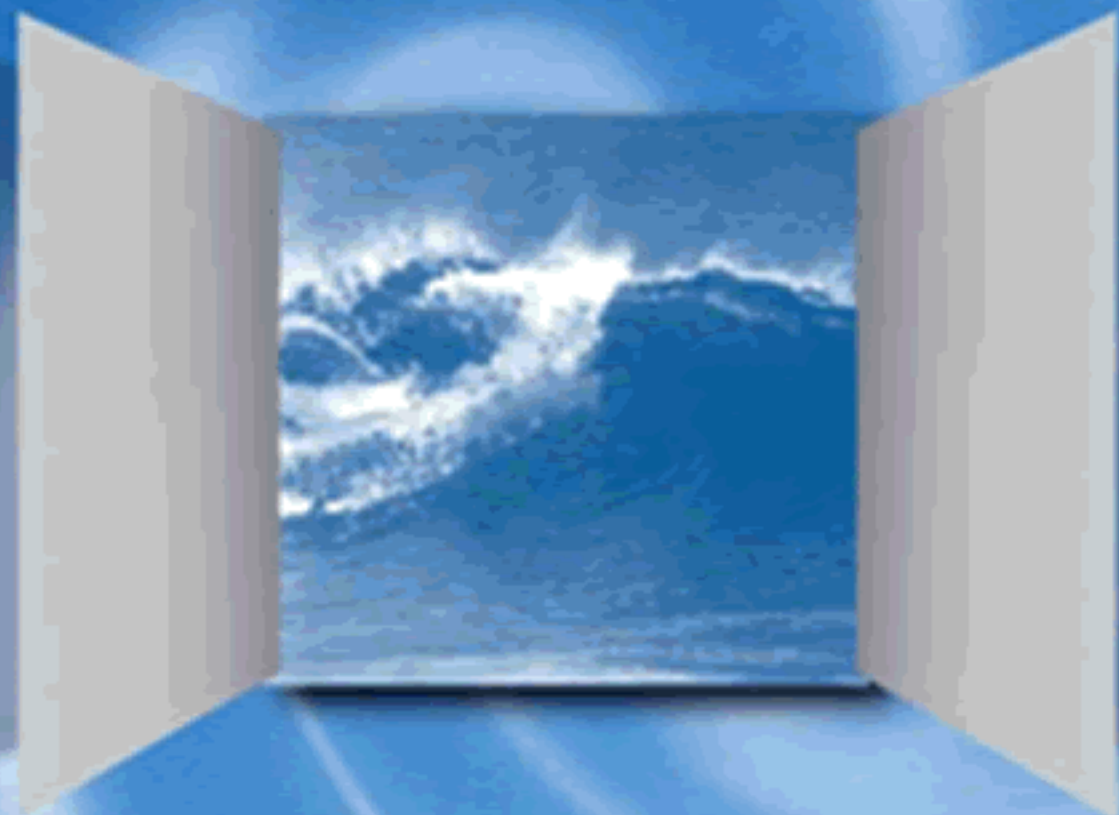


Observatório Português dos Sistemas de Saúde

O estado da Saúde e a Saúde do Estado



Relatório
da Primavera
2002

RELATÓRIO DE PRIMAVERA DE 2002

“O estado da Saúde e a saúde do Estado”

Síntese

www.observaport.org

O Observatório Português de Sistemas de Saúde é uma parceria entre:
Escola Nacional de Saúde Pública
Escola de Gestão INDEG/ISCTE
Faculdade de Economia de Coimbra
Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Título: O estado da Saúde e a saúde do Estado
Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2002 –N.º de páginas: 96 .
Autor: Observatório Português dos Sistemas de Saúde
<http://www.observaport.org>

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

ISBN 972-98811-1-1

Impressão:
Miradupla
Rua Dr. Coutinho Pais, 3-4º
Terrugem
2780-741 Paço de Arcos

Tiragem: 1000 exemplares

As citações do Observatório

Sobre a complexidade

“...para cada questão difícil há sempre uma resposta simples que habitualmente está errada...”

H.L Mencken

Sobre a descontinuidade

“...uma das nossas doenças cívicas mais crónicas é a incapacidade de conhecer ou reconhecer contributos anteriores e de os articular numa lógica de aperfeiçoamento evolutivo...”

João Lobo Antunes

Sobre o direito à informação

“A informação detida entre as mãos dos organismos públicos é de todos os cidadãos, a todos deve servir. Foi paga por eles, pertence-lhes, é a vida deles, a eles deve ser acessível.”

António Barreto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE	1
RELATÓRIO DE PRIMAVERA	2
PARTE I - SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	5
EVOLUÇÃO DO SISTEMAS DE SAÚDE PORTUGUÊS (1971 – 2002)	6
SUBSISTEMAS DE SAÚDE	14
SAÚDE, PORTUGAL E A EUROPA	14
CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE	14
PARTE II – CIDADÃO	19
CIDADANIA E SAÚDE	20
SAÚDE DOS PORTUGUESES	21
EQUIDADE	24
ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE	25
PERCEPÇÕES DOS PORTUGUESES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE	25
ESCOLHAS E DECISÕES INFORMADAS	26
PARTE III – GOVERNAÇÃO	31
AGENDA E PROCESSOS DE GOVERNAÇÃO	32
REGULAÇÃO	32
FINANCIAMENTO	36
POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS	40
MEDICAMENTO	44
ACTORES SOCIAIS	46
UMA POLÍTICA PARA AS PROFISSÕES	50
CONHECIMENTO E DECISÃO POLÍTICA: Álcool e Co-incineração	50
PARTE IV – MEDIAÇÃO	57
LÓGICA DA MEDIAÇÃO	58
CONTRATUALIZAÇÃO	58
GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO	60
SISTEMA DE QUALIDADE	64
PARTE V – PRESTAÇÃO	67
SISTEMA PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE	68
RECUPERAÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS	72
HOSPITAIS	74
CENTROS DE SAÚDE	78

CUIDADOS CONTINUADOS	80
CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA	81
REDES DE REFERENCIAÇÃO	81
DIÁLISE RENAL	82
TRACERS: TUBERCULOSE PULMONAR, DIABETES MELLITUS	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
ANEXOS	91
ANEXO I – METODOLOGIAS ADOPTADAS	92
ANEXO II - AUDITORIA EXTERNA	93
ANEXO III – CONFLITOS DE INTERESSE E CONTRIBUTOS	94
ANEXO IV – DESTAQUES BIBLIOGRÁFICOS	95
LISTA DE FIGURAS E QUADROS	
<i>QUADROS</i>	
Quadro I –Duas “derrotas críticas” da governação de saúde	13
Quadro II - Iniciativas legislativas mais relevantes dos últimos 12 anos	15
Quadro III - Subsistemas de saúde (alguns exemplos)	16
Quadro IV - Algumas referências da Europa da saúde	17
Quadro V - Resultados do PNV: ganhos de saúde comparando duas décadas	22
Quadro VI - Taxas de mortalidade: 1996-1999	22
Quadro VII - Taxa de mortalidade por acidentes de viação e por SIDA	23
Quadro VIII - Avaliação global dos cuidados públicos de saúde (2001)	27
Quadro IX – A informação mínima e o <i>empowerment</i> do cidadão	29
Quadro X - Governação da saúde (1). Relatório Mundial de Saúde, 2000	33
Quadro XI - Governação da saúde (2). Um exemplo da Irlanda	33
Quadro XII - O desafio da regulação (1). O exemplo da Inglaterra	35
Quadro XIII - O desafio da regulação (2). Hierarquia de medidas	37
Quadro XIV - O financiamento do SNS pelo Orçamento do Estado (1990-2002)	41
Quadro XV - Estrutura da despesa do SNS, 1991 a 2001	41
Quadro XVI - Associação Nacional de Farmácias e a sua estratégia empresarial	49
Quadro XVII - Directores Clínicos: eleição ou nomeação	51
Quadro XVIII -Condutores acidentados com álcool no sangue	53
Quadro XIX - Anos de vida ajustados à incapacidade (DALY)	53
Quadro XX - Evolução do processo de contratualização em Portugal	59
Quadro XXI – Objectivos das CAESS (Comissões de Acompanhamento Externo de Serviços de Saúde)	59
Quadro XXII - Principais <i>Call Centres</i> relacionados com a saúde em Portugal	61
Quadro XXIII - Cuidados de Saúde num contexto de pluri-prestação (<i>delivery mix</i>)	69

Quadro XXIV- O sistema prestador de cuidados de saúde – bons exemplos	70
Quadro XXV- Tempos de espera clinicamente aceitáveis para patologias seleccionadas	73
Quadro XXVI – Resumo da produção e da execução financeira do PPA, por regiões de Saúde	73
Quadro XXVII- Novos modelos de gestão hospitalar (ULSM, HSS, HFF)	75
Quadro XXVIII- Experiência de gestão hospitalar em três países diferentes	76
Quadro XXIX- Hospitais. Cenários alternativos	77
Quadro XXX- Cuidados de saúde primários. Cenários alternativos	79
Quadro XXXI - Amputações em diabéticos	85

FIGURAS

Figura 1 – Observatório Português dos Sistemas de Saúde: organização, lógica da produção e comunicação	3
Figura 2 – A evolução do Sistema de Saúde Português (1971-2002)	7
Figura 3 - Taxas de mortalidade infantil nos países da União Europeia	23
Figura 4 - Utilização de cuidados de saúde	27
Figura 5 - Estereótipos organizacionais	35
Figura 6 - Evolução do financiamento do Serviço Nacional de Saúde (1)	39
Figura 7 - Evolução do financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2)	39
Figura 8 - Evolução do <i>numerus clausus</i> de medicina	43
Figura 9 - Evolução do <i>numerus clausus</i> de enfermagem	43
Figura 10 - Despesa total em medicamentos (% PIB)	45
Figura 11 - Gastos com os medicamentos (% gastos totais em saúde)	45
Figura 12- Prescrição de cefalosporinas no ambulatório	47
Figura 13 - Prescrição de quinolonas no ambulatório	47
Figura 14 - Estratégias da indústria farmacêutica para adopção do medicamento	48
Figura 15 - Acidentes rodoviários - taxa de alcoolémia por tipo de veículo	53
Figura 16 - Interacção “inicial” e “final” dos utentes do Call Centre pediátrico “Saúde 24”	63
Figura 17 - Site da gripe e o <i>Call Centre</i> “Linha gripe”	63
Figura 18 - Gestão da informação e do conhecimento em saúde	65
Figura 19 - Comparação de cenários, baseado em análise SWOT (Hospitais)	77
Figura 20 - Comparação de cenários, baseado em análise SWOT (CSP)	79
Figura 21 - Doentes em tratamento de hemodiálise crónica por tipo de prestador	83
Figura 22 - Taxas de cura em tuberculose pulmonar	83
Figura 23 - Amputações em diabéticos	85

INTRODUÇÃO

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde

O observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) tem como finalidade proporcionar a todos aqueles, que de maneira ou 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: (a) analisar prospectivamente a evolução do sistema de saúde português; (b) tornar essa análise facilmente acessível a todos os interessados; (c) 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; (d) 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 os seus resultados.

O OPSS é constituído por uma rede de investigadores e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde (Fig. 1). 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 anualmente um relatório síntese da evolução do sistema de saúde português (Relatório de Primavera 2001), e elabora e publica trabalhos técnicos relacionados com este tema (Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 2002). 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 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 em curso o desenvolvimento de um portal “gestão.saúde” (www.observaport.org).

O Relatório de Primavera 2002

O Observatório, de acordo com a sua filosofia própria – contribuir, através da informação e do conhecimento, para o desenvolvimento do sistema de saúde português - procura situar o seu relatório anual no contexto presente, da forma mais adequada para a realização deste seu objectivo.

Recentemente, em Março de 2002, como resultado das eleições legislativas, iniciou-se um novo ciclo político no país, tendo a Assembleia da República aprovado o Programa do XV Governo para a legislatura.

Neste contexto o OPSS opta por procurar fazer um balanço, o mais sintético possível, do passado recente em três horizontes diferenciados:

- período compreendido entre 1985 e 2001, de forma a poder estabelecer paralelos comparativos na saúde entre os dois últimos ciclos políticos;
- ciclo político mais recente, entre 1995 e 2001, que precede o actual governo e referente ao qual existe informação suficientemente detalhada para permitir uma apreciação mais precisa;
- o último ano, como é esperado de um relatório de periodicidade anual, como é o Relatório de Primavera.

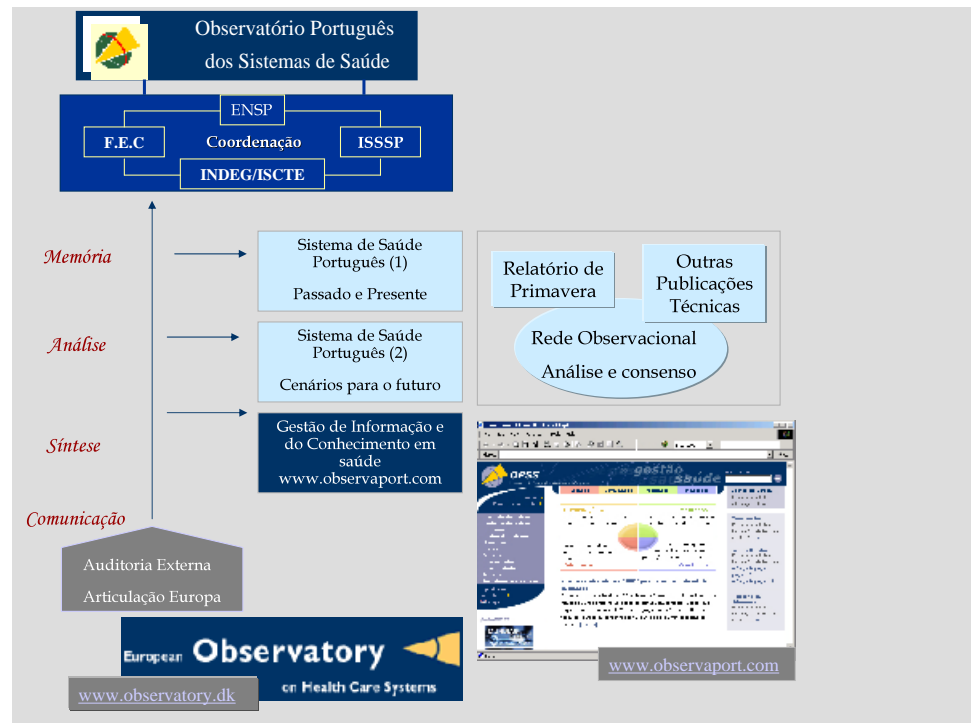
Para poder resumir o essencial, identificar as tendências predominantes e estabelecer as bases do conhecimento para elaborar cenários que ajudem a compreender e participar no presente e no futuro, OPSS teve que ser selectivo em relação aos factos e suficientemente conclusivo na sua apreciação.

O desenvolvimento progressivo de metodologias de observação, análise e comunicação compatíveis com os objectivos do OPSS, é de capital importância. Isto inclui o aperfeiçoamento de uma auditoria metodológica externa, com a colaboração do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde. Este processo, numa fase ainda inicial, já foi aplicado ao Relatório de Primavera 2002 (Anexo I). Considera-se igualmente importante identificar e declarar eventuais conflitos de interesses na elaboração de cada um dos seus produtos analíticos (Anexo II).

Desta forma, OPSS toma as disposições necessárias para, no quadro de estudos qualitativos, assegurar a credibilidade técnica da síntese apresentada (Anexo I).

Ao mesmo tempo, especialmente naquilo que diz respeito aos cenários futuros sobre a evolução do sistema prestador de cuidados de saúde, considera-se que as formulações aqui apresentadas são um ponto de partida para uma análise mais ampla e participada, que decorrerá entre Junho e Dezembro de 2002 – com duas partes distintas: (a) de Junho a Outubro, aprofundamento da base do conhecimento e dos métodos e critérios de análise, com o apoio do *site* do Observatório; (b) em Novembro e Dezembro, “Conferência de Consenso”.

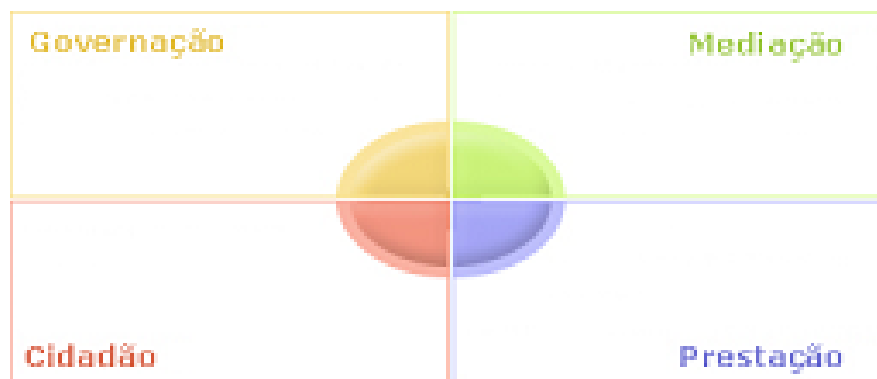
Figura 1 - Observatório Português dos Sistemas de Saúde: Organização, lógica da produção e comunicação



O Observatório Português dos Sistemas de Saúde tem como finalidade proporcionar uma análise precisa, periódica e independente sobre a evolução do Sistema de Saúde Português. Para o efeito, desenvolve uma “base de conhecimentos” sobre os sistemas de saúde e aperfeiçoa continuamente a sua capacidade de análise e comunicação.

Outros aspectos considerados críticos para a análise da saúde em Portugal – o sistema regulador, a evolução das desigualdades, análise dos programas de melhoria do acesso e recuperação das listas de espera, a informação mínima a que o cidadão tem direito, o sistema de informação independente do poder político que permite uma análise consensual dos cuidados de saúde - irão merecer uma atenção semelhante.

Agradece-se todo o apoio concedido para a elaboração deste relatório, ao Ministério da Saúde, à Fundação Montepio Geral e às direcções das quatro instituições académicas associadas ao OPSS.



PARTE I – O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

EVOLUÇÃO DO SISTEMAS DE SAÚDE PORTUGUÊS (1971 – 2002)

SUBSISTEMAS DE SAÚDE

SAÚDE, PORTUGAL E A EUROPA

CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE

EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

É importante conhecer a evolução do sistema de saúde português num passado mais recente – ajuda-nos a compreender melhor os factores que mais influem sobre o seu desenvolvimento e a sua configuração actual (Fig. 2).

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, 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.

O “Relatório de Primavera 2001” chamou atenção para a situação da saúde em Portugal no início da década de 70, quando se começam a esboçar no sistema de saúde importantes modificações que confluem, em 1979, no estabelecimento no Serviço Nacional de Saúde (SNS):

- Indicadores sócio-económicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então (58 por mil de mortalidade infantil em 1970);
- “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 de remuneração e de satisfação profissional aceitável.

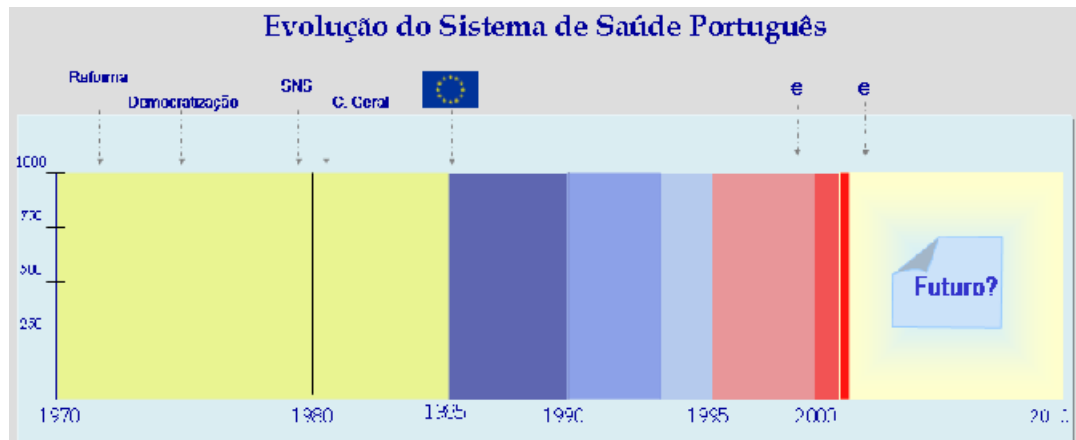
Nesta circunstância o país vai entrar num período de grandes transformações internas e externas, em condições particularmente desfavoráveis de subdesenvolvimento.

O Serviço Nacional de Saúde, os Constrangimentos fundacionais e a expansão do sistema de saúde português (1971-1985.

A reforma do sistema de saúde e da assistência legislada em 1971 (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), que incluiu o estabelecimento dos “Centos de Saúde” constituiu 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 que este fosse adoptado em 1979. No entanto, para melhor entender algumas das questões que ainda hoje o afectam é importante recordar as condições em que o SNS foi criado:

- A adopção e implementação do SNS estão associadas à democratização, e coincidiu com o processo de descolonização que a acompanhou;
- Fez parte do processo expansão do sistema de protecção social português que caracterizou o advento da democracia. Este fez-se a contra-ciclo em relação à situação económica mundial dos anos 70 (“crises do petróleo”);

Figura 2 – A evolução do Sistema de Saúde Português (1971-2002)



De 1970 a 1985: SNS e a expansão do sistema de saúde:

Reforma de 1971; Democratização e descolonização; (SNS) Lei do Serviço Nacional de Saúde; implementação da carreira médica de clínica geral e familiar; (**) admissão na CCEE, actualmente UE.

A partir de 1985: O desafio da qualificação do sistema de saúde

- 1º Ciclo de 10 anos de duração (1985 – 1995) 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 de duração decrescente, orientações contrastantes e resultados limitados.

- 2º Ciclo de 6 anos de duração (1996 – 2002) Agenda predominante – reformar o SNS (SNS 21), sem prejuízo da melhoria da articulação público/privado: um primeiro-ministro, 3 governos de duração decrescente, orientações contrastantes e resultados limitados.

Que futuro?

Início de um novo ciclo político (2002). Que aprendizagem da experiência dos últimos 16 anos? Qual a influência das mudanças no contexto Europeu?

- Significou a transição de um financiamento parcialmente contributivo (contribuições para a Previdência) para um financiamento baseado no orçamento geral do estado, correspondendo à transição de um “modelo Bismarckiano” para um solução “tipo Beveridge”, semelhante a que teve lugar no Reino Unido nos finais da década de 40. Uma vez que as contribuições para a Previdência foram canalizadas para a segurança social isso significou “dinheiro novo” para a saúde, num período muito desfavorável do ponto de vista económico-financeiro. Este facto criou logo desde as suas origens um importante constrangimento no financiamento do SNS;
- Traduziu-se por ambiciosa “agenda de integração” para os escassos recursos de gestão da época. Tratava-se de fazer convergir num sistema coerente as várias estruturas de prestação de cuidados de saúde existentes. Isso levou cerca de dez anos a fazer. Mesmo assim não o foi completamente.
- Foi possível graças a um aumento substancial e episódico da formação de médicos em Portugal, que permitiu primeiro o estabelecimento do “Serviço Médico à Periferia” e logo depois a criação da carreira de clínica geral e medicina familiar;
- Resultou na implementação da nova carreira de clínica geral em circunstância pouco favoráveis – a sua inserção nas estruturas administrativas tradicionais dos SMS, sem qualquer investimento na simultânea transformação destas, teve consequências negativas e duradouras no acesso e na eficiência dos cuidados de saúde primários;
- Uma parte influente do associativismo médico opôs-se publicamente ao SNS, propondo como alternativa um sistema de saúde baseado na “medicina convencionada” – ou seja no financiamento público da medicina privada – como forma de melhor assegurar o acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde e, também, condições de trabalho e remuneração aceitáveis para os médicos. Esta fractura entre o SNS e uma parte importante do associativismo médico teve, e continua a ter, importantes implicações para o sistema de saúde português;
- Mantiveram-se ou estabeleceram-se fora do SNS subsistemas de saúde, como a ADSE;
- A adopção do SNS em Portugal não foi um acontecimento isolado. Integra-se num movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa: Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983), Espanha (1986).

Estas circunstâncias fizeram com que o SNS padeça, desde o seu início, 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 infraestruturas 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, que resulta dos factores acima indicados e cujas consequências ampliam.

Em resumo, 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. Ao mesmo tempo tornou possível uma estrutura de carreiras para as profissões da saúde. As limitações associadas ao contexto económico, social e cultural 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. É útil procurar explicar, mesmo que parcialmente, estas insuficiências.

O desafio da qualificação do sistema de saúde português (I) - De 1985 a 1995. A Lei de Bases da Saúde de 1990.

As crises económicas dos anos 70, relacionadas principalmente com o aumento súbito do preço da energia, marcaram o fim de um período de considerável crescimento económico e rápida expansão dos sistemas de protecção social na Europa. A filosofia política de Reagan e Thatcher marcaram uma época. Durante a década de 80 os países do sul da Europa, saídos há pouco tempo de regimes autoritários – Grécia, Portugal e Espanha - entram na CEE. No final da década cai o “muro de Berlim”.

No sector da saúde faz-se sentir um movimento de opinião a favor do fortalecimento dos mecanismos de mercado nos sistemas de saúde Europeus: advoga-se um aumento do financiamento privado; aponta-se para a necessidade de estabelecer uma clara separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde; defende-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, promove-se um maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde. Propõem-se que uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde esta no peso excessivo do estado na prestação de cuidados de saúde.

Pela primeira vez as teses de um académico norte-americano, Enthoven, influenciam explicitamente as propostas de reforma do SNS inglês; Na Holanda, Dekker, um executivo da “Phillips”, lidera uma comissão que estuda a introdução de instrumentos de competição e mercado no sistema de saúde. Em Espanha um político de prestígio, Abril Martorell preside a uma comissão que propõe novas orientações para o sistema de saúde de Espanha. O Banco Mundial torna-se influente nas reformas dos sistemas de saúde do leste da Europa.

Portugal acabava de se integrar na CEE. Vive um período de crescimento económico e de estabilidade política. Os governos passaram a ser de legislatura com apoio maioritário no Parlamento. Em 1990 é aprovada uma Lei de Bases de Saúde, que se insere, na generalidade, na matriz filosófica acima referida. No entanto, no período de tempo que corresponde este ciclo político há que distinguir três períodos com orientações e prioridades distintas.

- **No primeiro, e mais longo destes períodos (1985 – 1990)** a ênfase foi posta na separação mais clara entre os sectores público e privado. Procura-se melhorar as remunerações e condições de trabalho dos profissionais de saúde no sector público. Portugal começaria a sair assim da situação própria dos países menos desenvolvidos caracterizados por pluri-emprego associado a remunerações pouco mais que simbólicas. As resistências a esta clarificação e a forma como o processo foi gerido deram origem a um clima de elevada conflictualidade, particularmente durante o ano de 1989.
- **No segundo período deste ciclo (1990 – 1993)**, uma nova equipa ministerial, procura a pacificação da conflictualidade gerada no período anterior através da confirmação dos benefícios previstos para as carreiras profissionais, mas com o abandono das principais contrapartidas - uma separação mais clara entre o público e o privado e uma melhoria da

gestão dos recursos humanos do SNS. Esta cedência configura-se como a **primeira derrota crítica da governação da saúde** das últimas duas décadas (Quadro I). A agenda predominante passou então a ser o desenho e a implementação de um “seguro alternativo” de saúde; As disposições regulamentares da Lei de Bases de 1990, como o “Estatuto do SNS”, acabam por ser aprovadas só em 1993.

- **Finalmente, no último e mais curto período deste ciclo (1993-95)**, a ideia do seguro alternativo de saúde foi completamente abandonada. A agenda política passou a centrar-se na possibilidade de aumentar o financiamento privado no sistema de saúde e na ideia da gestão privada das unidades públicas de saúde. Aprova-se a experiência da gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca, muito próximo do fim do ciclo. O receituário do SNS torna-se universalmente disponível. As listas de espera cirúrgicas nos hospitais portugueses começam a assumir proporções preocupantes - surge o programa de recuperação das listas de espera (“PERLE”).

Durante este ciclo, numa linha de continuidade com o período que o antecedeu, há um importante investimento nas infra-estruturas do SNS (centros de saúde e hospitais). No entanto, na área dos recursos humanos, a falta de uma política sustentada por uma análise prospectiva da evolução das profissões da saúde, e em medidas daí decorrentes, tem tido sérias consequências para o desenvolvimento do sistema de saúde.

Apesar de importantes contribuições para a arquitectura do SNS, como as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as “unidades funcionais de saúde”, os princípios que informam a Lei de Bases da Saúde e os dispositivos normativos que a veicularam tiveram pouco impacto sobre o funcionamento dos serviços de saúde portugueses e não influenciaram os pilares que sustentavam as suas disfunções. O desafio da qualificação do sistema de saúde português (II) – De 1995 a 2001. Uma proposta para a reforma do SNS.

