador  | Situação actual    | Meta para 2010 |
|--|--------------------|----------------|
| Tabaco - % de indivíduos que fuma diariamente (15-24 anos) (1) | H=25<br>M=10,5     | H=13<br>M=5    |
| Tabaco - % de indivíduos que fuma diariamente (25-44 anos) (2) | H= 45,7<br>M= 17,1 | H= 23<br>M=9   |
| Tabaco - % de indivíduos que fuma (45-64 anos) (2)             | H= 26,0<br>M= 4,2  | H= 17<br>M=3   |
| Tabaco - % de indivíduos que fuma (65-74 anos) (2)             | H= 14,5<br>M= =0,7 | H= 11<br>M=0.5 |

Fonte: PNS

Legenda: 1- DGS. Os dados da situação actual referem-se a 2001;

2- INSA. Os dados da situação actual referem-se a 1997/98.

Realizar-se-á assim esta análise a partir do foco deste problema de saúde, que é transversal a muitos dos programas mencionados. Em pelo menos 20 dos 40 programas (ver em cima) a questão do consumo do tabaco revela-se pertinente e merecedora de atenção. Ela é também transversal a três dos quatro programas que actualmente são objecto de um investimento particular do ACS para 2006.

Para aprofundar esta análise, são apontados neste documento os princípios e as estratégias definidas pela Carta de Ottawa<sup>143</sup>. Cinco princípios estão aqui definidos que orientam as ideias fundamentais a considerar em termos da saúde das populações: equidade, participação pública, empoderamento, intersectorialidade e sustentabilidade.

Com estes cinco princípios, são definidas cinco estratégias que agregam os eixos prioritários das acções focando a promoção da saúde: desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes de apoio, fortalecimento da acção comunitária, desenvolvimento de capacidades pessoais, reorientação dos serviços de saúde.

<sup>142</sup> Quadro V - Metas prioritárias para "Uma juventude à procura de um futuro saudável" - dos 10 aos 24 anos ; Quadro VI - Metas prioritárias para "Uma vida adulta produtiva" - dos 25 aos 64 anos; Quadro VII - Metas prioritárias para "Um Envelhecimento Activo" - 65 anos ou mais.

<sup>143</sup> MS, Implementação do Plano Nacional de Saúde, Um roteiro estratégico para a Fase II - 2004/2006, p. 5.

Num segundo momento, centramo-nos numa abordagem sistémica quando se consideram os aspectos relacionados com os sistemas onde acontecem os apoios à resolução do problema do tabagismo.

## Participação pública e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis

Há muito que em Portugal se faz sentir o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis que favoreçam o controlo do tabagismo. Neste âmbito o desenvolvimento de legislação conducente à sua implementação, foi marcado por dois momentos relevantes neste último ano:



- A 8 de Novembro 2005 Portugal aprovou a Convenção quadro para o controlo do tabaco. Adoptada em Genebra em 21 de Maio 2003, (56ª 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 no decurso deste último ano coloca Portugal (juntamente com 127 países) sintonizado com as grandes linhas do controlo e prevenção do tabagismo, consistindo isso um sinal fulcral para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.
- Um segundo aspecto a destacar foi o início do processo da implementação de legislação compatível com esta Convenção Quadro. Deste modo no passado dia 7 de Abril de 2006, foi entregue à discussão dos parceiros e pública o seu anteprojecto lei.

Estes poderiam ser vistos como dois elementos importantes desta primeira caracterização do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. No entanto a participação pública neste âmbito da discussão não se tem revelado frutífera: no sítio dedicado à mesma e a menos de um mês de findar o primeiro prazo apontado, não está exposto nenhum resultado desse processo, mantendo-se sem alterações o texto que lançou essa discussão.

Depois de lançada a discussão foi interrompendo a 5 de Junho o calendário apresentado inicialmente, sendo dada a conhecer a segunda proposta para discussão pública, prevista para terminar a 5 de Julho.

Um aspecto a realçar neste processo de implementação prende-se com a proposta governativa, que introduz um período de 180 dias de preparação, que deverá mediar o momento da sua publicação e a efectiva implementação da nova legislação. Perante o problema em causa, esta medida permitirá colmatar impactos negativos oriundos de uma alteração de fundo no *modus vivendi* de muitos portugueses que encontraram uma atitude social muito permissiva no que diz respeito ao consumo e uso do tabaco e seus derivados, ao longo da sua vida.

Uma das repercussões do ante-projecto prende-se com o desenvolvimento de consultas de desabitação tabágica para todos os que desejam parar com o tabaco. Como serão implementados esses programas de apoio, num sistema de saúde que manifesta um deficit crónico de recursos humanos e financeiros, permanece um dos aspectos em relação ao qual não se vislumbra uma resposta atempada.

### **Equidade e criação de ambientes de apoio: o crescimento das listas de espera**

Decorre do ponto anterior que a implementação de ambientes de apoio, pode vir a ser um dos aspectos mais críticos no quadro actual de efervescência legislativa, quando se considera o princípio da equidade.

De acordo com o último inquérito nacional de saúde, existiriam em Portugal perto de um milhão e meio de fumadores/as. Cerca de 1 milhão e 100 mil pessoas poderiam neste contexto desejar parar com o tabaco e manifestar a necessidade de receberem ajuda para o fazerem. O sistema precisaria por isso de se preparar para garantir a todos (equidade no acesso) dentro de uma apertada janela de oportunidade - constituída pela conjugação do despertar para o problema, existência de motivação e ambientes de apoio disponíveis - uma mudança de estilo de vida que se revela complexa, pois é fundamentalmente de base comportamental.

A discussão que se gera em torno da medicalização desse processo, o foco (patogénico) que está sendo colocado por alguns sectores na comparticipação dos medicamentos, na utilização de modelos de intervenção uninominais, poderão contribuir para adensar a complexidade desta questão. Uma abordagem salutogénica

com modelos e estratégias complementares de intervenção identificadas na literatura de referência como potenciadores de importantes mudanças comportamentais, neste âmbito, revela-se oportuna.

Não existindo informação actualizada e de acesso facilitado que registe indicadores de desempenho e acessibilidade aos programas de apoio à cessação tabágica do SNS, fica por esclarecer qual o número de pessoas beneficiadas realmente com este tipo de programas no último ano<sup>144</sup> não encontrando o cidadão informação clara e fácil de obter, relativamente aos locais onde pode encontrar esse apoio.

De modo a aprofundar o conhecimento do problema, e colmatar algumas lacunas de informação, foi desenvolvido um estudo que decorreu entre Janeiro de 2005 e Janeiro de 2006, envolvendo todos os centros de saúde, hospitais e outras unidades de saúde, com o objectivo de traçar o retrato nacional da existência de ambientes de apoio à cessação tabágica no SNS.

Este estudo foi lançado através de um protocolo de recolha de informação através da Internet<sup>145</sup> e em simultâneo por questionário enviado através de correio. Constata-se que existem 100 pontos de apoio em Portugal nos quais o cidadão pode junto do SNS obter ajuda para a cessação tabágica<sup>146</sup>.

Emerge neste contexto um elemento a ter em conta ao se constatar a emergência de listas de espera. Assim em Janeiro de 2006 para as unidades, com tempo de espera, a média de espera pela consulta de cessação tabágica, atingia 132 dias.

Mesmo se existem mais de 50% (62 ao todo) unidades de saúde que não têm qualquer tempo de espera, nos grandes centros urbanos e no litoral, a situação agrava-se, acentuando-se uma importante dificuldade de acesso: a amplitude de tempo de espera apresenta como limites inferior, 8 dias, e, superior, 2 anos.

Poderá agravar esta situação o facto de que muitas destas unidades, fornecem os seus serviços de apoio não ao utente em geral, mas somente aos profissionais dessas unidades, ou em alguns casos aos cidadãos referenciados especialmente.

Isto corresponderia então a um menor número de pontos de apoio — efectivamente — a darem realmente o seu contributo à solicitação referida ao grande público. Num

---

<sup>144</sup> Em <http://www.dgs.pt>, 25-05-2006.

<sup>145</sup> Em <http://www.ia7.net/tpc>.

<sup>146</sup> Em <http://www.tabagismo.info>. Lista das unidades de saúde com apoio à cessação tabágica “Projecto gics-i-tpc”, 31 de Janeiro de 2006.

outro levantamento<sup>147</sup> realizado durante o primeiro semestre de 2006, focando o aumento da prevalência no género feminino, conforme identificado no último INS<sup>148</sup>, pretendeu-se avaliar o tipo de resposta que o sistema está a dar a esta situação com a existência de apoio à cessação tabágica dirigido à mulher.

O objectivo inicial do estudo incluía a análise do território continental<sup>149</sup>. Contudo, dada a inadequação das informações contidas na base de dados usada<sup>150</sup> como ponto de partida do estudo, a dificuldade de obtenção de respostas dos locais contactados optou-se por limitar o estudo à Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (16 pontos de cessação tabágica).

Dos 16 locais da RSLVT contactados - que estão identificados como possuindo consulta de cessação tabágica - apenas 11 disponibilizaram alguma informação<sup>151</sup>; destes 73% (8 unidades) têm consultas de cessação tabágica em funcionamento, não sendo possível apurar o total de utentes abrangidos nos últimos 12 meses. Para as unidades que forneceram informação foram abrangidos um total de 4230 utentes desde o seu início de actividade (que remonta a alguns anos); quanto ao número de mulheres em seguimento apenas o Hospital Egas Moniz facultou a informação com 385 mulheres (50%); nenhum dos locais tem consulta de cessação tabágica dirigida à mulher. Dos entrevistados que responderam apura-se uma taxa de sucesso média de 44,3%.<sup>152</sup> Após análise dos resultados verificou-se que os Hospitais entrevistados mantêm as consultas em funcionamento e que 3 dos 6 Centros de Saúde terminaram as suas consultas de cessação tabágica, "por falta de recursos". Apenas um dos locais de cessação tabágica apresentou dados por género.

Esta particularidade relativa às mulheres é salientada também por Sérgio Vinagre<sup>153</sup> Coordenador do Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo da ARS Norte.

---

<sup>147</sup> Quintas *et al.*, 2006.

<sup>148</sup> Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1998/99, cerca de 19,2% da população é fumadora, 30,5% dos homens fuma e 8,9% das mulheres são fumadoras. Apesar da prevalência ser superior no sexo masculino, a percentagem de homens fumadores tem vindo a diminuir enquanto a de mulheres tem aumentado.

<sup>149</sup> O estudo utilizado é do tipo exploratório, descritivo e transversal. Utilizou-se uma metodologia mista, pretendendo-se apurar o total de unidades de saúde que têm consultas de cessação tabágica em funcionamento, o total de utentes inscritos, o total de mulheres inscritas e a taxa de sucesso.

<sup>150</sup> Direcção-Geral da Saúde. Em <http://www.dgs.pt>.

<sup>151</sup> Como limitações do estudo destaca-se lacunas de precisão de informação e dificuldade de obtenção de respostas dos locais contactados.

<sup>152</sup> O que constitui um dado inédito, dado a literatura praticamente não referir valores tão elevados.

<sup>153</sup> Sérgio Vinagre, Tabagismo como prioridade de Saúde Pública em Portugal. Das intenções aos actos: Programa de Tratamento e Prevenção do Tabagismo da Sub-Região de Saúde do Porto, apresentação no encontro Tabagismo e DPOC: um problema de saúde Pública: fórum da comunidade de práticas i-tpc, 2006.

Nesta ARS foi assim implementada desde 2004, uma estratégia de desenvolvimento de consultas. Depois de constituído um núcleo de Coordenação do Programa, foram desenvolvidas 14 acções (2004-2006) de formação, abrangendo 219 participantes, para um total de 384 horas.

