



DESAFIOS em TEMPOS de **CRISE**

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2010

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE
observaport.org

Ficha Técnica

Desafios em tempo de crise

Relatório de Primavera 2010

[Lisboa]: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

<http://www.observaport.org>

Homenagem a **Jo E. Asvall**



Regional Director for WHO Europe from 1985 to 2000
Refocused the World Health Organization in Europe on public health
1931 – 2010

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2010

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

ÍNDICE

NOTA INTRODUTÓRIA	1
1. O CIDADÃO NO SISTEMA DE SAÚDE	3
1.1 Acesso aos cuidados de saúde em ambulatório	7
1.2 Controlo de infeção	19
1.3 Utilização dos antibióticos	21
1.4 Gestão da diabetes	30
2. ANÁLISE DO ÚLTIMO ANO DE GOVERNAÇÃO.....	41
2.1 Satisfação dos utilizadores e profissionais com as USF	44
2.2 O contributo da RNCCI para a sustentabilidade do SNS	50
2.3 Cuidados hospitalares	53
2.4 Saúde Mental: O início de um novo ciclo?	61
2.5 Controlo do tabagismo	65
2.6 O continuum de cuidados na perspectiva da contratualização	71
2.7 Vacina da gripe - análise das decisões políticas	76
3. TENDÊNCIAS PARA O FUTURO	89
3.1 Novo modelo de governança em cuidados de saúde primários	91
3.2 Perspectiva estratégica para os recursos humanos	101
3.3 Regulação em saúde: desafios e constrangimentos	104
3.4 Reforma do sistema de saúde nos EUA	108
4. NOTAS FINAIS	117
5. BASE DE EVIDÊNCIA	129
ANEXOS	135
A1 Painel Delphi Modificado – Metodologia e universo	137
A2 Gestão da diabetes – Indicadores	140
A3 Reforma do sistema de saúde nos EUA – Cronologia.....	142
A4 Conflitos de interesses e contributos	145
A5 Investigadores fundadores do OPSS	146
A6 Relatórios de Primavera anteriores	147

LISTA DE QUADROS

1	Evolução do volume de utentes em espera por consulta hospitalar	9
2	Distribuição da participação dos DC no painel Delphi	13
3	Especialidades médicas consensualizadas pelo painel Delphi	13
4	Especialidades cirúrgicas consensualizadas pelo painel Delphi	14
5	Indicadores do processo de gestão dos pedidos de consulta	15
6	Indicadores do processo de gestão dos pedidos de consulta, por ARS	15
7	Distribuição dos tempos médios do processo de gestão dos pedidos, por ARS	16
8	Comparação dos tempos médios de resposta nas três categorias de prioridade	16
9	Indicadores do processo de gestão dos pedidos de consulta	16
10	Indicadores do processo de gestão dos pedidos de consulta, por ARS	17
11	Distribuição dos tempos médios do processo de gestão dos pedidos, por ARS	17
12	Comparação dos tempos médios de resposta nas três categorias de prioridade	18
13	Prevalências estimadas para 2010 (20-79 anos)	30
14	Conteúdos referenciados nos programas nacionais de diabetes nos países com organizações membro da IDF	31
15	Projeções 2030 da prevalência da diabetes em Portugal (20-79 anos)	33
16	Orientações estratégicas e intervenções necessárias definidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e situação actual	35
17	Metas para 2010 relativamente à percentagem do consumo de tabaco nos dois sexos e grandes grupos etários em Portugal	66
18	Taxas de êxito de intervenção	70

LISTA DE FIGURAS

1	Fluxo do processo da Consulta a Tempo e Horas	8
2	Processo de monitorização da CTH	10
3	Fluxo de Informação da CTH	11
4	Resumo do processo Delphi	11
5	Utilização de cefalosporinas no ambulatório do SNS	23
6	Mapa da Europa com a utilização de antibióticos em ambulatório (2007), em DDD/1000 habitantes/dia	24
7	Utilização de antibióticos em ambulatório (2007): distribuição por classes terapêuticas ..	25

8	Evolução em Portugal da utilização de antibióticos em ambulatório: % de DDD/1000 habitantes/dia por classes terapêuticas (2000 a 2008) no mercado SNS	26
9	Mapa de Portugal com a utilização de antibióticos em ambulatório: DDD/1000 habitantes/dia por distrito (2000 vs 2008) no mercado SNS	27
10	Tabela com os resultados por país: "Como obteve os últimos antibióticos que utilizou?"	28
11	Prevalência 2009 da diabetes na população entre os 20 e os 79 anos	32
12	Prevalência 2009 da "pré-diabetes" por grupo etário	33
13	Comparação de indicadores por país em 19-11-2007	37
14	Satisfação dos utilizadores com as dimensões Europep	45
15	Satisfação dos utilizadores com as áreas específicas	46
16	Satisfação profissional	47
17	Crescimento anual médio dos consumos 2003/2008	57
18	Crescimento anual médio dos custos 2003/2008	58
19	Crescimento anual médio dos custos com recursos humanos 2003/2008	58
20	Folheto contra o tabaco ilícito	67
21	Evolução da curva epidémica de gripe A (H1N1) 2009, em Portugal	77
22	Evolução da actividade gripal, semana 18 de 2009 a semana 6 de 2010	78
23	Resposta social à gripe pandémica 2009 em Portugal, entre Maio de 2009 e Janeiro de 2010	81
24	Percentagem de alunos universitários que tomariam ou não a vacina da gripe pandémica	85
25	Motivos apresentados pelos alunos universitários para não tomarem a vacina pandémica	86
26	Reacção à passagem da Reforma da Saúde (orientação partidária)	113
27	Reacção à passagem da Reforma da Saúde (por idades e por nível de rendimentos)	114
28	Avaliação do trabalho do Presidente	114
29	Distribuição mundial das 100 maiores empresas tecnológicas, em 2009	115

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS	Alto Comissariado para a Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BRIDGE	<i>Brokering knowledge and research information to support the development and governance of health systems in Europe</i>

CCI	Comissão de Controlo da Infecção
CCISM	Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CE	Comissão Europeia
CEFAR	Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CH	Centro Hospitalar
CNRSSM	Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
CPME	<i>Comité Permanent des Médecins Européens</i>
CSM	Cuidados de Saúde Mental
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DC	Director Clínico
DDD	Dose Diária Definida
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DHD	Dose média diária/1000 habitantes/dia
DMD	Dose Média Diária
DR	Diário da República
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i>
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
EARSS	<i>European Antimicrobial Resistance Surveillance System</i>
ECCI	Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
ECL	Equipa de Coordenação Local
EFTA	Associação Europeia do Comércio Livre
EMEA	<i>European Medicines Agency</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EOHSP	<i>European Observatory on Health Systems and Policies</i>
EPE	Estabelecimento Empresarial do Estado
ERA	Equipas Regionais de Apoio
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESAC	<i>European Surveillance of Antimicrobial Consumption</i>
EU	<i>European Union</i>
EUA	Estados Unidos da América
EUCID	<i>European Core Indicators in Diabetes</i>
FSE	Fornecimento e Serviços Externos

GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
GID	Gestão Integrada da Doença
HH	Hospitais singulares
I&D	Investigação e Desenvolvimento
IACS	Infecção Associada aos Cuidados de Saúde
IAI	Instrumento de Avaliação Integrada
IC	Infecção adquirida na Comunidade
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IGAS	Inspecção Geral das Actividades em Saúde
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira
INE	Instituto Nacional de Estatística
INP	Inquérito Nacional de Prevalência
INS	Inquérito Nacional de Saúde
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRCT	Insuficiência Renal Crónica Terminal
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MRSA	Microrganismos multirresistentes
MS	Ministério da Saúde
MTSS	Ministério do Trabalho e Segurança Social
NHIE	<i>National Health Insurance Exchange</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i>
NPF	Nível de Pobreza Federal
NPM	<i>New Public Management</i>
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONSA	Observatório Nacional de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
ORL	Otorrinolaringologia
PBC	<i>Practice Based Commissioner</i>
PCT	<i>Primary Care Trusts</i>
PIB	Produto Interno Bruto

PNCI	Programa Nacional de Controle de Infecção
PND	Programa Nacional da Diabetes
PNPCD	Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
PNPRA	Programa Nacional de Prevenção das Resistências a Antimicrobianos
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
POPCH	Plano Operacional do Programa de Controlo de Infecção
RIS	Rede Informática de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RP	Relatório de Primavera
RRE	Regime Remuneratório Experimental
SA	Sociedade Anónima
SFQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SLSM	Serviços Locais de Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
SPN	Sociedade Portuguesa de Nefrologia
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
US	Unidades de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO	<i>World Health Organization</i>

Introdução

O OPSS olha o cidadão no sistema, faz análise da governação da saúde e perspectiva algumas tendências para o futuro, enquanto, face à crise económica e social, no espaço global onde nos inserimos, se nos colocam profundos desafios, mas onde é imediato transformar ameaças em oportunidades, se a decisão for fazer.

1. Desde 2000, que o OPSS acompanha, analisa e relata em cada ano o desenvolvimento do sistema de saúde português e a evolução da qualidade da governação da saúde. Na descrição que faz sobre a qualidade da governação de saúde, o OPSS, não toma posição sobre as agendas políticas de cada ciclo de governação.
2. Esta observação centra-se, na análise dos princípios de boa governação em saúde e na implementação das agendas políticas, referendadas. Os princípios observados são resumidamente os seguintes:
 - Transparência informativa na implementação, monitorização e avaliação das políticas desenvolvidas;
 - Rigor na explicitação dos resultados esperados pelas políticas adoptadas e fundamentação na evidência disponível destas expectativas;
 - Adequação na utilização dos instrumentos normativos, face às questões organizacionais, de gestão, de inovação e motivação no sistema de saúde;
 - Democratização dos processos de governação e de gestão da saúde, sobretudo na explicitação dos critérios de mobilização e distribuição dos recursos, da descentralização das decisões para mais próximo dos problemas e das pessoas, com o simultâneo grau de responsabilização;
 - Envolvimento dos diferentes actores sociais na realização e impacte dessas políticas na sua implementação. Isto é, passar da governação para o conceito de governança.
3. A análise da governação da saúde tem sido realizada pelo OPSS da seguinte forma:
 - Pré-definição dos temas de governação de saúde que faz sentido avaliar face à situação da saúde do país e às agendas políticas prevalentes;
 - Recolha de toda a informação e conhecimento disponíveis, dentro e fora do trabalho realizado pelos colaboradores do OPSS, que pareça relevante para os temas seleccionados;

- Envolvimento de investigadores que estejam a desenvolver áreas do conhecimento que importa incluir no processo de análise;
 - Exercício interpretativo por consenso entre os colaboradores do OPSS, seleccionados pelas suas competências académicas em políticas de saúde, pela sua multidisciplinaridade e disponibilidade para declarar conflitos de interesses em relação aos temas que são chamados a analisar.
4. O OPSS, para além do olhar sobre o sistema prestador e sobre a tipologia de respostas que se apresentam, tem imperiosa necessidade de centrar a sua atenção sobre o cidadão no sistema. Importa sair de uma lógica de análise da oferta para uma lógica de análise da procura. Estes exercícios não são frequentes entre nós, nem tão pouco o sistema se organiza nessa perspectiva. Daí a preocupação na auscultação do cidadão, quer seja na vertente das percepções, quer das expectativas, quer ainda na análise da sua participação no sistema.
5. Para além da observação que resulta do facto de todos os governos convidados para assistir e participar na apresentação do Relatório de Primavera do OPSS, terem aceite fazerem-no através do Ministro da Saúde ou, muito excepcionalmente, através dos Secretários de Estado, importa realçar desde já, como resultado dessa participação duas áreas onde a persistência da análise e o rigor das críticas permitiram a inversão dos processos – tempos de espera cirúrgicos e utilização de antibióticos, para além do acompanhamento directo da evolução das alterações efectuadas nos cuidados de saúde primários. No entanto, estes resultados levam-nos a uma maior exigência na análise, a um maior rigor na recolha da evidência disponível, mas sobretudo à imperiosa necessidade de acesso à informação primária, afim de que possamos manter, desenvolver e consolidar análise precisa e independente.
6. Face à apreciação crescentemente mais positiva por parte dos agentes políticos e sociais do papel do OPSS, ao entendimento dos investigadores sobre o papel de responsabilidade social que o mesmo foi gradualmente adquirindo na sociedade portuguesa e, porque a Fundação Calouste Gulbenkian decidiu associar-se a este projecto, foi possível manter esta análise anual e começar a estruturar os desenvolvimentos metodológicos e comunicacionais, considerados necessários para uma evolução satisfatória dos exercícios de observação e comunicação sobre a governação da saúde em Portugal.

Os coordenadores do OPSS

Ana Ecoval

Constantino Sakellarides

Pedro Lopes Ferreira

1. O cidadão e o sistema de saúde

Para além das repercussões ao nível da, já visível, degradação das condições socioeconómicas de uma grande parte da população, que tende a acentuar-se, a crise económico-financeira mundial e o escasso crescimento das economias de muitos países fazem prever que, num futuro muito próximo, os governos se vejam obrigados a introduzir mecanismos adicionais de contenção, particularmente ao nível da despesa pública, com eventuais implicações na alocação de recursos para o sector da saúde.

Sendo certo que o nível socioeconómico dos cidadãos é um determinante fundamental do estado de saúde dos indivíduos e das comunidades, intimamente associado a outros factores que condicionam também o capital de saúde das populações, como sejam os estilos de vida e o ambiente ou ecossistema nos quais se inserem, importa que, face ao cenário que se nos coloca, se equacionem estratégias que permitam minimizar e fazer face às desigualdades em matéria de saúde.

O acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo um conceito que agrega múltiplas dimensões, é em si mesmo um determinante da saúde das populações, factor fundamental para o desenvolvimento económico das sociedades, pelo que se constitui como um dos objectivos dos sistemas de saúde. Num contexto de crise, que está a afectar a coesão social em muitos países, reduzem-se naturalmente as opções de escolha dos cidadãos, prevendo-se, assim, um aumento da procura dos serviços públicos.

O documento "The financial crisis and global health" (WHO, 2009), resultante da reunião convocada pelo Director Geral da Organização Mundial da Saúde, que teve lugar a 19 de Janeiro de 2009, em Genebra, salienta que, no actual contexto de crise, os princípios da equidade, solidariedade e inclusividade assumem relevância particular e recomenda aos diferentes países que promovam a intervenção multisectorial e desenvolvam a sua actividade com o objectivo de garantir uma cobertura universal, reforçando uma abordagem global.

Deste modo, impõe-se, mais do que nunca, que os sistemas de saúde, elementos estruturantes das sociedades contemporâneas, respondam cada vez melhor, com mais rapidez e maior eficiência aos desafios decorrentes da transformação em curso. Neste enquadramento, faz-se apelo à capacidade das organizações, que integram os sistemas de saúde, para planearem, organizarem e gerirem a sua actividade em função das necessidades das populações e das expectativas sociais existentes,

desenvolvendo uma orientação mais centrada no cidadão, que potencie a obtenção de ganhos em saúde e a criação de valor.

Deste modo, as estratégias para mitigar o impacto da crise devem ser encaradas como oportunidades de reforma dos sistemas de saúde e sua legitimação junto das comunidades, o que passa necessariamente por deixar para trás a lógica burocrático-normativa e por orientar o sistema para o cidadão, promovendo a participação da sociedade civil e incorporando directa ou indirectamente a sua opinião na organização e funcionamento dos serviços, de forma a maximizar a satisfação dos seus potenciais utilizadores.

Se é um facto que nos últimos 30 anos, se foi registando um progressivo reconhecimento da importância de se envolverem os diferentes actores (*stakeholders*) do sistema de saúde e de se valorizar a voz e a opinião dos cidadãos, enquanto dimensão relevante no processo de produção em saúde, actualmente, é consensual que a participação representa uma estratégia incontornável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do desempenho global dos sistemas de saúde, constituindo-se como um princípio-chave a ser incorporado em todos os processos de reforma das políticas de saúde.

Em 2001, no âmbito do enquadramento conceptual de análise do Sistema de Saúde Português, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) destacava já o papel do cidadão enquanto contribuinte e utilizador e enfatizava a necessidade de se alterar consideravelmente a relação do sistema de saúde com o cidadão. Sublinhavam-se, então, alguns dos direitos formalmente reconhecidos nos normativos em vigor, como sejam o direito à informação, o direito de escolha e o direito de representação que, a serem efectivamente respeitados, permitem situar o cidadão no centro do sistema (OPSS, 2001).

Na medida em que permite melhorar os níveis de literacia em saúde, capacitar os cidadãos para efectuarem escolhas informadas, orientar os utilizadores no sistema, o direito à informação é, assim, considerado como um instrumento de democratização do sistema de saúde, a par do financiamento, da organização e da gestão dos serviços de saúde.

A necessidade de fornecer informação aos cidadãos remete também para o conceito de transparência – um dos critérios básicos da boa governação – e para o conceito de participação. A transparência materializa-se, por exemplo, na disponibilização aos cidadãos de informação actualizada e fidedigna relativa aos tempos de espera para acesso aos diferentes tipos de cuidados de saúde, aos indicadores de qualidade dos cuidados prestados ou, à forma como são aplicados e geridos os recursos públicos.