O desafio da qualificação do sistema de saúde português (II) - de 1995 a 2001. Uma proposta para a reforma do SNS.

Ao período liberalizante dos anos 80 e princípios dos anos 90, sucede-se na Europa um outro, onde uma das ideias predominantes é a da “reinvenção da governação” – dar maior flexibilidade e capacidade de inovação à administração pública tornando-a mais empresarial, recentrar os serviços públicos no cidadão cliente, passar de uma gestão dos recursos para uma gestão de resultados:

- Reconhecem-se as disfunções dos aparelhos que gerem os regimes de bem-estar, assim como a necessidade de reformulá-los profundamente (mais atenção às pessoas e menos às organizações), sem pôr em causa os seus princípios fundamentais, nem confiar excessivamente nas virtualidades do mercado em domínios como a saúde.
- Dá-se mais importância às especificidades da saúde – o sistema de saúde não pode ser gerido nem como um descomunal burocracia (apesar do Estado ter um lugar muito importante a desempenhar), nem como o negócio (apesar de conter domínios abertos à competição e ao mercado).
- As teses de Enthoven em relação ao SNS inglês, as conclusões dos relatórios Dekker (Holanda) e Martorell (Espanha), foram muito parcialmente implementadas e por essa e possivelmente outras razões não tiveram o impacto esperado.

- Permanecem alguns dos dispositivos ensaiados durante o período liberalizante (uma melhor distinção entre o financiador e o prestador, contratualização), mas agora num contexto diferente.
- Emerge uma atitude mais aberta aos dados empíricos, às observações e à experimentação e uma maior desconfiança em relação a posições dogmáticas e preconceituosas. Começam a reconhecer-se os desafios muito particulares que a gestão de “sistemas sociais complexos” colocam às sociedades actuais.

Em Portugal o sistema de saúde continua 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) começam a tornar-se cada vez mais evidentes, a desadequação modelo de administração pública tradicional às necessidades da saúde é já evidente, o entrelaçar entre interesses públicos e privados agrava-se.

Em finais de 1995 inicia-se um novo ciclo político que se caracterizou por menores condições de estabilidade que o anterior (falta de uma maioria política parlamentar). Apesar de mais curto que o anterior, neste ciclo político também se podem distinguir três períodos distintos.

No primeiro e mais longo período deste ciclo (1995 – 1999) a saúde não é considerada como uma prioridade política da legislatura – esta prioridade foi atribuída à educação e ao combate à pobreza (solidariedade e segurança social).

O mandato do Ministério da Saúde pareceu ser o de tomar as medidas necessárias para melhorar progressivamente a situação da saúde e preparar uma “reforma da saúde” para ser implementada em condições políticas mais favoráveis (nova legislatura, com eventual apoio parlamentar maioritário). Criou-se o Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES), em fins de 1995, e os termos em que isso é feito reforçam aquela interpretação sobre as intenções políticas do Governo. O CRES apresentou a sua análise e propostas definitivas em 1998.

No entanto este cálculo político correspondia mal à situação efectiva do sistema de saúde às crescentes expectativas dos cidadãos, ao grande interesse por parte da comunicação pela área da saúde, à necessidade amplamente sentida de reformas na saúde. Vários aspectos confluem para agravar este desajustamento. Entre os mais importantes está a tensão criada pela coincidência frequente entre expressões de insatisfação pelo acesso aos serviços de saúde e pelas listas de espera (“resposta insatisfatória”) com as notícias de “derrapagens financeira” e “gasto incontrolado” que resultam tanto do sub-financiamento histórico dos serviços públicos da saúde como da debilidade dos instrumentos da governação da saúde.

As severas exigências da governação de um sistema social de uma complexidade como é o da saúde são pouco compatíveis com excessivas ambiguidades.

Neste contexto, o projecto de reforma “SNS 21”, que incorpora importantes contribuições de relatório do CRES, desenvolve-se numa lógica de elaboração e negociação detalhada com um início de implementação difícil, aguardando condições de apoio político e financiamento mais favoráveis para uma acção mais intensa. Este projecto de reforma pode dois tipos de orientações complementares:

- Criar novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização – estratégia de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho, gestão das doenças crónicas (diabetes), sistema de qualidade, centros regionais de saúde pública, entre outros;
- Proceder à inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde - hospital-empresa, os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI's) nos hospitais, centros de saúde de 3ª geração, os sistemas locais de saúde, cuidados continuados.

Um dos aspectos mais importantes da agenda política durante este período foi o de conjugar o binómio “responsabilização na gestão – flexibilização das organizações”, com a introdução progressiva de remunerações associadas ao desempenho (começando pelo “RRE - Regímen Remuneratório Experimental para da clínica geral”) e com a reactivação do princípio das incompatibilidades na celebração das convenções de prestação de cuidados de saúde com o sector privado. Esta orientação não foi bem recebida por alguns sectores profissionais, sendo acompanhado por período de conflituosidade de alta visibilidade pública.

O segundo período deste ciclo político (1999-2001) inicia-se em condições muito favoráveis:

- É no início de uma segunda legislatura com a mesma liderança política (continuando, no entanto, sem apoio parlamentar maioritário);
- O governo assume explicitamente a “prioridade da saúde” e decide o conseqüente reforço no OGE das dotações financeiras para a saúde;
- É constituída uma nova equipa ministerial, sem o desgaste que o exercício do poder provoca em área tão exigente como é a da saúde;
- Há um vasto conjunto de medidas de reforma recentemente estudadas, negociadas, legisladas e algumas em início de implementação;
- Parecem existir as condições políticas para mobilizar uma base de apoio para fazer uma reforma que corresponde a necessidades muito sentidas pela população portuguesa.

No entanto estas expectativas positivas não se confirmam:

- Estabelecem-se metas muito exigentes para aspectos de grande visibilidade pública, como são o financiamento da saúde e as “listas de espera”;
- Tomam-se medidas de intervenção, sem qualquer enquadramento estratégico explícito;
- Acentua-se o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa;
- Observa-se uma paralisação quase completa das principais medidas da reforma antes aprovadas, sem a preparação e implementação de soluções alternativas;
- Abandona-se a orientação de canalizar os recursos disponíveis para remunerações profissionais através de esquemas de remunerações associadas ao desempenho e cede-se às pressões para fazê-lo através de “horas extraordinárias”.

Pelo efeito de inviabilizar a reforma do SNS projectada estas cedências podem ser consideradas como a **2ª derrota crítica da governação da saúde** nas últimas duas décadas (Quadro I).

Quadro I – Duas “derrotas críticas” da governação de saúde

1990
<p>Agenda da Governação até 1990:</p> <ul style="list-style-type: none">- Melhoria das remunerações no sector público;- Separação público/ privado, no contexto da Lei de Bases de 1990;- Aumento da produtividade do sector público. <p>Desenlace em 1990:</p> <ul style="list-style-type: none">- A nova equipa ministerial confirma as melhorias de remuneração, mas cede na separação “público-privado”.
2000
<p>Agenda da Governação até 2000:</p> <ul style="list-style-type: none">- Conjunto de alterações legislativas, com vista à reforma do SNS: início de modalidades de remuneração com base no desempenho (incompatibilidades na medicina convencionada; Regime Remuneratório Experimental; programa de recuperação das listas de espera; condição para o pagamento de horas extraordinárias nos serviços de urgência). <p>Desenlace em 2000:</p> <ul style="list-style-type: none">- A nova equipa ministerial canalizou os aumentos da remuneração para as horas extraordinárias. Paralisa a reforma do SNS.

À medida que o crescimento económico vai tendo lugar, vai sendo possível canalizar mais recursos financeiros para o sistema de saúde e para as remunerações dos profissionais. Estas são oportunidades importantes para melhorar simultaneamente a gestão e a organização dos sistemas de saúde. Nos episódios de “1990” e de “2000”, aqui referidos, a governação da saúde, devido à pressão das organizações profissionais, não foi capaz de gerir essas oportunidades. As implicações destas “derrotas da governação” são sérias.

Finalmente tem lugar um curto terceiro e último período neste ciclo político (2001-2002), com uma duração de cerca de 8 meses, sendo destes menos de 6 meses de competência de governação plena. Estas circunstâncias limitam a profundidade e relevância da sua análise. No entanto os seguintes aspectos merecem ser referidos:

- Retomou-se a ideia que é necessário um “projecto” de reforma da saúde redefinindo um número limitado de orientações: ganhos em saúde, confiança e auto-estima, a qualidade da despesa, a organização e gestão dos serviços de saúde, formação e investigação (Grandes Opções do Plano 2002);
- Promoveram-se muito activamente a um conjunto de estudos técnicos destinados a concretizar as orientações acima referidas;
- Assumem-se posições que decorrem em grande parte do contexto muito particular em que este período da governação tem lugar - direcções clínicas, o controlo do défice.

Em resumo, apesar das muitas iniciativas de mérito que tiveram lugar neste ciclo de cerca de 6 anos, pode dizer-se que ele constituiu uma oportunidade perdida para a reforma da saúde em Portugal. É importante tirar daqui os ensinamentos relevantes.

Pode-se concluir desta exposição que ao longo dos dois ciclos políticos revistos e que abarcam cerca de década e meia, apesar das diferenças de agenda política observadas e dos méritos de muitas das iniciativas que foram sendo tomadas (Quadro II), são evidentes as semelhanças em termos da fragilidade das concepções e instrumentos da governação da saúde.

SUBSISTEMAS DE SAÚDE

Os “subsistemas de saúde” tem uma importância muito considerável no sistema de saúde português – pelos números de pessoas que cobrem (próximo dos 25% da população portuguesa), pela sua diversidade e pelos ensinamentos que a sua experiência específica pode trazer à governação da saúde.

Numa conferência recente, organizada pela SãVida (2001) passou-se em revista os principais aspectos da experiência dos subsistemas em Portugal (Quadro III). A conferência confirmou a importância de uma melhor articulação entre os subsistemas de saúde e o SNS. Este pode beneficiar das inovações de organização e gestão que os subsistemas pela flexibilidade de gestão que o seu estatuto lhes confere e pelas suas dimensões, podem ensaiar com mais facilidade (por exemplo, processos e tecnologias de informação de saúde e de contratualização). Também se confirmaram as limitações de alguns aspectos da aplicação do DL 401/98 especialmente no que diz respeito à evidente assimetria entre a relativa simplicidade das transferências financeiras do Ministério da Saúde para alguns dos subsistemas, previstas por aquele diploma, e as efectivas dificuldades que as unidades prestadoras do SNS têm revelado em facturar e cobrar os serviços prestados aos beneficiários dos subsistemas.

Quadro II – Iniciativas legislativas mais relevantes dos últimos 12 anos

INÍCIO DOS ANOS NOVENTA	MEADOS DOS ANOS NOVENTA	INÍCIO DOS ANOS DOIS MIL
Carreiras médicas - Decreto-lei n.º 73/90, de 6 de Março, DR n.º 54, I Série e Decreto-lei n.º 396/93 de 24/11	Aplicação do novo regime jurídico ao Hospital de S. Sebastião - Decreto-lei n.º 218/96, de 20 de Novembro	Plano de Reorganização da Farmácia Hospitalar - Resolução do CM n.º 105/2000, de 11 de Agosto
Lei de Bases da Saúde - Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto	Agências de acompanhamento dos serviços de saúde - Despacho normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto	Regras de acesso dos utentes do SNS ao regime convencional - Despacho n.º 17381/2000, de 25/8
Estatuto do medicamento (fabrico, comercialização e comparticipação) - Decreto-lei n.º 72/91, de 8 de Fevereiro	Regime de celebração das convenções - Decreto-lei n.º 97/98, de 18 de Abril	Clausulado tipo da convenção para a prestação de cuidados de saúde na área da cirurgia - Despacho n.º 17799/2000, de 31/8
Estabelece o regime e aprova as taxas moderadoras - Decreto-lei n.º 54/92 e Portaria n.º 338/92, de 11 de Abril, DR n.º 86, Séries I-A e I-B	Regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral - Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio	Princípios, procedimentos e regras no acesso dos utentes do SNS, ao sector social - Despacho n.º 19554/2000, do Gabinete da Ministra da Saúde, de 29 de Setembro
Lei Orgânica do MS - Decreto-lei n.º 10/93 de 15 de Janeiro, DR 12, Série I-A	Intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados – Despacho conjunto n.º 407/98, de 18/6 (MS e MTSS)	Plano de Acção de Combate ao Alcoolismo - Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, de 29 de Novembro
Estatuto do SNS - Decreto-lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro	Lei de Saúde Mental e organização da psiquiatria e saúde mental - Lei n.º 36/98, de 24 de Julho e Decreto-lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro	Patologias e n.º de actos no âmbito das convenções e protocolos com particulares, Mútuas, IPSS e Misericórdias - Despachos n.º 4581-A, B, C e D/2001, de 6 de Março
Administrações Regionais de Saúde - Decreto-lei n.º 335/93 de 29 de Setembro, DR n.º 229, Série I-A	Programa de promoção de acesso aos cuidados de saúde - Lei n.º 27/99, de 3 de Maio	Criação de estrutura de missão “Parcerias Saúde” - Resolução do CM n.º 162/2001
Criação do Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera (PERLE) - Despacho, MS, de 1 de Março	Instituto da Qualidade em Saúde (IQS) - Portaria n.º 288/99, de 27 de Abril	Nomeação dos directores clínicos e enfermeiros directores - Decreto-lei n.º 39/2002 de 26 de Fevereiro
Comparticipação de medicamentos prescritos em exercício privado - Despacho n.º 14/95, MS, de 12 de Junho	Regime dos Sistemas Locais de Saúde - Decreto-lei n.º 156/99, de 10 de Maio	Empresarialização dos hospitais – Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002
Cartão de utente do SNS - Decreto-lei n.º 198/95, de 29 de Julho, e Portarias n.º 981 e 982/95, de 16 de Agosto	Criação, dos Centros de Saúde de 3ª geração - Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio	
Contrato para a gestão do Hospital Fernando Fonseca - Portaria n.º 279/95, de 8 de Setembro	Unidade Local de Saúde de Matosinhos - Decreto-lei n.º 207/99, de 9 de Junho	
	Serviços de Saúde Pública - Decreto-lei n.º 286/99, de 27/7	
	Centros de responsabilidade integrados nos hospitais - Decreto-lei n.º 374/99, de 18/9	

Muitas iniciativas meritórias com efeitos excessivamente limitados, devido à fragilidade e à descontinuidade da “governança da saúde”.

Quadro III – Subsistemas de Saúde (alguns exemplos)

	Nº de beneficiários (unidades:1000)
ADSE – Direcção - Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública	1.220
ADME - Assistência na Doença aos Militares do Exército ADMA - Assistência na Doença aos Militares da Armada ADMG - Assistência na Doença à GNR ADMFA - Assistência na Doença aos Militares da Força Aérea SAD PSP - Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública Serviços Sociais da Presidência do Conselho de Ministros Serviços Sociais do Ministério da Justiça Serviços Sociais do Ministério do Planeamento da Administração do Território Serviços Sociais da Administração do Porto de Lisboa Serviços Sociais da Administração dos Portos do Douro e Leixões	623
SAMS do Sul e Ilhas (Serviços de Assistência Médico Social do Sindicato dos Bancários Sul e Ilhas) SAMS Centro (Sindicato dos Bancários Centro) SAMS Norte (Sindicato dos Bancários Norte)	170
Serviços Sociais da Caixa Geral de Depósitos (SSCGD)	30
UCS – Cuidados Integrados de Saúde AS (TAP)	17
Serviços Sociais da Imprensa Nacional Casa da Moeda (SSINCM)	3
PT-ACS (Portugal Telecom- Associação de Cuidados de Saúde)	63
IOS-CTT Instituto das Obras Sociais dos CTT	52
SÁVIDA – Medicina apoiada AS (EDP)	72
	2.250

Fonte: O futuro dos sistemas complementares e dos subsistemas de saúde, Carlos Baptista (PT ACS), Conferência SÁVIDA, Medicina Apoiada, S.A - Janeiro 2002

Quadro IV - Algumas referências da Europa da saúde

Saúde na Europa (no âmbito do art. 152 do Tratado de Amesterdão)

- Randal, (Pelgave, 2000), Ducan, (BMJ, 2002; 324:1027);
- www.europa.eu.int/comm/ph/eu_action/eu-action_en.html

- Cuidados de Saúde na Europa

Limitações na formulação de uma política de saúde coerente para a EU; decisões doutrina do Tribunal das Comunidades Europeias (TCE). Cuidados transfronteiriços, acordos sobre a circulação organizada de profissionais e assimetrias europeias entre recursos humanos (Espanha/Portugal); (Alemanha/Reino Unido)

- “The Internal Market and Health Services” – EU: Relatório da Alta Comissão para a saúde, 2001. (www.europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/key06_en.pdf)
- Relatório Mossialos e col, Presidência belga da EU, 2001 (www.observatory.dk)
- Eurohealth (2001, 4)
- Editorial Mackey (BMJ, 2002; 324: 991)

- Efeitos do Pacto de Estabilidade, do Euro e do Alargamento da EU a leste.

- Entrevista Delors, (2002, Le Monde, 13 de Maio)

- Política de consumidores e a Agência Europeia de Segurança Alimentar

- (http://europa.eu.int/comm/dgs/health_consumer/index_en.htm)

- Políticas do medicamento na EU

- Relatório “G10 Medicine”, EU, 2002
(http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/g10/index_en.htm)
(http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/ke02_en.pdf)
- Comentários (2002, The Economist, 11 de Maio)

- Ciência e tecnologias – Tecnologias da informação e da comunicação

- UE: eEurope (http://europa.eu.int/information_society/europe/action_plan/index_en.htm)

SAÚDE, PORTUGAL E A EUROPA

É previsível que os múltiplos aspectos que agora confluem fortemente nos processos de “construção Europeia” em curso venham a ter, já a relativamente curto prazo, uma influência visível e crescente sobre os sistemas de saúde.

Dado o carácter essencialmente político do calendário da construção Europeia (nomeadamente na introdução do EURO, nas condições do pacto de estabilidade, e na abertura a Leste) é evidente o deficit de estudos suficientemente aprofundados sobre as implicações deste calendário político nos sistemas de protecção social dos países membros principalmente daqueles que estes são menos desenvolvidos (como é o caso de Portugal e outros países do sul da Europa). Pode dizer-se que a situação é hoje já muito complexa – seria desejável compreendê-la melhor – e introduz importantes elementos de incerteza, que é necessário, pelo menos parcialmente, superar.

Neste contexto é possível identificar um conjunto relativamente vasto de áreas de interesse e acontecimentos recentes (Quadro IV) que é importante conhecer mais aprofundadamente. Tendo em vista os múltiplos aspectos acima referidos há que prestar uma atenção muito especial deve ser prestada ao que parecem ser já consideráveis e crescente assimetrias no espaço ibérico da saúde.

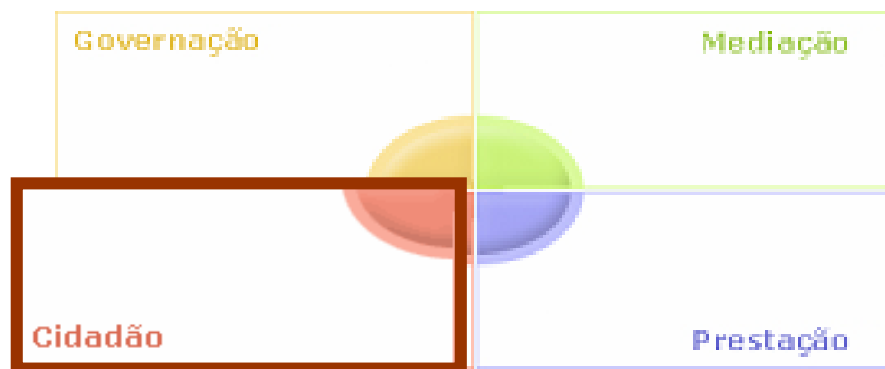
Pode-se já argumentar que é já difícil formular e implementar políticas de saúde em Portugal sem tomar em consideração o contexto Europeu da saúde e o espaço ibérico.

Regista-se a publicação em 2001, do segundo relatório sobre a saúde na União Europeia, elaborado sob a direcção e coordenação de dois técnicos Europeus (Pereira Miguel, Paulo Ferrinho, 2001)

CONTEXTO DO SISTEMA DA SAÚDE

Os sistemas de saúde não se comportam como compartimentos estanques nas sociedades onde se inserem. Pelo contrário são fortemente influenciados no curto e no longo prazo pelo contexto político, cultural, económico, científico e tecnológico.

O OPSS está a desenvolver um dispositivo simples para permitir acompanhar este tipo de influências – É o “Trendwatcher”:
www.observaport.com.



PARTE II – CIDADÃO

CIDADANIA E SAÚDE

SAÚDE DOS PORTUGUESES

EQUIDADE

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

PERCEPÇÕES DOS PORTUGUESES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

ESCOLHAS E DECISÕES INFORMADAS

CIDADANIA E SAÚDE

No último relatório do OPSS foram identificadas áreas críticas relativamente às quais era urgente articular uma nova relação entre o sistema de saúde e o cidadão, considerado como o elemento central do seu desenvolvimento. Nomeadamente, os direitos à informação, escolha e representação e as questões relativas à acessibilidade, participação e satisfação, mereceram uma reflexão na qual se salientava que “a reforma da saúde em Portugal seria difícil de realizar sem atribuir mais poder ao cidadão”. Ou seja, informação sobre a realização dos objectivos do sistema de saúde e sobre o acesso e a qualidade de cuidados de saúde de que necessita, capacidade de escolha e reclamação sem penalização, participação e representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos colectivos e satisfação face aos resultados.

Um ano depois importa reflectir sobre a evolução da construção do poder do cidadão, considerado como o fulcro fundamental da evolução positiva das sociedades modernas. O conceito de empoderamento (*empowerment*) sintetiza esta dinâmica, na qual a questão central não se resume à obtenção de poder, de direitos e sua defesa, mas no exercício positivo desse poder na construção de uma cidadania participativa. Este exercício implica criar as condições para que o cidadão tenha uma activa contribuição para a tomada de decisões sobre si próprio, de gestão de serviços e adopção de políticas, negando uma relação meramente simbólica com o sistema. Deste modo acentua-se a contribuição para a necessária mudança que põe à prova o alcance que a construção do poder do cidadão assume em Portugal.

Para Riger (1993) este processo pode ser apenas uma ilusão, já que a nível macro a vida é controlada pelas instituições e políticas existentes em cada sector da sociedade, de tal modo que "a experiência do indivíduo em termos de poder ou impotência pode não estar relacionada com a capacidade de influenciar e um aumento da sensação de *empowerment* nem sempre reflecte um aumento do poder actual".

O desafio é lançado, no âmbito da criação das condições que permitem uma participação activa do cidadão no sistema, alcança directamente do modelo de governação, no qual as instituições estabelecem e desempenham políticas para e com os cidadãos, de forma a garantir e manter a sua confiança e envolvimento.

É neste contexto que podem ser identificados cinco passos preparatórios (OECD, 2001):

1. Melhorar a qualidade da política, utilizando variadas fontes de informação, perspectivas e soluções, respondendo aos desafios cada vez mais complexos e a crescentes pressões;
2. Responder a crescentes desafios da sociedade de informação, melhores e mais rápidas interacções com os cidadãos, assegurando uma melhor gestão do conhecimento;
3. Integrar os contributos dos cidadãos no processo político de tomada de decisão respondendo às suas expectativas, ouvindo e tendo em conta os seus pontos de vista;
4. Responder à exigência de maior transparência e responsabilidade face ao aumento da análise detalhada das acções do Governo pelo público e pelos *média*;

5. Fortalecer a confiança pública no Governo e reverter o desinteresse e desconfiança do público nos políticos e nas instituições públicas.

Também são identificadas três áreas de actuação mínimas (OECD, 2001) no *empowerment* do cidadão:

1. A informação - completa, objectiva, acessível, fidedigna, relevante e fácil de encontrar;
2. A consulta - conduzida com base em objectivos claros e de acordo com as regras que claramente definem os limites desse exercício;
3. A participação activa - providencia o tempo e a flexibilidade suficientes para o aparecimento de novas ideias e propostas por parte dos cidadãos bem como a emergência de um mecanismo para a sua integração no processo político.

SAÚDE DOS PORTUGUESES

Quando olhamos para o primeiro destes pontos – a informação – referido como sustentáculo do *empowerment* do cidadão, a nossa atenção é remetida para o relatório “Ganhos em Saúde em Portugal. Ponto de situação”, do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Reconhecendo a sua posição ímpar para aceder à informação necessária que permite caracterizar o estado de saúde dos portugueses, salienta-se a importância desta iniciativa para o diagnóstico da situação actual “para, com maior clareza, se poderem distinguir as intervenções desejáveis e, face às que se puderem desenvolver, avaliar os progressos, os retrocessos, as oportunidades e as limitações”.

A sua apresentação em 2002 pretende marcar uma regularidade anual, apresentando-se como um estímulo ao desenvolvimento dos sistemas de informação, reconhecidos no relatório como estando ainda “longe do desejável”.

De acordo com o relatório os indicadores analisados reflectem ganhos em saúde concretos nos últimos cinco anos. Estes ganhos observam-se em todos os domínios contemplados. Passam não só por uma observação da redução da incidência de problemas de saúde (nomeadamente das doenças transmissíveis) (Quadro V) e por reduções nas taxas de mortalidade (nomeadamente de algumas doenças crónico-degenerativas) (Quadro VI), mas também pelo explícito reconhecimento de problemas de saúde, até agora não devidamente contemplados (associados a questões das desigualdades, do género, da dor, da violência doméstica, entre outras). É importante reconhecer que muitos dos ganhos observados para os menores de 65 anos de idade não se reflectem em ganhos para a população mais idosa.

De um modo geral, os ganhos mais significativos verificaram-se nas áreas onde predomina a influência de factores extrínsecos, nomeadamente, maior afluência socioeconómica, melhorias estruturais e de prestação de serviços. O caso mais notável é o da saúde perinatal, em que, de 1996 para 2000, se passou de uma taxa de 8,4 para 6,1 óbitos por 1000 nados vivos, em comparação com a taxa europeia média em 2000 de 6,3 (Fig. 3). De realçar, igualmente, a redução da mortalidade associada a alguns cancros hematológicos.

Quadro V - Resultados do PNV: ganhos de saúde comparando duas décadas

	Década 1956-1965	Década 1991-2000
Tosse convulsa	14.429 casos	204 casos
	873 mortes	3 mortes
Poliomielite	2.723 casos	0
	316 mortes	0
Tétano	3.923 casos	259 casos
	2.625 mortes	113 mortes
Difteria	19.100 casos	3 casos
	1.457 mortes	1 morte (caso importado)

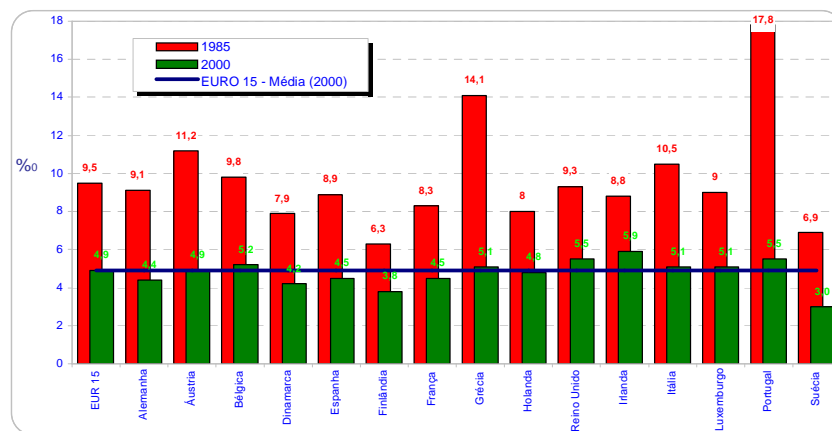
Fonte: Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, Ganhos em saúde em Portugal, ponto da situação, 2002

Quadro VI - Taxas de mortalidade (1996-1999)

Indicador mortalidade (/100.000) por cancro a):	Homens < 65 anos		Mulheres < 65 anos		Homens > 65 + anos		Mulheres > 65 + anos	
	1996	1999	1996	1999	1996	1999	1996	1999
Colo do útero			3,0	2,6			8,7	9,3
Estômago	13,0	12,0	5,5	5,7	182,8	177,3	94,4	84,6
Mama			16,8	14,7			92,4	90,6
Próstata	3,3	3,0			253,8	256,4		
Pulmão	22,3	20,5	3,2	3,7	220,4	226,9	30,5	35,5
Diabetes Mellitus b)	5,9	5,5	4,5	4,4	169,2	195,5	171,7	181,2
Isquémia Cardíaca c)	34,3	30,5	8,3	8,2	646,9	622,9	412,4	382,4
Cerebro-Vascular d)	30,3	25,7	16,3	14,3	1.555,7	1.335,4	1343,1	1171,7

Fonte: Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, Ganhos em saúde em Portugal, ponto da situação, 2002

Figura 3 - Taxa de Mortalidade Infantil nos Países da União Europeia



Fonte: Fonte: INE

Quadro VII - Taxa de mortalidade por acidentes de viação e taxa de mortalidade e por SIDA

Indicador (/100 000)	Homens até 65 anos		Mulheres até 65 anos		Homens com 65 + anos		Mulheres com 65 + anos	
	1996	1999	1996	1999	1996	1999	1996	1999
	Taxa de mortalidade por acidentes de viação	31,5	22,5	8,2	5,3	54,7	37,6	18,8
Taxa de mortalidade por SIDA	20,2	17,0	4,1	3,7	3,6	3,4	1,1	0,5

Fonte: Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, Ganhos em saúde em Portugal, ponto da situação, 2002

No entanto, os progressos são bem menores nas áreas onde predomina a influência de factores intrínsecos, como “atitudes e comportamentos nocivos, condutas imprudentes e agressivas, escasso respeito por si próprio, pelos outros e pela sociedade, em suma, traços de subdesenvolvimento cívico e de cidadania”. Estão neste caso os acidentes, em especial os de viação, a violência doméstica e a SIDA (Quadro VII).