No plano de trabalho, estão previstas 4 reuniões por ano de discussão e avaliação do desenvolvimento do Programa - por grupos de centros de saúde, um grande encontro sobre Prevenção e Tratamento do Tabagismo. Assim foram criados grupos de acompanhamento dos sub-programas e projectos.

Ainda não estão disponíveis dados sobre esta implementação.

A situação em cima descrita deve no entanto ser enquadrada numa problemática de acesso mais vasta.

A grande prevalência do consumo tabágico acontece numa faixa da população que raramente frequenta os serviços de saúde, e, no seu simbólico cultural, não tornou o tabagismo, em termos de representação social, equivalente a uma doença. Esta situação torna mais difícil que estes grupos da população recorram a qualquer unidade tradicional do SNS em busca desse apoio<sup>154</sup>, habitualmente muito conotadas com situações de disfuncionalidade e de gestão da doença. O SNS não conquistou entre a população o estatuto de uma vocação promotora da saúde, nem tem uma tradição focalizada na educação para a saúde. Existe assim uma barreira cultural importante a ultrapassar, se se pretende que as faixas etárias mais jovens e que manifestam poucos problemas de doença, venham a considerar as estruturas do SNS suas aliadas no processo de cessação tabágica.

Por isto, a implementação de ambientes de apoio deve ir muito para além dos serviços específicos do SNS, sendo que o maior desafio concentra-se em fazê-los acontecer nos locais onde essa população vive, convive, trabalha e se diverte: nas escolas, nos locais de trabalho, lazer e espaços da vivência familiar. Importa neste contexto mencionar dois outros recursos que podem constituir uma contribuição ao poderem ser identificados como ambientes de apoio não tradicionais: o recém criado portal na Internet<sup>155</sup> de apoio à cessação tabágica e a linha SOS<sup>156</sup>. Dadas as

---

<sup>154</sup> Como demonstrou a investigação referida, a questão do tabagismo, põe em relevo a falta de equidade no acesso, criando-se assim a oportunidade para a iniciativa privada preencher um espaço que cresce sem o escrutínio da evidência científica.

<sup>155</sup> Em <http://www.parar.net>.

<sup>156</sup> Deixar de fumar (808 208 888).

características únicas que os definem, serão desenvolvidos posteriormente, nesta análise, os aspectos com eles relacionados.

### **Intersectorialidade e fortalecimento da acção comunitária**

O fortalecimento da acção comunitária é outro princípio apresentado. Quando se considera a estratégia do fortalecimento da acção comunitária na âmbito do problema do tabagismo, é grande a dificuldade de identificar iniciativas desenvolvidas nesse âmbito, no decurso do último ano.

Mesmo se é reconhecido como um problema afectando vários sectores da sociedade (escolas, locais de trabalho, espaços públicos, autarquias e movimentos associativos) não existe uma abordagem integrada e intersectorial que foque não só a problemática da cessação mas — e também — a questão da prevenção do tabagismo. Todo o discurso e envolvimento dos actores sociais, centra-se na questão da contenção de danos, não havendo estratégia e acção que contribua para a resolução do problema na sua origem: a prevenção nas escolas, locais de trabalho e de lazer.

Contrariando um pouco esta constatação e situando-se na fronteira da articulação do SNS com o sector não público, a linha SOS desenvolve a sua actividade no enquadramento do Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva, desde Abril de 2002. Ao fim de 4 anos de actividade foram registados 4.352 apelos com uma taxa de sucesso situada entre os 10% e os 25%<sup>157</sup>. Um grupo de 4 profissionais asseguram este serviço, sendo que os meses de maior solicitação situam-se entre Abril e Maio, Outubro e Novembro.

No seguimento desta consideração do contributo do sector não público, importa referir que no decurso deste ano foram apresentados os resultados da intervenção das clínicas que chegaram a Portugal designando-se por clínicas “não fumo mais”. Este franchising de origem espanhola alega ter conseguido libertar desde que se instalou em Portugal mais de 2.739 pessoas do hábito tabágico<sup>158</sup>, através da técnica de estimulação auricular (acupunctura). Com 28 unidade em operação em todo o país é apresentado um volume de negócios de 1.027.087,49€. Não se conhecem estudos científicos que avaliem a técnica, nem foi feita uma avaliação externa dos resultados

---

<sup>157</sup> Relatório dos 3 primeiros anos de funcionamento da linha SOS, Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva Prof. Fernando Pádua, Maio 2005.

<sup>158</sup> *Lets Live Center*, em <http://www.letslivecenter.pt>.

apresentados, ficando assim o cidadão sujeito a uma relação, que de acordo com o último relatório do *Surgeon's General Report*<sup>159</sup> não está sustentada por critérios científicos.

### **Empoderamento e desenvolvimento de capacidades pessoais**

O empoderamento é apresentado como o quarto princípio da Carta de Ottawa. Associamo-lo aqui ao desenvolvimento de capacidades pessoais, pela reciprocidade que esta estratégia pode ter sobre a implementação de medidas que visem o reforço do empoderamento dos cidadãos.

A lógica que a abordagem do problema do tabagismo está a seguir em Portugal, medicalizando a busca de ajuda, acentua o poder do médico. A abordagem patogénica baseada na solução externa composta (preferencialmente) por medicamentos, levanta questões que noutros países tem conduzido a outras abordagens.

Assim uma outra componente a considerar nesta problemática prende-se com o desenvolvimento de capacidades pessoais e reforço do empoderamento. Na Suíça e nos países escandinavos, estão a ser implementadas novas abordagens vocacionadas para esse desenvolvimento, utilizando vários métodos e tecnologias, como a Internet. Outras soluções como utilização de PDAs e serviços móveis, tem igualmente sido ensaiada, estando vários centros de investigação a avaliar estratégias que possibilitem o reforço do empoderamento na cessação tabágica, aliviando assim a sobrecarga que se faz sentir um pouco por toda a parte relativamente aos serviços de saúde.

Explicitando este objectivo – da capacitação pessoal, reforçando o auto-conceito e promovendo a auto-eficácia – foi implementada uma plataforma em Português (ainda em fase experimental) que a partir da Internet visa o desenvolvimento das capacidades pessoais para parar com o tabaco. Deste modo, o cidadão no seu tempo, ao seu ritmo, de modo reflexivo e personalizado é apoiado no seu desejo.

A partir de um método focando a mudança comportamental e promoção de estilos de vida saudáveis, um processo de algoritmia decisional, permite em dez passos

---

<sup>159</sup> The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General, 2004.

conduzir a pessoa até ao estatuto de ex-fumador, comunicando simultaneamente com o seu prestador de cuidados de saúde (e.g. médico, enfermeiro, farmacêutico).

A plataforma de Internet mencionada atrás é o único portal de saúde em português que se submeteu ao processo de garantia da qualidade de observadores externos (Hon COde, com base em Genebra na Suíça) tendo recebido o selo de qualidade em 2005/2006.

O método seguido, baseado na evidência científica, centrando-se num processo comunicacional personalizado, em que todos os dados recolhidos são devolvidos à pessoa com explicação detalhada e em linguagem acessível, baseia-se no princípio do empoderamento. Este mecanismo acolheu na sua fase de testes 455 pessoas revelando-se a sua utilidade formal, após o escrutínio de um grupo nominal de 52 profissionais de saúde<sup>160</sup>.

Embora 95% dos utilizadores da plataforma tenha tomado a decisão de parar com o tabaco, o curto período de funcionamento da plataforma não permite ainda retirar conclusões da eficácia da iniciativa que está em fase experimental. A sua pertinência revela-se através da possibilidade que oferece pois, a qualquer hora do dia ou da noite esta é “uma janela sempre aberta”, podendo dar acolhimento a um grande número de pessoas em simultâneo.

Por outro lado, este método está disponível no espaço (Internet) hoje ocupado abundantemente pelos adolescentes, jovens e adultos jovens, faixas etárias nas quais o consumo de tabaco está a crescer. Estar assim à distância de um “clique” do rato pode tornar-se numa mais valia num sistema que se deseja mais próximo das pessoas. Por outro lado é na faixa etária em trono dos 30-40 anos que o desejo de parar com o tabaco se faz sentir após os anos “da invencibilidade” da adolescência e juventude. Assim não só se utiliza um ambiente comum a esse grupo (a Internet) como se consegue colmatar o hiato de tempo que pode mediar entre “a vontade” de parar e a recepção do primeiro apoio para o fazer (neste caso quase imediato se se tiver uma ligação à Internet).

A partir de uma análise de dados preliminar da fase de testes do portal revela-se que a distribuição dos seus utilizadores não respeita a proporcionalidade homens/mulheres consumidores de tabaco identificados no último INS: há mais

---

<sup>160</sup> Informação apurada para o período experimental de 17 Novembro 2005 a 20 Março 2006, Fonte: <http://www.parar.net>.

mulheres (45%) do que homens nesta plataforma. Este aspecto remete-nos para as considerações do último capítulo desta análise, ao abordarmos a necessidade de repensar a reorientação dos serviços de saúde numa lógica que vise a sustentabilidade do próprio processo de controlo da problemática do tabagismo.

### Sustentabilidade e reorientação dos serviços de saúde

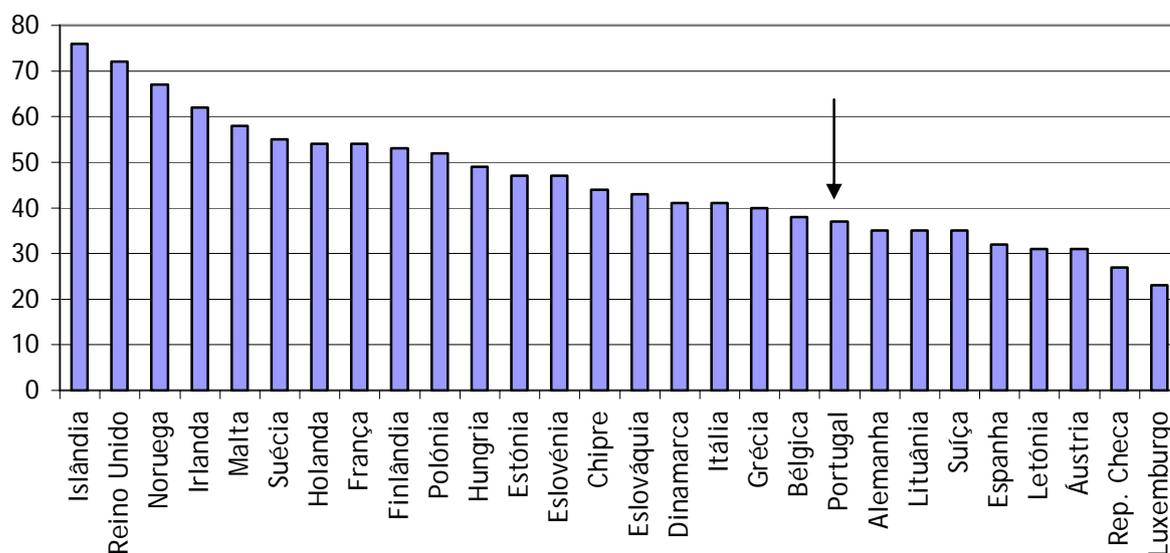
Perante o quadro apresentado antevê-se que será difícil tornar sustentável uma estratégia que além de prevenir, ajude quem fume a parar com o tabaco, sem uma reorientação dos serviços que passa pela:

- criação de espaços de mudança comportamental nos quais componentes psicológicas, sociológicas e nutricionais são consideradas através da sinergia de terapias mais favoráveis a essas mudanças: terapias comportamentais focalizadas em dinâmicas de grupo. Deste modo não somente a capacidade de resposta do SNS aumentaria consideravelmente, como ainda seria implementado um apoio mais próximo das boas práticas.
- estratégia apontada pela carta de Ottawa, quando a promoção da saúde é o foco da intervenção, é tanto mais pertinente quanto é a escassez de recursos (humanos e financeiros) para fazer face à procura de apoio e oferta desse mesmo apoio. Assim, mesmo que esteja identificado no PNS a necessidade de apoio específico a certos grupos populacionais – como as grávidas, p.ex. – no estudo realizado no primeiro semestre de 2006 (apresentado anteriormente), na região de Lisboa e Vale do Tejo, utilizando a técnica de entrevista por telefone, dirigida aos responsáveis pelas consultas de cessação tabágica, concluiu-se que não existe um único apoio dirigido a este grupo populacional.
- Quando consideramos o rácio custo/benefício percebe-se porque urge empreender uma reorientação dos serviços para garantir a sua sustentabilidade. Assim, não é aceitável inscrever uma mulher grávida numa lista de espera de vários meses ou mesmo anos – como aquela que é identificada no estudo já referido. Assim cada serviço onde a receção, acolhimento ou acompanhamento de grávidas acontece, deveria, constituir o primeiro esforço de uma intervenção. A este nível a resposta deveria ser imediata, tendo os serviços que proceder às re-estruturações necessárias para o conseguir. Depois de garantida esta situação, poder-se-ia então alargar o

âmbito de intervenção progressivamente até fornecer uma resposta a todos os outros grupos humanos utilizadores do tabaco.

