

2003



Saúde  
que  
rupturas?

Relatório  
de Primavera  
2003



Observatório Português  
dos Sistemas de Saúde



# RELATÓRIO DE PRIMAVERA DE 2003

*SAÚDE: que rupturas?*

Síntese

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

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

- Escola Nacional de Saúde Pública
- Escola de Gestão - ISCTE
- Faculdade de Economia de Coimbra
- Instituto Superior de Serviço Social do Porto

**Título:** SAÚDE: que rupturas?

**Lisboa:** Escola Nacional de Saúde Pública. 2003 –N.º de páginas: 104

**Autor:** Observatório Português dos Sistemas de Saúde  
<http://www.observaport.com>

**Editor:** Escola Nacional de Saúde Pública  
Av. Padre Cruz  
1600-560 Lisboa  
<http://www.ensp.unl.pt>

**ISBN** 972-98811-1-1

**Depósito Legal N.º.** 118795/03

**Impressão:**

Miradupla-Artes Gráficas, Lda.  
Rua Dr. Coutinho Pais, 3-4º  
Terrugem 2770-118 Paço de Arcos

**Tiragem:** 1 500 exemplares

## As citações do Observatório

“what is needed is a permanent independent body charged with reporting annually to the Canadian Public on the state of the nation’s health care system and on the health status of Canadians...”

*Canadian Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report, 2002.*

“Today’s reform’s make the “natives” into defensive “victims”. There is a managerial and normative potential inherent in the old, partly formal, partly informal model, that may be lost if we too consistently try to transform the sector into a set of bureaucracies or, much more likely, businesses”.

*Berg, O. A book review commentary. European Journal of Public Health. 1998; 8:334.*



**ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE - DA PROTECÇÃO SOCIAL À GOVERNAÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>1</b>
<b>ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE: DETERMINANTES E SUA COMUNICAÇÃO EFECTIVA</b>	<b>3</b>
<b>O OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE</b>	<b>4</b>
<b>PARTE I - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: EVOLUÇÃO E CONTEXTO</b>	<b>5</b>
<b>ANTECEDENTES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE</b>	<b>5</b>
<b>O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, OS CONSTRANGIMENTOS FUNDACIONAIS E A EXPANSÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS (1971-1985)</b>	<b>6</b>
<b>OS DESAFIOS DA QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS (1986-2002)</b>	<b>6</b>
<b>O CONTEXTO ACTUAL DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS</b>	<b>8</b>
<b>UMA CONJUNTURA ECONÓMICA RECESSIVA SITUAÇÃO DA ECONOMIA PORTUGUESA E PERSPECTIVAS DE EVOLUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>EVOLUÇÃO DAS FINANÇAS PÚBLICAS EM PORTUGAL E O PROGRAMA DE ESTABILIDADE E CRESCIMENTO /PEC</b>	<b>12</b>
<b>AS CONTAS DO SNS E AS MEDIDAS PROPOSTAS NO PROGRAMA DE ESTABILIDADE E CRESCIMENTO</b>	<b>12</b>
<b>DISTRIBUIÇÃO DO RENDIMENTO E A COESÃO SOCIAL EM PORTUGAL – A IMPORTÂNCIA DA EQUIDADE NAS POLITICAS DE SAÚDE.</b>	<b>13</b>
<b>PARTE II - AGENDA POLÍTICA</b>	<b>15</b>
<b>PARTE III - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS NA ACTUALIDADE</b>	<b>19</b>
<b>CIDADÃO</b>	<b>19</b>
<b>A VOZ DOS CIDADÃOS EM SAÚDE</b>	<b>19</b>
<b>ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE</b>	<b>22</b>
<b>GOVERNAÇÃO</b>	<b>28</b>
<b>AGENDA POLÍTICA E PROCESSOS DE GOVERNAÇÃO: LEGITIMAÇÃO TÉCNICA E POLÍTICA</b>	<b>28</b>
<b>PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>31</b>
<b>Álcool e saúde - Impasse I</b>	<b>32</b>
<b>Resíduos industriais perigosos - Impasse II</b>	<b>34</b>
<b>Promoção da saúde em meio escolar – Descontinuidade?</b>	<b>35</b>

<b>O FINANCIAMENTO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE</b>	<b>36</b>
<b>A POLÍTICA DO MEDICAMENTO</b>	<b>39</b>
<b>A POLITICA DOS RECURSOS HUMANOS</b>	<b>46</b>
<b>MEDIAÇÃO</b>	<b>48</b>
<b>CONTRATUALIZAÇÃO</b>	<b>48</b>
<b>QUALIDADE EM SAÚDE</b>	<b>50</b>
<b>INFORMAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>51</b>
<b>PRESTAÇÃO</b>	<b>58</b>
<b>O SISTEMA PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE: AS REFORMAS DE GESTÃO</b>	<b>58</b>
<b>OS HOSPITAIS</b>	<b>61</b>
<b>CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</b>	<b>71</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>77</b>
<b>PARTE IV: CENÁRIOS</b>	<b>80</b>
<b>PARTE V: CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>85</b>
<b>PARTE VI: ANEXOS</b>	<b>90</b>
<b>GLOSSÁRIO</b>	<b>90</b>
<b>AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO DA PRIMAVERA DE 2002</b>	<b>91</b>
<b>DESTAQUES BIBLIOGRÁFICOS</b>	<b>93</b>
<b>METODOLOGIA ADOPTADA E AUDITORIA EXTERNA</b>	<b>95</b>
<b>CONFLITOS DE INTERESSE E CONTRIBUTOS</b>	<b>95</b>
<b>LISTA DE QUADROS E FIGURAS</b>	
<b>QUADROS</b>	
<b>QUADRO I – DESENVOLVIMENTOS NA SAÚDE EM PORTUGAL. COMPARAÇÃO ENTRE 1970 E 2001</b>	<b>5</b>
<b>QUADRO II – Ciclos políticos, a expansão e a qualificação do Sistema de Saúde Português (1970 – 2002)</b>	<b>7</b>
<b>QUADRO III – Previsões do Fundo Monetário Internacional para a evolução do PIB</b>	<b>11</b>
<b>QUADRO IV – Medidas a serem adoptadas na saúde. Programa de Estabilidade e Crescimento – PEC (2003 – 2006)</b>	<b>13</b>
<b>QUADRO V – Nível de satisfação com os serviços públicos de saúde.</b>	<b>20</b>



<b>QUADRO VI</b> – Tempos de espera médios das cirurgias incluídas no programa de redução das listas de espera.	23
<b>QUADRO VII</b> – Desempenho do programa de redução das listas de espera cirúrgicas	24
<b>QUADRO VIII</b> – Boas práticas da governação na saúde	31
<b>QUADRO IX</b> – Alguns indicadores relacionados com o consumo excessivo do álcool e contribuição da produção de bebidas alcoólicas para o PNB da UE	33
<b>QUADRO X</b> – Ponto de situação sobre a questão álcool e condução rodoviária	34
<b>QUADRO XI</b> – A evolução do tratamento dos resíduos industriais perigosos	35
<b>QUADRO XII</b> – Síntese da evolução dos critérios de financiamento	37
<b>QUADRO XIII</b> – Resultado do cruzamento de informação e natureza das justificações apresentadas com maior frequência pelas instituições	38
<b>QUADRO XIV</b> – Penetração de medicamentos genéricos, em valor e volume, 2001	43
<b>QUADRO XV</b> – Recursos humanos estrangeiros a trabalharem no Serviço Nacional de Saúde, por país de origem	46
<b>QUADRO XVI</b> – O sistema prestador de cuidados de saúde - bons exemplos	59
<b>QUADRO XVII</b> – A empresarialização dos serviços públicos	64
<b>QUADRO XVIII</b> – Evolução do número de consultas, de urgências e de médicos nos Centros de Saúde	72
<b>QUADRO XIX</b> – Taxa de cura dos casos de tuberculose pulmonar,	78
<b>QUADRO XX</b> – Taxa de detecção da tuberculose pulmonar	78
<b>QUADRO XXI</b> – O processo de cuidados de saúde em doentes internados com AVC	79
<b>FIGURAS</b>	
<b>FIGURA 1</b> – Eficácia e transparência da governação em cinco países Europeus	8
<b>FIGURA 2</b> – População com idades compreendidas entre 25 e 64 anos que tem, pelo menos, um nível de estudos superiores	9
<b>FIGURA 3</b> - Percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais	9
<b>FIGURA 4</b> – Desigualdades de rendimento nos países da UE – 1998	14
<b>FIGURA 5</b> – “Agenda” e “forças” de mudança segundo o Ministério da Saúde (Nov. 2002)	17
<b>FIGURA 6</b> - Implementação do programa do governo – perspectiva geral	18
<b>FIGURA 7</b> - “Governação” da saúde	30

<b>FIGURA 8</b> - Percentagem dos condutores mortos em cinco países de acordo com a alcoolemia.	33
<b>FIGURA 9</b> - Evolução do financiamento do Serviço Nacional de Saúde	36
<b>FIGURA 10</b> - Evolução da política do medicamento	41
<b>FIGURA 11</b> - Evolução do mercado de medicamentos genéricos	42
<b>FIGURA 12</b> - Prescrição de cefalosporinas em ambulatório	44
<b>FIGURA 13</b> - Prescrição de quinolonas em ambulatório	44
<b>FIGURA 14</b> - Out patient antibiotic sales in 1997 in the European Union	45
<b>FIGURA 15</b> – Número de vagas ocupadas nos concursos de ingresso nos internatos complementares	47
<b>FIGURA 16</b> - O espectro da contratualização do desempenho.	49
<b>FIGURA 17</b> - Utilização da Internet na prática clínica nos diversos países da União Europeia	53
<b>FIGURA 18</b> - Saúde e “Sociedade da Informação”	55
<b>FIGURA 19</b> – Serviços de saúde com financiamento público	60
<b>FIGURA 20</b> - Evolução política nos hospitais	62
<b>FIGURA 21</b> - Mecanismos de acompanhamento dos hospitais	66
<b>FIGURA 22</b> - Decomposição da estrutura de custos do hospital SA e identificação do grau de desempenho	67
<b>FIGURA 23</b> – Evolução política nos cuidados de saúde primários	74
<b>FIGURA 24</b> - Número de internamentos por ceto-acidose	77
<b>FIGURA 25</b> – Número de amputações em diabéticos	78

## INTRODUÇÃO

### EVOLUÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE – DA PROTECÇÃO SOCIAL À GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é, no essencial, uma análise anual da governação da saúde.

É neste contexto que se insere o presente contributo para um melhor entendimento do que se pensa ser hoje uma boa governação da saúde.

#### *A protecção social*

Faz este ano precisamente 120 anos em que, numa Europa em plena 2ª revolução industrial e sob uma tensão social crescente, foi possível estabelecer um **contrato social do “estado de bem-estar”**. Este traduz a ideia de que a paz social necessária ao progresso, dependia da capacidade de associar a cada patamar de crescimento económico um patamar de protecção social que, por sua vez, constituiria a base de um novo patamar de crescimento económico. É o modelo social europeu que dá os primeiros passos.

No caso da saúde, isto significou tornar obrigatória uma contribuição a partir do rendimento de trabalho - o seguro de trabalho - que permitisse financiar o acesso aos cuidados médicos “seguro doença”, de uma parte substancial do operariado industrial das cidades, em expansão, da revolução industrial. Este tipo de protecção social foi-se estendendo progressivamente a toda a população trabalhadora.

O seguro-doença foi implementado, primeiro na Alemanha de Bismarck (1883), e depois, sucessivamente, em todos os estados-nação da Europa (Reino Unido em 1911), chegando aos países do sul da Europa, como Portugal, Espanha, Itália e Grécia, nos anos 30 e 40 do último século.

O limitado grau de desenvolvimento destes países fez com que fosse necessário à protecção social não só estabelecer o mecanismo de financiamento acima referido, mas também organizar um sistema prestador de cuidados médicos. Assim nasceram em Portugal os postos médico-sociais da Previdência.

Esta era a Europa das famílias jovens e numerosas, ameaçadas por doenças transmissíveis particularmente letais para os mais novos, e que beneficiaram dos extraordinários avanços da biologia e da química: vacina contra a varíola (1796), anestesia (1846), assepsia (Pasteur, 1862), aspirina (1897), insulina (1921), antibióticos (1939), “pílula” (1961). A pediatria emerge, no decorrer dos anos 30, como a primeira especialidade médica.

#### *As políticas de saúde*

Para Beveridge, no Reino Unido e no início da década de 40, o contrato bismarckiano tinha importantes limitações que resultavam do facto do financiamento da protecção social resultar exclusivamente das contribuições provenientes dos rendimentos do trabalho. Propôs então que o financiamento dos serviços de saúde se fizesse a partir da totalidade da riqueza do país, e não só a partir das contribuições do trabalho. Assim nasceu o financiamento da saúde a partir do “orçamento geral do Estado”, passando a ser um dos pilares de um Serviço Nacional de Saúde.

Além desta forma de financiamento os “serviços nacionais” de saúde caracterizam-se também por, a partir de um conjunto de prestações fragmentadas e descoordenadas (postos médicos da segurança social, hospitais do Estado e serviços de saúde pública), constituírem-se como uma organização integrada e coerente. O Serviço Nacional de Saúde (NHS) surgiu em Inglaterra, em 1948, em Itália em 1978, em Portugal em 1979, na Grécia em 1983 e em Espanha em 1986.

Os Estados com “orçamentos sociais” evoluíram para a ideia de “políticas públicas” – já não se tratava só de assegurar o acesso a serviços existentes, mas sim de moldar a natureza desses serviços e de outras formas de acção aos objectivos explícitos das **políticas sociais** – no caso da saúde das **políticas de saúde**.

Existem algumas referências fundamentais na evolução das políticas de saúde nos últimos 25 anos:

- a) a noção de **cuidados de saúde primários** (Declaração de Alma Ata, 1978) – os sistemas de saúde devem organizar-se a partir de uma resposta adequada às necessidades de saúde das pessoas e das suas doenças mais frequentes, sendo este nível primário complementado por níveis hospitalares secundários e terciários, e não o contrário. Esta concepção deu um grande impulso à clínica geral, à prevenção da doença, à promoção da saúde e resultou numa melhor articulação entre a saúde, o sector social e os cuidados continuados;
- b) a adopção de “**metas para a saúde**” como elemento fundamental para a formulação de políticas de saúde (Saúde para Todos na Europa, 1983) – para mobilizar os actores sociais. Deste modo manifesta-se ser necessário ultrapassar a ideia de “planos dos Ministérios” e adoptar estratégias centradas em metas precisas, quantificadas em horizontes temporais precisos, que constituem compromissos sociais concertados com os agentes sociais, que contribuirão para a sua realização de acordo com os seus valores e capacidades próprias;
- c) a ideia de **promoção de saúde** (Carta de Ottawa, 1986) – a saúde não se produz nas pessoas pelos serviços de saúde, mas resulta da capacidade e iniciativas individuais em interacção com os profissionais de saúde, a sua rede social de apoio e o seu meio ambiente físico e social. Reconhece-se assim a importância dos determinantes culturais e sociais da saúde, dos estilos de vida saudáveis, dos meios organizacionais específicos: o meio urbano (as redes de “cidades saudáveis”), as escolas (as redes de “escolas promotoras de saúde”), o local de trabalho (a promoção de saúde nas empresas).

Actualmente, já não é o tipo de organização a questão que está na primeira linha do debate, mas sim a das melhores soluções organizacionais e de gestão para a realização das políticas de saúde. A “nova administração de saúde” está voltada para o desempenho (resultados), para a responsabilização efectiva de todos os participantes e para o “cidadão cliente”.

### ***A era da governação***

Não basta formular políticas públicas – é também necessário implementá-las num contexto sócio-económico determinado e num horizonte temporal definido. É necessário governar. Isso implica hoje uma “cultura de governação” e um conjunto sofisticado de instrumentos de influência.

Assim, observa-se que a formulação de políticas públicas – mesmo baseadas em metas que sejam abordadas como compromissos sociais concretos – por si só, não assegura os mecanismos de influência necessários para realizar os objectivos dos sistemas de saúde.

É necessário encontrar processos de trabalho que articulem os objectivos das políticas de saúde com os dispositivos que regulam a distribuição dos recursos de saúde, a contratualização do desempenho das organizações de saúde, os dispositivos de gestão organizacional, as redes horizontais que

influenciam esse desempenho e asseguram a sua qualidade, e os mecanismos concorrenciais de mercado da saúde. Sem isso continuar-se-á a assistir a uma separação entre a formulação de políticas públicas e a gestão dos recursos da saúde. A primeira será uma super estrutura formal como outras mas de limitado efeito prático. A segunda continuará a tomar decisões importantes de contornos pouco conhecidos. O aperfeiçoamento da metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde promovido pela OMS nos últimos três anos é um importante passo na direcção certa. (WHO, World Health Report 2000).

A criação, em 1998, do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde ([www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)), pela Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial e outras organizações nacionais e internacionais, reforçam a noção de políticas públicas baseadas na evidência. Por outras palavras, adoptar políticas públicas que se traduzem em soluções técnicas que funcionam.

Para além destes desenvolvimentos específicos dos Sistemas de Saúde há que assinalar um vasto conjunto de aspectos de carácter mais geral que também contribuíram para a importância atribuída à governação da saúde – a globalização, a construção Europeia, a sociedade de informação e do conhecimento, os valores da pós-modernidade, a cultura da micro-eficiência, a evolução da estrutura dos poderes na sociedade.

Decorre daqui que à governação compete gerir de forma explícita e transparente cinco grandes equilíbrios: entre valores e princípios (explícitos) e equilíbrio de poderes (implícitos); entre processos colectivos e as escolhas individuais (pós modernidade, limitações à racionalidade, diversidade, competição e cooperação, “empoderamento” do cidadão e escolha informada); entre o interesse geral (público) e os interesses particulares (privados); entre os vários níveis de governação: global, europeu, nacional, regional, local; entre as pressões do curto prazo e as preocupações do médio e longo prazo.

### ***Os princípios de uma “boa governação da saúde”***

Neste contexto é importante distinguir entre governação no sentido de *governance* (governança) e governação no sentido de execução da acção do governo.

A primeira concepção de governação (*governance*), está relacionada com os princípios que regem relações de poder capazes de promover os interesses efectivos do cidadão – os procedimentos segundo os quais se identificam, negociam, estabelecem e avaliam as regras de decisão colectiva.

A segunda concepção de governação, refere os aspectos operacionais de governo – legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão. Podem ser identificados os elementos que caracterizam uma “boa governação da saúde”: “investir em resultados” – ganhos em saúde, desempenho das organizações, do sistema de saúde e justiça financeira; cidadania, valores, preferências, necessidades – coesão social; direcção estratégica e explicitação das agendas dos actores sociais; responsabilização vertical e horizontal; atitude prospectiva – prever o impacto futuro das decisões de hoje; coerência através de sistemas de regulação a vários níveis; soluções que funcionam (baseadas na evidência); gestão da informação e do conhecimento e aprendizagem continuada; transparência, diferenciação e democratização das administrações públicas; análise independente e comunicação efectiva do que está a acontecer.

### **ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE: DETERMINANTES E SUA COMUNICAÇÃO EFECTIVA**

A análise independente da evolução do sistema de saúde e dos seus determinantes, a sua comunicação efectiva em termos da liderança do sistema de saúde, os actores sociais e a opinião pública constituem aspectos fundamentais para a boa governação da saúde.

Para desempenhar este papel, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde definiu o conjunto de condições que asseguram a boa prática deste exercício: rede de analistas de sistemas de saúde, academicamente competentes para o efeito; equipas multidisciplinares independentes dos actores sociais de saúde; explicitação das prioridades dos conteúdos e dos critérios de análise e comunicação; base de conhecimentos explícita e acessível; estratégias de comunicação efectivas; auditoria metodológica externa; oportunidade para o exercício do contraditório por parte das entidades analisadas; declaração de conflito de interesse; avaliação explícita do relatório e financiamento misto.

### **O OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE**

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) procura 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.

O OPSS tem 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 da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.

Os seus principais objectivos podem resumir-se da seguinte forma: (i) analisar prospectivamente a evolução do sistema de saúde português; (ii) tornar essa análise facilmente acessível a todos os interessados; (iii) constituir e melhorar continuamente uma base de conhecimentos sobre a gestão da saúde, de forma a estimular a análise dos sistemas de saúde e a investigação sobre serviços de saúde; (iv) reforçar as relações de trabalho com outras instituições e projectos Europeus similares, muito particularmente com o Observatório Europeu de Sistemas de Saúde.

O OPSS não toma posição em relação às agendas políticas da saúde. Procura antes analisar objectivamente o que tem estado a acontecer no sistema de saúde, desde os processos de governação até às acções dos principais actores da saúde, reunindo a evidência que suporta esses processos, acções e seus resultados.

O OPSS é constituído por uma rede de investigadores e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde. Esta organização em rede permite uma considerável pluralidade de pontos de vista, uma importante complementaridade de competências e uma gestão flexível das capacidades disponíveis.

O OPSS produz desde 2001 anualmente um relatório síntese da evolução do sistema de saúde português. Para este efeito procura estabelecer progressivamente um dispositivo observacional adequado e promover regularmente reuniões técnicas para aprofundar os temas seleccionados para análise. O OPSS, para além de observar o presente e analisar o passado mais ou menos imediato, procura estabelecer cenários sobre o futuro e aprender através de uma comparação contínua entre o “previsto” e o “observado”. Para o efeito estabeleceu o projecto Diógenes em curso.

Para melhorar a capacidade do OPSS organizar e gerir uma base de conhecimentos adequada aos seus objectivos e partilhá-la com todos aqueles que se interessam pelo sistema de saúde português, está já disponível o portal “gestão.saúde” ([www.observaport.org](http://www.observaport.org)).


**PARTE I**

## SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS: EVOLUÇÃO E CONTEXTO

### ANTECEDENTES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu, em períodos de tempo particularmente curtos, sucessivas transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1986) e integração na união monetária europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

No início da década de 70, quando se começaram a esboçar no sistema de saúde importantes modificações que confluíram, em 1979, no estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), estava-se em presença de:

- indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa ocidental de então (ver *Quadro I*);
- “conjunto fragmentado” de serviços de saúde de natureza variada – grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das misericórdias, postos médicos dos serviços médico-sociais da previdência, serviços de saúde pública (centros de saúde a partir de 1971), médicos municipais; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório;
- baixíssima capacidade de financiar os serviços públicos da saúde (a despesa com a saúde era de 2,8% do PIB, em 1970);
- profissões da saúde, principalmente médicos, adaptando-se às limitações económicas no sector e à debilidade financeira das instituições públicas, acumulando diferentes ocupações de forma a conseguir um nível aceitável de remuneração e de satisfação profissional.

#### Quadro I – Desenvolvimentos na Saúde em Portugal. Comparação entre 1970 e 2001 (Continente e Ilhas)

	1970	2001
Mortalidade Infantil (%)	58,6	5,0
N.º de internamentos (entradas)	618.664	<sup>(a)</sup> 823.044
N.º de médicos inscritos	8.156	33.233
Partos hospitalares (%)	37,5	99,3
População (nº de residentes)	8.668.267	10. 356.117

Fonte: INE <sup>(a)</sup> Ano 2000

É nestas condições de sub desenvolvimento que o país entra na década de 70 e enfrenta grandes transformações internas num contexto internacional difícil.

## O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, OS CONSTRANGIMENTOS FUNDACIONAIS E A EXPANSÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS (1971-1985)

A reforma da saúde legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), incluiu o estabelecimento dos “Centros de Saúde” de 1ª geração, constituindo já um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde. Foi, no entanto, a partir de 1974 que se criaram as condições políticas e sociais (acesso universal aos centros de saúde, serviços médico/sociais, hospitais e institucionalização do serviço médico na periferia) para que o SNS fosse adoptado em 1979.

A criação do SNS fez parte da democratização política e social do país. Permitiu, num período de tempo relativamente curto, uma notável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde, tornando possível uma estrutura de carreiras para as profissões da saúde.

No entanto, as circunstâncias sociais, económicas e políticas em que o SNS foi criado fizeram com que padeça de um conjunto significativo de debilidades fundacionais:

- frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na altura em que começavam a expandir-se as infra-estruturas do SNS;
- um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados;
- dificuldades de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde.

As limitações associadas ao contexto em que o SNS foi criado e onde se desenvolveu, assim como a incapacidade do sistema político e do Estado para superarem estas debilidades fundacionais, marcaram fortemente a sua evolução subsequente.

## OS DESAFIOS DA QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS (1986-2002)

Durante este período, os serviços de saúde continuavam a expandir-se com as vantagens daí decorrentes para aqueles que deles beneficiam, mas sem contudo corresponder ao desafio crítico da sua qualificação: os problemas do acesso aos cuidados de saúde (consultas, cirurgias) tornaram-se progressivamente mais evidentes; a desadequação do modelo de administração pública tradicional às necessidades da saúde é evidente; o entrelaçar entre interesses públicos e privados agravou-se.

O **Quadro II** resume o essencial sobre os ciclos políticos que atravessaram o país e a evolução do Sistema de Saúde Português durante este período.

Com este breve resumo tornam-se evidentes as consequências das fragilidades do sistema político e da administração pública portuguesa no sistema de saúde:

- os partidos políticos não desenvolvem políticas de saúde, suficientemente documentadas, debatidas e consensualizadas para resistirem às mudanças das equipas ministeriais (elas próprias fragilizadas por esta cultura política);
- não parece haver distinção suficiente entre a legitimidade política do programa de governo e da necessidade de documentar e justificar tecnicamente, as soluções concretas que realizam as opções políticas;
- a dificuldade em diferenciar, qualificar, democratizar e adaptar às especificidades da saúde a administração pública, tem-se mantido, através do tempo, como um dos principais obstáculos à reforma da saúde.



## Quadro II – Ciclos políticos, a expansão e a qualificação do Sistema de Saúde Português (1970-2002)

### SNS e a expansão do sistema de saúde (1970 a 1985):

Reforma de 1971 de Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio; Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS); implementação da carreira médica de clínica geral e familiar; democratização e descolonização; entrada na CEE, actualmente UE.

Contexto económico global sobre o efeito negativo dos “choques do petróleo” durante a década de 70.

*Fundação do SNS no contexto de profundas transformações sócio-económicas e políticas, com uma componente da expansão do sistema de protecção social do país, implementada em contra-ciclo em relação à realidade económica global.*

### O desafio da qualificação do sistema de saúde (a partir de 1985):

#### - 1º Ciclo de 10 anos de duração (1985 – 1995)

O fim do período de expansão económica do pós guerra põe em dificuldade os sistemas públicos de protecção social e dá origem a um período liberalizante.

*Agenda predominante* – mudar a fronteira público/privado a favor do privado (Lei de Bases de 1990), sem prejuízo de medidas destinadas a melhorar o SNS: um primeiro-ministro, 3 governos, com base parlamentar maioritária, de duração decrescente, orientações contrastantes e limitada capacidade para implementar a agenda política. Só no último ano desta década é implementada uma experiência de gestão privada num serviço público (Amadora-Sintra).

#### - 2º Ciclo de 6 anos de duração (1996 – 2002)

Ao período liberalizante anterior segue-se, no contexto Europeu, um outro em que o objectivo passa a estar numa “nova administração pública” capaz de reformar serviços de protecção social antiquados.

*Agenda predominante* – reformar o SNS (SNS 21), sem prejuízo da melhoria da articulação público/privado: um primeiro-ministro, três governos, sem base parlamentar maioritária, de duração decrescente, orientações contrastantes e limitadas à capacidade de implementar a agenda. Inovações como a “contratualização”, “os centros de responsabilidade integrados”, os “hospitais-empresa”, “os centros de saúde de 3ª geração”, tiveram uma implementação incipiente.

*Tornou-se evidente durante estes 16 anos que, independentemente da agenda em causa, o sistema político português não teve a capacidade de instituir processos de governação da saúde tecnicamente idóneos e com uma base social de apoio sustentável. A compreensão deste fenómeno é fundamental para o futuro.*

#### - Início de um novo ciclo político (2002)

Que aprendizagem pode ser feita da experiência dos últimos 16 anos? Qual a influência das mudanças no contexto Europeu (mobilidade de profissionais e doentes, alargamento da UE, pacto de estabilidade e crescimento).

*Agenda predominante:* nova modificação da mistura público/privado a favor do privado (mercado interno como uma “rede” de serviços públicos e privados com financiamento público segundo “uma tabela de preços”; parcerias público/privado; aumento anunciado do financiamento privado pelo pagamento da prestação de acordo com os rendimentos declarados), sem prejuízo de melhorias na gestão do SNS (Hospitais SA).

## O CONTEXTO ACTUAL DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

### Algumas questões relevantes

Com frequência as propostas da reforma de saúde são formuladas sem qualquer análise do contexto económico, social, cultural e político. E, no entanto, sabe-se como este contexto tem sido de importância crítica no passado. Seguramente continuará a sê-lo no futuro.

Algumas das questões parecem particularmente relevantes quanto ao actual contexto da saúde e ficam aparentemente sem respostas concretas:

- Situação económica (global, europeia e portuguesa)

Qual é o efeito combinado da actual conjuntura económica com as implicações do “pacto de estabilidade e crescimento” na evolução da saúde e dos serviços de saúde em Portugal?

Nestas circunstâncias, quais as melhores estratégias de saúde para o país?

De que forma são tomadas em linha de conta no Governo da União Europeia, estas preocupações?

- A Europa e a Saúde

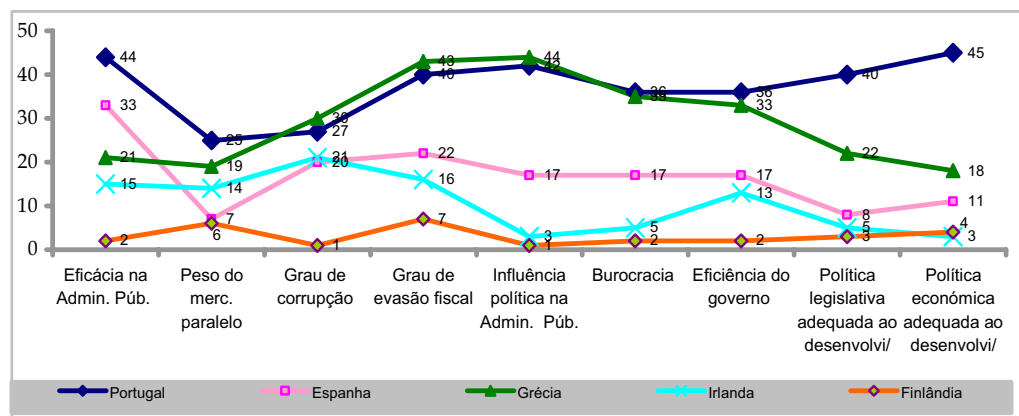
Que impacto vai ter sobre o sistema de saúde português, a médio prazo, um eventual aumento da mobilidade dos doentes no espaço Europeu?

Como é possível a Portugal ter um melhor aproveitamento dos Programas Europeus da Saúde?

- Governação em Portugal

Que implicações têm para a reforma dos sistemas de saúde os baixos níveis de “eficácia e transparência” da governação em Portugal quando comparado com os restantes países da União Europeia? (ver **Figura 1**)

Figura 1 – Eficácia e transparência de governação em cinco países europeus

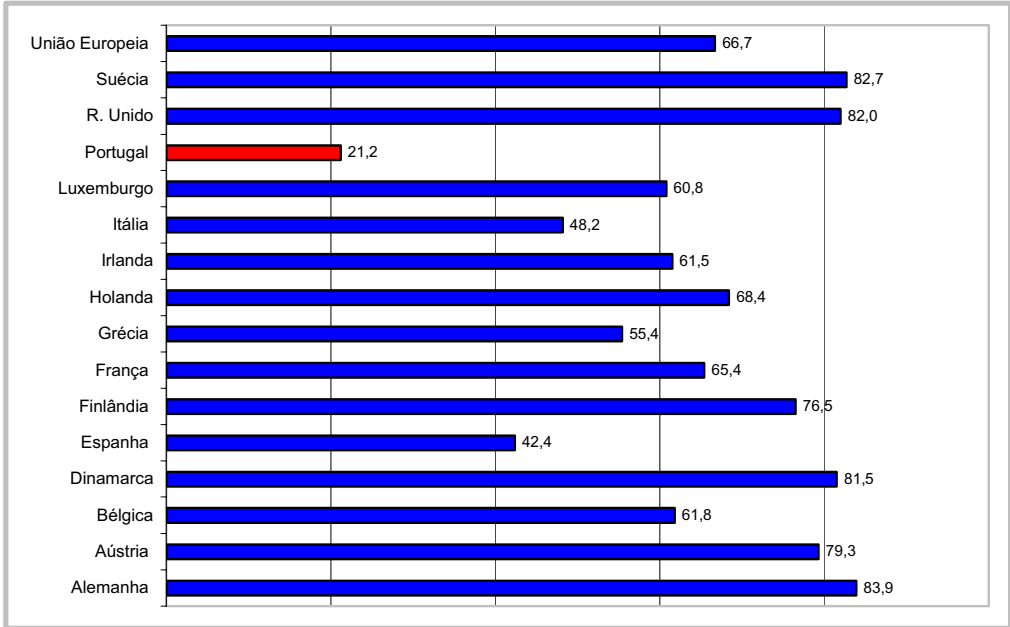


Fonte: Relatórios do World Competitiveness Yearbook, 2001, pelo Institute for Management Development (IMD)  
Adaptado de: SIMÃO, V. J.; SANTOS, S. S.; COSTA, A. A.; Ensino Superior: Uma visão para a próxima década, 2002

- Nível educativo e desenvolvimento tecnológico

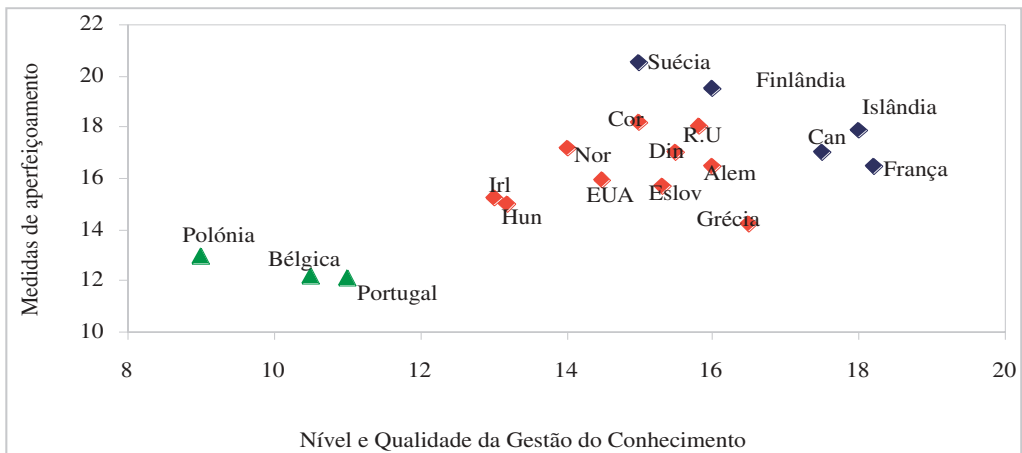
Que implicações têm os níveis educativo e de desenvolvimento do país nas estratégias da saúde e de reforma do sistema de saúde? (ver **Figuras 2 e 3**)

Figura 2 – População com idades compreendidas entre 25 e 64 anos que tem, pelo menos, um nível de estudos superiores



Fonte: Eurosta t/ Adaptado do El País, 2003

Figura 3 – Percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais



Fonte: GOV/PUMA/ HRM (2003)

## UMA CONJUNTURA ECONÓMICA RECESSIVA

O ano de 2002 foi caracterizado por um elevado ambiente de incerteza no que respeita à evolução da economia internacional, na sequência de uma evidente inflexão no seu crescimento, após um período relativamente favorável na evolução dos principais indicadores de produção, de investimento, de consumo e de comércio internacional.