A saúde da mulher e da criança é uma das áreas que se tem mostrado mais dinâmica e inovadora, mas ainda com espaço para ganhos, no que se refere, por exemplo, ao apoio pré-concepcional e ao diagnóstico pré-natal. A incidência da sífilis neonatal, a mais elevada da UE, merece um esforço especial para a sua erradicação. As últimas décadas foram marcadas por grandes alterações na situação social da mulher. Mas é também verdade que as mulheres continuam com um estatuto social e económico pior do que o dos homens. Esta realidade reflecte-se nos seus padrões de morbilidade, mortalidade e de utilização dos serviços de saúde.

EQUIDADE

Os conceitos de equidade e desigualdade são muitas vezes utilizados de uma forma equiparada, quando na realidade são bastante distintos. A equidade tem a ver com justiça e *fairness*, tem uma dimensão ética relacionada com a redistribuição de algo de acordo com as necessidades referentes a esse algo, é um conceito relativo. A igualdade é um conceito mais absoluto, não tem necessariamente uma conotação ética.

A igualdade, compara níveis de saúde, de recursos, de acesso, etc., entre indivíduos e comunidades, independentemente de critérios associados às necessidades desses indivíduos ou comunidades.

Algumas desigualdades são esperadas e fáceis de prever, sem necessariamente reflectirem inequidades. Uma forma de abordar esta problemática é dividir o problema das desigualdades nas não evitáveis (portanto não reflectindo geralmente problemas de inequidade) e as evitáveis, que podem estar associadas a problemas de inequidade.

Considere-se por exemplo a persistência das diferenças que existem entre regiões, entre distritos e entre os diversos sectores socioeconómicos da sociedade — enquanto temos franjas de população com mortalidade infantil melhor do que, por exemplo, na Suécia, temos outras em que as taxas emparceiram com as dos países menos desenvolvidos.

Estas desigualdades resultam de várias inequidades, não imputáveis apenas aos serviços de saúde e, constituem um dos grandes problemas que se colocam aos serviços e profissionais de saúde, bem como a toda a sociedade. No nosso País, subsistem diferenças distritais e regionais consideráveis.

O desdobramento da taxa de mortalidade infantil, pelo grau de instrução da mãe e pela profissão do pai, revela uma maior "penalização" tanto dos graus mais baixos de escolaridade da mãe (diferença entre 2,9, para as mães com curso superior e 24,1 para as mães analfabetas ou sem frequência de instrução básica), como das profissões menos diferenciadas do pai. A mortalidade infantil, para além

de um indicador de saúde, foi sempre considerada como um parâmetro socioeconómico. Durante muitos anos as suas causas principais estavam intimamente associadas às condições ambientais em que a criança nascia, crescia e vivia durante o seu primeiro ano de vida, *à priori* o mais vulnerável. Não restam dúvidas que a melhoria das condições de vida — habitação, nutrição, higiene, educação — teve uma influência determinante na descida da taxa de mortalidade infantil. Em Portugal, esta relação é por demais evidente.

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Na fase de expansão do sistema de saúde português a questão da “cobertura” do país em serviços de saúde, tinha particular premência.

Havia que dotar o país de infraestruturas (centros de saúde, hospitais) assim como de médicos e enfermeiros e outros profissionais, em número suficiente e distribuídos por todo o território nacional. Apesar de hoje ainda persistirem importantes desigualdades, a situação modificou-se consideravelmente.

No seu estudo sobre a “Saúde e doença em Portugal”, Villaverde Cabral e colaboradores (2002) observaram que os portugueses gastam em média 15 minutos a deslocar-se ao centro de saúde da sua residência (45%) fazendo-o a pé, 25 minutos a deslocar-se ao hospital mais próximo (64,1%) fazendo-o em carro próprio ou de algum familiar ou amigo e 10 minutos à farmácia mais próxima.

Também relatam que 83,7% dos portugueses tem um médico de família no centro de saúde onde costumam recorrer. A questão central deixou de ser a “cobertura” para ser o acesso efectivo a cuidados de saúde, segundo o estudo acima referido. Cerca de 51% dos inquiridos não conseguem consulta no mesmo dia e destes 54% têm de esperar mais do que duas semanas. O tempo de espera entre a consulta com o médico de família e a consulta no hospital (exceptuando as emergências) foi de mais de um mês para 48% dos inquiridos. A melhoria do acesso aos cuidados de saúde continua a ser uma expectativa legítima e importante para uma parte substancial da população portuguesa.

A pressão sobre o acesso aos cuidados de saúde faz-se sentir também como consequência do aumento contínuo de utilização do serviço de saúde pela população portuguesa.

A percentagem de pessoas, em Portugal continental, que disse ter consultado um médico nos últimos três meses aumentou cerca de 22% entre 1987 e 1999, e em todos os grupos etários, de acordo com os dados obtidos através dos Inquéritos Nacionais de Saúde (Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde).

Este indicador de utilização de cuidados foi de 44,1% em 1987, 50,1% em 1996 e 53,7% em 1999. A extensão deste indicador à população residente em Portugal Continental em cada ano resulta nos seguintes números de utilizadores de cuidados médicos: 4520000 em 1987, 4974000 em 1996 e 5391000 em 1999 (Fig. 4).

Nos grupos etários 0 a 4 e 5 a 9 anos este aumento foi de cerca de 24%. Entre os 10 e os 14 e entre os 15 e os 24 anos verificou-se o valor mais elevado, cerca de 33%. Entre os 25 e os 84 anos os

aumentos percentuais em cada grupo etário oscilaram entre os 13% e os 16%. No grupo etário acima dos 85 anos o aumento verificado foi de 22%. Esta distribuição sugere que a procura de cuidados de saúde, avaliada pelo indicador “consultas médicas nos últimos 3 meses”, aumentou em Portugal continental cerca de 22% num período de 12 anos, em todos os grupos de idade.

PERCEPÇÕES DOS PORTUGUESES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

Com base em 2500 entrevistas representativas da população adulta portuguesa, o sociólogo Manuel Villaverde Cabral, no estudo acima referido, proporcionam dados recentes sobre a opinião dos portugueses relativamente à saúde.

Este estudo, inédito em Portugal, revela alguns dos aspectos onde melhoramentos substanciais devem ser desenvolvidos. Cinco grandes dimensões que estruturam as relações dos portugueses com a saúde e a doença são assim passadas a pente fino: a morbilidade, isto é, o estado de saúde da população e a sua propensão para a doença; os hábitos de saúde, isto é, os cuidados que as pessoas tomam ou não no sentido da promoção da sua saúde e da prevenção da doença; as condições de acesso e a utilização efectiva dos diferentes serviços públicos e privados; a avaliação que os utentes fazem dos cuidados de saúde públicos; as atitudes da população perante as prioridades sociais do Estado, as políticas de saúde, o funcionamento do sistema de saúde, as relações entre serviço público e medicina privada, e ainda as suas atitudes perante a saúde, a doença e a medicina em geral.

Quando consideramos a avaliação global do sistema (incluindo o médico de família, centro de saúde, consultas externas nos hospitais, internamento hospitalar, serviços de urgência) feita pelos inquiridos, “satisfeito” é a categoria modal nas quatro variáveis (Quadro VIII). No entanto o médico de família e o internamento hospitalar são os níveis de cuidados que recolhem maior conjunto de avaliações positivas (cerca de três quartos dos inquiridos).

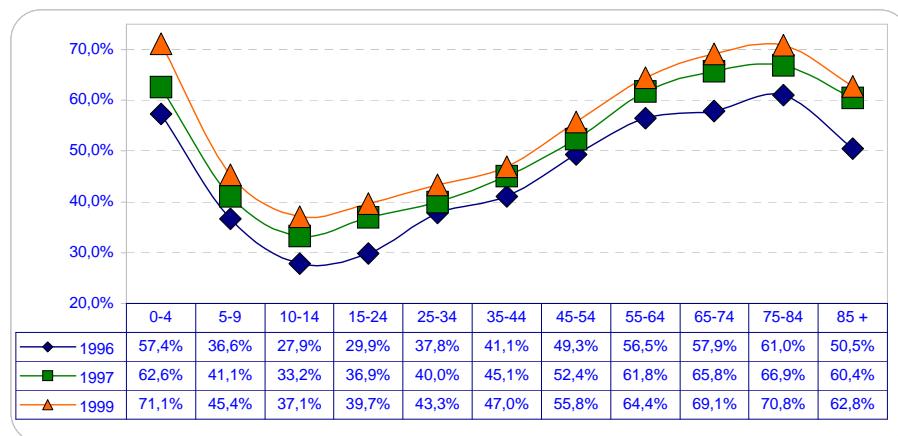
A relação com o médico de família é, possivelmente, a pedra angular do funcionamento do sistema, ajudando a perceber melhor o conjunto de avaliações feitas pelos utentes. Essa relação satisfaz ou satisfaz muito em cerca de 74%. É em grande parte graças a esta boa relação que os Centros de Saúde obtêm uma avaliação globalmente positiva da parte dos utentes, metade dos quais considera os cuidados prestados bons e apenas 13% maus.

Verifica-se ainda que, embora quase todos os indicadores sejam avaliados positivamente, com excepção das esperas para a consulta e o atendimento, a relação com o médico é a melhor avaliada, seguido da enfermagem, das condições das instalações e do horário de funcionamento. No caso particular, mas significativo, dos cuidados infantis, a avaliação é também claramente positiva para mais de dois terços das mães.

No que diz respeito às consultas externas dos hospitais públicos, a avaliação dos cuidados prestados é positiva.

Figura 4 – Utilização dos Cuidados de Saúde

Percentagem de entrevistados que declarou ter consultado o médico pelo menos uma vez nos últimos 3 meses



Fonte: Inquérito Nacional de Saúde, Portugal Continental, 1996, 1997 e 1999

Quadro VIII - Avaliação global dos cuidados públicos de saúde (2001)

	Médico de Família/C.S.		Consultas Externas Hospitalares		Internamento		Serviços de Urgência	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Muito satisfeito	119	8,8	23	4,2	29	9,0	35	3,4
Satisfeito	882	64,9	271	50,6	208	65,7	520	50,3
Indiferente	214	15,7	139	25,9	53	16,6	259	25,1
Insatisfeito	120	8,8	81	15,0	17	5,2	165	16,0
Muito insatisfeito	5	1,8	23	4,3	11	3,4	53	5,2
Total	1.377	100	551	100	320	100	1.070	100

Fonte: Villaverde Cabral e colaboradores. Saúde e doença em Portugal. 2002

O mesmo se passa com os cuidados prestados aos inquiridos que estiveram internados: perto de 74% de opiniões positivas. Por último, no que diz respeito às urgências, os níveis de satisfação também são altos (54% de avaliações positivas contra 21% negativas).

ESCOLHAS E DECISÕES INFORMADAS

No preâmbulo da Declaração Francesa dos Direitos do Homem (1789), põe ler-se que “a ignorância, o esquecimento e o desprezo dos direitos do homem são as únicas causas de infelicidade pública e corrupção dos governos”.

O défice de cidadania em saúde é um facto em Portugal. No entanto, muitas das razões que podemos apontar para este défice extrapolam o - já em si amplo - domínio da saúde.

Razões históricas condicionam os comportamentos dos cidadãos portugueses. De entre elas há a salientar a curta experiência de vida em democracia, pois só há pouco mais de 25 anos é que os portugueses têm acesso a formas mais solidárias de viver em sociedade.

Nestes poucos anos que se sucederam ao 25 de Abril de 1974, os cidadãos portugueses assistiram a enormes mudanças no sector da saúde. Em 2 de Abril de 1976, a Assembleia Constituinte aprovava a Constituição onde, pela primeira vez, se afirmava que “todos têm o direito à protecção da saúde e o dever de a defender e de a promover” e, a seguir, que “o direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito”. Passa então a incumbir ao Estado a garantia de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica, assegurando uma cobertura do país em recursos humanos e em unidades de saúde.

Muitas vezes o papel do Estado como provedor tem sido exercido em desfavor da sua responsabilidade de informar e promover escolhas informadas.

Por outro lado são frequentes também propostas de solução dos problemas de saúde centradas no direito de escolha de doentes sem se considerarem igualmente os mecanismos necessários para que essa escolha possa ser inteligente – baseada no conhecimento de qualidade/preço das alternativas disponíveis no curto prazo e das novas implicações a médio e longo prazo, proporcionados de uma forma precisa e perceptível por uma fonte independente dos interesses dos serviços envolvidos. No primeiro caso, o Estado que não informa e não permite escolhas, exclui, diminui o sentido de cidadania. Por outro lado, o direito de escolha, sem informação e representação adequadas, favorece a captura de um consumidor desprotegido por interesses alheios aos da sua saúde.

Quadro IX - A informação mínima e o *empowerment* do cidadão

Oferta de cuidados

Serviços prestadores de cuidados existentes na zona em que os cidadãos habitam ou trabalham e forma de lhes aceder;
Informação sobre a capacidade instalada em cada uma destas unidades de saúde e, se possível, estimativa do número de actos que é possível e desejável esperar-se.

Desempenho das Unidades de Saúde

Produção das unidades de saúde em número de consultas, intervenções e urgências;
Publicitação das listas de espera (número de pessoas e tempos de espera) por cirurgia e consulta;
Indicação das taxas de cobertura dos centros de saúde e do número de cidadãos sem médico de família;
Informação sobre projectos de qualidade existentes nas várias unidades de saúde e, se possível, suas conclusões, para aumentar não só o conhecimento que os cidadãos têm destas unidades mas também a sua transparência para com a sociedade;
Informação sobre modernização e racionalização das unidades de saúde.

Participação dos Cidadãos

Tipologia das reclamações nos serviços públicos de saúde e possibilidade de cada cidadão ter acesso à fase em que está a sua reclamação;
Possibilidade de cada cidadão ter acesso, pelo número de utente, à sua posição na lista de espera.

Informação Genérica aos Cidadãos

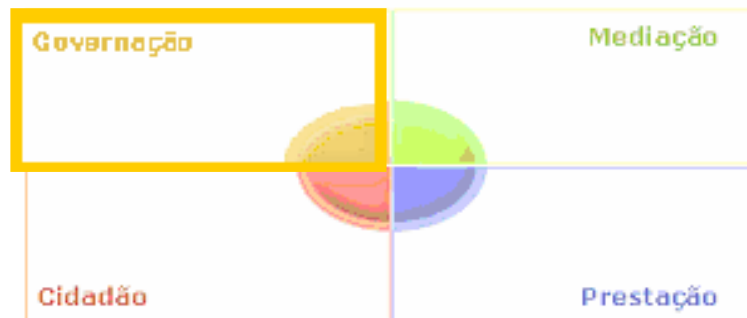
Doenças mais vulgares e em relação às quais há algum espaço de intervenção do cidadão para as evitar ou diminuir o seu impacto;
Sinais de risco e de alerta;
Plano de vacinação aprovado;
Medicamentos e farmácias;
Hábitos propiciadores de uma vida saudável.

Fonte: OCDE (2001). *Citizens as Partners: Information, Consultation and Public Participation in Policy-making*. OECD, Paris

Sobre a informação e administração pública parece ser exacto que: “A cultura herdada leva a que na administração pública tal como em muitas entidades privadas, o reflexo imediato, a atitude natural, perante qualquer informação, consiste em considerá-la confidencial. E a sua divulgação, em princípio, só parece ser decidida quando produz resultados benéficos para o seu “proprietário”. Se, no caso de entidades privadas, esta actuação se pode estranhar, mas talvez não condenar, já nas esferas públicas deve ser severamente criticada e energicamente combatida. “A informação detida entre as mãos dos organismos públicos é de todos os cidadãos, a todos deve servir. Foi paga por eles, pertence-lhes, é a vida deles, a eles deve estar acessível” (A. Barreto).

No actual estado de desenvolvimento do sistema de saúde português é talvez importante estabelecer a ideia da “informação mínima” a que o cidadão-contribuinte tem direito no campo da saúde.

A proposta da OCDE (2001), descrita no Quadro IX, pode ser um bom ponto de partida.



PARTE III – A GOVERNAÇÃO

AGENDA E PROCESSOS DE GOVERNAÇÃO

REGULAÇÃO

FINANCIAMENTO

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

MEDICAMENTO

ACTORES SOCIAIS

UMA POLÍTICA PARA AS PROFISSÕES

CONHECIMENTO E DECISÃO POLÍTICA: Álcool e Co-incineração

AGENDA E PROCESSOS DE GOVERNAÇÃO

As alterações da agenda política da saúde de um ciclo para outro são inevitáveis, pois correspondem a pontos de vista, valores ou interesses que caracterizam a base política e sociológica que legitima a governação. O OPSS não toma posição naquilo que diz respeito às agendas políticas da saúde. Procura explicitá-las e torná-las mais fáceis de entender. Interessa-se antes pelos processos de governação (governança/“governance”) e pelos seus resultados objectivos.

Desde 2000 (World Health Report, 2000) tem-se vindo a disseminar a noção de “*stewardship*” (literalmente traduzida por “*reitoria*” ou “*tutela*”) para chamar a atenção e analisar mais profundamente as várias componentes da governação da saúde. Esta noção inclui não só a capacidade para influenciar a realização dos objectivos do sistema de saúde (nível de saúde, resposta adequada em cuidados de saúde e justiça na distribuição das contribuições financeiras) mas também dimensão de natureza mais ética – dedicação ao bem comum e relação de confiança com o cidadão.

O Quadro X resume os principais elementos que integram a “governação da saúde” e inclui algumas observações sobre as fragilidades da governação da saúde em Portugal, apresentando-se um exemplo internacional (Quadro XI): (a) debilidades na formulação e implementação das políticas, associadas à falta de metas concretas e indicadores de realização, que não mobilizam a opinião pública em termos da promoção do bem comum e resultam em baixo grau de efectividade e continuidade da acção governativa; (b) fragilidade dos dispositivos organizacionais (ver Fig. 5), dos sistemas de regulação e dos procedimentos de contratualização; (c) o estado ainda incipiente de um sistema de informação para a governação da saúde, no sentido mais amplo do termo e, a evidente falta de uma cultura de partilha de informação com o cidadão.

Este capítulo aborda selectivamente algumas destas questões.

REGULAÇÃO

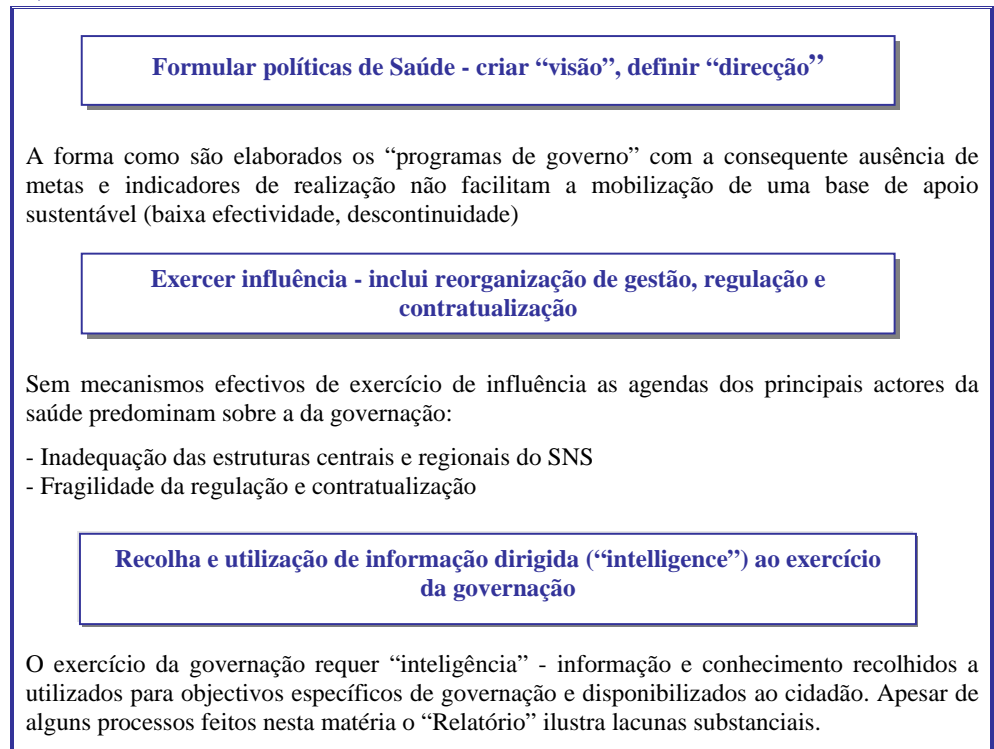
A regulação é uma tarefa do Estado executada pela sua administração directa, por institutos públicos especiais ou mesmo por entidades alheias à administração pública, como é o caso das ordens profissionais.

Porém, a regulação é um processo complexo que abarca um conjunto vasto de intervenções normativas e a sua consequente aplicação, avaliação e fiscalização.

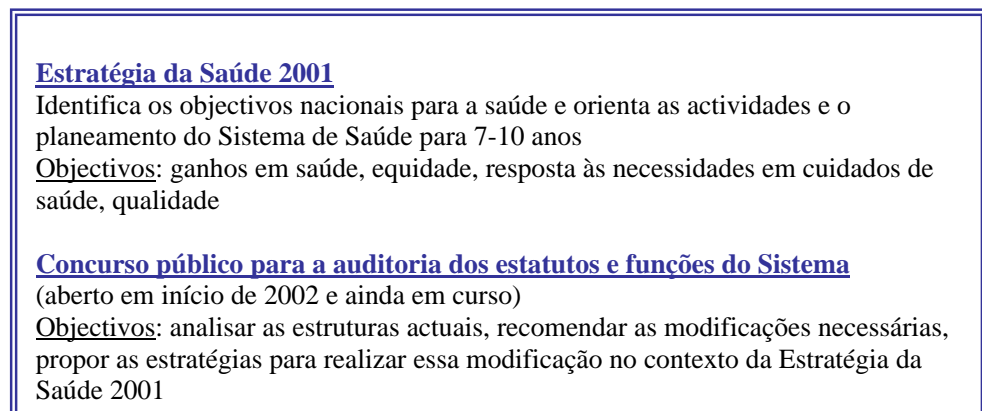
A partir do final dos anos setenta muitos países europeus seguiram políticas de privatização no campo económico mas também na prestação de serviços públicos. Porém, em Portugal, com poucas cautelas em matéria de regulação, como nota Vital Moreira (2000) “...em vez de, como na Grã-Bretanha ou na França, fazermos privatização ao mesmo tempo, ou, até, preferivelmente, prever a regulação e, depois, fazer-se a privatização, entre nós, fizemos a privatização e deixámos a regulação para depois”.

Quando estudamos o processo de privatização e regulação na Saúde, em Portugal, somos confrontados com diferentes experiências em diferentes momentos históricos, em particular nos hospitais.

Quadro X - Governação da saúde (1): principais componentes segundo o Relatório Mundial de Saúde, 2000.



Quadro XI - Governação da saúde (2): distinguir o domínio “político” das competências “técnicas”. Um exemplo da Irlanda (www.doh.ie)



Desde logo o Hospital Fernando Fonseca cujo modelo jurídico, é o de contrato de gestão previsto no Estatuto do SNS de 1993. O propósito, enunciado pelo Governo em 1985 e 1995, era o de reduzir o peso do Estado na prestação de cuidados de saúde através da gestão privada de um hospital público, exercida por uma entidade contratada. Porém, a administração pública sempre teve dificuldade em acompanhar o desenvolvimento deste modelo no âmbito da ARSLVT e o resultado da avaliação em 1999, não trouxe qualquer alteração no relacionamento da entidade reguladora com a entidade privada responsável pelas operações de gestão. Em 1998, em diferente contexto político, é criado um novo modelo jurídico para o Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira. Já não é o afastamento do Estado prestador que se pretende, mas sim uma modalidade de privatização/empresarialização da gestão, que consiste no abandono dos meios tradicionais do direito administrativo com a utilização de instrumentos do direito privado. O mesmo objectivo esteve presente na criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em 1999 e do Hospital do Barlavento Algarvio, em 2001.

O modelo de regulação, e mais precisamente o de fiscalização e acompanhamento destas unidades, foi muito preciso mas quase completamente ineficaz. As comissões de fiscalização a designar pelos Ministérios das Finanças e da Saúde nunca foram nomeadas, as comissões de acompanhamento, também previstas na lei, reuniram esporadicamente.

Foi diferente o processo de negociação com os profissionais: a entidade gestora do Hospital Fernando Fonseca e alguns sindicatos celebraram acordos de empresa e foi aprovado um quadro de pessoal, em 1999, permitindo, um e outro, a manutenção de um sistema de carreiras essencialmente idêntico ao da função pública e a garantia dos vínculos pré-existentes. Mas, nos hospitais com um modelo empresarial não se deu início ao processo de negociação colectiva pela ausência de parâmetros de negociação que deveriam ter sido definidos pelo Ministério da Saúde.

Estas omissões provocaram desconfiança e insegurança. Desconfiança, em especial nos sindicatos, pelo incumprimento de formas de acompanhamento de modelos de gestão inovadores e, portanto, com processos de decisão e de representação profissional desconhecidos. Insegurança, em especial dos profissionais com contratos individuais de trabalho, que não viram o seu estatuto jurídico ser enquadrado numa negociação colectiva, conforme a lei previra.

Em resumo, neste processo o Estado foi mais normativista e menos regulador. O primeiro faz aprovar leis e não cuida do processo subsequente; o segundo obriga-se a estudar os problemas para melhor defender o interesse público, cria mecanismos efectivos de acompanhamento da actividade, fiscaliza regularmente o cumprimento do acordado e pune as infracções.

A fuga para o direito privado, na Saúde, tem vantagens reconhecidas, mas tem permitido eximir-se aos controlos públicos, que devem constituir uma salvaguarda do interesse público.

Constata-se de facto que à medida que se flexibilizam e se diversificam os sistemas de prestação de cuidados de saúde (loosening/desapertar) é indispensável assegurar a existência de um dispositivo regulador efectivo (tightening/desapertar) que garanta a realização dos objectivos da saúde. Assim, por exemplo na Inglaterra, ao serem introduzidos *trusts* hospitalares e de cuidados de saúde primários, reforçaram-se simultaneamente os dispositivos reguladores existentes (Quadro XII), procurando fazê-los actuar de uma forma “hierarquizada e inteligente” (Quadro XIII).

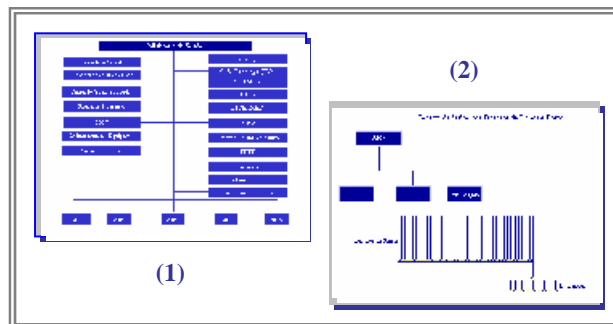
Quadro XII – O desafio da regulação (1)

A flexibilização do sistema prestador requer uma considerável melhoria do sistema regulador – o exemplo de Inglaterra

<p>Dispositivos de regulação geral – exemplos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auditoria económica e financeira • Comissão de protecção de dados • Normas de qualidade e acreditação • Comissões para a igualdade de oportunidades
<p>Dispositivos de regulação específica do SNS (1999-2001)</p> <ul style="list-style-type: none"> • NICE: base de evidência e orientações para as boas práticas • CHI : monitorização de “variações inaceitáveis” • MOD. AG.: acompanhamento do desempenho, planeamento e contratualização • N P SAFETY: acompanhamento da aplicação das normas para a protecção do doente • NC ASSESSEMENT: apoio à gestão de situações profissionais individuais problemáticas

Adaptado de: Walshe, BMJ, 2000

Figura 5 - Estereótipos organizacionais resistem : (1) organismos directamente dependentes do poder político (Ministério da Saúde); (2) Sub regiões de Lisboa e Porto e os “seus” Centros de Saúde



Mantêm-se, a nível central, cerca de 20 dispositivos organizacionais autónomos que dependem directamente do poder político e regional, nas sub regiões de Lisboa e Porto mais de 40 centros de saúde sem autonomia dependem de uma estrutura administrativa sub-regional, que não é adequada para as funções de direcção, coordenação e regulação que lhes caberia desempenhar (ver Relatório de Primavera 2001).