Por sua vez, a participação concretiza-se, por exemplo, por via do reconhecimento e operacionalização do direito a reclamar quanto à experiência vivida no sistema de saúde ou pelo envolvimento na tomada de decisão aos diferentes níveis do sistema, o que pode ir desde um nível mais micro, no âmbito da prestação directa de cuidados, a uma perspectiva mais macro, relacionada com o planeamento, definição de prioridades e decisão política.

Na relação entre profissionais e utentes, não subsistem dúvidas que, só com base na escuta activa, no envolvimento do indivíduo e sua família, no estímulo à participação na definição de um plano de intervenção especificamente orientado para as suas condições de saúde, é possível operacionalizar efectivamente os princípios subjacentes ao consentimento informado, potenciar a adesão consciente e activa ao que é proposto, reduzir o erro na prestação de cuidados e melhorar a qualidade desses cuidados.

O actual Plano Nacional de Saúde (PNS) atribui ênfase à centralidade do cidadão no sistema (DGS, 2004), tendo sido, para esse efeito, definidas algumas acções estratégicas, de entre as quais se destaca, aumentar a liberdade de escolha dos cidadãos e o acesso destes a informação validada, isenta e pertinente. Este Plano reconhece também a “pobreza de mecanismos formais e informais para encorajar a participação dos cidadãos no sistema de saúde”, propondo que se encoraje a mobilização social e se dê voz à cidadania através de organizações da sociedade civil.

Face a semelhantes objectivos, torna-se também fundamental avaliar, de forma rigorosa, as necessidades em saúde ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, o que consiste num processo sistemático que visa estudar a relação entre os problemas de uma população e os recursos disponíveis, de forma a priorizar intervenções, melhorar os resultados e diminuir as desigualdades em saúde (Pickin e St. Leger, 1997; Hooper e Longworth, 2002).

O processo de determinação das necessidades é, também, uma oportunidade de envolver os cidadãos nas questões do planeamento em saúde. As definições neste domínio são vastas mas assentam, essencialmente, em duas perspectivas. O modelo dominante tem como ponto de partida os serviços de saúde e de apoio existentes analisando, posteriormente, o número e tipo de utilizadores. A segunda perspectiva parte da população definindo, em seguida, quais os serviços e políticas que melhor se adequam às suas necessidades. No entanto, a ênfase nos indivíduos, e não nos serviços, é uma abordagem mais consensual, dado que proporciona uma visão mais alargada das necessidades e dos serviços necessários, permitindo introduzir mudanças mais efectivas (Pickin e St. Leger, 1997).

Neste contexto, o cidadão assume um papel preponderante na medida em que é parte activa na expressão das suas necessidades específicas, tratando-se este processo de um exemplo de consulta pública. Por outro lado, no processo de determinação das necessidades é fundamental que se identifiquem os recursos disponíveis na comunidade que podem contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença. Estes recursos vão para além dos especificamente afectos ao sector da saúde incluindo todos os serviços de apoio existentes, quer ao nível familiar quer na comunidade. Por último, surge a maximização dos ganhos em saúde obtida a partir da relação entre a medida do estado de saúde e dos recursos existentes e consequente intervenção. Os decisores políticos têm aqui um papel fundamental na implementação ou na adequação das estratégias face aos resultados obtidos.

E tudo isto passa por dois pilares do sistema de saúde, de importância vital para os cidadãos: o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Neste sentido, o Relatório de Primavera seleccionou o acesso a cuidados de saúde em ambulatório, em especial as primeiras consultas de especialidade efectuadas pelos cuidados de saúde primários para os hospitais. Iniciou assim um estudo com o objectivo de monitorizar o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida pelos hospitais da rede do SNS às solicitações feitas pelos médicos dos ACES ou centros de saúde.

Além disto, consideramos que a segurança e a qualidade devem ser analisadas de acordo com uma abordagem sistémica, considerando as diferentes vertentes que lhe estão associadas, para que seja possível concertar acções com vista a melhores resultados para o cidadão. Em termos de segurança, o risco de infecções (apesar de ser um problema crescente), representa apenas um factor menor relativamente à segurança do doente e dos resultados clínicos. As competências e experiência dos profissionais que prestam os cuidados representam um factor bem mais importante no sucesso do tratamento, principalmente se representar um procedimento cirúrgico numa área de especialidade. De acordo com Farrington-Douglas e Brook (2007), o *Bristol Inquiry* concluiu que os sistemas e os processos existentes para melhorar a qualidade e desenvolver uma cultura de segurança são cruciais para a melhoria dos resultados, no entanto, a consciência do doente para os riscos e variações na qualidade e segurança são baixas. Em Portugal, de acordo com França (2008) não existe evidência sobre a frequência e causas de insegurança na prestação dos cuidados.

Para além disto, este ano, o OPSS decidiu abordar também a questão da utilização dos antibióticos, já que a correcta implementação de estratégias de intervenção para o uso adequado e racional destes fármacos é essencial para travar o grave problema de saúde pública. Decidiu ainda abordar a gestão da diabetes, dado tratar-se de uma doença crónica em larga expansão em todo o mundo e

em Portugal as estimativas de prevalência da diabetes referiam em 1995 cerca de 5.1% e em 2006 cerca de 6.5%. Com base nos critérios diagnósticos definidos pela OMS (WHO, 1999), foi realizado um estudo da prevalência da diabetes em Portugal (Gardete *et al.*, 2010) que veio dizer-nos que no grupo etário dos 20 aos 79 anos a prevalência da Diabetes é de 11,7% e a da “hiperglicémia intermédia “ ou “pré-diabetes “ de 23,2%, afectando em especial os mais idosos, o que em termos globais estima 905.035 portugueses com diabetes e 1.782.663 pessoas com “pré-diabetes”.

1.1 Acesso a cuidados de saúde em ambulatório

Controlados os tempos de espera em cirurgia e mantendo-se a espera para tratamento oncológico em diminuição sustentada, durante os próximos cinco anos o OPSS vai acompanhar a evolução da garantia dos tempos de resposta das consultas externas hospitalares, isto é, o caso específico das primeiras consultas de especialidade referenciadas pelos cuidados de saúde primários para os hospitais.

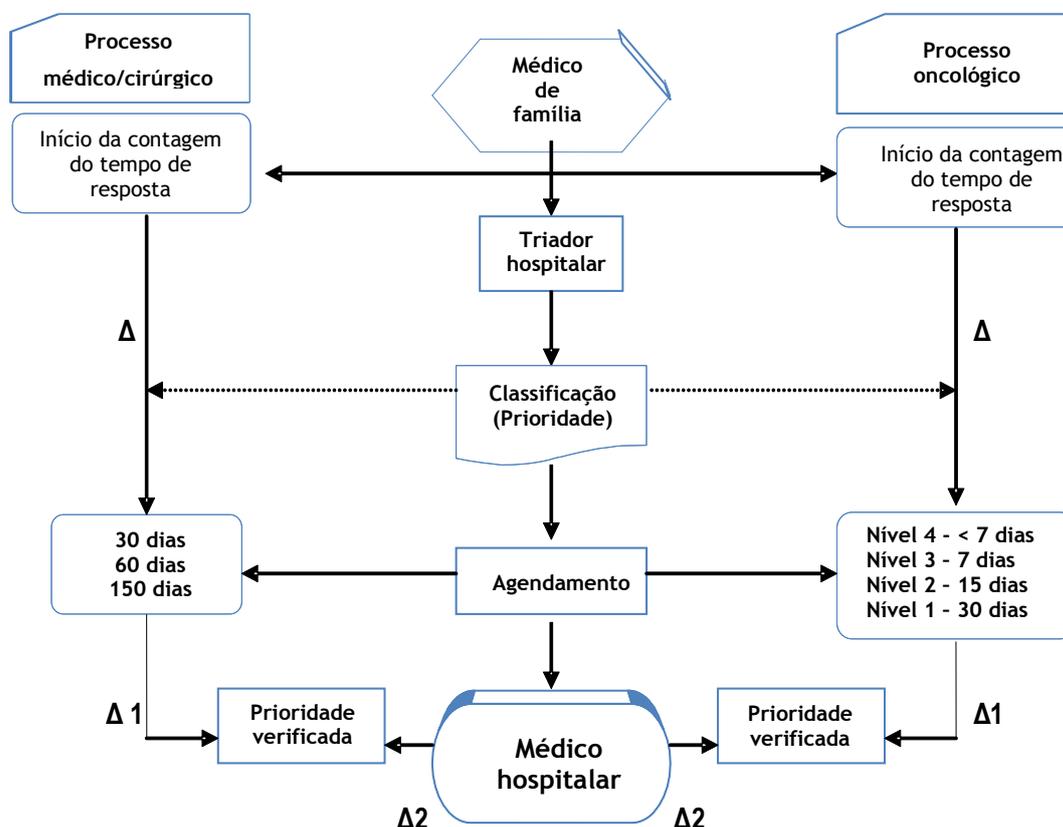
O acesso aos cuidados de saúde representa a dimensão dos sistemas de saúde que mais contribui para a diminuição das disparidades na equidade horizontal (Andrulis, 1998; Swift, 2002). Com a aprovação pela Assembleia da República da Lei 41/2007, de 24 de Agosto, o sistema de saúde português passou a ficar dotado de um instrumento jurídico que enquadra o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde dentro de tempos de resposta garantidos. As disposições nele contidas aplicam-se tanto à rede de ACES/Centros de Saúde como aos hospitais, abrangem todo o tipo de produção e obrigam também as entidades com quem o Serviço Nacional de Saúde (SNS) estabelece acordos ou convenções.

Dos aspectos mais relevantes desta Lei destaca-se (i) a obrigatoriedade de os estabelecimentos do SNS, tendo como referência os prazos estabelecidos legalmente, fixarem anualmente os seus tempos de resposta, os quais deverão constar dos respectivos planos de actividades e contratos-programa, (ii) a informação aos utentes de todos os aspectos relacionados com o processo de resposta ao atendimento solicitado pelos médicos de família, e (iii) a prestação de contas anual à Assembleia da República quanto à aplicação desta Lei.

Com efeitos a partir de 1 de Janeiro e para vigorar até 31 de Dezembro de 2009, a Portaria 1529/2008, de 26 de Dezembro, fixou, a nível nacional, os tempos máximos de resposta garantidos para o acesso a cuidados de saúde nos vários tipos de prestações sem carácter de urgência. Relativamente aos tempos máximos de resposta garantida dos centros de referência hospitalar, a

legislação fixa para 2009 três níveis de prioridade para as especialidades médicas e cirúrgicas e quatro níveis de prioridade para a oncologia (figura 1).

Figura 1. Fluxo do processo da Consulta a Tempo e Horas



Dois relatórios elaborados pela Inspeção Geral das Actividades em Saúde (IGAS), em 2007 e 2009, (Intervenção temática sobre listas de espera para primeiras consultas hospitalares e listas de espera para primeiras consultas hospitalares e intervenções cirúrgicas, www.portaldasaude.pt) relativo a 20 especialidades hospitalares, das quais 12 médicas e 8 cirúrgicas, avaliam o volume de utentes em espera com consulta agendada, permitindo comparar a situação em 31/12/2008 com a situação em 31/03/2006 (quadro 1).

Quadro 1. Evolução do volume de utentes em espera por consulta hospitalar

Especialidades	Utentes em espera		
	31.03.2006	31.12.2008	Δ (%)
Cardiologia	18.009	15.126	-16,0%
Cirurgia geral	24.296	28.883	19,0%
Cirurgia vascular	11.940	13.636	14,2%
Dermatologia	34.629	46.584	34,5%
Endocrinologia	9.257	11.475	24,0 %
Estomatologia	4.531	15.097	233,0%
Gastrenterologia	8.958	13.869	55,0%
Ginecologia	13.110	22.759	73,6%
Medicina física	9.057	7.980	-11,9%
Medicina interna	5.486	9.649	76,0 %
Neurocirurgia	5.306	7.605	43,3 %
Neurologia	9.515	11.958	25,7%
Oftalmologia	97.847	114.606	17,0%
Ortopedia	32.109	43.990	37,0%
ORL	45.125	51.416	14,0%
Pediatria	4.858	8.939	84,0%
Pneumologia	4.673	10.916	133,0%
Psiquiatria	6.571	11.686	78,0%
Reumatologia	2.951	4.319	46,4%
Urologia	24.501	25.408	3,7%
Totais	372.729	475.901	27,7%

Cinco especialidades, uma médica e quatro cirúrgicas – dermatologia, cirurgia geral, oftalmologia, ortopedia e ORL – representavam, nos dois momentos da contagem, 60% do volume de utentes em espera por consulta. Onde se verificou maior amplitude no volume de doentes em espera foi nas especialidades de estomatologia, ginecologia, medicina interna, pediatria, pneumologia e psiquiatria, em que se regista mais do dobro da variação média.

O tempo de espera para cuidados de saúde hospitalares globalmente considerados representou 39% das queixas dos utentes em 2007 – o primeiro motivo de queixa em todas as ARS, variando entre 44.5% nos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo e 2,8% nos hospitais da ARS do Alentejo (IGAS, 2008). Num estudo realizado em 2007 pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) sobre a “Qualidade apercebida e satisfação do utente nos hospitais EPE e SPA” (www.acss.min-saude.pt), a variável tempo de espera do parâmetro Consulta Externa apresentava, numa escala 0-100, um mínimo de 58,6 e um máximo de 88,2.

Neste contexto e no âmbito da sua missão, o OPSS propôs-se analisar o acesso às primeiras consultas de especialidade hospitalar, na sequência de referência pelos CSP.

Objectivo e desenho do estudo

O estudo a desenvolver, com a duração de cinco anos (2009-2013), realiza-se com o objectivo de monitorizar, com periodicidade anual, o grau de aplicação da Lei 41/2007, de 24 de Agosto, na parte que respeita ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida pelos hospitais da rede do SNS às solicitações feitas pelos médicos dos ACES/Centros de saúde. Em complemento, analisa-se a variabilidade do acesso daqueles doentes tomando como referência os respectivos perfis sócio-demográficos.

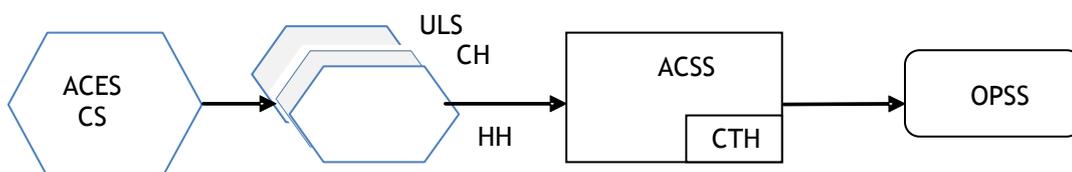
A monitorização é o tipo de estudo longitudinal que exige a especificação de três aspectos do respectivo processo: (i) o objectivo, (ii) os momentos de avaliação e, (iii) o tipo de medidas correctivas. Neste estudo (figura 2), o objectivo é representado pela concordância entre os tempos de resposta garantidos e os tempos de resposta observados; os momentos de avaliação que são reportados a 31 de Dezembro do período entre 2009-2013; as medidas correctivas, no caso de uma entidade com as características do OPSS, assumem a forma da evidência que os Relatórios do OPSS conseguirem produzir e do impacto que eles possam ter sobre o desempenho dos hospitais da rede do SNS.

Figura 2. Processo de monitorização da CTH



O universo das unidades de observação do estudo é constituído por 18 especialidades médicas e 8 especialidades cirúrgicas. A base institucional do estudo é representada por 38 pontos de recolha de dados envolvendo unidades locais de saúde (ULS), centros hospitalares (CH) e hospitais singulares (HH). O Anexo 1 apresenta as listas das especialidades e das unidades seleccionadas. O critério de inclusão no estudo foi, tanto para as ULS como para os CH, de se considerar pelo menos um hospital de nível II. Os dados a analisar, colhidos na base de dados da Coordenação do Programa Consulta a Tempo e Horas (CTH) da ACSS, têm o seguinte roteiro:

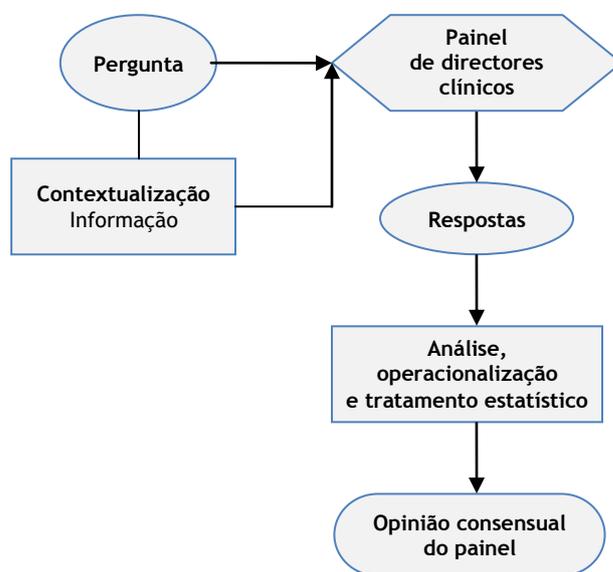
Figura 3. Fluxo de Informação da CTH



Para a realização do estudo tomaram-se como representativas do desempenho dos hospitais nesta função as especialidades médicas e cirúrgicas que tenham obtido, pelo menos 75% dos directores clínicos participantes num painel Delphi modificado, uma classificação ≥ 3 , numa escala de 1-5.