- Outro aspecto a realçar neste âmbito da reorganização dos serviços, refere-se aos indicadores de produção, por exemplo, dos centros de saúde. Continua a não ser incluída a actividade “de produção” das consultas de tabagismo nos relatórios de actividade, o que levanta questões ao nível das próprias dotações orçamentais. Uma mudança dos registos destas e de outras unidades de cuidados de saúde do SNS, proporcionaria uma aceitação organizacional facilitadora dos objectivos que se pretendem atingir.
- Portugal não está na cauda da Europa, como habitualmente se ouve em relação a outras áreas da vida nacional: no caso do tabagismo partimos<sup>161</sup> de uma confortável 17ª posição (ver figura 12), o que nos dá uma certa vantagem em relação a outros parceiros europeus. Importa agora saber tirar partido das sinergias criadas pelos diferentes elementos positivos identificados nesta análise, bem como entender, o modo de ultrapassar as dificuldades que se colocam em termos da promoção da saúde, quando se está a considerar a segunda causa de morte evitável a nível mundial: o tabagismo.

Figura 12 - Ordenação de países por índice de controlo efectivo do tabaco



Dados de 1 de Janeiro de 2004  
 Fonte: Joossens, 2005.

<sup>161</sup> Joossens, 2005.

## Conclusão

A implementação do PNS constitui um desafio cujas diferentes fases merecem o investimento político e técnico dadas as consequências positivas que constitui para o país em termos de ganhos em saúde.

Quando se consideram os 40 programas identificados no PNS, não se encontra ainda claro o valor acrescentado de fazer parte do PNS (estando nele integrados) relativamente ao seu estatuto anterior. Uma lógica comum de implementação bem como a comunicação horizontal, são alguns dos elementos que deveriam ser mais realçados, dando ênfase a essa integração.

Através da metodologia de *tracer* foi considerada uma das condições de saúde mais comum a estes programas (o tabagismo). Constata-se que Portugal dá passos naquilo que são as características de uma resposta a este problema. As intenções manifestas na nova proposta legislativa reflectem a vontade de mudança no sentido da protecção da saúde. Um dos aspectos que são recorrentes na maioria dos 20 programas abrangidos pelo nosso foco de análise, referem a necessidade do desenvolvimento de consultas de cessação tabágica. No entanto é inexistente o conceito de “programas de apoio à cessação tabágica”. Isto revela a dificuldade que o sistema tem, de se descolar do modelo biomédico para uma abordagem que obtenha maiores ganhos em saúde, negligenciando aspectos positivos de outros modelos de intervenção e boas práticas referenciadas pela literatura. Importa realçar a experiência existente, que a sazonalidade no recurso à linha SOS, poderia ajudar a definir o momento de implementação da nova legislação, tendo em conta a escassez de recursos que, como já foi apresentado, define a actual situação do sistema. Os meses de maior solicitação (entre Abril e Maio, Outubro e Novembro) não deveriam coincidir com o início da implementação da nova legislação, evitando assim experiências de stresse social não apoiado, como aquelas vividas, por exemplo, no país vizinho, após a implementação da nova legislação no início deste ano.

Isto é de realçar na medida em que, a manter-se o paradigma predominante de intervenção, antevê-se a possibilidade de um agravamento da incapacidade de resposta atempada no quadro do SNS. Consequentemente poderão emergir novos problemas, tais como o crescimento das listas de espera para apoio à cessação tabágica, assim como o crescimento da despesa.

Importa salientar que os profissionais de saúde são confrontados com a escassez crónica de recursos para fazer face às normais solicitações de outras actividades já implementadas e em curso, sendo visível a dificuldade de incluir mais esta questão na sua lista de cuidados a prestar. Emerge resistência organizacional consequentemente, colocando muitos programas desta natureza a aguardar por melhores dias, com mais recursos humanos e financeiros. Consequentemente este aspecto desmotiva a própria administração dessas unidades de saúde a favorecer quer a formação dos seus profissionais, quer a implementação de consultas. Neste compasso de espera, a oferta privada organiza-se com questionáveis critérios de qualidade. Aliás, neste âmbito no quadro do próprio SNS importa clarificar certos conceitos, práticas e metodologias perante as discrepâncias encontradas quando se questiona (por exemplo) o “sucesso” de uma consulta. É fundamental o desenvolvimento por isso de investigação científica mais aprofundada, não para avaliar, mas empoderar os profissionais de saúde no exercício das suas actividades, assistindo-os com recursos e apoios facilitadores das mesmas. Por outro lado, dado que a sua formação de base não contempla as competências de apoio à cessação tabágica, a dificuldade de implementar programas que apoiem a resolução deste problema obriga a olhar a questão a partir de um novo paradigma de intervenção.

À luz da carta de Ottawa, compreende-se como os seus princípios e estratégias, podem contribuir para transformar uma realidade precária de apoio, numa abordagem coerente de desenvolvimento sustentado.

Uma reorganização passará necessariamente por uma visão multidisciplinar e integradora, possibilitando assim que a promoção da saúde seja uma realidade que acompanha as populações no seu dia a dia, nos seus espaços e no seu tempo de oportunidade. É este um dos contributos que o desenvolvimento do PNS pode trazer tornando os ganhos em saúde uma realidade também conseguida no caso do problema do consumo do tabaco, atravessando de modo integrado a maior parte dos programas que são hoje o foco de atenção do ACS

# II-13 REORGANIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

No âmbito da reforma da Administração Pública, a 30 de Março de 2006 foi apresentado o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) que prevê a extinção de 187 organismos, passando o total de 518 para 331. Dos 187 organismos a extinguir, 61 são da administração central, 87 da administração central desconcentrada e 34 organismos consultivos.

As mudanças no Ministério da Saúde levam a um redimensionamento no número das suas estruturas passando a ter 26, menos 22 do que as actualmente existentes, conforme está representado na figura 13.

Figura 13 - PRACE - Ministério da Saúde



| MS                           |                  |                |            |
|------------------------------|------------------|----------------|------------|
| Tipo de Estrutura            | Estrutura Actual | Nova Estrutura | Variação   |
| Órgãos Consultivos [1]       | 0                | 1              | 1          |
| Serviços Centrais [2]        | 15               | 14             | -1         |
| Serviços Desconcentrados [3] | 31               | 8              | -23        |
| Estruturas de Missão [4]     | 2                | 3              | 1          |
| Outros [5]                   | 0                | 0              | 0          |
| <b>Total</b>                 | <b>48</b>        | <b>26</b>      | <b>-22</b> |