Em Portugal observa-se um grande desencontro entre os projectos de reforma do sistema prestador e a considerável fragilidade da sua regulação, como este relatório ilustra: acumulação de défices financeiros, insuficiências na produção dos serviços, rarefacção do sistema de contratualização, a crise do medicamento, a quase inexistência de mecanismos de promoção, acompanhamento e disseminação da inovação.

A importância e actualidade desta temática levou o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde a preparar e publicar um livro de referência com o sugestivo título “Regulating Entrepreneurial behaviour in European Health Systems” (Saltman, Busse, Mossialos ed., 2002).

Entre nós a holding pública IPE, SA organizou em 2001 uma Conferência intersectorial sobre este tema, incluindo a saúde.






O FINANCIAMENTO DO SNS

Desde 1976, o financiamento do SNS é feito, na sua quase totalidade, com base no orçamento de estado (OE). Esta característica, é coerente com os princípios de universalidade e equidade que orientam o modelo de financiamento. Ao financiar o sistema através de impostos gerais, acentua-se a função redistribuidora de riqueza, englobando o sistema de saúde no conjunto de instrumentos promotores de equidade social. Por outro lado, conceptualmente, este modelo garante um controlo político sobre o volume de recursos afectos ao sistema de saúde, reduzindo o grau de discricionariedade e o poder dos prestadores em moldar o sistema aos seus interesses específicos, em detrimento do interesse colectivo dos cidadãos.

Nos últimos anos, o financiamento do SNS a partir do OE teve uma evolução irregular (Quadro XIV). A análise das dotações iniciais mostra uma tendência crescente até 2000, que se inverte em 2001 e 2002, certamente em virtude das anunciadas restrições orçamentais associadas à necessidade de cumprimento das metas do Pacto de Estabilidade e Crescimento, impostas pela adesão de Portugal à União Monetária Europeia.

Mais esclarecedora é a análise das dotações finais que incluem os montantes de financiamento extraordinários para regularização de dívidas, indispensáveis face ao acumular de défices sucessivos. As taxas de crescimento anuais (Fig. 7) no período 1995 a 2002, evidenciam o carácter errático desta evolução, com picos de crescimento em 1999 (+55% que no ano anterior), para logo no ano seguinte de 2000 apresentar uma redução de 19%, voltando a um forte crescimento, de 41%, em 2001. O SNS e os seus dirigentes, tem vivido com dotações orçamentais erráticas, estabelecidas em função das necessidades conjunturais em vez de orientadas estrategicamente para um progressivo equilíbrio das contas da saúde.

Quadro XIII - O desafio da regulação (2): hierarquia de medidas que asseguram o exercício da função de regulação

	Maior autonomia, incentivos para o desempenho reconhecimento público, liderança na disseminação da inovação
	Algum tipo de acompanhamento, reforços positivos para os bons resultados, intervenção informal para resolver pequenos problemas
	Intervenção formal, inspeção frequente, publicitação, recurso a diversas formas de apoio
	Supervisão/inspeção continuada e estreita, penalizações financeiras, limitações no número e tipo de actividades
	Substituições de “equipa de gestão”, imposição de comissões administrativas, fecho

Adaptado de Washe, 2002

Intervenção efectiva e hierarquizada em função dos comportamentos específicos de regulado, são a marca de existência de um sistema regulador, Este faz mais sentido no contexto de uma estratégia da saúde, com um amplo horizonte temporal.

Não existe este tipo de regulação deste tipo no sistema de saúde português - ela é indispensável para a modernização do SNS e para a regulação do sector privado financiado pelo Estado

Quanto à despesa, o comportamento do SNS é muito mais estável (Quadro XV). O aumento médio real (deduzido da inflação) entre 1990 e 2001 foi de 7% por ano. Foi na segunda metade da década de noventa, que se realizou a “convergência europeia” da despesa pública em saúde, atingindo os 5.5% do PIB em 2001, valor que muito provavelmente se manterá em 2002. Adicionando ao SNS a despesa da ADSE e dos restantes subsistemas públicos, atinge-se o valor de 6%, exactamente a média europeia. Apenas após 20 anos de existência do SNS a sua despesa ultrapassou os 5% do PIB.

Em 2001 verificou-se um esforço de contenção do ritmo de crescimento da despesa. Neste ano, os custos com pessoal mantiveram uma aceleração de 6.1% e os medicamentos progrediram 6.2%. Em simultâneo, a despesa em convenções reduziu-se em 4.5%.

A estrutura dos gastos do SNS não se alterou significativamente. O progressivo crescimento das chamadas Transferências para o Sector Privado, contínuo ao longo de toda a década de noventa, apenas abrandou ligeiramente, reduzindo-se de 32.2% em 2000 para 31.3% em 2001.

O peso da tecnologia médica está expresso no valor relativo da rubrica “Outros” dos Serviços próprios, cuja principal componente é a aquisição de medicamentos de consumo em meio hospitalar. Esta componente representava 18% da despesa em 1991, subiu para 23.4% em 1995, mantendo a tendência até 1999, ano em que atingiu 24.1%, reduzindo para 22.9% em 2001.

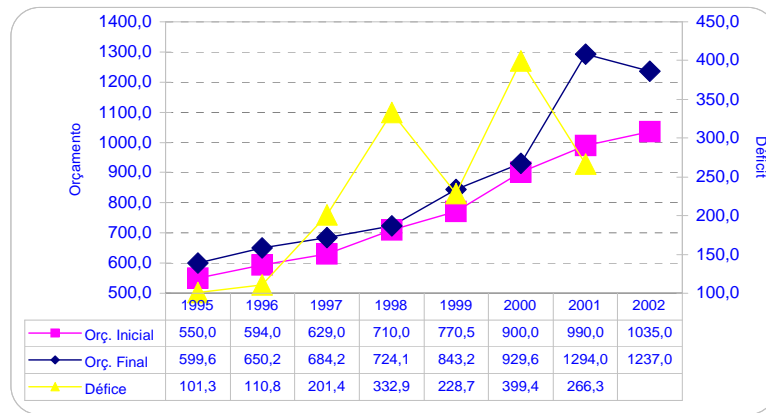
O peso dos gastos dos serviços directamente geridos pelo SNS ao longo do período foi sempre decrescente, passando de 71.5% em 1991 para 67.8% em 2000. Apenas em 2001 esta tendência se inverteu, verificando-se uma ligeira subida para 68.7%. A rigidez da estrutura e a respectiva evolução da despesa, em confronto com o carácter errático das dotações orçamentais são aspectos que merecerão, sem dúvida, futura análise e aprofundamento.

Podemos concluir que a forma de atribuição de recursos financeiros extraordinários para cobertura dos défices acumulados, desvirtua o princípio da especialização do exercício, na medida em que pode empolar os gastos de um ano com a cobertura de défices de anos anteriores (p. ex. 1999) e, ainda, o carácter discricionário e aleatório na política de cobertura desses mesmos défices, impedem a sua análise rigorosa. Os valores em análise não têm incluídos os valores correspondentes à regularização das dívidas e que ascendem, respectivamente, a 75 milhões de contos (1995), 36 milhões de contos (1996) e 227 milhões de contos (1999).

Em resumo, torna-se indispensável a existência de um conjunto mínimo de informação normalizada e transparente que inclua indicadores de:

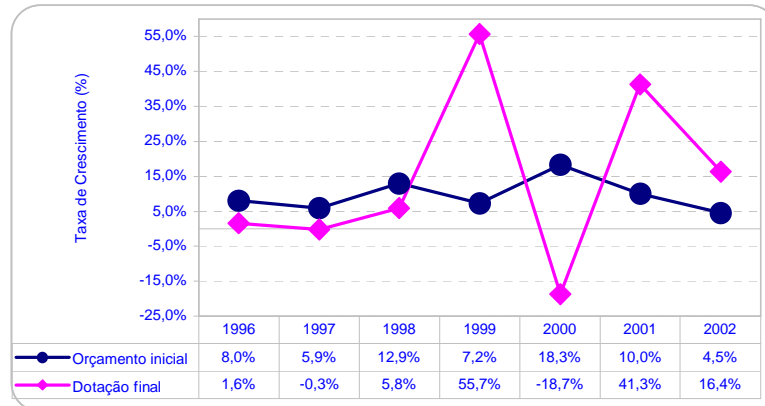
- (a) evolução real dos gastos em saúde;
- (b) despesa *per capita* ao nível regional e local, desagregada pelas principais componentes (medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, etc.);
- (c) peso das transferências para o sector privado, assentes em contas consolidadas que eliminem os fluxos intra-institucionais.

Figura 6 - Evolução do financiamento do Serviço Nacional de Saúde (1)
Valores absolutos (milhões de contos)



Fonte: Relatórios do IGIFS

Figura 7 – Evolução do financiamento do Serviço Nacional de Saúde (2)
Taxas de crescimento anuais



Fonte: Relatórios do IGIFS

Não é possível fazer uma adequada leitura da evolução dos dados de financiamento do SNS devido, sobretudo, à falta de transparência na informação financeira. Qualquer tipo de análise que se pretenda fazer confronta-se com a instabilidade verificada na afectação de recursos e com a flutuação de critérios na sua atribuição.

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

Neste relatório prestamos especial atenção ao “Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde”, apresentado em Dezembro de 2001, e à Resolução do Conselho de Ministros que lhe deu origem.

Medidas para o desenvolvimento do ensino superior na área da saúde.

A Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98, de 4 de Dezembro, apresenta como medidas principais a criação de uma nova unidade de ensino universitário na área da saúde no interior do país (Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior), a criação de um novo curso de licenciatura em medicina na Universidade do Minho, o desenvolvimento das condições de funcionamento dos cursos de licenciatura em medicina e em medicina dentária já existentes, a reorganização da rede de escolas públicas de enfermagem e das tecnologias da saúde, nomeadamente através da passagem para a tutela do Ministério da Educação e criação de novas escolas, o aumento gradual de vagas no ensino superior de saúde e recomendação à mudança do modelo actual de ingresso, o estabelecimento de parcerias entre os Ministérios da Educação e da Saúde no domínio da formação na área da saúde, (nomeadamente ao nível do planeamento estratégico da formação e definição de estruturas curriculares), o estabelecimento de parcerias entre os Ministérios da Educação, da Saúde e da Ciência e Tecnologia no domínio da investigação na área da saúde.

Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde (www.min-edu.pt)

Este documento, apresentado pelo responsável pelo grupo de missão nomeado na sequência da Resolução do Conselho de Ministros acima referida, foi divulgado em Dezembro de 2001 com o objectivo de recolher pareceres das entidades que são parte interessada neste projecto, por forma a que o governo pudesse adoptar um plano estratégico consensualizado.

Neste relatório o método utilizado foi uma abordagem profissão a profissão, e o cálculo de necessidades de formação pré-graduada baseou-se na contabilização de lugares de quadro não preenchidos no SNS e necessidades calculadas para fazer funcionar novos projectos (para o caso de enfermagem), aposentações previstas e média de habitantes por profissional em comparação com a média europeia.

Em relação aos médicos considera-se que há um número de profissionais que não se afasta da média (habitantes por médico) dos países europeus, mas com distribuição regional desequilibrada e má distribuição por especialidades, com preferência pela carreira hospitalar. É feita uma análise da evolução dos *numerus clausus* (Fig. 8) e comenta-se que “se o número de vagas de acesso se tivesse mantido ao nível do praticado em 1979-1980 se teriam formado, até hoje, mais cerca de 7.000 médicos, o que evitaria as dificuldades que se prevêem para os próximos anos”. Concluiu ainda que “É possível aumentar o *numerus clausus* de Medicina, quer devido à existência de pessoal docente qualificado, quer devido à existência de candidatos com boa qualidade.” No entanto, “antes de fixar os valores do crescimento necessário convirá, porém, avaliar melhor as necessidades, uma vez que o número de habitantes por médico está dentro dos valores europeus”.

Quadro XIV – O financiamento do SNS pelo OE (1990-2002)

(Valores em milhões de contos)

	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Orçamento inicial	275	550	594	629	710	761	900	990	1035
Reforços	41	50	56	55	14	89	16	14	202
Dotações extraordinárias									
para regularização de dívidas	-	75	36	-	-	277	-	290	89
Dotações de capital									
para Hospitais tipo EPE	-	-	-	-	-	-	-	-	180
Dotação final	316	675	686	684	724	1127	916	1294	1506
Taxa de crescimento anual (%)			1,6%	-0,3%	5,8%	55,7%	18,7%	41,3%	16,4%
Valores índice base 100=1995			101,6	101,3	107,3	167,0	135,7	191,7	223,1

Fonte: Relatórios anuais do IGIF, Orçamentos do SNS 2001 e 2002 e Orçamento de Estado Rectificativo 2002

Quadro XV – Estrutura da despesa do SNS, 1991 a 2001

(valores em %)

Descrição	1991	1995	1999	2000	2001
Serviços próprios	71.5	69.6	68.5	67.8	68.7
Pessoal	53.5	46.2	44.4	44.8	45.8
Outros	18	23.4	24.1	23	22.9
Transf. Sector privado	28.5	30.4	31.5	32.2	31.3
Medicamentos	17.4	18.0	17.9	18.0	18.4
Convenções	9.9	10.9	12.0	12.4	11.5
Outros	1.2	1.5	1.6	1.8	1.4
TOTAL (milhões de contos)	442.7	681.4	1057.3	1157.7	1250.2

Fonte: Relatórios do IGIF e Orçamentos do SNS

Para uma média europeia de 5,9 enfermeiros por 1.000 habitantes, Portugal apresentava, em 1998, uma média de 3,7. Há também que assinalar o problema da assimetria regional de distribuição e dos “níveis perigosamente baixos de enfermeiros em cuidados de saúde primários”. “A carência crónica de profissionais de enfermagem é referida, pelo conjunto de organizações de saúde, como um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento dos seus projectos.” Iniciativas como os centros de saúde de 3ª geração, cuidados continuados, unidades de apoio a idosos, programas de saúde escolar, acréscimos de apoio a programas de prevenção e tratamento de toxicodependência, representam necessidades acrescidas de enfermeiros. O relatório aponta para a possibilidade de atingir os níveis médios europeus dentro de 8 a 9 anos, se satisfeitas algumas condições enumeradas, nomeadamente a criação de mais escolas e o aumento do *numerus clausus* (Fig. 9).

A área das tecnologias da saúde é uma área complexa a necessitar de melhor caracterização. À existência de um número considerável de pessoas que exercem funções profissionais neste sector sem possuírem habilitações literárias e profissionais compatíveis, da grande diversidade de cursos e da passagem a licenciatura de alguns cursos sem estudos prévios, acresce o pedido de criação de inúmeros cursos nesta área.

Nesta matéria dois aspectos merecem um comentário específico:

a) O grande espaço de tempo que medeia entre a Resolução do Conselho de Ministros (Dezembro de 1998) e a apresentação do Plano estratégico (Dezembro de 2001) - 3 anos!

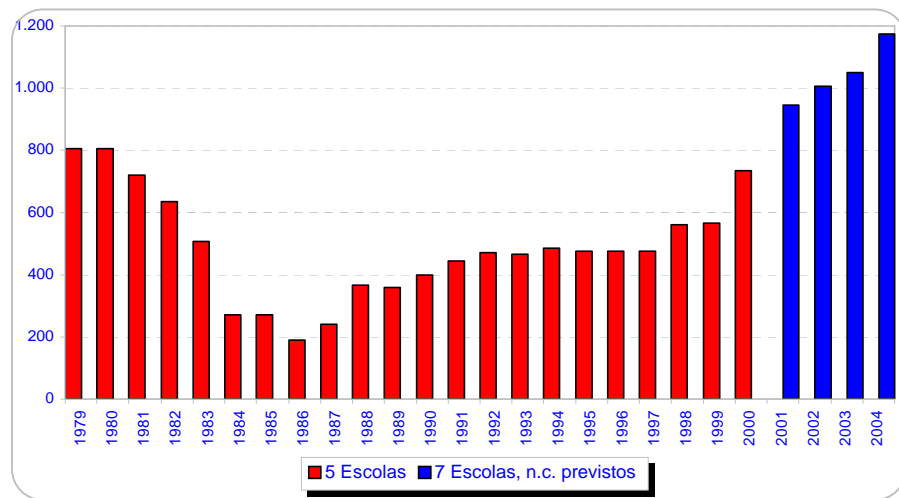
Ao contrário do que foi afirmado na sessão de apresentação, este extraordinário atraso não se deve a “um respiro para resolver questões pendentes” mas a uma prolongada interrupção dos trabalhos resultante da falta de continuidade e coordenação governativa. Esta interrupção afecta também a resolução de importantes questões relacionadas com o ensino da medicina nos hospitais e centros de saúde do SNS e a prevista parceria entre a saúde e a educação no campo da investigação da saúde;

b) A metodologia do planeamento integrado dos recursos de saúde.

O planeamento integrado de recursos humanos na saúde envolve determinar os números, mistura (de profissões ou competências) e distribuição de prestadores de cuidados que serão necessários para colmatar as necessidades da população no futuro. As funções para que são formados os profissionais sofrem evoluções no tempo, assistindo-se à emergência de novas profissões e de diferentes arranjos organizacionais para que os diferentes saberes se articulem na melhor resposta possível, em cada momento, às necessidades individuais e das populações.

Está por definir, como se desenvolverá no futuro, a determinação das necessidades em recursos humanos na saúde (com base em indicadores de utilização actual e capacidades instaladas, em necessidades da população e em resultados de saúde pretendidos), que necessidades de informação para estes cálculos não estão satisfeitas e, como se poderá caminhar para um entendimento na redistribuição de funções entre algumas profissões de saúde.

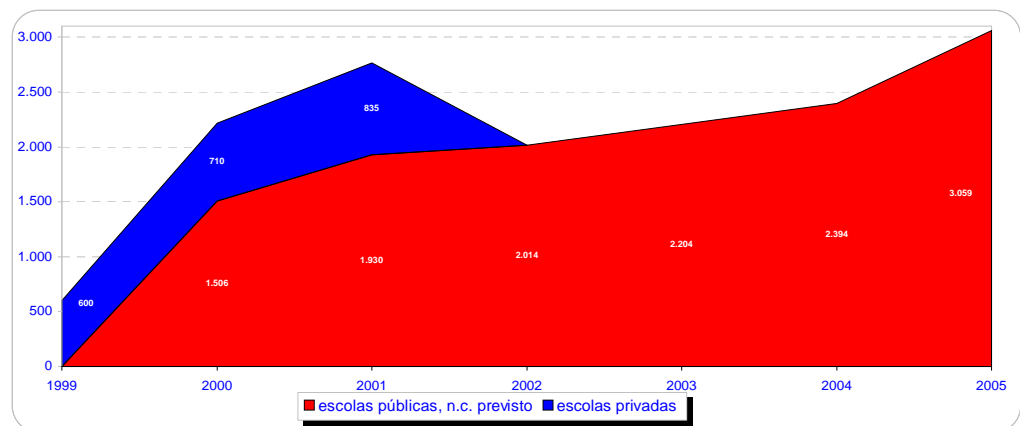
Figura 8 - Evolução do *numerus clausus* de medicina



Fonte: Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde, www.min-saude.pt, (4/12/01, em 22/4/02)

Manifesta falta de implemento de recursos de saúde, no contexto europeu actual acaba por discriminar negativamente os jovens portugueses no acesso às profissões de saúde.

Figura 9 - Evolução do *numerus clausus* de enfermagem
Curso de Licenciatura em Enfermagem



Fonte: Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde, www.min-saude.pt, (4/12/01, em 22/4/02)

MEDICAMENTO

Os gastos totais com medicamentos representam entre 0,7 a 2,2% dos Produtos Internos Brutos (PIB) nos países da OCDE e 8 a 29% dos gastos totais em saúde. Embora relativamente pequenos num contexto e magnitude dos PIB são mesmo assim significativos, nomeadamente porque na maioria dos países, cerca de metade dos seus custos são suportados pelo sector público.

A média da % do PIB em gastos com medicamentos cresceu cerca de 50% desde 1970 na maioria destes países o que significa, em termos reais, que esses custos cresceram, por ano, 1,5% mais que os respectivos PIB.

Espanha, Grécia e Portugal apresentam uma elevada percentagem de despesa pública com medicamentos relativamente ao total de gastos com a saúde, (Fig. 10 e 11), devido, principalmente, ao elevado preço dos medicamentos comparado com o custo de vida local e o significativo peso do co-pagamento público.

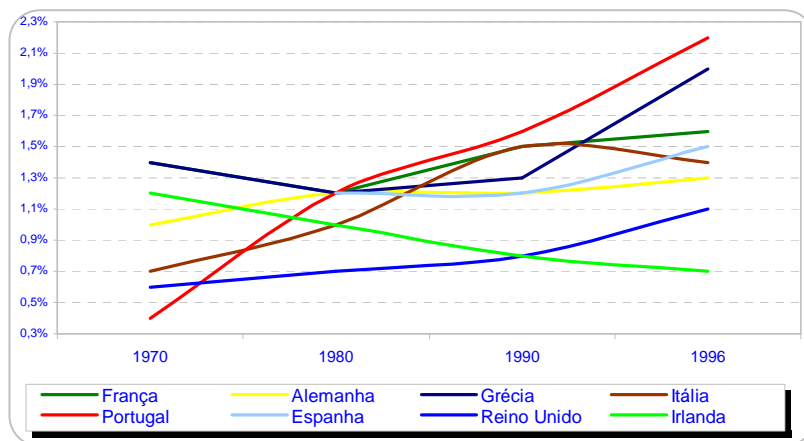
Sendo os medicamentos originários de países com elevados níveis de vida e custos de mão-de-obra, os gastos com medicamentos tendem a constituir uma “*factura mais pesada*” nos sistemas de saúde de países menos desenvolvidos, como são os casos de Portugal e Grécia na União Europeia. Portugal regista, além disso, um crescimento extremamente rápido no período analisado.

O debate público e político sobre a utilização e os gastos com os medicamentos tende a limitar-se à necessidade de introduzir alguns instrumentos de “política do medicamento” (genéricos, preços de referência, prescrição pelo princípio activo). O novo impulso proporcionado recentemente pela introdução dos genéricos tem tido já algum impacto. No entanto esta promoção periódica de um ou outro instrumento de política do medicamento, tem deixado de fora o essencial - saber o que se passa exactamente sobre a utilização de medicamentos e discutir, em termos objectivos, que conjunto de instrumentos podem, num tempo determinado, modificar objectivamente (metas qualificadas) padrões de utilização para valores técnica e internacionalmente recomendados. Só assim é possível identificar o conjunto integrado mais apropriado de instrumentos disponíveis, capaz de alterar a realidade concreta. Actualmente, enquanto os actores principais estabelecem estratégias e metas de desenvolvimento e de venda o Estado, seu principal “cliente”, “perde-se” em considerações genéricas sem analisar o que está a acontecer, sem estabelecer metas concretas, sem aprender com a experiência. O que a seguir se resume, documenta esta afirmação.

No seguimento da análise constante no relatório anterior pretende-se actualizar a informação e aprofundar um pouco mais a vertente das boas práticas na área dos antibióticos/antibacterianos.

Para tal recorreu-se à base de dados relativa à prescrição de medicamentos em ambulatório existente na ARSLVT - até agora a única Região com capacidade para disponibilizar, tratar e analisar a informação, comparando-a com a do Reino Unido (Inglaterra).

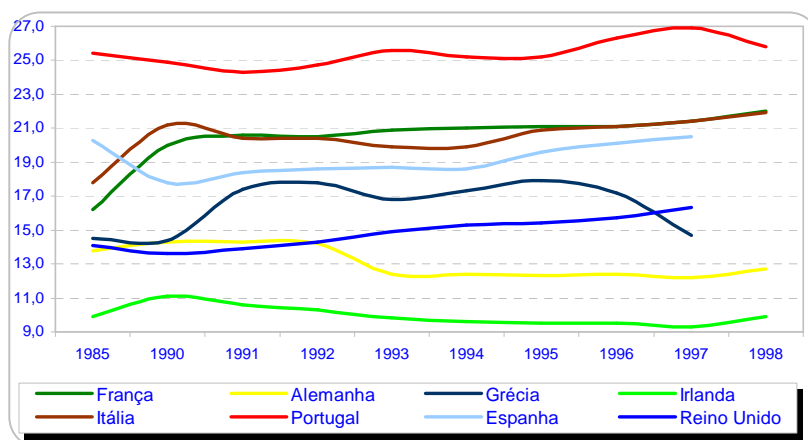
Figura 10- Despesa total em medicamentos (em % do PIB)



Fonte: OCDE Health Data 1998

Em termos de gastos com medicamentos relativamente ao PIB, Portugal situa-se no grupo de países da OCDE com elevada percentagem, juntamente a Grécia, a França e a Espanha.

Figura 11 - Gastos com medicamentos (em % dos gastos totais em saúde)



Fonte: OCDE Health Data 2001

Portugal, Grécia, França e Espanha apresentam uma elevada percentagem de despesa pública com medicamentos relativamente ao total de gastos com a saúde, devido, principalmente, ao relativo alto preço dos medicamentos comparados com o custo de vida local e o significativo peso do co-pagamento público.

Refira-se que a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo representava, no censo de 2001, 35,1% dos residentes no Continente.

A prescrição de cefalosporinas manteve o padrão de 1999 (Fig. 12), com ligeiro “agravamento” (diminuição da proporção das cefalosporinas de 1ª geração e aumento nas de 3ª geração), em sentido inverso ao padrão verificado em Inglaterra.

Na análise anterior, apenas referente a 1999, não se explicitou a prescrição referente ao sub-grupo das quinolonas, mas os dados de 2000 e 2001 confirmaram a desproporção patente na Fig. 13, igualmente indiciadora de prescrição potencialmente lesiva da saúde dos utentes e duplamente punitiva na perspectiva de utentes/contribuintes (pagam mais caro via orçamento do SNS e participam no co-pagamento de 25,8 % do preço de venda ao público deste sub-grupo de medicamentos).

Se a RSLVT adoptasse o padrão de prescrição de antibióticos do SNS inglês ter-se-iam observado reduções de 23,2% em 1999 (de 1,5 milhões de contos), de 24,5% em 2000 e 2001 (cerca de 1,7 milhões de contos), estimando-se para o nosso País (Continente), só neste sub-grupo farmacológico, poupanças de cerca de 4,4, 4,7 e 4,3 milhões de contos, respectivamente, em 1999, 2000 e 2001. Aplicando a mesma metodologia aos custos suportados pelos doentes, as reduções seriam, também para o Continente, 1,9 milhões de contos em 1999, 2,1 milhões de contos em 2000 e 1,4 milhões de contos no ano passado.

Na perspectiva de que os cidadãos pagam indirectamente (através dos Impostos, via SNS) e directamente do “seu bolso”, teriam poupado, a nível do Continente e na terapêutica antibiótica, entre 5 e 7 milhões de contos/ano. Os antibacterianos representaram, em 2001, 6,7% do número total de prescrições e 8,7% do total de gastos públicos com medicamentos naquela Região de Saúde.

Esta panorâmica configura, não só um desperdício considerável dos recursos públicos para a saúde, como uma séria ofensa à saúde dos portugueses.

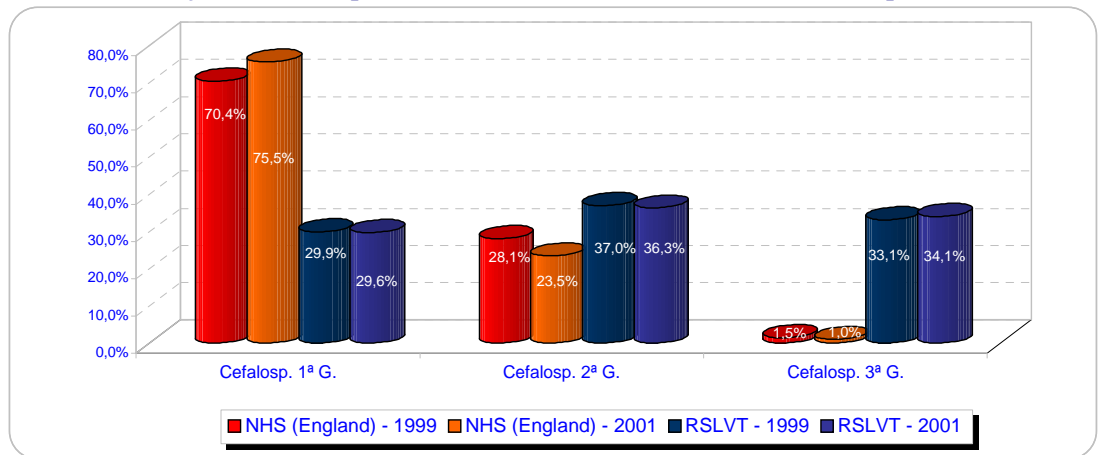
As situações aqui descritas configuram não só um desperdício considerável dos recursos públicos para a saúde, mas também uma séria ofensa à saúde dos portugueses.