Este painel Delphi modificado, representado na figura 4 e cuja metodologia é apresentada no Anexo 1, é realizado numa volta em que, para além da pergunta colocada aos participantes e que foi objecto de um pré-teste quanto à sua formulação, envolvendo quatro médicos hospitalares, foi apresentada informação sobre os desvios verificados relativamente ao tempo de resposta para cada uma das prioridades definidas na legislação.

Figura 4. Resumo do processo Delphi



A escolha de uma técnica consensual para a escolha das especialidades representativas do desempenho dos hospitais nesta função, está particularmente indicada neste estudo uma vez que se pretende dar resposta a um problema em condições de incerteza e com dados insuficientes. A metodologia assenta no princípio de que *n cabeças* pensam melhor do que uma e o tipo de dados

utilizados são as opiniões de peritos com competências particularmente relevantes nesta área (Justo, 1993).

A decisão de seleccionar exclusivamente directores clínicos para o processo decisional sobre a escolha das especialidades que irão ser observadas analiticamente ao longo de cinco anos remete para o lugar que estes dirigentes ocupam nos órgãos de administração destas instituições e as funções que lhes estão atribuídas em matéria de gestão clínica e de regulação do acesso. Cabe-lhes interpretar e fazer aplicar, no contexto das respectivas organizações, a legislação que fixa os tempos máximos de resposta.

Não estando no âmbito deste estudo a análise dos critérios clínicos que levam à ordenação de cada caso nas três categorias dos tempos máximos de resposta, foram considerados para efeitos do objectivo nele fixado o tempo de resposta entre o centro referenciado e o centro referenciador, medido através do intervalo entre a data de referenciação e a data do agendamento no centro referenciado (Δ) e entre este e a data de realização do atendimento (Δ_1), a diferença entre o volume das prioridades agendadas e resolvidas (Δ_2) (figura 1), o tempo médio de espera em cada especialidade contado no momento da realização da consulta e as respectivas comparações inter-regionais.

No primeiro ano do estudo, relativo a 2009, serão consideradas a especialidade médica e a especialidade cirúrgica mais bem classificadas no painel Delphi.

Quanto à variabilidade no acesso às especialidades hospitalares do estudo ela será analisada tomando como variáveis explicativas os dados sócio-demográficos: género, idade, profissão, instrução e local de residência. Para cada especialidade será seleccionada uma amostra representativa do volume de primeiras consultas realizadas. Esta análise será realizada em dois momentos, no segundo e no último ano do estudo.

Resultados

O painel Delphi numa volta realizou-se entre os dias 13 e 31 de Março, tendo respondido à pergunta 27 directores clínicos. A taxa de participação foi de 71% (quadro 2), verificando-se maior participação dos directores clínicos (DC) das instituições da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, considerando as ARS com maior número de hospitais. Esta amostra é estatisticamente significativa e representativa do universo em estudo para um $\chi^2 = 8,14$ e $p > 0,05$.

Quadro 2. Distribuição da participação dos DC no painel Delphi

	Universo	Amostra	%
ARS Norte	13	8	62%
ARS Centro	9	7	78%
ARS LVT	11	9	82%
ARS Alentejo	3	1	33%
ARS Algarve	2	2	100%
Total	38	27	71%

Considerando o critério de elegibilidade das especialidades médica e cirúrgica, representativas do desempenho destas instituições na função “consulta externa” referenciada pelos médicos de família através do programa Consulta a Tempo e Horas, foram seleccionadas 11 especialidades médicas e seis especialidades cirúrgicas (quadro 3).

Quadro 3. Especialidades médicas consensualizadas pelo painel Delphi

Especialidades médicas	Consenso	Média das pontuações
Gastrenterologia	92%	3,77
Ginecologia	92%	3,69
Cardiologia	89%	3,89
Psiquiatria	88%	3,81
Hematologia clínica	85%	3,15
Endocrinologia e nutrição	83%	3,22
Nefrologia	82%	3,45
Infeciologia	78%	3,22
Medicina física e de reabilitação	78%	2,89
Pediatria	76%	3,76
Obstetria	75%	3,69
Reumatologia	74%	3,21
Dermatologia	72%	3,24
Cardiologia pediátrica	72%	3,56
Neurologia	69%	3,35
Pneumologia	69%	2,96
Imuno-alergologia	60%	2,60
Medicina interna	59%	3,33

Refira-se a distância posicional comparativa de algumas especialidades, considerando as categorias “consenso” e “média das pontuações”: dez posições de diferença na especialidade de hematologia clínica, oito posições nos casos da medicina interna e medicina física e de reabilitação, sete posições na cardiologia pediátrica e endocrinologia e nutrição e seis posições na neurologia e pediatria. Estas distâncias tornam a ordenação das duas categorias estatisticamente independentes para um $\chi^2=56,06$ e $p<0,005$. A amplitude entre os pontos extremos da categoria “consenso” foi de 33 pontos percentuais e 1,29 na categoria “média das pontuações”.

No caso das especialidades cirúrgicas (quadro 4) praticamente não houve distâncias posicionais considerando as duas categorias. Quanto à amplitude, foi de 41 pontos percentuais no critério consensual e 1,56 no critério da média das pontuações.

Quadro 4. Especialidades cirúrgicas consensualizadas pelo painel Delphi

Especialidades cirúrgicas	Consenso	Média das pontuações
Oftalmologia	100%	4.15
ORL	96%	3.96
Urologia	96%	4.08
Cirurgia vascular	89%	3.89
Ortopedia	89%	3.81
Cirurgia geral	81%	3.81
Estomatologia	64%	2.86
Cirurgia maxilo-facial	59%	2.59

Foram assim seleccionadas as especialidades de gastroenterologia e de oftalmologia para análise da espera por uma consulta externa solicitada pelos médicos de família para os seus inscitos.

Estas escolhas são consistentes com os desvios médios observados para as três categorias de prioridades da CTH (anexo 1). A oftalmologia tem um desvio positivo de 93,5 dias e 55,1 dias para as consultas muito prioritárias e prioritárias, respectivamente e, 26,1 dias para a prioridade normal, encontrando-se em último lugar na escala dos desvios relativamente aos tempos de resposta padrão para as especialidades cirúrgicas seleccionadas. Quanto à gastroenterologia, encontra-se no último quartil das escalas “muito prioritária” e “normal” e com um desvio positivo de oito dias relativamente ao padrão da categoria “prioritário”.

Assim, em relação ao acesso às consultas externas de gastroenterologia e oftalmologia no âmbito da CTH, no final do período em análise, 2009, estavam inscitos para primeira consulta no CTH 700.395 doentes, tendo sido dados por concluídos 472.119 pedidos, 67,4% do total. Destes, 91,1% foram concretizados em consultas realizadas, 5,6% dos pedidos foram recusados, e 3,3% foram cancelados. Estes pedidos inscitos no CTH representaram 2,1% do total de consultas realizadas pelos médicos de família dos centros de saúde (ACSS, 2009).

No universo de consultas realizadas, no processo de triagem foi atribuída muita prioridade e prioridade a 2,5% e 12,4%, respectivamente, dos pedidos e considerados sem prioridade especificada 85.1% dos pedidos.

O tempo médio de resposta dos hospitais do SNS foi de 110,2 dias, sendo de 60 dias para os casos muito prioritários, 73,9 dias para os casos prioritários e 117,6 dias para os casos sem prioridade especificada (ACSS, 2009).

Relativamente ao total dos 18.835 pedidos para a especialidade de gastroenterologia inscritos no período em análise, foram realizadas 8 263 consultas, transitaram 39% dos casos para 2010, 14% foram recusados e 3% cancelados (quadro 5). A taxa de efectividade (consultas realizadas/consultas realizadas+pedidos transitados) foi de 53%.

Quadro 5. Indicadores do processo de gestão dos pedidos de consulta

Médias CHT	%	Médias Gastroenterologia	%
Consultas realizadas	61.4%	Consultas realizadas	44%
Pedidos recusados	3.8%	Pedidos recusados	14%
Pedidos cancelados	2.2%	Pedidos cancelados	3%
Pedidos transitados	32.6%	Pedidos transitados	39%

Fonte: ACSS, 2009

As distâncias mais significativas relativamente à média dos indicadores de tratamento dos pedidos verificaram-se na percentagem de consultas realizadas e dos pedidos recusados, responsáveis por um $\chi^2=15,47$ e $p<0,005$.

O tratamento realizado pelos hospitais de cada ARS relativamente aos pedidos de consulta desta especialidade foi muito variável (quadro 6). Nas consultas realizadas oscilou entre 37% (ARS Norte) e 53% (ARS Lisboa e Vale do Tejo), nas consultas transitadas essa oscilação situou-se entre 34% (ARS de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo) e 49% (ARS Centro), nos pedidos recusados entre 8% (ARS Centro) e 20% (ARS Norte) e nos pedidos cancelados foi onde se verificou maior homogeneidade de desempenho. Esta variabilidade relativamente às médias esperadas é estatisticamente significativa para o conjunto dos valores de cada categoria, ($\chi^2=14,58$ e $p<0,005$).

Em duas ARS (Norte e Centro), verificou-se um balanço negativo entre as consultas realizadas e os pedidos transitados, tendo sido também nestas ARS que a distância à média geral dos pedidos recusados foi maior.

Quadro 6. Indicadores do processo de gestão dos pedidos de consulta, por ARS

	Consultas realizadas	Pedidos recusados	Pedidos cancelados	Pedidos transitados	Total
ARS Norte	37%	20%	3%	40%	7.676
ARS Centro	40%	8%	3%	49%	2.813
ARS LVT	53%	10%	3%	34%	6.663
ARS Alentejo	49%	13%	3%	34%	547
ARS Algarve	45%	14%	2%	39%	1.136
Média	44%	14%	3%	39%	18.835

Relativamente ao processamento interno dos pedidos de consulta, verificaram-se os seguintes tempos médios em cada um dos pontos de análise e decisão, apresentados na última linha do quadro 7: (i) envio para a triagem (2,6 d); (ii) triagem (17,4 d); (iii) envio para marcação (27,2 d); (iv)

avaliação e marcação (47,2 d) e, (v) realização da consulta (49,6 d). Mais de dois terços da espera média é atribuível ao processo de decisão do prestador directo, na qual se inclui a avaliação do pedido, a marcação e a realização da consulta (iv e v).

Quadro 7. Distribuição dos tempos médios do processo de gestão dos pedidos, por ARS

	envio para a triagem	triagem	envio para marcação	avaliação e marcação	realização da consulta	Média (dias)	Máximo (dias)
ARS Norte	2,2	20,7	53,3	76,2	52,3	131	707
ARS Centro	4,3	40,8	16,4	61,6	33,3	97,1	561
ARS LVT	1,6	7,6	7,2	16,4	56,9	74,9	515
ARS Alentejo	1,0	12,4	2,5	15,9	52,6	70,6	211
ARS Algarve	9,0	9,1	22	40,1	17,4	60,3	584
Média	2,6	17,4	27,2	47,2	49,6	99	707

Fonte: ACSS, 2009

Considerando a distribuição destes tempos médios por ARS, a variabilidade é bastante significativa, verificando-se amplitudes consideráveis no ponto de envio para a marcação de consulta, 50.8 dias entre a ARS do Norte e do Alentejo, 60.3 dias no ponto da avaliação e marcação da consulta também entre estas ARS e 39.5 dias entre a ARS do Centro e do Algarve, no ponto da realização da consulta (quadro 7).

Considerando as três categorias de prioridades, o tempo de resposta nesta consulta não se afasta significativamente da média verificada para todas as consultas para um $\chi^2 = 0,84$ e para $p > 0,5$ (quadro 8).

Quadro 8. Comparação dos tempos médios de resposta nas três categorias de prioridade

Especialidade	Muito prioritário	Prioritário	Normal
Todas	60 dias	73,9 dias	117,6 dias
Gastroenterologia	64 dias	68,0 dias	114,5 dias

Fonte: ACSS, 2009

Em relação à oftalmologia, no período em análise foram referenciados pelos médicos de família 128.157 pedidos de consulta da especialidade, tendo sido realizadas 46.332 consultas, transitaram 56% dos casos, 6,7% foram recusados e 1,2% cancelados (quadro 9). A taxa de efectividade foi de 36,1%.

Quadro 9. Indicadores do processo de gestão dos pedidos de consulta

Médias CHT	%	Médias Oftalmologia	%
Consultas realizadas	61.4%	Consultas realizadas	36,1%
Pedidos recusados	3.8%	Pedidos recusados	6.7%
Pedidos cancelados	2.2%	Pedidos cancelados	1.2%
Pedidos transitados	32.6%	Pedidos transitados	56%

Fonte: ACSS, 2009

As diferenças mais significativas nos indicadores de tratamento dos pedidos verificaram-se nas consultas realizadas e nos pedidos transitados, responsáveis por um valor de $\chi^2=29,6$ e $p<0,005$.

Contrariamente à grande homogeneidade verificada nos pedidos recusados e cancelados, a variabilidade inter-regional nas consultas realizadas e nos pedidos transitados foi bastante significativa, explicando a quase totalidade do $\chi^2=44,17$ e $p<0,005$, relativamente às médias esperadas (quadro 10). Deve salientar-se a distância percentual entre as ARS de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo tanto quanto a consultas realizadas como a pedidos transitados.

Quadro 10. Indicadores do processo de gestão dos pedidos de consulta, por ARS

	Consultas realizadas	Pedidos recusados	Pedidos cancelados	Pedidos transitados	Total
ARS Norte	38%	7%	1%	54%	69.058
ARS Centro	40%	3%	2%	55%	14.061
ARS LVT	22%	8%	2%	68%	29.538
ARS Alentejo	58%	6%	1%	35%	8.405
ARS Algarve	47%	6%	1%	46%	7.095
Média	36%	7%	1%	56%	128.157

Só em duas ARS, Alentejo e Algarve, se verificou um balanço positivo entre as consultas realizadas e os pedidos transitados, sendo bastante desproporcionada a situação nos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, com um diferencial de 46 pontos percentuais.

O ponto de avaliação e marcação da consulta representou nesta especialidade 43% do total do fluxo temporal, elevando-se para 66% se considerarmos o período entre a triagem e a marcação da consulta (iii e iv).

A variabilidade regional da distribuição dos tempos médios em cada ponto do processo de tratamento do pedido de consulta é bastante acentuada (quadro 11), verificando-se uma amplitude de 42,5 dias entre as ARS de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo no ponto da triagem, de 104,5 dias no ponto de envio para a marcação de consulta e de 154,7 dias no ponto de avaliação da marcação, entre as mesmas ARS.

Quadro 11. Distribuição dos tempos médios do processo de gestão dos pedidos, por ARS

	envio para a triagem	triagem	envio para marcação	avaliação e marcação	realização da consulta	Média	Máximo
ARS Norte	3.1	49.8	60.3	113.2	38.8	153.8	734.9
ARS Centro	11.7	63.5	37.4	112.6	29.0	143.1	828.0
ARS LVT	10.0	64.7	113.8	188.6	42.1	232.7	940.1
ARS Alentejo	2.4	22.2	9.3	33.9	33.0	69.9	697.6
ARS Algarve	14.9	41.7	46.9	103.5	30.4	136.6	831.1
Média	6.1	51.6	63.5	121.2	37.4	160.6	940.1

Fonte: ACSS, 2009

Os valores dos tempos médios de resposta verificados nas três categorias de prioridade (quadro 12) afastam-se significativamente dos valores observados em todas as especialidades, contribuindo o χ^2 da categoria “muito prioritário” com cerca de 50% do total do $\chi^2=66,3$ e $p<0,005$.

Quadro 12. Comparação dos tempos médios de resposta nas três categorias de prioridade

Especialidade	Muito prioritário	Prioritário	Normal
Todas	60 dias	73.9 dias	117.6 dias
Oftalmologia	123,5 dias	115.1 dias	176.1 dias

Fonte: ACSS, 2009

Conclusões

Considerando o período em análise como o primeiro ano de aplicação plena do sistema informático de comunicação entre os médicos de família e os hospitais da rede do SNS, para referenciação de doentes assume-se, como ainda não estando consolidados, tanto os critérios de referenciação como o processo de tratamento dos pedidos de consulta. Assume-se também que é desigual a fase de desenvolvimento organizacional dos hospitais e das ARS no que respeita às exigências de cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida em cada prioridade.

Representa, no entanto, um assinalável avanço para o sistema de informação em saúde a criação da plataforma informática Consulta a Tempo e Horas, nomeadamente a sua estrutura paramétrica, permitindo não só uma vasta quantidade de *outputs* para a gestão clínica como estando igualmente habilitada a fornecer informação bastante detalhada para alimentar a investigação em serviços de saúde.

Os aspectos mais relevantes a assinalar da análise da informação sobre o tratamento dos pedidos de consulta de gastroenterologia e oftalmologia são o risco para a situação clínica dos doentes, imputável à demora nos pontos do processo e o acesso desigual ao momento do diagnóstico.