Já no final do ano 2000, os EUA mostravam sinais de desaceleração na sua taxa de crescimento e, dada a importância que a economia americana representa na economia mundial, esta tendência acabou por se disseminar às restantes regiões económicas, nomeadamente à europeia.

Alguns dos países da União Europeia, nomeadamente Alemanha, França, Itália e Portugal, apresentaram situações deficitárias das suas contas da Administração Pública, colocando em causa o objectivo do seu equilíbrio em 2004. Os Estados membros concordaram em estabelecer objectivos e medidas de política, de forma a irem reduzindo o défice público estrutural, aumentando o período de estabilização e reduzindo os valores inicialmente previstos para, de uma forma gradual, equilibrarem as suas contas públicas.

Portugal, neste contexto, tem particularidades que interessa conhecer melhor, pois quer a dimensão do défice, quer as consequências macroeconómicas da sua redução, podem vir a colocar sérios riscos na capacidade de inverter a situação de estagnação/recessão verificada nos dois últimos trimestres de 2002 e no primeiro de 2003.

### SITUAÇÃO DA ECONOMIA PORTUGUESA E PERSPECTIVAS DE EVOLUÇÃO

Após um período de forte expansão económica, na 2ª metade da década de 90, o crescimento do PIB em Portugal estagnou em 2002, estimando-se em 0,5 %, a sua média anual de crescimento.

O défice orçamental desceu acentuadamente em 2002, para um valor estimado em 2,7%, após as derrapagens substanciais no ano anterior que o aproximaram dos 4% do PIB.

Do lado da despesa, já no ano de 2002, verificou-se o congelamento de algumas despesas de capital, uma vez que as despesas correntes apresentam um relativo grau de rigidez. Para o mesmo ano prevê-se uma redução do défice orçamental para valores próximos de 2,7 do PIB, em consequência de algumas medidas já tomadas, nomeadamente o congelamento dos salários na Função Pública e as orientações com vista à contenção da despesa pública na Saúde, na Educação e na Segurança Social.

Mas os especialistas do FMI (ver *Quadro III*), nas suas mais recentes notas de informação ao público, publicitadas em Abril de 2003, consideram que, para atingir o objectivo anterior, é ainda necessário implementar medidas adicionais.

Quadro III – Previsões do Fundo Monetário Internacional - FMI (Setembro de 2002) para a evolução do PIB

	<i>PIB</i>		<i>Inflação</i>		<i>Tx. de Des.</i>		<i>Saldo da BTC – % do PIB</i>	
	2002	2003	2002	2003	2002	2003	2002	2003
<i>Bélgica</i>	0,6	2,2	1,6	1,2	6,9	7,1	4,7	4,5
<i>Dinamarca</i>	1,5	2,2	2,2	2,1	5,1	5,1	2,8	3,4
<i>Alemanha</i>	0,5	2	1,4	1,1	8,3	8,3	1,9	2,1
<i>Grécia</i>	3,7	3,2	3,8	3,3	10,2	10,3	-5,1	-5,4
<i>Espanha</i>	2	2,7	2,8	2,4	10,7	9,9	-1,7	-1,8
<i>França</i>	1,2	2,3	1,8	1,4	9	8,9	1,9	1,4
<i>Irlanda</i>	3,8	5,3	4,4	3	4,5	4,7	-0,7	-0,9
<i>Itália</i>	0,7	2,3	2,4	1,8	9,3	8,9	0,2	0,2
<i>Luxemburgo</i>	2,7	5,1	2	1,8	2,9	2,8	-	-
<i>Países Baixos</i>	0,4	2	3,8	3,4	2,9	3,2	3,2	3
<i>Áustria</i>	0,9	2,3	1,8	1,6	4,3	3,8	-2,3	-2,3
<i>Portugal</i>	0,4	1,5	3,7	2,7	4,7	5,1	-8	-7,5
<i>Finlândia</i>	1,1	3	2,2	1,9	9,4	9,3	7,3	7,6
<i>Suécia</i>	1,6	2,5	2,3	2,2	4,2	4,2	3,2	3,2
<i>Reino Unido</i>	1,7	2,4	1,9	2,1	5,2	5,3	-2,1	-2,3
<i>União Europeia</i>	1,1	2,3	1,8	2,1	7,7	7,6	0,6	0,5
<i>Área do Euro</i>	0,9	2,3	2,1	1,6	8,4	8,2	1,1	1
<i>EUA</i>	2,2	2,6	1,5	2,3	5,9	6,3	-4,6	-4,7
<i>Japão</i>	-0,5	1,1	-1	-0,6	5,5	5,6	3	2,9

Fonte: FMI

Em síntese, poder-se-á referir que Portugal tem uma economia com um elevado grau de sensibilidade à conjuntura externa, cujo impacto gerado na nossa economia é muito mais intenso, reflectindo-se isso na instabilidade das nossas variáveis macro. Nesse contexto, os riscos de que as políticas de carácter estrutural possam vir a ser afectadas em função das medidas de curto prazo, com vista à resolução de situações conjunturais, são elevados.

## **EVOLUÇÃO DAS FINANÇAS PÚBLICAS EM PORTUGAL E PROGRAMA DE ESTABILIDADE E CRESCIMENTO / PEC**

Um dos principais objectivos da União Europeia é o de criar condições para a convergência real das suas economias, pressupondo um quadro de estabilidade de índole macroeconómica, no qual se inclui o da estabilidade orçamental. Tal pressupõe um relativo grau de disciplina nas contas públicas dos países membros.

Como já foi referido, no ano de 2002, as principais medidas de controlo da despesa pública consistiram no estabelecimento de limites para o crescimento dos gastos dos organismos autónomos e para os níveis de endividamento da Administração Regional e Local. Foi eliminada a bonificação dos juros do crédito à habitação, foi suspensa a admissão de novos funcionários, para além de se verificar a extinção e fusão de alguns organismos públicos. Nos sectores da saúde, educação e segurança social foram tomadas medidas imediatas de contenção dos gastos.

O governo elegeu, como prioridade determinante, o estabelecimento de um processo gradual de redução do défice, a par de medidas que aumentem a produtividade, ambas apoiadas em reformas estruturais, mas em que o objectivo da consolidação orçamental ganhou um peso elevado nas políticas macroeconómicas. Têm sido apontados importantes riscos associados ao carácter dominante do objectivo da estabilidade orçamental: inviabiliza reformas de longo prazo, nomeadamente as que se relacionam com a qualificação dos recursos humanos, com a inovação científica e tecnológica, com as melhorias das condições de acessibilidade e de infra-estruturação da actividade produtiva. Para alguns “a palavra-chave é o investimento, como forma de gerar capacidades que nos levarão à qualificação e ao desenvolvimento”.

### **AS CONTAS DO SNS E AS MEDIDAS PROPOSTAS NO PROGRAMA DE ESTABILIDADE E CRESCIMENTO**

O Serviço Nacional de Saúde em Portugal tem-se debatido, há longos anos, com um problema de défice, com carácter marcadamente estrutural, evidenciado na evolução das suas contas recentes. Se, por um lado, para tal têm concorrido os constrangimentos colocados às finanças públicas nacionais, obrigando o SNS em cada ano económico a disputar com os restantes sectores a partilha dos recursos escassos, por outro lado, a pressão no sentido do crescimento das despesas públicas com a saúde, torna os montantes financeiros previstos, do lado da receita, sempre insuficientes e do lado da despesa, normalmente excessivos.

Diversos factores concorrem para explicar este sistemático desfasamento entre as despesas efectivas e as previstas. A evolução do índice de preços no sector da saúde, sempre superior ao Índice de Preços ao Consumidor (IPC), é uma das determinantes que tem necessariamente de ser considerada. No ano 2000, e tendo como ano base o de 1995, o IPC foi de 113,9%, sendo que no mesmo período o IPC Saúde foi de 124,5% (INE, 2000). As taxas de crescimento anual médio dos preços no sector da saúde, para o mesmo período, foram de 4,9%, contra 2,9%, para os bens e serviços em geral.

O comportamento da massa salarial, confirma que a taxa de crescimento tem sido superior à da administração pública em geral. Os custos com pessoal, de 1999 para 2000, nos hospitais públicos, conheceram um crescimento de cerca de 10,8% (IGIF 2002). O aumento de efectivos, explica em parte este crescimento, mas a simples actualização ou melhoria de carreiras, para além de outras medidas de carácter disperso, têm tido um impacto imediato nas despesas com pessoal, sem que para tal possam ter concorrido aumentos de efectivos e/ou um aumento significativo dos salários.

O comportamento da evolução das despesas com medicamentos apresenta particularidades que induzem igualmente o crescimento das despesas públicas com a saúde. Representando os encargos com medicamentos, no ano 2000, cerca de 22,8 % do orçamento do SNS, (quando em 1996 o seu peso era de 21,8 % e considerando que o IPC para os medicamentos), no período de 5 anos aumentou somente 2 % o reforço do seu peso relativo, no conjunto das despesas em geral, foi conseguido à custa de um aumento das quantidades consumidas e de uma alteração da estrutura no consumo das especialidades farmacêuticas.

O Programa de Estabilidade e Crescimento ao propor um conjunto de medidas para o sector da saúde, no período de 2003-2006 (ver **Quadro IV**) vai trazer necessariamente alterações substanciais ao nível do financiamento, da gestão e da regulação no sector. Não é ainda previsível o impacto dessas medidas na eficácia da contenção das despesas públicas. Não são igualmente previsíveis os seus efeitos, em termos da melhoria na saúde das populações, em consequência de uma superior eficiência produtiva e distributiva, quer das organizações prestadoras quer financiadoras. Quanto à equidade do acesso e da utilização de cuidados e de distribuição dos seus benefícios, ainda não é possível avaliar os efeitos das medidas propostas.

**Quadro IV – Medidas a serem adoptadas na saúde. Programa de Estabilidade e Crescimento – PEC (2003-2006)**

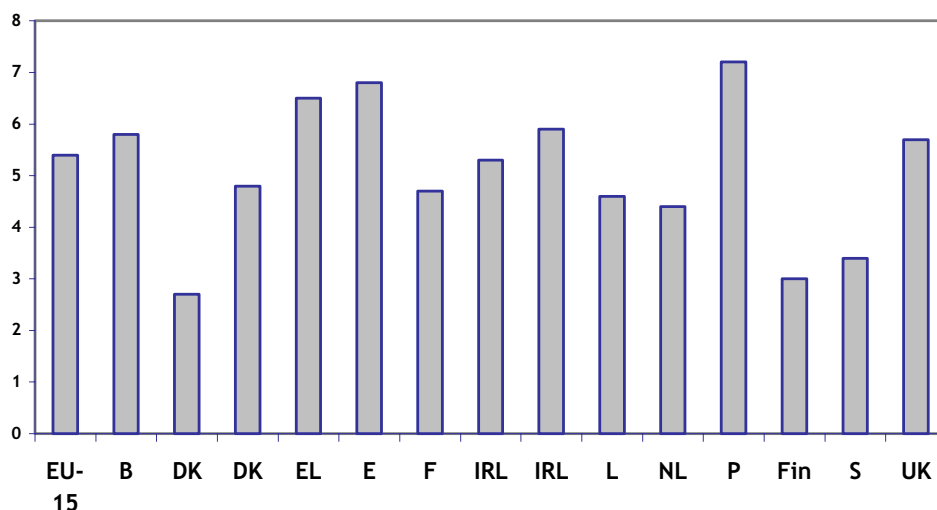
- Introduzir uma gestão de natureza empresarial, com participação crescente dos sectores privado e social;
- Empresarializar hospitais, numa perspectiva de maior autonomia, responsabilidade e eficácia de gestão;
- Financiar a actividade hospitalar em função da valorização dos actos médicos e dos serviços efectivamente prestados;
- Promover parcerias público/privadas na prestação de cuidados de saúde;
- Introduzir mecanismos de regulação económica e fiscalização do cumprimento de critérios de qualidade e de desempenho;
- Estabelecer o pagamento a centros de saúde por capitação;
- Aumentar as taxas moderadoras e outras receitas correntes;
- Introduzir a comparticipação dos medicamentos por preços de referência;
- Promover a utilização de medicamentos genéricos;
- Adoptar a prescrição por Denominação Comum Internacional;
- Introdução de um novo modelo de receita médica, com inclusão de receita renovável;
- Pagamento directo das comparticipações às farmácias.

Fonte: Ministério das Finanças (2003)

**DISTRIBUIÇÃO DO RENDIMENTO E A COESÃO SOCIAL EM PORTUGAL – A IMPORTÂNCIA DA EQUIDADE NAS POLITICAS DE SAÚDE**

A análise de alguns indicadores sobre a situação social do nosso país, no quadro da UE, levanta algumas preocupações que importa trazer a esta análise, sobre o contexto sócio económico do sector da saúde em Portugal. A posição do nosso país no que respeita à distribuição do rendimento e à coesão social coloca-nos numa posição que o distingue de uma forma clara dos restantes parceiros europeus (ver **Figura 4**).

Figura 4 – Desigualdades de rendimento nos países da EU - 1998



Fonte: Eurostat (2002)

Ao nível do conjunto dos países membros da UE, e de acordo com informação do Eurostat, em 1998, 20% dos mais pobres da população auferiam 8% do rendimento total, enquanto que 20% dos mais ricos recebiam 39% do total do rendimento, isto é, 5 vezes mais.

No que respeita a este indicador a posição dos países do Sul da Europa distancia-se da média da UE, mas Portugal apresenta nesse quadro o rácio mais elevado, indiciando uma posição de superior desigualdade no que respeita à distribuição do rendimento disponível entre as famílias.

O nosso país mostra fragilidades ao nível da sua coesão social que interessa ter presente na definição das políticas, nomeadamente as que possam ter impacto (na possibilidade de beneficiar com a disponibilidade e com o acesso) sobre os bens de mérito e os bens públicos. Em períodos de recessão e de desemprego são as populações mais frágeis que vêm afectadas de formas mais gravosas, o seu nível de Bem-Estar.

Considerando a redução do défice público, à custa da contenção das despesas públicas e do aumento das despesas das famílias, são aquelas que têm mais baixo rendimento que serão particularmente afectadas. O aumento, na estrutura das receitas, do peso dos impostos indirectos afecta igualmente a equidade no financiamento das despesas públicas.

O objectivo da equidade, baseado no critério de que a distribuição do financiamento na protecção da saúde deve ser definido de acordo com a capacidade de pagamento por parte das famílias, e não com as necessidades ou com a utilização de cuidados que o seu estado de saúde possa exigir, deve estar presente na definição das linhas fundamentais de política para o sector da saúde.





## PARTE II

### AGENDA POLÍTICA

A agenda política da saúde para o período 2002-2006 está expressa no programa do actual governo (Programa do XV Governo Constitucional, 2002) e Grandes Opções do Plano 2003.

Propõe-se um “novo sistema nacional de saúde”: “o actual Serviço Nacional de Saúde deverá ser profundamente reformado por forma a passar (...) para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades dos utentes”, constituindo-se como um “sistema articulado de redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados”.

No essencial, os princípios gerais e as principais medidas específicas da agenda podem resumir-se da seguinte forma:

- **parcerias público/privado**

mobilização do investimento não público no sistema de saúde; concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social; abertura de concurso público internacional para a construção dos primeiros hospitais dos 10 previstos;

- **fim das listas de espera de cirurgias e de consultas**

contratualização com entidades privadas e sociais; melhoria de eficiência na mobilização dos recursos do próprio sistema; eliminação, no prazo máximo de dois anos, das listas de espera cirúrgicas;

- **proporcionar a cada cidadão o seu médico assistente**

através de “um modelo de contratualização com os médicos de clínica geral e familiar que tenha em conta uma capitação definida associada a incentivos”, e de uma “nova legislação de gestão dos cuidados de saúde primários”;

- **empresarialização dos hospitais**

passagem de 34 unidades hospitalares a sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;

- **reorganização das urgências**

- **modelos alternativos de gestão**

nas unidades públicas de saúde, incentivar o desenvolvimento, “de novas soluções de gestão, como são já o exemplo dos Centros de Responsabilidade Integrados nos Hospitais e os Regimes de Remunerações Experimental nos Centros de Saúde”; contratos-programa/orçamentos programa; “Tabela de Preços para a Saúde”; incentivos financeiros ligados a ganhos de produtividade, à flexibilidade na criação de equipas de trabalho e à mobilidade funcional e geográfica; valorizar o “director de serviço”;

- o desenvolvimento de uma rede de unidades de acolhimento hospitalar e de **cuidados continuados** para doentes crónicos e doentes idosos, mediante protocolos a celebrar com o sector social e privado;
- 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;

- **informação e racionalização de meios**

criação de um centro de atendimento nacional “contact centre”; criação de uma Carta Nacional de Equipamentos da Saúde; a informatização de todos os Serviços e Entidades a operar no SNS; Cartão do Utente; reestruturação dos organismos centrais do Ministério; reorganização e conclusão dos projectos da Carta de Direitos e Deveres dos Utentes e do Manual de Qualidade para o Acolhimento/Admissão/Orientação e Encaminhamento dos cidadãos no SNS;

- **política do medicamento**

expansão do mercado de genéricos; prescrição por Denominação Comum Internacional; preço de referência; novo modelo de receita;

- **política de prevenção da doença**

programas de prevenção da doença: SIDA, tuberculose, hepatites, doenças oncológicas, doenças sexualmente transmissíveis, diabetes, doenças cardio e cerebro-vasculares, doenças associadas ao tabagismo e à toxicod dependência; programa nacional de prevenção ao alcoolismo;

- **política de recursos humanos**

valorizar a competência, a diferenciação técnica e profissional e o respeito pelo estatuto de todos os profissionais de saúde; promover a diversidade contratual, com garantias de segurança; desenvolver uma gestão consistente de recrutamento e de formação contínua; desenvolver uma política de formação coerente; nas carreiras profissionais, estabelecer regras de progressão baseadas em critérios de qualificação científica, técnica e profissional; diversificação das profissões de saúde; promoção de uma reforma de ensino susceptível de melhorar o processo de recrutamento, formação e educação dos profissionais de saúde, a qualidade académica e pedagógica dos docentes e o seu interesse e dedicação na investigação científica;

- **seguros de saúde**

“incentivo da poupança a aplicar na constituição de Fundos e Seguros de Saúde e outros sistemas complementares de assistência, mediante adequadas compensações fiscais”.

As principais linhas de acção do governo foram resumidas pelo Ministério de Saúde da forma que se pode observar na **Figura 5**.

A **Figura 6** procura ilustrar, de forma simplificada, as principais medidas já iniciadas (legislação), as implementadas, bem como as reacções dos “actores” mais directamente implicados.

Figura 5 - “Agenda” e “forças” de mudança segundo o Ministério da Saúde (Nov. 2002)



## Forças de Mudança

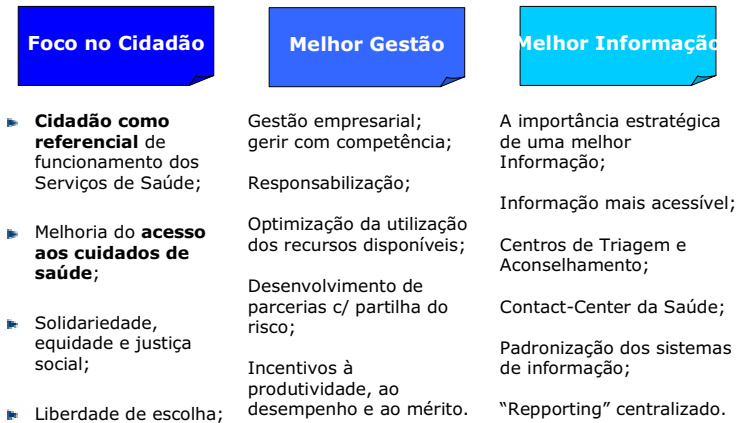
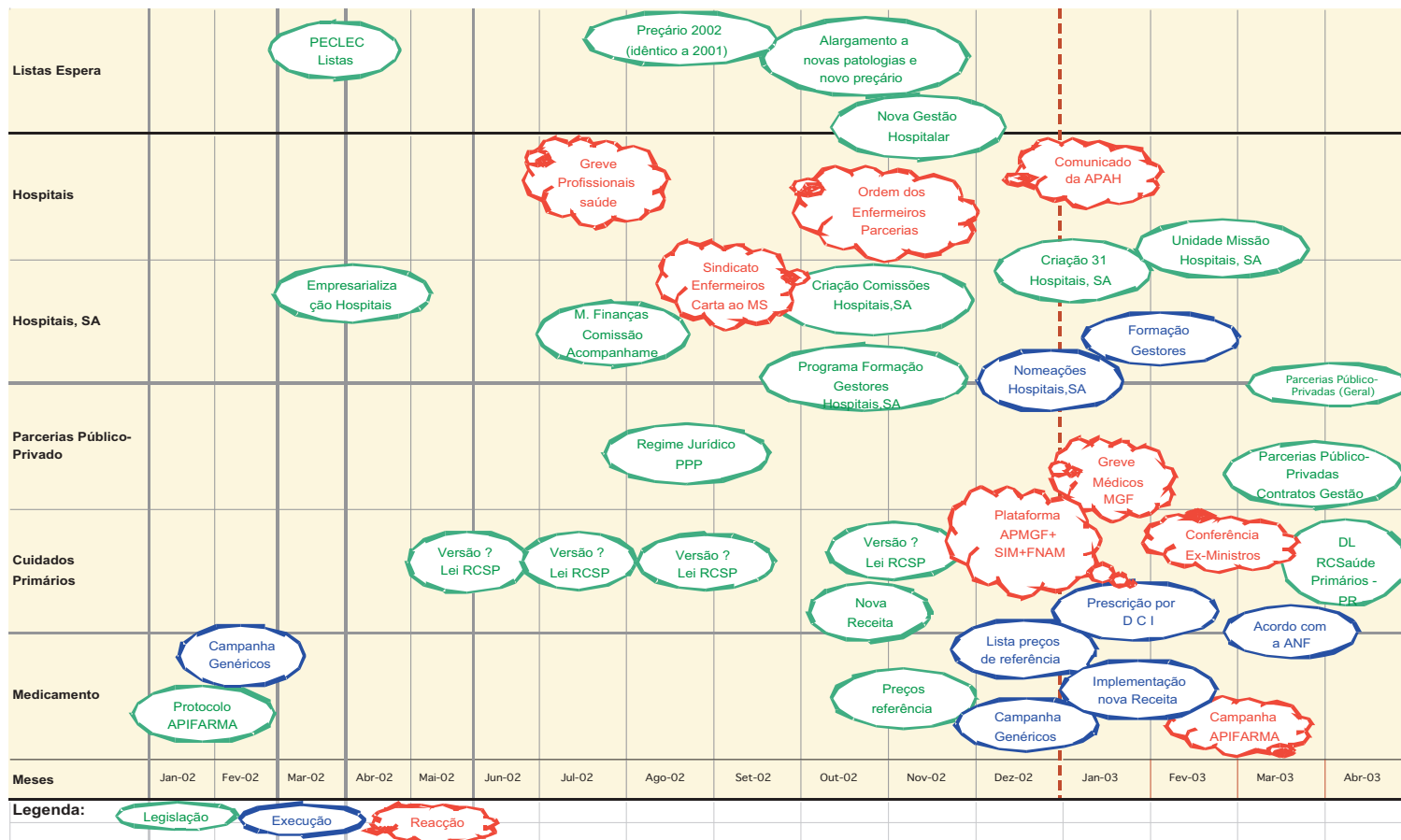
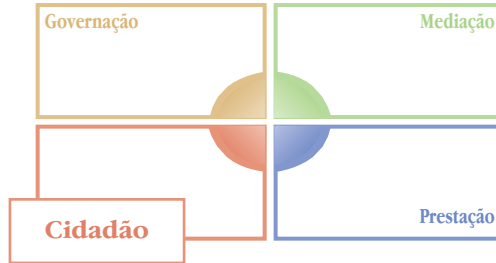


Figura 6 – Implementação do programa do governo - perspectiva geral



Fontes: Diário da República e os meios de comunicação social

## PARTE III - O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS NA ACTUALIDADE



### O CIDADÃO

#### A VOZ DOS CIDADÃOS EM SAÚDE

Nas sociedades modernas e evoluídas os cidadãos situam-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde. Por isso devem ser ouvidos sobre os cuidados prestados e as suas opiniões e preferências devem ser respeitadas, tentando satisfazer as suas legítimas necessidades.

Neste sentido, no último ano em Portugal, assistiu-se ao aparecimento de várias iniciativas e estudos preocupados com a voz dos cidadãos na saúde. Podem destacar-se os seguintes:

- a publicação pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa em Abril de 2002 do estudo “Saúde e doença em Portugal” de Manuel Villaverde Cabral, patrocinado pela APIFARMA (inquérito a uma amostra representativa de Portugal Continental com 2.537 indivíduos maiores de 18 anos);
- a implementação regular e sistemática de inquéritos de satisfação aos doentes internados e das urgências dos hospitais em fase de acreditação pelo Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) e pelo King’s Fund Health Quality Service (KFHQs). Ao contrário de outros estudos, os resultados destes inquéritos destinam-se essencialmente a ser usados como indicadores de melhoria contínua da qualidade;
- o estudo “O que os portugueses pensam dos serviços de saúde” (Junho 2002) realizado pela Metris para a Ordem dos Farmacêuticos, na sequência de um outro estudo promovido em 1999 pela Fundação Antero de Quental. O universo foi constituído por 1.010 indivíduos com 18 ou mais anos de idade, residentes em Portugal Continental;
- o concurso realizado pelo Instituto do Consumidor, conduzindo ao estudo “A satisfação dos utilizadores dos cuidados privados de saúde” (Dezembro 2002) pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC) e pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), com base numa amostra de 3.012 entrevistas a utilizadores dos cuidados de saúde privados;
- os debates e o inquérito “O estado da Nação 2002” promovido pela Data Crítica, Estudos de Opinião e Mercado, Lda, pela Escola Superior de Comunicação Social, pelo Diário de Notícias, pela TSF Rádio Jornal e pela SIC, realizado num total de 1.000 entrevistas em Junho de 2002;
- a iniciativa do IQS, em colaboração com o CEISUC, de levar a cabo o estudo denominado “A voz dos utentes dos centros de saúde”, estudo finalmente tornado público em Março de 2003, reuniu opiniões de 4.714 utentes de 194 centros de saúde.

Estas múltiplas manifestações de interesse pela opinião do cidadão sobre saúde merecem todo o realce. Não é o mesmo obter a opinião dos cidadãos – o denominado público – com ou sem experiência concreta de utilização, ou interrogar utilizadores efectivos de serviços de saúde. Enquanto que a satisfação dos utentes é influenciada pela sua experiência mais recente, a do público é mais influenciada pelos media e, em Portugal, também por uma atitude demasiado negativa e crítica que os portugueses têm das suas instituições de saúde.

Durante os últimos anos a avaliação da satisfação com os cuidados de saúde ganhou grande importância como medida da qualidade na prestação de cuidados de saúde públicos, de tal forma que durante as últimas décadas e de uma forma gradual, as actividades de garantia e melhoria da qualidade têm vindo a ser encaradas como fazendo parte dos processos de cuidados médicos e mesmo dos programas políticos. O programa do actual XV Governo Constitucional preconiza, por exemplo, que “o compromisso político do Governo é o de que as reformas a realizar serão norteadas pela preocupação de dar às pessoas um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e com humanidade”.

#### AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A avaliação global feita pelos cidadãos inquiridos no estudo “Saúde e Doença em Portugal” relativamente aos serviços públicos demonstra que a maioria deles estão satisfeitos. As áreas onde se verifica uma maior insatisfação são as consultas externas hospitalares e os serviços de urgência, aliás as únicas áreas onde há uma maior percentagem de doentes muito insatisfeitos quando comparada com a dos muitos satisfeitos. Por sua vez, como também se pode ver no **Quadro V**, os centros de saúde e os internamentos hospitalares são as áreas onde se verificam maiores níveis de satisfação entre os cidadãos.

#### Quadro V – Nível de satisfação com os serviços públicos de saúde

	Centros de Saúde	Consultas externas em hospitalares	Internamentos hospitalar	Urgências em hospitalares
Muito Satisfeito	8,8%	4,2%	9,0%	3,4%
Satisfeito	64,9%	50,6%	65,7%	50,3%
Nem satisfeito nem insatisfeito	15,7%	25,9%	16,6%	25,1%
Insatisfeito	8,8%	15,0%	5,2%	16,0%
Muito insatisfeito	1,8%	4,3%	3,4%	5,2%

Fonte: Cabral, Villaverde, “Saúde e doença, em Portugal”, Lisboa, ICS, 2002

Relativamente aos utentes, 77,8% referiram como positiva a avaliação da última consulta nos hospitais públicos e 67,2% referiram como boa a avaliação global dos cuidados recebidos. Os serviços de urgência foi onde se verificou um menor nível de satisfação e em relação aos quais 61,9% referiram ter ficado satisfeitos com o tratamento aí recebido.

Estes números contrastam de algum modo com a informação fornecida diariamente pelos *mass media*. De facto, segundo Villaverde Cabral, os títulos dos jornais “reflectem bem a forma predominantemente negativa da cobertura mediática dos problemas de saúde na sociedade portuguesa”. O mesmo autor refere que “a representação negativa que a população, sobretudo aquela que não possui experiência pessoal dos serviços públicos de saúde, é levada a construir a partir dos *mass media*, pode ter os efeitos mais desenhados”. De facto, no conjunto de artigos analisados, a avaliação da tendência valorativa dos mesmos indica que 72% têm um cariz negativo.

Quanto às reclamações em hospitais públicos, 4,9% dos inquiridos já apresentaram pelo menos uma vez uma reclamação o que, ainda segundo Villaverde Cabral, veio confirmar a “baixa propensão da população portuguesa

para a mobilização e participação sociais observada em todo o género de estudos sociológicos”. Neste mesmo estudo, 21,8% dos indivíduos que não reclamaram, referiram que não o fizeram porque acharam inútil efectuar qualquer reclamação. As causas mais frequentes dos motivos de reclamação foram a má assistência ou erro médico (29,0%) e a demora (28,0%). Por sua vez, 32,8% das reclamações não foram resolvidas, 34,7% tiveram uma resposta satisfatória e 32,5% insatisfatória.

Ainda segundo o mesmo estudo, dos 54% de inquiridos que utilizaram o centro de saúde no último ano pelo menos uma vez, 49,3% consideraram a avaliação global dos cuidados prestados no centro de saúde como boa ou muito boa e 12,7% consideraram-nos maus ou muito maus. Mais de metade dos indivíduos (58%) referiram ter uma boa relação com o médico do Centro de Saúde.

No estudo “A voz dos utentes dos centros de saúde” encontramos um índice de satisfação global de 70%, sendo as regiões do Algarve (74%) e do Centro (72%) as que apresentaram valores mais elevados. Este estudo considerou quatro componentes de avaliação: (i) cuidados médicos, (ii) relação e comunicação, (iii) informação e apoio, (iv) continuidade e cooperação e (v) organização dos serviços. O estudo evidencia uma vez mais a boa aceitação dos utentes dos centros de saúde em relação aos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, em especial pelo médico de família. Os utentes confiam nos serviços, têm com eles uma boa relação e estão satisfeitos. Já relativamente à organização e gestão dos centros de saúde e às redes de referência do SNS, os utentes revelam um nível de satisfação bastante mais reduzido.

#### AVALIAÇÃO DOS CUIDADOS PRIVADOS DE SAÚDE

No estudo a “Saúde e doença em Portugal” constata-se que 34,8% dos inquiridos utilizaram as consultas privadas, no último ano, pelo menos uma vez. As especialidades de Estomatologia e Medicina Geral foram aquelas a que o utente mais recorreu. Segundo o seu autor, “a busca de cuidados médicos privados corresponde a um perfil de procura condicionado pela própria oferta do sector público”. De entre os indivíduos que mostraram maior aptidão para recorrer às consultas privadas, as mulheres, os indivíduos entre os 18 e os 29 anos e os que têm rendimentos familiares acima dos 800 € foram, excluindo o caso da medicina geral, os que apresentaram valores mais significativos.

De acordo com este estudo, como causas mais significativas para os indivíduos recorrerem ao sector privado, 27% referem a demora para obterem uma consulta no seu centro de saúde e 22% a ausência da especialidade de que necessitam no hospital da sua área de residência. Logo, as motivações essenciais passam por questões de acessibilidade e oferta de cuidados.

No que toca à realização das cirurgias no sector privado, 7% dos inquiridos recorreram a este sector para a realização de cirurgia e 46% destes referiram não poder esperar pela intervenção num hospital público. Mais uma vez, a questão da acessibilidade é a causa fundamental. Em termos sócio-económicos os indivíduos que mais recorreram à medicina privada para cirurgias posicionam-se na classe média alta.

Segundo este estudo, 73% dos utilizadores dos cuidados privados estão, em geral, totalmente satisfeitos com as consultas e 86% estão totalmente satisfeitos com a qualidade do serviço prestado pelo médico no consultório. No que respeita aos internamentos em hospitais privados, 68% estão totalmente satisfeitos e 89% estão muito satisfeitos com a qualidade da equipa médica. No entanto, só 47% estão totalmente satisfeitos com a adequação do custo do internamento.