ACTORES SOCIAIS

O estudo e enquadramento das agendas dos actores sociais, é de uma importância fundamental para a governação da saúde. É difícil supor que haja governação efectiva se isso não acontecer. Para uma aproximação mais objectiva a esta questão seleccionamos a área do medicamento pelas suas claras implicações para a saúde pública e para o financiamento da saúde, como ficou atrás demonstrado.

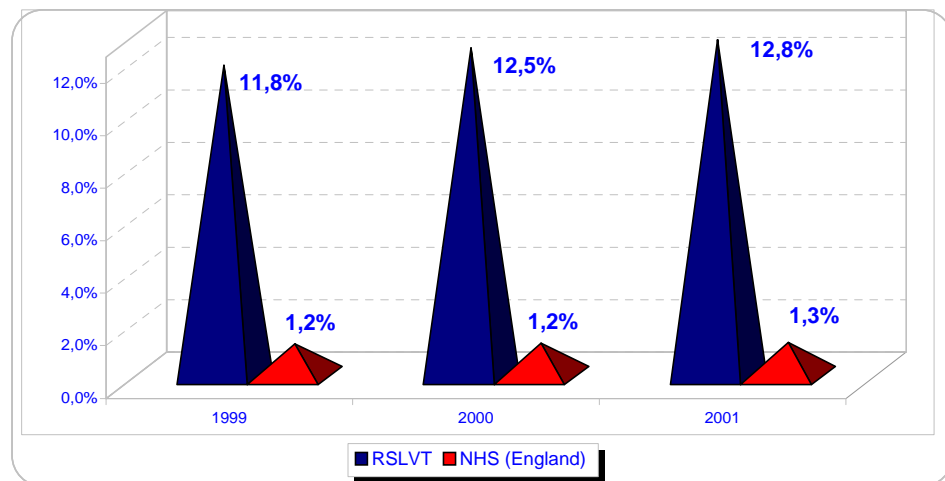
Uma análise, mesmo que sumária, dos sofisticados procedimentos que a indústria farmacêutica usa para promover a adopção de medicamentos (Fig. 14), não permite comparações com o sistema regulador do Estado, no que diz respeito à utilização do medicamento. A mesma assimetria é evidente face à elaborada estratégia empresarial da Associação Nacional de Farmácias (Quadro XVI). Quando os actores sociais mais influentes estudam o Estado e este não faz o mesmo, os resultados não podem ser diferentes do que aquilo que são.

Figura 12 - Prescrição de cefalosporinas no ambulatório (% do total de cefalosporinas)



Fonte: SI - ARSLVT e NHS (England)

Figura 13 - Prescrição de quinolonas no ambulatório (% do total de antibacterianos)



Fonte: SI - ARSLVT e NHS (England)

A prescrição de antibacterianos mantém o padrão de 1999 relativamente às cefalosporinas e, alargando o âmbito da análise ao grupo das quinolonas, confirma-se a contribuição portuguesa para o cada vez mais grave problema de saúde pública das resistências antibacterianas.

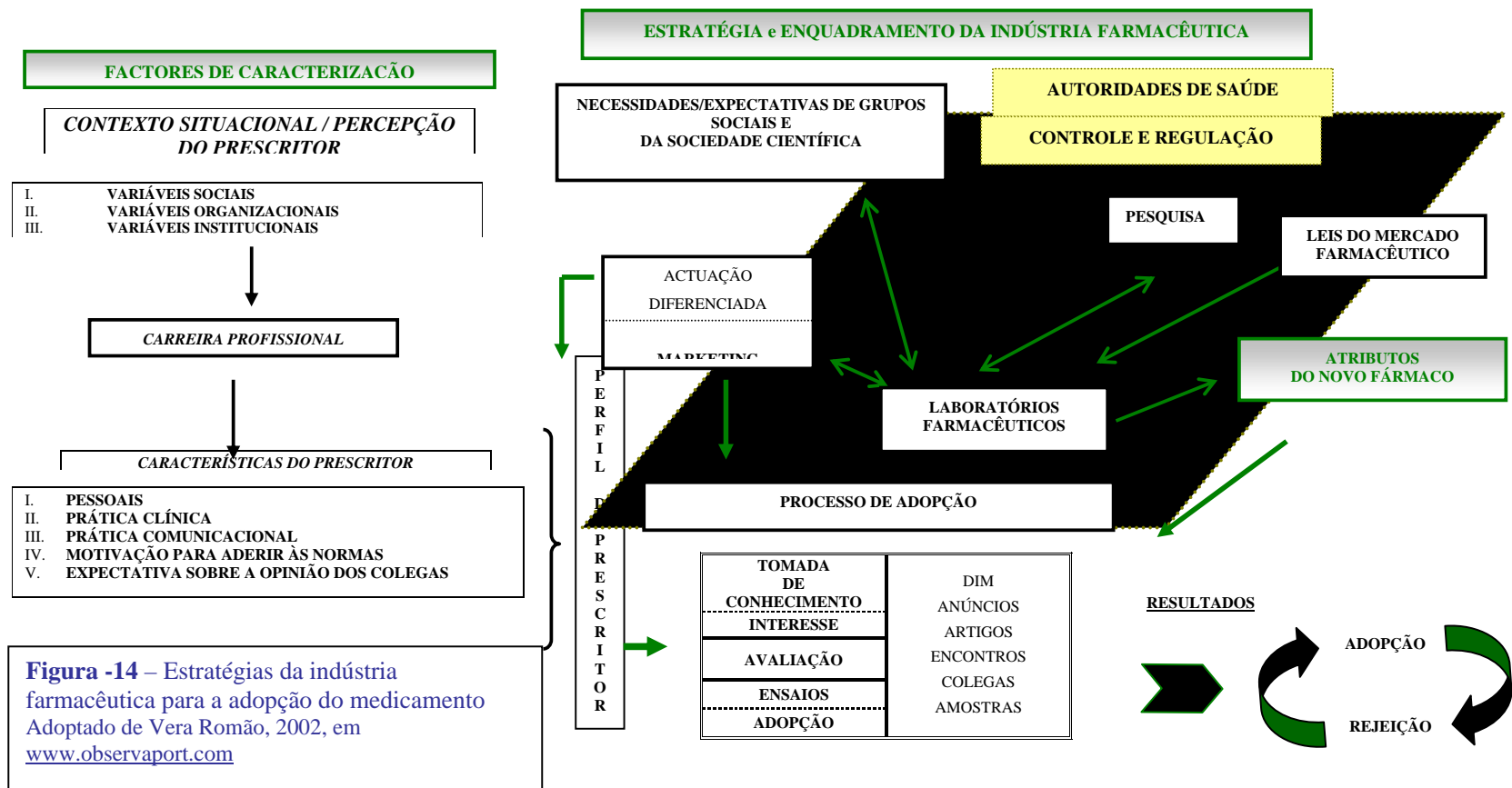


Figura -14 – Estratégias da indústria farmacêutica para a adopção do medicamento
Adoptado de Vera Romão, 2002, em www.observaport.com

Quadro XVI - Associação Nacional de Farmácias (ANF) e a sua estratégia empresarial

Expansão e Qualificação

- Em 1988, através do Acordo para Fornecimento de Medicamentos, passa a ser, em representação dos seus associados, o fornecedor mais importante do Ministério da Saúde.
- A partir da década de 80 a ANF coloca um conjunto de serviços e produtos à disposição dos seus associados, nomeadamente um centro de informações sobre medicamentos (CEDIME), um centro de estudos de farmacoepidemiologia (CEFAR), planos anuais de formação contínua e um programa nacional de informatização das farmácias.
- Cria em 1999, o Centro Tecnológico do Medicamento, que é o departamento técnico-científico que apoia os farmacêuticos no domínio da Tecnologia Farmacêutica, em especial na preparação de medicamentos manipulados.
- O número de farmácias evoluiu de 1.582, em 1965, para 2.565 em 2002, estando em fase final de concurso a instalação de mais 205 farmácias. O Ministério da Saúde não concede, desde 1965, alvarás a IPSS. No mesmo período as IPSS decidiram encerrar 14 farmácias.

Verticalização

- Desenvolve a FARMATRADING (comércio e a distribuição de medicamentos); a FARMINDÚSTRIA (produção de genéricos e outros medicamentos); o Laboratório de Estudos Farmacêuticos (realiza as investigações farmacêuticas).
- A ANF, através da FARMINDÚSTRIA, SA, alarga a sua actividade à prestação de cuidados de saúde. É associada de um grupo empresarial privado que detém a gestão do Hospital Fernando da Fonseca e a propriedade do Hospital da CUF, do Hospital CUF Descobertas e de outros estabelecimentos de saúde.

Posicionamento

- As Farmácias, através da ANF, participam activamente, frequentemente em parceria com o Ministério da Saúde, em programas de promoção de Saúde e de prevenção da doença (ex. diabetes, toxicodependência).
- A ANF intervém activamente no debate das políticas de saúde, nomeadamente, naquilo que diz respeito ao medicamento e à farmácia.
- Em 1999 é criada a Plataforma Mais Diálogo Farmácia/Utentes de Saúde com a participação de membros das associações de doentes, de consumidores e de promotores da saúde, para auscultar as opiniões que permitam às farmácias melhorar a sua prestação.

A estratégia de desenvolvimento empresarial da ANF, a partir do fim da década de 80, faz-se também como resposta aos procedimentos desadequados do Estado em relação às farmácias (atrasos de pagamentos, formas de comunicação burocratizada) e em antecipação a eventuais tendências de verticalização das indústrias farmacêuticas. Através desta estratégia empresarial, a ANF alcançou uma considerável influência sobre o sistema de saúde português, que contrasta com as limitações das políticas públicas e da governação da saúde.

UMA POLÍTICA PARA AS PROFISSÕES

Não existirá, porventura, aspecto mais crítico no sistema de saúde do que as relações entre as profissões e as organizações de saúde. As profissões de saúde utilizam intensivamente o conhecimento. Centram o seu exercício profissional em relações de confiança, têm um estatuto pessoal e social que reflecte a natureza da sua actividade profissional. As organizações de saúde, por outro lado, têm uma missão social, realizam objectivos negociados externamente e gerem substanciais recursos económicos e tecnológicos segundo critérios de racionalidade explícitos, não sendo possível reduzir a lógica das profissões à das organizações, ou vice-versa, é necessário gerir as tensões entre ambas.

O recente debate sobre os directores clínicos (Quadro XVII) é um exemplo da importância desta questão. O director clínico de um hospital ou a enfermeira directora são o garante da qualidade do exercício profissional. Devido às relações de trabalho que o exercício das funções implica é importante que o director clínico ou a enfermeira directora tenham a confiança técnica dos seus pares. Por outro lado, ao pertencerem à gestão de uma instituição pública responsabilizam-se perante a sua tutela. Assim, configura-se aqui uma dupla relação de confiança, que sempre que é possível, constitui uma importante ponte entre a lógica das profissões e a lógica das organizações. Há seguramente várias formas de conseguir um equilíbrio satisfatório. É necessário aperfeiçoar este equilíbrio de relações de confiança através de aproximações sucessivas. Nem as imposições e oscilações das tutelas, nem o deslizamento da noção de confiança técnica para a de “representação” por parte das profissões, têm contribuído para reforçar progressivamente este equilíbrio. E este é muito importante para o desenvolvimento de serviços de saúde de qualidade.

CONHECIMENTO E DECISÃO POLÍTICA

O conhecimento científico tem hoje não só um papel instrumental (favorecendo suporte para os processos de decisão), mas também proporciona legitimação à acção pública. Isto é tanto mais assim quanto mais desenvolvidos científica e tecnologicamente forem as sociedades. Para alguns “o mundo político tornou-se num lugar onde os cartazes ideológicos enfraqueceram, os problemas da actualidade parecem mais complexos e as soluções mais incertas. Neste contexto, a evidência tornou-se um factor mais influente do que o era quando a política se baseava mais fortemente em crenças ideológicas” (Stoker, 1999).

A evidência científica (pela natureza explícita das regras vagas que a produzem), quando serve como referência para as decisões políticas tem também um papel estabilizador, facilitado e fundamentado na decisão, a sua análise e discussão, comunicação, monitorização e avaliação. Há uma aprendizagem a fazer na utilização do conhecimento na decisão política.

Daqui o interesse em analisar os episódios recentes de relevância para a saúde e de grande visibilidade pública, como a questão do “consumo do álcool e a condução de veículos motorizados” e a da “co -incineração e a saúde pública”.

Quadro XVII - Directores clínicos: eleição, nomeação

1977, eleição

- É instituída a figura de director clínico, cuja atribuição é feita através de acto eleitoral
- Não se previu o envolvimento do director clínico na gestão hospitalar

1988, nomeação

- Surge pela primeira vez a nomeação do director clínico, da responsabilidade do Ministro da Saúde
- Alterações atingem também o facto do director clínico passar a ter um papel activo em termos de gestão

1996, nomeação precedida de consulta eleitoral

- O Ministro da Saúde continua a nomear o director clínico, mas fá-lo de entre os dois candidatos mais votados de uma consulta eleitoral regulada
- Continua a ter assento no Conselho de Administração

2002, regresso da nomeação

- O director clínico é nomeado pelo Ministro da Saúde
- Continua a fazer parte do Conselho de Administração

Há que distinguir dois aspectos na questão dos directores clínicos - a sua relação com a Direcção do Hospital (não pertencer, pertencer como membro não-executivo ou pertencer como membro executivo) e a forma como se faz a atribuição do cargo (nomeação sem consulta, nomeação com consulta, eleição). No presente contexto português o “director clínico” constitui uma importante “ponte” entre as culturas das profissões e as culturas das organizações. É importante distinguir entre ter a “confiança dos pares” (desejável) e representá-los (problemático). A questão põe-se da mesma forma para o enfermeiro director.

Álcool

A 1 de Outubro 2001 entrava em vigor em Portugal um novo Código da Estrada, na sequência das correcções ao Decreto-lei n.º 162/2001, publicado no Diário da República a 22 de Maio, equacionando uma diminuição da TAS (taxa de álcool no sangue ou alcoolémia) de 0.5 para 0.2 g/litro, considerada como a medida crucial no combate à sinistralidade rodoviária.

Em 1999 inicia-se o processo político e uma forte pressão social desfavorável à lassitude da acção governativa perante a ausência de uma estratégia para fazer face à sinistralidade rodoviária, que culminou na nomeação da Comissão sobre o Álcool - Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 40/99, de 8 de Maio, e, entre outras:

- O Plano de Acção contra o Alcoolismo (RCM n.º 166/2000, de 2 de Novembro) que propõe medidas de promoção e educação para a saúde, na vertente clínica e de investigação, legislação e fiscalização;
- Decreto que reformula as funções e a missão dos Centros Regionais de Alcoologia e cria a Rede Funcional Alcoológica (Dec. Lei 318/2000, 14 de Dezembro);
- Regulamentação de parte do plano alcoológico (Dec. Lei. 9-2002, 24 de Janeiro).

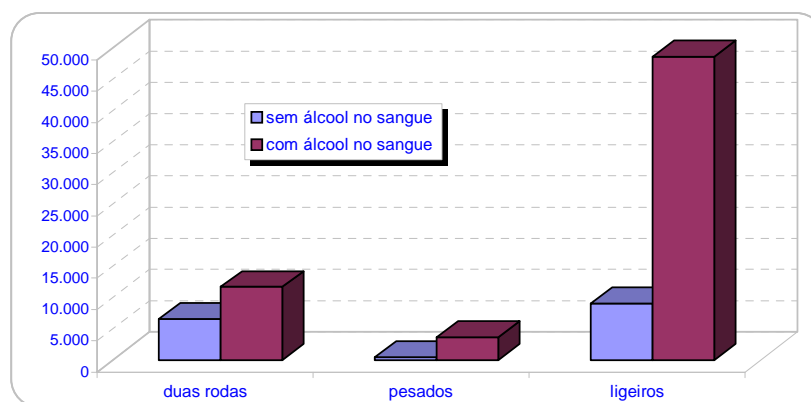
A questão de descida da taxa permitida de alcoolémia nas rodovias, de 0,5 para 0,2 gr./l, proposta para integrar o novo Código de Estrada, pode ser discutida a dois níveis:

- a fiscalização aleatória dos condutores rodoviários em Portugal (comumente conhecida como *operações stop*), mesmo com alcoolémia permitida até 0,5 gr./l é 1/5 da média da realizada na UE;
- embora o álcool, como qualquer psicotrópico, interfira, de modo variável com as pessoas e as condições em que foi ingerido, na perícia de condução e de adaptação, sobretudo face a condições imprevistas, não parece ser o único factor responsável pela elevada e grave sinistralidade rodoviária, quer em Portugal, quer noutros países.

Saliente-se que estes argumentos foram parte dos considerados pelo grupo de trabalho interministerial nomeado para acompanhar a aplicação da regulamentação em uso desde a Portaria conjunta dos Ministérios da Administração Interna, da Saúde e da Justiça n.º 1006/98, de 30 de Novembro, em nota crítica atempadamente enviada à tutela a propósito da nova alteração ao Código da Estrada.

Esse grupo técnico sempre manifestou desacordo reiterado com a descida da taxa de alcoolémia bem como com outra medida que foi efectivamente revogada – a pesquisa de outros psicotrópicos ou equiparados (como tranquilizantes, antidepressivos, antipsicóticos, anti-histamínicos, descongestionantes nasais, antidiarreicos, antitússicos), de rastreio fidedigno impraticável em termos laboratoriais por poderem verificar-se reacções cruzadas positivas, nomeadamente, com substâncias ilícitas utilizadas por toxicodependentes.

Figura 15 – Acidentes rodoviários – taxa de alcoolémia por tipo de veículo



Fonte: Direcção Geral de Viação, 1999

O álcool é um componente “habitual” do sangue dos condutores acidentados em Portugal. “Se conduzir não bebe?”

Quadro XVIII- Condutores acidentados com álcool no sangue - % com diferentes níveis de alcoolémia

	duas rodas	pesados	ligeiros
inferior a 0.5 gr./l	95.0 %	98.8 %	96.6 %
entre 0.5 e 0.8 gr./l	0.5 %	0.3 %	0.6 %
entre 0.8 e 1.2 gr./l	0.8 %	0.3 %	0.8 %
Superior a 1.2 gr./l	3.5 %	0.6 %	2.1 %

Fonte: Direcção Geral de Viação, 1999

Quadro XIX - Anos de vida ajustados à incapacidade (DALY)

Homens		%	Mulheres		%
1	Uso de Álcool	12,7	Depressão Unipolar		19,8
2	Acidentes de tráfego	11,2	Esquizofrenia		5,9
3	Depressão unipolar	7,2	Acidentes de tráfego		4,6
4	Lesões auto-infligidas	5,7	Doença bipolar		4,4
5	Esquizofrenia	4,2	Doença obsessiva compulsiva		3,8
6	Uso de drogas	3,8	Uso de álcool		3,2

Fonte: Adaptado de “The global burden of disease...”, Murray C. and Lopez A. (Eds.). 1996

Nos homens, o álcool é a principal causa de perda de anos com qualidade acentuada de vida.

A 29 de Novembro de 2001, o grupo parlamentar do partido no Governo leva à Comissão de Assuntos Constitucionais a proposta da suspensão, durante 9 meses, da taxa de 0.2 g/l.

Três meses depois desta medida ser tomada, a Assembleia da República suspende a aplicação da mesma com o apoio da base parlamentar de sustentação do Governo, num ambiente de alguma contestação social e económica.

Segundo o Diário de Notícias, de 29 de Novembro esta posição

“foi o assumir da cedência aos “lobbies” dos produtores de vinho, que nos últimos 15 dias têm bombardeado ... o Governo com pressões. Uma onda de tal ordem que envolveu numerosos Presidentes de Câmara ... preocupados com os resultados da taxa de alcoolemia não sobre a sinistralidade, mas sobre as eleições autárquicas”.

Finalmente importa considerar que a lei que saiu do Parlamento previa a criação de uma comissão científica com o objectivo de avaliar qual a taxa de alcoolemia mais adequada.

Com a demissão do 1º Ministro e a dissolução da Assembleia da República, no rescaldo das eleições autárquicas (2001), não foram nomeados os cinco nomes (dois pelo executivo e três pelo Parlamento) para constituir a referida comissão.

Decorre entretanto o período de 10 meses.

Se em Outubro de 2002 nenhum resultado tiver sido apresentado, a taxa de 0.2 g/l passa a vigorar automaticamente. Para este debate os dados apresentadas na Fig. 10, são de algum interesse.

O que emerge da informação recolhida sobre este episódio de governação é que:

- a) o dispositivo de decisão vigente ignorou as recomendações técnicas da Comissão técnica de acompanhamento da nova regulamentação de condução rodoviária sob o efeito de álcool e outros psicotrópicos;
- b) baixou para 0,2 g/l a alcoolemia permitida;
- c) três meses depois, o grupo parlamentar de apoio ao governo, coincidindo com uma forte pressão pública dos interesses económicos associados à venda do álcool, recuou na medida tomada.

CO- INCINERAÇÃO

A questão da co-incineração dos resíduos industriais perigosos (RIP) deu origem, durante os últimos anos, a um processo de decisão que importa analisar.

O OPSS não toma posição em relação às vantagens ou desvantagens da co-incineração dos RIP por esta matéria não estar no seu campo de competências. Limita-se aqui a analisar o processo de decisão nas suas relações com o conhecimento.

Neste contexto interessa apreciar essencialmente as relações da Comissão Científica Independente de Controlo e Fiscalização Ambiental de Co-incineração (CCI) - Lei n.º 149/99 e Decreto-Lei n.º 120/99 - na sua interacção com as decisões políticas relativas à gestão das RIP.

Para o fazer é importante referir antes, sumariamente, as instituições e actores sociais que pelas suas atribuições formais, pelos seus objectivos estatutários, ou pelos seus interesses específicos podem estar relacionadas com este processo de decisão.

Podem assim enumerar-se pelos menos os seguintes:

- a) Sistema político (Governo, Assembleia da República);
- b) Organismos técnico-normativos dos Ministérios do Ambiente e da Saúde.
 - Ao Ministério do Ambiente cabe identificar as alternativas (técnicas, tecnológicas, de localização) possíveis para o tratamento dos RIP;
 - Ao Ministério da Saúde (Direcção Geral da Saúde, autoridades de saúde nacionais, regionais e locais, centros regionais de saúde pública) compete apreciar os riscos para a saúde pública de cada uma das soluções identificadas;
- c) Instituições científicas e comissões científicas com estas relacionadas. Estas têm um papel importante quer na interpretação e comunicação da evidência existente sobre esta matéria, quer na realização de estudos que complementam ou aprofundam o conhecimento existente. Quanto mais claros e adequados forem estes termos de referência mais fácil e útil é o trabalho das comissões científicas;
- d) Organizações não governamentais (ambientalistas e de saúde) com uma opinião própria sobre estas matérias, que suscitam a necessidade de um processo de consulta com regras claras sobre procedimentos e sobre as formas de incorporar ou referir os resultados de consulta no processo de decisão;
- e) Autarquias, organizações e líderes locais, com um importante papel na vinculação dos pontos de vista das populações locais e também na disseminação objectiva da informação procedente de outras instâncias envolvidas no processo.

Neste contexto o posicionamento e a acção da CCI podem ser analisados a três níveis distintos: a inserção da CCI no processo de decisão relativo à gestão dos RIP, o trabalho produzido e o aproveitamento do trabalho realizado.

É relativamente evidente que a organização do processo de decisão relativa à gestão dos RIP foi problemática:

- a) a CCI foi nomeada quando já havia indicações públicas sobre a preferência dos decisores políticos pela co-inceneração (tal como mais recentemente, o envolvimento da comunidade científica é feito face a posições políticas contrárias à co-inceneração);
- b) as atribuições da CCI combinam atribuições de natureza eminentemente científica com competências de fiscalização e controlo que não são habitualmente território de “comissões” mas de administração pública na área ambiental e na da saúde;
- c) o não envolvimento no processo de instituições de saúde pública centrais, regionais e locais que têm atribuições legais inalienáveis nestas matérias.

Nestas circunstâncias é difícil evitar interrogações na opinião pública sobre as razões porque os decisores políticos criam dispositivos específicos que se sobrepõem às competências de organismos instituídos em vez de os complementarem e reforçarem.

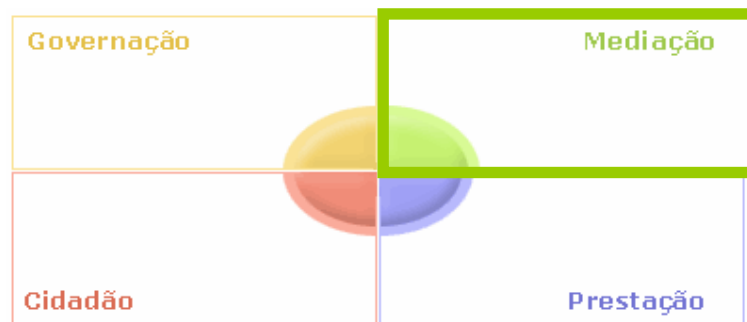
Na recente discussão sobre a inclusão ou não de uma nova vacina contra a meningite, a questão acabou por ser bem analisada para os processos de decisão instituídos:

- i. a Direcção Geral de Saúde (DGS) que gere o Programa Nacional de Vacinação (PNV);
- ii. a comissão técnica do PNV (comissão científica, necessariamente independente por definição) que aprecia a evidência e faz recomendações técnicas;
- iii. a DGS trabalha com a comissão técnica no sentido de assegurar o maior consenso possível sobre esta recomendação na comunidade médica do país e faz propostas concretas ao Ministério da Saúde que decide.

Pode dizer-se que este processo de decisão tem assegurado desde há muito o apoio da comunidade médica nacional ao PNV e é também responsável pelos seus bons resultados, que excedem os de alguns dos países mais desenvolvidos da Europa.

A CCI tem produzido um trabalho sistemático, consistente com as regras que regem este tipo de análise, incorpora o parecer técnico de um grupo de trabalho médico (e outros pontos de vista quando apresentados com a sistematização indispensável para o efeito), tem divulgado o seu trabalho em relatórios relativamente exaustivos, mantém uma página na Internet (www.inceneracao.online.pt) bem organizada, informativa e actualizada.

O menor respeito pelo trabalho técnico desta natureza, não pode deixar de ser motivo de preocupação para a comunidade científica do país. Não é de somenos importância, o imperativo, que a sociedade em geral e o poder político em particular devem assumir, de protecção do bom nome e da dignidade profissional dos que, muitas vezes em condições difíceis e com meios limitados, prestam importantes serviços ao país.



PARTE IV – MEDIAÇÃO

LÓGICA DA MEDIAÇÃO

CONTRATUALIZAÇÃO

GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO

SISTEMA DE QUALIDADE

LÓGICA DA MEDIAÇÃO

A partir de um certo momento, na história do desenvolvimento dos sistemas de saúde (séc. XIX) o Estado instituiu mecanismos específicos para garantir o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Ao fazê-lo, contribuiu para institucionalizar pelo menos três relações de “agência” ou “representação”:

1. O Estado, ele próprio, que define políticas de saúde e assegura directamente ou indirectamente o financiamento e a regulação do Sistema de Saúde.
2. O “terceiro pagador” (ou agência de contratualização), que assegura que o sistema prestador utilize os recursos públicos postos à sua disposição de acordo com as necessidades e preferências do cidadão contribuinte.
3. O prestador de saúde (médico assistente), que orienta e encaminha o doente no acesso à informação e ao conhecimentos sobre saúde e utilização dos serviços de saúde.

Para este relatório seleccionaram-se três aspectos que têm um relevo muito particular nos sistemas de saúde da actualidade e são relevantes no contexto português: a contratualização, a gestão da informação e do conhecimento e o sistema de qualidade.

CONTRATUALIZAÇÃO

O processo de contratualização iniciado em 1996, através da criação da primeira agência de contratualização e continuado ao longo de 1997 e 1998, com a criação das restantes (uma em cada região), foi sendo 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).