Relativamente ao risco para a situação clínica dos doentes, a resposta verificada nas categorias com indicação de muito prioritário e prioritário ultrapassa significativamente os valores considerados como garantidos, particularmente na oftalmologia, só se aproximando no caso dos doentes classificados prioritários, da gastroenterologia. Naturalmente que este diferencial há-de ter consequências nos planos do agravamento da situação clínica, da necessidade e intensidade de tratamento acrescido e da recuperação.

Quanto às desigualdades inter-regionais, elas são particularmente manifestas nos hospitais das ARS do Norte e Centro, tratando-se da gastroenterologia e, da ARS de Lisboa e Vale do Tejo no que

respeita à oftalmologia. Nos três casos a distância à média nacional é considerável, contribuindo para as iniquidades horizontais no acesso a um bem que devia ter distribuição mais uniforme.

Deve também referir-se a grande variabilidade inter-regional na gestão dos fluxos internos dos pedidos de consulta, impondo a necessidade de um acompanhamento rigoroso dos tempos de espera nos pontos de envio para marcação de consulta, avaliação e marcação da consulta e, realização da consulta.

1.2 Controlo de infecção

A segurança e a qualidade devem ser analisadas de acordo com uma abordagem sistémica e considerando as diferentes vertentes que lhe estão associadas, para que seja possível concertar acções com vista a melhores resultados para o cidadão. Em termos de segurança, o risco de infecções é um problema crescente e é um dos factores relativamente à segurança do doente e dos resultados clínicos.

O Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI) divulgado pela DGS em Março de 2007 insere-se no Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e resultou do relatório da Comissão para a Formulação do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, criada por despacho do Alto-Comissário da Saúde de 30 de Setembro de 2005 e publicado em D.R. II série nº 219, de 15 de Novembro.

O PNCI define a Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) como “a infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”.

Reconhecendo que a IACS é uma importante causa de morbi-mortalidade, reconhecendo ainda a importância das resistências bacterianas aos antibióticos em Portugal (e de um modo geral nos países do Sul da Europa), aceitando o desafio da OMS de tornar a prestação de cuidados mais segura, o PNCI definiu “quatro linhas estratégicas de actuação e suporte de programa: a organização; o desenvolvimento individual e organizacional; o registo e monitorização; a comunicação, procurando dotar as unidades de saúde de instrumentos facilitadores da melhoria da organização dos serviços, da prestação de cuidados e da medição de resultados”.

O PNCI estabeleceu como finalidade diminuir, a nível nacional, a incidência de IACS. Um dos objectivos específicos definidos era até ao final do ano de 2009, passar a conhecer a incidência da IACS em 60% das Unidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS.

Enumeramos apenas algumas das metas intermédias que foram definidas para atingir até final de 2009:

- 70% das US teriam CCI efectivas e em pleno funcionamento;
- 60% das US participariam na Rede Nacional de Registo, aderindo a pelo menos um dos Programas de VE propostos e aplicáveis;
- 30% das US teriam os laboratórios informatizados;
- 30% das US teriam uma Comissão de Antibióticos;
- 50% dos profissionais da CCI teriam formação em IACS;
- 70% dos profissionais de prestação directa de cuidados teriam formação em áreas prioritárias de prevenção e controlo de infecção;
- Uma redução de 3% nas quatro principais IACS prevalentes nas unidades de saúde.

Considerando prematura a avaliação dos resultados deste ambicioso programa, devidamente acompanhado de um Plano Operacional do Programa de Controlo de Infecção (POPCI), será, no entanto, importante acompanhar o grau de realização das metas intermédias, até para se perceber se há ou não necessidade de alterar algumas das intervenções, para garantir o cumprimento das metas estabelecidas.

Um dos objectivos do PNCI é o desenvolvimento de políticas de antibióticos já que se reconhece que Portugal apresenta taxas elevadas de Microrganismos Multirresistentes nomeadamente de *Staphylococcus* Meticilina-Resistente (MRSA).

No seu último relatório, a EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System), que recolhe por rotina os dados dos testes de sensibilidade aos antimicrobianos e fornece análises de tendência com informação de retorno através de um *website* interactivo (www.rivm.nl/earss), refere que quase todos os países europeus demonstram descidas ou estabilização nas taxas de MRSA com a excepção de Portugal e Malta, os dois países em que a taxa é superior a 50%. A diminuição mais consistente foi observada em França. No Reino Unido onde se observavam taxas elevadas, verifica-se uma tendência para a descida a partir de 2006.

Os dados portugueses correspondem a resultados de 22 Laboratórios equivalendo a 10.234 camas e uma estimativa de cobertura de 81% da população do país (8,6 milhões de população coberta).

O Inquérito Nacional de Prevalência (INP) realizado em 25 de Maio de 2009 incluiu 114 hospitais, o que corresponde a 80 % dos hospitais públicos e 34% dos hospitais privados e, obteve uma prevalência de doentes com IACS de 9,8% e de doentes com Infecções adquiridas na Comunidade (IC) de 20,3%. O estudo anterior realizado em Maio de 2003 envolvendo 67 hospitais obtivera uma

prevalência de 8,7% de doentes com IACS e 22,7% de doentes com IC. Em 2009 *Staphylococcus aureus* metilina resistente (MRSA) foi o microrganismo mais frequentemente isolado nas IN (15,8%).

A taxa de MRSA é considerada como um indicador da qualidade dos programas de controlo de infecção. Se, por um lado, o seu aparecimento se deve (pelo menos em parte) à pressão selectiva de antibióticos reflectindo assim as práticas na sua prescrição, por outro lado, a sua disseminação (neste caso com taxas superiores a 50% observadas nos hospitais portugueses) reflecte as deficiências nas práticas de controlo de infecção nomeadamente no isolamento de doentes e no cumprimento das precauções básicas.

Dadas as dificuldades no acesso a informação que permita uma análise séria deste importante problema e, porque se revela fundamental acompanhar a avaliação dos resultados em relação às metas intermédias enunciadas para proceder a eventuais alterações e, assim, garantir o cumprimento das metas estabelecidas, o OPSS encontra-se actualmente a definir uma metodologia que permita o acompanhamento desta área durante o próximo ano, para o que irá procurar ter acesso a dados primários.

1.3 Utilização dos antibióticos

A correcta implementação de estratégias de intervenção para o uso adequado e racional dos antibióticos é essencial para minorar o grave problema de saúde pública resultante do aumento das resistências bacterianas, com consequências não só de aumento da morbilidade e mortalidade, mas também do aumento dos custos associados à prestação de cuidados de saúde.

Ameaças e desafios

Desde a publicação do primeiro Relatório de Primavera, que o OPSS tem vindo a chamar a atenção para o grave problema de saúde pública de resistência aos antibióticos resultante, em parte, da incorrecta utilização destes medicamentos, procurando suscitar a discussão destas matérias, nomeadamente através da análise da evolução dos padrões de utilização de antibióticos em Portugal.

De facto, estudos epidemiológicos têm demonstrado que a utilização inadequada de antimicrobianos aumenta o risco de aparecimento de resistências bacterianas, com consequências

por um lado em termos do aumento da morbidade e mortalidade, e por outro do aumento dos custos associados à prestação de cuidados de saúde, reconhecendo-se como um problema mundial de saúde pública. Esta situação é ainda mais preocupante uma vez que a disponibilização de novos antibióticos tem sido feita a um ritmo inferior ao da emergência de novas resistências.

Em 2001, a União Europeia (UE) colocou em curso uma estratégia comunitária (EU, 2001a) contra a resistência antimicrobiana, com recomendações (EU, 2001b) aos países para implementação de iniciativas que encorajem a utilização prudente de agentes antimicrobianos na medicina humana. Estas estratégias abrangem sistemas de monitorização da utilização de antibióticos e das resistências bacterianas, medidas preventivas e de controlo de infecção, bem como a promoção da educação, formação e investigação nestas áreas. Em 2008, a Comissão Europeia (CE) realizou um inquérito aos Estados Membros para avaliar o ponto de situação relativamente ao desenvolvimento das estratégias nacionais (EU, 2002). O relatório concluiu que os diversos Estados Membros implementaram, de facto, várias acções identificadas nas Recomendações, resultando num significativo progresso. No entanto, enumera também algumas áreas em que as medidas ficaram aquém do pretendido e onde será necessária maior atenção.

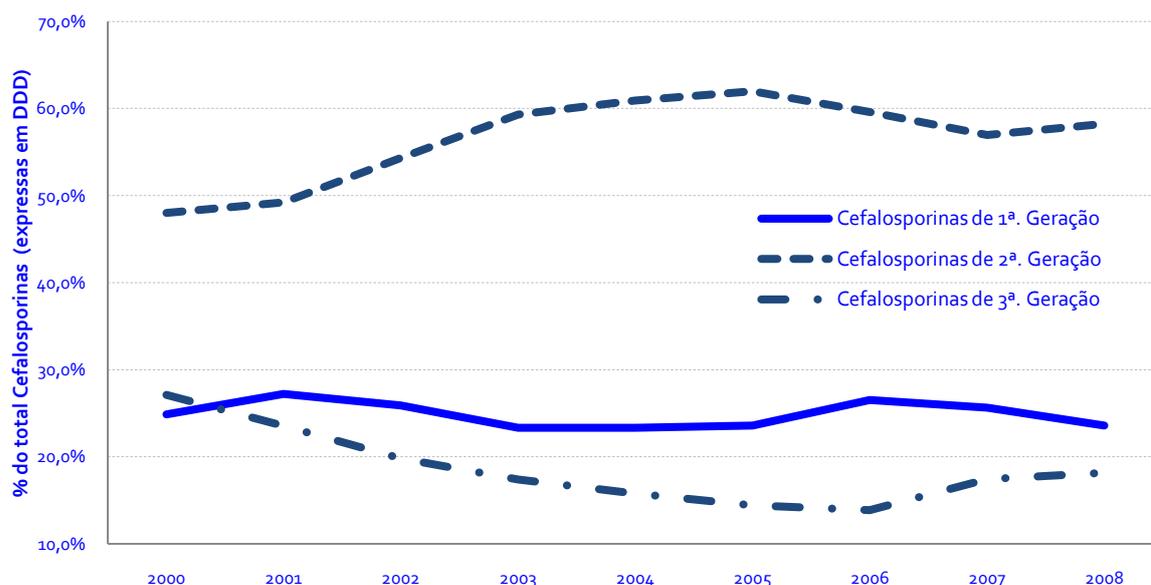
Em Novembro de 2008, foi lançada mais uma iniciativa de saúde pública da UE - "O Dia Europeu dos Antibióticos" - que surge como um evento anual celebrado nos 27 Estados Membros (CPME, 2009). O objectivo desta iniciativa é apoiar acções nacionais com o intuito de sensibilizar o público sobre os riscos decorrentes da resistência aos antibióticos para a saúde pública e, alertar para a utilização correcta e responsável dos antibióticos de forma a manter a sua eficácia no futuro. Os Governos têm aqui um papel vital no sentido de fazer chegar esta mensagem à população em geral, através de acções de sensibilização e informação, mas contando também com a participação activa dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outros) na disseminação da mensagem aos doentes.

Mais recentemente, em 2009, foi publicado um relatório conjunto entre o Centro Europeu de Prevenção e Controlo da Doença (*ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control*) e a Agência Europeia de Medicamentos (à data, *EMA - European Medicines Agency*), que conclui que a resistência aos antibióticos é já substancial na Europa, com tendência para aumentar (ECDC/EMA, 2009). O relatório salienta que em cada ano morrem aproximadamente 25.000 doentes na UE devido a infecções com bactérias multirresistente, resultando em custos adicionais para a sociedade, com cuidados de saúde e perdas de produtividade, estimados em cerca de 1.500 milhões de euros cada ano. Ao mesmo tempo que identifica o insuficiente desenvolvimento de agentes antibacterianos com novos mecanismos de acção, com potencial para combater o desafio das

multirresistências, alertando para a necessidade urgente de uma estratégia global para ultrapassar estas dificuldades. Neste contexto, os Governos, juntamente com a indústria farmacêutica e centros académicos de I&D, devem concertar esforços para ultrapassar estas ameaças.

Acompanhando as preocupações e orientações europeias, também Portugal iniciou intervenções neste âmbito. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004) integra nas suas oito metas específicas na área do medicamento, duas referentes à utilização de antibióticos. Só em 2008, os indicadores do PNS registaram melhorias no valor percentual de consumo de cefalosporinas e de quinolonas relativamente ao total de antibióticos em ambulatório. De facto, o consumo de cefalosporinas (figura 5) diminuiu em 2008 para 9,4%, tendo sido ultrapassada a meta definida no PNS para 2010 situada nos 10%. Apesar de se verificar um decréscimo na percentagem do consumo associado às quinolonas desde 2001, de acordo com os dados constantes no recente relatório de avaliação da WHO/Europa (2010), o valor de 12,7% referente a 2008, está ainda aquém do ambicionado, salientando-se que a meta fixada para 2010 é de 10,6%.

Figura 5. Utilização de cefalosporinas no ambulatório do SNS



Fonte: INFARMED

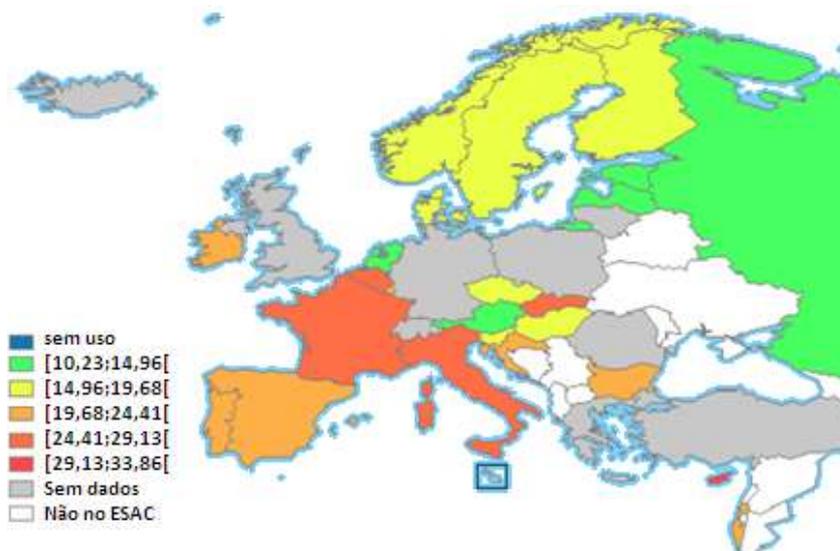
O PNS previa, ainda, a criação do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (PNPRA), da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde (DGS). Neste contexto, foi criada uma Comissão Técnica (Despacho n.º 20729/2008, 2ª série, de 29/07, D.R. n.º 152. de 07/08) com o objectivo de conceber, implementar, monitorizar e avaliar este Programa Nacional, visando as seguintes quatro estratégias: a) vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos; b) monitorização dos consumos de antimicrobianos; c) emanação de orientações técnico-normativas; d) promoção da formação dos profissionais de saúde e da educação e

informação do público. Aguarda-se com interesse a publicação e divulgação deste Programa Nacional, bem como os resultados práticos das diversas estratégias delineadas.

Acresce a estas intervenções a participação de Portugal em sistemas de vigilância internacionais financiados pela UE, como o projecto ESAC (*European Surveillance of Antimicrobial Consumption*) criado em 2001, e que visa analisar a utilização de antimicrobianos na Europa e traduzir as variações em indicadores de qualidade para a monitorização da Saúde Pública; ou o projecto EARSS (*European Antimicrobial Resistance Surveillance System*), que analisa os padrões de resistência aos antimicrobianos. Juntos, o ESAC e o EARSS proporcionam uma imagem das tendências actuais emergentes da utilização e da resistência antimicrobianas na Europa, de forma a dirigir intervenções e avaliar a eficácia de programas de prevenção nesta área.

De acordo com os últimos dados publicados pelo ESAC, referentes a 2007, existem elevadas diferenças entre os países da Europa quanto aos padrões de utilização de antibióticos (ESAC, 2007). A figura 6 mostra um mapa da Europa com o nível de utilização de antibióticos em ambulatório, avaliado em Doses Diárias Definidas DDD/por 1000 habitantes/dia (DHD), utilizando a Classificação Internacional ATC/DDD (versão 2008) da OMS (WHO, 2008).