Em conclusão, poderemos dizer que, de um modo geral, os cidadãos utilizadores dos cuidados de saúde privados estão muito satisfeitos, sendo as competências técnicas o factor que mais contribui para a sua satisfação. Também nos cuidados de saúde privados os tempos de espera desagradam ao doente, observando-se que os serviços de saúde privados têm ainda de vocacionar melhor a sua orientação para o cidadão-cliente.

Cerca de 60% dos inquiridos referem como primeira vantagem do serviço público as razões económicas. Foi

neste ponto que o utente mostrou um maior desagrado por ter de utilizar os cuidados privados, segundo os resultados obtidos por “A Satisfação dos Utilizadores dos Cuidados Privados de Saúde”. Por sua vez, no estudo “Saúde e doença em Portugal” 27,4% dos inquiridos refere como primeira vantagem para recorrer à medicina privada o facto de o atendimento ser mais rápido e 24% por aí lhe ser prestada maior atenção.

## ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

### O CASO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

O aumento da procura de cuidados de saúde na maior parte dos países europeus é explicada pelas alterações demográficas verificadas nos últimos 20 anos, que têm sido acompanhadas por um correlativo aumento da expectativa de melhoria da qualidade de vida. A conjugação destes factores colocou os sistemas de saúde numa situação paradoxal, com o aumento da esperança de vida a criar novas necessidades em cuidados de saúde, como as cirurgias da catarata e a substituição do colo do fémur, e o tempo de espera por este tipo de intervenções a aumentar mais do que a média na maior parte dos países. Mas não têm sido só os idosos a aumentar as suas expectativas quanto à melhoria da qualidade de vida e dos cuidados prestados pelos serviços de saúde. A população, em geral, em consequência das novas tecnologias de informação e dos elevados padrões de vida impostos pelos valores dominantes, tornou-se também mais exigente quanto ao acesso e melhor informada quanto aos serviços que lhe são prestados.

### O ESTADO DA RESOLUÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS EM PORTUGAL

Em Abril de 2002, com uma orientação marcadamente virada para a espera cirúrgica, o Programa de Promoção do Acesso (PPA) iniciado em 1998 passou a tomar a designação de PECLEC (Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, RCM nº100/2002, 25 de Maio). Segundo dados do Ministério da Saúde reportados pelo jornal Diário de Notícias (2 e 3 de Outubro de 2002), existiriam, em 30 de Junho de 2002, 123.166 doentes em lista de espera para uma cirurgia, dos quais 86 mil em espera clinicamente inaceitável. As patologias com mais doentes em espera seriam as hérnias, as cataratas, as varizes e várias patologias do ouvido.

O Ministério da Saúde estima em 2 anos (RCM nº100/2002, 25 de Maio) o tempo necessário para que a totalidade dos casos agora em espera seja resolvida, tendo atribuído, para o efeito, um financiamento de 187 milhões de euros para o programa. Ainda de acordo com o propósito do Ministério da Saúde, cerca de 20% dos doentes em espera serão atendidos pelo sector privado, social e lucrativo.

Entre os objectivos fixados no PECLEC estão, (i) estabelecer um regime de atendimento dos doentes em correspondência inversa aos tempos de espera (...) sem prejuízo da prioridade concedida a quadros clínicos considerados urgentes, (ii) estabelecer um sistema de concorrência entre os sectores público, social e privado, e (iii) criar uma instância para a qual o doente possa reclamar em caso de prejuízo do seu direito aos cuidados de saúde do SNS. É ainda criada uma comissão de acompanhamento da execução do Programa junto de cada Administração Regional de Saúde (ARS), composta por representantes da Ordem dos Médicos, sector social, Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde, dos utentes e da respectiva ARS.

A operacionalização do Programa reveste a forma de Protocolo - a ser celebrado entre as ARS, entidade gestora, e os hospitais, entidades prestadoras - tendo como aspectos mais relevantes, (i) o volume da produção acrescida contratada, (ii) o volume da produção corrente assegurada, (iii) a amplitude do processo terapêutico - consultas pré e pós-operatórias, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (iv) o valor e os prazos de pagamento dos actos médico-cirúrgicos, (v) as condições de reorientação dos doentes, (vi) a periodicidade da actualização das listas de espera, (vii) o sistema de validação das intervenções realizadas e, (viii) as sanções previstas para o incumprimento do Protocolo.



## O ANO DE 2002

Dados da avaliação da execução do PPA de 2001, indicavam que em 31 de Dezembro desse ano existiam 86 500 doentes em espera por uma cirurgia, acima do tempo de espera clinicamente aceitável. Este valor é coincidente com o reportado pelo Ministério da Saúde e divulgado pelo Diário de Notícias (2 e 3 de Outubro), para Junho de 2002. Os dados do Relatório da Direcção-Geral da Saúde indicam, no entanto, que no final de Setembro de 2002 existiriam 110 994 casos em espera (média de 9 meses), com indicação cirúrgica, dos quais 97 496 acima do tempo de espera clinicamente aceitável. Por decisão do Ministério da Saúde, foram acrescentados ao Programa cerca de 37 mil novos casos resultantes da selecção de novas patologias.

De acordo com os dados da DGS, a hérnia é a patologia mais prevalente nas ARS que disponibilizaram dados - Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve - com 6 783 casos, 698 casos e 418 casos, respectivamente, acima dos tempos clinicamente aceitáveis. Seguem-se as cataratas, com 6 146 casos, 699 casos e 523 casos, respectivamente. Estas duas patologias representam cerca de 14% do volume de casos em espera por uma cirurgia e com um tempo de espera nunca inferior a 500 dias.

### TEMPOS DE ESPERA

Dados da DGS indicam-nos o tempo de espera médio, em dias, para a realização de uma cirurgia, reportado ao tempo de espera clinicamente aceitável (teca). Estes valores variam entre 340 dias, para o caso de “outras patologias uterinas” e 2 948 dias, para um teca < 180 dias, caso da prótese total do joelho, PTJ). O **Quadro VI** expressa a amplitude de variação dos valores médios da espera em cada patologia, por ARS, sendo que o maior valor se verifica entre as ARS do Norte e do Alentejo, para o caso da prótese total do joelho. Seis anos e meio separam o tempo de espera para esta intervenção nestas duas ARS.

**Quadro VI – Tempos de espera médios das cirurgias incluídas no programa de redução das listas de espera.**

Patologias	TECA*	ARS				
		Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve
Hérnias	<60; <180		609		2053	
H. Discais	<30		576	1802		
PTA	<180		716		1540	
Varizes	<60; <180			1922		592
Cataratas	<30; <180	505		1341		
Eventrações	<60; <180			2046	462	
P. proctológica		625			959	
Ouvido		676				1019
Adenoma prostático	<90; <180		654	2051		
Outra patol. Uterina		502		340		
Colecistectomia	<30; <180		651		1398	
Septoplastia				789	2017	
PTJ	<180	552			2948	
Outra patol. Joelho						
Miringotomia		630				1445
Fibromioma	< 180		458			867
Glaucoma	< 30		512			
Bypass	< 60			2577		
Proced. Cardíacos	< 60			509		
Artroscopia				560		

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Legenda: \*nos teca estão expressas as situações com ou sem complicações

## PRODUÇÃO

Dos 110 994 casos em lista de espera por uma cirurgia, cerca de 88% tinha um tempo de espera acima do clinicamente aceitável. Até 30 de Setembro de 2002 tinham sido realizadas 15 730 cirurgias em produção adicional e 18 547 em produção corrente, num total de 34 277 cirurgias (ver **Quadro VII**). A despesa realizada com a produção adicional foi de 26 935 445 euros, tendo o custo médio de cada cirurgia ficado em 1 712 euros, mais 17% do que em 2001 e mais 26% do que em 2000.

### Quadro VII – Desempenho do programa de redução das listas de espera cirúrgicas

	2000	2001	2002*	$\Delta 2002/2001$	$\Delta 2002/2000$
Total de casos em espera	127 244	101 725	110 994	+9%	-13%
Total de casos acima dos teca	84 805	90 451	97 496	+8%	+15%
Produção corrente	14 602	-	18 547	-	+27%
Produção adicional	6 003	23 791	15 730 (21000)**	-12%	+250%
Despesa (em euros)	16 207 070	34 857 910	26 935 445 (35 952 000)**	+3%	+121%
Custo médio (em euros)	1 360	1 465	1 712	+17%	+26%

Fonte: Direcção-Geral da Saúde

Legenda: \* valores correspondentes a 30 de Setembro de 2002; \*\* - projecção aritmética até 31 de Dezembro de 2002

## NECESSIDADES DE INFORMAÇÃO PARA A GESTÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

Para identificar os principais obstáculos do acesso aos serviços de saúde, um grupo técnico do Ministério da Saúde e Consumo de Espanha desenvolveu uma técnica de consenso para seleccionar os factores que determinariam a existência das listas de espera naquele país. Este grupo identificou 23 factores com diferentes importâncias relativas, agregados em 3 grupos - aumento progressivo da procura, diminuição e rigidificação da oferta, fragilidades do sistema de auto-regulação. A partir destes 23 factores, o grupo técnico seleccionou os 10 principais factores que explicariam a existência de listas de espera, tomando como critério os maiores valores médios da pontuação de cada factor:

<b>Principais factores que explicariam as listas de espera</b>
1. Envelhecimento da população
2. Estrangulamentos funcionais (*)
3. Horário de funcionamento dos serviços (*)
4. Irregularidade do desempenho individual (*)
5. Variabilidade do desempenho clínico
6. Inconsistências na utilização no sistema público de saúde (*)
7. Distribuição irregular de recursos (*)
8. Envolvimento limitado dos médicos na gestão (*)
9. Grau de articulação dos serviços de saúde
10. Natureza do dispositivo público de gestão

Figura 1. Principais factores que explicariam as listas de espera. Fonte: Comissão Europeia (2002), p. 10.

De acordo com este estudo, 6 dos 10 principais factores que determinam a existência de listas de espera diriam respeito à diminuição da oferta (\*) e só 2 factores estariam associados ao aumento da procura – envelhecimento da população e grau de articulação dos serviços de saúde.

Ainda em Espanha, um Grupo de Peritos sobre Listas de Espera elaborou um conjunto de propostas de curto e médio prazo para dar resposta a este problema, destacando-se as seguintes:

- Garantir a manutenção da equidade do sistema público de saúde;
- Elaborar planos de acção visando dar resposta às listas de espera;
- Estabelecer um consenso sobre prioridades clínicas e fixar tempos de espera máximos para cada prioridade;
- Adaptar e otimizar os recursos disponíveis na base das necessidades objectivas;
- Promover a liberdade de escolha informada dos utilizadores dos serviços de saúde;
- Reforçar o envolvimento dos profissionais na gestão clínica dos serviços de saúde e criar incentivos orientados para objectivos específicos de recuperação das listas de espera;
- Desenvolver um sistema de informação para a gestão das listas de espera e elaborar um conjunto de indicadores para a monitorização da oferta e da procura;
- Melhorar a gestão dos actuais recursos dos serviços de saúde;
- Criar um sistema de prioridades para os doentes em lista de espera e garantir a sua monitorização;
- Estabelecer incentivos financeiros para os serviços que cumpram os objectivos estratégicos fixados para a redução das listas de espera;
- Reforçar a cooperação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.

Para se proceder à avaliação do programa de recuperação das listas de espera cirúrgicas em Portugal teria sido necessário a seguinte informação mínima:

- Total de casos em espera > teca no dia 1 de Janeiro de 2002, por patologia;
- Total de casos em espera < teca no dia 1 de Janeiro de 2002, por patologia;
- Total de casos entrados até 31 de Dezembro de 2002, por patologia e por tempo de espera;
- Tempos de espera médio, máximo e mínimo para consulta, realização de meios complementares de diagnóstico e cirurgia, por patologia;
- Total de casos com cirurgia marcada, por patologia, em 30 de Junho;
- Total da produção corrente, em 31 de Dezembro, por patologia e por tempo de espera;
- Total da produção adicional, nos serviços do SNS, em 31 de Dezembro, por patologia e por tempo de espera;
- Total da produção realizada pelo sector privado, em 31 de Dezembro, por patologia e por tempo de espera;
- Total de casos expurgados (óbito, dupla contagem, desistência da intervenção cirúrgica, revisão clínica da indicação cirúrgica, cirurgia já realizada, mudança de residência, referência a um prestador de outra ARS);
- Total de readmissões pela mesma causa;
- Despesa realizada com a produção nos sectores público e privado, e por patologia.

Na gestão de uma lista de espera de doentes com indicação cirúrgica podíamos fixar os seguintes algoritmos críticos de sucesso:

1. Produção corrente + produção adicional  $\geq$  meta anual - casos expurgados + total de readmissões;
2. Produção corrente  $\geq$  casos anuais  $\leq$  teca

O Conselho da Europa adoptou, por sua vez, uma Recomendação na qual é afirmado que “o acesso aos cuidados de saúde devia ser feito de acordo com as necessidades de cada um e ser independente das condições económicas de quem deles necessita” (*Recommendation n<sup>o</sup> (99) 21 on criteria for management waiting lists and waiting times in health care, www.coe.int*). Para além deste princípio genérico, o Conselho da Europa considera que as listas de espera e os tempos de espera tornaram-se um dos principais padrões de acessibilidade aos cuidados de saúde e da efectividade dos sistemas de saúde globalmente considerados.

Relativamente à gestão do acesso, o Conselho da Europa faz as seguintes recomendações:

- Fixação de objectivos para o acesso aos cuidados;
- A definição de tempos de espera garantidos segundo a especialidade médica, a condição de saúde do doente e o diagnóstico;
- A explicitação dos critérios de agendamento de doentes;
- A elaboração de orientações para o estabelecimento de prioridades;
- Estabelecimento de critérios de revisão e validação das listas de espera.

Uma das dimensões mais importantes da gestão do acesso é a população e os doentes disporem de informação que lhes permitam participar nas decisões que melhor salvaguardem a satisfação das suas necessidades em

saúde. Neste aspecto, a Suécia e a Holanda (Rooij, *P. Informing patient about waiting times*, [www.bope.be](http://www.bope.be), 2002), desenvolveram sistemas de informação aos utilizadores dos serviços que lhes permite ter conhecimento dos tempos de espera para diferentes especialidades médicas e certos tipos de diagnósticos e tratamentos.

No caso da Suécia, o sistema fornece informação sobre os tempos de espera para 25 especialidades médicas, 6 procedimentos diagnósticos e 27 diferentes tipos de tratamentos electivo. Para cada tipo de diagnóstico clínico e respectivo tratamento, a informação disponível abrange:

- Tempo de espera, em semanas, para um novo caso, desde que a situação não seja urgente ou não constitua uma prioridade clínica;
- A produção de cada quadrimestre, ou seja, o volume de novos casos atendidos.
- A data em que o tempo de espera previsto foi anotado, com o objectivo de manter os tempos de espera tão garantidos quanto possível;
- O volume de doentes em lista de espera, incluindo tanto os casos com a data do atendimento marcada como os que ainda não têm essa data atribuída. Estes dados são divulgados três vezes por ano, (31 de Abril, 30 de Agosto e 31 de Dezembro);
- A percentagem de doentes atendidos durante cada quadrimestre com tempo de espera tenha sido inferior a 3 meses;

## CONCLUSÕES

Relativamente a 2001, dispôs-se de muito menos informação, mais incompleta e pouco discriminada. Não foi disponibilizada informação sobre a produção contratualizada e realizada, nem sobre o desempenho de cada ARS no que se refere à produção corrente e adicional. Fica por saber qual foi a intervenção do sector privado e que peso teve na produção adicional.

Verificaram-se mais casos em espera e mais casos em espera acima do tempo clinicamente aceitável.

Apesar da produção adicional projectada para 2002 ser inferior em 12% à de 2001, verificou-se um aumento de 26% do custo médio de cada cirurgia.

Com os dados disponíveis não foi possível seguir o ciclo da contratualização da produção nem o estado de resolução de algumas patologias mais frequentes, como as cataratas, hérnias, varizes e próteses totais da anca.

Apesar da lei sobre listas de espera (Lei nº27/99, de 3 de Maio) aprovada pelo Parlamento determinar a apresentação de um relatório sobre listas de espera (de 2 em 2 meses), não se tem notícia de que algum relatório tenha sido apresentado durante o último ano, nem que isso tenha provocado qualquer incómodo à Assembleia da República.



## GOVERNAÇÃO

### AGENDA POLÍTICA E PROCESSOS DE GOVERNAÇÃO: LEGITIMAÇÃO TÉCNICA E LEGITIMAÇÃO POLÍTICA

A análise da governação da saúde é uma questão delicada.

Para a fazer é necessário distinguir entre a “**agenda política**”, território político associado a opções, valores e princípios específicos e “**processos de governação**” domínio susceptível de uma análise técnica baseada em princípios amplamente aceites de “boas práticas” de governação. Como se refere na introdução existe hoje uma ampla base de conhecimento sobre esta matéria.

O OPSS procura entender, explicitar e descrever a agenda política do governo da saúde, mas não toma posição sobre ela. Analisa os processos de governação da saúde segundo critérios explícitos e fundamentados e emite um juízo sobre os resultados desta análise.

Esta distinção entre agenda política e processos de governação é de uma importância fundamental.

As opções políticas encontram a sua legitimação no processo eleitoral e no programa de governo. A existência de opções políticas alternativas é importante para a clareza das escolhas em presença e portanto para o exercício da cidadania. As opções do actual Ministério da Saúde foram legitimadas, face às alternativas propostas, num processo político-eleitoral recente.

No entanto, a tradução dos diferentes elementos da agenda política (por exemplo a empresarialização incluída no programa do governo), para **soluções técnicas concretas** (no exemplo, 31 empresas públicas, sob um determinado estatuto de sociedade anónima (SA), a partir de 1 de Janeiro de 2003, no actual contexto Português), parte igualmente de uma **legitimação técnica**.

Esta legitimação técnica traduz-se em duas vertentes distintas que, no caso do exemplo acima referido, poderiam ser as seguintes:

- a) **Primeiro nível de legitimação técnica:** em que concepção teórica ou que avaliação de experiências anteriores, nacionais ou internacionais se fundamentam as vantagens do modelo SA (em comparação com modelos alternativos)?
- b) **Segundo nível de legitimação técnica:** uma vez estabelecida esta primeira base do conhecimento é então possível partir para um segundo nível de legitimação técnica que consiste no estudo prospectivo dos impactos sociais e económicos destas medidas, e das metas em termos de acesso, qualidade e eficiência que se propõe atingir a curto, médio e longo prazo e ainda da natureza, validade e precisão dos mecanismos de monitorização, avaliação e publicitação que estarão a ser desenhados.

Esta legitimação técnica é fundamental para as necessárias negociações com os actores sociais e esclarecimento do público sobre a avaliação das soluções técnicas adoptadas.

Naturalmente que a avaliação política da acção do governo não se pode confundir com este nível de legitimação técnica.

Neste contexto, o ponto de vista deste relatório em relação à análise dos processos da governação da saúde em curso, pode ser assim resumida:

- As numerosas medidas tomadas pelo Ministério da Saúde durante o primeiro ano de governo reflectem o teor do programa de governo legitimado politicamente;
- O sistema político português prepara propostas eleitorais e de governo, com uma limitada base técnica – ou seja, os ideários políticos não são acompanhados por estudos detalhados sobre soluções técnicas concretas que deles decorrem;
- O estudo dos processos de governação da saúde nos últimos anos mostra importantes discontinuidades de orientação, mesmo entre governos que tem origem nas mesmas forças políticas. Assim, a opção de adoptar um programa de reformas que se vai implementando incrementalmente durante um mandato de quatro anos - à medida que os estudos técnicos, ensaios sobre o terreno e processos negociais que se vão desenrolando - dissipa, em vez de fortalecer, a sua base política de apoio. Este é um trabalho necessário, mas pouco visível que não substitui a acção sobre o terreno;
- Neste contexto o Ministério da Saúde optou por iniciar uma “reforma da saúde” imediatamente após o início da sua actividade, o que deu origem a uma considerável intensidade governativa durante o primeiro ano do mandato, como se descreve;
- Nestas circunstâncias não é razoável esperar que, durante um tão curto espaço de tempo, tenha sido possível proceder de uma forma aceitável à legitimação técnica das soluções adoptadas;
- Por isso terá de se investir agora fortemente num importante esforço de fundamentação técnica, que permita estabelecer objectivos concretos, avaliá-los, divulgar os resultados e proceder aos ajustamentos necessários;
- Se o governo da saúde não sentir a necessidade de proceder deste modo, poderá perder a capacidade crítica de avaliação objectiva à medida que a força das convicções para gerir um processo de mudança (complexo e duríssimo como este) vai diminuindo a tolerância pela divergência de opinião. Ficaria o teatro político. Perder-se-ia um impulso e uma oportunidade importante para melhorar a governação da saúde.

Nesta perspectiva passaremos aqui em revista, de forma sumária, os principais aspectos da governação da saúde, partindo dos de carácter mais geral de governança até chegar aos mais específicos e operacionais. Referem-se também algumas experiências internacionais que parecem particularmente relevantes.

#### 1. Aspectos gerais da governação da saúde (governança)

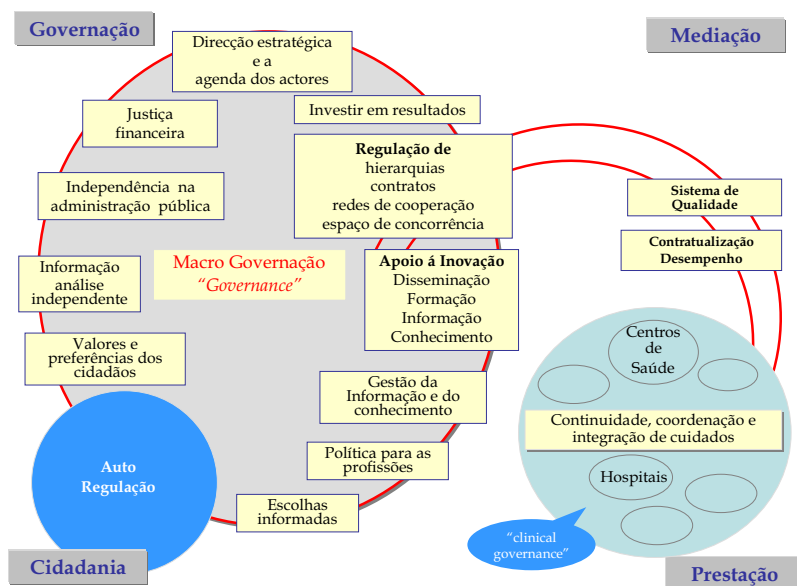
Um dos principais problemas da gestão de mudança em sistemas sociais complexos, consiste na falta de entendimento pelo sistema político, gestores, agentes sociais e comunicação social, da importância das boas práticas da governação (governança). Tudo parece processar-se como se políticas claras, reformas legislativas, vontade política e boas intenções para as implementar, fossem o suficiente. (E no entanto está longe de o ser).

Na breve referência ao contexto do sistema de saúde foi já referida a desvantagem que representa para a reforma da saúde a limitada eficácia e transparência de muitos dos nossos instrumentos de governação (ver **Figura 7**), o baixo nível educativo e a limitada utilização de informação e do conhecimento quando estes elementos são comparados nos países da União Europeia.

É relativamente evidente que, em países com o grau de desenvolvimento social e institucional similar a Portugal, a capacidade de governação é efectivamente limitada. As reformas de saúde têm de tomar em linha de conta este facto.

Para ilustrar a importância que actualmente se concede a esta questão da saúde, seleccionaram-se alguns exemplos de experiência internacional que parecem particularmente ilustrativos (ver **Quadro VIII**).

Figura 7 – Governação da Saúde



**Legenda:** A governação da saúde: complexa, multidimensional, indispensável. A governação de saúde ainda é pouco afectiva em países com o grau de desenvolvimento de Portugal.

- Para além dos aspectos gerais da governação (governança) acima referidos serão seguidamente abordadas algumas das principais questões específicas da governação da saúde: Protecção e Promoção da Saúde, Financiamento, o Medicamento e os Recursos Humanos da Saúde.



## Quadro VIII – Boas práticas na governação da saúde

**Canadá:** *“Building on values”*: Um processo de consulta sobre valores e preferências para o futuro (2002)

[www.healthcarecommission.ca](http://www.healthcarecommission.ca)

Em 2001 o governo do Canadá nomeou uma Comissão para preparar uma proposta de reforma de saúde baseada em valores e preferências dos canadianos, através de: (i) sessões regionais de “diálogo deliberativo” com canadianos escolhidos aleatoriamente; (ii) fóruns televisivos com peritos em política de saúde; (iii) audições públicas, transmitidas pela televisão; (iv) inquéritos de base populacional sobre valores que se querem ver expressos nas políticas e outros temas específicos. O relatório final foi entregue e tornado público em Novembro de 2002.

**Espanha:** uma lei consensual sobre a qualificação de governação da saúde (2003)

<http://www.boe.es/>

O parlamento espanhol adoptou com um amplo consenso, a “Lei da coesão e qualidade”.

Esta lei estabeleceu instrumentos essenciais para a boa qualidade da governação da saúde. Entre outros aspectos: (i) reforça a investigação que permite melhorar a base de evidência das decisões políticas; (ii) cria a agência da Qualidade e o Observatório do SNS; (iii) reforça os sistemas de informação e as redes do conhecimento e, (iv) cria um “fundo de coesão da saúde”, que financia a mobilidade dos doentes e a correção das desigualdades.

**EUA:** *“To Err is Human -Building a Safer System”*(1999)

*“Crossing the Quality Chasm- A New Health System for the 21st Century”* (2001)

*“Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality (2003)”*

<http://www4.nationalacademies.org/TomIom/home.nsf/Pages/RecentIv+Released+Reports>

Estimando que em cada ano morrem cerca de 10.000 cidadãos por erros na prestação de cuidados de saúde e centenas de milhares sofrem danos não fatais, foi elaborado um diagnóstico extenso (1999), tornado mais rigoroso e traçada uma estratégia com soluções (2000), tendo culminado (2003) com um plano de reestruturação em áreas prioritárias para a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde nos próximos 10 anos.

**Inglatera:** *“Securing our future health”*: cenários sobre o futuro (2002)

[http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations\\_and\\_Legislation/wanless/consult\\_wanless\\_final.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm)

Este trabalho teve como objectivos: 1) examinar a forma como as tendências de desenvolvimento tecnológico, demográfico e médico influenciarão os serviços de saúde nas próximas duas décadas, através da elaboração de três cenários alternativos e, 2) identificar os elementos chave que determinarão a disponibilidade dos recursos financeiros e outros necessários para que o Serviço Nacional de Saúde (NHS) possa prestar equitativamente bons serviços de saúde. Os resultados serviram de base à elaboração de estratégias económicas e fiscais do governo.

## PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE

A promoção e a protecção da saúde são dos principais objectivos do sistema de saúde. Neste relatório seleccionaram-se os seguintes temas:

- O “Plano de Saúde” em preparação pelo Ministério de Saúde.
- Álcool e saúde – tema associado aos comportamentos e estilos de vida, particularmente sério em termos de saúde pública
- O tratamento dos resíduos industriais perigosos que, como os anteriores, requer um importante esforço de articulação intersectorial
- A promoção da saúde nas escolas exemplifica também a necessidade de cooperação intersectorial a nível local.

Estes temas ilustram três aspectos fundamentais:

- A importância da governação e responsabilização horizontal no sector da saúde;
- A necessidade de melhorar substancialmente a utilização do conhecimento nas decisões da saúde;
- A contribuição que uma abordagem estratégica consistente (que o “Plano de Saúde” pode veicular) pode ter para melhorar ambos os aspectos acima referidos.

O processo de consulta que está em desenvolvimento e a disponibilização ([www.dgsaude.pt](http://www.dgsaude.pt)) de um trabalho provisório são já um indício de mudança, de possibilidade de acolhimento de perspectivas diferentes e de abertura à interpretação do que podem ser considerados os interesses dos cidadãos.

O Plano da Saúde pode dar origem a um potente instrumento estratégico para a reforma de saúde ou limitar-se a ser um exercício atraente, situado nas margens dos processos de mudança propostos. Neste momento ainda não parece ter uma posição de destaque no discurso político do Ministério da Saúde.

O enquadramento estratégico de múltiplas “frentes” de acção, que a melhoria da saúde comporta através de um “Plano de Saúde”, pode ser de grande alcance, dada a filosofia da cooperação e coordenação intersectorial que o orienta. Além disto este plano Nacional de Saúde não dirige nem hierarquiza e vem acompanhado de um processo de consulta.

Ainda numa versão preliminar o Plano de Saúde disponibiliza e sistematiza um importante conjunto de informação sobre as principais questões do sistema de saúde português, e, sobre as medidas previstas ou em curso e com elas relacionadas.

### ÁLCOOL E SAÚDE: IMPASSE I

Face aos últimos elementos do *World Drink Trends WDT 2003* (*World Advertising Research Center Ltd-WARC, UK Oxfordshire*), com autorização da Commissie Gedistilleerd/Commission for Distilled Spirits, Schiedam, Netherlands ([www.pd-cg.nl](http://www.pd-cg.nl)), dos oito maiores consumidores mundiais, Portugal é o único país com indicação de **dados pouco fiáveis**, nas suas estatísticas relativamente aos consumos de álcool.

Quanto às bebidas espirituosas e ao vinho, os dados existentes baseiam-se em dados estimados, referências que persistem desde 1998. Neste contexto a informação referente a 2001, indica que se manteve uma descida gradual dos níveis comercializados, passando Portugal para o 5º lugar a nível mundial, correspondente a **10,6 litros de etanol per capita** (considerando a população geral), assim distribuídos (entre parêntesis os registos do ano anterior - 2000, que em termos do total foi de 10,9 litros de álcool puro):

- Espirituosas ou destiladas: 1,4 litros de álcool puro (1,5);
- Cerveja: 61,3 litros (62,3);
- Vinho: 50,0 litros (51,7) – Portugal está, com a Itália, em 3º lugar a nível mundial, sendo ultrapassado pelo Luxemburgo (64,4) e pela França (56,9); logo abaixo estão a Suíça (43,1), Espanha (36,2), Argentina e Grécia (34,0) e Uruguai (31,9).

Vários indicadores ajudam a perceber as nefastas consequências sobre a sociedade e a saúde pública destes consumos elevados.

Quadro IX – Alguns indicadores relacionados com o consumo excessivo de álcool e contribuição da produção de bebidas alcoólicas para o PNB da UE (2001).

Contribuição da produção de bebidas alcoólicas para o PNB da UE	2%
Peso dos problemas derivados do consumo de álcool sobre o PNB da UE	5-6%
Mortes por cancro da mama	1498
Mortes por cancro da próstata	1700
Mortes por acidentes rodoviários	1995
AVPP* por tumores malignos	20.934
AVPP* por acidentes rodoviários	44.263

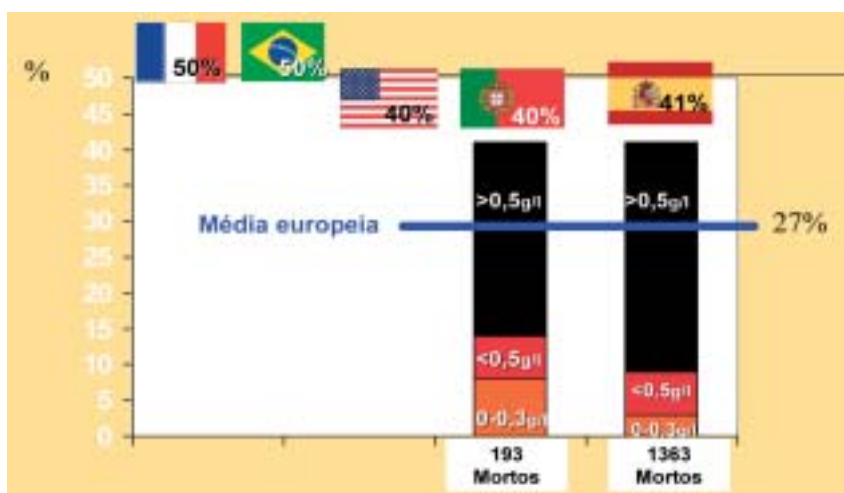
Fonte: Direcção-Geral de Viação, com o factor de correcção 1999; Direcção-Geral da Saúde, 1999, CCE, 2001 (AVPP, anos potenciais de vida activa perdidos)

Nota: Peso sócio-económico dos acidentes de viação relativamente às doenças oncológicas, cancro da mama, da próstata, e comparação dos Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por acidentes rodoviários e tumores malignos em Portugal (1999).

Os últimos estudos publicados (Direcção-Geral de Viação, 2000) apontam para a probabilidade de nos cruzamos com um condutor muito embriagado (mais de 1,2 g/l) ser de um em cada 34 condutores, ao circularmos nas estradas portuguesas. No entanto, esta probabilidade passa de 1 para 70 se considerarmos condutores assumindo o comando da sua viatura com taxas ilícitas (entre 0,5 e 1,2 g/l).

Quando é alterada a estratégia da fiscalização nas estradas (como aconteceu no primeiro trimestre de 2003) esta situação torna-se mais evidente. Assim, até ao início de Março de 2001, 2000 condutores tinham sido autuados por excesso de álcool no sangue. Em 2002 esse número atingiu os 2500 enquanto que em 2003, em idêntico período, foram autuados 3615 condutores, dos quais 1319 responderam em tribunal por crime de condução em estado de embriaguês. Só em Portugal, e de acordo com o último estudo publicado comparando diversos países, 40% dos condutores mortos tinham álcool no sangue, enquanto que a média europeia apresentava valores próximos dos 27%. (ver **Figura 8**).

Figura 8 - Percentagem dos condutores mortos em cinco países, de acordo com a alcoolémia.



Fonte: Marinho, RT. Redução do limite legal da taxa de álcool no sangue para 0,2 mg/ml. Parecer médico elaborado para a Secretaria de Estado da Administração Interna em Setembro de 2001 (Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituto Nacional de Toxicologia, Eurostat, 1998).

No **Quadro X**, resumem-se os principais factores relacionados com a questão “álcool e condução rodoviária”, que reflectem uma situação de impasse.