O Despacho 6/99, que criou o Conselho Nacional das Agências, veio regulamentar as Agências de Contratualização, definindo o seu desenvolvimento e enquadramento, mas entretanto verificou-se uma desaceleração do processo de contratualização devido à mudança da equipa governamental e este normativo nunca foi posto em prática.

A partir de 2000 as Agências continuaram a funcionar como até aí, mas com poucas orientações ou interesse aparente na sua existência – este facto em nada facilitou a sua afirmação junto dos prestadores. Isto apesar de se tratar de um ano em que uma das preocupações principais do Ministério eram a contenção da despesa e em que se poderiam ter usado as Agências e através delas introduzir maior rigor e controlo no sistema (Quadro XX).

A dinamização e o desenvolvimento do sistema de informação permitiu encetar, a partir de 1998, uma análise rigorosa dos dados dos orçamentos-programa e apoiar o processo de negociações e discussões, atendendo à diversidade de adaptações no terreno de uma política nacional. No entanto, em 2001, foi dado por terminado o contrato que servia de apoio ao sistema de informação, daqui resultando atrasos significativos nos trabalhos de negociação e monitorização dos orçamentos programa. Este facto veio ainda dificultar mais a sua afirmação junto dos prestadores e naturalmente descredibilizar as Agências no sistema, embora tenham voltado a ser citadas, nomeadamente no interesse expresso pela tutela na contratualização com hospitais.

Quadro XX – Evolução do processo de contratualização em Portugal

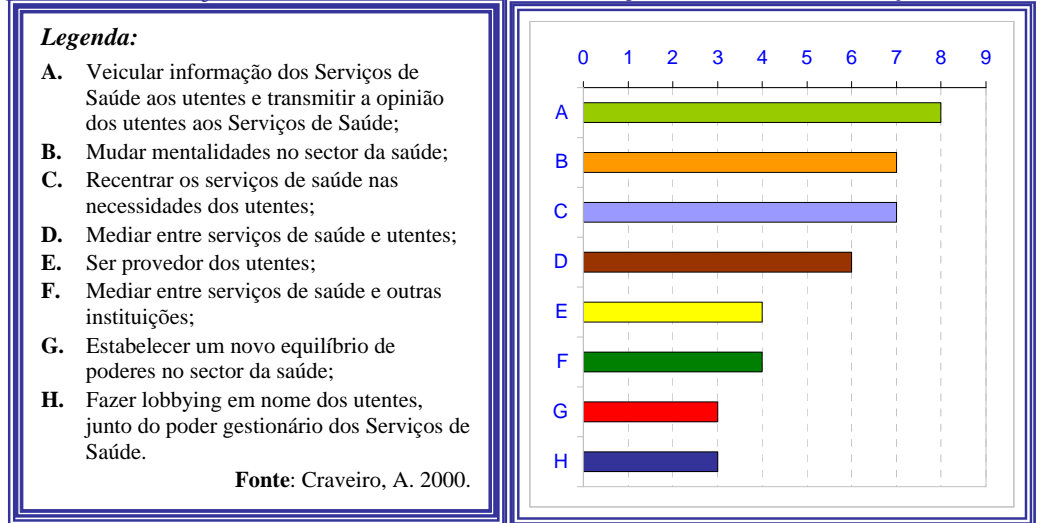
	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Organização	Criação da Agência de Lisboa	Despacho ⁽¹⁾ que institui as Agências Criação das Agências do Centro e do Alentejo	Criação das Agência do Norte e do Algarve			
Qualificação		Seminário Internacional de Contratualização	Seminário Nacional das Agências			
Informação			Sistema de informação para Contratualizar ⁽²⁾			
Coordenação			Secretariado Técnico das Agências	Conselho Nacional das Agências ⁽³⁾		
	1996	1997	1998	1999	2000	2001

⁽¹⁾ Despacho Normativo n.º 46/97, de 11 de Julho de 1997; ⁽²⁾ Deslocado das agências e centralizado;

⁽³⁾ Despacho 6/99 – descontinuado

O desperdício de um investimento público importante.

Quadro XXI – Objectivos das CAESS (Comissões de Acompanhamento Externo de Serviços de Saúde)



Segundo a opinião das pessoas envolvidas nas CAESS o principal objectivo destas comissões era o de veicular informação dos serviços de saúde aos utentes e transmitir a opinião dos utentes aos Serviços de Saúde.

Em 2002, as cinco Agências mantêm-se em funções, contratualizando com hospitais e algumas com centros de saúde, mas o processo continua marginal em relação às decisões da administração de saúde.

A função “agência” tem a ver com a representação dos interesses e preferências do cidadão-contribuinte. A criação das CAESS (Quadro XXI) foi um primeiro passo para assegurar uma representação do cidadão, pois a sua constituição foi acordada com o poder autárquico e com organizações do consumidor. O desinteresse por esta dimensão da contratualização contribuiu igualmente para o seu progressivo esvaziamento.

Um estudo, em curso, sobre as condições de implementação da contratualização em Portugal, sugere que, quer os profissionais directamente envolvidos no processo da contratualização, 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. Concluem, igualmente, que o processo de contratualização tem ainda um longo caminho a percorrer e, que foi prejudicado pela fraca determinação política na sua implementação.

GESTÃO DA INFORMAÇÃO E DO CONHECIMENTO

A informação e o conhecimento não são mais considerados como recursos para serem utilizados e geridos indiscriminadamente. Passaram a ser vistos simultaneamente como princípios estruturantes (*knowledge organizations*) e como instrumento de influência (*steering through information and knowledge*). Entende-se por “gestão da informação e do conhecimento”, o conjunto de processos que cria, dissemina e utiliza o conhecimento, permitindo a realização dos objectivos da organização. Uma efectiva Gestão da Informação e do Conhecimento não se consegue sem mudanças profundas a nível comportamental, cultural e organizacional. Os serviços de saúde, não deixando de ser prestadores de cuidados, são cada vez mais, organizações de conhecimento.

Nas sociedades mais desenvolvidas os sistemas de saúde tendem a “centrar-se” cada vez mais no cidadão. Não tanto por concessão das organizações de saúde, mas porque as pessoas começam a entender que são da sua responsabilidade as decisões mais importantes sobre a própria saúde. ***A reforma da saúde em Portugal necessita de posicionar o cidadão no centro do sistema***, sendo que para tal a informação e o conhecimento têm um papel crítico (OCDE, 2001).

Uma das primeiras medidas, na área da informação e comunicação entre cidadãos e serviços de saúde, foi a criação das chamadas “Linhas Azuis”, através das *Medidas de modernização administrativa do Decreto-lei n.º 135/99, de 22 de Abril*, mas que, até hoje, não resultaram em pleno, pelas dificuldades que os serviços de saúde parecem ter em gerir estas linhas.

Quadro XXII - Principais Call Centres relacionados com a saúde em Portugal

CALL CENTRES DE EMERGÊNCIA			
N.º	NOME DA LINHA	TELEFONE	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL
1.	“Número Nacional de Socorro”	112	“Centro de Orientação de Doentes Urgentes” - INEM
2.	“Intoxicações”	808 250143	“Centro de Informação Anti-venenos” - INEM
CALL CENTRES DE ACONSELHAMENTO			
N.º	NOME DA LINHA	TELEFONE	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL
1.	“Saúde24”	808 242400	Direcção Geral de Saúde / CPSS
2.	“Linha Gripe”	808 211311	Direcção Geral de Saúde
3.	“Linha Médis”	21 8458888	Médis – CPSS
CALL CENTRES DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE APOIO			
N.º	NOME DA LINHA	TELEFONE	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL
1.	“Linhas Azuis” do SNS	Vários	Hospitais e Centros de Saúde - SNS
2.	“FARMA 24”	808 262728	Associação Nacional de Farmácias
3.	“Serviço de Informação Sobre Medicamentos e Gravidez”	800 202 844 / 239 481 234	DGS / Novartis / Centro Hospitalar de Coimbra
4.	“Serviço TeleAlarme”	Terminais individuais	Min. da Saúde / Min. do Trabalho e da Solidariedade / Cruz Vermelha Portuguesa / Portugal Telecom
5.	“Plano XL”	808 220115	Fundação Portuguesa de Cardiologia
CALL CENTRES DE AJUDA			
N.º	NOME DA LINHA	TELEFONE	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL
1.	“Linha Vida – SOS Drogas”	1414	Instituto Português da Droga e da Toxicod dependência
2.	“Alcoólicos Anónimos”	21 7162969	Alcoólicos Anónimos
3.	“Narcóticos Anónimos”	800 202013	Narcóticos Anónimos
4.	“Linha SIDA”	800 266666	Fundação N. Sr.ª do Bom Sucesso / Com. Nac. Luta c/ Sida
5.	“SOS SIDA”	800 201040	Liga Portuguesa contra a SIDA..
6.	“Sexualidade em Linha”	800 222 002	Ass. p/ Planeamento da Família / Inst. Port. da Juventude
7.	“SOS Grávida”	808 201139	Ajuda de Mãe – Associação de Solidariedade Social
8.	“SOS Amamentação”	21.396 56 50	UNICEF / Comissão Iniciativa dos Hospitais Amigos dos Bebés / Ajuda de Mãe / Assoc. Pró-Aleitamento Materno
9.	“SOS Dificuldades Sexuais”	808 206206	Ass. Port. de Sexologia / Ass. de Andrologia / Lab. Pfizer
CALL CENTRES DE AJUDA SOCIAL			
N.º	NOME DA LINHA	TELEFONE	INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL
1.	“Emergência Social”	144	Ministério do Trabalho e da Solidariedade
2.	“SOS Criança”	21 7931617	Instituto de Apoio à Criança
3.	“Recados de Criança”	800 20 66 56	Provedoria da Justiça
4.	“Linha de Apoio à Vítima”	707 20 00 77 / 21 888 47 32	APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
5.	“Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica”	800 202148	Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres
6.	“Linha do Cidadão Idoso”	800 203531	Provedoria da Justiça
7.	“SOS Voz Amiga”	21 3544545	Liga Portuguesa de Higiene Mental
8.	“SOS Telefone Amigo”	239 721010	Liga Portuguesa de Higiene Mental

Fonte: Filho, H. 2002.

Os call centres na área da saúde são um serviço emergente, estando em desenvolvimento rápido, e em semelhança das hot-lines (linhas de emergência), help-lines (linhas de ajuda), entre outras. Em Portugal, não existe ainda uma definição clara “das regras do jogo” nesta área.

Em 2000, foi lançado, pelo Conselho Europeu de Lisboa, um plano de acção para a iniciativa *e-Europe 2002 - Uma Sociedade da Informação para Todos*, onde se inclui, entre outras, a área da Saúde *on-line (e-Health)*, como uma das prioridades a serem desenvolvidas até 2002 pela Comissão Europeia, Estados-Membros e sector privado. Destacam-se quatro directrizes para a saúde: (a) garantir que os prestadores de cuidados de saúde primários e secundários tenham infra-estruturas telemáticas, incluindo redes regionais; (b) identificar e difundir as melhores práticas na saúde *on line* na Europa e estabelecer os critérios de avaliação do desempenho; (c) estabelecer um conjunto de critérios de qualidade para os *Websites* relacionados com a saúde e, (d) criar redes de tecnologias e avaliação de dados no domínio da saúde.

Neste contexto, o Governo português implementou uma série de medidas específicas, através da *Resolução do Conselho de Ministros n.º 110/2000 de 27 Julho - Para uma sociedade do conhecimento e da informação; Portugal digital; Iniciativa Internet*, como formas de ultrapassar o atraso na área da utilização de tecnologias de informação e comunicação na administração pública (*e-Government*), visando a melhoria dos serviços, do atendimento e da relação com o cidadão.

Estas incluem o portal de informação ao cidadão - Infocid (www.infocid.pt) - e as Lojas do Cidadão. Estas últimas merecem destaque pela informação relativa aos serviços administrativos na área da saúde, disponibilizada nas suas Lojas e no seu Portal (www.lojadocidadao.pt), nomeadamente no que se refere ao SNS.

Na sociedade portuguesa, apesar das novas tecnologias de informação e comunicação estarem em rápido desenvolvimento, os *call centres* ainda não são o elo de comunicação privilegiado para a grande maioria da população, mas há, neste domínio, inúmeras iniciativas em curso (Quadro XXII).

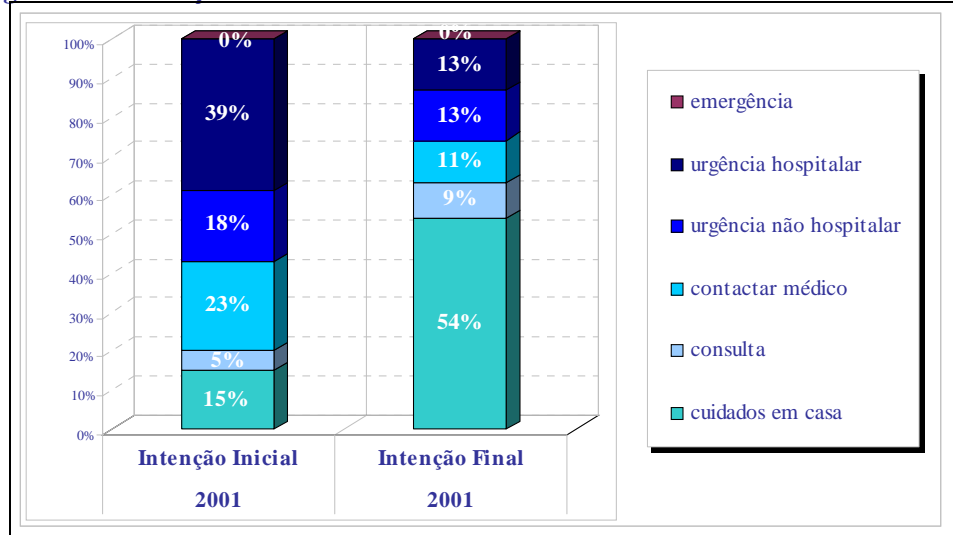
É de destacar a implementação do *call centre* “Saúde 24” - voltado para os cuidados à criança – contratado com uma organização de saúde privada e que responde às sub-regiões de Lisboa, Santarém, Setúbal, Coimbra e Faro. Após alguns anos de experiência e avaliação (Fig. 15), foi anunciado o seu alargamento para todo o território nacional em 2002.

Outra experiência recente do Ministério da Saúde foi o *contact centre* da “Linha Gripe”, criado para atender e assistir às situações de gripe, principalmente durante o período do ano com maior incidência desta doença. Assim, desde 4 de Janeiro de 2002, encontra-se à disposição do público um Web Site (www.linhagripe.net). Simultaneamente, de 25 de Janeiro até o final de Fevereiro, esteve em funcionamento a “Linha Gripe” (808 211 311), cujo atendimento era feito por enfermeiras do SNS, que prestavam informação, orientação e aconselhamento sobre os procedimentos e pontos de atendimento, em caso de necessidade (Fig. 16).

Em alguns países europeus, no decurso dos últimos anos, tiveram lugar iniciativas similares, “centros de comunicação” para o cidadão (*contact centres*), que combinam a informação disponível através de linhas telefónicas (*call centres*) com os conteúdos de portais na Internet.

Em Portugal, já há algum trabalho preparatório nessa direcção. O desenvolvimento destes instrumentos é hoje essencial para a gestão da saúde (Fig. 17).

Figura 16 - Interacção “inicial” e “final” dos utentes do Call Centre Pediátrico “Saúde 24”



Fonte: Saúde 24

O call centre “Saúde 24” gere a procura, faz a triagem e o encaminhamento adequado dos casos, visando reduzir a utilização desnecessária de serviços de saúde pediátricos. A utilidade e satisfação global em relação ao serviço foi reconhecida pelos seus utentes como extremamente alta, 98% e 95% respectivamente.

Figura 17 - Site da Gripe (www.linhagripe.net) e o Call Centre “Linha Gripe”



Em 2002, no período de 4/01 a 28/02, o número de visitas ao Site da Gripe ultrapassou as 9.000, com mais de 284.900 toques.

Dos aspectos que influenciam directamente a prestação de cuidados de saúde, destacam-se o conhecimento biomédico e o que respeita aos processos de cuidados. Ambos requerem cada vez mais informação actualizada e cientificamente validada. As plataformas interactivas que facilitam as relações institucionais com o exterior, a gestão de doenças e dos processos dos doentes e os processos de aprendizagem (*e-learning*), entre outras, servem para melhorar os serviços prestados e para apoiarem a aprendizagem ao longo da vida profissional.

Além disso, existe uma área específica da gestão da informação e conhecimento em expansão (*Client Relationship Management*), que tem como objectivo organizar toda a informação que diz respeito a um “cliente”, de forma a poder servi-lo de acordo com as suas especificidades. No mundo pluralista dos nossos dias já não é possível organizar a informação da saúde segundo um modelo piramidal de comando único. Em vez disso, os países mais desenvolvidos nessa matéria (como por exemplo o Reino Unido, a Finlândia e o Canadá) adoptaram já uma abordagem de “governo da informação”. O “governo da informação” na saúde já não é um conceito que possa ser ignorado.

SISTEMA DE QUALIDADE

A qualidade na saúde terá sido a área em que foram mais evidentes os benefícios da existência de uma estratégia e da continuidade na execução de uma política para o sector.

Duas ordens de factores assumem especial relevância e ajudam a explicar este facto:

- A liderança tranquila mas tecnicamente consistente e efectiva do Instituto da Qualidade na Saúde (IQS). Criado em 1999, tem cumprido cabalmente a sua missão e é hoje a referência do sub-sistema da qualidade na saúde;
- O III QCA no Programa Operacional de Saúde (POS), que pela primeira vez tem uma importante dotação financeira (3 500 000 euros) para uma política de promoção da qualidade na saúde, consubstanciada na Medida 2.3 – Melhoria e Certificação da Qualidade.

Os aspectos mais salientes são:

- O Programa Nacional de **Acreditação de Hospitais** com base na metodologia do KFHQS (*King's Fund Health Quality Service*), tem vindo a desenvolver-se sustentadamente. Prevê-se que dentro de dois anos, aproximadamente, o IQS estará em condições de garantir autonomamente o Programa Nacional de Acreditação, com técnicas e metodologia próprias;
- Do primeiro grupo de hospitais que aderiram ao programa de Acreditação, o Hospital Fernando da Fonseca obteve (*Provisional Accreditation*) em Novembro de 2002 e a “*Full Accreditation*” em 6 de Março do corrente ano, enquanto que os Hospitais Dr. José Maria Grande e Pedro Hispano, obtiveram a (*Provisional Accreditation*), em Janeiro e Março de 2002, respectivamente.

Actualmente estão envolvidos no processo de acreditação 16 hospitais.

Entretanto, em Abril deste ano foram entregues os diplomas aos primeiros 35 auditores portugueses que irão actuar no âmbito deste Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, em simultâneo com a apresentação do Regulamento do Auditor.

Figura 18 - Gestão da informação e do conhecimento em saúde

Com o “Saúde 24 e a “Linha Gripe”, além de outras experiências de call centres na saúde, deram-se passos importantes para o estabelecimento de um **centro de comunicação de saúde para o cidadão** (“contact centre”) à semelhança do que existe em outros países europeus.



Legendas:

- **e-Business (e-commerce; e-government; e-learning; e-health;...)** - Conceito abrangente envolvendo todas as operações (produção, recepção, formação, informação, comercialização, etc.) de uma determinada área ou actividade, através de meios digitais (Internet, Extranet, Intranet, meios de pagamento electrónicos, etc.). Engloba diversas áreas de negócio tecnicamente compartimentadas, mas comumente integradas na instituição e que estabelecem a relação de negócio em e-business entre esta e: os seus parceiros, unidades e fornecedores - **B2B (business to business)** ; os seus empregados e colaboradores - **B2E (business to employee)** e os seus clientes ou o público - **B2C (business to client)**.
- **B.I. (Business Intelligence)** - Conjunto de técnicas e ferramentas para extrair informações relevantes ao suporte à decisão, a partir do conjunto de dados obtidos das operações da instituição na sua área de actuação, estabelecendo padrões de comportamento e antecipando tendências dos clientes e serviços.
- **C.R.M. (Client Relationship Management)** – Este dispositivo procura manter ou conquistar clientes ou potenciais clientes, explorando oportunidades individualizadas, diferenciando e personalizando o atendimento de acordo com as necessidades do cliente. Tenta antecipar-se às reivindicações dos clientes, captando, armazenando, analisando e utilizando informações sobre todos os aspectos das interações de um cliente com a instituição.

No âmbito do **MoniQuor** (Projecto de Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde), e na sequência da avaliação cruzada de 1999/00, a Ministra da Saúde atribuiu, em Janeiro de 2001, um prémio de 150 mil contos para os seis centros de saúde que obtiveram mais de 80% de cumprimento dos critérios avaliados.

Esta metodologia irá ser aplicada aos Centros de Atendimento aos Toxicodependentes (CAT) do Continente, assim como às unidades de saúde da Região Autónoma da Madeira.

Através de um protocolo assinado entre a Secretaria de Estado Regional de Assuntos Sociais e o IQS, os Centros de Saúde irão utilizar o MoniQuor, enquanto que o Hospital da Madeira será acreditado pelo KFHQS.

No plano internacional, o programa MoniQuor foi candidato ao prémio para o Melhor Projecto a nível europeu na área da Melhoria da Qualidade.

Ainda no contexto organizacional e na área da **Melhoria do Atendimento**, 24 unidades de saúde desenvolveram um “Manual da Qualidade no Atendimento e Encaminhamento dos Utentes”, 20 das quais já foram auditadas externamente, tendo recebido as declarações de conformidade.

Mais 50 novos serviços de 24 instituições estão já envolvidos na execução deste projecto.

Noutra esfera de actuação, o **QualiGest**, baseado no modelo de excelência da EFQM (*European Foundation for Quality Management*) teve uma primeira experiência de aplicação em Dezembro de 1999 em todos os centros de saúde da Sub-Região de Saúde de Aveiro).

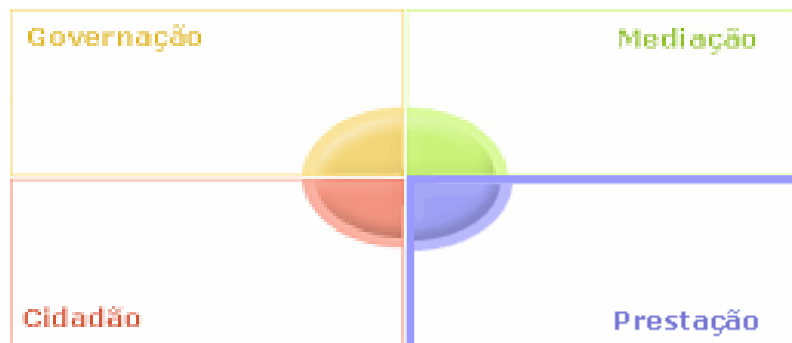
A parceria do IQS com a APQ (Associação Portuguesa para a Qualidade), permitiu a realização de dois cursos em 2000/01, ministrados pela APQ e, após um interregno de cerca de um ano, prevê-se o seu relançamento no corrente ano com revisão global da grelha inicial utilizada.

Esta metodologia de avaliação da qualidade da gestão irá ser utilizada nos Centros de Saúde com personalidade jurídica.

Merece destaque, no âmbito do **Projecto de Avaliação do Desempenho** (PQIP) que engloba 7 hospitais portugueses coordenados pelo Hospital de S. Sebastião, da Feira, a Conferência de Vahe Kazandjian (presidente do CPS e responsável internacional do PQIP), proferida no Auditório da Fundação Calouste Gulbenkian, em Fevereiro de 2001. Este projecto utiliza os indicadores de Maryland (*Center for Performance Science – CPS*),

Na área **Editorial** surgiram alguns factos novos: (i) desde Junho de 2000 que o IQS edita a revista “Qualidade em Saúde”, com uma periodicidade trimestral; (ii) em Abril de 2001 foi publicado o Manual de Normas de Orientação Clínica, da autoria de António Vaz Carneiro e, (iii) em Janeiro 2002 foi concluída a 1ª Norma de Orientação Clínica produzida pelo IQS, intitulada “Tratamento do Uso e Dependência do Tabaco”, da autoria de Isabel Soares e António Vaz Carneiro. Todas estas publicações se encontram disponíveis na página na Internet do IQS (www.iqs.pt).

O IQS presta um papel relevante no apoio ao desenvolvimento da qualidade no sistema de saúde. Mas, sem um sistema de qualidade estreitamente articulado com a regulação e a gestão da saúde muito deste esforço não terá o impacto desejável.



PARTE V – PRESTAÇÃO

SISTEMA PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE

RECUPERAÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

HOSPITAIS

CENTROS DE SAÚDE

CUIDADOS CONTINUADOS

CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA

REDES DE REFERENCIAÇÃO

DIÁLISE RENAL

TRACERS : TUBERCULOSE PULMUNONAR, DIABETES MELLITUS

SISTEMA PRESTADOR DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os sistemas prestadores de cuidados de saúde têm evoluído no sentido de uma complexidade crescente (Quadro XXIII). Isto acontece principalmente pelas seguintes razões:

- Maior exigência da parte do cidadão e uma mais forte inclinação para procurar satisfazer as suas conveniências específicas: o lema da sociedade do acesso - *my time, my place, my way* - novas opções e inovações nos serviços e procedimentos proporcionados pelas novas tecnologias biomédica, de informação e comunicação.
- Novas formas de prestação diversificação diferenciação organizacional e de gestão (sentido de experimentação), procurando melhor adaptação às circunstâncias locais e melhor equilíbrio entre a responsabilização por um bom desempenho e um grau aceitável de autonomia profissional e de gestão.

Apesar disso, pode dizer-se que os sistemas prestadores de cuidados de saúde tendem a diferenciar-se em dois pólos distintos pela própria natureza dos cuidados de saúde em causa:

- Cuidados de saúde de proximidade, de tipo mais relacional, onde a continuidade e a integração de cuidados têm uma importância muito particular;
- Serviços de saúde de referência, de tipo ocasional, baseados em intervenções tecnológicas mais normalizadas e descontínuas.

Estas duas modalidades de cuidados de saúde obedecem a lógicas distintas, mas são interdependentes. A diluição dos seus traços mais característicos em estereótipos sem diferenciação conduz à “macdonaldização” ou à “burocratização” da saúde.

Neste relatório, referem-se alguns aspectos do sistema prestador dos cuidados de saúde particularmente relevantes no contexto actual:

- O acesso aos cuidados de saúde é particularmente relevante em Portugal. Os diversos tipos de esperas são os sintomas de uma resposta insuficiente. É necessário tratar os sintomas, mas também, em simultâneo, as causas da “doença.”
- Há bons serviços de saúde em Portugal (Quadro XXIV). A “reforma da saúde” faz-se a partir dos bons exemplos. Para isso é necessário conhecê-los e apoiá-los. Para isso é necessário ensaiar e implementar novas formas de regulação, organização e gestão.
- Diferentes opções para a organização e gestão das unidades prestadoras do SNS têm estado na ordem do dia. O OPSS procura contribuir para a análise, discussão e acompanhamento das diferentes alternativas possíveis através de um exercício de análise de cenários sobre a futura configuração do sistema prestador. Esta análise conhecerá uma segunda versão no decorrer do corrente ano.
- Pela sua importância na actualidade, este relatório dá também relevo à situação dos cuidados continuados, ao desenvolvimento dos centros regionais de saúde pública, ao tratamento da insuficiência renal, à tuberculose pulmonar e à diabetes mellitus.

Quadro XXIII - Cuidados de saúde num contexto de pluri-prestação

PESO RELATIVO ACTUAL NO SISTEMA DE SAÚDE	A	B	C	D	E
Hospitais	⊙				
Urgência e emergência	⊙				
Centros de saúde (SNS)	⊙				
Médicos e grupos convencionados (SNS)					⊙
Consultórios e clínicas privadas			⊙		
Clínicas “walk-in”					⊙
Centros e laboratórios de diagnóstico		⊙			
Farmácias	⊙				
Centros de tratamento			⊙		
Redes geridas – “subsistemas” e outros			⊙		
Cuidados continuados (internamento e ambulatório)				⊙	
Call Centers				⊙	
Portais WWW					⊙
Contact Centers					⊙

Discrimina-se a combinação de prestadores de cuidados de saúde num contexto de pluri-prestação (delivery mix). As opções A, B, C, D, E correspondem à importância relativa que as estruturas têm no actual sistema prestador de cuidados de saúde em Portugal. Esta escala foi produzida pelo painel OPSS (sete dos investigadores da rede).

QUADRO XXIV - O sistema prestador de cuidados de saúde – alguns bons exemplos

Cuidados Continuados/Paliativos

O Centro de Saúde de Odivelas está a desenvolver um programa de ajuda a doentes com dependência no seu domicílio, residentes nas freguesias da Ramada, Famões e Odivelas. A equipa de apoio trabalha em conjunto com os Hospitais, Segurança Social, Câmara Municipal, Voluntariado e em estreita ligação com o médico de família e com os médicos dos hospitais.