Figura 6 - Mapa da Europa com a utilização de antibióticos em ambulatório (2007), em DDD/1000 hab/dia



Fonte: ESAC, 2007

Observa-se que os países do Norte da Europa (como a Rússia, Holanda, Letónia ou Áustria) têm um padrão de utilização de antibióticos significativamente menor do que os países do Sul da Europa, (como o Chipre, França, Itália, Luxemburgo ou Bélgica). Não se podendo correlacionar directamente, não deixa de ser curioso que os dados do Sistema Europeu de Vigilância da Resistência aos Antimicrobianos mostrem a existência de uma diferença Norte-Sul, com taxas de

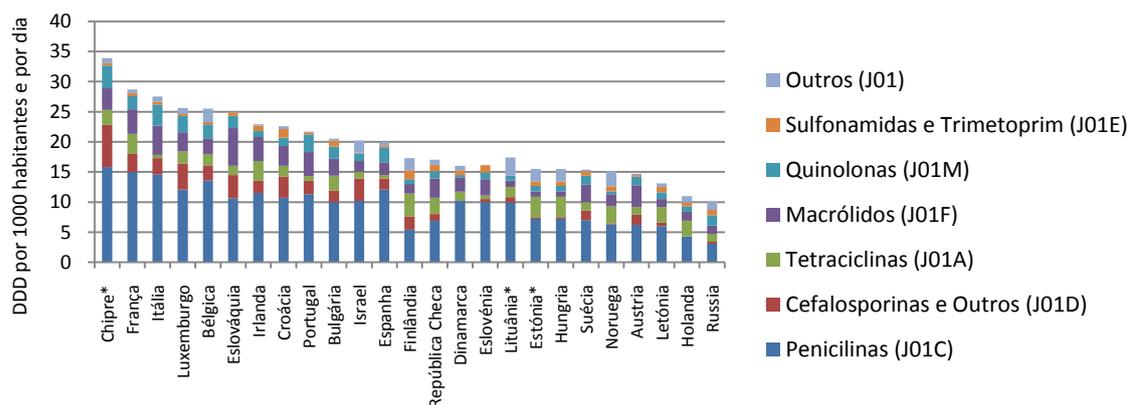
resistência mais elevadas no Sul da Europa, onde se constata a maior utilização de antibióticos (EARSS, 2007).

Alguns dos países analisados apresentam uma tendência geral de crescimento contínuo durante todo o período de vigilância da utilização de antibióticos, como a Itália, Irlanda e Dinamarca, ou de decréscimo no caso de Portugal.

Esta evolução faz com que Portugal passe a ocupar a nona posição, em 2007, entre os países com maior utilização (após o sétimo lugar ocupado em 2006). Apesar desta tendência positiva, o nosso país situa-se, ainda, acima da média europeia, com uma utilização de 21,8 DDD/1000 habitantes/dia em 2007, destacando-se pela negativa ao continuar a ser o terceiro país com maior utilização de quinolonas (precedido apenas pelo Chipre e pela Itália).

Como se constata na figura 7, as penicilinas (J01C) são os antibióticos prescritos mais frequentemente em todos os países, variando de 31% (na Rússia) para 63% (na Dinamarca e Espanha) no total em ambulatório e, com um aumento de utilização nos últimos anos. De seguida vêm as cefalosporinas (J01D) com uma variação na utilização de 0,2% (na Dinamarca) para 22% (na Grécia). As tetraciclina (J01A) reflectem uma maior utilização nos países escandinavos, com diminuição geral nos níveis de utilização ao longo do período observado. Quanto às quinolonas (J01M), a sua utilização variou entre 3% (na Dinamarca) e 17% (na Rússia), com ligeira diminuição durante o início do estudo e, posterior estabilização.

Figura 7. Utilização de antibióticos em ambulatório (2007): distribuição por classes terapêuticas



* Chipre, Lituânia, Estónia: utilização em ambulatório e meio hospitalar.

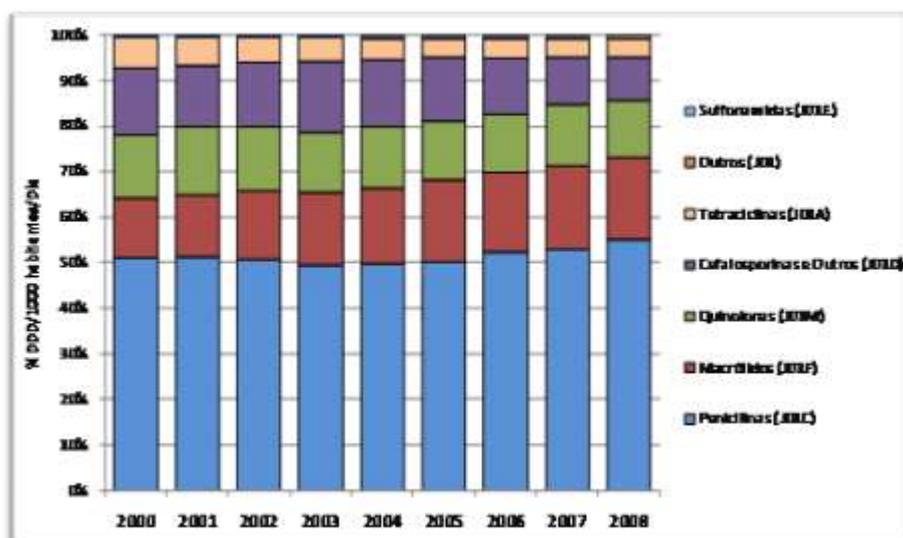
Fonte: ESAC, 2007

Diversos factores poderão explicar estas diferenças internacionais, como as variações de prevalência e/ou incidência da doença, variações demográficas, socioeconómicas e culturais, devendo fomentar-

se o aprofundamento destas temáticas, com o intuito de perceber as especificidades locais que condicionam estas variações no padrão de utilização de antibióticos entre os vários países.

Em Portugal, os dados disponibilizados pelo INFARMED (mercado ambulatório do SNS) vêm confirmar a tendência decrescente no consumo de antimicrobianos desde 2000, conforme referido anteriormente. Os antibióticos mais utilizados são as penicilinas que, em 2008, representam 55,1% do consumo total (11,6 DHD em 2008), seguidos pelos macrólidos com 17,8% (3,75 DHD) e que assumem importância em termos absolutos e relativos neste grupo de medicamentos. As quinolonas surgem logo a seguir, representando 12,8% do total de antibióticos (2,68 DHD), com uma evolução positiva (de decréscimo no consumo), seguidas pelas cefalosporinas que constituem 9,4% (1,98 DHD), e que têm vindo a perder peso no total de consumo de antibióticos (figura 8).

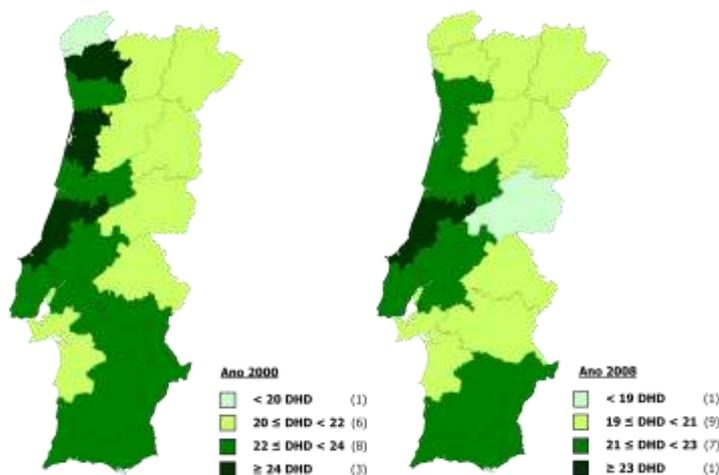
Figura 8. Evolução em Portugal da utilização de antibióticos em ambulatório: % de DDD/1000 habitantes/dia por classes terapêuticas (2000 a 2008) no mercado SNS



Fonte: INFARMED – Dados de mercado ambulatório do SNS. Adaptado

Em termos regionais, observa-se uma diminuição no consumo de antibióticos mais acentuada em determinados distritos, com algumas assimetrias (visíveis na figura 9) entre o litoral, que apresenta maiores níveis de consumo e, os distritos do interior de Portugal. Destaque para o distrito de Leiria, em 2008, com maior utilização por habitante (23,81 DHD) e o distrito de Castelo Branco com menor utilização por habitante (18,06 DHD).

Figura 9 – Mapa de Portugal com a utilização de antibióticos em ambulatório: DDD/1000 habitantes/dia por distrito (2000 vs 2008) no mercado SNS



Fonte: INFARMED – Dados de mercado ambulatório do SNS. Adaptado

Conforme já referido, será verdadeiramente indispensável perceber as causas da distribuição regional dos padrões de utilização de antibióticos em Portugal, nomeadamente para sustentar a correcta implementação de estratégias de intervenção para o uso racional destes medicamentos no nosso país.

Neste contexto, salienta-se o papel fundamental das instituições públicas e dos centros de investigação privados, numa perspectiva de avaliação e divulgação transparente dos resultados de estudos sobre estas matérias fundamentais.

Refira-se, a este propósito, a publicação de um estudo conjunto entre o ONSA e o CEFAR, em 2000, com o objectivo de contribuir para melhorar o conhecimento sobre a utilização dos antibióticos, recorrendo à informação prestada pelos próprios consumidores, numa amostra de Portugal Continental (ONSA/CEFAR, 2000). Os resultados principais demonstraram uma adesão terapêutica baixa (59,3%), tendo sido fundamentalmente a duração do tratamento que apresentou a maior percentagem (42,8%) de indivíduos não aderentes. Mais de um terço dos inquiridos (33,7%) referiram ter sobrado medicamento e o destino dado ao excedente (59% deitou fora; 31,7% guardou).

Salienta-se, também, a realização em Portugal de uma campanha de sensibilização e educação para a saúde sobre esta matéria - uso correcto de antibiótico 2004-2007 (Huttner *et al.*, 2010), patrocinada por uma entidade privada (empresa farmacêutica) e apoiada pelo Ministério da Saúde. Esta iniciativa constituiu mais um alerta para a utilização racional dos antibióticos, através de uma larga divulgação pública, nomeadamente na imprensa escrita, rádio e internet.

Em Abril de 2010, foram publicados os resultados do Eurobarómetro referente à resistência antimicrobiana, estudo encomendado pelo Director-Geral para a Saúde e Consumidores da UE, com o intuito de perceber o nível de conhecimento dos Europeus sobre os antibióticos e determinar as melhores acções para promover a preocupação sobre os riscos do uso incorrecto dos antibióticos (EU, 2010). Os resultados foram obtidos através de entrevistas realizadas entre 13 de Novembro e 9 de Dezembro (antes e depois do Dia Europeu do Antibiótico), num total de 26.761 pessoas inquiridas (com 1.038 entrevistas realizadas em Portugal).

Os resultados observados variam consideravelmente entre os diversos países europeus, reforçando que a maior utilização de antibióticos é feita nos países do Sul da Europa e nas pessoas com menores níveis de conhecimento sobre os medicamentos em análise. Conforme se pode observar na figura 10, 95% dos inquiridos (da UE 27) responderam que obtiveram o antibiótico através de prescrição médica ou directamente através do médico (98% em Portugal).

Figura 10 – Tabela com os resultados por país: “Como obteve os últimos antibióticos que utilizou?”

		Por prescrição médica ou dado por médico	Sem prescrição de uma farmácia	Tinha sobras de doença anterior
 EU27		95%	3%	2%
 BE		95%	2%	2%
 BG		91%	5%	1%
 CZ		98%	1%	1%
 DK		97%	0%	1%
 DE		98%	1%	1%
 EE		88%	5%	4%
 IE		96%	1%	0%
 EL		89%	7%	3%
 ES		92%	4%	3%
 FR		97%	1%	1%
 IT		95%	1%	3%
 CY		94%	6%	0%
 LV		88%	6%	5%
 LT		86%	7%	5%
 LU		98%	0%	1%
 HU		92%	5%	2%
 MT		94%	4%	1%
 NL		97%	1%	1%
 AT		93%	4%	2%
 PL		96%	1%	1%
 PT		98%	1%	1%
 RO		79%	16%	3%
 SI		97%	2%	0%
 SK		96%	2%	2%
 FI		99%	1%	0%
 SE		98%	1%	1%
 UK		97%	2%	0%

Fonte: EU, 2010

Quanto ao nível de conhecimento sobre os antibióticos, o panorama não é muito positivo. Os inquiridos no norte da Europa são claramente as pessoas mais bem informadas sobre os efeitos dos antibióticos, em contraste com os resultados da Roménia, Portugal, Hungria, Áustria e Bulgária.

81% dos inquiridos responde que todos devemos ter um contributo para assegurar que os antibióticos continuam a ser eficazes. A maioria dos inquiridos responde que optariam pelo médico (88%) para obter informação de confiança sobre antibióticos, seguida pelo farmacêutico (42%) e só depois pelo hospital (18%). No entanto, quando questionados sobre qual a fonte de informação onde receberam a mensagem para não usar antibióticos desnecessariamente, apenas 30% referiram o médico, 29% através de anúncios na TV, 15% pela leitura no jornal ou através das notícias, e 5% referiram o farmacêutico (embora em Portugal esta percentagem seja das maiores com 10%).

Estes resultados demonstram que apesar dos programas implementados por cada país, incluindo campanhas de sensibilização pública, o caminho a percorrer ainda é muito grande.

Perspectivas Futuras

Em termos de conclusão, realça-se que, mais do que avaliar as quantidades dos consumos, interessa identificar os principais factores responsáveis por diferenças tão marcadas nos padrões de utilização e determinar o impacto destas variações no aparecimento de resistências aos antibióticos.

Será importante perceber se as diferenças na utilização de antibióticos poderão significar que há diferenças significativas na incidência das patologias que motivam a prescrição ou se há razões relacionadas com a qualidade da prática clínica.

Salienta-se, ainda, que é preciso olhar os dados com cautela (consumo vs resistências) porque apesar de se saber há muito que a utilização excessiva de antibióticos contribui para aumentar as infecções resistentes ao tratamento, esta correlação é de difícil prova e depende de múltiplos factores, como o tipo de antibiótico, a exposição individual ao medicamento, a densidade populacional, entre outros.

Neste contexto, recomenda-se: o alargamento e consolidação das redes de informação (contando, nomeadamente, com parcerias entre instituições públicas e centros de investigação privados), com a ampla divulgação dos resultados obtidos e, o reforço da necessidade de intervenção nesta área, apostando na melhoria dos padrões de prescrição, de dispensa e de utilização de antibióticos. Sendo crucial que estas estratégias, fomentadas pelos decisores políticos, passem pela acção da indústria farmacêutica no desenvolvimento de novos agentes antibacterianos que combatam o desafio das

multiresistências, sem esquecer o envolvimento determinante dos diversos profissionais de saúde e dos doentes.

1.4 Gestão da Diabetes

A diabetes é uma doença crónica em larga expansão em todo o mundo. Segundo os números da International Diabetes Federation (IDF, 2009) existem em 2010 cerca de 285 milhões de pessoas entre os 20 e 79 anos com diabetes, prevendo a mesma fonte para 2030 cerca de 438 milhões. Estes números apresentam no entanto variações regionais significativas. Na Europa o número de pessoas com diabetes deverá aumentar 20% até 2030 e mais de 90% no Médio Oriente e África.

A Diabetes no mundo

Enquanto doença crónica, a diabetes situa-se entre as quatro principais causas de morte a nível mundial, sendo responsável por, aproximadamente, 4 milhões de óbitos a nível global (6,8% da mortalidade a nível global e 11% da mortalidade europeia). O quadro 13 apresenta as prevalências estimadas para 2010 para os países europeus. Os custos directos que determinam a nível dos sistemas de saúde atingem 11,6% da despesa de saúde mundial, traduzindo um valor de 376 biliões de dólares em 2010, na Europa os custos associados aproximam-se dos 2% da despesa total em saúde.

Quadro 13 - Prevalências estimadas para 2010 (20-79 anos).

País	Prevalência Estimada (2010)
Áustria	11%
Croácia	9%
Republica Checa	9%
Dinamarca	8%
Finlândia	8%
França	9%
Alemanha	12%
Grécia	9%
Hungria	9%
Itália	9%
Holanda	8%
Polónia	9%
Portugal	12%
Roménia	8%
Federação Russa	9%
Espanha	9%
Suécia	7%
Suíça	11%
EUR Total	9%

Fonte: IDF, 2009

Os Programas Nacionais da Diabetes (PND) definem um instrumento através do qual os diferentes países assumem uma atribuição explícita de recursos para a prevenção e controlo da diabetes, traduzindo desta forma uma indicação de comprometimento político e técnico face ao crescimento desta doença crónica. Estes Programas constituem assim um importante método para enquadrar políticas coordenadas, sustentadas e um quadro financeiro para a organização da resposta à ameaça epidemiológica da diabetes. Considerando a sua função crítica na resposta às orientações das Nações Unidas, OMS e Assembleia Mundial de Saúde, a IDF implementou um questionário entre as 202 associações-membro, para determinar a existência, conteúdos e estado de implementação dos Programas Nacionais da Diabetes, nos países de origem (Colagiuri *et al.*, 2010). Os conteúdos dos programas a nível mundial são variados, mas é possível identificar um conjunto de temas transversais (quadro 14).

Quadro 14. Conteúdos referenciados nos programas nacionais de diabetes nos países com organizações membro da IDF

Tópico referenciado	Total de países com PND*
Consciencialização da comunidade	46 (85%)
Prevenção primária	45 (83%)
Rastreio/diagnóstico precoce	46 (85%)
Cuidados clínicos de rotina e serviços	49 (91%)
Medicamentos e consumos essenciais	45 (83%)
Prevenção secundária de complicações	49 (91%)
Complicações vasculares	48 (89%)
Aspectos psicológicos e comportamentais	32 (59%)

Fonte: Colagiuri *et al.*, 2010

* N° de respostas seguido pela percentagem entre parêntesis.