#### Quadro X - Ponto da situação sobre a questão “álcool e condução rodoviária”

1. A **regulamentação do PACA** (Plano de Acção Contra o Alcoolismo), mantêm-se incompleta (Dec-Lei 9/2002, de 24 de Janeiro);
2. Não houve qualquer decisão sobre o funcionamento ou composição da Comissão Interministerial nomeada para elaborar a proposta de regulamentação e acompanhar a respectiva aplicação – a última reunião verificou-se no início de Maio de 2001, antecedendo a entrega, no período indicado para o efeito, do (importante e completo) pacote de proposta de regulamentação;
3. Quanto à Comissão Mista (também estritamente técnica) de Acompanhamento da **Regulamentação da Condução sob o efeito do Alcool e de outros Psicotrópicos**, a situação apenas apresenta uma pequena variação em relação à precedente – o actual Secretário de Estado da tutela requereu em Setembro último (com “muita urgência”), uma proposta de revisão da Portaria 1006/98, que aprova e regulamenta, não sendo conhecidas quaisquer decisões sobre esta matéria;
4. Por falta de solicitações da tutela, a Comissão não voltou a reunir, nem foi substituída;
5. Impasse na **fiscalização rodoviária** devido ao envelhecimento e baixa operacionalidade dos meios motorizados da Brigada de Trânsito, prevendo-se que a ausência de verbas orçamentadas para a sua substituição impossibilite, pela 1ª vez, a respectiva participação na Volta a Portugal em Bicicleta! Recorde-se que já no anterior relatório do OPSS se realçava o facto de Portugal ter 1/5 da média das fiscalizações da UE;
6. Mesmo assim de acordo com o “Relatório de Segurança Interna”, divulgado no início de Maio de 2003, os agentes de fiscalização detectaram, no ano transacto, *29 205 automobilistas com alcoolémias ilícitas*;
7. Esses valores correspondem a um aumento de 6,2 % em relação ao ano transacto mas com *menos 81 000 testes* de rastreio concretizados;
8. Na vertente de **investigação epidemiológica e clínica/terapêutica** instalou-se o impasse: nem se conhecem estudos nem a publicação do Dec. Lei 318/2000, de 14 de Dezembro, alterou algo de significativo a nível dos Centros Regionais de Alcoologia ou a prevista criação de unidade funcionais alcoológicas nos departamentos e serviços de saúde mental dos hospitais gerais;
9. A maioria Parlamentar que apoia o actual Governo retomou o **nível de 0,5 gr/l para a taxa de alcoolémia máxima permitida** aos condutores rodoviários e peões, revogando a anterior legislação sem ter constituído previamente a comissão técnico-científica que o diploma sustentava.

#### RESÍDUOS INDUSTRIAIS PERIGOSOS (RIP) – IMPASSE II

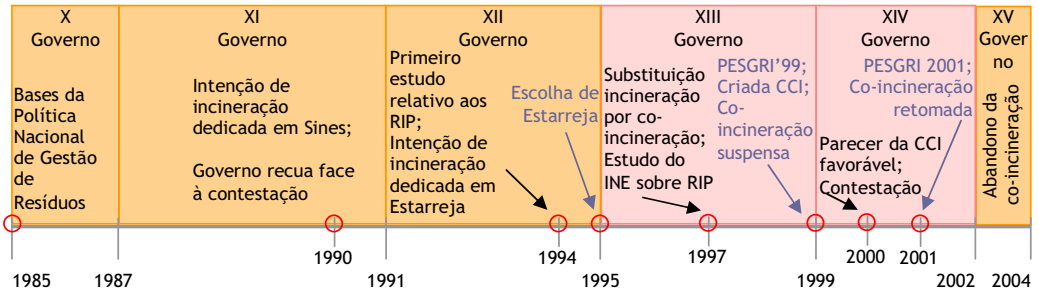
Em Portugal o problema do tratamento dos resíduos tem sido uma história de avanços e recuos. Para além das intenções de solução avançadas pelo Ministério das Cidades, do Ordenamento do Território e do Ambiente (MCOTA) no corrente ano, continua sem solução definitiva para as toneladas de lixo produzido anualmente pelo sector industrial. Entre mudanças de localização, do tipo de solução (incineração dedicada ou co-incineração), várias tentativas de inventariação da quantidade e natureza dos RIP (7), a elaboração de diversos relatórios, é evidente a crescente desconfiança das populações e o desconhecimento das quantidades e origem dos RIP.

O problema dos RIP tem passado, sem solução, por todos os governos (ver **Quadro XI**):

- 1985-1995 — a escolha é a incineração. Período caracterizado por vários avanços e recuos (incineração dedicada em Sines, reformulação do processo devido às manifestações das populações, incineração dedicada em Estarreja, um estudo sobre os RIP);

- 1995-2002— a escolha é a co-incineração. Período caracterizado por vários avanços e recuos (suspensão da incineração dedicada, escolha da co-incineração, suspensão da mesma devido à contestação das populações, um parecer científico muito contestado (CCI), retoma da co-incineração, cinco estudos sobre os RIP);
- 2002 até a actualidade — suspensão da co-incineração (e da incineração), um estudo sobre os RIP ainda não divulgado, a escolha por centros de redução, reciclagem e tratamento não pondo de lado a exportação dos RIP que não possam ser tratados.

#### Quadro XI – A evolução do tratamento dos resíduos industriais perigosos (1995-2004)



O Relatório da CCI refere que “em Portugal, como aliás nos países do sul da Europa, não existem informações que permitam conhecer, de uma forma quantitativa, pelo menos, aceitavelmente aproximada, quais as fontes reais de produção e os teores de exposição humanos à generalidade desses contaminantes considerados fundamentais para a saúde humana e o equilíbrio do ecossistema”. De facto, em Portugal, já se fizeram várias tentativas, para tentar inventariar a quantidade e a natureza dos RIP. A última tentativa resultou da assinatura de um protocolo entre o MCOTA e seis universidades em Maio de 2002 da qual ainda se desconhecem os resultados.

É urgente colmatar essa lacuna de conhecimento, para que, de forma fundamentada em evidência, se possa avaliar o impacto de qualquer atitude tomada ou a tomar em matéria ambiental e de saúde. Contudo, este desconhecimento não pode por si só justificar os recuos existentes nestes últimos 13 anos em termos de decisões relativas ao tratamento dos RIP.

#### PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR – REDE NACIONAL DAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE: DESCONTINUIDADE?

A Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) integra, desde 1994, a Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde, projecto promovido pela Organização Mundial da Saúde, a Comissão Europeia e o Conselho da Europa.

Esta Rede Nacional, orientada tecnicamente por um Centro de Apoio Nacional (CAN), constitui um modelo organizativo e de implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar, numa estratégia de intervenção desenvolvida e sustentada por uma parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, formalizada em 1998 pelos respectivos Ministros através do Despacho conjunto nº 271/98 de 23 de Março. A pertença a esta rede é voluntária e processa-se mediante a assinatura de um contrato de adesão.

No início do ano lectivo 2001/2002, o aumento do número de pedidos de adesão à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), por escolas/agrupamentos e centros de saúde (de 1957 escolas em 2000/2001 passou-se para 3407 e de 255 centros de saúde para 265) é revelador do interesse em se associarem a este projecto. O estudo comparativo entre escolas pertencentes à RNEPS e outras do sistema educativo mostra diferenças significativas, bastante mais favoráveis às escolas da RNEPS, no que respeitava às variáveis avaliadas.

No contexto português são conhecidos os riscos que projectos de desenvolvimento progressivo a longo prazo têm quando se observam mudanças políticas e na administração pública. A não realização recente de um fórum previsto para avaliação do projecto e a definição de um novo Plano Estratégico para os próximos três anos e o clima de indefinição que daqui resulta, podem dar origem a uma considerável desmobilização da rede e uma importante perda de capital social dificilmente recuperável a curto prazo.

### O FINANCIAMENTO DO SNS

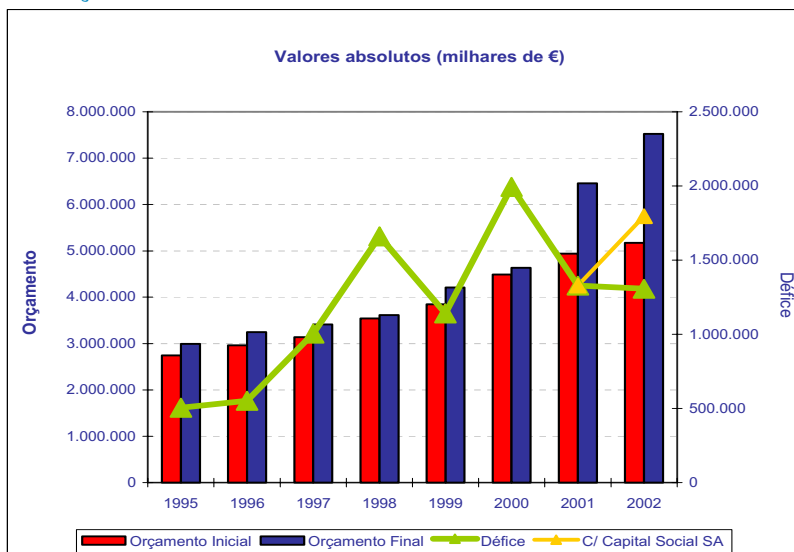
As regras de financiamento do SNS não tiveram em 2002 qualquer alteração, mantendo-se a tendência dos anos anteriores de grande irregularidade na evolução das dotações orçamentais.

No último ano, na sequência do processo de empresarialização de hospitais públicos foi, pela primeira vez, atribuída uma verba de cerca de 900 milhões de euros (mais precisamente 897,836) para dotações de capital aos hospitais S.A.

Não se dispõe ainda de informação sobre o destino dado a estes recursos, embora vários peritos do sector refiram que as dotações de capital estão a ser utilizadas maioritariamente para suportar a despesa corrente dos respectivos hospitais e cobertura de défices.

Os anos de 2002 e 2001 mostram uma elevada prioridade política atribuída à saúde. Embora o Orçamento Inicial tivesse apenas um crescimento de 4,5% face ao ano anterior, a evolução da dotação final mostra acréscimos de 16,4% em relação a 2001 e de 62% em relação ao ano de 2000 (ver **Figura 9**).

Figura 9 – Evolução do Financiamento do SNS



Fonte: IGIF

Verifica-se, no entanto, que estes valores não foram suficientes para impedir a formação de um elevado défice financeiro, pois a despesa manteve também um elevado ritmo expansionista. Apesar da excessiva prioridade do objectivo político de controlo do crescimento da despesa pública, a efectividade na saúde foi muito reduzida, tendo a despesa do SNS (de acordo com a escassa informação disponível nesta data) mantido um padrão de crescimento acima dos 9%. Assim, o acentuado reforço do financiamento público do SNS não conseguiu mais que atenuar ligeiramente o pesado défice acumulado, superior a 1300 milhões de Euros no final de 2002, se não levarmos em consideração o reforço de capital atribuído aos hospitais S.A.

Foi entretanto disponibilizado o relatório referente à “Auditoria à Situação Financeira do SNS” realizada pelo Tribunal de Contas (Maio 2003), que vem reforçar o ponto de vista do OPSS, já expresso nos seus relatórios anteriores, relativamente às flutuações e falta de rigor, quer nos critérios de atribuição, quer na afectação de recursos financeiros às instituições de saúde (ver **Quadro XII**).

#### Quadro XII- Síntese da Evolução dos Critérios de Financiamento

Anos	Entidades	Critérios de Financiamento	Observações
1998	ARS's	Financiamento "histórico" 1 + 8,3% a atribuir em função da população equivalente para cuidados primários.	
	Hospitais	80% do financiamento "histórico" + 20% do valor da produção.	Os 20% da produção foram calculados com base nos GDH's do internamento
1999	ARS's	84,5% do financiamento "histórico" 1 + ajustamento por grupo etário + ajustamento pela carga de doença.	
	Hospitais	70% do financiamento "histórico" + 30% do valor da produção	Os 30% resultam do somatório de 3 componentes: Internamento+Cirurgia Ambulatória+Ambulatório.
2000	ARS's	70% do financiamento "histórico" + 30% de capitação ajustada.	A componente capicional contou com os ajustamentos sexo/idade e carga de doença.
	Hospitais	70% do financiamento "histórico" + 30% do valor da produção	Na produção foi considerado Internamento (GDH), Cirurgia Ambulatória, Hospital de Dia e Ambulatório Hospitalar (estes dois últimos foram este ano financiados pela 1ª vez, pela produção).
2001	ARS's	60% do financiamento "histórico" + 38,5% do financiamento do ano com base capicional + encargo c/ vacinação + encargos com hemodializados.	A capitação ajustada foi definida em partes iguais pelo ajustamento do sexo/idade e pelo ajustamento carga de doença.
	Hospitais	60% do financiamento "histórico" + 40% do valor da produção	Na produção foi considerado o Internamento e Ambulatório Hospitalar (consulta externa, urgência e hospital de dia).
2002	ARS's	50% do financiamento "histórico" + valor capicional + encargos c/ vacinação obrigatória dos 0 - 14 anos + encargos com hemodializados.	O valor capicional inclui 50% com a capitação ajustada pelo vector sexo/idade e 50% pela capitação do vector "carga de doença".
	Hospitais	50% do financiamento "histórico" + 50% do valor da produção	Os 50% resultam do somatório do internamento, cirurgia ambulatória, hotelaria e ambulatório.

**Notas:** 1. Inclui o orçamento inicial do ano anterior + actualização da tabela salarial; 2. Aos valores da ARSLVT há a acrescentar a renda paga por esta ao Hospital Amadora/Sintra e 3. Base capicional - Com base na população beneficiária do SNS em cada Região, ajustada pela estrutura etária e pela carga de doença.

Qualquer análise que se pretenda fazer, confronta-se assim, tal como explicitado pelo OPSS e igualmente expresso nas recomendações do Relatório do Tribunal de Contas, com falta de disponibilização e de transparência na informação financeira, quiçá agravada no último ano (ver **Quadro XIII**).

### Quadro XIII- Resultados do cruzamento de informação e natureza das justificações apresentadas com maior frequência pelas instituições <sup>(1)</sup>

Em 31/12/2001	Instituições sem divergências	Instituições com divergências	Justificações apresentadas pelas instituições com divergências
Divergências nos valores de receita cobrada entre o Mapa I e o MCEO	42%	58%	Para 87% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de despesa paga entre o Mapa II e o MCEO	51%	49%	Para 88% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de despesa processada entre o MCO e o MCEO	44%	56%	Para 88% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de receita por cobrar entre o Mapa I, o Mapa III e a listagem de facturas por cobrar	42%	58%	Para 50% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática e, para 35%, em procedimentos contabilísticos incorrectos, na falta de conferência de contas correntes ou em razões desconhecidas.
Divergências nos valores de despesa por pagar entre o Mapa II, o Mapa IV e a listagem de facturas por cobrar	57%	43%	Para 30% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática e, para 53%, em procedimentos contabilísticos incorrectos, na falta de conferência de contas correntes ou em razões desconhecidas.

**Fonte:** Elementos remetidos por 69 instituições e constantes dos processos de prestação de contas de 2001 existentes no Tribunal de Contas (mapa de fluxos financeiros e mapa de controlo orçamental).

**Notas:** <sup>(1)</sup> As instituições onde foram apuradas divergências materialmente irrelevantes, face ao orçamento médio global (inicial) do SNS por instituição foram consideradas como “instituições sem divergências”.

Uma outra questão essencial a referir e igualmente abordada nos Relatórios de Primavera, prende-se com o elevado esforço financeiro realizado pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, com recurso a verbas comunitárias, na criação de uma rede informática e no cartão de utente e ainda no desenvolvimento e consolidação das bases de dados existentes, ferramentas fundamentais para a existência de um sistema de informação, rigoroso, transparente e acessível, mas que parece não ter conseguido atingir os seus objectivos.

Lê-se nas Conclusões constantes no Relatório da Auditoria à Situação Financeira do SNS que “As deficiências da informação prestada pelas instituições condicionam o cálculo correcto do valor da receita e da despesa relevada na contabilidade. Não obstante, é com base nesta informação, não validada, que o IGIF procede ao cálculo da “situação financeira do SNS” que comunica à DGO” e “... conclui-se que os dados constantes das demonstrações financeiras das instituições integradas no SNS não são fidedignos, integrais e consistentes, o que implica um juízo desfavorável sobre a informação económico-financeira produzida pelas instituições e conseqüentemente sobre a informação global, agregada e consolidada, relativa à “situação financeira do SNS” produzida pelo IGIF.”

“Os orçamentos das entidades do SNS não deverão acolher procedimentos de engenharia orçamental que permitam a contracção de encargos com mero cabimento virtual, geradores de dívida administrativa e potenciadores de mecanismos de regularização de situações do passado verdadeiramente desresponsabilizantes da gestão”.

Em síntese, esta situação é agravada pelas deficiências do sistema de informação e informatização existente, que não permite identificar os utilizadores do sistema, impossibilitando a quantificação rigorosa do que se faz, do que se gasta e de como se gastam os recursos da saúde.



A aplicação informática de contabilidade (SIDC) desenvolvida pelo IGIF permite a produção de “outputs” económico-financeiros que, reportando-se a uma mesma data, contêm informação divergente sobre os mesmos elementos contabilísticos. Outras aplicações informáticas disponibilizadas pelo IGIF e cujos dados têm reflexos na informação financeira, designadamente as aplicações relativas aos recursos humanos e ao aprovisionamento, não estão integradas com a aplicação informática de contabilidade, uma vez que os dados não são atualizados “on-line”. Este facto implica desatualização de informação e potencial ocorrência de erros ou omissões”.

Este é um exemplo da limitada eficácia e transparência de um dos instrumentos da política de saúde mais importantes – o Financiamento – que carece de urgente aperfeiçoamento de modo a melhorar a qualidade da governação da saúde.

## A POLÍTICA DO MEDICAMENTO

O sector do medicamento está em mudança a nível internacional, nomeadamente por via:

- da globalização;
- do aumento da esperança de vida com o conseqüente aumento dos gastos com medicamentos, designadamente os associados às doenças crónico-degenerativas;
- do domínio do mercado dos EUA, não só por deterem as principais multinacionais do sector, mas também porque, desde 1996, consomem cerca de 60% dos medicamentos disponíveis no mercado.

As mais diversas empresas que se dedicam ao estudo dos mercados de medicamentos apontam para que o mercado europeu, pela sua dimensão e potencialidades, possa vir a ser encarado como um “contra-poder” ao quase monopólio americano.

Há algum consenso europeu sobre as estratégias e medidas a tomar, não só na perspectiva da globalização, mas igualmente na contenção de gastos em medicamentos.

Em Portugal a política do medicamento tem sido orientada nos últimos anos por uma forte preocupação no controlo do crescimento da despesa e objecto dos mais diversos planos. Há consenso quanto à necessidade de conter o crescimento dos gastos com medicamentos e ao facto de que constitui uma área onde se verificam significativos desperdícios.

Como é patente na **Figura 10**, a evolução da legislação, há de facto uma concentração de medidas e acções nos últimos anos, mas é evidente a concentração das medidas e acções internacionalmente recomendadas no ano 2002 com os conseqüentes resultados. Saliente-se nesta análise temporal que as diferentes medidas tomadas ao longo deste período foram sucessivamente potenciando as seguintes.

A legislação sobre genéricos com referência obrigatória da entidade produtora (como forma de minimizar as resistências de algumas associações médicas), a formação do preço dos genéricos - 35 % abaixo do preço do produto de referência, a comparticipação acrescida em 10%, a obrigatoriedade de prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), as campanhas de informação sobre as vantagens económicas e a segurança na garantia de qualidade, bem como as acções de promoção dos genéricos junto dos médicos prescritores realizadas por técnicos de informação médica da autoridade pública do medicamento (INFARMED), o apoio técnico e político à instalação em Portugal das grandes empresas especializadas no mercado de genéricos, e o estímulo à indústria nacional, são exemplos da acção desenvolvida pelo Ministério da Saúde desde 1998 e do já citado efeito potenciador.

Os preços de referência (em vigor desde Março de 2003), embora apenas aplicáveis aos produtos com apresentações genéricas disponíveis no mercado, contribuíram já para uma substancial redução do preço de um conjunto importante de medicamentos.

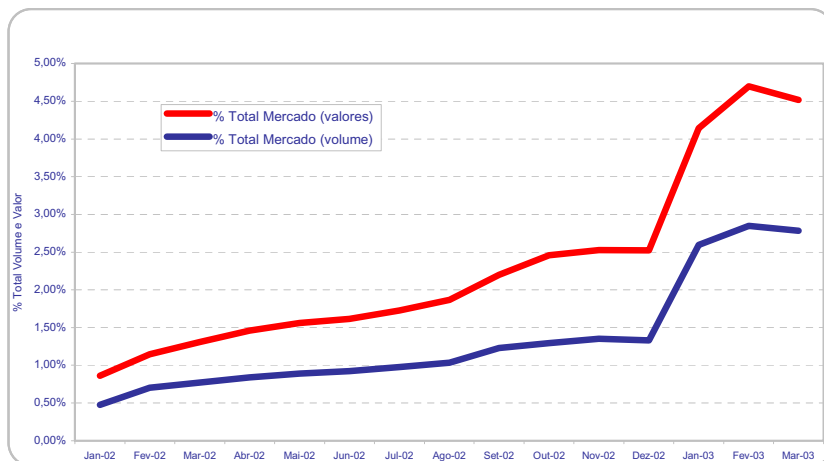
Para além da adopção e implementação das directivas da União Europeia - viradas essencialmente para a uniformização das garantias de qualidade e segurança - as restantes medidas têm a ver essencialmente com a contenção de custos que assumiram gradualmente um papel preponderante no défice crónico do SNS.

Nesta perspectiva, são pouco perceptíveis as vantagens na denúncia do Protocolo com a APIFARMA – que permitiu poupar em 1997 e 1998 cerca de 6 milhões de contos e em 1999 cerca de 9 milhões. Relativamente ao novo Acordo com a ANF não foram ainda suficientemente explicitadas as respectivas vantagens. De igual modo, uma medida anteriormente iniciada e com algum significado neste contexto de contenção, terá sido descontinuada – a descomparticipação de medicamentos de eficácia terapêutica não demonstrada cientificamente.



A introdução dos genéricos no mercado é uma realidade cada vez mais consensual, como se poderá verificar pela **Figura 11**. Os primeiros representam cerca de 64% do total do volume de vendas na Dinamarca, mas o seu custo representa apenas 37% dos gastos totais. Existe portanto ainda um enorme potencial de crescimento deste tipo de medicamentos em Portugal.

**Figura 11 – Evolução do Mercado Medicamentos Genéricos (volume e valor)**



Fonte: IMS, Health

Os medicamentos genéricos, apesar de introduzidos/disponibilizados no mercado, apenas começaram a assumir algum significado no total da prescrição para o SNS a partir do momento em que entraram em vigor, quase em simultâneo, várias das medidas preconizadas pela evidência internacionalmente reconhecida.

A implementação das medidas legislativas no que se refere aos medicamentos genéricos, preços de referência, novo modelo de receita médica, prescrições por DCI e possibilidade de substituição do medicamento pelo farmacêutico alterou significativamente a situação do mercado farmacêutico, designadamente no sector de ambulatório (que representa cerca de 80% do mercado global).

As perspectivas quanto à evolução futura do mercado são igualmente encorajadoras, sendo desejável que não ocorra nenhum acidente de percurso quanto à qualidade (há casos exemplificativos e paradigmáticos a nível internacional) que possa desacreditar esta antevisão optimista.

Como se poderá verificar, a evolução até 31 de Março tem sido francamente positiva e animadora, embora se possa perceber um abrandamento no ritmo de crescimento no mês de Março que poderá não ter significado dada ainda a instabilidade do mercado dos genéricos e a fase de adaptação a que estão sujeitos, todos os “actores”.

Sugestiva dessa instabilidade e adaptação é o facto da percentagem de valor ser ainda superior à do volume, ao contrário do que acontece na maioria dos países em que o mercado dos genéricos já tem alguns anos de existência e um “peso” muito mais elevado no respectivo mercado (ver **Figura 11 e Quadro XIV**)

## Quadro XIV- Penetração Medicamentos Genéricos, em valor e volume, 2001(%)

País	Valor (PVP)	Volume (Embalagem)
Alemanha	27,0%	40,0%
Reino Unido	18,0%	50,0%
Dinamarca	37,0%	64,0%
Holanda	12,0%	40,0%
Outros	3,0%	7,0%
EUA	21,0%	50,0%

Fonte: EGA- European Generic Medicines Association/Atkinson-URCH, 2002; IMS Health Data, 2001

Até final do 1º trimestre de 2003 cerca de 95% da facturação em medicamentos genéricos teve origem em 3 das empresas multinacionais deste sector, sendo de salientar o que já veio noticiado nos meios de comunicação - a APIFARMA contesta a promoção pública dos medicamentos genéricos sem qualquer contrapartida para o Estado.

A implementação efectiva dos medicamentos genéricos terá sido das medidas mais eficazes e com maior evidência científica de entre as medidas tomadas no último ano na área da saúde.

Com efeito, de entre as medidas essenciais para a implementação da introdução/aumento, com sucesso, do mercado de medicamentos genéricos recomendadas por peritos internacionais, são consensuais as seguintes:

- legislação e regulação de suporte;
- garantia de qualidade assegurada;
- aceitação dos profissionais e dos utentes;
- incentivos económicos.

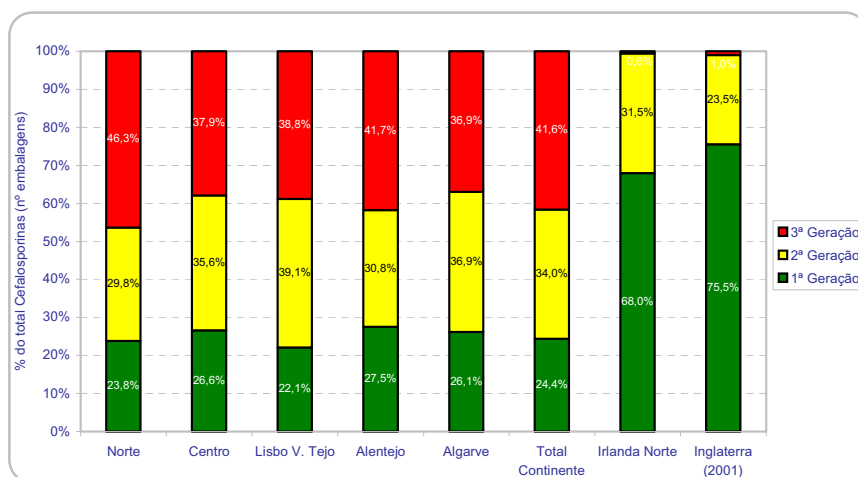
Destes quatro requisitos apenas a garantia de qualidade não está assegurada, uma vez que o Laboratório de Qualidade está ainda em fase de apetrechamento devido a restrições orçamentais.

Pretendeu-se formalmente um uso mais racional da utilização de medicamentos, mas pouco tem sido feito para promover uma mais efectiva, segura e rigorosa prescrição do ponto de vista técnico-científico. Portugal continua a ser dos poucos países da Europa ainda sem orientações/"guidelines" baseadas na evidência técnico-científica para os principais grupos nosológicos.

O aumento do "peso" relativo dos medicamentos genéricos será uma boa e reconhecida medida instrumental, mas não será desejável que essa e as outras medidas de contenção constituam a essência duma política global do medicamento.

Esse "pacote" de medidas, aparentemente bem sucedidas, não contempla acções, igualmente efectivas, na área do rigor e qualidade da prescrição apesar dos alertas lançados pelos Relatórios de Primavera de 2001 e 2002 e da crescente pressão pública e técnico-científica internacionais entretanto tornadas mais acessíveis através da Internet. Essa ausência de orientações quanto à necessidade absoluta de se promover maior rigor prescritivo poderá explicar a evolução que se continua a observar no sector específico da antibioterapia que o OPSS tem vindo a acompanhar e que se ilustra, mais uma vez, nas **Figuras 12 e 13**.

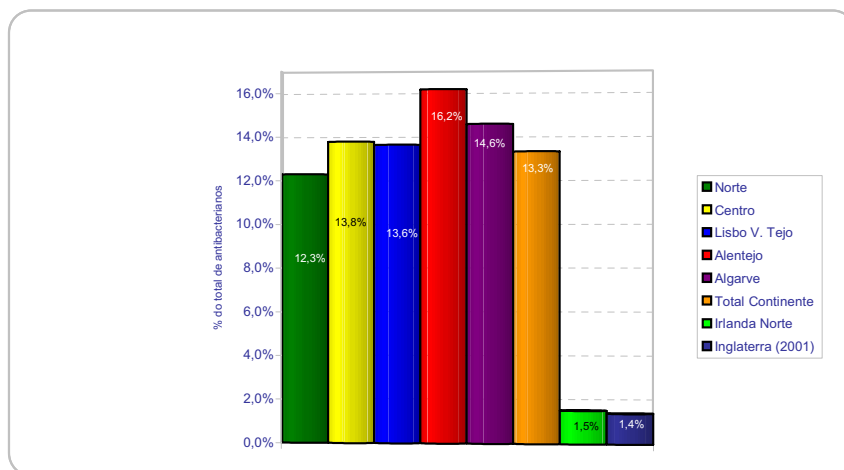
Figura 12 – Prescrição de Cefalosporinas em Ambulatório



Fonte: INFARMED

Os dados acima apresentados referem-se à situação observada nas diferentes regiões do País relativamente à prescrição de anti bacterianos em ambulatório (Hospitais, Centros de Saúde e todos os restantes prescritores com receituário do SNS) no ano de 2002.

Figura 13 – Prescrição de Quinolonas em Ambulatório -2002



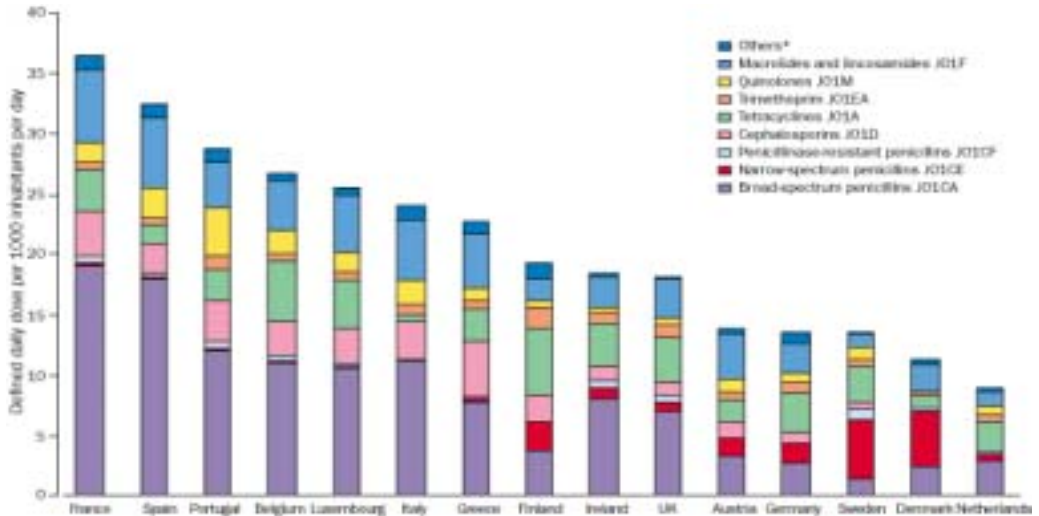
Fonte: INFARMED

Se a situação observada em 2000 e 2001, apesar de representar apenas a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, era já preocupante – pelas implicações para a saúde pública do ponto de vista das resistências bacterianas e consequente perda de eficácia terapêutica neste importante grupo farmacológico - a análise da prescrição de anti bacterianos nas restantes Regiões de Saúde obriga a uma reflexão mais profunda e urgente sobre este tema.

Para também melhor contextualizar a realidade da prescrição portuguesa na Europa reproduz-se o gráfico da **Figura 14**, relativa a uma análise publicada na revista Lancet - Volume 357, nº 9271 de Junho de 2001 e que, de certa forma, valida a informação contida nas análises de anos anteriores e a respeitante a 2003.

**Figura 14 - Out patient antibiotic Sales in 1997 in the European Union**

Outpatient antibiotic sales in 1997 in the European Union



Source: Lancet: Volume 357, Number 9271 09 June 2001

Neste gráfico são apresentadas as vendas de antibióticos, distribuídas pelos vários grupos terapêuticos (classificação ATC) em termos de unidades transformadas em doses diárias por 1.000 habitantes e por ano nos 15 países da União Europeia.

Portugal é o país que, em termos relativos, mais utiliza o subgrupo das Quinolonas - quase o dobro do 2º maior utilizador destes fármacos - a Espanha. De salientar ainda que apesar de ser bastante significativo (neste gráfico) o uso de penicilinas de largo espectro, as aminopenicilinas representavam, em 2001, apenas cerca de 11% do total dos anti bacterianos prescritos em ambulatório e as benzilpenicilinas apenas cerca de 5%.

Transcreve-se, a este propósito, o seguinte extracto do *Prontuário Terapêutico on-line* *acedido em 7 Maio de 2003*: *“A selecção do anti-microbiano deverá basear-se na sua eficácia e segurança e ainda num custo aceitável. Ao avaliar a eficácia e segurança de um anti microbiano é importante considerar os efeitos resultantes de uma terapêutica de largo espectro na ecologia bacteriana - aumento do risco de infecção devida a microorganismos resistentes para o próprio doente e emergência de estirpes bacterianas com novos padrões de resistência no próprio meio, quer hospitalar quer na comunidade. O anti microbiano eficaz de menor espectro de actividade deverá ser sempre o fármaco de primeira escolha, devendo os clínicos adoptar uma atitude restritiva de entre os vários grupos de anti microbianos eficazes (um ou dois fármacos de cada grupo). Os novos anti microbianos deverão ser sempre avaliados tendo como referência os já existentes e prescritos apenas quando claramente superiores.”.*

Neste contexto, espera-se que os recentemente criados departamentos de Gestão do Risco, Epidemiologia e Observatório do Medicamento do INFARMED, possam vir a compensar a ausência de acções concretas e efectivas para uma melhoria da base analítica das políticas do medicamento.