MoniQuOr - Melhores Centros de Saúde Premiados

Os Centros de Saúde de Cascais, Cantanhede, Alfândega da Fé, Carregal do Sal, Fundão e Vila Franca de Xira vão receber 150 mil contos que poderão utilizar no financiamento sustentado de projectos de melhoria contínua de qualidade, como resultado da avaliação cruzada realizada no âmbito do Projecto MoniQuOr em que foram os melhores classificados.

Telemedicina poupa meses de espera

Os Hospitais Amato Lusitano (Castelo Branco) e Centros de Saúde de Alcains e Sertã e os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e Centros de Saúde da Sertã estão interligados, permitindo a realização de teleconsultas que evitam deslocações de doentes e reduzem os respectivos tempos de espera.

Coração Tratado a Tempo

Os doentes atendidos pela primeira vez em Cardiologia no Hospital Pulido Valente, em Lisboa, têm a partir de agora a possibilidade de realizar exames complementares de diagnóstico no próprio dia da consulta, ficando avaliados numa única ida ao Hospital.

**Linha “Doi Dói -Trim Trim”
Alargada a todo o país**

O serviço pediátrico de orientação telefónica, Saúde 24: *Dói - Dói – Trim - Trim*, vai ser alargado, em breve, a todo o País. O serviço telefónico Saúde 24: *Dói-Dói – Trim- Trim* foi criado em 2000, na altura da reestruturação ocorrida nas Urgências Pediátricas. Neste quadro constatou-se que entre 50 a 60% das crianças que iam ao hospital não necessitavam de cuidados hospitalares e só contribuíam para asfixiar os serviços de urgências.

**CRIS - Cirurgia Cardíaca
(Hospitais da Universidade de Coimbra)**

Este Centro de Responsabilidade Integrado (CRIS) dos HUC conseguiu não só eliminar as listas de espera na sua área de influência (Região Centro), mas também disponibilizar a sua capacidade instalada para doentes de outras Regiões do País e ainda candidatar-se a tratar doentes do Reino Unido no âmbito de concurso internacional.

Castelo Branco: Unidade de Apoio Integrado (UAI) já acolheu 17 utentes

Localizada na cidade albacastrense e com capacidade para dez camas, os utentes recebem cuidados de enfermagem, médicos, reabilitação, apoio psicológico e social, assim como higiene pessoal, alojamento, alimentação e tratamento de roupa.

Número de mortes por diabetes diminui em Portugal

Pela primeira vez nos últimos 17 anos, o número de mortes por diabetes diminuiu em Portugal. **No ano 2000**, a doença, que afecta entre 400 a 500 mil portugueses, matou 3.138 pessoas, menos sete por cento do que em 1999.

Interface entre hospital e centro de saúde - Peniche: um bom exemplo

O Hospital de Peniche e o Centro de Saúde local estabeleceram um acordo relativamente aos serviços de urgências das duas unidades. O funcionamento do Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Peniche (HP) e do Serviço de Atendimento Permanente (SAP) do Centro de Saúde (CS) local encontra-se articulado entre os profissionais de ambas as instituições.

No Hospital com a Família ao Lado

Os doentes internados em alguns serviços do Hospital de Santa Marta, em Lisboa, podem escolher uma pessoa para os acompanhar ao longo do internamento. O familiar ou amigo aprende mais sobre os cuidados e os sintomas. E a ansiedade diminui.

Hospitais passam na avaliação clínica

A avaliação, feita pelo Center for Performance **Sciences** (CPS), pertencente à Associação dos Hospitais do Maryland, nos EUA, aos hospitais de Bragança, Feira, Guimarães, Matosinhos, Viana do Castelo, Vila Real e Viseu revelou uma "performance" qualitativa equiparada ao que de "bom se pratica nos países desenvolvidos". O Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), da Direcção-Geral da Saúde, assinou um protocolo com o King's Fund Health Quality Service que visa a acreditação hospitalar, mediante o reconhecimento, por uma avaliação externa e independente, do cumprimento de um conjunto de exigências a nível organizacional nas áreas de gestão administrativa, médica e de enfermagem.

Os Hospitais Pedro Hispano (Matosinhos), S. Teotónio (Viseu), Fernando da Fonseca (Amadora/Sintra), Barlavento Algarvio (Portimão) e Dr. José Maria Grande (Portalegre) ultrapassaram já, positivamente, a 1ª fase de avaliação.

Diabetes Mellitus

Apesar (ainda) das desigualdades regionais o Programa da Diabetes indicia os 1º resultados positivos, designadamente na Região Norte.

Hospital S. Sebastião (Feira) Um exemplo a seguir

No "site" do Hospital estão disponíveis os Relatórios de Gestão relativos a 1999 e 2000, bem como o Plano de Actividades e Financeiro 2002-2004. A informação do ano 2001 está igualmente acessível e a relativa ao ano 2002 está actualizada até Abril.

RECUPERAÇÃO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

O Programa de Promoção do Acesso (PPA) no que diz respeito à redução do número de doentes em espera para operações cirúrgicas, acima do tempo clinicamente aceitável (>TCA), manteve-se como uma das principais prioridades da política de saúde durante 2001. Estes TCA (Quadro XXV) foram estabelecidos, em 1999, por um conjunto de médicos da Região Centro.

O total de doentes em lista de espera > TCA, em Dezembro de 2001, com patologias que fazem parte do PPA, era de 86500, mais 42% do que em 31 de Dezembro de 2000, que, segundo dados disponibilizados pelo Ministério, era de 61.000 doentes. Admitindo que o sistema de informação desenvolvido pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro especificamente para este efeito, há cerca de três anos, está operacional e portanto os dados são fiáveis, este aumento pode atribuir-se, entre outros factores, a um não aumento (ou até diminuição) da produtividade corrente dos hospitais e serviços do SNS que geram as listas de espera, ou a um aumento do número de hospitais que entretanto aderiram ao PPA.

Durante 2001, relativamente a 2000, foram realizadas menos 1882 cirurgias do que aquela que foram previstas, mas o número total de cirurgias contratualizadas e realizadas passou de 17577 para 19979 (Quadro XXVI). Nos dois anos em análise a Região Norte foi aquela que menos oscilou entre o contratualizado e o realizado. Durante 2001 observou-se uma abertura explícita ao sector privado a produção deste já representou 16 %.

As listas de espera cirúrgicas são uma questão complexa. Elas podem variar no SNS por, pelo menos, cinco tipos de factores: (a) aumento da procura, habitualmente mediada por um melhor acesso a aconselhamento médico (como, por exemplo, devido à melhoria do funcionamento das consultas externas) ou pela introdução de novas tecnologias de diagnóstico; (b) evolução da capacidade instalada no SNS em termos de recursos humanos qualificados e de meios tecnológicos; (c) evolução dos instrumentos gestionários existentes nos estabelecimentos e serviços do SNS, que permitam otimizar a capacidade instalada traduzindo-a em capacidade de resposta efectiva (produtividade); (d) tipo, natureza e intensidade dos conflitos de interesses que possam limitar a capacidade de resposta do SNS como, por exemplo, o efeito interno da contenção cega das despesas de exploração ou o interesse de agentes internos em induzir ou manter um determinado nível de procura privada e, (e) características dos programas de recuperação de listas de espera (efectividade, conflitos de interesse que podem gerar). A consciência desta complexidade não deve diminuir a determinação necessária para melhorar a situação actual, nem aconselha abordagens simplistas e objectivos irrealistas.

Quando isso não acontece há politização excessiva e inconveniente da questão das listas de espera. Isso gera opacidade e falta de rigor nos critérios que informam a gestão destes programas e na divulgação da informação necessária para avaliar os progressos realizados.

É portanto indispensável uma normalização da informação sobre listas de espera e uma grande transparência na divulgação dos resultados sobre a situação real do acesso e produtividade dos serviços de saúde. Para ser interpretável, esta informação deve incluir indicadores sobre os cinco aspectos acima referidos: acesso às consultas, capacidade humana e tecnológica, produtividade corrente, conflitos de interesses óbvios, efectividade dos programas de recuperação.

Quadro XXV - Tempos de espera clinicamente aceitáveis para patologias seleccionadas

	Natureza da patologia/intervenção		TCA
	Hérnias e eventrações	S/complicações	
C/potenciais complicações			≤ 60 d
S/complicações mas < capacidade de trabalho			≤ 90 d
Colecistectomias	Por litíase c/complicação prévia		≤ 30 d
	Por litíase s/complicação prévia		≤ 180 d
Cirurgia vascular arterial	c/clauidicação intermitente e/ou lesões carotídeas		≤ 21 d
Varizes	C/complicação prévia		≤ 60 d
	S/complicação prévia		≤ 270 d
Cirurgia cardiotorácica	Valvular		≤ 60 d
	Coronária		≤ 60 d
Hérnia discal			≤ 30 d
Cataratas	Bilaterais c/grau de visão incapacitante		≤ 30 d
	Unilateral c/olho contralateral normal		≤ 180 d
	Unilateral c/amaurose do olho contralateral		≤ 30 d
	Bilateral s/apreciável diminuição da autonomia		≤ 180 d
Retinopatia diabética			≤ 30 d
Prótese da anca			≤ 180 d
Prótese do joelho			≤ 180 d
Adenoma prostático s/ complicações			≤ 180 d
Adenoma prostático c/ complicações			≤ 90 d
Oncologia (qualquer patologia)			≤ 21 d

Fonte: DGS, 1998

Quadro XXVI - Resumo da produção e da execução financeira do PPA, em 2001, por Regiões de Saúde

Regiões de Saúde	Produção contratualizada	Produção realizada		Orçamento atribuído	Verba gasta	
		Total	%		Total	%
ARS Norte	11.483	9.318	81%	2.970.000	2.510.048	85%
ARS Centro	11.643	6.653	57%	2.970.000	2.349.379	79%
ARS LVT	8.150	5.988	73%	2.970.000	1.893.775	64%
ARS Alentejo	1.190	623	52%	594.000	112.994	19%
ARS Algarve	1.775	1.209	68%	396.000	373.744	94%
Total	34.241	23.791	69.5%	9.900.000	7.239.940	73%

Fonte: DGS, 2002

HOSPITAIS

O hospital e a sua organização e gestão, interessa a muitos: pela natureza dos problemas que tratam, por aquilo que as pessoas dele esperam, pelas culturas e expectativas de uma grande diversidade de profissionais que neles trabalham, pela importância dos recursos que eles mobilizam.

É possível identificar no nosso país e, em muitos outros, três modalidades de evolução para os hospitais:

- Melhorar o hospital público tradicional, através de acções externas (como a contratualização através de orçamentos-programas) e de reorganizações internas (descentralização departamental – “centros de responsabilidade integrados”);
- Transformar o hospital público tradicional em “empresa pública” – maior autonomia de gestão nos recursos e alterações dos vínculos contratuais com os profissionais – em paralelo com uma melhoria substancial nos mecanismos de acompanhamento, regulação e contratualização disponíveis. A primeira experiência deste tipo iniciou-se na Vila da Feira em 1998;
- Adopção de diferentes tipos de parcerias entre o público e o privado (PPP), como soluções mais complexas que requerem, do conjunto do sistema de saúde, uma efectiva direcção estratégica com mecanismos reguladores apurados. A primeira experiência deste tipo foi decidida em 1995 (Amadora-Sintra).

Do pouco que ainda se sabe das vantagens e desvantagens destas diferentes soluções, é já evidente que o equilíbrio necessário entre a flexibilização da gestão dos hospitais e o desenvolvimento dos instrumentos de direcção e influência estratégica acima indicados requer um considerável investimento humano, técnico e institucional.

No Quadro XXVII comparam-se três hospitais portugueses com distintas modalidades de gestão, que necessitam de um estudo e acompanhamento muito mais aprofundado do que aquilo que foi possível fazer até agora. No Quadro XXVIII, descrevem-se experiência de gestão hospitalar tipo PPP em Portugal, Espanha e Suécia, que é importante analisar cuidadosamente.

Nesta área um estudo mais detalhado do que tem sido a experiência de diferentes regiões de Espanha e do Reino Unido pode ser particularmente relevante.

No sentido de poder acompanhar e contribuir para a evolução do sistema hospitalar português, o OPSS definiu um conjunto de cenários em relação ao futuro, analisou-os e comparou-os, explicitando a “base de evidência” (Quadro XXIX e Fig. 19) - www.observaport.org (visitas guiadas).

Esta é naturalmente uma primeira aproximação a este tipo de análise, que será aprofundada e actualizada, nos próximos seis meses, com a mais ampla participação possível.

Quadro XXVII - Novos modelos de gestão hospitalar

Modelo	Contexto	Contratualização	Desenvolvimento	Acompanhamento	Resultados
ULSM	1ª experiência de gestão integrada de Hospital (já em actividade) e Centros de Saúde (já em actividade) com estatuto mais flexível que os hospitais “tradicionalis”. “Herdou” todos os recursos humanos das instituições que a precederam.	Contrato Programa anual “negociado” com Agência de Contratualização (sem experiência prévia nem meios adequados para a contratualização).	Dois órgãos de gestão em 2 anos, profissionais sem definição da sua situação de partida e insuficiente apoio da tutela.	Realizado pela ARS e respectiva Agência de Contratualização (sem experiência prévia e meios para avaliar/“negociar” Contratos Programa. Instrumentos de acompanhamento e monitorização insuficientes e inadequados.	Integração e novo estatuto ainda demasiado recente. Alguns indicadores interessantes, designadamente na comparação com outras experiências inovadoras.
HSS	1ª experiência de gestão pública com estatuto mais flexível que os hospitais “tradicionalis”. num hospital novo. “Herdou” cerca de 20% dos recursos humanos das instituições cujos serviços integrou.	Contrato Programa anual “negociado” com Agência de Contratualização (sem experiência prévia nem meios adequados para a contratualização).	Órgão de gestão dinâmico, possibilidade inicial de recrutamento de sua iniciativa, preparação prévia razoável, introdução precoce de regime de incentivos, insuficiente apoio da tutela.	Realizado pela ARS e respectiva Agência de Contratualização (sem experiência prévia e meios para avaliar/“negociar” Contratos Programa. Instrumentos de acompanhamento e monitorização insuficientes e inadequados.	Apresenta alguns indicadores interessantes (designadamente na produtividade e demora média) que necessitam de avaliação mais profunda e rigorosa.
HFF	1ª experiência de concessão ao sector privado da gestão de um hospital público novo já construído e equipado pelo Estado. “Herdou” os recursos humanos do HFF ainda em regime de instalação.	Contrato elaborado por 5 anos, prorrogável, sem experiência anterior do MS, com base em “produção estimada” pouco fiável e sem instrumentos e meios para o seu acompanhamento e monitorização.	Fase de transição confusa da gestão pública para o sector privado, ambiente político “desfavorável”, instabilidade na manutenção dos recursos médicos com necessidade de recurso à entidade contratante para evitar a ruptura, regime de incentivos lançado tardiamente.	Em 1996 foi nomeado um representante da ARSLVT no HFF e foi criada a Comissão de Acompanhamento Externo (com participação de representantes da sociedade civil) no âmbito da Agência de Contratualização. Instrumentos de acompanhamento e monitorização insuficientes e inadequados.	Apresenta alguns indicadores interessantes (designadamente na produtividade) que necessitam de avaliação mais profunda e rigorosa. Opinião dos utentes bastante desfavoráveis nalgumas áreas de prestação. Custos de exploração em crescimento acentuado em parte explicáveis pelo acentuado aumento da população que serve.

Fonte: Médico de Família, 2002-

A gestão pública empresarial não é inferior à gestão privada dos hospitais

QUADRO XXVIII - Experiências de gestão hospitalar em três países diferentes

HOSPITAL	Hospital Fernando Fonseca - Amadora Sintra	St. Göran, Estocolmo	Hospital de la Ribera – Alzira (Valência)
Lotação	698	240	225
Missão	Hospital Público	Hospital Público	Hospital Público
Tipo de concessão versus contrato	Contrato de concessão de exploração de hospital construído e equipado pelo Estado (Contrato de Gestão)	Aquisição do equipamento pela empresa, assumindo todo o pessoal existente; aluga as estruturas físicas ao Governo Local	Contrato de Concepção, construção financiamento e exploração (“DBFO”), com investimento totalmente privado
Duração do Contrato	5 anos, prorrogáveis	3 anos, prorrogáveis por mais 4	10 anos, prorrogável por mais 5
Pagamento	Baseado nos GDH, dentro de limites acordados	Pagamento anual acordado com base em actividade esperada; pagamento adicional por serviço prestado para além desses valores	“Per capita” (34.000 pesetas/habitante/ano), com actualização anual pelo IPC
População coberta (habitantes)	539.612	n. a.	230.000
Início da gestão privada	1995	1999	1999
Recursos Humanos	2.592 (ano 2000)	1.410 (ano 2000)	894 (ano 2001)
Orçamento/ano (2000-2001)	€ 95 milhões 19 milhões de contos	€ 78 milhões 750m SEK	€ 47 milhões 8.500 milhões de pesetas
Custo médio por 1 000 hab	€ 176.05		€ 204.35
Regulação/Acompanhamento	Comissão de Acompanhamento Externo + Delegado da Administração		Comissão do Governo Valenciano Permanente (no Hospital) + Penalização por utentes que utilizem outros hospitais

Fonte: http://www.josedemello.pt/gjm_company_01.asp?empresa=8 ; <http://www.stgoran.se/>
<http://www.hospital-ribera.com>

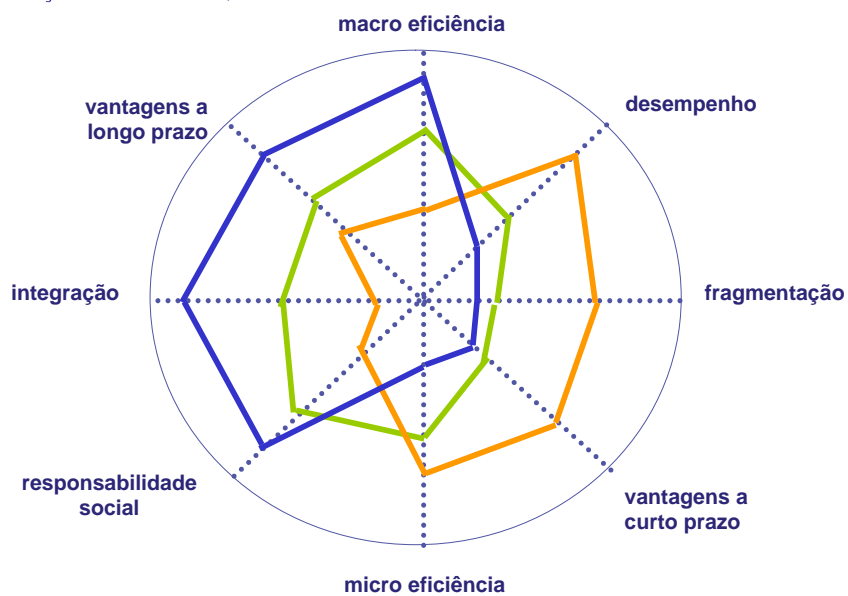
As experiências sintetizadas no Quadro XXVIII podem considerar-se experiências “isoladas” em qualquer um dos três países. São experiências de Parceria Público-Privado que é necessário acompanhar e avaliar com independência: os seus promotores tendem a minimizar as limitações e riscos; os detractores não reconhecem os méritos de algumas inovações que introduziram no sistema de saúde. A capacidade de regulação e contratualização do Estado é, aqui, de importância crítica.

CENÁRIOS PARA O FUTURO

QUADRO XXIX – Hospitais. Cenários alternativos - onde estaremos dentro de 5 anos?

CENÁRIO 0	Mudança mínima
CENÁRIO 1	“Efeito Agendas” (empresarialismo público & PPP)
CENÁRIO 2	“Efeito Mix” processo de desenvolvimento
CENÁRIO 3	Privatização regulada
CENÁRIO 4	Privatização não-regulada

FIGURA 19 - Comparação de cenários, baseada na análise SWOT



Cenários alternativos sobre o sistema hospitalar foram elaborados, tendo em atenção o “estado da arte” e as agendas políticas. Posteriormente, comparados, com base na análise SWOT efectuada pelo painel OPSS. Este exercício prosseguirá nos próximos meses.

CENTROS DE SAÚDE

A partir de 1996 promoveu-se um conjunto de experiências locais, tendentes a abrir, a diversificar e a fazer evoluir a realidade relativamente uniforme, rígida e burocrática dos centros de saúde de segunda geração, sem capacidade de gestão autónoma e sem estímulos para se adaptarem às novas exigências de acesso e qualidade.

Os **projectos “Alfa”**, iniciados em 1996/1997, foram um primeiro impulso para tentar descongelar a situação existente – libertaram ideias e iniciativas já latentes no terreno. A criatividade, a ousadia inovadora e a tenacidade de pequenos grupos de profissionais permitiu-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa. 15 grupos conseguiram iniciar as suas experiências, rompendo o “status quo” e as habituais resistências. A maior parte destes grupos mantem-se em actividade. Os projectos foram amplamente avaliados, quer internamente, quer por entidades exteriores e foram tema para trabalhos e dissertações académicas.

A avaliação dos projectos “Alfa” abriu caminho para experimentar formas retributivas mais justas nos cuidados de saúde primários. O **Regime Remuneratório Experimental (RRE)**, em clínica geral foi aprovado em 1998, após muita resistência da máquina burocrática do Estado. Avançaram vários grupos nas Regiões Norte e de Lisboa e Vale do Tejo, principalmente no período 1998-1999. A Universidade deu a sua contribuição (projecto “tubo de ensaio”, Porto).

Entre 1996 e 1999 decorreu um debate sobre a descentralização da gestão das “Sub-regiões de saúde” para os centros de saúde, combinada com a reorganização interna dos centros de saúde, associando a autonomia com a responsabilidade dos profissionais na realização das estratégias e dos objectivos comuns. Também aqui os projectos “Alfa” foram inspiradores, mesmo em condições adversas. Destas experiências, avaliações e debates nasceram os **Centros de Saúde de 3ª geração** (Decreto-Lei n.º 157/99).

Porém no período 2000-2001 observou-se uma paragem. Os avanços foram escassos e, nas restantes regiões de saúde praticamente nada aconteceu. Só no final de 2001 constituíram-se um grupo nacional e cinco grupos regionais de apoio à implementação dos centros de saúde de terceira geração. Do trabalho destes grupos, entre fins de 2001 e Abril de 2002, foram elaboradas: (a) Linhas de orientação estratégica e calendário de actividades; (b) Manual de apoio à reestruturação dos centros de saúde; (c) Critérios e condições requeridas para acesso dos centros de saúde ao “estatuto” de autonomia; (d) Linhas de orientação para os programas formativos de apoio a este processo.

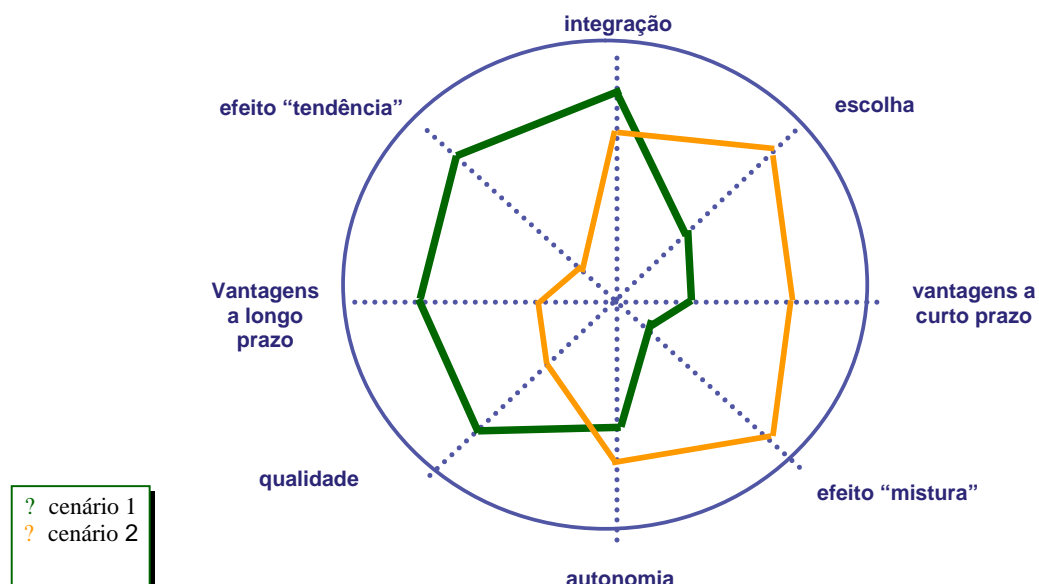
No sentido de contribuir para uma retoma na dinâmica de mudança nos cuidados de saúde primários, o OPSS desenhou cenários alternativos em relação ao futuro, analisou-os e comparou-os (Quadro XXX e Fig. 20) – www.observaport.org (**visitas guiadas**), a partir de uma base de conhecimentos explícita. Considera-se esta primeira “solução” como sendo essencialmente um ponto de partida partilhado, para uma análise mais aprofundada e actualizada. Para esse efeito o OPSS convida todos os interessados a participar, nos próximos seis meses, na elaboração da 2ª versão desta visita guiada.

CENÁRIOS PARA O FUTURO

QUADRO XXX- Cuidados de Saúde Primários. Cenários alternativos - onde estaremos dentro de 5 anos?

CENÁRIO 0	Mudança mínima
CENÁRIO 1	Predomínio da reorganização dos CS (CS c/ autonomia em diferentes fases evolutivas)
CENÁRIO 2	Mistura de modalidades de organização da prestação (CS c/ e s/ autonomia não ultrapassarão 60 % da prestação)
CENÁRIO 3	Privatização regulada
CENÁRIO 4	Privatização não-regulada

FIGURA 20 - Comparação de cenários, baseada na análise SWOT



Cenários alternativos sobre cuidados de saúde primários foram elaborados, tendo em atenção o “estado da arte” e as agendas políticas. Posteriormente, foram comparados, com base na análise SWOT efectuada pelo painel OPSS. Este exercício prosseguirá nos próximos meses

CUIDADOS CONTINUADOS

O Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho, dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, deu início a uma intervenção coordenada na área do apoio social e dos cuidados de saúde continuados às pessoas em situação de dependência, transitória ou definitiva, física, mental ou social necessitando, simultaneamente, de intervenção nas duas vertentes. Nele se previa um período experimental até final de 2000.

As intervenções desenvolvidas foram de dois tipos:

- a) Articuladas, que sempre que possível davam continuidade às iniciadas pelo PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos, financiado pelo jogo Joker), compreendendo o *Apoio Domiciliário Integrado* (A.D.I.) e *Unidades de Apoio Integrado* (U.A.I.), sendo estas alternativas residenciais, de curta duração e para situações que permitam apoio de saúde fundamentalmente por prestadores informais.
- b) Integradas, dirigidas à área específica da saúde mental, com *Fórum Sócio-Ocupacional* e três de estruturas residenciais: *Unidade de Vida Apoiada*; *Unidade de Vida Protegida*; *Unidade de Vida Autónoma*.

A coordenação foi estruturada a nível central, regional e sub-regional/distrital, bem como a nível local e por Equipas de Cuidados Integrados (E.C.I.).

A Segurança Social assegurou o investimento em infra-estruturas, através do PIDDAC, e os custos de funcionamento no valor de cerca de meio milhão de contos. A Saúde contribuiu com trabalho profissional, medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A formação dos vários níveis de coordenação foi apoiada através do QCA II – Intervenção Operacional da Saúde.

Anteriormente existiam acções de formação para Ajudantes Familiares, Ajudantes de Saúde, Agentes Geriátricos e outros equivalentes, sem articulação nem programação, prévias. Para colmatar a situação, a 7/4/99, Dia Mundial da Saúde cujo tema foram os Idosos, foi assinado o Despacho Conjunto n.º 360/99, pelos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, que permitiu a criação dum grupo de trabalho alargado (DGS, DRHS, IEFP, DGAS, DGRSS) para estudar e propor medidas para a valorização e incentivo da prestação de cuidados no domicílio a pessoas em situação de dependência. Atempadamente foram apresentadas às tutelas, as conclusões que apontaram para a redefinição dos perfis de Ajudantes de Saúde e de Ajudantes Familiares e para a reestruturação dos currícula da formação.

Em 2001, por despacho conjunto da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde e do Secretário de Estado da Solidariedade e Segurança Social, foi constituído outro grupo de trabalho interministerial que definiu as bases para um *Sistema de Cuidados Continuados Integrados (SCCI)*. Este SCCI foi definido como sistema organizador de um conjunto diversificado de respostas (*Rede Mais*) às necessidades complexas em saúde-apoio social de pessoas com problemas de perda de autonomia.