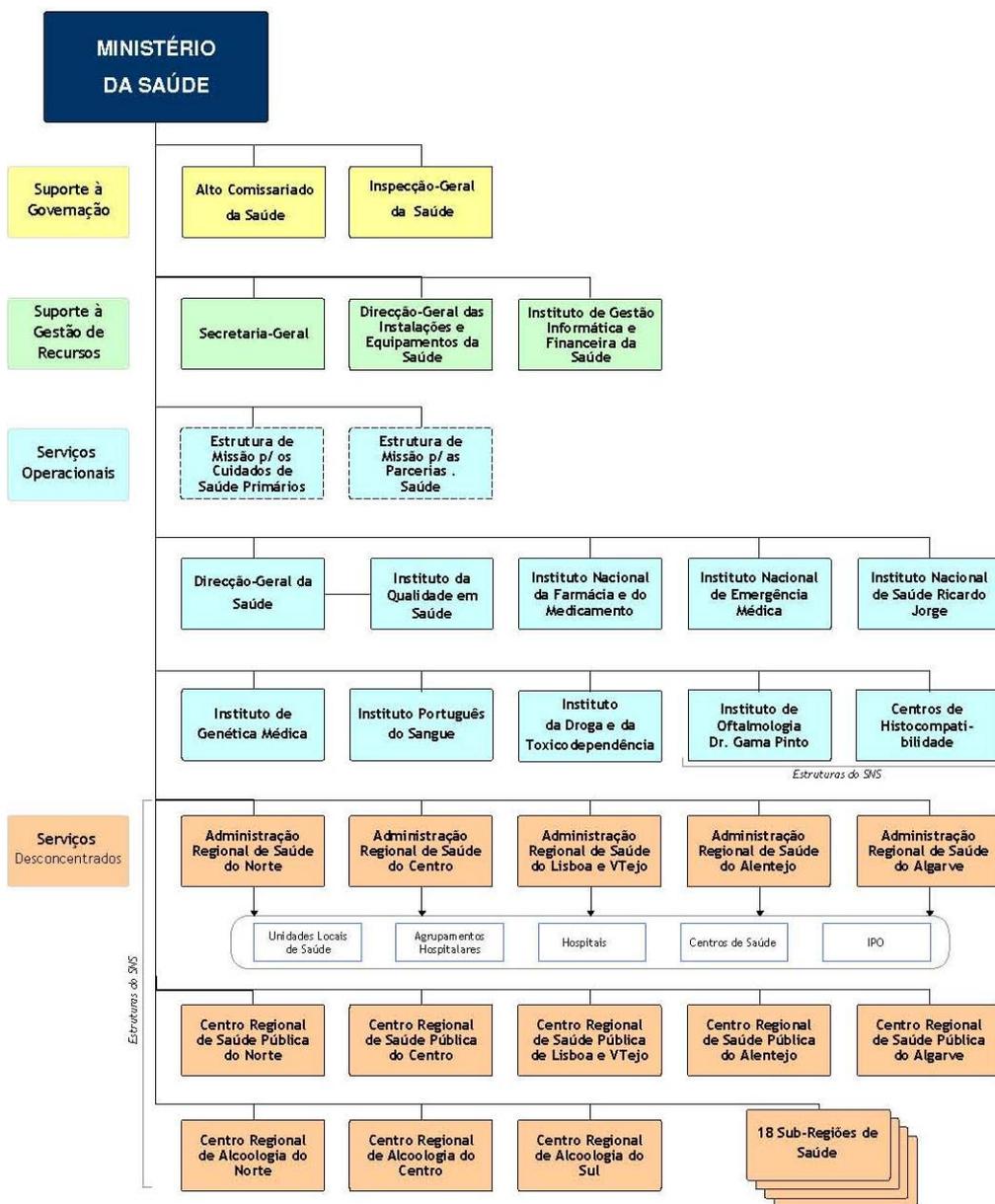


30-03-2006 31

Fonte: Apresentação do PRACE, 30 de Março de 2006

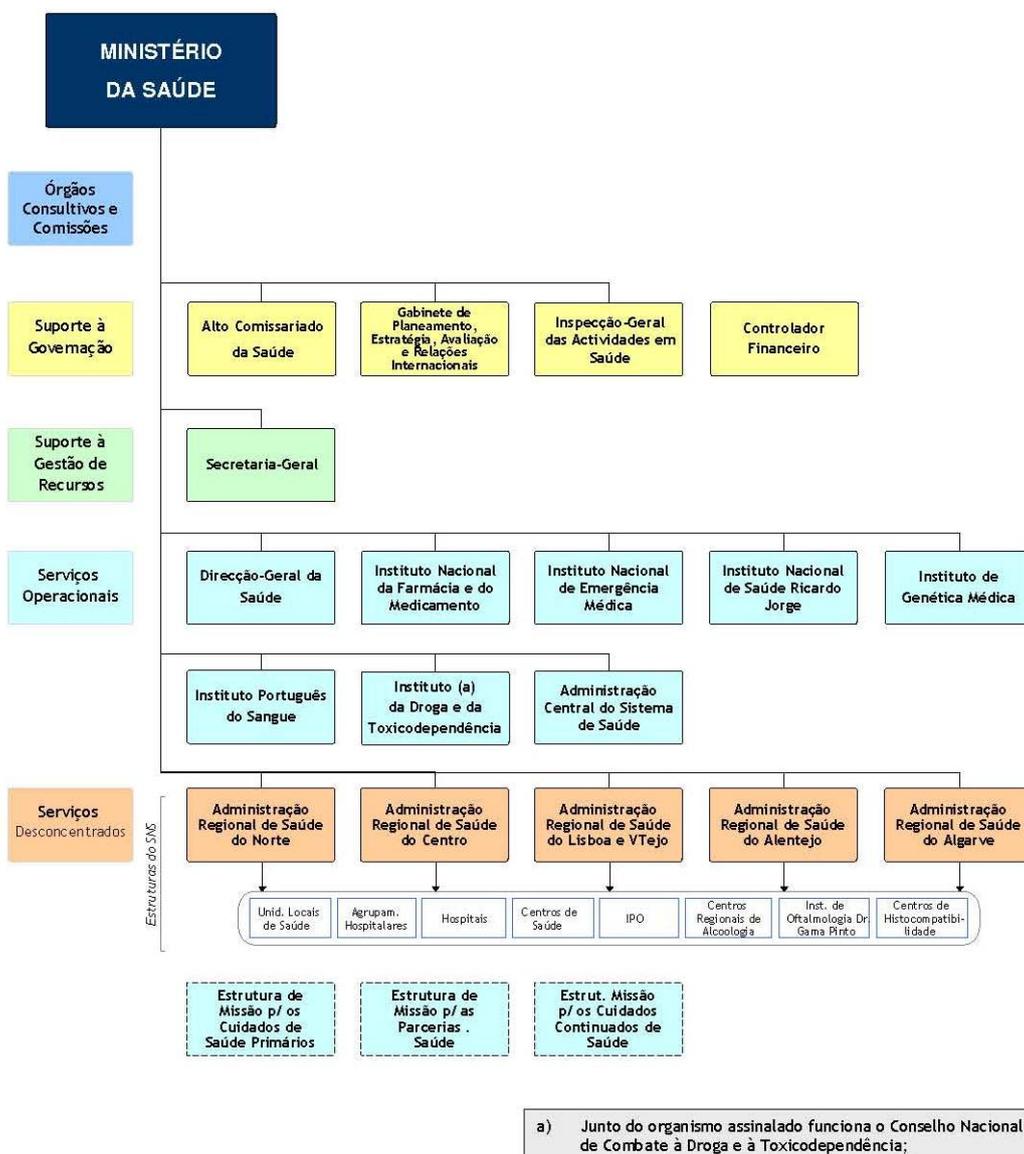
No novo organigrama do Ministério da Saúde são extintas 18 sub-regiões de saúde e cinco centros regionais de saúde pública (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) sendo criada, ao nível dos serviços operacionais, uma Administração Central do Sistema de Saúde. As figuras 14 e 15 apresentam, respectivamente, a macro-estrutura actual e a prevista para o Ministério da Saúde.

Figura 14 - Macro-estrutura actual do Ministério da Saúde



Fonte: Súmula das macro-estruturas propostas, 30 de Março de 2006

Figura 15 - Nova macro-estrutura do Ministério da Saúde



Fonte: Súmula das macro-estruturas propostas, 30 de Março de 2006

É também extinto o Instituto da Qualidade em Saúde, mantendo-se a Direcção-Geral de Saúde e os Institutos da Farmácia e do Medicamento (Infarmed), de Emergência Médica (INEM), Ricardo Jorge, de Genética Médica, do Sangue e da Droga e Toxicodependência (IPDT). O Instituto Oftalmológico Gama Pinto e os Centros de Histocompatibilidade passam para o nível dos serviços desconcentrados.

No suporte à gestão desaparecem a Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos de Saúde (DGIES) e o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), mantendo-se só a Secretaria-Geral, princípio aparentemente comum à quase totalidade dos ministérios

Ao nível do suporte à governação foi criado um Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais, além da figura do Controlador Financeiro, mantendo-se o Alto Comissariado da Saúde e a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde. As estruturas de missão para as Parcerias, Cuidados Continuados e para os Cuidados de Saúde Primários passam a ser independentes da orgânica ministerial.

O conjunto de princípios gerais que enquadram esta reforma e que foram apresentados como matriz comum a todos os ministérios permitem perceber o esforço de simplificação no redimensionamento das suas diferentes estruturas, mas são insuficientes para uma análise funcional mais qualitativa que permita identificar o que realmente muda.

No caso do Ministério da Saúde, e na ausência da definição da missão e descrição funcional dos diferentes organismos reformulados ou a criar, será importante acompanhar, durante o próximo ano, qual o grau de concretização desta mudança.

Tendo como enquadramento o conceito de governação em que as funções de planeamento estratégico, regulação, gestão da prestação, a qualidade dos cuidados e os modelos de participação dos cidadãos são vectores essenciais, é possível equacionar um conjunto de questões que permitirá acompanhar a adequação e efectividade destas novas estruturas.

- A reconfiguração do IGIFS e da DGIES e a criação do Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais, representará a assunção de um claro investimento na capacidade de planeamento estratégico do Ministério da Saúde?
- A figura do Controlador Financeiro será a mais adequada para assegurar a definição e acompanhamento do modelo de financiamento e a sua contratualização - a verdadeira pedra de toque numa moderna administração pública?
- Numa altura em que o desenvolvimento dos sistemas da qualidade como meio de garantir a melhoria contínua dos cuidados, promovendo a sua adequação e eficiência, num contexto de participação e responsabilização dos profissionais e instituições de saúde, a extinção do Instituto da Qualidade em Saúde, secundarizando as suas funções e atribuições, e não sendo claro qual ou quais estruturas terão esta missão, não será um retrocesso?

Mais. Importa que se clarifique quais as opções deste governo para a área da qualidade e como prevê a constituição do Sistema Nacional da Qualidade em Saúde.

- Não é possível visualizar com clareza como se vai exercer de forma efectiva a função reguladora do estado. Os serviços operacionais naturalmente mais vocacionados para uma função técnico-normativa poderão exercer essa função na sua globalidade e num sistema que se pretende mais aberto e flexível?
- Será esta a missão da nova estrutura ao nível operacional da Administração Central do Sistema de Saúde?

Uma verdadeira gestão do SNS (ou seja da prestação pública e seu relacionamento com os outros sectores - sociais e privados) que racionalize a nível central e regional os modelos de financiamento e contratualização, libertando e autonomizando a gestão das unidades de saúde, é uma velha aspiração dos diferentes actores da saúde.



## **PARTE III**

### **ANÁLISE DE IMPRENSA**





## O SISTEMA DE SAÚDE NA IMPRENSA

Considerando o papel dos órgãos de comunicação na formulação das representações sociais, e tendo em conta a sua legitimidade enquanto espaço de interpelação pública da agenda política e mediática, procedeu-se a uma análise de conteúdo de artigos produzidos na imprensa escrita<sup>162</sup>.

Para esse efeito, foram analisados 2597 artigos presentes na imprensa escrita não especializada e leigo-especializada, de âmbito nacional, com tiragem diária e semanal. O período de análise corresponde a 12 meses, de 21 de Março de 2005 a 20 de Março de 2006. A metodologia adoptada baseia-se nas técnicas quantitativas utilizadas na análise de conteúdo<sup>163</sup>. Os artigos foram seleccionados, num primeiro momento, segundo o descritor temático “Saúde”<sup>164</sup> e, num segundo momento, de acordo com “Sistemas de Saúde”. Posteriormente, os artigos foram codificados de acordo com as seguintes características das unidades de texto: “Nome da Publicação”, “Periodicidade da Publicação”, “Mês e Ano”, “Género Jornalístico”, “Dimensão”, “Localização”<sup>165</sup>, “Âmbito territorial”, “Tema”, “Actor Interpelante”, “Actor Interpelado”, “Actor presente no Título” e “Avaliação da tendência valorativa do Título”<sup>166</sup>.

Como ilustra o quadro 33, nos 24 órgãos de imprensa escrita analisados, observa-se uma preponderância dos jornais diários (na ordem dos 87%). O jornal “Público” (20,9%), o “Jornal de Notícias” (18,5%), o “Diário de Notícias” (10,2%), o “Correio da

---

<sup>162</sup> A categorização desta secção baseia-se, em parte, na classificação apresentada, em 2002, por Manuel Villaverde Cabral (coord.) *in Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais”.

<sup>163</sup> Neste relatório, a análise do discurso restringiu-se à “Apreciação do Título”, conforme se apresenta no quadro nº 42.

<sup>164</sup> Refira-se que todos os artigos relacionados com a temática “Gripe das Aves” não foram enquadrados na presente análise. Futuramente, esses artigos serão sujeitos a uma análise mais aprofundada

<sup>165</sup> Representa a frequência dos artigos segundo o destaque atribuído, ou seja, de acordo com a localização na primeira página, em situação de “Destaque”, na secção “Local”, no “Editorial” ou num “Suplemento”.

<sup>166</sup> Uma avaliação diferenciada em “Positiva”, “Negativa” ou “Neutra”. Classificaram-se como “Negativos” os títulos que apresentam o tema em questão sob um prisma negativista (enfatizando problemas, dificuldades, conflitos), como “Positivos” os títulos que apresentam o tema de um modo optimista, e como “Neutros” os títulos em que não é possível destacar uma tendência valorativa.