## A POLÍTICA DOS RECURSOS HUMANOS

Uma política de recursos humanos da saúde deverá ser consequente a uma declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos, para responder às expectativas de saúde, presentes e futuras e que resulta num conjunto de valores, princípios e estratégias que contemplam, ao longo de toda a vida, o bem-estar e o desempenho das pessoas que trabalham no sistema de saúde. Envolve a determinação de necessidades em profissionais de saúde, a garantia de qualidade do seu desempenho, as medidas que levam à articulação interministerial e de organizações no âmbito da sua formação e desenvolvimento (inclui certificação, recertificação, carreiras, avaliação de capacidades formativas, estabelecimento de *numerus clausus*), o recrutamento, selecção, sistemas de pagamento, incentivos e retenção de profissionais para cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e regulação de todos estes aspectos em todos os sectores do sistema de saúde português.

Uma política de recursos humanos valoriza as pessoas, a história das suas profissões, as suas expectativas e motivações adequando instrumentos de incentivo a diferentes grupos de interesses, expectativas e motivações identificadas. Continua a não haver uma política de recursos humanos e pensamento estratégico nesta matéria. Três aspectos merecem um destaque especial:

1. A ausência de planeamento deu origem à necessidade de promover o recrutamento de profissionais de saúde de outros países. Em 2000 cerca de 93% destes profissionais eram médicos ou enfermeiros. Para além da discriminação negativa que isto representa, em termos de oportunidade de formação e realização profissional para uma geração de portugueses, o elevado recrutamento entre profissionais de saúde dos PALOP (países africanos de língua oficial portuguesa) representa uma falha na obrigação de protecção dos serviços de saúde de países em vias de desenvolvimento. Dever-se-ia ser capaz de resolver internamente os problemas de escassez de profissionais sem acentuar as já gravíssimas carências desses países, utilizando os seus profissionais para colmatar as nossas necessidades. (ver **Quadro XV**)

### Quadro XV- Recursos humanos estrangeiros a trabalharem no Serviço Nacional de Saúde, por país de origem

País	1994		2000	
	Nº	%	Nº	%
<b>EU total</b>	47	15	1832	<b>63</b>
Espanha	26	8	1710	59
<b>PALOP total</b>	127	41	727	<b>25</b>
Angola	56	18	327	11
Cabo Verde	21	6.7	84	2.9
Guiné-Bissau	27	8.6	148	5.1
Moçambique	4	1.3	92	3.2
São Tomé e Príncipe	19	6.1	76	2.6
<b>Total</b>	313	100	2909	100

*Manifesta falta de planeamento de recursos de saúde, acaba por discriminar negativamente os jovens portugueses no acesso às profissões de saúde e os serviços de saúde dos países em vias de desenvolvimento.*

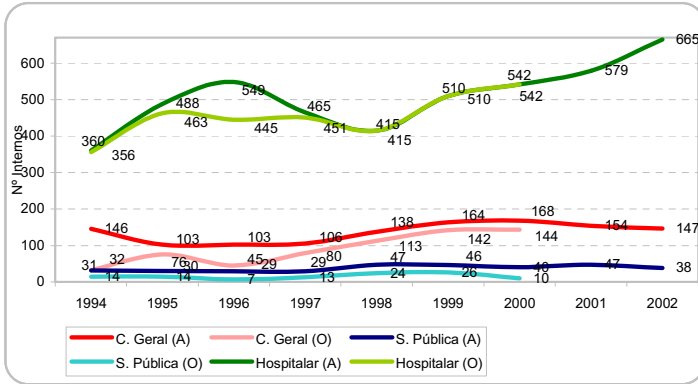
**Fonte:** Recursos humanos estrangeiros no Ministério da Saúde, DRHS, 2000. Adaptado de Rodrigues L. Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Edições Colibri, 2002

2. Dos médicos estrangeiros a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde em Portugal, a maioria está na carreira de clínica geral. Nos discursos políticos, os cuidados de saúde primários sempre foram mencionados como a base do sistema de saúde e uma prioridade política. Porém, os números evidenciam tendências contrárias a tais declarações: os recursos humanos cresceram muito mais no sector hospitalar que nos cuidados de saúde primários. Por outro lado, a avaliar pelo número de vagas de formação (internato complementar) abertas nos últimos anos, a distribuição dos médicos em



função de necessidades de saúde ou de modelos de prestação assumidos politicamente continua a não ser encarado. (ver **Quadro XV e Figura 15**)

**Figura 15 - Números de vagas ocupadas nos concursos de ingresso nos internatos complementares**



*O número de vagas abertas faz prever que os desequilíbrios entre especialidades se vai acentuar e o seu preenchimento mostra uma maior preferência da carreira hospitalar para os jovens médicos*

**Fonte:** Grupo de missão, resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 4 de Dezembro. Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde. Dezembro de 2001.

**Legenda:** C Geral – carreira médica de clínica geral; S. Pública – carreira médica de saúde pública; Hospitalar – carreira médica hospitalar; A - nº vagas abertas; O - nº vagas ocupadas

3. As reformas de gestão em curso não foram acompanhadas de qualquer espécie de estudo de impacto sobre os profissionais de saúde. As carreiras públicas, nomeadamente médica e de enfermagem, são as estruturas conhecidas, até ao momento, que asseguram a existência de marcos de avaliação da qualidade técnica do trabalho desenvolvido para permitir passar a patamares de responsabilização técnica e de remuneração superiores e permitem algum grau de hierarquia técnica entre os profissionais.

Para os utilizadores dos serviços de saúde não são ainda visíveis os mecanismos que garantirão a qualificação técnica dos profissionais após a licenciatura. Há indícios que esta instabilidade possa estar a levar à saída precoce do Serviço Nacional de Saúde, por pedido de reforma, de profissionais que não serão facilmente substituídos, pelo menos em saber e experiência.

Alguns passos foram dados nos últimos anos para o desenvolvimento de um plano estratégico de formação na área da saúde (ver relatórios de Primavera 2002), mas continua por definir, como se determinarão as necessidades face à actual escassez de recursos humanos (reformas, etc.) e ao previsível *turnover* (hospitais novos e de substituição) num quadro de coexistência de diferentes estatutos profissionais e de maior procura.



## MEDIAÇÃO

### CONTRATUALIZAÇÃO

Na segunda metade da década de noventa, Portugal pretendeu instituir um modelo de distribuição de recursos às instituições e serviços do SNS que procurava transferir o centro da decisão da esfera técnico/política das estruturas de planeamento central, para a relação dinâmica (quase) contratual entre os agentes, designado por contratualização. Nesta iniciativa não foi adoptado qualquer instrumento concorrencial, evitando-se a introdução da complexidade da dinâmica de mercado, facto aliás generalizado com maior ou menor extensão em outros sectores, dado que “Está provado que nas funções públicas essenciais, é extremamente difícil estabelecer verdadeiras regras de mercado.”

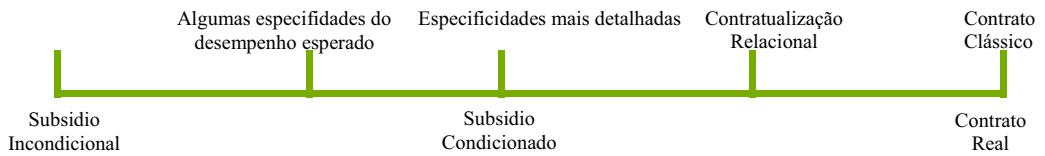
O modelo utilizado divergiu no essencial em relação a outros países, nomeadamente Reino Unido e Espanha, pela manutenção dos prestadores dentro da esfera jurídica da Administração Pública e, consequentemente pela continuidade da existência de laços hierárquicos entre a Administração de Saúde e as instituições prestadoras, justificando-se este desenho organizacional por princípios de prudência na intervenção num sector fundamental e delicado, e pela consciência da exiguidade dos instrumentos de avaliação.

O processo, sumariamente consistiu na criação da primeira agência em 1996 e das restantes em 1997 e 1998 – uma em cada região, tendo o mesmo sido parcialmente consolidado através da definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento, através duma estrutura nacional que integrava todos os intervenientes no processo (Secretariado Técnico das Agências).

A falta de apoio político, essencialmente na transição de década, os conflitos próprios da resistência à mudança de estruturas consolidadas no SNS que viam o seu poder de influência reduzir-se, o ambiente jurídico da Administração Pública e a tibieza dos sistemas de informação concorreram para a impossibilidade de implementar este modelo, sendo que a experiência viria a perder gradualmente importância, tendo no entanto ficado um capital não negligenciável de experiência e instrumentos técnicos.

Segundo OCDE, 1999, o *continuum* da contratualização, num quadro em que o estado financia o fornecimento de bens e serviços, move-se numa linha em que num extremo se situa o subsídio incondicional e no outro os contratos “clássicos”, inteiramente executórios, pouco adequados à área da saúde. À medida que nos movemos nessa linha para a direita, condições adicionais vão sendo impostas ao beneficiário da subvenção. Essas condições criam obrigações no beneficiário e obrigações recíprocas no financiador, que forçam a que o beneficiário só receba caso satisfaça as condições previamente definidas. (ver **Figura 16**).

Figura 16 - O espectro da contratualização do desempenho



**Fonte:** OECD. Performance contracting – Lessons from performance contracting case studies: a framework for public sector performance contracting. Paris: OECD, Head of Publications Service, 1999. <http://www.oecd.org/puma/>

Aqui mais uma vez a especificidade e complexidade do sistema de saúde tem que ser levada em linha de conta. A mistura muito especial entre quantitativo e qualitativo em saúde, faz com que a contratualização relacional ou *soft contracting* tenha aqui um papel de relevo. Esta muitas vezes aproxima-se dum planeamento estratégico conjunto e é habitualmente complementada por elementos do tipo subsídio condicionado e contrato clássico.

Num estudo realizado em 2001/2002 e focalizado em sete Hospitais da ARSLVT (Freitas, Paulo, 2003), com o objectivo de identificar o impacto do processo desenvolvido, concluiu-se pela impossibilidade de detectar efeitos significativos, devido essencialmente ao curto período em que decorreu o processo, ao deficiente apoio político para a transferência do financiamento para este modelo, ao regime jurídico da administração pública e ao deficiente sistema de informação.

Foram, no entanto identificados três elementos muito relevantes na informação utilizada nos hospitais: as listas de espera (acessibilidade), a estatística (actividade), e a contabilidade analítica (eficiência e custos), sendo que qualquer deles mereceu fortes reservas na sua capacidade de avaliar e comparar hospitais, nomeadamente as listas de espera.

Um outro estudo, ainda em curso, sobre as condições de implementação da contratualização em Portugal, sugere que, quer os profissionais directamente envolvidos no processo, quer os dirigentes da saúde, entendem que a Agência deveria ter total poder sobre a distribuição dos recursos e que esta função deveria ser o instrumento para uma nova política de saúde orientada para um compromisso explícito no sentido de melhorar o desempenho dos serviços de saúde.

Estes profissionais consideram também que a introdução da contratualização veio trazer alterações no comportamento dos dirigentes da saúde, nomeadamente mais rigor e preocupação no processo de discussão dos resultados, quer institucional, quer intra-institucional.

A tentação de gerir a saúde pela óptica financeira, ligada à consciência da insuficiência dos recursos, conduziu sempre a uma fuga pelo caminho mais fácil da intervenção administrativa, cuja direcção era simultaneamente do agrado de quem resistia à mudança.

Entretanto foram introduzidas mudanças de relevo nos hospitais do SNS, das quais se destacam a possibilidade de adopção de instrumentos jurídicos de direito privado e a criação de hospitais com personalidade jurídica de Sociedade Anónima, ainda que de capitais exclusivamente públicos. Por esta via resolvia-se o problema do ambiente jurídico e simultaneamente, no segundo caso, separava-se o prestador do financiador.

É evidente a necessidade do lançamento, em força, das novas formas de gestão serem acompanhadas por um reforço dos dispositivos de contratualização.

Aguarda-se com expectativa o desenrolar dos acontecimentos, se a inovação se completa recorrendo finalmente à contratualização, e nesse caso parece impossível evitar o papel central das ARS (e das Agências) na condução do processo, ou se a resistência à mudança subsiste, mudando o acessório mas mantendo o essencial.

As hipóteses que se identificam podem alinhar-se pelo risco de uma intervenção abrupta e não sustentada, pagando o país os custos de uma experiência mal sucedida, ou a manutenção da estrutura existente cujos resultados (e custos) são sobejamente conhecidos. Pode ainda optar-se por uma terceira via, consensual,

promovendo finalmente a contratualização, utilizando os recursos disponíveis, com “*know-how*” adequado, no âmbito regional, procurando uma outra forma de fazer as coisas, de forma sustentada.

### QUALIDADE EM SAÚDE

Fazendo uma análise objectiva da situação da qualidade da saúde em Portugal somos forçados a dizer que milhares e milhares de pessoas recebem cuidados de saúde de qualidade. E de ano para ano são melhores. A grande maioria destes cuidados segue padrões de alta qualidade e falhas graves são raras, tendo em conta o grande volume dos cuidados prestados em cada dia nos hospitais e nos centros de saúde.

Isto é particularmente verdade se nos restringirmos às componentes técnicas dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, aliás também confirmada pelos utentes quando questionados em inquéritos de satisfação, como vimos atrás. No entanto, este panorama já não é tão bom se entrarmos nas áreas organizacionais ou da resposta dos serviços de saúde em áreas não directamente de cuidados, isto é, áreas de respeito do sistema pelos cidadãos como pessoas (respeito pela dignidade, confidencialidade, direito à informação e autonomia na participação das escolhas relacionada com a sua saúde) e a forma como estes cidadãos são recebidos enquanto consumidores de cuidados (prontidão no atendimento, amenidades adequadas, acesso a redes de apoio social e liberdade de escolha do prestador e da instituição).

Além disto, só conhecendo o contexto em que o sistema se desenvolve é que é possível discutir-se com honestidade qualidade em saúde. E em Portugal, a ausência de estratégias duradouras em saúde, algum défice de cultura democrática que ainda induz a necessidade de colocar pessoas politicamente mais dóceis – independentemente da sua competência – nos locais da administração em saúde, fazendo concomitantemente com que o aspecto político prevaleça sobre o técnico, constitui um fermento pouco rico para seriamente falarmos de qualidade em saúde.

Embora a governação em saúde possa geralmente ser vista como positiva e de desenvolvimento, pode também ser encarada como uma forma de lidar com as preocupações existentes sobre a qualidade dos cuidados. De entre estas, e em relação a Portugal, salientamos as seguintes:

- défice organizacional dos serviços de saúde;
- falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão;
- insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica; e
- incipiente cultura de qualidade no sistema de saúde.

Criado pela Portaria 288/99 de 27 de Abril, o IQS pretende ser reconhecido como a instituição de referência no desenvolvimento da qualidade em saúde, assumindo-se como parceiro privilegiado, centro de recursos e de conhecimento e como pólo dinamizador da política da qualidade em saúde. Os seus valores são a transparência nos processos de decisão, o desempenho norteado pela competência técnico-científica, o compromisso com a melhoria contínua e o respeito pelos princípios éticos de integridade, participação e confidencialidade.

Em relação à qualidade organizacional dos serviços de saúde a actividade do IQS nesta vertente tem-se centrado no desenvolvimento de quatro projectos, o primeiro dos quais é a acreditação de hospitais, projecto iniciado há três anos ao abrigo do protocolo com o *King's Fund Health Quality Service* e que abrange neste momento 20 hospitais distribuídos pelas cinco regiões de saúde do Continente e da Região Autónoma da Madeira. No ano de 2003 estima-se o lançamento de mais cinco hospitais, possuindo já acreditação total os hospitais Fernando Fonseca, Amadora -Sintra (Março de 2002) e Pedro Hispano em Matosinhos (Agosto de 2002) e acreditação provisória os hospitais Dr. José Maria Grande em Portalegre (Janeiro de 2002) e São Teotónio em Viseu (Dezembro de 2003). O desenvolvimento deste projecto exige, no entanto, a criação de um organismo acreditador independente.

O segundo projecto que lida com a qualidade organizacional é o denominado MoniQuOr para os centros de saúde iniciado há já cinco anos. Tendo partido de um processo voluntário de monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, evoluiu após dois ciclos de auto-avaliação para um processo de avaliações cruzadas, isto é, cada centro de saúde avalia outro, sendo avaliado por um terceiro. A sua natural migração para um sistema de qualificação de centros de saúde está prevista iniciar-se ainda em 2003.

O terceiro projecto nesta área é o QualiGest que, tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), produz critérios de auto-avaliação permitindo aos órgãos de gestão das unidades de saúde e às ARS diagnosticar e quantificar os seus avanços e/ou desvios em relação a uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total.

Por fim, um outro projecto orientado para a definição de procedimentos de gestão da qualidade é o que tem permitido criar os denominados Manuais de Qualidade na Admissão e Encaminhamento de Utentes. Com este programa, os profissionais de saúde em estreita cooperação com as administrações podem controlar e gerir o processo de admissão, atendimento e consequente encaminhamento de utentes, desde o seu primeiro contacto com a instituição. Tendo sido já concluídos 38 manuais correspondentes a 20 instituições e emitidas, por auditor externo, as declarações de conformidade de 18 dos serviços envolvidos (4 das quais já renovadas), prevê-se para 2003 o alargamento do projecto para mais serviços das mesmas instituições e para novas instituições, assim como a atribuição de algumas certificações de conformidade.

No âmbito da criação de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, o IQS, em colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) tem estado a promover a realização de avaliações de satisfação aos utilizadores dos hospitais que integram o programa nacional de acreditação. Também em relação aos centros de saúde está concluído e divulgado o maior estudo até agora efectuado a nível nacional (opiniões de 4714 utentes de 194 centros de saúde), funcionando as suas conclusões como um auxiliar da gestão das organizações de saúde.

Para apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica constitui como uma das frentes prioritárias do IQS a criação das Normas de Orientação Clínica (NOC). Estão já publicadas as NOC para o tratamento do uso e dependência do tabaco, prevendo-se ainda em 2003 a elaboração e divulgação de novas NOC, em parceria com as Sociedades Científicas, a criação e o desenvolvimento de NOC sobre actividades de prevenção em cuidados primários de saúde e a tradução, adaptação e divulgação de NOC elaboradas a nível internacional por organizações técnico-científicas credíveis.

Desde a sua criação, o IQS tem publicado com regularidade a revista *Qualidade em Saúde* e vários boletins informativos. Tem também mantido uma página na *internet* ([www.iqs.pt](http://www.iqs.pt)).

De notar, no entanto, que não está ainda definida uma política integrada para o sector da saúde.

## INFORMAÇÃO EM SAÚDE

### O eEUROPE 2005 E A SAÚDE ON-LINE NA EUROPA

Na sequência do plano de acção *eEurope* 2002 aprovado pelo Conselho Europeu da Feira em Junho de 2000 foi elaborado o plano de acção *eEurope* 2005 no âmbito do Conselho Europeu de Sevilha realizado em Junho de 2002.

O *eEurope* 2005 tem com objectivo proporcionar um ambiente favorável ao investimento privado e à criação de emprego, impulsionar a produtividade, modernizar os serviços públicos e oferecer a todos a oportunidade de participarem na sociedade mundial da informação.

Em linhas gerais o *eEurope 2005* definiu as seguintes estratégias a serem alcançadas:

**Em 2005, a Europa deve ter (do lado da oferta):**

- Serviços públicos modernos *on-line*:
  - Administração pública *on-line*;
  - Serviços de ensino *on-line*;
  - Serviços de saúde *on-line*;
- um ambiente dinâmico de negócios electrónicos;

**e, como elementos determinantes para estes (do lado da procura):**

- Disponibilidade generalizada de acesso em banda larga a preços competitivos;
- Uma infra-estrutura da informação segura.

No que respeita à saúde o *eEurope 2005* prevê uma série de medidas a serem implementadas pelos países membros, partindo de uma avaliação feita sobre a evolução do *eEurope 2002* e de acordo com as necessidades e exigências actuais do sector no contexto europeu. (ver *Figura 17*)

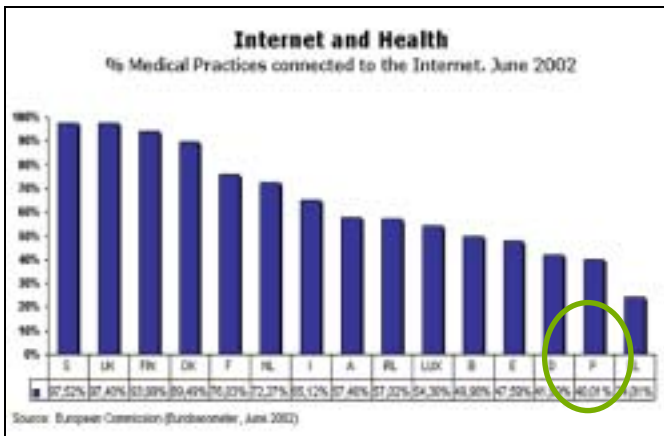
Como ponto de partida para as linhas orientadoras da Saúde *on-line* o *eEurope 2005* considera que:

- o trabalho dos médicos está a tornar-se, a todos os níveis, mais informação-intensivo, à medida que se vai generalizando a utilização de equipamentos médicos e aplicações informáticas sofisticados;
- aumentam as solicitações orçamentais dos cuidados de saúde, face aos progressos médicos e científicos, a uma população que envelhece e à mudança de expectativas dos doentes;
- as tecnologias digitais estão a tornar-se mais importantes na gestão da saúde, tanto a nível de cada médico como a nível nacional e regional;
- a Internet é cada vez mais utilizada pelos cidadãos para obter informações médicas.

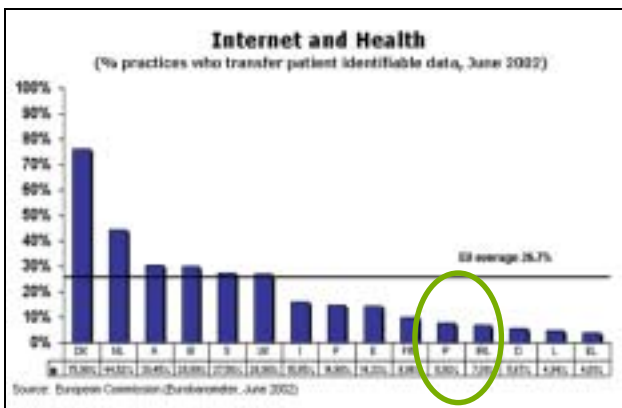
Assim, o *eEurope 2005* propõe três acções a serem implementadas de forma a contribuir para a evolução do sistema na área da Saúde *on-line*:

1. **Cartões de saúde electrónicos** – um cartão europeu de seguro de saúde irá substituir os formulários em papel necessários para tratamentos noutro Estado-Membro. A Comissão tenciona apoiar uma abordagem comum de identificadores dos utentes e de uma arquitectura de registos electrónicos de saúde através da normalização e apoiará o intercâmbio de boas práticas relativas a outras eventuais características funcionais, como dados de emergências médicas e acesso seguro aos dados de saúde pessoais;
2. **Redes de informação de saúde** – No final de 2005, os Estados-Membros devem desenvolver redes de informação de saúde entre pontos de prestação de cuidados (hospitais, laboratórios e lares) com conectividade em banda larga, quando adequado. Paralelamente, a Comissão tenciona criar redes pan-europeias de informações de saúde pública e coordenar acções com vista a uma reacção pan-europeia rápida a ameaças para a saúde;

Figura 17 – Utilização da Internet na prática clínica nos diversos países da UE. (2002)



*Os actuais indicadores nesta área deixam transparecer o impacto ainda reduzido das políticas de Saúde on-line em Portugal, no contexto europeu.*



*Nos próximos anos alguns desses indicadores servirão para monitorar e avaliar a aplicação das políticas de Saúde on-line preconizadas pelo eEurope e pelos respectivos governos dos Estados-membros.*

3. **Serviços de saúde on-line** – A Comissão e os Estados-Membros garantirão que, no final de 2005, sejam fornecidos aos cidadãos serviços de saúde on-line (p. ex., informações sobre uma vida saudável e prevenção de doenças, registos electrónicos de saúde, teleconsultas, reembolso electrónico).

Simultaneamente, foram definidos, com base no *eEurope 2002*, os “Critérios de Qualidade para Websites em Saúde”, para que seja possível oferecer garantias para a sua utilização no futuro pelos cidadãos, que passamos a enumerar: (i) **Transparência e Honestidade** na prestação da informação; (ii) **Autoridade** que pressupõe credenciais e competências para prestar informação; (iii) **Privacidade e Protecção de dados**; (iv) **Actualização da informação**; (v) **Responsabilização** pelos conteúdos e serviços prestados e (vi) **Acessibilidade**.

Por último, entre os diversos indicadores definidos pelo “*eEurope 2005: Benchmarking Indicators*” que servirão para monitorar a evolução dos serviços públicos on-line, destacam-se dois especificamente na área da Saúde on-line:

- Percentagem da população (acima de 16 anos) que utiliza a Internet para obter informação em Saúde para si e outros;
- Percentagem dos clínicos gerais que utilizam registos electrónicos dos doentes.

Estes indicadores provenientes de cada Estado-Membro e agregados a nível europeu de 2003 a 2005 avaliarão o impacto da aplicação das políticas inerentes ao Plano de Acção *eEurope* 2005.

**OS ACTUAIS INDICADORES NESTA ÁREA DEIXAM TRANSPARECER O IMPACTO AINDA REDUZIDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE ON-LINE EM PORTUGAL, NO CONTEXTO EUROPEU.**

A Unidade de Missão Inovação e Conhecimento (UMIC), directamente vinculada à Presidência do Conselho de Ministros do Governo Português gere a participação de Portugal no Plano de Acção *eEurope* 2005.

O Governo considera a iniciativa uma oportunidade para alterar as relações entre os cidadãos e o Estado, para reinventar a organização do Estado, orientando-o para os cidadãos e para reforçar a competitividade económica, com destaque para o sector de tecnologias de informação e comunicação.

Esta Unidade apresentou oficialmente o seu plano de acção em Fevereiro de 2003, onde não é possível observar uma presença marcante da Saúde, quando comparada com outros sectores: o novo “Portal do Cidadão”, os serviços de ensino on-line com a criação dos “Campus Virtuais”, o ambiente dinâmico de negócios electrónicos com um programa específico e um “Plano Nacional de Compras Electrónicas”, entre outros. (ver **Figura 18**)

Levando em conta as acções na área da Saúde on-line propostas pelo *eEurope* 2005 que deveriam reflectir-se a nível nacional, as seguintes questões parecem particularmente relevantes:

1. Como promover a criação e disseminação de um **cartão de saúde electrónico europeu** quando, no contexto da realidade nacional actual, o Cartão de Utente do SNS enfrenta dificuldades na emissão de novos cartões e na sua manutenção sem duplicações desde o final de 2001, apesar da cobertura da população ser referenciada como extremamente grande?
2. Como criar e expandir **redes de informação de saúde** quando é considerado como dado adquirido desde 2001, pelos próprios gestores das redes informáticas do SNS, a insuficiência de meios e recursos técnicos para dar resposta às necessidades existentes e emergentes, no que diz respeito, tanto aos cuidados primários quanto aos especializados e restantes serviços correlacionados, bem como nas áreas do Medicamento ou da Saúde Pública?
3. Como fornecer **serviços de saúde on-line**, em Portugal, quando ainda não existe um levantamento formal, acompanhamento ou sistema de avaliação da prestação destes serviços, seja na área das comunicações mais tradicionais como os serviços de informação e aconselhamento face a face ou através de atendimento telefónico e os *call centers*, seja na área das novas tecnologias como os sites e portais de saúde e os *contact centers*?



Figura 18 – Saúde e “Sociedade da Informação”



*Havendo um objectivo Estratégico de Actuação previsto para melhorar o acesso aos serviços de saúde (I), não se identifica ainda um programa específico para a área da Saúde no Plano Geral de Operações da Unidade de Missão Inovação e Conhecimento (II).*

**Fonte:** Apresentação pública das grandes linhas de acção nos domínios da Sociedade de Informação, do Governo Electrónico e da Inovação, 19 de Fevereiro de 2003

Acresce a isto que, segundo os resultados do Inquérito à Utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação pela População Portuguesa de Dezembro 2002 (UMIC), existe uma disposição acrescida nas áreas relacionadas com a Saúde por parte dos utilizadores destas tecnologias, já que:

- 81% dos especialistas das profissões intelectuais e científicas utilizam a Internet, valor muito acima da média nacional actual que é de 32%, o que reflecte as competências existentes por parte dos profissionais de saúde para a utilização destas tecnologias que não estão a ser estimuladas ou aproveitadas;
- 33% dos indivíduos que utilizam a Internet o fazem com a intenção de adquirir informação e aconselhamento em Saúde, sendo que o Estado, como maior fornecedor de serviços de saúde, não possui ainda uma estratégia de implementação alargada nesta área voltada para o cidadão;

Por outro lado, existem preocupações com sectores da população que devem ser equacionadas aquando da execução de uma estratégia de implementação de tais instrumentos, já que, segundo os dados do mesmo inquérito, a introdução natural destas tecnologias de comunicação e informação aumentam os problemas relacionados com a equidade no acesso à informação em Saúde:

- A utilização da Internet encontra-se positivamente correlacionada com o nível de instrução, colocando os estratos sociais menos capacitados em desvantagem ao mesmo tempo que são aqueles que necessitam de maior e melhor informação e educação em saúde;
- A utilização da Internet encontra-se inversamente correlacionada com a idade, desfavorecendo as populações idosas que são normalmente as mais carentes de cuidados de saúde de forma contínua.

### A EXPANSÃO DOS CALL CENTERS EM SAÚDE EM PORTUGAL

No Relatório da Primavera de 2002, do OPSS, foi possível realizar um mapeamento das estruturas denominadas *call centers* existentes na área da saúde em Portugal, de acordo com as características que compõem cada atendimento existente.

Pode verificar-se que, apesar da diversidade e profusão de linhas telefónicas na área da saúde em Portugal, não existe uma rede formalizada de gestão articulada de serviços nesta área, existindo apenas iniciativas no âmbito individual das instituições que as promovem, sendo poucos os exemplos específicos de “*Call Centers* em Saúde” que efectivamente fazem uma gestão da procura das populações por eles assistidas.

Destes serviços, aqueles que mais se destacam, no contexto do sistema de saúde, são o *call center* de emergência médica CODU (Centros de Orientação de Doentes Urgentes), do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) pela sua importância na assistência em saúde à população e o *call center* pediátrico “Saúde 24”, pela função estratégica que esta experiência adquiriu no sistema de saúde português. Uma consequência da importância e da necessidade sentida destes serviços é a sua franca expansão nos últimos tempos.

A expansão do CODU tem ocorrido de forma sistemática e contínua e mais intensamente desde 2002, de forma a cobrir o território nacional até 2007, sendo que se pretende alcançar uma 1ª fase de cobertura em 2004 de forma a dar uma resposta geográfica adequada as necessidades do campeonato de futebol Euro 2004.

Por outro lado, a partir de Junho de 2002, o Saúde 24 Pediatria expandiu a sua área de influência a todo o território nacional, já que estava condicionado desde 1999 às áreas de Lisboa, Setúbal, Santarém, Faro e Coimbra.

### A INTEGRAÇÃO DOS CALL CENTERS NO SISTEMA DE SAÚDE

Alguns resultados de investigações realizadas em Portugal indicam, de uma forma convergente, que os serviços de *call centers* mencionados preenchem um espaço necessário em termos de assistência, demonstrando um bom nível de eficácia interna na prestação do serviço que prestam. No entanto, ainda são questionadas a qualidade e a continuidade dos cuidados efectivamente prestados na sequência destes atendimentos, dentro de um sistema integrado de cuidados de saúde ao qual estas estruturas pertencem.

Muitas potencialidades deste instrumento estão a ser sub utilizadas devido a um trabalho ainda não desenvolvido da administração de saúde no que diz respeito ao planeamento estratégico e gestão integrada do sistema, bem como à implementação de um processo de mudança organizacional a nível dos serviços de saúde.

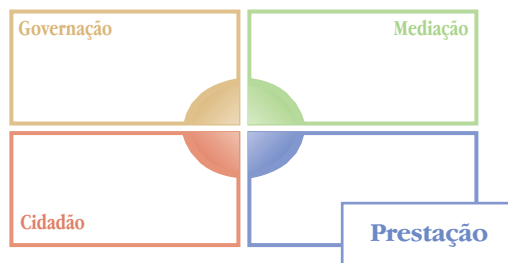
Estas descontinuidades do sistema demonstram a necessidade de implementação de uma gestão dos processos e regulação transversal do sistema através de instrumentos e organismos adequados e investidos de autoridade para tal, que ainda não foram desenvolvidos.

O caso a seguir indicado representa um bom exemplo de nível central, da dinâmica de saúde *on-line*, em Portugal:

### Home page do Site da Direcção Geral da Saúde

O Site da Direcção Geral de Saúde <http://www.dgsaude.pt> desempenha um papel importante em assuntos críticos sobre a saúde em Portugal divulgando informação simples, útil e apresentada com simplicidade, procurando actualizar os cidadãos e profissionais sobre os desenvolvimentos mais recentes, nomeadamente a Síndrome Respiratória Aguda (SRA):

The screenshot shows the homepage of the Portuguese Directorate General of Health (Direcção-Geral da Saúde). The header includes the logo and name of the institution. The main content is divided into two columns. The left column features a navigation menu with links for 'Informação de saúde - estatísticas e indicadores', 'Informação ao cidadão', 'Informação técnica', 'Atividades institucionais', 'Ligamos ligação em experiências internacionais', and 'Outros temas de interesse'. Below the menu are three prominent boxes: 'Linha Saúde Pública telefona 606 211 311', 'a gripe', and 'PLANO DE SAÚDE PÚBLICA - AGÊNCIA DE INFORMAÇÃO - Telefone directo - 214 402 004'. The right column, titled 'Destaque', contains several news items with icons and brief descriptions, including 'PLANO NACIONAL DE SAÚDE', 'INFECÇÕES HOSPITALARES', 'SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA (SRA) - Informação ao público', 'SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA (SRA) - Informação para profissionais', and 'INSTITUTO EUROPEU DE SAÚDE PÚBLICA (ECDC)'. Each news item includes a small icon and a link to the full article.



## PRESTAÇÃO

### O SISTEMA PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE “AS REFORMAS DE GESTÃO”

#### A IMPORTÂNCIA DA NOÇÃO DE “SISTEMA PRESTADOR”

O sistema prestador de cuidados de saúde tem evoluído no sentido duma complexidade crescente, dada a especificidade do processo de cuidados, a maior exigência por parte do cidadão, os requisitos impostos pela qualidade do processo de cuidados e a necessidade de introdução de cuidados de proximidade, onde a continuidade, a coordenação e a integração são de grande e vital importância.