A procura de especificação de objectivos dos PND por país, permitiram identificar um conjunto de objectivos transversais: potenciar o alerta e conhecimento público: promoção, informação e educação; prevenção primária (redução da incidência da diabetes), secundária (diagnóstico precoce e modificação de comportamentos) e terciária (redução de complicações, mortalidade e minimização do impacto da doença); melhorar a qualidade do tratamento e cuidados na diabetes: acessibilidade, focalização na comunidade, equipas multidisciplinares e abordagens centradas na pessoa; formação contínua e desenvolvimento/treino de competências das equipas de saúde; desenvolvimento de *guidelines*/normas de orientação técnica nacionais; apoio à investigação sobre diabetes e implementar registos para a diabetes tipo 1.

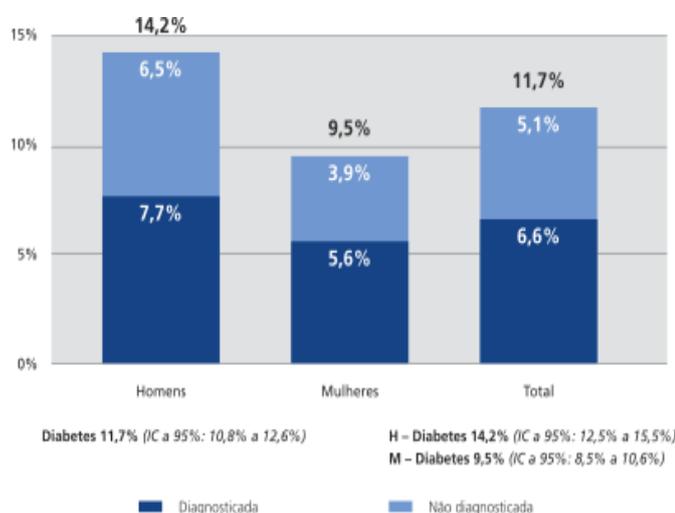
Cerca de 30% dos países com PND referiram ter em curso um processo de avaliação e reportaram o processo implementado. Os indicadores de avaliação preferencialmente relatados foram: prevalência e incidência de diabetes; número de casos; terapêuticas utilizadas; indicadores bioquímicos e avaliação clínica; educação terapêutica (conhecimento da doença, sucesso de

técnicas de autogestão e modificação comportamental); complicações (referenciação e tratamento; despesa pública e privada associada); colaboração entre serviços de saúde e associações de diabetes.

A diabetes em Portugal

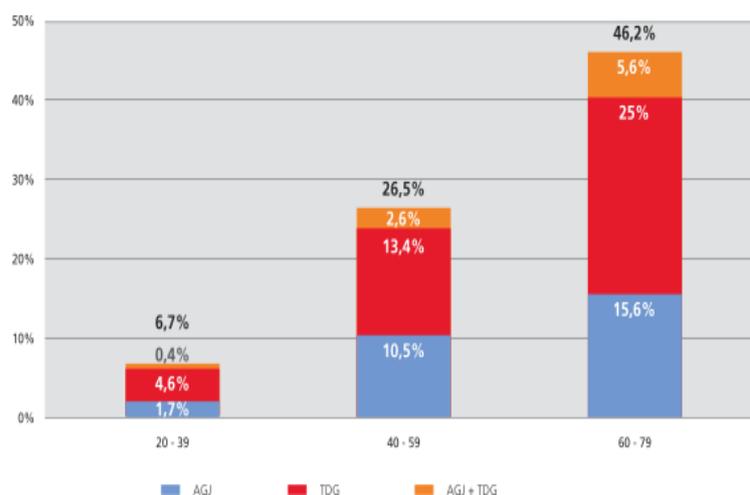
Em Portugal as estimativas de prevalência da diabetes referiam em 1995 cerca de 5,1% e em 2006 cerca de 6,5%. Não existiam até agora números nacionais fidedignos, baseando-se as estatísticas oficiais em números extrapolados da Catalunha e num inquérito realizado em 2006 pelo Instituto Nacional de Saúde com um valor de 6,5% obtido por auto-referenciação (INE, 2007). Com base nos critérios diagnósticos definidos pela OMS (WHO, 1999), o recente estudo da prevalência da diabetes em Portugal (Gardete *et al.*, 2010) veio trazer ao conhecimento a preocupante realidade portuguesa: no grupo etário dos 20 aos 79 anos a prevalência da diabetes é de 11,7% (figura 11) e a da "hiperglicémia intermédia " ou "pré-diabetes " de 23,2%, afectando em especial os mais idosos (figura 12), o que em termos globais estima uns surpreendentes 905.035 portugueses com diabetes e 1.782.663 pessoas com "pré-diabetes".

Figura 11. Prevalência 2009 da diabetes na população entre os 20 e os 79 anos



Fonte: Gardete *et al.*, 2010

Figura 12: Prevalência 2009 da “pré-diabetes” por grupo etário



Fonte: Gardete *et al.*, 2010

Este aumento é atribuído às mudanças sociais e culturais rápidas das últimas décadas com a adopção de estilos de vida de risco (obesidade e sedentarismo). Por outro lado o envelhecimento populacional vem ampliar o problema pois é espectável que se encontrem números superiores aos actuais à medida que a faixa de idosos na população aumente.

Na análise destes dados para além do valor padronizado da prevalência (género e idade) importa ponderar:

- Uma prevalência de diabetes não diagnosticada de 5,1% (aproximadamente 400.000 pessoas), o que equivale a 43% do total de pessoas com diabetes;
- Cerca de 23,2% da população, apesar de não apresentar critérios diagnósticos de diabetes, encontra-se numa situação de “pré-diabetes”, caracterizada já por um aumento dos valores de glicemia em jejum e/ou pós-prandial;
- As projecções elaboradas pela IDF (2009) para Portugal apontam para uma prevalência de 13,7% em 2030 (quadro 15).

Quadro 15 – Projecções 2030 da prevalência da diabetes em Portugal (20-79 anos)

	Pop. (20-79) (milhões)	Prevalência Portugal	Prevalência Mundial	Género masculino	Género Feminino	20-39	40-59	60-79	Diabetes Melitus (ooos)
Portugal 2030	7,94	13.7%	11.2%	626.246	465.026	83.249	371.241	636.780	1,091.272

Fonte: IDF, 2009

No que respeita à análise de complicações secundárias à diabetes, verificamos que nos indicadores possíveis de monitorizar, pouco se alterou nos últimos anos. Assim, podemos observar que:

- O número de amputações dos membros inferiores, por motivo de diabetes mantém-se estável nos últimos três anos próximo de 1.600 (SPD, 2010), constituindo a diabetes a primeira causa de amputação dos membros inferiores;
- Aproximadamente 25,8% dos internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 29,2% dos internamentos por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) são em pessoas com diabetes (ACSS: GDHs - 2008), sendo que 7,3% das pessoas com diabetes tiveram um AVC e 4,1% já tiveram um EAM (Falcão *et al.*, 2008);
- Cerca de 11,4% das pessoas com diabetes apresentam retinopatia (Falcão *et al.*, 2008), a que acresce um total de 2,3% de pessoas com diabetes cegas ou ambliopes;
- Por fim, aproximadamente 0,2% das pessoas com diabetes estão em programa regular de hemodiálise (Falcão *et al.*, 2008), constituindo 25% do total de pessoas em hemodiálise (SPN, 2009).

De acordo com uma projecção do Observatório da Diabetes (SPD, 2010) tendo por base a replicação das taxas de crescimento médio anual no período 2000-2008, prevê-se que em 2020 a venda de medicamentos para a diabetes (anti-diabéticos orais e insulinas) irá atingir os 480 milhões de euros, sendo o valor encontrado para 2008 de aproximadamente 109 milhões de euros. Os custos directos associados a esta patologia aproximaram-se também dos 535 milhões de euros (medicamentos, tiras teste e hospitalização – GDH), constituindo este valor 0,7% do PIB e 7% da despesa em saúde em 2008.

O Plano Nacional de Saúde que agora termina não valorizou esta doença crónica nas suas prioridades de intervenção. De facto, os indicadores de avaliação propostos não referem a diabetes, não sendo esta doença sequer mencionada na avaliação efectuada. Porém, entre as metas definidas para 2010, encontramos um conjunto de indicadores que traduzem factores de risco para a diabetes: excesso de peso, obesidade e, actividade física. Uma avaliação da evolução dos indicadores em Portugal Continental para o período de 2001 a 2008, realizada pelo ACS com base nos dados fornecidos pelo 3.º e 4.º INS, evidenciam uma tendência desfavorável da progressão dos indicadores entre 2001 e 2006 (ACS, 2010). No que respeita ao indicador de excesso de peso, traduzida pela percentagem de indivíduos com índice de massa corporal entre os 27 e os 29,9, encontramos uma tendência crescente do valor percentual para a faixa etária dos 18 aos 24 em ambos os sexos, tendência que se mantém para o sexo feminino na faixa etária dos 55 aos 64 anos e para os dois sexos nas idades dos 65 aos 74.

O indicador de obesidade, enquanto valor percentual de indivíduos com índice de massa corporal superior a 30, parece evidenciar uma tendência generalizada para todas as faixas etárias em análise e para ambos os sexos, de crescimento do valor percentual no período de 2001 a 2006.

No que respeita ao indicador de actividade física, operacionalizado pelo valor percentual de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses, não se encontra informação disponível que permita definir uma tendência de progressão comparativamente aos dados de 2001.

Analisando as orientações estratégicas e intervenções necessárias inicialmente previstas no Plano Nacional de Saúde e os dados disponíveis em 2010, podemos constatar a realidade patente no quadro 16.

Quadro 16 – Orientações estratégicas e intervenções necessárias definidas no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e situação actual.

Previsto Plano Nacional de Saúde 2004-2010	Situação actual (Relatório avaliação do PNPCD)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A identificação sistemática de diabéticos, com atribuição do Guia do Diabético. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Guia do diabético entregue após revisão com registo de entrega iniciado.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A educação terapêutica aos diabéticos identificados, com forte implicação das associações de diabéticos e da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não foi desenvolvido nenhum processo objectivo que consolidasse a educação terapêutica como estratégia de intervenção, não estando esta actividade estruturada a nível organizacional. Mantém-se como actividade não financiada no processo de contratualização. A nível associativo, as verbas indexadas a este tipo de actividades foram retiradas no final de 2008.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A extensão a todo o território nacional do diagnóstico e tratamento sistemáticos da retinopatia diabética. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O rastreio da retinopatia diabética foi iniciado na ARS Algarve a toda a população, na ARSLVT apenas em 3 ACES no último ano, na ARS Alentejo iniciou-se em Évora. Não é possível apurar quantas pessoas foram rastreadas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O rastreio sistemático do “pé diabético”. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Está a ser realizado pontualmente em alguns hospitais e nos CSP, no entanto encontra-se longe de ser sistemático.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ O rastreio sistemático da microalbuminúria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apenas foi possível obter dados das USF, sendo possível concluir que nesta população 61,9% das pessoas foram rastreadas.

Salientamos no entanto algumas alterações estruturais efectuadas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD) (DGS, 2008) que pretendem dar resposta a este problema, verificámos a introdução da prevenção primária como objectivo geral a atingir, para além de incluir a gestão integrada da diabetes, a prevenção secundária e a redução da mortalidade associada, disponibilizando para 2008, alguns indicadores fundamentais para o desenho de estratégias de intervenção futuras. Também neste Programa se inclui pela primeira vez a educação terapêutica como actividade a desenvolver ao nível operacional, pois a eficaz gestão desta doença passa pela aquisição de competências e saberes que levem o indivíduo com diabetes a assumir um papel activo na gestão da sua doença crónica, colaborando com a equipa de saúde; mas sobretudo,

possibilitando-lhe o conhecimento indispensável, para fazer no seu dia-a-dia, as escolhas necessárias à manutenção do seu bem-estar físico e psicológico.

Na área do financiamento, no entanto, nem as actividades de prevenção, nem o suporte para o auto-cuidado da pessoa com diabetes estão previstas, condicionando num ambiente de constrangimento económico, obvias limitações ao seu desenvolvimento.

Por outro lado, o PNPCD, não tendo orçamento próprio, ou estrutura de apoio vê condicionada a operacionalização da sua estratégia e, indirectamente a responsabilização pelos resultados em saúde obtidos. Recordamos que apesar da emissão de circulares normativas para as ARS e serviços, a DGS não tem capacidade de monitorização ou avaliação do que se passa na realidade, denotando uma necessidade urgente de um melhor sistema de informação e de uma melhor sinergia com a ACSS, em prol de um objectivo básico: o cumprimento das circulares normativas.

Com a crescente consciencialização europeia da variabilidade na qualidade dos cuidados de saúde, surge a necessidade de assegurar indicadores para a sua monitorização e comparabilidade, apostando na transparência dos processos desenvolvidos (Hussey *et al.*, 2004; OECD 2007; Legido-Quigley *et al.*, 2008) e possibilitando a responsabilização do sistema de prestação pelos resultados em saúde obtidos (nível nacional regional e local). Os factores críticos para a agenda de melhoria da qualidade na doença crónica são a informação sobre indicadores-chave, práticas mais efectivas e eficientes, afectação de recursos consonante e uma orientação de estratégias e práticas para a capacitação do cidadão na gestão da doença.

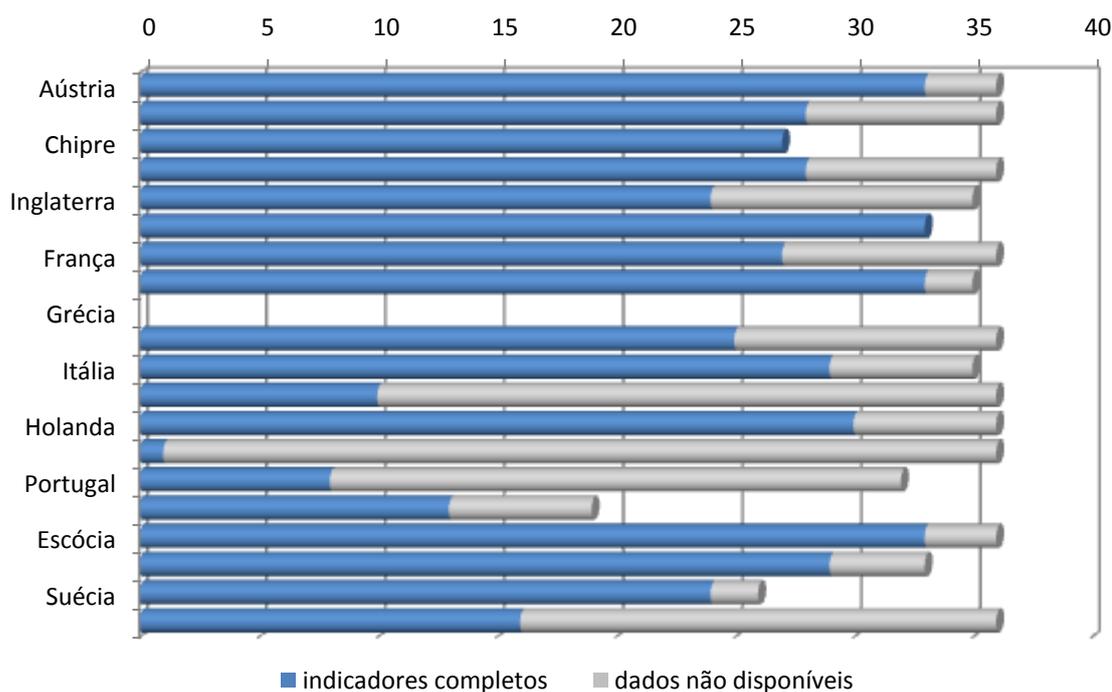
Recordamos que de acordo com a OCDE (Greenfield *et al.*, 2004), no que respeita ao controlo da diabetes deverão ser monitorizados periodicamente os seguintes indicadores:

- Processo: análise HbA_{1c}, análise LDL colesterol anual, rastreio de nefropatia anual, rastreio da retinopatia anual;
- Resultados em saúde de curto prazo: controlo HbA_{1c}, controlo LDL colesterol;
- Resultados em saúde de longo prazo: taxa de amputação dos membros inferiores, doença renal crónica terminal em pessoas com diabetes, mortalidade cardiovascular em pessoas com diabetes.

A estes devem ser agregados indicadores macro como a prevalência e incidência de diabetes, a mortalidade por diabetes, o custo médio anual por doente tratado, o nível de satisfação com os cuidados prestados e a acessibilidade.

No âmbito do projecto *European Core Indicators in Diabetes* (EUCID, 2008), onde Portugal participou, foram definidos 36 indicadores de qualidade (prevalência, idade de incidência, IMC>30 na população geral, IMC>25 na população geral, AGJ na população geral, HbA1c testados, HbA1c, colesterol testados, colesterol>5 mmol/l, LDL-colesterol testados, LDL-colesterol>2.6 mmol/l, HDL-colesterol testados, HDL-colesterol<1.0 mmol/l no género masculino e <1.25 mmol/l no feminino, triglicéridos testados, triglicéridos<2.3 mmol/l, albuminúria testados, albuminúria anormal, pressão arterial testados, pressão arterial >140/90, IMC na população diabética testados, IMC na população diabética≥25 e ≥30, fumadores na população diabética, observação do fundo ocular testados, retinopatia, retinopatia e tratamento atempado de laser, incidência de cegueira, creatinina testados, IRCT, incidência de diálise e transplantação, prevalência de diálise e transplantação, incidência de AVC e EAM, incidência de amputação major, mortalidade por diabetes por idade e mortalidade por diabetes ajustada). Na análise destes indicadores em 2007, Portugal apenas completou seis (figura 13).