Manhã” (9,4%) e o “Diário Económico” (9,2%) representam a imprensa escrita com um maior número de artigos sujeito a análise. Ainda que com pouca expressividade, no âmbito da imprensa escrita semanal, salientam-se o “Semanário” (2,6%), o “Expresso” (2,5%) e o “Semanário Económico” (2,4%),

Quadro 34 - Número de artigos por periodicidade da publicação

| Diários           | N            | %            | Semanários          | N            | %              |
|-------------------|--------------|--------------|---------------------|--------------|----------------|
| 24 Horas          | 71           | 2,7%         | Diabo               | 6            | 0,2%           |
| Capital           | 104          | 4,0%         | Exame               | 2            | 0,1%           |
| Correio Manhã     | 245          | 9,4%         | Expresso            | 67           | 2,6%           |
| Destak            | 10           | 0,4%         | Focus               | 7            | 0,3%           |
| Diário Económico  | 240          | 9,2%         | Independente        | 36           | 1,4%           |
| Diário Notícias   | 267          | 10,3%        | Sábado              | 22           | 0,8%           |
| Jornal Negócios   | 164          | 6,3%         | Semanário           | 69           | 2,7%           |
| Jornal Notícias   | 481          | 18,5%        | Semanário Económico | 63           | 2,4%           |
| Metro             | 7            | 0,3%         | Tal & Qual          | 6            | 0,2%           |
| Notícias da Manhã | 108          | 4,2%         | Vida Económica      | 25           | 1,0%           |
| Primeiro Janeiro  | 9            | 0,4%         | Visão               | 26           | 1,0%           |
| Público           | 544          | 20,9%        | <b>Subtotais</b>    | <b>329</b>   | <b>12,7%</b>   |
| Record            | 18           | 2,7%         |                     |              |                |
| <b>Subtotais</b>  | <b>2.268</b> | <b>87,3%</b> | <b>Total Geral</b>  | <b>2.597</b> | <b>100,00%</b> |

Durante o período em análise, verificou-se uma média diária de 7,12 artigos, a que corresponde uma distribuição mensal descrita no quadro 34.

Da análise do quadro 36, constata-se que o mês mais representativo<sup>167</sup> é o mês de Abril (com um total de 10,7%), a que não será alheio o facto de constituir o mês subsequente às eleições legislativas, correspondendo, portanto, ao período destinado à comunicação das orientações políticas sectoriais.

<sup>167</sup> Refira-se que o mês Março de 2005 apresenta valores absolutos menos significativos. Um facto explicável na medida em que para a análise desse mês foram apenas considerados os últimos 11 dias. Esta ponderação também deve ser tida em linha de conta no mês de Março de 2006, uma vez que a análise incide apenas nos primeiros 20 dias.

Quadro 35 - Número de artigos por mês e ano de publicação

| Jornal   | Público |        | Jornal Notícias |        | Diário Notícias |        | Correio Manhã |        | Diário Económico |        | Outros |        | TOTAL |        |
|----------|---------|--------|-----------------|--------|-----------------|--------|---------------|--------|------------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|          | n       | %      | n               | %      | n               | %      | n             | %      | n                | %      | n      | %      | n     | %      |
| Mar_05   | 16      | 2,9%   | 6               | 1,2%   | 7               | 2,6%   | 5             | 2,0%   | 9                | 3,8%   | 23     | 2,8%   | 66    | 2,5%   |
| Abril_05 | 49      | 9,0%   | 44              | 9,1%   | 23              | 8,6%   | 27            | 11,0%  | 20               | 8,3%   | 116    | 14,1%  | 279   | 10,7%  |
| Mai_05   | 58      | 10,7%  | 40              | 8,3%   | 29              | 10,9%  | 18            | 7,3%   | 29               | 12,1%  | 93     | 11,3%  | 267   | 10,3%  |
| Jun_05   | 48      | 8,8%   | 32              | 6,7%   | 26              | 9,7%   | 15            | 6,1%   | 18               | 7,5%   | 103    | 12,6%  | 242   | 9,3%   |
| Jul_05   | 33      | 6,1%   | 38              | 7,9%   | 19              | 7,1%   | 29            | 11,8%  | 26               | 10,8%  | 78     | 9,5%   | 223   | 8,6%   |
| Ago_05   | 18      | 3,3%   | 21              | 4,4%   | 10              | 3,7%   | 12            | 4,9%   | 16               | 6,7%   | 33     | 4,0%   | 110   | 4,2%   |
| Set_05   | 46      | 8,5%   | 42              | 8,7%   | 14              | 5,2%   | 32            | 13,1%  | 21               | 8,8%   | 56     | 6,8%   | 211   | 8,1%   |
| Out_05   | 33      | 6,1%   | 29              | 6,0%   | 25              | 9,4%   | 14            | 5,7%   | 19               | 7,9%   | 48     | 5,9%   | 168   | 6,5%   |
| Nov_05   | 41      | 7,5%   | 50              | 10,4%  | 14              | 5,2%   | 28            | 11,4%  | 18               | 7,5%   | 51     | 6,2%   | 202   | 7,8%   |
| Dec_05   | 54      | 9,9%   | 46              | 9,6%   | 31              | 11,6%  | 23            | 9,4%   | 19               | 7,9%   | 52     | 6,3%   | 225   | 8,7%   |
| Jan_06   | 55      | 10,1%  | 47              | 9,8%   | 21              | 7,9%   | 15            | 6,1%   | 18               | 7,5%   | 46     | 5,6%   | 202   | 7,8%   |
| Fev_06   | 50      | 9,2%   | 33              | 6,9%   | 23              | 8,6%   | 9             | 3,7%   | 9                | 3,8%   | 58     | 7,1%   | 182   | 7,0%   |
| Mar_06   | 43      | 7,9%   | 53              | 11,0%  | 25              | 9,4%   | 18            | 7,3%   | 18               | 7,5%   | 63     | 7,7%   | 220   | 8,5%   |
| TOTAL    | 544     | 100,0% | 481             | 100,0% | 267             | 100,0% | 245           | 100,0% | 240              | 100,0% | 820    | 100,0% | 2.597 | 100,0% |

Apesar de possuírem valores absolutos diferentes, os cinco órgãos de imprensa mais representativos não apresentam uma grande discrepância relativamente à distribuição mensal dos artigos. No entanto, refira-se que o mês com uma maior produção de artigos não só varia de acordo com o órgão de comunicação considerado, como também difere do mês referido como mais expressivo no cômputo geral - Abril de 2005. Com efeito, no caso do jornal "Público" e no "Diário Económico" esse mês corresponde a Maio de 2005, no "Jornal de Notícias" ao mês de Março de 2006, no "Diário de Notícias" ao mês de Dezembro de 2005 e no "Correio da Manhã" ao mês de Setembro de 2005.

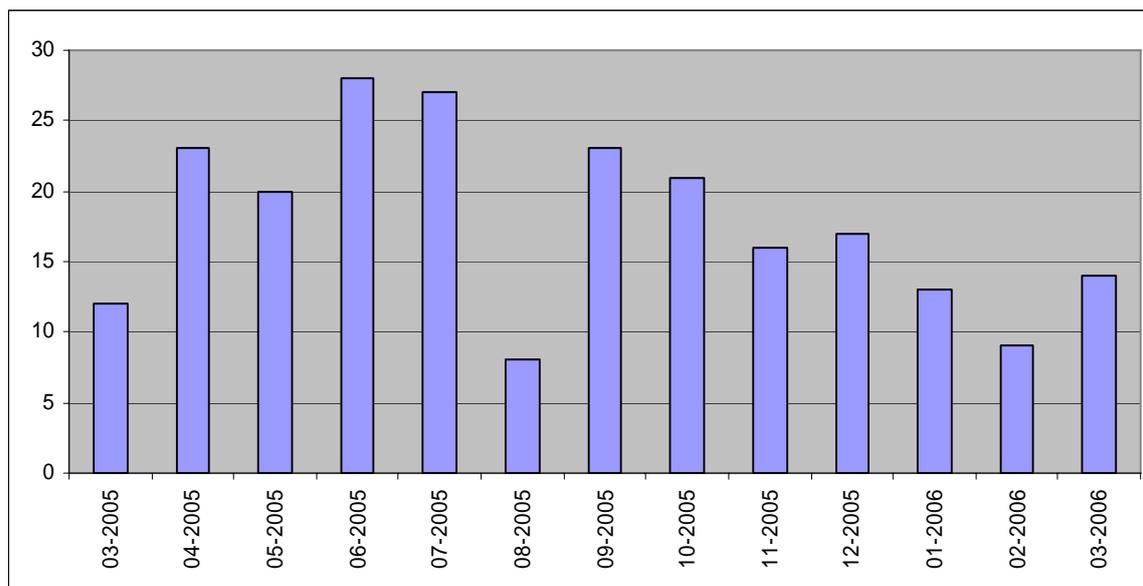
Durante o período em análise, observa-se uma diversidade na distribuição mensal do tema mais representativo. De facto, se o tema mais expressivo nos meses de Dezembro de 2005 a Março de 2006 é a "reorganização de serviços e do parque hospitalar", a "política do medicamento" (nomeadamente, a "liberalização de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica") marca a agenda dos meses de Março a Abril de 2005, e dos meses de Junho de 2005 a Setembro de 2005. O tema "reformas e políticas/modelos de gestão no sistema prestador"<sup>168</sup> prepondera no mês de Maio de 2005. No mês de Outubro de 2005 e no mês de Novembro de 2005, em plena discussão do Orçamento de Estado, não é de estranhar que o tema mais representativo incida sobre a "Gestão Financeira do Sistema", especialmente no que concerne ao "Orçamento e a Sustentabilidade Financeira do SNS".

Em termos da agenda política no espaço mediático, a análise de conteúdo aos artigos seleccionados permite verificar uma maior ocorrência de novos temas relacionados com a estratégia política para o sector da saúde nos meses de Junho e Julho de 2005 (cf. Figura 10).

---

<sup>168</sup> Uma categoria que inclui algumas reformas previstas para o sector (Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, o estabelecimento de uma Rede de Cuidados Continuados, a criação de modelos de gestão integrada, como as Unidades Locais de Saúde), e ainda, algumas políticas relativas ao modelo de gestão das unidades de saúde (empresarialização, parcerias Público-Privadas, privatização, concessão a privados de componentes hospitalares).

Figura 16 - Distribuição dos artigos, por ocorrência de novos temas na agenda política



Relativamente à **localização dos artigos**, como se comprova a partir do quadro 35, verifica-se que dos 617 artigos com uma “Localização Específica”, 43,9% encontram-se na primeira página, 37,2 % numa secção destinada à informação local, 12,6 % em situação de “Destaque”, 2,1 % no “Editorial”, e 4 % num “Suplemento” leigo-especializado.

Quadro 36 - Número de artigos por localização

| Localização    | N            | %             |
|----------------|--------------|---------------|
| Não específica | 1980         | 76,2%         |
| Destaque       | 78           | 3,0%          |
| 1ª Página      | 271          | 10,4%         |
| Local          | 230          | 8,9%          |
| Suplemento     | 25           | 1,0%          |
| Editorial      | 13           | 0,5%          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>2.597</b> | <b>100,0%</b> |

Os 349 artigos localizados quer na primeira página quer em destaque relacionam-se, predominantemente, com os seguintes temas: a “política do medicamento” (especificamente, a “liberalização de venda de MNSRM”), “a gestão financeira do sistema”, nomeadamente, o “orçamento e sustentabilidade financeira do SNS” e as “reformas e políticas/modelos de gestão no sistema prestador”.

Pela importância que o Editorial assume no espaço público dos media, convém referir que os artigos analisados com essa localização abordam, principalmente, a “Política do Medicamento” .

No que diz respeito ao **formato dos artigos**, predomina o género “Notícia” (93,6%), sendo muito raro o desenvolvimento do tema no âmbito de uma reportagem. Os dois únicos artigos em que tal aconteceu referiam-se à prestação de cuidados ao Domicílio e à liberalização da propriedade das farmácias.

Quadro 37 - Número de artigos por género jornalístico

| Género jornalístico | N            | %             |
|---------------------|--------------|---------------|
| Notícia             | 2431         | 93,6%         |
| Entrevista          | 53           | 2,0%          |
| Reportagem          | 2            | 0,1%          |
| Opinião             | 98           | 3,8%          |
| Editorial           | 13           | 0,5%          |
| <b>TOTAL</b>        | <b>2.597</b> | <b>100,0%</b> |

Saliente-se ainda o Formato dos artigos sob a forma de “comentário regular/opinião/editorial” (4,3%), que compreende, mais frequentemente, temas como a “política do medicamento”, o “orçamento e a sustentabilidade financeira do SNS” e a “avaliação do sistema de saúde/profissionais” .