Nestas circunstâncias é importante identificar as experiências positivas no terreno – ter a disposição de aprender com aqueles que, no meio das dificuldades conhecidas, encontraram soluções que funcionam. Há bons serviços de saúde em Portugal (ver *Quadro XVI*), como tem sido referido em relatórios anteriores. A reforma da saúde também se faz a partir dos bons exemplos e para isso é necessário conhecê-los e apoiá-los.

A diversificação das modalidades de organização e gestão do sistema prestador, resumidas na *Figura 19* (na horizontal), torna a questão da continuidade e integração entre os diferentes tipos de cuidados de saúde (na mesma figura, na vertical), cada vez mais importante. Definem-se por vezes políticas parcelares para cada um dos diferentes tipos de unidades do sistema prestador de cuidados como se de partes estanques se tratassem. Mas o sistema prestador de cuidados de saúde tem de ser visto como um todo integrado e coerente.

Existem hoje fortes pressões para a diversificação das estruturas prestadoras de cuidados de saúde que surgem das mais distintas proveniências: *(i)* crenças; *(ii)* cultura da micro eficiência; *(iii)* agendas políticas; *(iv)* contexto europeu e ibérico; *(v)* líderes da inovação; *(vi)* “importações” e “modas”; *(vii)* racionalidade estratégica e, *(viii)* influência dos agentes económicos para terem acesso ao financiamento público da saúde e à privatização da gestão, ou da gestão e da propriedade dos hospitais.

Tudo isto acontece num contexto de grande limitação dos instrumentos de governação, financiamento e regulação existentes, confrontando-se ainda com a inexistência de uma “cultura de governação” assente em instrumentos de influência que permitam atingir os principais objectivos do sistema de saúde e desenhar o *mix* da prestação que dará melhor resposta às necessidades dos cidadãos.

A diversificação pode perseguir objectivos distintos, e portanto, resultar em misturas de natureza singular: *(i)* uma mistura de transição, em que coexistirão as novas experiências de gestão com as anteriores modalidades de organização, mas em que o objectivo é passar de um modelo para outro diferente; *(ii)* uma mistura de experimentação e aprendizagem, que introduzirá uma efectiva responsabilização pelos resultados, centrada numa verdadeira cooperação entre o público e o privado e, *(iii)* uma mistura de mercado, em que sobreviverá o que resultar do jogo do mercado.

Não é clara ainda a natureza da mistura que resulta das actuais reformas da gestão.

Quadro XVI- O sistema Prestador de cuidados de Saúde – Alguns bons exemplos

**Hospital Egas Moni**

Células olfactivas ajudam doentes paraplégicos. Uma equipa de especialistas portugueses desenvolveu uma técnica que já ajudou pacientes paraplégicos a recuperar a sensibilidade em algumas zonas do corpo. Até agora já foram operados dez indivíduos, oito portugueses e dois norte-americanos pela equipa do neurologista Carlos Lima.

**Portugal e o SRA**

A forma como a autoridades de saúde em geral e a DGS em particular têm tratado a SRA, constitui um bom exemplo de capacidade técnica, bom censo e transparência na área da saúde

**Portugal tem uma taxa elevada de uso de anticoncepcionais**

A presidente da Federação Internacional de Planeamento Familiar (IPPF), a colombiana Ángela Gomez, surpreendeu-se com a "elevada prevalência" do uso de métodos anticoncepcionais pela população, actualmente da ordem dos 80 por cento.

**Cartão europeu de seguro de doença nasce em 21**

Os europeus vão ter um cartão electrónico de seguro de doença que vai substituir os formulários actuais para a obtenção de cuidados de saúde durante as estadias em países membros.

**Regime Remuneratório Experimental (RR)**

Apesar de tudo vão continuando a prestar mais e melhores cuidados e promovendo a sua avaliação.

**S. João da Madeira: Misericórdia cria unidade de cuidados continuados**

A unidade funcionará em três vertentes: tratar pessoas com doenças agudas que saiam dos hospitais e não tenham condições de estar em casa; reabilitação, em casos como os acidentes cardiovasculares e receber pessoas que tenham perdido autonomia e dependência.

**Boa evolução na Tuberculose**

A evolução da prevenção, diagnóstico e tratamento desta grave enfermidade apresenta indicações de que estará controlada, apesar de ainda se verificarem algumas assimetrias regionais.

**Análises Clínicas Feitas nos Centros de Saúde**

O H. Matosinhos vai utilizar a sua capacidade instalada excedentária para realizar as análises dos Centros de Saúde a um preço mais baixo.

**Mortalidade Infantil e Fetal descem em Portugal**

Em 2002 verificaram-se 567 óbitos de crianças com <1 ano e 562 mortes fetais o que relativamente a 2001 representa menos 0,9% e 14,7%, respectivamente. A este facto não é alheia a "Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança", recentemente extinta.

**Crianças tomam menos antibiótico**

Contrariando estudo recente, constatou-se que as crianças têm vindo a reduzir a ingestão de antibióticos, designadamente porque têm recorrido menos às urgências pediátricas.

**SINUS- Vacinação**

Estratégia redefinida de consolidar e melhorar este projecto de registo informatizado de todo o PNV (Programa Nacional de Vacinação)

**Região de Saúde de Lisboa e Va do Tejo**

Iniciou-se já na Sub-Região de Saúde de Setúbal (e alargar-se-á também a Lisboa e Santarém) um projecto de avaliação e monitorização da prescrição de anti-bacterianos nos Centros de Saúde.

Figura 19 - Serviços de Saúde com Financiamento Público

## Tipo de Unidades x Tipo de Gestão

The diagram illustrates the spectrum of health service management. At the top, a green arrow labeled 'Empresarialização' points right, and an orange arrow labeled 'Privatização' points right. At the bottom, a blue arrow labeled 'Diversificação/ "Mercado Interno"' points right. The table below shows the distribution of different types of health units across various management models.

	Ad.Públic Tradicion	Empresa Pública	Parceria Púb./Priv.	S. Privados Contratual	Profission. Convencio.	Coop. Profiss Contrat.	Sect. Social Contrat.
"Cuid. de Saúde Primários" CENTROS DE SAÚDE		?	?			?	
"Cuidados especializados" HOSPITAIS	66	31	1+10				
"Cuidados Continuados"			?				
"Promoção e protecção de saúde"							

Fonte: OPSS, 2002.

Uma boa qualidade de cuidados de saúde requer que o processo de cuidados atravessasse sem obstáculos as "fronteiras" dos diferentes tipos de cuidados de saúde. O doente necessita de passar dos centros de saúde para os hospitais, destes para os cuidados continuados, dos cuidados continuados para os centros de saúde, destes para centros de tecnologia de diagnóstico e terapêutica e para as farmácias com a facilidade necessária.

Nos sistemas de saúde europeus é possível encontrar várias estratégias de coordenação ou integração de cuidados de saúde:

- nível local de gestão que integra as estruturas de saúde aí existentes;
- os cuidados de saúde primários como dispositivo integrador "local";
- sistemas locais de saúde como dispositivo de coordenação local;
- coordenação episódica.

Possivelmente devido à prioridade atribuída ao estabelecimento dos hospitais empresa SA, não é evidente o modelo de coordenação/integração subjacente à actual reforma do sistema prestador de cuidados de saúde, no nosso país.

Tanto a falta de clareza sobre a natureza da mistura das modalidades de gestão como aquela que diz respeito ao modelo de coordenação/integração apontam para a necessidade de se aprofundar e divulgar uma visão coerente do sistema prestador de cuidados de saúde.

## OS HOSPITAIS

O hospital, dada a natureza e os problemas que trata, a cultura e as expectativas dos seus profissionais e daqueles que a ele acorrem, a importância dos recursos envolvidos e a complexidade da sua organização e gestão, tem vindo a ser, sobretudo na última década, objecto de grande preocupação, que pode ser evidenciada através da diversidade de diplomas legais que os diferentes governos adoptaram em relação a esta matéria. (ver **Figura 20**).

### A REFORMA HOSPITALAR

Ainda no período do anterior Governo, assistiu-se à publicação do Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro com duas importantes mudanças ao nível da gestão dos hospitais: (i) nomeação dos titulares dos órgãos de direcção técnica (director clínico e enfermeiro-director, revogando o Decreto-Lei n.º 135/96, de 13 de Agosto) e, (ii) possibilidade de efectivação de aquisições de bens e serviços ao abrigo das regras do direito privado. Tratou-se de concretizar medidas desde há muito reclamadas como essenciais a nível da gestão hospitalar. Com a primeira destas medidas visou-se conseguir uma maior coesão à tomada de decisão dos conselhos de administração, com a segunda, pretendeu-se agilizar a contratação de bens e serviços (respeitando, naturalmente, a legislação comunitária).

A 7 de Março de 2002, foi também publicada a resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, que visou generalizar a inovação na gestão dos hospitais através das “experiências inovadoras de gestão”, libertando-os do pendor burocrático-administrativo que constringia a sua actividade (legislação de 1988), privilegiando a maior independência e agilidade num contexto de gestão de tipo empresarial. Passar-se-ia assim, da configuração jurídica de instituto público para entidades típicas do sector empresarial do estado (Entidade Pública Empresarial – EPE), modelo a ser adoptado casuisticamente”.

Não foi essa a solução seguida pelo Governo saído das eleições de Março de 2002.

Tanto os programas eleitorais, como os do Governo para a área da Saúde preconizavam um conjunto de princípios, visando converter os hospitais em empresas públicas. Foi discutida também, como, motivação a necessidade de diminuir o défice público, por exigência do Programa de Estabilidade e Crescimento apresentado à União Europeia, o que se conseguiria por via desta transformação jurídica (dado que os défices de cada uma das instituições “convertidas” deixariam de ser incluídos no do sector público do Estado).

Através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro os hospitais podem assumir quatro distintas naturezas jurídicas: (i) a de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; (ii) a de estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; (iii) a de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; e, (iv) a de estabelecimentos privados.

Assim, pretende o actual executivo, através de novas formas de gestão, introduzir mecanismos inovadores para proporcionar melhorias de gestão e acréscimos de eficiência e qualidade de serviço, no âmbito do SNS através da introdução de, pelo menos, três tipos de “experiências”:

- a) Transformação de 34 hospitais públicos em 31 Hospitais – Sociedades Anónimas (SA);
- b) Criação de Parcerias Público/Privado (PPP) para dez hospitais;
- c) Modernização da gestão do restante sector hospitalar público (SPA).





Porquê esta mistura?

De acordo com as orientações definidas pelo Ministério da Saúde o objectivo central e programático da reforma do SNS é a passagem de um sistema público monolítico, de carácter burocrático/administrativo e de tipo monopolista, para um sistema de prestação de serviços orientado para as necessidades do utente, através do desenvolvimento de um sistema em rede de prestação de cuidados de saúde, envolvendo uma pluralidade de prestadores.

Afirma-se ainda que, a empresarialização da gestão hospitalar visa contribuir para a concretização de uma estratégia que permita uma melhor gestão de meios e a centralidade no doente, com a consequente melhoria sustentada da prestação de cuidados de saúde.

### HOSPITAIS SOCIEDADES ANÓNIMAS (SA)

#### ANTECEDENTES DO PROCESSO DE EMPRESARIALIZAÇÃO EM CURSO

O relatório da OCDE (Janeiro, 2003), na sua última análise sobre Portugal, identifica um conjunto de experiências de gestão hospitalar com resultados positivos. Uma delas é a do hospital público de Nossa Senhora do Rosário (NSR), no Barreiro, em que se mostra que é possível obter ganhos de eficiência, através da introdução de níveis intermédios de gestão, sobretudo pela adesão e envolvimento dos profissionais.

Outra das experiências relatada é a do hospital público de São Sebastião (HSS), em Santa Maria da Feira, que pode servir como um exemplo de como os contratos individuais de trabalho podem co-existir com os públicos. Em 1998, quando a experiência começou, os funcionários do hospital puderam optar entre um dos dois estatutos: funcionário público ou contrato individual de trabalho, em que o salário era baseado no desempenho individual, avaliado pelos gestores. Em 2000, aproximadamente 80 por cento do pessoal tinha optado por contratos individuais, permitindo maior flexibilidade na organização dos serviços. Segundo a Administração do Hospital e de acordo com a avaliação de 2002 (realizada pelo INA), a produtividade do pessoal permitiu ao HSS reduzir significativamente a percentagem de absentismo de um ano para o outro, e a despesa com pessoal era abaixo da média dos outros hospitais públicos da mesma dimensão, na mesma região.

De referir a existência de outros trabalhos de avaliação desenvolvidos por entidades externas, a algumas das experiências existentes em Portugal, nomeadamente Hospitais Fernando Fonseca, S. Sebastião, Garcia de Orta e Unidade Local de Saúde de Matosinhos, que não foram ainda disponibilizados. Esta não divulgação tem impedido profissionais, especialistas e cidadãos em geral de conhecerem e até mesmo discutirem e avaliarem tais experiências ou participarem, com base na informação e conhecimento obtidos, na discussão dos novos modelos de gestão em curso, de uma forma sustentada.

#### DIFERENTES MODALIDADES DE EMPRESARIALIZAÇÃO – A ADOÇÃO DAS SOCIEDADES ANÓNIMAS (SA)

Segundo Vital Moreira, existem diferentes modalidades de empresarialização de serviços públicos, que de forma sintética se podem analisar no *Quadro XVII*.

A primeira questão que necessita resposta é: porque foi adoptada, de entre todas as possíveis modalidades de empresarialização, a mais autónoma?

Algumas possíveis razões apontadas prendem-se com estratégias de descongelamento do sistema e contribuição para a diminuição formal do défice das finanças públicas.

## Quadro XVII - A empresarialização dos serviços públicos

	"Régie" directa	"Régie" autónoma	Serviço público personalizado	Ente público empresarial (empresa pública)	Sociedade de capitais públicos
<b>Personalidade jurídica</b>	Sem personalidade	Sem personalidade	Personalidade de direito público	Personalidade de direito público	Personalidade de direito privado
<b>Natureza da gestão</b>	Administrativa	Administrativa	Administrativa	Empresarial	Empresarial
<b>Regime jurídico</b>	De direito público	De direito público	De direito público	Predominantemente e de direito privado	De direito privado
<b>Regime do pessoal</b>	Função pública	Função pública	Função pública	Direito laboral	Direito laboral

**Fonte:** Moreira, Vital “Desintervenção do Estado, privatização e regulação de serviços públicos”, 1999.

Uma das mudanças mais significativas é a transformação da relação de financiamento entre o Estado e os hospitais e a consequente modernização da gestão hospitalar. No anterior governo foi definida e inscrita na lei do orçamento uma verba de aproximadamente 400 milhões de Euros, que neste governo foi aumentada no orçamento suplementar de 2002 (cerca de 0,7 % do PIB) para cerca de 900 milhões de Euros (mais precisamente 897.836) e aproximadamente 400 milhões adicionais na lei do orçamento de 2003, para a transformação de cerca de 1/3 dos hospitais públicos (34 hospitais) em hospitais SA (31), com órgãos de gestão constituídos por gestores públicos.

O Estado será o único accionista, permanecendo os hospitais no domínio público, embora devam ser desenvolvidos incentivos à eficiência e à orientação dos serviços para a procura. O objectivo é simular um mercado para os hospitais onde o SNS será livre de comprar quer no sector público quer no privado.

Num momento de mudança, convém aqui referir três das Recomendações do Tribunal de Contas no seu Relatório de Maio de 2003, que podem atestar bem sobre a preocupação e o cuidado a usar:

“O financiamento do SNS, independentemente dos modelos de gestão, público ou privado, deverá garantir a qualidade dos serviços prestados aos cidadãos (direito constitucionalmente protegido e que lhes garante igualdade no acesso e equidade na prestação dos cuidados de saúde) e potenciar eficácia e eficiência no desempenho das instituições”;

“Deverão ser adoptadas medidas de correcção estrutural de forma a evitar estrangulamentos que conduzam à ocorrência de défices no SNS”;

“Providenciar o desenvolvimento de um adequado sistema de informação que garanta a plenitude e a fidedignidade da informação económico-financeira das instituições e permita, com segurança, a agregação e a consolidação da mesma”.

Este processo de desenvolvimento hospitalar envolve a adopção de um novo estatuto jurídico, de um novo modelo de gestão e de um novo modelo de contratação e financiamento das prestações de saúde, implicando ainda um conjunto complementar, coerente e convergente, de medidas e acções institucionais de reforma, no sentido de estabelecer um enquadramento jurídico-económico e administrativo adequado e favorável ao funcionamento do novo modelo empresarial de gestão hospitalar.

Propôs-se o actual Governo, lançar um amplo e ambicioso programa de reforma da gestão hospitalar, apostando no aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, assentes em SA. Consagra-se assim, a autonomia de gestão das unidades hospitalares, em moldes empresariais, pretendendo estabelecer, ao mesmo tempo, a separação funcional entre o financiador/comprador e o prestador de cuidados de saúde, defendendo que tal orientação assegurará sempre a unidade e universalidade do SNS, de acordo com a matriz constitucional.

Os responsáveis do sector, os diferentes agentes profissionais e económicos, a comunidade académica e a opinião pública, em geral, sentem que o modelo burocrático-administrativo de gestão hospitalar está ultrapassado e esgotado, reclamando profundas mudanças, mas a decisão do actual governo em avançar com as SA parece não ter sido suficientemente estudada, nem sustentada em avaliação baseada em evidência que permita avançar para esta modalidade com um tão elevado número de hospitais.

Daqui resulta um conjunto de constrangimentos e problemas por resolver, ligados nomeadamente: *(i)* ao sistema de informação; *(ii)* ao nível do controlo financeiro (operacionalização do processo de contabilização - como podem funcionar os SA com “duodécimos”? como é valorizado o inventário e como passam as contas dos hospitais do modelo tradicional para os SA, tipo de plano de contas a utilizar, regularização de dívidas, normalização de modalidades de financiamento e de cobrança em algumas áreas, tipos de seguros, custas judiciais; *(iii)* ao nível das compras, e *(iv)* ao nível dos recursos humanos (no que se refere aos procedimentos ligados aos contratos, descongelamentos, concursos, provimentos, reconversão e reclassificação de profissionais).

Independentemente das soluções encontradas e do maior ou menor aprofundamento teórico, convém referir que o “potencial de descongelamento” desta solução pode ser efectivamente importante. Foi igualmente colocada uma grande preocupação no acompanhamento, através da criação de um grupo de missão que reúne um conjunto de especialistas que apoiam o processo, o que poderá atenuar eventuais problemas na implementação e desenvolvimento do modelo.

#### CONSTITUIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DOS HOSPITAIS SA (2002-2003)

A implementação passou pela selecção de um conjunto de unidades hospitalares a transformar em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e o processo de selecção teve por base um conjunto de critérios, dos quais se destacam: *(i)* dimensão: média dos hospitais, medida pelo número de camas, oscilando, em regra, entre as 150 e as 600 camas; *(ii)* antiguidade dos edifícios ou imóveis: preferencialmente foram seleccionados os hospitais a funcionar em edifícios relativamente mais recentes; *(iii)* critério de ordem económica: hospitais que potencialmente teriam saldo positivo se estivessem a ser financiados pela produção total e não por um valor histórico.

Foram, ainda, tidos em consideração outros factores/critérios anteriormente definidos, tais como: *(iv)* distribuição geográfica: preocupação em envolver hospitais de todo o País; *(v)* manifestação da vontade: sempre que possível, acolhendo as candidaturas apresentadas pelos Conselhos de Administração dos Hospitais e *(vi)* obrigatoriedade dos valores dos défices não ultrapassarem uma percentagem de 30%.

Este modelo pretende garantir que o capital social dos hospitais agora empresarializados seja exclusivamente assumido por entidades de capitais públicos, num total de 897,836 milhões de euros.

Pretendeu-se alterar o modelo de gestão, mantendo-se intacta a responsabilidade do Estado pela prestação dos cuidados de saúde. Esta responsabilidade é entendida como uma imposição constitucional, já que se trata de uma responsabilidade pública de que o Estado não pode alhear-se.

Uma outra alteração introduzida, prende-se com os critérios para as nomeações dos conselhos de administração, que assentou principalmente em pessoas sem qualquer relação profissional anterior com a área da saúde e que, de acordo com alguns dos grupos profissionais da saúde, “não possuíam experiência nem aptidão para o

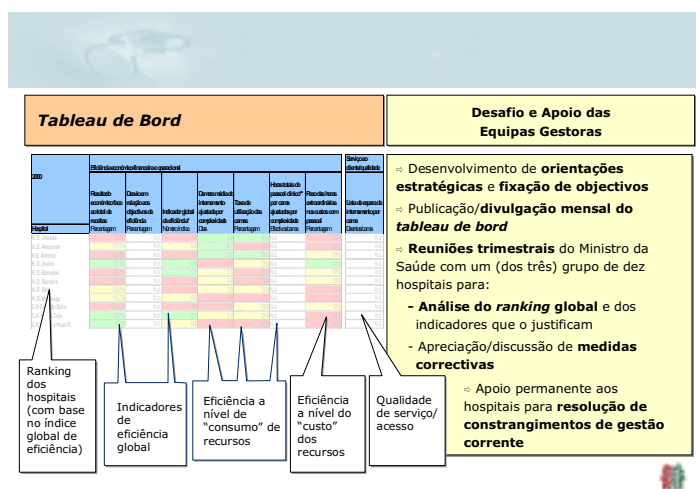
desempenho das funções”. O facto de não se ter estabelecido explicitamente um período de transição, pode resultar numa situação ambígua, não se sabendo quando os hospitais SA passaram a sê-los efectivamente, com a autonomia e responsabilização inerentes.

#### A EQUIPA DE MISSÃO

A estrutura de missão constituída para acompanhar e apoiar os hospitais SA, teve como objectivos principais para a sua constituição, os seguintes: (i) criar e manter mecanismos de acompanhamento/controlo por parte do accionista; (ii) garantir uniformidade em matérias comuns às várias unidades (nomeadamente na fase de arranque) e, (iii) capturar sinergias entre as unidades, principalmente a nível da sua gestão operacional.

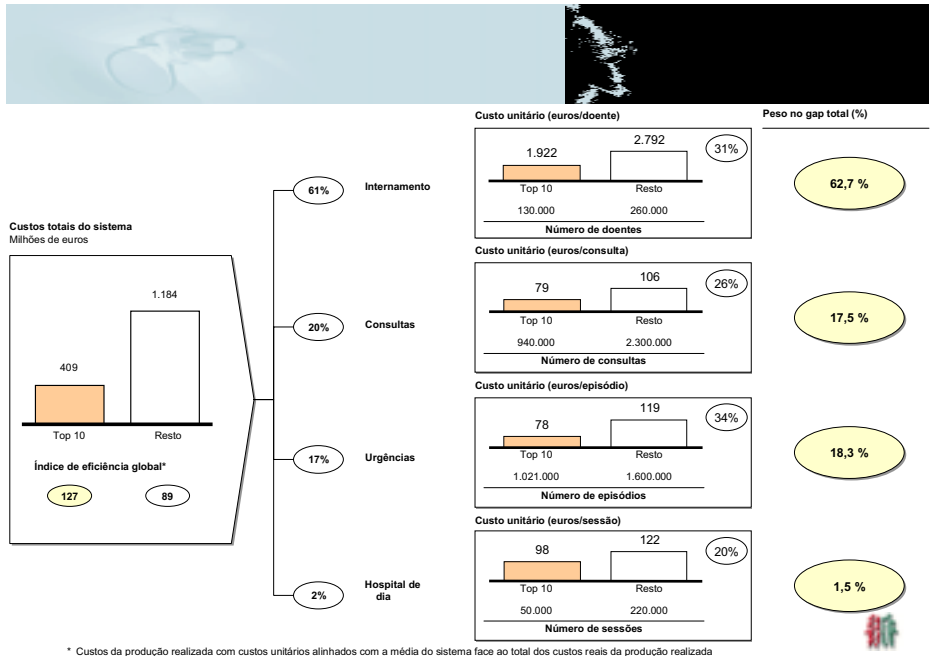
Esta estrutura de missão tem desenvolvido um extenso trabalho de aperfeiçoamento metodológico, do qual se destacam dois exemplos: o Tableau de Bord, desenvolvido com o objectivo de obter uma “fotografia” estática, para o período em análise, comparando os 31 Hospitais SA, e uma “fotografia” detalhada e dinâmica com a evolução dos indicadores ao longo do tempo, por hospital, através, nomeadamente, de indicadores de eficiência global que permitirão medir os desvios nas componentes seleccionadas, tal como se pode analisar nas **Figuras 21 e 22**.

Figura 21- Mecanismos de acompanhamento dos hospitais



Embora se trate de um conjunto de indicadores de aparente simplicidade, implicará o adequado funcionamento dos frágeis e pouco fiáveis sistemas de informação dos hospitais, a alteração de alguns dos “outputs” e a integração e consistência dos dados constantes das demonstrações financeiras das instituições integradas no SNS.

Figura 22- Decomposição da estrutura de custos do hospital SA e identificação do grau de desempenho.



## COMENTÁRIOS

A tentativa de conhecer a base de evidência que fundamentou a decisão relativa à empresarialização, mostrou-se inexequível.

Na pesquisa de evidência internacional sobre o tema foram identificados alguns casos, não sobreponíveis com a situação portuguesa, em Espanha e Reino Unido. Nessas experiências é referido que carecem de avaliação constante, tempo para desenvolvimento (existem experiências concretas que indicam cinco e seis anos como o tempo útil para implementar, consolidar e avaliar algumas pequenas experiências, antes de disseminar os resultados e abranger um maior número de instituições), vontade política e capacidade gestionária, para além da implementação dum adequado sistema de informação que permita um bom conhecimento do processo e uma boa governação.

Em síntese, as principais críticas ao modelo de desenvolvimento e implementação das reformas de gestão em curso prendem-se com o elevado número de instituições envolvidas no processo e com a inexistência de instrumentos e ferramentas de apoio à mudança, o que pode dificultar o adequado acompanhamento às mudanças, dada ainda a fragmentação da informação existente e a ausência duma adequada gestão do sistema de informação da saúde.

Por outro lado, parece não estar explicitado o período de transição, o que poderá implicar a manutenção dum sistema coordenado directamente pelo poder central, sujeito às oscilações decorrentes das mudanças políticas.

Outras das questões que se têm colocado no processo de implementação das SA, são as que se prendem com a falta de transparência do processo, dado que não são conhecidos quaisquer tipos de análises previsionais, nem tão pouco estimativas de impacto sobre o acesso, a qualidade, ou a eficiência, entre outros.

A comunicação ascendente e descendente, intra e extra-institucional, não têm funcionado, criando grandes e graves problemas de desinformação e desmotivação, já que as questões da empregabilidade, da segurança e da continuidade dos profissionais está em causa e não se encontram respostas para questões, como por exemplo,

a conjugação das carreiras específicas da saúde com os contratos individuais de trabalho ou como se mede a monitorização e avaliação do desempenho.

Essa mesma falta de comunicação é grandemente responsável pelas inseguranças, especulações e até mesmo medo que se têm instalado, tornando o processo pouco transparente, quer para os profissionais, quer para os cidadãos em geral. Não estão respondidas questões fundamentais sobre como vão ser garantidas a acessibilidade e a equidade com as restrições orçamentais impostas, ou como se garante que os Hospitais SA não vão “incentivar/repelir” doentes de acordo com as conveniências. A circulação de utentes pelos diferentes prestadores não pode ser acompanhada com rigor, pois o Cartão de Utente não está em vigor na maioria dos hospitais, bem como no sector privado, convencionado, contratualizado ou protocolado.

### PARCERIAS PÚBLICO PRIVADAS (PPP)

As parcerias entre os sectores público e privado (Parcerias Público-Privadas - PPP), segundo a abundante bibliografia internacional disponível, poderão constituir um importante instrumento estratégico de modernização dos serviços públicos.

A nível europeu, as Orientações da Comissão Europeia sobre os Fundos Estruturais, para o período 2000-2006, preconizam o envolvimento crescente do sector privado através do incremento das Parcerias Público-Privadas, dando ênfase à necessidade de, no âmbito da modernização e expansão dos serviços públicos, favorecer o recurso a fontes de financiamento privado e a inovadoras formas de “engenharia financeira”.

Reflectindo essas orientações, o Banco Europeu de Investimentos, enquanto instituição financiadora da União Europeia, tem vindo a assumir um envolvimento crescente no desenvolvimento da fórmula PFI. A carteira de projectos PFI/PPP, excluindo o Eurochannel, ascende a mais de 6.000 milhões de euros, abarcando os sectores: rodoviário, das telecomunicações, dos caminhos-de-ferro, da energia, da água e resíduos sólidos, da educação e saúde.

Os PPP são projectos de iniciativa pública, tendo em vista lançar um novo empreendimento público ou renovar, expandir e reconverter um serviço público anteriormente existente. Assim, a via PFI constitui primordialmente uma forma de aquisição ao sector privado da prestação de um serviço público, numa óptica de longo prazo.

### ANTECEDENTES EM PORTUGAL

Em Portugal já existem importantes experiências de PPP, particularmente em obras públicas de grandes dimensões.

Na área da saúde o contrato de gestão do Hospital Fernando da Fonseca (HFF), Amadora/Sintra é uma forma particular de parceria público privada.

A forma como esta parceria se tem desenvolvido proporciona seguramente importantes ensinamentos para o futuro que não foram devidamente sistematizados e aprofundados. No entanto alguns destes ensinamentos já são evidentes com os elementos disponíveis:

- a inexistência de mecanismos de regulação e acompanhamento por parte do Estado que assegurem a monitorização rigorosa dos prestadores, criam suspeições indesejáveis;
- o não ter sido negociado um contrato programa, claro e objectivo, leva à existência de diferenças significativas nos resultados apurados, que em nada beneficiam a transparência do processo e introduzem grandes desconfiças sobre as virtualidades do modelo;
- de acordo com o relatório do INA, o HFF, o único exemplo mitigado, de parceria público/privada em Portugal (o investimento inicial é público), é certamente mais lucrativo por assentar numa gestão de pessoal mais eficiente (emprega menos pessoas para os mesmos serviços), mas os preços dos serviços

que fornece são apresentados como não competitivos, embora estejamos perante uma avaliação de experiências muito incipiente e pouco discutida nos meios técnicos, o que não permite, com segurança, retirar conclusões convincentes.

#### OPÇÕES POLÍTICAS E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS PPP

O Governo anunciou que planeia o lançamento de concursos para dez novos hospitais (oito dos quais de substituição) nos próximos três anos. Estes terão o estatuto de PPP. A posse permanecerá no sector público, mas a gestão será totalmente privada. A expectativa do Governo é a de deslocar parte dos riscos do investimento para o sector privado, embora retenha os benefícios dum serviço privatizado.

Foi dada continuidade a algumas iniciativas do anterior executivo nesta matéria. Em Janeiro de 2002, através do despacho n.º 1997/2002, foi constituído o grupo de trabalho para lançamento de projectos hospitalares de PPP, denominado Estrutura de Missão:

“A Estrutura de Missão tem como principal responsabilidade desenvolver um enquadramento legal apropriado ao lançamento de projectos de parceria público/privados no sector da Saúde, mas tem, também, a responsabilidade de identificar projectos e prepará-los para serem lançados sob a forma de parcerias; de organizar e conduzir os concursos públicos relativos a cada projecto; de acompanhar a experiência internacional e incorporar as melhores práticas e ainda de apoiar o MS no desenvolvimento de instrumentos e dispositivos de regulação económica.”

Já com o actual governo, em **20 de Agosto de 2002**, foi estabelecido o ***Regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados*** (Decreto-Lei n.º 185/2002 e Despacho n.º 19 946/2002, de 29 de Agosto).

Estão já em curso as medidas tendentes à implementação das dez experiências anunciadas. O Governo pretende lançar até ao final do ano o concurso internacional para a construção e exploração do primeiro hospital de parceria público/privado, que deverá ficar em Loures. É, disso exemplo, o acordo estratégico de colaboração entre o Município e o Ministério da Saúde (MS) com vista ao lançamento do Hospital, assinado em 9 de Abril de 2003, nos Paços do Concelho de Loures.

#### O caso do Hospital de Loures

Segundo o Município de Loures, o Hospital vai ser construído numa parceria público-privada, integrado no SNS e disporá das valências de Obstetrícia e Pediatria e ainda de Serviço de Urgência e irá servir cerca de 300 mil utentes, residentes na área dos concelhos de Loures, Odivelas e Sobral de Monte Agraço.

Foram já também aprovados os procedimentos prévios à celebração dos contratos de gestão que envolvem concepção, construção, financiamento e exploração de estabelecimentos hospitalares, considerando o Governo que concluiu o capítulo do enquadramento jurídico dos futuros contratos de gestão.

#### VANTAGENS E INCONVENIENTES, OPORTUNIDADES E RISCOS DAS PÚBLICO/PRIVADO, EM SAÚDE

A primeira constatação importante na análise das vantagens e inconvenientes das PPP está no facto de existirem vários tipos de parcerias que é indispensável distinguir. Existem parcerias para a construção de instalações e para o equipamento de serviços públicos (de longe a modalidade onde existe maior experiência) e existem outras parcerias para a gestão de serviços públicos (onde a experiência é muito mais limitada e bem mais controversa). Por outro lado há que considerar as parcerias com o sector privado social (não lucrativo), onde existe uma certa preocupação em que as vantagens económicas obtidas através da parceria sejam reinvestidas no sector e as parcerias com o sector privado lucrativo onde isto não acontece.

Não é intenção deste relatório apresentar um estudo exaustivo sobre as vantagens e inconvenientes das PPP no contexto específico da saúde em Portugal. São no entanto evidentes os argumentos de que ele é muito necessário.

Se consideramos em primeiro lugar as vantagens e inconvenientes das PPP entre o sector público da saúde e o sector privado lucrativo para o desenvolvimento de infraestruturas e equipamentos encontraremos, num clima de considerável controvérsia, essencialmente o seguinte:

#### VANTAGENS

A literatura disponível aponta como principais vantagens as seguintes: (i) o “*value for money*”. Este conceito abrange a ideia de que embora seja mais dispendioso para os governos usarem financiamento privado do que contrair empréstimos directamente, os ganhos da eficiência no sector privado compensam os do sector público. Tal facto anula, os custos adicionais dos empréstimos e, explica, as diferenças inerentes à motivação nos sectores público e privado; (ii) é esperado, que através dos PPP, o sistema beneficie da gestão e perícia do sector privado o qual, sob a pressão das forças de competição no mercado, conduzirá a novas ideias positivas e inovadoras e, (iii) um argumento adicional na sustentação dos PPP é a transferência do risco do sector público para o privado. Os riscos transferidos incluem quer os de projecto, quer os de construção. Tal é visto como vantajoso, dado que se considera que o sector privado possa ser mais eficiente na gestão de determinados riscos.