Figura 13- Comparação de indicadores por país em 19-11-2007



Fonte: EUCID, 2008

Sugestões

Todas as pessoas com diabetes deverão ter acesso a cuidados custo-efectivos e fundamentados na evidência, sendo os recursos disponíveis a alocar determinantes para os padrões a atingir. No entanto, só por si, as *guidelines* clínicas, baseadas em evidência, não garantem a qualidade dos

cuidados. Apesar da sua grande difusão e da simplicidade dos procedimentos de rastreio, uma proporção considerável de pessoas com diabetes não é cuidada da forma mais adequada (Gnavi *et al.*, 2009). De facto, as *guidelines* têm demonstrado melhoria na prática clínica apenas quando introduzidas no contexto de avaliação, e quando prevêm indicadores mensuráveis (Grimshaw e Russell, 1993).

No actual contexto nacional terão de ser desenvolvidas respostas integradas que permitam a prevenção da diabetes e a identificação precoce de pessoas afectadas, no âmbito de cuidados suportados na evidência. Para tal, torna-se fundamental a existência de um sistema de informação credível que permita a avaliação da qualidade clínica e das políticas implementadas.

No caso Português, e atendendo aos dados de prevalência e controlo da doença, a gestão da diabetes necessita de uma abordagem integrada, com especial ênfase nas seguintes áreas de intervenção:

- Nos cuidados de saúde primários:
 - Desenvolvimento de programas que permitam a prevenção efectiva da doença e a estratificação por risco, permitindo adaptar a intensidade e complexidade dos cuidados disponibilizados;
 - Realização precoce do diagnóstico, através de rastreios custo-efectivos;
 - Desenvolvimento de suportes para a auto-gestão do doente;
 - Organização estruturada de intervenções multidisciplinares especialmente vocacionadas para a diabetes com capacidade para rastrear as complicações secundárias (retinopatia e pé diabético, entre outras), no sentido de prestar um apoio integrado e fundamentado na evidência (*guidelines*) e dar resposta às necessidades em termos de qualidade, acessibilidade e *empowerment*. Isto implica a ponderação dos critérios de contratualização, nomeadamente na inclusão da actividade não médica e das intervenções de rastreio e prevenção;
 - Articulação integrada com hospitais, cuidados continuados, sector social e sector da educação;
 - Desenvolvimento de um sistema de informação funcional e funcionante que permita uma adequada gestão clínica e monitorização da qualidade;
 - Desenvolvimento de competências nos profissionais para o atendimento de pessoas com doença crónica.

- Nos hospitais:
 - O desenvolvimento de hospitais de dia ou estruturas semelhantes, sendo para tal necessário ponderar o financiamento atribuído a esta tipologia de cuidados;
 - A criação de mecanismos de acessibilidade a áreas críticas para pessoas com diabetes, como é o caso da especialidade de oftalmologia e o tratamento do pé diabético;
 - A necessidade de criar um apoio estruturado intra-hospitalar para as pessoas com diabetes.
- Na produção legislativa: Referente ao preço dos bens alimentares, *labeling* e publicidade.
- Nas estruturas de financiamento e coordenação central:
 - Repensar a estrutura de coordenação, reorientando-a para as sinergias que as intervenções de promoção da saúde e identificação de populações de risco determinam na área da diabetes, obesidade e hipertensão;
 - Desenvolvimento de um sistema de informação clínica que possibilite uma efectiva gestão integrada da doença e caracterização anual de indicadores de qualidade dos cuidados prestados;
 - Revisão do sistema de financiamento, com ênfase nos resultados em saúde obtidos;
 - Avaliação das actividades desenvolvidas e responsabilização pelos resultados ao nível local, regional e central.

2. Análise do último ano de governação

A importância da informação e do conhecimento no processo de tomada de decisão.

Um dos principais problemas, que actualmente se coloca no contexto da informação de saúde, prende-se com a circunstância da evidência científica ser pouco utilizada nas tomadas de decisão, quer sejam de nível individual ou colectivo. Tal facto parece dever-se, essencialmente, a dois factores: por um lado, o manancial de informação existente com níveis de qualidade e validade muito variável e, por outro lado, a dificuldade em identificar e utilizar a melhor informação/evidência de suporte a determinado tipo de decisão.

Desta forma, a produção, divulgação e consequente utilização do conhecimento científico no apoio às tomadas de decisão, no que respeita aos assuntos da saúde e da doença (capacitar e promover a participação dos cidadãos para as questões de saúde/doença); da gestão das organizações de saúde (tornar a prestação de cuidados de saúde mais efectiva e eficiente); e das próprias políticas de saúde (reforçar o sistema de saúde), emergem como um dos principais desafios que se colocam hoje, às sociedades, um pouco por todo o mundo.

A translação de conhecimento em saúde, entendida como algo mais abrangente do que a transferência de conhecimento define-se, de acordo com a OMS, como "um processo dinâmico e interactivo, que inclui a produção, divulgação, absorção e a correcta aplicação do conhecimento no sentido da melhoria da condição de saúde, de uma prestação de cuidados de saúde mais eficaz e do fortalecimento do sistema de saúde" (CIHR, 2004). A sua importância advém do facto da evidência científica de grande qualidade muitas vezes não ser aplicada na prática, o que faz da tomada de decisão informada um processo difícil, subjectivo e por vezes pouco efectivo. Uma alteração neste domínio requer uma mudança comportamental com base na avaliação de toda a organização dos cuidados de saúde e das pessoas envolvidas na tomada de decisão, no sentido de implementar um método que evolua do conhecimento para a acção.

O modelo de translação de conhecimento mais consensual é o denominado modelo dinâmico. Este inclui duas condições pré-existentes, a necessidade e o conhecimento prévio, bem como quatro tipologias de capacidades essenciais: capacidade produtora (capacidade de descobrir ou aumentar o conhecimento e, conseqüentemente, aquilo que dele deriva), capacidade de disseminação (capacidade de contextualizar, adaptar e difundir o conhecimento), capacidade de absorção (capacidade de reconhecer o valor do conhecimento "novo", assimilá-lo e aplicá-lo em questões

relevantes para os *stakeholders* do sistema de saúde) e capacidade de adaptação e de resposta (capacidade de aprender e renovar continuamente os elementos da translação de conhecimento para uma mudança e melhoria contínua). Estas quatro capacidades são condição *sine qua non* para que num sistema social, como o da saúde, o processo de translação do conhecimento ocorra com sucesso.

Contudo, este não é um processo simples e pode necessitar do suporte de intermediários (*knowledge brokers*), que têm como principais funções mediar a colaboração entre investigadores e utilizadores do conhecimento produzido e encontrar a evidência para apoiar a tomada de decisões, avaliar essa evidência, interpretá-la e adaptá-la às circunstâncias e identificar questões emergentes de gestão e políticas que a investigação pode ajudar a resolver. Estes intermediários precisam de ter a capacidade de se constituir como a ponte entre os investigadores (capacidade produtora) e os utilizadores do conhecimento (capacidade de absorção).

É hoje consensual o facto de que a governação e a gestão da mudança nos sistemas de saúde nem sempre são realizadas com referência, ou tendo por base, o conhecimento disponível. Atento a esse problema, do fosso que muitas vezes existe entre a tomada de decisão, por parte dos decisores políticos, e o conhecimento disponível ou que está a ser criado e que poderá apoiar essas decisões, o Observatório Europeu para os Sistemas e Políticas de Saúde (EOHSP) iniciou em 2009 um estudo exploratório, denominado *Brokering knowledge and research information to support the development and governance of health systems in Europe* (BRIDGE). O grande objectivo deste projecto, que se prevê ficar concluído em finais de 2010, é fazer um mapeamento acerca das iniciativas, mecanismos e práticas de intermediação existentes nos 27 países da União Europeia e nos 4 membros da EFTA (Associação Europeia do Comércio Livre) e, identificar as experiências que têm apresentado bons resultados, bem como as soluções inovadoras a este nível. A participação de Portugal neste projecto reveste-se de particular interesse, na medida em que permitirá descrever a realidade nacional e, simultaneamente, constituirá um contributo para aumentar o conhecimento nesta área.

Não podemos, no entanto, deixar de referir que a adopção de instrumentos de avaliação para verificar o impacto das políticas, medidas, programas ou meras actuações seguidas, nas suas diferentes componentes, não têm tido no nosso país grande aplicação prática, facto que se prende não apenas com a inexistência, insuficiência e/ou inconsistência de dados, mas também por razões de cariz cultural.

O PNS 2004-2010, que define prioridades e metas fundamentais no contexto da política de saúde e para a vida dos cidadãos, no seu último ano de vigência foi objecto de uma avaliação pela OMS, feita

de forma séria e rigorosa, o que denota a transparência, o rigor e a importância de um instrumento desta dimensão.

Em termos gerais, a análise realizada permite destacar, de imediato, algo de bastante positivo, o facto de ter sido possível alcançar grande parte dos indicadores estabelecidos, sendo que, inclusivamente, parte desses indicadores superaram os obtidos pela média dos 15 países da União Europeia (que existiam à data de 2004).

De facto, os resultados mais significativos em saúde que podemos aqui referir demonstram que as nossas estatísticas apresentam uma evolução positiva ao nível da esperança média de vida e das mortalidades, por doença isquémica, por acidente rodoviário e cancro da mama. Também, ao nível dos recursos humanos (médicos, de enfermagem, dentistas) ocorreram avanços importantes, destacando-se ainda a reforma dos cuidados de saúde primários (CSP) como um factor associado a uma maior acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Contudo, há indicadores que nos devem preocupar pois afastam-se largamente do desejável, como é o caso da mortalidade por suicídio e do consumo de ansiolíticos e antidepressivos, que exigem uma atenção especial por parte dos diferentes *stakeholders*.

Por outro lado, numa análise mais abrangente verifica-se, excepcionando algumas regiões, falhas ao nível da promoção de uma cultura de gestão do desempenho e do planeamento e aplicação de incentivos que melhorem o desempenho. Com efeito, a adopção de medidas para este fim tem, apenas, ocorrido em certas vertentes, tais como a eficiência em hospitais (através do acompanhamento das listas de espera), pelo que *standards* para os processos e resultados desejáveis precisam ser definidos e aplicados.

Outro desafio importante está relacionado com a ausência de uma informação interoperável entre os sistemas de informação utilizados por decisores políticos, administradores e prestadores de cuidados, que muitas vezes determinam a duplicação da informação, atrasos na prestação de contas e falhas nos registos. Por seu turno, a não sistematização na recolha dos dados implica uma não actuação correctiva ao nível do financiamento para a saúde, desperdício e utilização de serviços de forma desarticulada e ineficiente e com pouca ligação às reais necessidades da população. Por conseguinte, surgem, ainda, enunciadas diversas fragilidades na utilização da informação, no sentido de monitorizar e conduzir a melhorias no desempenho, designadamente naquilo que se refere à falta de termos de referência e produção de relatórios sobre indicadores comuns (público e privado) para prestadores de cuidados de saúde.

Vários são os autores e os trabalhos que salientam que deverá colocar-se enfoque nos ganhos em saúde, na redução das desigualdades entre diferentes grupos populacionais e na sustentabilidade (não só financeira, mas também dos recursos humanos) do sistema de saúde. Neste sentido, é apontada, em geral a necessidade do sistema de saúde ser gerido de forma integrada e pró-activa, acompanhada por uma cultura de melhoria contínua de desempenho, devidamente apoiada por ferramentas para a sua gestão e mudança comportamental. Para o efeito, exigem-se melhorias na capacidade de gestão do desempenho através do uso de dados relevantes e regimes de responsabilização simplificados.

Para além desta análise, o OPSS decidiu apreciar os progressos deste último ano de governação nas áreas de: (i) satisfação dos utilizadores e profissionais com as USF; (ii) o contributo da RNCCI para a sustentabilidade do SNS; (iii) cuidados hospitalares; (iv) saúde mental: o início de um novo ciclo? (v) controlo do tabagismo; (vi) o *continuum* de cuidados na perspectiva da contratualização e, (vii) vacina da gripe - análise das decisões políticas.

2.1 Satisfação dos utilizadores e profissionais com as USF

Os principais objectivos da reforma dos cuidados primários em curso são: (i) melhorar a acessibilidade; (ii) aumentar a satisfação de profissionais e utilizadores; (iii) melhorar a qualidade e a continuidade de cuidados; e (iv) melhorar a eficiência (MCSP, 2007). Em consonância com estes princípios, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), a pedido da Missão para os Cuidados Primários realizou dois estudos com o propósito de monitorizar a avaliação que os utilizadores das Unidades de Saúde Familiar (USF) fazem dos cuidados aí prestados e a satisfação dos seus profissionais em relação ao local e ambiente em que trabalham.

Satisfação dos utilizadores

Tratou-se de um censo de um dia realizado em Fevereiro de 2009 aos utilizadores das 146 USF constituídas até Novembro de 2009 (Ferreira *et al.*, 2010). O pessoal administrativo da recepção de cada USF entregou a todos os utilizadores, com 16 ou mais anos de idade, um questionário para preencher presencialmente, salientando a importância da sua opinião. Após o preenchimento, os questionários foram inseridos numa urna colocada na sala de espera da USF. Em muitas USF, o coordenador da Unidade disponibilizou pelo menos um voluntário, não profissional de saúde, para

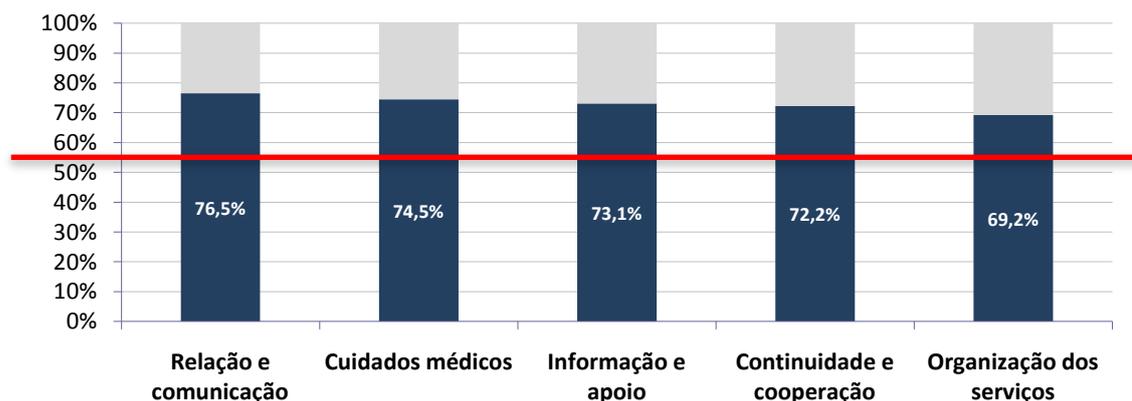
ajudar, se necessário, os utilizadores. Na manhã do dia seguinte os questionários foram enviados por correio para o CEISUC.

O questionário utilizado no presente estudo, para além de recolher dados sócio-demográficos dos utilizadores, questionou se era a sua primeira consulta naquela USF e, caso não tivesse sido, quantas mais vezes se tinha deslocado nos últimos seis meses. Os indicadores Europep de satisfação mediram: (i) a relação e comunicação; (ii) a avaliação dos cuidados médicos; (iii) a informação e o apoio recebidos pelos utilizadores; (iv) a continuidade e cooperação com outros níveis de cuidados; e, por fim, (v) a avaliação da organização dos serviços. Outros indicadores referentes às áreas específicas mediram a satisfação dos utilizadores face: (i) à oferta de outros serviços; (ii) à resposta às necessidades dos utilizadores; (iii) aos recursos humanos; e (iv) às instalações.

Foram enviados a estas USF 25.725 questionários, correspondendo a 25 questionários por cada médico de família em exercício em cada USF. Destes questionários, foram entregues aos utilizadores 16.768 questionários e foram recebidas 12.713 respostas consideradas úteis e posteriormente tratadas estatisticamente. A taxa de respostas final foi de 75,8% e o erro máximo deste estudo, para um intervalo de confiança de 95% e $p=50\%$, foi de 0,4%.

Na sua maioria, os respondentes foram mulheres e com uma média etária de 48 anos. Apenas para 5,1% dos respondentes, tratava-se da sua primeira consulta. Em relação aos indicadores Europep verificamos uma satisfação global de 73,2% (figura 14).