As entrevistas, com uma preponderância de 2 %, efectuaram-se, sobretudo, ao Ministério da Saúde, aos grupos privados lucrativos e aos profissionais na área da medicina. Os temas mais abordados neste Género Jornalístico incidem sobre a “política do medicamento”, sobretudo o “regime de fixação de preços” e a “liberalização de venda de MNSRM”, e o “orçamento e a sustentabilidade financeira do SNS” .

Em termos da **dimensão** (cf. quadro 39), comprova-se que a grande maioria dos artigos possui uma dimensão de até 2/3 de Página. O jornal semanal “Diabo” e as revistas semanais “Visão” e “Exame”, apesar de produzirem um número reduzido de artigos, apresentam, em termos proporcionais, artigos com um maior desenvolvimento.

Quadro 38 - Número de artigos por dimensão e tipo de publicação

| Publicação          | Dimensão (Pág.) |             |           |     | n    |
|---------------------|-----------------|-------------|-----------|-----|------|
|                     | <= 1/3          | > 1/3 - 2/3 | > 2/3 - 1 | > 1 |      |
| Sábado              | 8               | 8           | 3         | 3   | 22   |
| 24 Horas            | 53              | 10          | 7         | 1   | 71   |
| Capital             | 47              | 34          | 12        | 11  | 104  |
| Correio Manhã       | 139             | 70          | 16        | 20  | 245  |
| Destak              | 9               | 1           |           |     | 10   |
| Diabo               |                 | 1           | 4         | 1   | 6    |
| Diário Económico    | 66              | 112         | 39        | 23  | 240  |
| Diário Notícias     | 112             | 92          | 36        | 27  | 267  |
| Exame               |                 |             | 1         | 1   | 2    |
| Expresso            | 47              | 17          | 2         | 1   | 67   |
| Focus               | 4               |             | 1         | 2   | 7    |
| Independente        | 13              | 15          | 7         | 1   | 36   |
| Jornal Negócios     | 52              | 90          | 9         | 13  | 164  |
| Jornal Notícias     | 228             | 187         | 49        | 17  | 481  |
| Metro               | 6               | 1           |           |     | 7    |
| Notícias da Manhã   | 62              | 42          | 3         | 1   | 108  |
| Primeiro Janeiro    | 2               | 7           |           |     | 9    |
| Público             | 204             | 271         | 47        | 22  | 544  |
| Record              | 17              | 1           |           |     | 18   |
| Semanário           | 34              | 27          | 7         | 1   | 69   |
| Semanário Económico | 18              | 23          | 14        | 8   | 63   |
| Tal & Qual          | 4               | 1           | 1         |     | 6    |
| Vida Económica      | 9               | 12          | 1         | 3   | 25   |
| Visão               | 7               | 7           | 4         | 8   | 26   |
| TOTAL               | 1141            | 1029        | 263       | 164 | 2597 |

Dos cinco órgãos de comunicação mais expressivos, destaca-se o “Diário Económico” enquanto meio de comunicação cujos artigos possuem uma dimensão mais alargada. Com efeito, 25,9% dos seus artigos têm uma dimensão superior a 2/3 de Página. O “Público”, sendo o órgão de comunicação mais representativo, possui 87,2% dos seus artigos com uma dimensão inferior ou igual a 2/3 de Página.

No cômputo geral, os artigos de maior “dimensão”<sup>169</sup> abordam, principalmente, temas como a “política de medicamento” (especialmente, o “regime de fixação de preços” e a “liberalização da venda de MNSRM”), o “orçamento e a sustentabilidade financeira do SNS”, e a “reorganização de serviços e do parque hospitalar” (predominantemente, a “criação de novas unidades de saúde”). Relativamente aos artigos com uma dimensão reduzida, isto é, até 1/3 de página, os temas mais frequentemente sinalizados referem-se à “reorganização de serviços e do parque

<sup>169</sup> Considera-se, para esse efeito, os artigos superiores a 2/3 de uma Página.

hospitalar” (especialmente, o “encerramento de unidades de saúde”), à “política do medicamento” (particularmente, a “liberalização da venda de MNSRM”) e à “administração das unidades de saúde”.

Como se depreende do quadro 40, a maioria dos artigos reporta-se a **Temas de Âmbito nacional** (67,5 %). No entanto, refira-se a relativa importância da Grande Lisboa (10,8%), da zona Centro (7,1%) e do Grande Porto (5,5 %) na configuração da agenda dos media. A representatividade da Grande Lisboa assume contornos mais significativos (na ordem dos 34%), se tivermos em linha de conta apenas os artigos de âmbito local.

Quadro 39 - Número de artigos por âmbito territorial da informação

| Âmbito Territorial | N            | %             |
|--------------------|--------------|---------------|
| Norte              | 121          | 4,7%          |
| Centro             | 184          | 7,1%          |
| Grande Porto       | 144          | 5,5%          |
| Grande Lisboa      | 280          | 10,8%         |
| Sul                | 103          | 4,0%          |
| Internacional      | 8            | 0,3%          |
| Regiões Autónomas  | 4            | 0,2%          |
| Nacional           | 1753         | 67,5%         |
| <b>TOTAL</b>       | <b>2.597</b> | <b>100,0%</b> |

Enquanto que a nível nacional, a categoria “política do medicamento”, nomeadamente a “liberalização da venda de MNSRM”, constitui o tema preponderante, nas três zonas acima destacadas evidencia-se o tema da “reorganização de serviços e do parque hospitalar”.

A distribuição dos artigos por temas foi a apresentada no quadro 41.

Quadro 40 - Número de artigos por temas, segundo dimensões de análise do Sistema de Saúde

| Sistema prestador                                    | N           | %           |
|--|-------------|-------------|
| Reformas   | 125         | 4,8         |
| Políticas/Modelo de Gestão                           | 232         | 8,9         |
| Reorganização de Serviços e do Parque Hospitalar     | 397         | 15,3        |
| Criação de Novas Unidades de Saúde                   | 175         | 6,7         |
| Remodelação das Unidades de Saúde                    | 33          | 1,3         |
| Requalificação dos Centros Hospitalares              | 33          | 1,3         |
| Reorganização da Rede de Urgências                   | 23          | 0,9         |
| Encerramento de Unidades de Saúde                    | 133         | 5,1         |
| Condições das Unidades de Saúde                      | 98          | 3,8         |
| <b>Subtotal</b>                                      | <b>852</b>  | <b>32,8</b> |
| <b>Sistema de governação</b>                         |             |             |
| Gestão Financeira do Sistema                         | 372         | 14,3        |
| Orçamento e Sustentabilidade Financeira do SNS       | 185         | 7,1         |
| Dotações de Capital/Contratos-Programa dos Hospitais | 88          | 3,4         |
| Outros   | 99          | 3,8         |
| Administração das Unidades de Saúde                  | 174         | 6,7         |
| Mudanças na Estrutura Orgânica do SNS                | 2           | 0,1         |
| Programas de Prevenção/Protecção/PNS                 | 74          | 2,8         |
| Novos Suportes Tecnológicos                          | 43          | 1,7         |
| Política de Recursos Humanos                         | 167         | 6,4         |
| Política do Medicamento                              | 460         | 17,6        |
| Regime de Propriedade das Farmácias                  | 13          | 0,5         |
| Regime de Fixação de Preços                          | 99          | 3,8         |
| Liberalização da venda de MNSRM                      | 138         | 5,3         |
| Acordo com a Indústria                               | 29          | 1,1         |
| Pareceres da Autoridade da Concorrência              | 22          | 0,8         |
| Outros   | 159         | 6,1         |
| <b>Subtotal</b>                                      | <b>1292</b> | <b>49,6</b> |
| <b>Sistema regulador</b>                             |             |             |
| Entidade Reguladora da Saúde                         | 69          | 2,7         |
| Acreditação/Avaliação das Unidades de Saúde          | 42          | 1,6         |
| Avaliação de Situações de Negligência                | 70          | 2,7         |
| Outros   | 19          | 0,7         |
| <b>Subtotal</b>                                      | <b>200</b>  | <b>7,7</b>  |
| <b>Sistema social</b>                                |             |             |
| Acesso (Geográfico, a Equipamentos, a Terapias)      | 152         | 5,9         |
| Listas de Espera                                     | 33          | 1,3         |
| Outros   | 119         | 4,6         |
| Avaliação do Sistema de Saúde/ Cidadãos              | 10          | 0,4         |
| Avaliação do Sistema de Saúde/ Profissionais         | 91          | 3,5         |
| <b>Subtotal</b>                                      | <b>253</b>  | <b>9,8</b>  |
| <b>TOTAL</b>   | <b>2597</b> | <b>100</b>  |

Dos artigos seleccionados, realçam-se, por ordem decrescente de incidência, os seguintes Temas:

- Política do Medicamento;
- Reorganização de Serviços e do Parque Hospitalar;
- Gestão Financeira do Sistema;
- Reformas e Políticas/Modelos de Gestão no Sistema Prestador;
- Administração das Unidades de Saúde.

A avaliação dos títulos<sup>170</sup> permite perceber a tendência valorativa que subjaz à construção dos artigos (cf. quadro 42). Sendo que 31,9% apresentam uma tendência valorativa neutra, aproximadamente metade dos artigos (46%) são construídos sob uma tendência negativa.

Quadro 41 - Número de artigos por apreciação do título

| Apreciação do título | N            | %             |
|----------------------|--------------|---------------|
| Positiva             | 575          | 22,1%         |
| Negativa             | 1194         | 46,0%         |
| Neutra               | 828          | 31,9%         |
| <b>TOTAL</b>         | <b>2.597</b> | <b>100,0%</b> |

Verifica-se que os artigos cujo título é apresentado sob uma perspectiva negativa se referem, predominantemente, à “gestão financeira do sistema”, particularmente o “orçamento e sustentabilidade financeira do SNS”, à “reorganização de serviços e do parque hospitalar” (sobretudo, ao “encerramento de unidades de saúde”) e à “política do medicamento”, especialmente ao “regime de fixação de preços”. Note-se que a “reorganização de serviços e do parque hospitalar”, especialmente a “criação de novas unidades de saúde”, constitui também um dos temas cujo título é frequentemente construído de um modo “positivo”. Para além deste, há ainda a realçar as categorias temáticas “reformas e políticas/modelos de gestão no sistema prestador” e “política do medicamento” (especialmente, o “regime de fixação de preços”) como temas apresentados no título sob uma perspectiva “positiva”.

Em 1886 casos é possível salientar um actor no título (cf. quadro 43). Verificando-se essa situação, 35,4 % dos títulos referem-se a “Actores Institucionais”<sup>171</sup>. 23,2 % a

<sup>170</sup> Vide nota nº 166.

<sup>171</sup> A categoria “Actores Institucionais” compreende as unidades de saúde, como é o caso dos hospitais, dos Centros de Saúde, das Unidades de Saúde Familiar, das Unidades Locais de Saúde.

“Outros Actores Políticos”<sup>172</sup> e 12,2 % a “Actores Profissionais”, tais como médicos, enfermeiros, farmacêuticos e administradores hospitalares.

Quadro 42 - Número de artigos segundo o actor presente no título

| Actor no título                             | n           | %          |
|---|-------------|------------|
| Actores Profissionais                       | 230         | 12,2       |
| Actores Organizacionais                     | 73          | 3,8        |
| Actores Institucionais                      | 668         | 35,4       |
| Actores Políticos/Organismos Governamentais | 49          | 2,6        |
| Outros Actores Políticos                    | 437         | 23,2       |
| Actores Supranacionais                      | 7           | 0,3        |
| Actores Reguladores                         | 90          | 4,7        |
| Actores Sociais                             | 105         | 5,5        |
| Outros Actores Sociais                      | 154         | 8,1        |
| SNS   | 28          | 1,4        |
| Outros                                      | 44          | 2,3        |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>1886</b> | <b>100</b> |

Considerando o suporte mediático como um espaço privilegiado de interpelação pública, refira-se, por último, as interpelações, manifestas ou latentes, entre os actores, descritas no quadro 44.