Segundo aquele documento, o SCCI fará a intermediação entre os cuidados de base comunitária e os cuidados hospitalares, intersectando, interligando e complementando, com financiamento próprio, as redes oficiais de prestação de cuidados de saúde e de apoio social.

Pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002 de 28 de Fevereiro (DR I Série-B de 22 de Março), foi aprovada e criada a **REDE Mais** enquanto suporte estrutural do SCCI, definidos os tipos de respostas a promover no seu âmbito e criado um Grupo Coordenador para as actividades subsequentes.

De entre os aspectos ainda em estudo e indispensáveis para a operacionalização da “Rede Mais” e do SCCI destacam-se: a) regulamento do sistema de financiamento, contratualização e preços de referência; b) regulamentação de aspectos técnico-normativos referentes ao licenciamento de unidades prestadoras de cuidados continuados, formação e qualificação dos profissionais.

CENTROS REGIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA

Em 2000 e 2001 os *Centros Regionais de Saúde Pública (CRSP)* viram o desenvolvimento da sua acção dificultada por se observarem oscilações importantes no apoio ao seu desenvolvimento.

No entanto, em Julho de 2001 foi publicado um Despacho do Gabinete do Ministro com orientações para as Administrações Regionais de Saúde, em articulação com o Alto-Comissário para a Saúde, promoverem uma mais rápida instalação dos CRSP, dotando-os de infra-estruturas e condições logísticas indispensáveis para o seu desenvolvimento. Apesar disso a situação relativa a 2000 não sofreu alterações significativas, continuando os CRSP do Alentejo e Algarve a não disporem de instalações próprias. O CRSP do Norte foi o único que viu publicado o regulamento interno.

Continua bastante desigual o desenvolvimento dos Centros Regionais de Saúde Pública. Na maioria dos casos mantêm-se as dificuldades organizativas por carência de instalações e de recursos humanos. Contudo, alguns deles já conseguem desenvolver um conjunto de actividades bastante diversificadas e com ligações estruturadas aos profissionais dos centros de saúde, próximas da filosofia da legislação que promoveu a criação destas entidades.

REDES DE REFERENCIAÇÃO

As *redes de referenciação hospitalar (RRH)* são formas de articulação das unidades (hospitais e eventualmente outras unidades de saúde), que pretendem regular as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares, de forma a garantir o acesso rápido dos doentes aos serviços e instituições, adequados ao problema de saúde.

As RRH são um instrumento de âmbito nacional, apesar do papel de gestor local de cada ARS. A sua elaboração estava já prevista no documento “Saúde, Um Compromisso: Estratégia de Saúde 1997-2002”. As RRH são um instrumento estratégico fundamental para o médio e longo prazo, embora as

medidas que delas resultam devam ser já implementadas, nomeadamente no âmbito da medida 2.1 do POS (Saúde XXI) do 3º QCA.

Da implementação das RRH resultará um conjunto de benefícios directos:

1. Desenvolvimento harmónico e descentralizado dos serviços hospitalares envolvidos;
2. Eliminação da duplicação e da subutilização de meios humanos e técnicos, permitindo o combate ao desperdício;
3. Programação do trânsito dos utentes, permitindo a orientação correcta para o centro indicado;
4. Melhoria global da qualidade e eficácia pela concentração e desenvolvimento de experiência e competências;
5. Diminuição dos tempos de espera, evitando a concentração de doentes em centros que sendo aparentemente de excelência terão a sua actuação comprometida pelo excesso de procura face à quantidade de oferta possível;
6. Responsabilização dos hospitais face à resposta esperada e prometida;
7. Programação estratégica de investimentos;
8. Planificação da distribuição de equipamentos;
9. Planificação da distribuição de meios humanos;
10. Identificação e desenvolvimento de centros para demonstração e ensino.

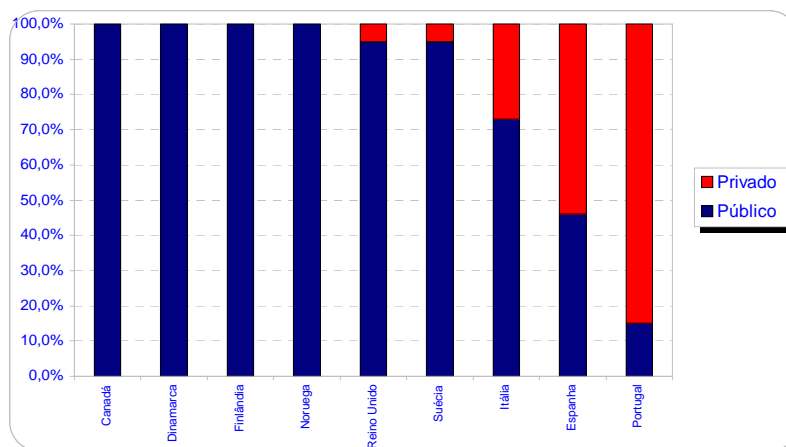
As RRH têm sido elaboradas por grupos de peritos que a DGS tem chamado a colaborar para o efeito, com a participação das ARS para a definição da arquitectura local.

Já estão aprovadas as redes de Psiquiatria, Materno-Infantil, Urgência/Emergência, Neurologia, Intervenção Cardiológica, Infecçiology, Oncologia, Imunoalergologia, Medicina Física e Reabilitação, Reumatologia e Nefrologia.

DIÁLISE RENAL

O tratamento da insuficiência renal crónica terminal (IRCT) representa uma área dos cuidados de saúde muito específica e de custos extremamente elevados. Existem actualmente três modalidades de tratamento disponíveis para os doentes com IRCT: hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplantação renal (TR).

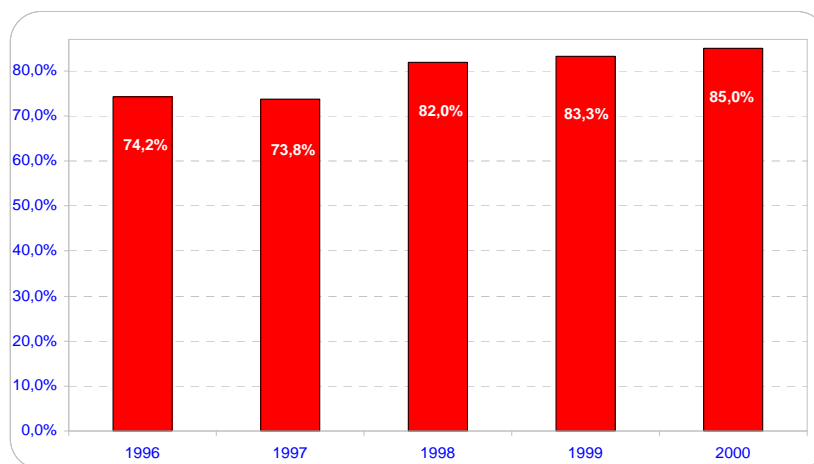
Figura 21- Doentes em tratamento de hemodiálise crónica por tipo de prestador: Público/Privado



Fonte: Vinhas, J. - www.observaport.com

Nesta área dos cuidados de saúde o SNS manifesta um invulgar nível de dependência do sector privado.

Figura 22 - Taxas de Cura em tuberculose pulmonar



Fonte: SVIG/TB – DGS

Progressos importantes na taxa de cura dos doentes com tuberculose pulmonar

Há algum consenso clínico sobre as situações que representam indicações claras para o tratamento por hemodiálise e por diálise peritoneal. No entanto, estas situações atingem uma minoria de doentes. À generalidade dos doentes podem ser oferecidos os dois tipos de tratamento. Simultaneamente, a maioria dos doentes com menos de 70 anos são candidatos a transplantação renal.

As comparações de dados entre diferentes países são frequentemente difíceis ou impossíveis. Em primeiro lugar, porque as taxas de incidência e de prevalência de IRCT tratada não são constantes, apresentando valores sempre crescentes, que inviabilizam comparações com dados de diferentes anos. Por exemplo, nos países europeus pertencentes à UE, assim como nos EUA, o número de doentes em terapêutica de substituição da função renal tem aumentado cerca de 7,5% ao ano.

Para a avaliação do impacto do sistema de prestação de cuidados de saúde nos indicadores de saúde na área da diálise, torna-se necessário reagrupar os países de acordo com a natureza da prestação da diálise em: “pública”, “mista” ou “privada”. A prestação exclusivamente “pública” inclui países como o Canadá, Dinamarca, Finlândia, Holanda, Noruega, Suécia, Suíça e Reino Unido. A prestação “mista” inclui países como a Alemanha, Áustria, Bélgica, Espanha, França e Itália. Os países de prestação maioritariamente “privada” são os EUA, o Japão e Portugal.

Em Portugal a hemodiálise a doentes ambulatoriais é prestada sobretudo por entidades privadas (85%), em regime de convenção, em unidades extra-hospitalares e em algumas unidades públicas com exploração concessionada. As unidades públicas, não concessionadas e integradas nos Serviços de Nefrologia dos hospitais, reservam parte da sua capacidade para diálise a doentes internados (Fig. 21). Os custos com o tratamento de doentes em hemodiálise, traduzem-se principalmente nos encargos do SNS com as entidades convencionadas, tendo em 2001 atingido o valor de 100,8 milhões de euros (20,2 milhões de contos), com um crescimento médio anual de 10,4 % nos últimos cinco anos.

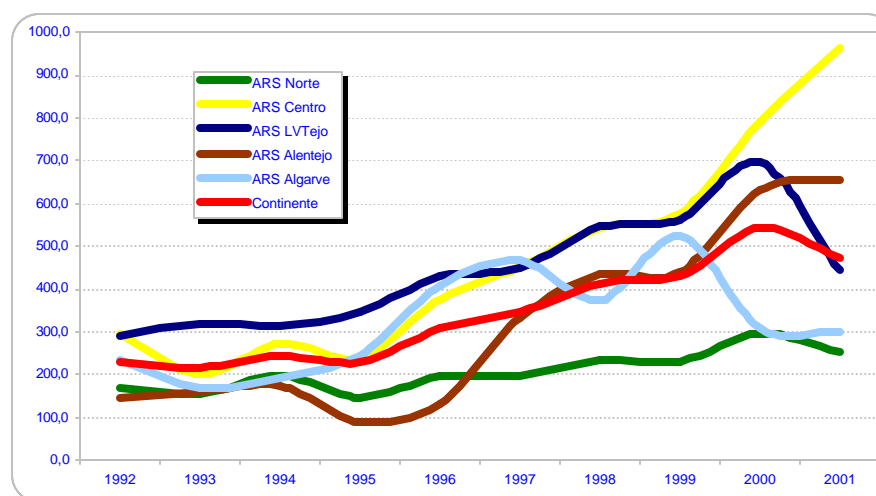
As despesas totais do SNS com o tratamento de doentes em hemodiálise atingiu em 2001 cerca de 125 milhões de euros (25 milhões de contos), dos quais 81% pagos a entidades privadas e 19% referentes a custos de exploração das unidades de hemodiálise, não concessionadas, dos hospitais públicos.

TRACERS

Algumas situações de saúde pela sua natureza abrangem vários sectores do sistema prestador de cuidados: centros de saúde, hospitais, autoridades de saúde, contratualização, sistemas de qualidade ou financiamento. Estudando-as, conseguimos “atravessar” muitos destes sectores e desta forma construir uma representação objectiva de funcionamento do sistema de saúde. Estas situações denominam-se “marcadores” ou “situações *tracers*”.

Os programas de gestão da doença, como por exemplo a tuberculose pulmonar, a diabetes mellitus e a asma brônquica, proporcionam, frequentemente, *tracers* interessantes.

Figura 23 - Amputações em diabéticos - (Taxa 100.000 diabéticos)



Fonte: M.R. Gallego, Projecto Investigação, 2002

Taxas calculadas com base nas "Novas Estimativas Intercensitárias, Portugal, 1991-2000" - INE

É importante explicar estas variações entre regiões e actuar em conformidade

Quadro XXXI - Amputações em diabéticos

Região	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ARS Norte	139	128	163	122	162	163	194	193	250	217
ARS Centro	149	101	138	121	191	230	278	296	408	498
ARS LVTejo	293	320	315	350	432	454	554	575	714	459
ARS Alentejo	29	32	35	18	26	66	86	87	125	132
ARS Algarve	20	15	17	22	37	43	35	50	30	30
Contínente	630	596	668	633	848	956	1.147	1.201	1.527	1.336

Fonte: M.R. Gallego, Projecto Investigação, 2002

TUBERCULOSE PULMONAR

A incidência da Tuberculose continua a aumentar a nível mundial, devido sobretudo às regiões onde é maior a degradação social e menor a efectividade dos serviços. Mesmo os ganhos no controlo da doença são ensombrados pelas ameaças que a fazem ressurgir e com um perfil mais agressivo. Portugal, aderente à estratégia DOTS da OMS desde 1995, situou-se em 1999 na fronteira entre os demais países da Europa Ocidental e a Europa de Leste e mantém-se assim. A incidência notificada no País ($41,4/10^5$ habitantes, em 2000) tem declinado muito lentamente. Persistem assimetrias entre os distritos. São geograficamente díspares os riscos associados à Tuberculose. A mortalidade não associada ao VIH continua alta.

O aumento da taxa de cura é de importância crítica para a melhoria da situação. Por isso a sua evolução de cura de cerca de 75% para cerca de 85%, durante a segunda década dos anos noventa (Fig. 22), constitui um dado animador.

Diabetes Mellitus

A diabetes mellitus é uma situação que permite monitorizar a qualidade de desempenho das diversas componentes e actores do sistema de saúde, bem como o sucesso da sua acção concertada.

A Figura 23 (que apresenta a evolução das taxas de amputação em diabéticos) explicitada pelos dados do quadro XXXI, *indicia variações substâncias entre as diferentes regiões do país*, salientando-se a Região Centro com as mais altas taxas a partir de 1997.

O OPSS ao pôr em realce estes dados tratados, de maneira a poderem tecer-se comparações entre diferentes regiões, procura contribuir para um melhor conhecimento do estado da saúde da população e de variações em determinados resultados dos cuidados de saúde que revelam inadequações do sistema de saúde que devem ser corrigidas.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 1. Há um grande número de bons serviços de saúde em Portugal. Existem inovações significativas na organização dos cuidados de saúde. Faltam no entanto dispositivos reguladores que acompanhem, apoiem e disseminem a inovação.** Sem isso os bons exemplos não confluem, mantêm-se isolados e eventualmente diluem-se com o enfraquecimento dos seus promotores. Existem serviços de saúde onde não há listas de espera, onde os profissionais se organizam de forma a estar facilmente acessíveis e apoiam a aprendizagem dos mais novos. Mas também há outros onde isto não acontece – sem consequências para uma ou outra das situações.
- 2. Na saúde têm predominado as agendas particulares dos actores mais influentes sobre as políticas públicas. Para reformar os serviços de saúde portugueses é preciso reformar, antes, o modelo de governação da saúde.** A análise da última década e meia evidencia uma marcante insuficiência das concepções e instrumentos da governação. Isso tem-se mostrado independente do ciclo político e das pessoas envolvidas. As “derrotas críticas” da governação da saúde em 1990 e 2000, e a marcante assimetria entre a capacidade de análise e direcção estratégica dos actores sociais da área do medicamento, por um lado, e o Estado, por outro, são ilustrações significativas desta realidade.
- 3. Toda a informação recolhida aponta para a insuficiência de enquadramento e acompanhamento do limitado número de novas experiências de gestão em curso. Para o conjunto dos serviços de saúde estas dificuldades são ainda mais sérias. Ao mesmo tempo assiste-se ao desperdício dos investimentos públicos, humanos e técnicos, feitos nos dispositivos de contratualização.** A experiência internacional europeia é fértil em exemplos que apontam para o facto de ser a fragilidade dos mecanismos de formulação de políticas, de regulação e de contratualização os principais obstáculos para as reformas da prestação dos cuidados de saúde.
- 4. As listas de espera cirúrgicas e as questões do financiamento da saúde são exemplos de uma forma de politização dispensável da saúde que necessita, pela sua importância para o “cidadão – contribuinte – cliente”, de um tratamento objectivo.** É possível normalizar a informação (e o sistema de informação que a gere) relativa às listas de espera cirúrgicas, de forma a tornar facilmente acessível informação actualizada (não nominal) sobre a produção de serviços (cirurgias e consultas) em função da capacidade instalada dos serviços que têm listas de espera, assim como os detalhes relacionados com a sua recuperação. O mesmo tipo de normalização e transparência pode ser implementado relativamente à informação sobre o financiamento da saúde.

5. **A questão do medicamento é particularmente preocupante. Os medicamentos são responsáveis por uma fatia demasiado grande dos gastos com a saúde. Os portugueses dependem excessivamente do medicamento. Observam-se padrões de prescrição (como os dos antibióticos) que resultam em importantes desperdícios económicos e sérios riscos para a saúde pública.** Os primeiros sinais positivos da última campanha do genérico já são visíveis. No entanto é necessário dar mais importância aos dados concretos da utilização do medicamento e actuar em conformidade, em vez de considerações genéricas sobre as eventuais virtualidades de instrumentos da política do medicamento (genéricos, preços de referência prescrição, pelo princípio activo).
6. **Os processos de decisão em curso sobre a questão do “consumo do álcool e a condução” e sobre a “co-incineração dos resíduos industriais perigosos” são dois bons exemplos da necessidade de melhorar substancialmente a forma de utilizar a evidência científica nas decisões políticas.** Tem existido, em ambos os casos, importantes limitações na forma de organizar o processo de decisão e a contribuição do sistema político, dos órgãos da administração pública, da comunidade científica, das organizações não governamentais e das comunidades locais. Não há sinais de que as consequências destas insuficiências verificadas no passado tenham já sido apreendidas.
7. **É importante definir a “informação mínima” sobre a saúde e os serviços de saúde a que o “cidadão-contribuinte” tem direito. É possível identificar “variações inaceitáveis” em procedimentos e resultados e actuar.** Começam a existir instrumentos poderosos para informar o cidadão de forma a permitir-lhe escolhas inteligentes. Os sistemas de informação para a gestão tardam a funcionar.
8. **Cerca de 74% dos portugueses - recentemente inquiridos num estudo criteriosamente desenhado para o efeito – consideram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com os seus médicos de família nos Centros de Saúde.** Existem algumas indicações que grande parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários acolheria bem uma reorganização dos Centros de Saúde, que melhorasse as suas condições de trabalho e autonomia profissional, num contexto regulador explícito e claro.
9. **Estão criadas algumas das condições para que o sistema hospitalar português possa evoluir nos próximos anos nas formas de organização e gestão.** No entanto a gestão dessa mudança beneficiaria consideravelmente se tivesse em conta a importante base de conhecimentos que sobre esta matéria se tem acumulado em vários países Europeus, particularmente no Reino Unido e Espanha. O OPSS procura contribuir para esse fim (ver “visitas guiadas” www.observapot.org).
10. **É provável que o futuro próximo traga ao sistema de saúde português um cidadão-cliente reforçado e um contexto europeu, e ibérico, progressivamente mais influente.** Será cada vez mais difícil formular políticas de saúde fora deste contexto. Sem investir no ensaio e na investigação dos novos instrumentos de gestão, as assimetrias de capacidade de intervenção já existentes nos espaços europeu e ibérico agravar-se-ão.



ANEXOS

ANEXO I - METODOLOGIAS ADOPTADAS

ANEXO II - AUDITORIA EXTERNA

ANEXO III – CONFLITOS DE INTERESSE E CONTRIBUTOS

ANEXO IV – DESTAQUES BIBLIOGRÁFICOS

ANEXO I - METODOLOGIAS ADOPTADAS

Para documentar e argumentar as suas apreciações, a rede de investigação em sistemas de saúde do OPSS faz a sua análise a partir de fontes de conhecimento disponíveis (primárias ou secundárias). Em áreas consideradas particularmente importantes e onde existem fortes lacunas de conhecimento, o OPSS promove iniciativas específicas para superar as lacunas identificadas. Na ausência frequente deste tipo de fontes de conhecimento, o OPSS recorre a fontes de conhecimento menos formalizadas mas com um adequado nível de qualificação. Os critérios de qualificação e a sua aplicação são explicitamente submetidos a consenso aos elementos da rede, com recurso a contribuições externas sempre que necessário.

Apresenta-se abaixo uma explicitação e classificação das fontes de informação e conhecimento utilizadas pelo Observatório para a elaboração deste relatório.

Fontes de informação e conhecimento

1. Publicações qualificadas tecnicamente por formas de arbitragem científica pré estabelecida.
2. Publicações qualificadas tecnicamente pelo estatuto académico dos seus contribuintes e pelos dispositivos editoriais de consulta e coordenação.
3. Relatórios de comissões de peritos com dispositivos explícitos de consulta.
4. Relatórios de comissões de peritos com dispositivos de consulta informal.
5. Publicações que correspondem a colectâneas de trabalhos técnicos preparados/apresentados em reuniões específicas para o efeito.
6. Análise de informação não publicada mas proveniente de fontes idóneas de natureza quantitativa (bases de dados), ou qualitativa.

Está-se ainda numa fase inicial dos processos de validação deste tipo de abordagem, como seria de esperar no actual estadio do desenvolvimento da investigação sobre sistemas de saúde. Assim, os procedimentos acima referidos serão progressivamente aperfeiçoados tomando em consideração as conclusões das auditorias externas anuais.

ANEXO II - AUDITORIA EXTERNA

Foi uma preocupação precoce no desenvolvimento do trabalho do Observatório a validação dos métodos utilizados. Para o efeito iniciou-se um processo de auditoria externa sob a égide do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde:

- a) A avaliação sobre os métodos e fontes de informação e conhecimento utilizados nas “visitas guiadas” aos hospitais e cuidados de saúde primários disponíveis no Portal “Gestão.Saúde” e resumidos neste relatório, foi efectuada em Abril de 2002 pelo Professor Rod Sheaff, investigador no “*National Primary Care Research and Development Centre*” da Universidade de Manchester, Grã-Bretanha. Num pequeno extracto do seu relatório, pode ler-se: “The Portuguese Observatory's 'Guided Tour' extends and systematises existing methods for deriving evidence based health policy recommendations. Its methodological approach is essentially sound, indeed merits further development. Methodological improvements could be gained by differentiating the two different analyses (causal and comparative) involved in SWOT analysis, and then exploring the further lines of development mentioned above.”:
- b) Comentários sobre a base de conhecimento utilizada nas visitas guiadas foram tecidos pela Dr^a Milagros Garcia, Directora do Centro da Organização Mundial da Saúde sobre Serviços de Saúde Integrados, em Barcelona, em visita realizada em Maio: “The system can not be overloaded with references. These need to be carefully chosen. A useful approach could include: a general reference on key issues, followed by case studies, examples or discussion of controversial papers. The knowledge base needs: to provide information about existing models, pressures for change, strategies and focus on outcomes/results (successes and failures) and provide a platform for international comparisons, to make explicit theoretical assumptions to outline research findings to support evidence-based strategies and operational decisions, capture new ideas and areas of knowledge development and innovation.”.

ANEXO III – 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 investigação 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. No entanto, a experiência recente na administração da saúde de parte dos participantes na rede aconselha a que a abordagem dos períodos mais recentes da evolução do sistema de saúde se atenha a matéria de facto, limitando-se o mais possível a elaboração e o aprofundamento de hipóteses explicativas neste domínio.

CONTRIBUÍRAM PARA A REALIZAÇÃO DESTE RELATÓRIO:

COORDENADOR Constantino Sakellarides	SECRETARIADO TÉCNICO Marta Cerqueira	
INVESTIGADORES FUNDADORES DO OPSS Ana Escoval Cipriano Justo Luís Reto Jorge Correia Jesuíno Jorge Simões José Luís Biscaia Manuel Schiappa Paulo Ferrinho Pedro Ferreira Suzete Gonçalves Teodoro Briz Vasco Reis Vítor Ramos	INVESTIGADORES COLABORADORES Álvaro Carvalho Carlos Dias Cláudia Conceição Domingos Neto Fátima Candoso Fernando Leal da Costa Francisco Guerreiro Francisco Ramos Hilson Filho Inês Fronteira Isabel Craveiro Isabel Loureiro João Breda João Pereira	Joaquim Judas José Vinhas José Nascimento Madalena Teles de Araújo Manuela Mota Pinto Maria João Gaspar Margarida Bugalho Paulo Boto Paulo Freitas Paulo Kuteev-Moreira Rosa Gallego Saboga Nunes Vera Romão Vítor Raposo

ANEXO IV – DESTAQUES BIBLIOGRÁFICOS

ACHESON, D. – Independent inquiry into inequalities in health. London: The Stationery Office, 1998. ISBN 0-11-322173-8.

ANDERSEN, G. – The sustainability of welfare states into the twenty-first century. *International Journal of Health Services* 30 (2000) 1-12.

BUSSE, R. - Regulation in health care: a basic introduction. In CONFERÊNCIA: Regulação económica, concorrência e serviços de interesse geral. Lisboa, 15 de Outubro de 2001. Lisboa: IPE, 2001.

BUSSE, R.; SALTMAN, R. – Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In 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, pp. 3-52.

CABRAL, M. Villaverde; SILVA, P. ; MENDES, H. – Saúde e doença em Portugal. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2002. ISBN 972-671-084-7.

CARAPINHEIRO, G.; LAGE, P. - As determinantes globais do sistema de saúde português. In HESPAÑA, P.; CARAPINHEIRO, G., org. - Risco social e incerteza : pode o Estado Social recuar mais? Porto: Afrontamento, 2001. ISBN 972-36-0571-6, pp.81-121.

CASASNOVAS, G., dir.; GÓMEZ, A., coord. - Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el estado de las autonomias II. Bilbao: Fundación BBV, [199-] ISBN 84-95 163-50-7.

CHINITZ, D. - Good and bad health sector regulation: an overview of the public policy dilemmas. In 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, pp.56-72.

COMISSÃO INTERMINISTERIAL PARA A SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. Portugal na sociedade da Informação. Lisboa: Ministério da Ciência e Tecnologia, 1999

Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume temático : 2 (2001). ISSN 0870-9025.

DAVIES, H., NUTLEY, S., SMITH, P., ed. – What works?: evidence-based policy and practice in public services. Bristol: The Policy Press, 2000. ISBN 1-86134-191-1.

EUROPEAN HEALTH MANAGEMENT ASSOCIATION - The impact of market forces on health systems: a review of evidence in the 15 European Union Member States : executive summary. Dublin: European Health Management Association, 2000.

FERRINHO, P.; MIGUEL, J. Pereira, ed. – The health status in the European Union. Lisboa : Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2001. ISBN 972-9349-12-6.

GRAND, J. – Competition, co-operation or control?: tales from the British National Health Service. *Health Affairs*, 18 (1999) 27-39.

HENDERSON, H. New markets and new commons: opportunities in the global casino. *Futures* 27 (1995) 113-124.

- JOUVENEL, H. – Le défi de la governance. *Futuribles* n° 265 (2001) 3-4.
- MCQUEEN, D.; ANDERSON, L. – What counts as evidence: issues and debates. In ROOTMAN, I., et. al. - Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2001. ISBN 92-890-13591, pp.63-81. (Regional Publications. European séries ; 92)
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – Inquérito Nacional de Saúde. 1987. Lisboa: DEPS, 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE – Inquérito Nacional de Saúde. 1995/1996. Lisboa: DEPS, 1997. ISBN 972-675-066-0
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR RICARDO JORGE. OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: ONSA, 2001. ISBN 972-8643-00-4
- MOREIRA, V. - Novas formas de organização da Administração do Estado. In AS CONFERÊNCIAS DO MARQUÊS - A Administração Pública e os desafios de um futuro próximo. (2º ciclo) Lisboa: Instituto Nacional de Administração, 2000. p. 49
- PATRICK, K.; KOSS, S. – Consumer health information. Washington, DC: Information Infrastructure Task Force, Department of Health and Human Services, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Ganhos de saúde em Portugal: Relatório de 2001 do Director Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2002. ISBN 972-675-081-4.
http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/relat_dgs_2002.pdf
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Saúde: preparar o futuro: linhas de acção. Lisboa: Ministério da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde um compromisso: A estratégia para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde, 1999. ISBN 972-9425-69-8
- RIEGER, S. – What’s wrong with empowerment? *Journal of Community Psychology* 21 (1993) 279-292.
- 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.
- SHEAFF, R. – The development of English primary care group governance: a scenario analysis. *International Journal of Health Planning and Management* 14 (1999) 257-268.
- WALSHE, K. – The rise of regulation in the NHS. *BMJ* 324 (2002) 967-70.
- WOODS, K. – Recent developments in UK health policy. Paper prepared for the Portuguese Observatory on Health Systems (OPSS), Lisbon 11-12 March 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - Rapid response to future challenges in health : report on a WHO Workshop (Future Fora Inaugural Meeting) London, 4-5 July 2001. Copenhagen: WHO, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneve: WHO, 2000. ISBN 92-4-156198-X.