#### INCONVENIENTES:

Alguns estudos, nomeadamente do Institute for Public Policy Research e de Fox, L., 2002, defendem que os PPP não proporcionam “*value for money*”, não rentabilizam o investimento e são demasiado caros. Um outro argumento é o de que os consórcios privados envolvidos com os projectos de PPP podem obter empréstimos a taxas mais baixas, o que sugere que há um risco muito pequeno associado ao empréstimo. Consequentemente, isto indica que não há nenhum risco real que seja transferido do sector público para o privado.

A abordagem dos PPP é ainda muito criticado pela confidencialidade comercial, que é dominada pelos consórcios privados porquanto obscurece a responsabilização e torna difícil a comparação entre esquemas de financiamento público e privado. Outro argumento contra os PPP, é que é indesejável para o sector da saúde participar em contratos a longo prazo. As mudanças na procura e acontecimentos imprevistos no futuro, podem introduzir graves restrições nos recursos se as autoridades de saúde ficarem condicionadas por contratos de PFI.

Se considerarmos agora as PPP que incluem tanto o desenvolvimento das infra-estruturas e equipamento como a gestão dos serviços pode dizer-se que a experiência existente é não só muito mais limitada, mas bastante mais controversa.

O exemplo mais conhecido que é normalmente utilizado é o do Hospital La Ribera – Alzira, em Espanha – Valência, cujo pagamento é baseado em capitação (224,58 € ao ano por habitante), que serve uma população de 230 000 habitantes e que funciona desde 1 de Janeiro de 1999. Não se conhecem trabalhos de avaliação, independentes dos interesses, sobre esta experiência, e até agora esta não foi replicada em Espanha ou em qualquer outro sistema de saúde de características similares.

Esta é uma das modalidades de PPP que o governo pretende pôr a concurso para dez novos hospitais para os próximos 3 anos.

#### COMENTÁRIO FINAL

No actual estado do conhecimento sobre PPP para o desenvolvimento das infra-estruturas e para a gestão de unidades hospitalares, considerando as fragilidades dos dispositivos de regulação e governação, amplamente documentadas neste relatório, não parece tecnicamente legítimo implementar as dez PPP anunciadas para o sector hospitalar sem a publicitação e discussão de uma análise detalhada da fundamentação na base do conhecimento existente sobre esta matéria e sem uma estimativa elaborada sobre o seu previsível impacto no sistema de saúde português.



Sabe-se que a maior parte das experiências descritas não se situam na área da saúde; as que existem são maioritariamente na área hoteleira e na construção/remodelação, mas as opiniões dividem-se sobre os resultados alcançados, como já ficou descrito. Sabe-se igualmente que as poucas experiências que envolvem a área clínica, não estão suficientemente documentadas e que os resultados apresentados são fortemente contestados.

### CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Na análise da nova legislação sobre Centros de Saúde recentemente aprovada há que salientar alguns aspectos fundamentais: *(i)* os antecedentes, contexto para a reforma e base de evidência *(ii)* o processo de preparação e adopção da nova legislação; *(iii)* o seu conteúdo, *(iv)* conclusões.

#### ANTECEDENTES, CONTEXTO PARA A REFORMA E BASE DE EVIDÊNCIA

Os cuidados de saúde primários têm uma lógica organizacional diferente dos hospitais - não dependem tanto de infra-estruturas dirigidas a suportar tecnologias elaboradas, mas com comportamentos intensamente relacionais entre profissionais e indivíduos sãos ou doentes, com as suas famílias e outros componentes do ambiente onde se integram.

O Relatório da Inspeção-Geral da Saúde relativo às inspeções temáticas realizadas nos Centros de Saúde sobre “Atendimento e Humanização”, divulgado em 2002, identifica um conjunto de factores organizacionais e de recursos humanos, dos quais se destacam

- “Inexistência de cultura de trabalho em equipas multidisciplinares de saúde”;
- “Deficiente sistema de marcação e gestão das consultas”;
- “O número de Médicos de Família é insuficiente para responder satisfatoriamente às necessidades dos utentes”;
- “O número de enfermeiros disponível não possibilita uma actividade estruturada em equipas multidisciplinares de saúde”;
- Esta carência de enfermeiros “condiciona as possibilidades de desenvolver programas de apoio domiciliário e outros de natureza diversa”;
- “O número de administrativos não possibilita um apoio organizacional mais eficaz”;
- Um número significativo de Centros de Saúde caracteriza-se, precisamente, por “carências ao nível da formação profissional” por parte destes profissionais.

Apesar destas dificuldades, os centros de saúde, no seu conjunto, têm conseguido resultados que não podem deixar de ser valorizados. Num documento publicado pelo Ministério da Saúde no primeiro trimestre de 2002, são resumidos os principais indicadores de actividade dos serviços de saúde, relativamente aos Centros de Saúde, verifica-se entre 1985 e 2000, um claro aumento de produtividade e ganhos de eficiência sustentados, apesar da progressiva diminuição dos recursos humanos no sector (ver **Quadro XVIII**): *(i)* mais de 8,4 milhões de consultas não urgentes; *(ii)* mais de 5,3 milhões de consultas urgentes; *(iii)* aumento superior ao dobro das consultas de Saúde Materna; *(iv)* aumento superior ao triplo das consultas de Planeamento Familiar e *(v)* aumento superior ao triplo das consultas de Saúde Infantil.

## Quadro XVIII – Evolução do número de consultas, de urgências e de médicos nos Centros de Saúde

	1985	1990	1995	2000
Total de Consultas	18.338,7	22.790,5	24.584,6	26.734,3
Total de Urgências	1.485,7	3.324,9	4.383,9	5.470,2
Médicos	8.172	8.358	7.504	7.017

Fonte: MS – DGS/INE (unidade – 1000)

O Regime Remuneratório Experimental (RRE) para a Medicina Familiar, em vigor desde 1998, contando com 20 grupos em funcionamento, é seguramente um exemplo de inovação no caminho certo. Os médicos envolvidos neste projecto realizaram uma auto-avaliação do ano 2001, tendo como instrumentos uma adaptação do MoniQuOr e um conjunto de indicadores de actividade. Os resultados foram apresentados no final de 2002, com discussão no 1º trimestre de 2003. Em relação ao MoniQuOr os RRE apresentam uma taxa de cumprimento dos critérios superior a 70%, exceptuando a área de Educação Contínua e Avaliação da Qualidade. Os indicadores e taxas de actividade, quando comparados com os disponíveis a nível regional (SRS Porto, pelo número de RRE existentes nessa sub região), apresentam melhores resultados tanto na produtividade como na acessibilidade, eficiência e qualidade.

No inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o sistema nacional de saúde (M. Villaverde Cabral, 2002), já atrás referido, podem destacar-se os seguintes aspectos:

- 83,7% dos portugueses têm acesso ao seu Médico de Família;
- 52,8% estão a menos de 10 min. do Centros de Saúde e 32,6% a menos de 20 min.;
- 50% dos utilizadores têm consulta no próprio dia e 25% em menos de 5 dias;
- 68,3% (cerca de 2/3) considera que a espera pela consulta não é demorada ou excessiva;
- 75% dos utilizadores dos Centros de Saúde estão satisfeitos e 75% dos não utilizadores não estão satisfeitos;
- cerca de 50% considera o funcionamento dos Centros de Saúde como Bom ou Muito Bom;
- 78% dos portugueses avalia como positivo o desempenho do Médico de Família;
- 73,7% considera como Boa ou Muito Boa a relação com o seu Médico de Família;
- mais de 2/3 (67,3%) das mães com filhos menores de 18 anos doentes vão ao CS;
- 66,3 % destas consideram os cuidados como bons ou muito bons.

Para dar sentido àquilo que se analisa e sustentar propostas de mudança é importante estar-se atento à evolução da base de conhecimentos em cuidados de saúde primários. A nível internacional, três referências recentes merecem algum destaque: (i) a iniciativa da *American Academy of Family Physicians (AAFP)* – “*Future for Family Medicine*”, projecto que tem como objectivo “*Develop a strategy to transform and renew the specialty of family practice to meet the needs of people and society in a changing environment.*” ([www.futurefamilymed.org](http://www.futurefamilymed.org)); (ii) a publicação, pela *World Family Doctor Caring for People (WONCA)*, de dois importantes textos frutos da discussão internacional dos últimos anos: “*The European definition of General Practice/Family Medicine*” e “*Improving Health Systems: The contribution of Family Medicine. A guidebook*”; (iii) a discussão, no Reino Unido, entre as estruturas médicas e o governo de um novo sistema retributivo dos Médicos de Família caracterizado pela existência de um componente de 50 a 60% da retribuição dependente de indicadores de desempenho clínico ([www.bma.org.uk](http://www.bma.org.uk))

Nos últimos anos, o envolvimento dos profissionais dos cuidados de saúde primários e das suas associações, particularmente a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), na análise da organização e gestão do seu exercício profissional tem sido muito substancial - uma extensa literatura sobre esta matéria tem sido produzida nas duas últimas décadas e a APMCG tem realizado com regularidade debates sobre estes temas com assinaláveis interesse e níveis de participação. A renovação que se tem verificado na enfermagem de cuidados de saúde primários tem contribuído para estabelecer neste sector lideranças técnicas e culturais de elevada qualidade. Não parece ser possível proceder a uma reforma dos cuidados de saúde primários sem um envolvimento forte e precoce das suas lideranças profissionais.

#### O PROCESSO DE PREPARAÇÃO E ADOÇÃO DA NOVA LEGISLAÇÃO

Em meados de Julho de 2002, os órgãos de comunicação social divulgaram uma versão de um projecto de decreto-lei que visava criar uma “rede” de prestação de cuidados primários de saúde. Como finalidades a atingir com esse novo diploma legal foram anunciadas as seguintes: (i) “dar um médico assistente a todos os portugueses” uma vez que, segundo os dados disponíveis, haveria mais de 1 milhão de cidadãos sem esta possibilidade; (ii) “acabar com as listas de espera de madrugada à porta dos centros de saúde”, (iii) “permitir a marcação de consultas pelo telefone”; (iv) “aumentar a disciplina e o rigor no funcionamento do sector” e, ainda, (v) “atribuir um maior protagonismo ao sector privado, social e cooperativo na área dos cuidados de saúde primários”.

Quando o Ministério da Saúde anunciou que abandonava liminarmente o projecto dos “centros de saúde de 3ª geração” não teria seguramente a informação que os componentes técnicos essenciais mais importantes desse projecto (pequenas equipas multiprofissionais, sistemas de remuneração, informação, informação e qualidade adaptados à especificidade dos cuidados de saúde primários) tinham sido idealizados, discutidos, desenhados e ensaiados por um importante núcleo de profissionais dos cuidados de saúde primários. Estes surgiram neste papel pela capacidade de liderança, reconhecida pelos seus pares, e não por terem ligações especiais com qualquer agenda política.

Teria sido possível ao Ministério da Saúde introduzir na legislação dos cuidados de saúde primários aspectos que considerassem essenciais na prossecução da sua agenda política sem desperdiçar o capital de experiência e os conhecimentos acumulados, evitando dar a impressão que este trabalho lhe é indiferente ou desconhecido, sem *“deitar fora o bebé com a água do banho”*.

A partir daqui enraizou-se nos profissionais de saúde a ideia de que a nova legislação de cuidados de saúde primários ia evoluindo - em múltiplas versões - sem integrar a sua experiência ou envolve-los efectivamente. Este processo foi-se agravando, aparentemente, sem o Ministério de Saúde se aperceber das suas causas.

Assim, acabou por se constituir, pela primeira vez em mais de uma década, uma ampla “plataforma comum” de oposição a uma iniciativa legislativa na área da saúde onde é possível identificar três níveis distintos: (i) acção concertada das organizações profissionais - Ordem dos Médicos, os dois sindicatos médicos do sector, das Associações de médicos de clínica geral e de saúde pública, que levou à convocação de uma greve com considerável adesão; (ii) apreciações técnicas negativas por grande parte daqueles que têm competência técnica reconhecida em questões de organização e gestão de cuidados de saúde primários e, (iii) manifestações de desacordo por parte de personalidades políticas de vários quadrantes.

O diploma acabou por ser promulgado pelo Presidente da República em 27 de Fevereiro de 2003 e publicado no Diário da República do dia 1 de Abril, com o número 60/2003. O seu Artigo 31º condiciona a entrada em vigor do diploma à entrada em vigor de outro diploma que aprove a criação de uma entidade reguladora, aliás prevista pelo Programa de Governo, que enquadre a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito dos serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho.

Figura 23- Evolução política nos cuidados de saúde primários

					Regime de Convenções					
					Instituto Qualidade Saúde	Centros Saúde 3ª Geração				
				Sistema de Verificação Incapacidades ("Baixas")	Novo Horário Centros Saúde	Criação Centros Regionais Saúde Pública		Regime Incentivos (Saúde XXI)	Rede de Cuidados Continuados	
				Avaliação Centros Saúde (MoniQuor)	Regime Remuneratório Experimental (RRE)	Regime Remuneratório Experimental (RRE)	Prorrogação (2 anos) Regime Remuneratório Experimental (RRE)	Regime Remuneratório Experimental (RRE)	Regime Remuneratório Experimental (RRE)	Prorrogação (1 ano) do Regime Remuneratório Experimental (RRE)
				MoniQuor	MoniQuor	MoniQuor	MoniQuor	MoniQuor	MoniQuor	
			Criação das Agências Contratualização Regionais	Orçamentos Programa	Orçamentos Programa	Orçamentos Programa	Orçamentos Programa	Orçamentos Programa	Orçamentos Programa	Rede CSP
			SINUS	SINUS	SINUS	SINUS	SINUS	SINUS	SINUS	SINUS
Aprovação Projecto RIS		RIS	RIS	RIS	RIS	RIS	RIS	RIS	RIS	RIS
			Cartão de Utente	Cartão de Utente	Cartão de Utente	Cartão de Utente	Cartão de Utente	Cartão de Utente	Cartão de Utente	Cartão de Utente
1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003

Fonte: Diários da República de 1990-2003

A forma relativamente invulgar como se processou a promulgação deste diploma 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.

#### O CONTEÚDO DA NOVA LEGISLAÇÃO SOBRE OS CENTROS DE SAÚDE

Em 20 de Dezembro é anunciada a aprovação do Decreto-Lei em Conselho de Ministros.

No essencial o conteúdo da nova legislação sobre os centros de saúde pode resumir-se da seguinte forma:

- reconhece-se que as actividades de gestão e de coordenação têm um valor intrínseco e específico que deve ser financeiramente recompensado
- reforça-se a responsabilização pelo seu desempenho e estabelece-se o princípio da publicitação dos indicadores de desempenho.
- introduz-se a figura do “médico assistente”
- introduz-se o contrato individual de trabalho
- acentua a possibilidade de se adoptarem nos actuais centros de saúde fórmulas de gestão privada – de carácter lucrativo ou social
- opta-se por “regressar” a um modelo organizacional tradicional (1983)

A reacção das organizações profissionais do sector, particularmente dos médicos e dos enfermeiros, com destaque para os primeiros, foi muito crítica. A ideia de que se queria criar a figura do médico assistente pessoal, substituindo o conceito já enraizado da figura do “médico de família”, enquanto médico com formação especializada e qualificação específica na área da medicina geral e familiar, admitindo recrutar médicos indiferenciados ou com outros tipos de formação para os centros de saúde foi particularmente sensível para as organizações do sector. Também se apontou para a pouca clareza do enquadramento e das regras para a participação das entidades privadas na referida Rede. Do ponto de vista dos sindicatos médicos e de enfermagem, o documento pretendia a “precarização dos vínculos laborais”, “o desmantelamento das carreiras profissionais” e a desqualificação dos cuidados primários e dos centros de saúde.

O Ministro da Saúde responde à contestação desta legislação no DN (25/2/2003) em quatro pontos: (i) a figura do médico de família como um especialista em medicina geral e familiar é para manter e as carreiras profissionais não estão em causa. Não havendo médicos de família suficientes continuar-se-á a contar, como até agora, com médicos sem especialização, designados “clínicos gerais” para colmatar essas lacunas. Poder-se-á contratar especialistas em outras áreas que libertarão o médico de família de algumas tarefas; (ii) a opção pela existência de um director do centro, em vez da direcção actual com três elementos, visa dar uma maior eficiência de gestão, ficando salvaguardada a autonomia profissional e técnica de cada médico; (iii) a gestão dos centros de saúde poderá ser atribuída a entidades públicas ou privadas, designadamente cooperativas de profissionais que a queiram assumir, desde que sejam contratualizados objectivos a atingir que satisfaçam as necessidades dos utentes e, (iv) em relação aos direitos dos profissionais, a adopção da figura do contrato individual de trabalho pode apenas ser aplicado a quem entra de novo no sector ou a quem opte por este regime.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao contrário do que aconteceu com o sector hospitalar não foi introduzido na gestão dos centros de saúde, com esta legislação, a reforma da organização e gestão que há muito os profissionais de cuidados de saúde primários vêm reclamando, e sem a qual é improvável que se verifiquem mudanças substanciais na prática dos centros

de saúde se: *(i)* não é flexibilizado o seu modelo organizacional - existem centros de saúde com 20 profissionais e outros com quase 300; *(ii)* a estrutura continue a assentar em blocos ou unidades segmentadas por grupos profissionais e não em pequenas equipas multiprofissionais, tal como vem sendo proposto por diversas organizações e entidades; *(iii)* o “Serviço de Cuidados Personalizados de Saúde”, da legislação de 1983, não é desmontado em unidades multiprofissionais de pequena dimensão - apenas tendo sido mudado o nome deste serviço para “Unidade de Cuidados Médicos”; *(iv)* não é instituída uma Direcção Técnica/Clínica, com atribuições na área da gestão clínica e da qualidade técnico-científica dos cuidados; *(v)* não é conferido aos centros de saúde um estatuto jurídico que lhes permita verdadeira autonomia de gestão (administrativa e financeira), uma vez que, na prática, vão ficar na mesma situação de dependência tutelar das ARS/“Sub-regiões”, em que se encontram actualmente.

As organizações profissionais do sector, em especial a APMCG, têm declarado insistentemente que, para evitar a degradação e agonia lenta dos cuidados de saúde primários, será necessária uma intervenção excepcional, prioritária e urgente que requer:

uma visão estratégica sobre o futuro dos cuidados de saúde primários, partilhada pelos principais agentes da mudança, designadamente os profissionais dos centros de saúde;

reforço em quantidade e qualificação dos recursos humanos nos cuidados de saúde primários;

competências técnicas intermédias para a condução dos necessários e complexos processos de mudança organizacional a nível local;

lideranças motivadoras e um clima de confiança e envolvimento a todos os níveis do sistema;

mudança organizacional profunda para uma estrutura e dinâmica de equipas multiprofissionais enquadradas técnico-cientificamente por uma direcção técnico-clínica;

instalação generalizada de sistemas de informação adequados que facilitem e enriqueçam o trabalho dos profissionais e simplifiquem a relação dos cidadãos com os serviços de saúde.

Se os centros de saúde não evoluírem do modelo burocrático tradicional para um espaço organizacional de apoio a um conjunto de pequenas equipas funcionais, não poderão deixar de involuir para uma redução progressiva dos seus recursos e capacidades com uma previsível perda acentuada de efectivos nos próximos anos.

Para restabelecer o necessário clima de confiança entre o Ministério da Saúde e os profissionais de cuidados de saúde primários seria porventura necessário tornar clara a convicção comum que uma rede, gerida pelo sector privado lucrativo, de “médicos assistentes” de diferente nível de diferenciação dificilmente proporcionará ao

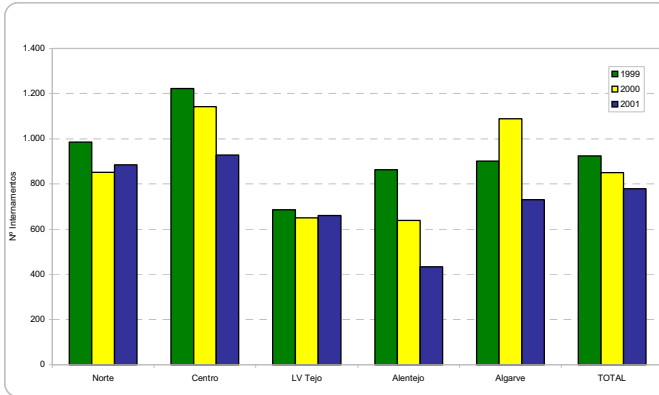
conjunto da população portuguesa cuidados de saúde primários de qualidade.

## RESULTADOS

Os serviços de saúde existem para proporcionarem cuidados de qualidade susceptíveis de melhorar o estado de saúde da população portuguesa. As reformas de gestão interessam se forem capazes de contribuir para essa melhoria de resultados no sentido de acentuar este princípio. Incluem-se aqui referências específicas à diabetes mellitus, à tuberculose pulmonar, ao diagnóstico pré-natal e aos acidentes vasculares cerebrais.

## DIABETES MELLITUS

Figura 24 - Número de internamentos por ceto-acidose sem coma ceto-acidótico e coma hiper-osmolar em



diabéticos por 100.000 diabéticos

Fonte: Direcção Geral da Saúde

Com a melhoria de acesso aos materiais de auto-vigilância implementada desde 1998 ainda não se verifica diminuição do número de amputações major dos membros inferiores, mas constata-se uma tendência decrescente do número de internamentos hospitalares por descompensação diabética. Tal poderá permitir inferir, se essa tendência se mantiver, que os diabéticos estarão a ser melhor controlados.

Tanto num caso como no outro os dados disponíveis mostram importantes diferenças regionais que é necessário

investigar.

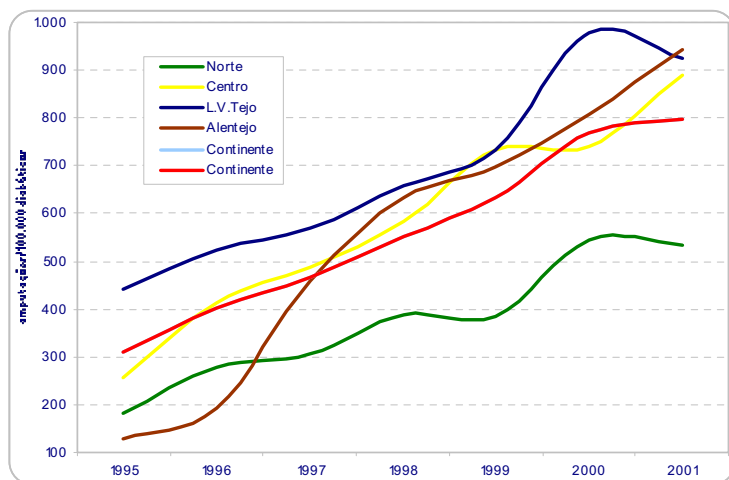


Figura 25 – Número de amputações em diabéticos por 100.000 diabéticos

Fonte: IGIFS, Novembro 2002

#### TUBERCULOSE

O desempenho do programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNT) registou importantes melhorias nos últimos 5 anos, na redução das taxas de cura e detecção (ver **Quadro XIX e XX**), na adaptação dos regimes de tratamento directamente observado (aumento superior a 50%) e na redução do tempo médio de tratamento (de 13,4 para 8,0 meses).

Uma diminuição das assimetrias locais destes desempenhos permitiria assegurar uma descida mais acentuada da incidência da tuberculose pulmonar no país.

1997	1998	1999	2000	2001
73,8%	82%	83,3%	85,3%	85,3%

Quadro XIX - Taxa de cura dos casos de tuberculose pulmonar, bacilíferos (evolução nas coortes, analisadas, de 1997 a 2001)

Fonte: DGS, Programa nacional de luta contra a tuberculose, 2002

1996	1997	1998	1999	2000
73%	67%	83%	77%	83%



## Quadro XX- Taxa de detecção da tuberculose pulmonar bacilífera (evolução nas coortes, analisadas, de 1996 a 2000)

Fonte: DGS, Programa nacional de luta contra a tuberculose, 2002

### DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Segundo o relatório divulgado pela Divisão de saúde materna infantil e dos adolescentes da Direcção Geral da Saúde (Diagnóstico pré-natal, actividades realizadas em 2001), assiste-se, nos últimos anos, ao aumento progressivo de actividades de diagnóstico pré-natal.

Em 2001, verifica-se que, em relação a anos anteriores, mais mulheres grávidas residentes fora dos grandes centros tiveram acesso a técnicas invasivas. No entanto, se se tiver em conta o número de nascimentos em mulheres com mais de 35 anos, 46% acederam ao cariótipo fetal (39,7% em 1999), mas com variações regionais que oscilaram entre 69,9% na região Centro e 39% no Norte e Algarve. Por outro lado, continua a ser necessário melhorar o acesso a exames ecográficos rigorosos e de qualidade. Isso é importante devido à elevada percentagem de anomalias fetais e nomeadamente doença genética que podem ser detectadas dessa forma.

### AVC

Apesar de se assistir a um decréscimo das taxas de mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) estes continuam a constituir a principal causa de morte e de incapacidade nas pessoas idosas.

Em 2001 foram estabelecidas as recomendações para o desenvolvimento de unidades de AVC da Direcção Geral da Saúde, criadas Unidades de AVC em 5 hospitais (4 em Lisboa e 1 no Porto) e começou a funcionar a “via verde AVC” (que visa melhorar a assistência pré hospitalar na fase aguda do AVC e otimizar o acesso destes doentes à unidade de saúde adequada e accionada pelo 112).

No entanto, a par destes importantes acréscimos de meios para o tratamento agudo do AVC, a que acresce a recente aprovação, pela Agência Europeia do Medicamento, da utilização da trombólise nas três primeiras horas da fase aguda do AVC, observam-se importantes limitações na qualidade do processo de cuidados a estes doentes (ver **Quadro XXI**):

- um estudo realizado pela Direcção Geral da Saúde a doentes internados por AVC, no ano de 1996, durante um mês, em hospitais do Continente, mostrou que: (i) menos que 26% dos doentes referem ter recebido, os próprios ou a família, ensino sobre mobilização; (ii) somente 28% dos doentes receberam reabilitação formal durante a estadia no hospital e, (iii) menos de 20% tiveram apoio nos cuidados de saúde primários, depois da alta hospitalar.
- um outro estudo, realizado em doentes internados por AVC, durante um mês, num hospital distrital, em 2002, corrobora estes dados: 98% realizaram TAC nas primeiras 24 horas de internamento e 93% não referiram dificuldade em obter consulta no Centro de Saúde, mas (i) apenas 33% dos doentes, familiares ou cuidadores receberam ensino formal; (ii) nenhum doente teve consulta de fisioterapia nas primeiras 72 horas de internamento; (iii) 95% dos doentes não receberam reabilitação formal; (iv) mais de metade destes doentes não tinham consulta marcada de fisioterapia na altura da alta e, (v) após a alta só 29% dos doentes não tiveram dificuldade em iniciar reabilitação.

Do ponto de vista dos doentes, o tratamento do AVC continua a denunciar a falta de articulação entre serviços, a

Doentes internados por AVC	Estudo DGS, 1996	Estudo Hospital Distrital, 2001
Reabilitação formal durante internamento	28%	5%
Ensino formal durante internamento	< 26%	33%
Continuidade de cuidados: hospital-centro de saúde	<20%	-
Continuidade de cuidados: hospital-reabilitação	-	<29%

*Não parece haver melhoria da situação desde 1996. O investimento na reabilitação e na capacitação das pessoas e famílias para se auto cuidarem continua a ser baixa. De salientar também a descontinuidade de cuidados após a alta.*



## PARTE IV CENÁRIOS

### O FUTURO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

#### INTRODUÇÃO

Para sintetizar as apreciações parcelares até aqui feitas sobre a evolução do sistema de saúde Português - a agenda actual e o seu contexto, o novo quadro legislativo adoptado, as iniciativas já sobre o terreno, a reacção dos actores sociais, a capacidade de governação e regulação e as tendências que é possível identificar nestas áreas - adoptamos três cenários possíveis para a evolução do sistema de saúde português num futuro relativamente próximo (5 anos):

**Cenário 1:** Mudança limitada ou acomodação

**Cenário 2:** Descongelamento

**Cenário 3:** Desconstrução

Esta síntese é uma formulação preliminar. Paralelamente a ela está a decorrer um exercício de análise de cenários no âmbito do OPPS (Projecto Diógenes), que partilhará os seus resultados no próximo ano.

#### CENÁRIO 1: MUDANÇA LIMITADA OU RE-ACOMODAÇÃO

**Este cenário prevê que o programa de reformas em curso não conseguirá promover uma mudança substancial no sistema de saúde Português. O esforço legislativo inicial, como tantas outras vezes acontece, seria reabsorvido pelo “status quo”.** Devido (i) à sua incipiente preparação, (ii) pela limitação dos instrumentos de governação, financiamento e regulação existentes, (iii) pela falta de investimento numa cultura da gestão da informação e do conhecimento, (iv) pelas dificuldades de diálogo e negociação com importantes sectores profissionais na preparação de alguns dos instrumentos da reforma, (v) por resistências à mudança com as mais diversas motivações, (vi) pela falta de uma base social suficientemente ampla e politicamente diversificada e, (vii) pelas dificuldades de assegurar, nestas circunstâncias, uma continuidade efectiva nas políticas de saúde.

No âmbito deste cenário poderia acontecer o seguinte:

ß Um novo e extenso quadro legislativo foi sendo adoptado no decurso do último ano. O substancial trabalho de regulamentação em curso, pela sua extensão e complexidade, pode vir a prolongar-se.

- A pouca preparação técnica, negociação, informação e comunicação que antecedeu a adopção do quadro legislativo, levará a correcções e ajustamentos frequentes e a um clima de cepticismo e desconfiança. Aprofundam-se divisões importantes na base social de apoio da reforma.
- A situação económica do país e a contínua pressão do “pacto de estabilidade e crescimento” em relação ao défice público não permite canalizar para a saúde os recursos financeiros indispensáveis para proporcionar a necessária autonomia de gestão das unidades de saúde. Assim é difícil assegurar a “responsabilização de gestão” no novo sector empresarializado, fazendo com que o seu desempenho não seja substancialmente diferente daquele que se verifica no sector administrativo do Estado;
- O prolongamento de um período transitório de gestão centralizada dos hospitais SA, com dotações financeiras insuficientes e equipas de gestão escolhidas por critérios não técnicos, criam figuras de gestão impuras, ambíguas e mitigadas;
- Apesar do progresso verificado com os medicamentos genéricos, a acentuada diferença de capacidade estratégica do Estado, actuando no âmbito do país, em comparação com a grande capacidade

estratégica da indústria, fará que esta utilize a combinação volume de prescrição, estrutura do mercado para compensar as desvantagens no capítulo preço. Desta forma, o aumento da despesa com medicamentos continuará a verificar-se;

- O gasto com esta e outras tecnologias (como por exemplo os meios complementares de diagnóstico e terapêutica) continuará a condicionar a expansão os cuidados que são intensivos em recursos humanos, como os cuidados de saúde primários. Isto inclui o que diz respeito ao desenvolvimento infantil, a promoção de saúde nas escolas e no local de trabalho, o seguimento dos doentes crónicos e dos idosos, os “cuidados continuados”, os cuidados de saúde mental e os cuidados aos dependentes e suas famílias. Desta forma mantêm-se os desequilíbrios entre o apoio a este tipo de serviços e o investimento nos hospitais para os doentes agudos;
- A recuperação de listas de espera através de pagamentos extraordinários à peça, sem atender ao nível de desempenho regular dos respectivos serviços. Este programa sem uma política de convergência entre a redução das listas de espera cirúrgicas, o aumento de produção regular, e o desenvolvimento da qualidade e formação continuada, levará necessariamente à insustentabilidade do processo;
- As distorções observadas nos recursos humanos da saúde, carências em certos sectores profissionais e desequilíbrios sérios entre o sector hospitalar e cuidados de saúde primários, agravar-se-ão a curto prazo e constituirão o elo mais frágil dos processos de reforma;
- Manifestar-se-ão consideráveis resistências a medidas de racionalização centradas essencialmente no aumento da eficiência, especialmente na ausência de um diálogo gestão/prestação e do desenvolvimento efectivo de uma gestão clínica que privilegie os aspectos específicos e qualitativos da saúde, enquanto os aumentos de financiamento da saúde se repercutem pouco nas condições de remuneração e trabalho dos profissionais;
- O “Plano de Saúde”, apesar de útil como compilação de problemas, objectivos e programas de saúde, situa-se fora do “*mainstream*” da governação da saúde;
- Mudanças na liderança do Ministério da Saúde criam a descontinuidade habitual com os efeitos conhecidos. O impulso de reforma é mais uma vez reabsorvido pelo *status-quo*.