Quadro 43 - Número de artigos por actor interpelante e actor interpelado

| Actores                                      | Interpelante |            | Interpelado |            |
|--|--------------|------------|-------------|------------|
|  | N            | %          | N           | %          |
| Actores Profissionais                        | 199          | 7,6        | 286         | 11         |
| Actores Organizacionais                      | 276          | 10,6       | 130         | 5,0        |
| Actores Institucionais                       | 103          | 4          | 351         | 13,5       |
| Actores Políticos/ Organismos Governamentais | 189          | 7,3        | 114         | 4,4        |
| Outros Actores Políticos                     | 1121         | 43,2       | 997         | 38,4       |
| Actores Supranacionais                       | 14           | 0,5        | 2           | 0,1        |
| Actores Reguladores                          | 305          | 11,7       | 98          | 3,8        |
| Actores Sociais                              | 127          | 4,9        | 148         | 5,7        |
| Outros Actores Sociais                       | 255          | 9,8        | 465         | 17,9       |
| Outros                                       | 8            | 0,2        | 6           | 0,2        |
| <b>TOTAL</b>                                 | <b>2597</b>  | <b>100</b> | <b>2597</b> | <b>100</b> |

Dentro desse âmbito, constata-se que “outros actores políticos” (43,2%), “actores reguladores”<sup>173</sup> (11,7%) e “actores organizacionais”<sup>174</sup> (10,6%) constituem os grupos

<sup>172</sup> Considerando que a categoria “Actores Políticos representantes de Organismos Governamentais” incorpora o INFARMED, o INEM, a DGS, o IGIF e as ARS e sub-regiões, a categoria “Outros Actores Políticos” traduz uma congregação de actores, como sejam, o Presidente da República, o Governo, o Primeiro-Ministro, Ministro da Saúde, Ministério da Saúde, Ministério das Finanças e outros Políticos.

<sup>173</sup> A categoria “Actores Reguladores” inclui a Inspeção-Geral de Finanças, a Autoridade para a Concorrência, a Entidade Reguladora da Saúde, as Comissões/Unidades Missão e os peritos.

que mais frequentemente surgem como interpelantes. No acto de interpelação efectuado pelos actores supracitados abordam-se, respectivamente, temas como a “reorganização de serviços e do parque hospitalar”, especialmente a “criação de novas unidades de saúde”, a “gestão financeira do sistema” e a “política do medicamento”.

Convém ainda salientar o facto de que os “outros actores políticos” assumem também o protagonismo no desempenho do papel de actores interpelados (38,4%). Para além destes, destacam-se ainda os “outros actores sociais”<sup>175</sup> (17,9%) e os “actores institucionais” (13,5%). Os temas solicitados incidem, no caso dos “actores institucionais”, sobre as “reformas e políticas/modelos de gestão no sistema prestador” e, no que diz respeito aos outros dois actores mais frequentemente interpelados, sobre a “reorganização de serviços e do parque hospitalar”.

A análise da relação entre “actor interpelante” e “actor Interpelado” permite evidenciar a existência de uma interpelação mútua entre a categoria “outros actores políticos”. Não se verificando essa situação, evidencia-se a categoria “outros actores sociais” como o grupo mais frequentemente interpelado por “outros actores políticos”. Saliente-se que todos os actores são predominantemente interpelados pelo grupo “outros actores políticos”.

Da análise efectuada, conclui-se que a Dimensão “Sistema da Governação” (quadro 41) tem um maior impacto no espaço público configurado pela imprensa escrita. Desse modo, as representações sociais acerca do Sistema de Saúde dependem, em grande medida, do modo como a Governação em saúde é interpelada nos media. Como se comprovou, e no que se refere a este Subsistema, a informação é veiculada segundo uma perspectiva negativa.

---

<sup>174</sup> “Actores Organizacionais” é a categoria que designa os Sindicatos, Associações Profissionais, Ordens, e ainda outros grupos de interesse, como sejam, a APIFARMA e a ANF.

<sup>175</sup> Esta categoria incorpora as associações de âmbito geral, as associações de utentes, cidadãos e jornalistas. Note-se que a categoria “Actores Sociais” compreende os grupos privados de cariz lucrativo e os grupos privados de cariz não lucrativo.

## **PARTE IV**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



O presente Relatório propõe-se analisar o primeiro ano de governo na saúde de um Executivo que saiu de eleições em que os Portugueses lhe deram uma maioria absoluta no Parlamento. Parecem estar assim reunidas, à partida, as condições para se iniciarem e implementarem reformas no Sistema de Saúde que permitam uma melhor organização e estrutura internas mas, principalmente, uma melhor prestação de cuidados, quer sob uma perspectiva da qualidade dos cuidados, quer sob a perspectiva da eficiência do Sistema.

O actual Ministro tem assim, aos seus ombros, uma enorme responsabilidade, aumentada ainda pelo facto de liderar uma equipa qualificada sobre as opções que se colocam no sentido de se gerar um sistema mais eficaz, eficiente e justo para os cidadãos, que reduza as desigualdades e inequidades existentes, e que permita um equilíbrio entre os vários interesses legítimos.

Mas também, este Ministro, com a sua personalidade e com o peso político que goza no Partido presentemente a governar o País, reúne características que, *a priori*, permitem atribuir-lhe um papel determinante nas decisões do Executivo, mormente na área da saúde.

Todas estas condições não existiam desde há muito no panorama da governação da saúde, em Portugal.

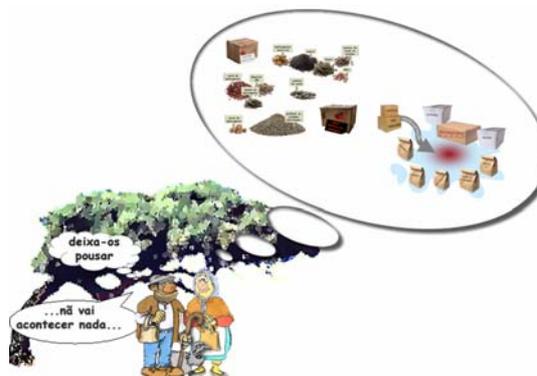
Pouco mais de um ano decorreu desde a sua tomada de posse, tempo ainda insuficiente para a emissão de juízos definitivos que, a acontecerem, seriam não menos que precipitados. Daí que só no Relatório de Primavera de 2007 o OPSS se vá debruçar, já munido então das condições necessárias para avaliar o impacto das medidas agora anunciadas e das decisões entretanto tomadas.

Focando, de novo, a nossa atenção para o período que o presente Relatório está a analisar, não queremos deixar de lembrar os cenários que, em 2005, o OPSS apresentou como sendo os possíveis, após uma mudança de governação e de política à frente do Ministério da Saúde.

De facto, no ano passado, o OPSS apresentou três cenários possíveis para a reforma da saúde no horizonte 2005-2008<sup>176</sup>. Foram eles:

- **Mudança limitada e reacomodação**

Poucas coisas acontecem dado que a gestão da mudança é difícil e complexa, as resistências são muito experientes e bem estruturadas e a governação não possui mecanismos suficientemente influentes; possui pouca capacidade de direcção estratégica e subestima as resistências e as dificuldades da mudança, sofrendo também de descontinuidades frequentes.



- **Incrementalismo e fragmentação**

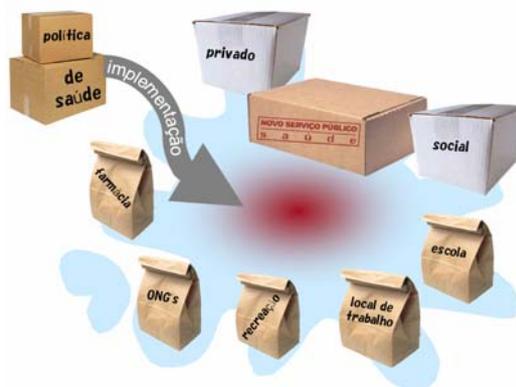


Os líderes da mudança têm uma ideia do que procuram, embora a operacionalização efectiva destas ideias dê origem a um conjunto desgarrado de iniciativas, projectos e normas. Como consequência, torna-se difícil manter a coerência no discurso e na acção, é difícil associar as várias iniciativas a uma agenda política e cria-se um grande desconforto nos cidadãos e, em especial, nos profissionais devido a estes não entenderem a lógica subjacente ao que está a acontecer.

<sup>176</sup> Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2005.

- **Política de saúde e criação de um novo serviço público de saúde**

Neste cenário, porque são evidentes um discurso consistente e uma direcção estratégica e rigorosa, com base na implementação efectiva de políticas de saúde e de transformação do serviço público de saúde, os vários actores sociais são incitados a integrarem o processo de mudança. Além disso, assiste-se a uma acção pedagógica que visa o convite à participação de todos.



Voltando a nossa atenção para o presente, em qual dos cenários é mais provável que nos situemos hoje? Qual parece ser o caminho que está a ser traçado?

Face ao que este Governo e a sua equipa ministerial para a saúde têm feito, parecem ser de excluir, de imediato, o primeiro cenário. Seria injusto e parcial dizer-se que não se estão a combater alguns interesses prejudiciais instalados na saúde e que se recuou ou se fugiu à luta, tentando-se manter tudo como estava.

Já em relação aos dois outros cenários torna-se difícil uma decisão, até porque os sentidos e os significados não o são suficientemente claros.

- **Muito se fez e se anunciou neste último ano de governação.** No entanto, para um observador do sistema de saúde, não tem sido fácil descortinar um claro **enfoque estratégico.**

É o caso do anúncio da criação de “novas” unidades locais de saúde, sem que se perceba qual o seu desenho e o papel, na sua gestão, de cada um dos seus componentes - hospitais e centros de saúde.

Parece também ser o caso de decisões na área das farmácias, que só muito recentemente se começa a compreender o fio condutor que presidiu ao resultado recentemente anunciado.

- Por outro lado, têm sido tomadas decisões que alteram substancialmente a estrutura do sistema de saúde, sem que se tenha tornado clara a existência de um **planeamento para as transformações** anunciadas ou em curso.

Um exemplo é o caso do encerramento de SAP e o anúncio das UBU e das USF sem que, previamente, se tenha aprofundado a modalidade, ou modalidades, de reconfiguração dos centros de saúde e da sua missão. Ainda nos SAP, vários foram os critérios anunciados para o seu encerramento, critérios estes que forem progressivamente sendo relaxados.

Outro caso merecedor de realce é o encerramento de blocos de partos sem um planeamento antecipadamente conhecido pelos profissionais e pelos cidadãos do sistema de transporte de grávidas ou de que forma é salvaguardada a continuidade de cuidados.

Somos também da opinião que não basta argumentar com raciocínios técnicos e de qualidade - mesmo que válidos - sem os enquadrar com o respectivo desempenho das instituições e perspectivados numa nova rede integrada de serviços.

- Além disto, é de salientar que o Ministro da Saúde tem sabido colocar a sua mensagem na comunicação social, de uma forma atempada e útil para a política do Governo. No entanto, continuamos a sentir a falta de alguma **transparência na informação** e alguma dificuldade de nos libertarmos de más práticas de governos anteriores.

São as soluções - apresentadas pelo anterior Ministro como o caminho da salvação do sistema de saúde - das parcerias público-privado, das quais não transparece para o grande público a informação sobre o acontece. Interrompem-se concursos, suspende-se outros, sem que se dissipe o denso nevoeiro que paira sobre este tema polémico na sociedade portuguesa.