**Este é um cenário pessimista, mas fundamentado no estudo da evolução do sistema de saúde português, durante os últimos anos.**

#### **CENÁRIO 2: DESCONGELAMENTO**

**Este cenário prevê um descongelamento técnico, cultural e institucional capaz de levar a uma profunda transformação da gestão pública da saúde – uma efectiva responsabilização pelos resultados, articulada com formas inteligentes e transparentes de cooperação entre os sectores público e privado.**

Enumeram-se a seguir iniciativas já tomadas, ou que seria necessário assegurar:

- Cerca de 50% da capacidade hospitalar pública é posta, rapidamente, num novo registo de gestão em princípios de 2003, através dos novos 31 hospitais SA (sociedades anónimas). O dimensionamento desta vaga de empresarialização, corresponde a um processo de “descongelamento” dos modelos tradicionais de gestão dos serviços de saúde;
- A legislação que estabelece estas novas formas de gestão hospitalar estipula claramente princípios de responsabilização e informação ao público;
- Para os hospitais SA o ano de 2003 é um ano de transição e descongelamento. Pelas razões atrás descritas não foi possível fazer o lançamento adequado desta nova gestão hospitalar. No entanto, a

“Equipa de missão dos hospitais SA”, em articulação com equipas de apoio regional, desenvolvem rapidamente metas de desempenho para o ano de transição (2003). Cada hospital prepara o seu “*business plan*” para 2004-2006. Tanto umas como outras são publicitadas. Para se conseguir iniciar o processo em princípios de 2003, as nomeações para a gestão dos Hospitais foram as possíveis. No fim do ano de transição os desempenhos observados e a afectividade do dispositivo regulamentar vigente serão analisados por uma equipa “independente”. Estas avaliações serão utilizadas para rever as actuais equipas de gestão, com base em critérios técnicos transparentes e para proceder aos necessários ajustamentos ao actual quadro regulamentar;

- Dadas as implicações a longo prazo das parcerias público privadas (PPP), o seu lançamento será antecipado pela publicação de um Livro Branco das PPP, que conterà os detalhes necessários à sustentação política e técnica das opções tomadas (incluindo metas de gestão, tipo e grau de riscos, custos de transacção e dispositivos de regulação, entre outros aspectos). Desta forma ficariam também elucidadas, no contexto português, as vantagens e inconvenientes de distintos tipos de parcerias – público/público, público/privado do sector lucrativo, público/privado do sector social;
- A reforma dos cuidados de saúde primários será feita analisando as potencialidades e limitações de experiências anteriores, tomando o máximo partido das lideranças com vocação para a inovação que existem sobre o terreno. Chegar-se-ia a um equilíbrio sensato entre a necessidade de melhorar o acesso aos cuidados de saúde e o desenvolvimento da sua qualidade, naquilo que os cuidados de saúde primários têm de mais importante, – continuidade, integração, resposta adequada;
- O “plano de saúde” evoluirá progressivamente para se tornar um instrumento de enquadramento estratégico das reformas da saúde. O seu carácter tendencialmente consensual proporcionará uma base social de apoio que algumas das medidas específicas naturalmente não têm;
- A política do medicamento adoptará progressivamente também uma lógica de “gestão pelos resultados”, tirando o melhor benefício dos instrumentos da política do medicamento que têm vindo a ser introduzidos (genéricos, prescrição pelo princípio activo, preços de referência e outros). Estes serão reforçados ou ajustados em função da contenção dos custos conseguidos e, principalmente, em função da realização de metas da qualidade da prescrição, começando pela prescrição de antibióticos;
- Os processos de monitorização e avaliação de resultados e de promoção da inovação que sustentam uma política de descongelamento passam a ser balizados por dois dispositivos fundamentais: (i) por um lado, processo activo da monitorização e avaliação (“*tableaux de bord*” de indicadores e “*benchmarking*” em desenvolvimento) e por outro lado e, (ii) por mecanismos qualitativos de análise e promoção de lideranças locais capazes de facilitar uma gestão da mudança e que valorize as especificidades da saúde. Esta metodologia favorecerá o desenvolvimento de uma política para as profissões de saúde;
- Verificar-se-iam progressos importantes na diferenciação, independência e democratização da administração pública, que seriam acompanhados por um aumento de confiança na gestão do sistema de saúde;
- Seria elaborado um “plano plurianual” para uma regularização progressiva do financiamento da saúde, concitando o mais amplo apoio político possível. Este seria articulado com estudos de impacto económico e social detalhados. Constituir-se-ia assim uma base financeira sólida à reforma da saúde, com uma diminuição progressiva do endividamento ao sector privado e com uma melhoria no grau de transparência que o sector carece.

**Este cenário de aprendizagem com a experiência e de ruptura com os estereótipos das organizacionais e culturais do passado, inclui a possibilidade deste processo de descongelamento resultar num novo sistema de saúde caracterizado por um equilíbrio diferente entre os sectores público e privado na saúde.**

### **CENÁRIO 3: DESCONSTRUÇÃO**

**Este cenário prevê um forte crescimento de um sector privado da saúde financiado pelo Estado, associado à desarticulação apriorística da SNS, que resultaria do efeito conjugado de dois factores.**

O primeiro tem a ver com um conjunto de crenças suficientemente fortes para se imporem mesmo com limitada evidência empírica: (i) a qualidade do sector público não pode ser melhorado sem um sector privado mais extenso e competitivo; (ii) o sector privado é capaz de funcionar melhor na produção de bens públicos desta natureza, (iii) o sector privado tem uma sensibilidade social suficiente para se auto-regular no sentido de minimizar comportamentos de selecção de risco e, (iv) o Estado tem a capacidade de governação e regulação e em fazer com que este novo tipo de mistura, resultando da desconstrução do sector prestador do SNS, promova o bem comum.

O segundo factor corresponde a uma forte pressão dos agentes económicos no sentido de terem acesso ao financiamento público da saúde.

Este cenário sugere que é possível identificar um considerável número de circunstâncias que, no seu conjunto, podem convergir, mais ou menos fortemente, para produzir o efeito de desconstrução:

- As sociedades anónimas hospitalares constituiriam a modalidade de empresarialização de mais fácil privatização;
- As dificuldades reais de implementar este modelo resultariam a prazo num aumento do grau de aceitação pela opinião pública da inevitabilidade da sua privatização;
- O facto de nenhum dos 10 novos hospitais previstos adoptar o modelo de hospital público SA. Estaria previsto que seriam todos hospitais públicos com gestão privada (PPP), o que reforçaria a ideia de que estas parcerias constituiriam o “modelo do futuro”, enquanto que as SA seriam essencialmente uma fórmula de transição;
- A gestão privada dos hospitais públicos tenderia a integrar os cuidados de saúde primários da sua área de influência –os centros de saúde seriam substituídos por uma rede de médicos assistentes de distintos graus de qualificação profissional.
- Os concursos para a adjudicação das PPP acabariam por favorecer não a apresentação de propostas competitivas, visando criar um ambiente positivo de cooperação e concorrência, mas antes estratégias de fixação não concorrencial de áreas de influência dos grupos económicos privados, de uma forma pouco consentânea com o interesse público;
- Verificar-se-iam efeitos perversos na implementação do PECLEC, pela criação nos serviços públicos da saúde de uma cultura de prestação de cuidados paralelos ao registo normal, com pagamento ao acto, que tornariam os actuais serviços públicos da saúde insustentáveis a prazo;
- A criação de expectativas de melhores condições de emprego no sector privado por parte dos profissionais do sector público, incluindo o de um número substancial de reformados precoces no sector público da saúde, disponíveis para complementarem a sua reforma com serviços prestados a uma gestão privada financiada pelo orçamento geral do Estado;
- A existência de um sindicalismo quase exclusivamente centrado no sector público e relativamente pouco influente no sector privado da saúde;

- Contradições de lideranças profissionais entre os interesses pessoais de uma minoria com fortes interesses em actividades empresariais financiadas pelo Estado e a grande maioria dos que pretendem condições de trabalho e remuneração dignas, fora do quadro de gestões burocráticas ou organizações comerciais, ambas pouco sensíveis aos aspectos qualitativos da saúde.

Este cenário pressupõe, que a conjugação entre (i) fortes pressões no sentido de abrir mais amplamente o financiamento público à iniciativa privada de natureza lucrativa; (ii) reformas de gestão sem estudos de impacto económico e social e metas de resultados e, (iii) instrumentos de governação e regulação económica e social de limitado alcance podem configurar **uma situação de risco social dificilmente tolerada – rupturas na cadeia de solidariedade, diminuição da macro-eficiência do sistema de saúde e aumento das desigualdades ao acesso a cuidados de saúde de qualidade.**



## PARTE V

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 1. AS LIMITAÇÕES DO SISTEMA POLÍTICO

**Comparações internacionais disponíveis, baseadas em dados objectivos, ilustram as limitações dos processos de governação em países com um grau de desenvolvimento semelhante ao nosso. Os partidos políticos aparentam uma capacidade limitada em prepararem, antes de acederem à governação, políticas públicas e dispositivos de governação suficientemente detalhados, realistas e com uma clara base técnica e social de apoio.** Quase tudo irá depender de quem irá governar a saúde e isso é habitualmente decidido poucas dias antes da posse do governo. Não tem a ver com pessoas em particular, mas com o grau de desenvolvimento, a qualidade das instituições e o pouco valor atribuído à informação e ao conhecimento no sistema político e na sociedade portuguesa em geral. Nestas circunstâncias os Ministério da Saúde têm, no início da legislatura duas opções. A primeira é a de ir construindo um processo de reforma progressivamente durante a legislatura – com o evidente risco de enfraquecimento político que resulta de chegar ao fim da legislatura com pouca implementação no terreno. A segunda opção consiste em produzir de imediato, no início da legislatura, um conjunto de instrumentos de mudança – legislação, dispositivos organizacionais e de gestão – de forma a tirar o máximo partido da legislatura. Daqui resultam, no entanto, opções, sem uma fundamentação explícita ou metas de desempenho claramente definidas, sem um processo de informação e debate que facilite a adesão dos actores sociais. Geram-se, assim, certezas excessivas, com o risco de serem relativamente inviáveis no seu desenho original ou então socialmente arriscadas. O facto de não ser politicamente apropriado assumir explicitamente este “deficit original”, tende a distorcer o debate sobre as dificuldades da reforma da saúde. **Nestas condições o caminho da reforma de sistemas sociais complexos, como o da saúde, é muito estreito.**

### 2. UM PRIMEIRO ANO DE INTENSA ACÇÃO GOVERNATIVA NA SAÚDE

**O Ministério da Saúde, que assumiu funções em 2002, exerceu uma intensa acção governativa no primeiro ano do seu mandato, desencadeando um vasto conjunto de medidas num curto espaço de tempo.** Estas acções tiveram o apoio do conjunto do executivo, não só em termos de uma expressão clara de apoio político, mas também pela disponibilização de um importante apoio financeiro. Ainda é cedo para ser possível fazer uma avaliação objectiva dos resultados dessa acção governativa. É, no entanto, já possível proceder à apreciação de alguns dos processos de governação adoptados.

Em muito pouco tempo o Ministério da Saúde tomou um número substancial de iniciativas importantes, tais como: nova lei gestão hospitalar, implementação de 31 hospitais, SA; preparação de parcerias público privado, adopção de uma nova lei sobre centros de saúde, promoção dos medicamentos genéricos, introdução da prescrição pelo princípio activo e dos preços de referência, preparação de um Plano de Saúde, mencionando só os mais importantes.

O Ministério da Saúde utilizou todas as oportunidades que se lhe ofereceram para explicitar, as diversas vertentes do seu programa de governo, num contexto de “afirmação e determinação governativa”. Contou com o efeito positivo das expectativas acumuladas na opinião pública sobre a necessidade de uma reforma da saúde. Tem tido também a seu favor uma atitude genericamente favorável dos líderes de opinião em relação à “imagem de acção” que esta intensidade governativa tem proporcionado.

### 3. O ACESSO AS CUIDADOS DE SAÚDE – LISTAS DE ESPERA

**O Ministério da Saúde deu prioridade a questão do acesso aos cuidados de saúde nomeadamente à eliminação das listas de espera cirúrgicas e ao acesso do cidadão a um médico “assistente”. Estes são de facto questões muito importantes para o cidadão comum e é positivo que mereçam uma atenção**

**especial por parte da governação da saúde.** No caso das listas de espera, é necessário, antes de mais, “despolitizá-las”, adoptar metas realistas e precisas para os próximos 3 anos e dar prioridade efectiva a um sistema de informação sobre o acesso aos cuidados de saúde (englobando aspectos tão importantes como as listas de espera e outros aspectos com elas intimamente relacionadas). **Mais de um ano após o anúncio do PECLEC, não foi possível ao OPSS obter, pela primeira vez nos últimos três anos, informação adequada sobre as listas de espera cirúrgicas. As metas e os indicadores de execução de um programa de recuperação das listas de espera não pode cingir-se ao número de doentes operados, pois este número pode corresponder a um conjunto muito diverso de situações:**

- Recuperação das listas de espera à custa da produção cirúrgica normal do hospital (torna o processo interminável);
- Canalização de fundos substanciais para a recuperação de listas de espera com trabalho fora de horas nos hospitais públicos ou para o sector privado, com prejuízo do financiamento da produção habitual dos hospitais públicos (durante a ano de 2002 o custo médio das cirurgias do programa de recuperação das listas de espera aumentou 25%). Esta forma de recuperação cria as condições para a produção de novas listas de espera.
- Um aumento do tempo de espera para a consulta externa hospitalar e para os meios complementares de diagnóstico diminui, só por si, a produção das listas de espera cirúrgicas

Um ponto de situação sobre as listas de espera cirúrgicas, para ser interpretável, necessita de ter informação sobre todos estes aspectos.

**Apesar de uma lei da Assembleia da República determinar pontos de situação das listas de espera cirúrgicas, de 2 em 2 meses, no último ano não foi apresentado nenhum relatório ao Parlamento, que por sua vez não manifestou grande incomodidade por este facto. O Parlamento e o Governo não podem deixar de dar o exemplo que as leis da república são para cumprir.**

#### 4. O MEDICAMENTO

**O substancial aumento dos medicamentos genéricos durante os últimos 12 meses tem sido um êxito assinalável - passou de 0,9% em Janeiro de 2002, para 5% em Março de 2003 (em relação ao valor do mercado global do medicamento) , havendo previsões para que atinja os 10% no final de 2003. Igualmente importante tem sido a introdução gradual da prescrição pelo princípio activo e dos preços de referência (para os medicamentos para os quais haja alternativa de genéricos no mercado).**

Registam-se ainda alguns fenómenos próprios deste período de transição - mas a carecer de apropriado acompanhamento e eventuais ajustamentos - são exemplos o maior encargo suportado pelos utentes (já citado pelo Observatório da Associação Nacional de Farmácias, Maio 2003), o facto de o “*peso*” dos genéricos ser maior em valor do que em volume (ao contrário do que acontece na maioria dos países onde se verifica maior e mais antiga utilização de genéricos,) e o crescimento de “*apenas*” 5,2% do mercado total de medicamentos dispensados em ambulatório nos últimos 12 meses (contra 10,7% de crescimento médio nos últimos 5 anos).

No entanto, apesar dos dados divulgados pelos Relatórios de Primavera de 2001 e 2002 e da crescente pressão pública e técnico-científica internacionais, Portugal continua a ser dos poucos países da Europa ainda sem orientações/*guidelines* baseadas na evidência técnico-científica para os principais grupos nosológicos. **As graves implicações para a saúde pública e o desperdício dos dinheiros públicos que representa o actual padrão de prescrição dos antibióticos continuam sem desencadear uma resposta adequada.** A nova orgânica do INFARMED prevê a criação de um observatório do medicamento, para além de departamentos de Gestão do Risco e Epidemiologia do medicamento. Estes dispositivos poderão ser a base analítica necessária para de uma política do medicamento essencialmente instrumental para uma outra baseada em resultados.



## 5. REFORMA HOSPITALAR

**A adopção do estatuto de “sociedade anónima” de capital público para 34 hospitais públicos – traduzida em 31 hospitais SA, correspondendo a cerca de metade da capacidade hospitalar pública, é, possivelmente, das medidas mais visíveis da governação da saúde durante o último ano.**

Conseguir um amplo “efeito de descongelamento” organizacional e cultural e, ao mesmo tempo, contribuir para a diminuição formal do défice das finanças públicas do país, parece terem sido as principais motivações para realizar este importante “salto qualitativo” na reforma do sistema hospitalar português. As estratégias de descongelamento têm seguramente um papel relevante num processo de gestão da mudança. No entanto, a evidente falta de preparação com que este “tratamento de choque” foi lançado, obriga o Ministério da Saúde e os actores sociais envolvidos neste processo a uma acção urgente, intensa e rigorosa para recuperar este atraso.

**A equipa de missão estabelecida para fazer este acompanhamento com os 31 hospitais, SA, tem levando a cabo durante os últimos meses um importante trabalho de análise e planeamento.** No entanto o facto de não se ter estabelecido formalmente um período de transição para a implementação de Hospitais SA, cria uma situação, arriscada no nosso contexto cultural - os hospitais SA não funcionaram com o grau de autonomia e responsabilização que a lei prevê. Não é facilmente compreensível, face à aposta e aos riscos deste processo de empresarialização, que nenhum dos 10 novos hospitais (8 em substituição de hospitais já existentes) projectados pelo Ministério da Saúde, venha a adoptar este modelo de gestão.

**O tipo de parcerias público /privadas anunciadas, a experiência de outros países nesta matéria, os compromissos a longo prazo a que obrigam e as evidentes limitações dos dispositivos de governação e regulação do país, tornam necessário um estudo detalhado e um debate público sobre as possíveis implicações destas iniciativas no Sistema de Saúde Português.**

## 6. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

**A nova legislação sobre os centros de saúde enfrenta um amplo desacordo ou oposição de carácter sindical, técnico – profissional e académico.** Ao optar por este caminho o Ministério da Saúde não teve, possivelmente, acesso a uma análise suficientemente profunda às especificidades dos cuidados de saúde primários e sobre a importância que as lideranças profissionais têm tido na concepção e ensaio de modalidades de gestão necessárias para melhorar o desempenho dos centros de saúde. Teria sido possível ao Ministério da Saúde introduzir na legislação dos cuidados de saúde primários aspectos que considerassem essenciais na prossecução da sua agenda política sem desperdiçar o capital de experiência e os conhecimentos acumulados, evitando dar a impressão que este trabalho lhe é indiferente ou desconhecido. É com base nessa experiência que se pode dizer que os centros de saúde necessitam de uma profunda reorganização que a nova legislação não contempla. **Para restabelecer o necessário clima de confiança entre o Ministério da Saúde e os profissionais de cuidados de saúde primários seria porventura necessário tornar clara a convicção comum que uma rede de “médicos assistentes” de diferente nível de qualificação de diferenciação gerida pelo sector privado lucrativo, dificilmente proporcionará ao conjunto da população portuguesa cuidados de saúde primários de qualidade.**

## 7. PLANO DE SAÚDE. A CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

**A preparação de uma proposta de “Plano de Saúde” e o processo de consulta em curso para o seu aperfeiçoamento, pode ter um papel muito importante na promoção e protecção da saúde dos portugueses.** Espera-se que em breve “O Plano de Saúde” venha a assumir objectivos concretos, quantificados, e referidos a um horizonte temporal específico, para que possam ser monitorizados e avaliados. Para que o Plano de Saúde seja um instrumento fundamental para a gestão da mudança tem que necessariamente passar a situar-se no centro do discurso político da saúde.

**Ao doente interessa poder percorrer o sistema de saúde – dos centros de saúde para os hospitais, destes para os centros de saúde e/ou para os cuidados continuados - sem demoras ou obstáculos desnecessários.** A separação entre estes vários tipos de cuidados de saúde tem razões históricas, mas não favorece a qualidade dos cuidados prestados. Existem vários dispositivos possíveis para melhorar a continuidade, coordenação e integração dos cuidados de saúde. As actuais reformas não parecem contemplar nenhum em particular. **O desfazamento entre uma reforma dos cuidados de saúde primários problemática e uma reforma hospitalar em curso pode resultar em sérias dificuldades para a continuidade, coordenação e integração dos cuidados de saúde.**

## 8. GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

**A diversificação do sistema prestador de cuidados de saúde em curso tem que ter em linha de conta que se irá processar num contexto concreto e que se caracteriza por uma limitada efectividade dos mecanismos de governação (ver comparações internacionais disponíveis).** São evidentes as dificuldades no desenvolvimento das instituições (particularmente da administração pública), na utilização da informação e do conhecimento, na difusão e apoio à inovação. A cultura da “gestão pelos resultados” é ainda incipiente, com tradicionais limitações no envolvimento do cidadão.

Estas dificuldades repercutem-se em quase todos os domínios: (i) na realização de políticas intersectoriais como no caso do consumo de álcool e de tratamento de resíduos industriais tóxicos, (ii) na falta de credibilidade da informação sobre financiamento da saúde e sobre o acesso aos cuidados de saúde, (iii) na promoção de um acesso efectivo e equitativo à informação de saúde, (iv) nos padrões de prescrição dos medicamentos. **Existe hoje um amplo consenso sobre que são boas práticas da governação (independentemente das agendas políticas em causa e dos valores que lhe estão subjacentes). É necessário investir nos instrumentos e “boa governação da saúde”.**

## 9. A IMPORTÂNCIA DE DISTINGUIR ENTRE O “POLÍTICO” E O “TÉCNICO”.

**Parece haver um acentuado grau de esbatimento na distinção entre (i) “projectos políticos” para a saúde – que se situam no domínio dos valores, crenças e bases sociológicas de apoio e (ii) “soluções técnicas” – que requerem fundamentação com base nos conhecimentos existentes, previsões de resultados, monitorização e avaliação, acompanhadas dos necessários ajustamentos.** Este esbatimento, tem como consequência por um lado, o afundamento da política (enquanto função que gera alternativas e escolhas claras para o exercício da cidadania) com o conseqüente empobrecimento da democracia. Por outro reforça a lógica das escolhas políticas para posições de carácter técnico, não promovendo assim competência. **A fragilidade do actual debate político sobre a saúde em Portugal parece evidente.**

## 10. CENÁRIOS PARA O FUTURO

**Apresentam-se três cenários verosímeis quanto ao futuro (4 a 5 anos) do sistema de saúde português: (1) mudança limitada ou re-acomodação; (2) descongelamento; (3) desconstrução.** Esta é uma formulação preliminar no projecto da análise prospectiva do OPSS. Serve como síntese das apreciações parcelares feitas no decurso deste trabalho.

O cenário da “**mudança limitada ou re-acomodação**” prevê que o programa de reformas em curso não conseguirá promover uma mudança substancial no sistema de saúde Português. O esforço legislativo inicial, como tantas outras vezes acontece, seria reabsorvido pelo “*status quo*”. Este é um cenário pessimista, mas fundamentado no estudo da evolução do sistema de saúde português, durante os últimos anos.

O cenário do “**descongelamento**” prevê um descongelamento técnico, cultural e institucional capaz de levar a uma profunda transformação da gestão pública da saúde – uma efectiva responsabilização pelos resultados, articulada com formas inteligentes e transparentes de cooperação entre os sectores público e privado. Este

cenário de aprendizagem com a experiência e de ruptura com os estereótipos das organizacionais e culturais do passado, inclui a possibilidade deste processo de descongelamento resultar num novo sistema de saúde caracterizado por um equilíbrio diferente entre os sectores público e privado na saúde.

O cenário da “**desconstrução**”. Este cenário prevê um forte crescimento de um sector privado da saúde financiado pelo Estado, associado à desarticulação apriorística da SNS. Este cenário pressupõe, que a conjugação entre (i) fortes pressões no sentido de abrir mais amplamente o financiamento público à iniciativa privada de natureza lucrativa; (ii) reformas de gestão sem estudos de impacto económico e social de limitado alcance e metas de resultados e, (iii) instrumentos de governação e regulação económica e social podem configurar uma situação de risco social dificilmente tolerada – rupturas na cadeia de solidariedade, diminuição da macro-eficiência do sistema de saúde e aumento das desigualdades ao acesso a cuidados de saúde de qualidade



## PARTE VI - ANEXOS

### ANEXO 1 - GLOSSÁRIO

**GOVERNAÇÃO** (governança- “*governance*”) - A concepção de governação como “*governance*” está relacionada com os princípios que regem relações de poder capazes de promover os interesses efectivos do cidadão – os procedimentos segundo os quais se identificam, negociam, estabelecem e avaliam as regras de decisão colectiva. O termo governação é utilizado também para os aspectos operacionais do governo (execução do programa do governo) - legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão. (Adaptado de Cannac Y, Godet M. La “bonne gouvernance”: l’experience des entreprises, son utilité pour la sphère publique. *Futuribles*; 2001: 41-50)

**GOVERNAÇÃO CLÍNICA** (*clinical governance*) - Processo através do qual as unidades prestadoras de cuidados de saúde se responsabilizam pela melhoria continua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. Envolve todos os membros da equipa de saúde e o reconhecimento do contributo de cada um para a qualidade dos cuidados. Implica esforço conjunto da equipa para identificar aspectos dos cuidados que necessitem de melhoria e para procurar soluções. Significa responsabilização pelos serviços prestados, passando pela disponibilização de informação aos utentes. Este último aspecto é bastante importante. Não basta prestar bons cuidados, sendo necessário demonstrá-lo, para manter a confiança de colegas e cidadãos. (Adaptado de Roland M, Baker R. *Clinical governance: a practical guide for primary care teams*. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, 1999)

**REGULAÇÃO** (*regulation*) - Controlo sustentado, exercido por uma entidade pública sobre actividades que são valorizadas pela comunidade. Envolve um terceiro – o regulador – nas transacções do mercado da saúde ou no sistema de saúde e nas relações interinstitucionais e responsabiliza pela garantia de desempenho adequado uma entidade – o regulado. A regulação é frequentemente olhada como meio para alcançar objectivos sociais como a equidade, diversidade, ou solidariedade social e de conter interesses corporativos, profissionais ou outros. (Adaptado de Walshe K. The rise of regulation in the NHS. *BMJ* 2002;324:967-970)

**PARCERIAS PÚBLICO PRIVADO** - O Decreto – Lei nº 185/2002 de 20 de Agosto determina “o estabelecimento, no âmbito do SNS, de parcerias público/privado através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado”. Estas parcerias “visam, fundamentalmente, obter melhores serviços com partilha de riscos e benefícios”.

**EMPRESARIALIZAÇÃO** – O Decreto-Lei nº41/2002, 7 de Março, cria a possibilidade dos hospitais passarem de “institutos públicos sob a espécie de estabelecimentos de carácter social, integrados no sector público administrativo” para “entidades típicas do sector empresarial do Estado”.

## ANEXOS 2- AVALIAÇÃO DO RELATÓRIO DA PRIMAVERA DE 2002

Um dos principais propósitos do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é o de contribuir para o desenvolvimento de linguagens e referências comuns, que facilitem a participação efectiva das “partes interessadas” na definição do futuro desejável do sistema de saúde. Neste contexto, a relação entre a análise que o OPSS publica e o entendimento que os seus destinatários fazem dessa análise é particularmente importante. Assim, nesta fase de desenvolvimento do OPSS, a avaliação dos Relatórios de Primavera é feita em dois registos simples – a utilização de um número seleccionado de “avaliadores-chave” e a análise dos conteúdos de imprensa escrita.

Das avaliações recebidas espontaneamente e das propositadamente solicitadas sobre o Relatório da Primavera 2002 (“avaliadores-chave”), salientamos como pontos em tensão, não resolvidos:

- a dificuldade em articular a diversidade de assuntos com a profundidade de análise que se pretende;
- a preocupação em realizar uma análise independente;
- a preocupação em melhorar o rigor da análise e desenvolver os métodos e técnicas de análise adequados.

Dos aspectos valorizados e sugestões recebidas para o relatório 2003, salientamos:

Ao nível da preparação:

Auscultação de *stakeholders* (sindicatos, organizações de utentes, industria farmacêutica, ordens) na preparação do relatório, pela solicitação de dados ou pela revisão de partes do relatório.

Ao nível da organização e dos conteúdos

- (i) glossário de termos no relatório/explicação dos termos; (ii) manter o resumo final como “informação mínima” a reter; (iii) cultivar o estilo de múltiplos quadros e figuras com comentários; manter apresentação com exemplos; utilizar sínteses da informação; (iv) manter atitude de “contracorrente”, de valorizar o que de bom se faz; (v) manter comparações da realidade portuguesa com Europa.

Ao nível da comunicação:

- (i) manter apresentação do relatório em local não identificado com “interesses” na área da saúde; próxima apresentação pública de relatório em Coimbra ou Porto (descentralização de esforços, reforço de parcerias); apresentação simultânea em vários locais com teleconferência; (ii) manter conferência associada à apresentação; (iii) no dia e local da apresentação deverá ser possível obter o relatório em papel (oferta ou aquisição); (iv) gabinete de comunicação: incorporar na preparação grupo de jornalistas com quem se elabora estratégia de comunicação; personalizar numa pessoa a articulação entre o OPSS e a imprensa para fins de divulgação do relatório; (v) manter apresentação prévia do relatório ao ministro da saúde; (vi) apresentação prévia do relatório à comunicação social; (vii) definir mais claramente públicos alvo e estratégias para os alcançar: à semelhança do NICE, ([www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)): versões diferentes para público em geral e para profissionais da área da saúde; (viii) utilizar formas de medir impacto; pedir reacções e incorporá-las nos trabalhos seguintes (retro-alimentação); portal permitir envio de opiniões e sugestões acerca do relatório; (ix) convites para a apresentação a organizações de consumidores.

Em relação à análise dos conteúdos da imprensa escrita sobre o Relatório 2002 salientamos que a governação foi o tema mais abordado para referir a falta de continuidade de políticas entre governos e a falta de acompanhamento das experiências inovadoras. Os riscos que poderão advir para a saúde pública do tipo de prescrição de antibióticos foram repetidamente apontados, mas menos vezes apontado foi o que isso significa de deficiente capacidade de análise e gestão estratégica do Estado face à indústria farmacêutica. A necessidade de despolitizar a informação, com os exemplos das listas de espera e do financiamento, é também bastante referido. Referidos também os “bons exemplos” no sistema prestador e a apreciação que os portugueses fazem do sistema de saúde.

### TÍTULOS DE JORNAIS SOBRE O RELATÓRIO DE PRIMAVERA DE 2002

“Um outro olhar sobre o desconcerto e a ignorância na governação da saúde”  
“Governos estragam bons serviços de saúde”  
“Observatório da Saúde alerta para gastos com medicamentos”  
“O que funciona bem na Saúde não recebe o apoio devido”  
“Horas-extras ‘matam’ Saúde”  
“Governos não têm estratégia”  
“É o Estado que maltrata o sistema de saúde”  
“Mudanças de governo prejudicam políticas de saúde”  
“Relatório: despolitizar listas de espera”  
“Medicamentos: prescrição à toa reduz defesas”



### ANEXOS 3 -DESTAQUES BIBLIOGRÁFICOS

ADAMS K.; CORRIGAN J., ed lit. Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality. Washington: National Academy Press, 2003. ISBN 0-309-08543-8

<http://books.nap.edu/books/>

ALFAYA, M. - Acidentes vasculares cerebrais: a qualidade dos cuidados de saúde nos primeiros trinta dias. Viana do Castelo: Coordenação do Internato Complementar de Saúde Pública, 2002. Fotocopiado.

CANADA. COMMISSION ON THE FUTURE OF HEALTH CARE IN CANADA - Building on values: the future of health care in Canada: Final Report, November 2002. [www.healthcarecommission.ca](http://www.healthcarecommission.ca)

COMMISSION ON QUALITY HEALTH CARE, INSTITUTE OF MEDICINE - Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington: National Academy Press, 2001. ISBN 0-309-07280-8

<http://books.nap.edu/books/>

DOGSON, R; Lee, K; Drager, N. - Global health governance: a conceptual review. Geneva: WHO, 2002. (Key issues on Global Health Governance Project. Discussion Paper; 1).

FILHO, H. - Os call centers, no contexto do sistema de informação e conhecimento em saúde para o cidadão, em Portugal e o caso do “Saúde 24”. Lisboa: ENSP, 2002.

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

GUERRA, N. Da rua ao hospital: as descontinuidades do sistema integrado de emergência médica. Lisboa: ISCTE, 2002.

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde.

JACOBZONE, S. - Pharmaceutical policies in OECD countries: reconciling social and industrial goals. Paris: OECD, 2000

<http://www.oecd.org/EN/longabstract/0,,EN-longabstract-0-nodirectorate-no-10-1153-0,00.html>

KICKBUSH, I. - Perspectives on health governance in the 21st Century. In MARINKER, M. ed lit. - Health targets in Europe: polity, progress and promise. London: BMJ Books, 2002.

KOHN, L.; CORRIGAN, J.; DONALDSON, M. ed lit. - To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press, 2000. ISBN 0-309-06837-1

<http://books.nap.edu/books/>

LEE, K.; KENT B.; FUSTUKIAN S., ed lit. – Health policy in a globalizing world. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

MARSHALL, M., ed. lit. - Health targets in Europe: polity, progress and promise. London: BMJ publishing Group, 2002.

MCKEE, M; HEALY, J., ed lit. – Hospitals in a changing Europe. Buckingham:  
Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20928 9

PINTO, A. - Experiência de gestão. In FÓRUM DE ECONOMIA DA SAÚDE, 2, Porto, 25 de Fevereiro de 2002  
– Comunicações. Porto: Departamento de Clínica Geral. Faculdade de Medicina do Porto.  
Escola de Gestão do Porto, 2003.

SAKELLARIDES, C. - Health governance in a global post modern world: when beauty meets the beast.  
Humanitas (aceite para publicação)

SALTMAN, R.; BUSSE R.; MOSSIALOS E., ed. lit. – Regulating entrepreneurial behaviour in European health care  
systems. Buckingham : Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20922-X.

SCOTTISH EXECUTIVE HEALTH DEPARTMENT - Partnership for care: Scotland's Health White Paper.  
Edinburgh : Scottish Executive Health Department. Ministry of Health. 2003.  
<http://www.scotland.gov.uk/library5/health/pfcs-00.asp>



**ANEXO IV – METODOLOGIA ADOPTADA E AUDITORIA EXTERNA**

Adaptou-se essencialmente o processo de trabalho descrito no último relatório. A auditoria externa realizada por Rod Sheaff e Milagros Garcia, que se podem igualmente consultar no relatório anterior, mantêm-se actuais.

**ANEXO V – CONFLITOS DE INTERESSE E CONTRIBUTOS**

As exigências de transparência sobre eventuais conflitos de interesse, em elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, faz com que investigadores ou grupos de investigação debatam entre si e declarem publicamente eventuais conflitos de interesses, económicos, institucionais, profissionais, políticos ou pessoais que possam interferir nos resultados dos estudos.

Neste contexto, a rede de investigadores sobre sistemas de saúde do OPSS no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais ou políticos, que possam interferir nos resultados deste trabalho. Considera-se, no entanto, necessário precisar que uma parte importante dos membros do OPSS colaborou tecnicamente com alguns dos governos mais recentes (1995-1999; 2001-2002). Apesar dessa colaboração ter resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas, este facto não deve deixar de ser do conhecimento dos leitores deste Relatório.

Contribuíram para a realização deste relatório:

**Coordenador**

Constantino Sakellarides

**Investigadores Fundadores do OPSS**

Ana Escoval

Cipriano Justo

Luís Reto

Jorge Correia Jesuino

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Briz

Vasco Reis

Vítor Ramos

**Secretariado Técnico**

Marta Cerqueira

**Investigadores Colaboradores**

André Biscaia

Álvaro Carvalho

António Branco

António Rodrigues

Cláudia Conceição

Francisco Ramos

Hilson Filho

Isabel Loureiro

José Ferro

Margarita Alfaya

Maria de Fátima Rato

Maria João Gaspar

Nelson Guerra

Paulo Boto

Paulo Freitas

Paulo Kuteev-Moreira

Pedro Afonso

Rosa Gallego

Saboga Nunes

Vítor Raposo