- Mais uma vez, parece continuar a não haver uma linha estratégica no que respeita aos **sistemas de informação** das instituições de saúde em relação às quais deve haver uma maior fluidez de informação.

São as necessidades não satisfeitas dos profissionais de saúde em relação à informação disponibilizada e a quase incomunicabilidade entre os sistemas de informação de várias instituições.

- Por fim, sente-se um **défice de investimento político** na reforma dos cuidados de saúde primários, quando comparado com o investimento que os Portugueses colocaram em outras iniciativas como a Expo98 ou o Europeu de futebol de 2004. Considera-se importante que este nível de cuidados ultrapasse, de uma vez para sempre, o campo das boas intenções e passe a ocupar um lugar estratégico no bom desempenho do sistema de saúde.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Annel A. Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway. *Health Policy* 75: 9-17
- Barros PP. (2003) *Auditoria de Gestão HDS-HNSR-HSS. Relatório Global Análise comparativa*. Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 47/2003, 2ª Secção. Lisboa, Tribunal de Contas.
- Barros PP. (2005) *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*. Coimbra, Almedina.
- Campos AC. (2003) Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), 23-33.
- Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada. *A situação concorrencial no sector das farmácias. Relatório final*. CEGEA, Universidade Católica Portuguesa, 2005.
- Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima. (2005a) *Resultados da Avaliação dos Hospitais SA*. Lisboa.
- Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima. (2005b) *Resultados da Avaliação dos Hospitais SA - Sumário Executivo*. Lisboa.
- Conselho de Reflexão sobre a Saúde. (1998) *Reflexão sobre a saúde*. Lisboa.
- Costa C e Lopes S. (2005) *Avaliação do desempenho dos hospitais SA - resultados provisórios*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Department of Health. (1998) *The new NHS: modern, dependable*. London, Stationery Office.
- Direcção Geral de Saúde. (1999) *Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde – MoniQuOr*. Lisboa.
- Dodgson R, Lee K, Drager N. (2002) *Global Health Governance: a Conceptual Review*, Dept of Health & Development World Health Organization, Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Eecklo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels . (2004) From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitas' board and management, *Health Policy*, 68(1), 1-15.
- Escola de Gestão do Porto. (2006). *Estudo de avaliação de 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.* EGP: Porto.

- Giraldes MR, Oliveira L, Carvalho PM, Martins TA. (2005) *Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais EPE e SA.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento.
- Gomes JS. (2003) A avaliação de políticas públicas e a governabilidade in J. Mozzicafreddo, JS Gomes e JS Batista. (eds.), *Ética e Administração: Como Modernizar os Serviços Públicos?*, Oeiras, Celta Editora, 389-408.
- Goodman NW. (1998) Clinical governance, *British Medical Journal*, 317(7174), 1725-1727.
- Grahah J, Amos B, Plumtre T. (2003) *Principles for Good Governance in the 21st Century*, Institute on Governnace. Policy Brief nº 15.
- Human Rights Centre. (2003) *Map-Making and Analysis of the Main International Initiatives on Developing Indicators on Democracy and Good Governance*, University of Essex.
- Institute on Governance, (2005) *Governance Basis - What is governance?* [Disponível em <http://www.iog.ca>, 20-09-2005].
- Instituto da Qualidade em Saúde. (2004). *Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde – MoniQuOr.* Lisboa
- Instituto Nacional de Administração. (1999) *Avaliação comparada do Hospital Fernando da Fonseca e de Garcia da Orta.* Oeiras.
- Instituto Nacional de Administração. (2002) *Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde (PAUS).* Lisboa.
- Joossens L, *Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries*, European Network for Smoking Prevention, 2005.
- Ministério da Saúde. (1997) *Relatório final do grupo de trabalho sobre o estatuto jurídico do hospital.* Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- Ministério da Saúde. (1999) *O hospital português.* Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Missão para os Cuidados de Saúde Primários.* [Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt>, 14-06-2006].
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2002) *O estado da Saúde e a saúde do Estado.* Relatório de Primavera. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2003) *Saúde que rupturas?* Relatório de Primavera. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

- Polliti C. (1998) Papéis alternativos para a avaliação no processo de reforma da gestão pública in Instituto Nacional de Administração. (eds.), *A avaliação na Administração Pública*, Oeiras.
- Quintas AM, Carvalho C, Bernardo E, Amaral É, Alves J e Cassamá L. *Cessação tabágica: Que estratégias para a Mulher?* 2º Curso de Pós-Graduação Tabagismo sua Prevenção e Cessação, ENSP-UNL, 2006.
- Rodrigues, AM. (2005). Qualidade hospitalar – que caminhos? *Revista Tecnohospital*, nº 21.
- Sakellarides C. (2003) El valor de la salud e su “gobierno” en un mundo globalizado posmoderno : el encuentro de la Bella y la Bestia. *Humanitas, Humanidades Médicas*. 1: 3 91-100. (Escrito em inglês sob o título “Health governance in a global post modern world - when Beauty meets the Beast.”)
- Saltman RB e Ferroussier-Davis O. (2000) The concept of stewardship in health policy, *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 732-739.
- Scally G e Donaldson LJ. (1998) Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *British Medical Journal*, 317(7150), 61-65.
- Starey N. (2003) *What is clinical governance?* [Disponível em <http://www.evidence-based-medicine.co.uk>, 14-06-2006].
- Teixeira IJ (2006). *Medicamentos Antidislipídemicos: Impacto das Recentes Políticas do Medicamento na Utilização e Despesa em Portugal*, Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, ISCTE, Lisboa.
- United Nations Development Programme. (1997a) *Governance for sustainable human development - A UNDP policy document United Nations Development*. New York, United Nations Development Programme.
- United Nations Development Programme. (1997b) *Reconceptualising Governance*. New York, Management Development and Governance Division Bureau for Policy and Programme Support - United Nations Development Programme.
- Walley T, Folino-Gallo P, Schwabe U e Ganse E. (2004). Variations and increase in use of statins across Europe: data from administrative databases, *British Medical Journal*. 328:385-6.
- World Bank (2003). *MENA Development Report: Better Governance for Development in the Middle East and North Africa - Enhancing Inclusiveness and Accountability*. Washington DC, World Bank.
- World Bank. (1997) *World Development Report 1997 - The State in a Changing World*. Whashington DC, Oxford University Press, Inc.
- World Bank. (1999) *Corporate Governance: A Framework for Implementation - Overview*.

- World Health Organization. (2000) *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. Geneva.

## APÊNDICES



# A-1

## INVESTIGADORES FUNDADORES DO OPSS

Ana Escoval

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Jorge Correia Jesuíno

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Briz

Vitor Ramos



# A-2 CONFLITO DE INTERESSES

As exigências de transparência na elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, impõe que investigadores ou grupos de investigação debatam entre si e declarem publicamente eventuais conflitos de interesses de índole económica, institucional, profissional, política ou pessoal que possam interferir nos resultados desses estudos.

Neste contexto, a rede de investigadores sobre sistemas de saúde do OPSS, no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais, políticos ou pessoais que condicionem o trabalho agora apresentado.

Não pode assim mesmo omitir-se que alguns de entre os membros do OPSS colaborou ou colabora, tecnicamente, com alguns dos governos mais recentes. Apesar dessa colaboração ser ou ter sido o resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas, é imperativo ético que desse facto seja dado conhecimento aos leitores do Relatório que agora se apresenta.

De facto, desempenham actualmente cargos dirigentes ou equiparados no Ministério da Saúde, Ana Escoval (Coordenação do Grupo de Trabalho para a Contratualização em Saúde, no Gabinete do Secretário de Estado), Paulo Kuteev Moreira (Consultoria ao Alto Comissário da Saúde) e Suzete Gonçalves (Vogal da ARS Norte).

Na elaboração do Relatório de Primavera 2006, procurou-se evitar que as pessoas envolvidas em trabalhos no Ministério da Saúde tivessem influência no juízo do OPSS sobre essas mesmas matérias.



## A-3

## TITULARES DA SAÚDE NOS GOVERNOS DESDE ABRIL DE 1974

### Governos Provisórios

|     | Período    |  |  |
|-----|------------|--|--|
| I   | 16.05.1974 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Mário Murteira<br>António Galhordas                  |
| II  | 18.07.1974 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Maria de Lurdes Pintasilgo<br>Carlos Cruz e Oliveira |
| III | 30.09.1974 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Maria de Lurdes Pintasilgo<br>Carlos Cruz e Oliveira |
| IV  | 26.03.1975 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Jorge Sá Borges<br>Carlos Chaves de Macedo           |
| V   | 08.08.1975 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Francisco Pereira de Moura<br>Artur Coutinho         |
| VI  | 19.09.1975 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Rui Machete<br>Albino Aroso                          |

### Governos Constitucionais

|      | Início     |  |   |
|------|------------|--|---|
| I    | 23.07.1976 | Ministro dos Assuntos Sociais                                  | Armando Bacelar                                     |
| II   | 23-01-1978 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | António Arnaut<br>Mário Mendes                      |
| III  | 29-08-1978 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Acácio Pereira Magro<br>Mário Marques               |
| IV   | 28-11-1978 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Acácio Pereira Magro<br>Mário Marques               |
| V    | 07-07-1979 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Alfredo Bruto da Costa<br>António Correia de Campos |
| VI   | 03-01-1980 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | João Morais Leitão<br>Fernando Costa e Sousa        |
| VII  | 09-01-1981 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Carlos Chaves de Macedo<br>Paulo Mendo              |
| VIII | 04-09-1981 | Ministro dos Assuntos Sociais<br>Secretário de Estado da Saúde | Luís Barbosa<br>Paulo Mendo                         |
| IX   | 09-06-1983 | Ministro da Saúde  | António Maldonado Gonelha                           |
| X    | 06-11-1985 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde             | Leonor Beleza<br>António Baptista Pereira           |

|      | Início     |   |  |
|------|------------|---|--|
| XI   | 17-08-1987 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde | Leonor Beleza<br>Joaquim Faria de Almeida<br>Fernando Costa Freire<br>Albino Aroso<br>Pedro Dias Alves |
|      | 05.01.1990 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde   | Arlindo de Carvalho<br>Albino Aroso<br>Jorge Augusto Pires   |
| XII  | 31-10-1991 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde   | Arlindo de Carvalho<br>Jorge Augusto Pires<br>José Martins Nunes                                       |
|      | 07.12.1993 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado   | Paulo Mendo<br>José Lopes Martins  |
| XIII | 28-10-1995 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado<br>Secretário de Estado   | Maria de Belém Roseira<br>José Arcos dos Reis<br>Francisco Ventura Ramos                               |
| XIV  | 25-10-1999 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde                                  | Manuela Arcanjo<br>Arnaldo Silva<br>José Miguel Boquinhas<br>Nelson Madeira Baltazar                   |
|      | 03-07-2001 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde   | António Correia de Campos<br>Francisco Ventura Ramos<br>Carmen Pignatelli                              |
| XV   | 06.04.2002 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde   | Luís Filipe Pereira<br>Adão Silva<br>Carlos Martins  |
| XVI  | 17-07-2004 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde   | Luís Filipe Pereira<br>Mário Patinha Antão<br>Regina Bastos  |
| XVII | 12-03-2005 | Ministro da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde<br>Secretário de Estado da Saúde   | António Correia de Campos<br>Francisco Ventura Ramos<br>Carmen Pignatelli                              |



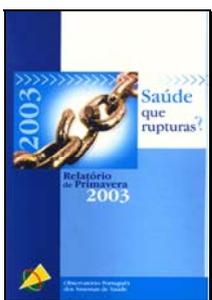
*Relatório da Primavera 2001*

**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**