Figura 14. Satisfação dos utilizadores com as dimensões Europep



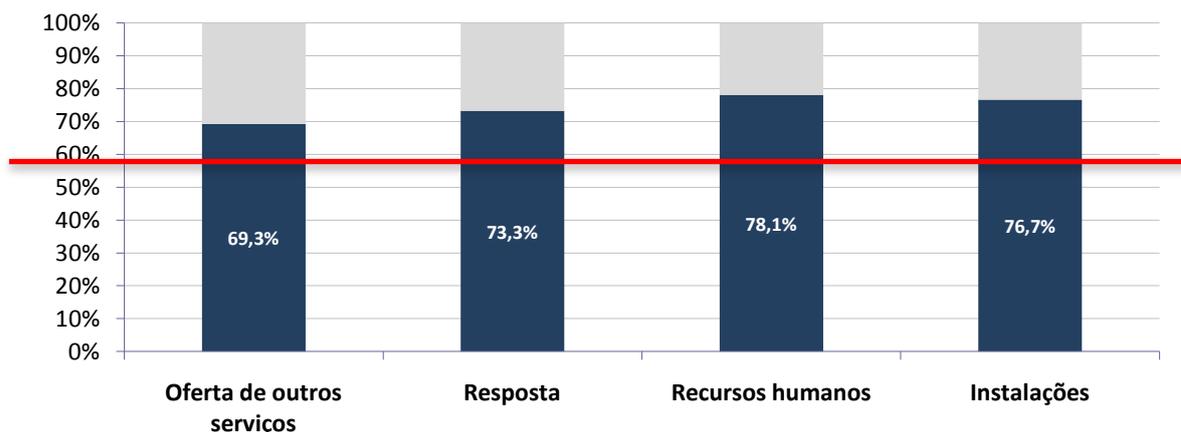
Fonte: Ferreira *et al.*, 2010.

Olhando com mais detalhe para cada uma das dimensões Europep, constatou-se uma maior satisfação em relação à confidencialidade (81,8%), ao envolvimento dos doentes (78,8%) e à humanidade (77,5%), todos aspectos da dimensão 'relação e comunicação'. O grau de satisfação foi

pior para a acessibilidade e espera (65.8%) da dimensão 'organização dos serviços' e para a cooperação entre prestadores (66,9%), problema crónico em Portugal de articulação entre níveis de cuidados.

Já em relação às áreas específicas da satisfação, verificamos uma satisfação global de 75,0% (figura 15).

Figura 15. Satisfação dos utilizadores com as áreas específicas



Fonte: Ferreira *et al.*, 2010.

Analisando com mais pormenor estas dimensões correspondentes às áreas específicas, detectou-se, mais uma vez, que são as áreas de relacionamento humano as mais pontuadas pelos utilizadores: competência, cortesia e carinho dos médicos (80,1%) e dos enfermeiros (80,9%) e o respeito com que sentem ser tratados (79,5%). Os serviços ao domicílio atingem apenas o valor 64,4% e a rapidez no atendimento, o valor 71,1%.

Por fim, por cada utilizador que não recomenda o seu centro de saúde aos seus amigos, há 15 a fazê-lo. Isto demonstra, mais uma vez, a grande satisfação que os utilizadores destas USF têm.

Satisfação dos profissionais

Para garantir o completo anonimato deste inquérito realizado através da internet, foram emitidas 2.821 palavras-chave, tantas quantos o profissionais das USF em estudo. Cada coordenador recebeu um número de sobrescritos fechados igual ao número de profissionais da sua USF, cada um deles com instruções como responder ao questionário e uma palavra-chave. Pediu-se-lhe que entregasse, de uma forma aleatória, um sobrescrito a cada um dos colaboradores. Uma vez tendo acedido ao questionário na internet, os profissionais podiam preenchê-lo de seguida ou interromper o seu preenchimento e, mais tarde terminar.

O questionário utilizado no presente estudo recolheu alguns dados sócio-demográficos dos profissionais, assim como as funções exercidas na USF, o tipo de horário, o vínculo, a responsabilidade, a experiência de gestão e a respectiva profissão. A satisfação dos profissionais foi medida segundo três grandes dimensões: (i) a satisfação com o local de trabalho; (ii) a satisfação por trabalhar numa organização que presta cuidados de qualidade; e (iii) a satisfação por trabalhar numa organização empenhada na melhoria contínua da qualidade.

2.398 dos 2.821 profissionais então existentes nas USF em estudo acederam à página da internet, o que corresponde a uma taxa de respostas de 85,0%. O erro máximo deste estudo, para um intervalo de confiança de 95% e $p=50\%$, é de 0,8%. Em relação às funções desempenhadas pelos profissionais, 34% eram médicos, 35% enfermeiros e 31% administrativos. A maioria dos participantes era feminina e a idade média foi de 42 anos, de um mínimo de 22 anos a um máximo de 65 anos. Em relação ao tipo de vínculo, 73% era trabalhador do quadro, 4% contratado a tempo indeterminado, 19% com contrato a termo e 4% com contrato administrativo de provimento.

A figura 16 apresenta o resultado da aplicação do modelo conceptual da satisfação profissional aos dados.

Figura 16 – Satisfação profissional



Fonte: Ferreira *et al.*, 2010.

Verificou-se que os maiores défices se encontram na relação entre o vencimento e a responsabilidade, a experiência como profissional e o desempenho (48,6%) e nas instalações e equipamento (61,4%). De notar também que os profissionais valorizam muito a qualidade dos cuidados prestados (77,6%).

Olhando para as duas principais componentes da dimensão respeitante à política de recursos humanos, verificamos também que, de todos os itens referentes à coordenação, a planificação das actividades é o aspecto menos avaliado. Em relação aos recursos humanos o ponto mais negativo é a adequação entre o número de profissionais da USF e a quantidade de trabalho; os aspectos mais valorizados são, no entanto, a proporção hierárquica e a forma como é feita a comunicação entre profissionais.

Analisando agora a dimensão moral, verificamos que é valorizada a forma como os profissionais encaram o facto de trabalhar nas USF, e menos valorizada estas mesmas funções encarada por outros. O superior hierárquico é mais pontuado relativamente à abertura, à liberdade e à responsabilidade dada aos profissionais, assim como ao incentivo à inovação. Os aspectos mais negativos têm a ver com a circulação da informação, com a falta de uma atitude construtiva e conhecimento das regras e de como as coisas devem ser feitas.

Em relação aos recursos tecnológicos e financeiros, a insatisfação é mais baixa em relação ao vencimento. A organização do espaço é, por outro lado, bem pontuada, ao contrário da segurança. Quando solicitados a avaliar a qualidade da USF na prestação dos cuidados, os profissionais estão mais satisfeitos em relação à sua capacidade em desempenhar as funções e à sua sensibilidade face aos problemas e preocupações dos utilizadores. No entanto, criticam mais e de novo, as condições das instalações e a capacidade da USF em ter informação e em controlar os custos.

Em relação à atitude da USF face à melhoria contínua da qualidade, os profissionais estão orgulhosos da sua profissão e estão mais satisfeitos com o esforço que sentem estar a existir para melhorar a qualidade, assim como na compreensão da missão e dos objectivos da USF. Contudo, sentem falta de alguma preparação para melhorar a qualidade do que fazem e estão menos satisfeitos em relação ao esforço desenvolvido, no sentido de evitar desperdício e repetição de tarefas.

Apenas 4% dos profissionais não sentem ter a formação profissional e académica adequada para desempenhar o seu trabalho. A satisfação geral dos profissionais leva 98% deles a recomendar os serviços da sua USF a familiares e amigos, caso necessitem de cuidados e a utilizar os próprios serviços. Por fim, apenas 6% estão muito insatisfeitos ao ponto de, se pudessem voltar atrás, não escolher a mesma USF para trabalhar.

Conclusões

Qualquer sistema de saúde tem como objectivo principal a melhoria dos resultados em saúde e da eficiência dos cuidados. No entanto, alguns autores defendem que estes objectivos, embora necessários, não são suficientes (Porter 2008; Porter e Teisberg, 2006). O sistema tem também de estar desenhado em torno do conceito de valor para os cidadãos utilizadores, pois o que, em essência, se pretende não é melhorar os cuidados de saúde, mas sim melhorar a saúde dos cidadãos.

Por isso, a intenção primeira deste estudo foi ser útil para o decisor político na medida que lhe cabe promover a avaliação dos modelos existentes da prestação de cuidados. Os resultados obtidos poderão também ser úteis para as entidades responsáveis pela administração da saúde e para os coordenadores das USF, pois permite-lhes aumentar o conhecimento que possuem sobre as áreas carentes de melhoria e quais os problemas que devem ser resolvidos prioritariamente.

Estudos como este permitem medir a resposta das organizações de saúde às necessidades e aos legítimos interesses da sociedade, em especial dos cidadãos utilizadores, dando-lhe voz e permitindo que as suas opiniões contribuam para a tomada de decisão.

O caminho percorrido pelos cuidados de saúde primários, desde os tempos longínquos dos últimos cinco anos do século passado, dos centros de saúde de 3ª geração e dos Regimes Remuneratórios Experimentais (RRE) até aos tempos de hoje com as USF e os ACES, mesmo com alguns recuos e paragens pelo caminho, parecem demonstrar que, quer os profissionais quer os utilizadores, podem beneficiar sempre que é dado àqueles a oportunidade de reestruturarem as suas práticas e de se organizarem para acrescentar valor à prestação de cuidados.

Está nas mãos destes profissionais não deixarem que isto volte atrás. Após este avanço, o seu papel de agentes dos cidadãos está reforçado com mais responsabilidades. O mesmo se pode dizer em relação aos decisores políticos e à sociedade civil organizada.

2.2 O contributo da RNCCI para a sustentabilidade do SNS

A RNCCI tem um forte potencial para aumentar a sustentabilidade do SNS, todavia, é preciso prová-lo.

Para se proceder à análise dos contributos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) definiu-se, *a priori*, o conceito de sustentabilidade e respectivas dimensões. Assim, a sustentabilidade é a capacidade de atender às necessidades do presente, sem comprometer a capacidade das futuras gerações de atender às próprias necessidades (CMMAD, 1991). A sustentabilidade em saúde pode assim ser definida como um conceito multidimensional compreendendo, entre outras, as seguintes dimensões:

- Sustentabilidade social – compreende a garantia da continuidade dos benefícios para a saúde e a equidade no acesso;
- Sustentabilidade organizacional – compreende a institucionalização e a intersectoralidade das actividades e a capacidade organizacional das instituições;
- Sustentabilidade financeira – compreende a sobrevivência da instituição e do sistema.

Com base nestes elementos procedeu-se a uma análise crítica, feita essencialmente a partir dos relatórios produzidos pela Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI), com o objectivo de perceber qual o contributo da RNCCI para a sustentabilidade do SNS. Como pano de fundo esteve também presente o objectivo geral com que a Rede foi criada, isto é, como um nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social e de prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Assim, relativamente à sustentabilidade social e através da análise do Relatório de 2009 (UMCCI, 2009), percebe-se, por comparação com o de 2008 (UMCCI, 2008), um “aumento sustentado de referenciações para a Rede, assim como do número de doentes assistidos”. Percebe-se ainda um aumento do número de lugares, não só de internamento mas também de equipas de cuidados domiciliários. Relativamente ao número de lugares consta-se que o maior crescimento é referente à tipologia de Longa Duração e Manutenção (47%). Verificou-se ainda uma melhoria da cobertura total nacional das camas por 100.000 habitantes com idade superior a 65 anos, comparativamente a 2008. A região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) apresenta a menor cobertura, representando em relação ao menor valor seguinte, o Norte, uma cobertura cerca de duas vezes menor.

De referir ainda que, relativamente a 2008, se verifica um aumento das pessoas assistidas que vivem sós (13% para cerca 21%), bem como das pessoas com mais de 80 anos (de 39% para 42%). De

sublinhar também o aumento do número de lugares de internamento destinados a cuidados paliativos.

Assim, e relativamente à dimensão sustentabilidade social, pode-se afirmar que a capacidade de resposta da RNCCI continua a crescer, cumprindo claramente os objectivos a que se tinha proposto. Todavia, parece persistir alguma predominância da institucionalização face à permanência no domicílio. Tal predominância parece ainda justificar-se face às necessidades apercebidas, todavia, torna-se necessário incrementar os cuidados ao domicílio. Persistem também alguns problemas na acessibilidade, quer devido à irregular distribuição geográfica, quer ao desigual número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), quer ainda no que respeita à fragilidade da multidisciplinaridade das equipas, o que requer esforços adicionais por parte dos ACES. De referir que uma das regiões com maior densidade populacional (LVT) é a que apresenta maiores dificuldades de cobertura.

É de realçar contudo, o papel da RNCCI nas respostas a situações de isolamento com necessidades de saúde e sociais, podendo-se afirmar como sendo este um dos mais importantes contributos para a sustentabilidade social.

Relativamente à sustentabilidade organizacional, de referir que a natureza intersectorial deste projecto é, simultaneamente, uma das suas mais importantes mais-valias e uma das suas maiores fragilidades. Assim, sendo este um nível intermédio de cuidados, é-lhe exigido, por um lado, uma enorme capacidade de interacção com os outros níveis de cuidados e por outro, uma capacidade de organização interna que garanta a fluidez e a resposta a objectivos claramente definidos.

Relativamente ao primeiro aspecto, constata-se, através dos dados relativos à referenciação, que persistem algumas dificuldades de articulação com os restantes níveis de cuidados. Essas dificuldades são mais evidentes na região cuja cobertura pela RNCCI é mais deficitária (LVT). Todavia, tais dificuldades não podem ser imputadas apenas à RNCCI. De facto, nem sempre as equipas hospitalares e/ou as dos cuidados de saúde primários fazem a referenciação para a Rede de acordo com o preconizado. Resta perceber se tal se deve a alguma insuficiência de precisão dos critérios de referenciação e/ou a alguma resistência à mudança por parte dos outros níveis de cuidados, mas também o facto de as Equipas de Coordenação Local (ECL) estarem apenas a tempo parcial na RNCCI contribui para criar algumas dificuldades nesta articulação.

O sistema de informação assume neste processo um papel muito importante, tal como aliás, já foi referido no Relatório de Primavera de 2009 (OPSS, 2009). Continua a ser necessário investir na sua

interoperabilidade quer com os outros níveis de cuidados, quer com o Ministério do Trabalho e Segurança Social (MTSS), parceiro neste projecto.

Sobre o nível de organização interna, são de referir alguns aspectos como positivos e contributos definitivos para a sustentabilidade, mas também alguns outros que a fazem pôr em risco. Assim, e relativamente aos primeiros, de salientar o facto de estar instituída uma política de qualidade com funções atribuídas às ECL e com a criação de Equipas de Melhoria de Rede, multidisciplinares, com o objectivo de procederem a avaliações externas. De salientar ainda o facto de estarem identificados um conjunto de indicadores relativos à actividade assistencial, os quais são sistematicamente avaliados. Por último, de salientar o esforço de formação dos profissionais que tem vindo a ser desenvolvido, bem como a auscultação do grau de satisfação dos profissionais e dos utentes.

Todavia, são de referir alguns aspectos que persistem como debilidades e que urge corrigir. Assim, e relativamente à qualidade, sendo fundamentais todas as medidas adoptadas, urge a adopção de um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ). Por outro lado e sobre a avaliação dos ganhos em saúde, persistem as dificuldades metodológicas, aliás já referidas no RP 2009. Tais dificuldades radicam no Instrumento de Avaliação Integrada (IAI), o qual carece de validação que permita a comparabilidade internacional. Para além disso, tal instrumento é suficientemente extenso para fazer perigar o rigor do seu preenchimento. Por último, relativamente à formação e apesar do esforço desenvolvido, não é clara a estratégia definida e qual a sua articulação com o sistema formal de formação (i.e., Instituições de Ensino Superior).

Em suma, pode afirmar-se que no ano de 2009 foram dados alguns passos positivos na área da sustentabilidade organizacional, embora persistam áreas a desenvolver.

Relativamente à sustentabilidade financeira e a partir, de novo, da análise do Relatório de 2009, poucas conclusões se podem tirar. Contudo, percebe-se uma baixa taxa de execução do Plano de Implementação (55,26%), principalmente devido à muito baixa utilização dos montantes orçamentados por parte das ECCL. Relativamente à execução do pagamento das comparticipações, quer do Ministério da Saúde, quer do Ministério do Trabalho e Segurança Social, se se considerarem apenas as unidades de internamento, a taxa é superior a 75%, ficando por perceber a razão da não execução do valor remanescente, sobretudo quando a oferta ainda não consegue responder adequadamente às necessidades.

Relativamente ao modelo de financiamento, mantêm-se as considerações produzidas no último RP. Nele se afirmava que "as modalidades de pagamento definidas para remunerar este tipo de prestação de cuidados, assentes em pagamento por doente/diária (na média e na longa duração são

partilhadas entre os dois ministérios e os utentes), acrescidas das despesas com terapêuticas e meios complementares de diagnóstico e tratamento, embora possam constituir uma vantagem para a consolidação do modelo, dificultam a sua integração com o financiamento dos níveis de cuidados primários e hospitalares e tornam difícil a sua sustentabilidade a médio e longo prazo". Para além disso, este sistema não prevê pagamentos diferenciados em função, por exemplo, de diferentes níveis de funcionalidade dos utentes.

Percebe-se por outro lado, um incremento do número de profissionais, sendo que, destes, 36,6% declarou ser este o seu primeiro emprego.

Por último, não existem dados disponíveis que permitam perceber quais os ganhos que os outros dois níveis de cuidados do SNS tiveram com a implementação deste nível intermédio.

Em suma, a sustentabilidade financeira merece especial atenção, tendo em consideração não só os argumentos atrás apresentados, mas também a situação económico-financeira que atravessamos. Tal atenção especial deverá ter como objectivo não só demonstrar os ganhos em saúde deste nível de cuidados, mas também a sua influência positiva nos restantes níveis, nomeadamente através da diminuição da demora média de internamento, dos reinternamentos, etc.

Concluindo, o OPSS continua a considerar que a RNCCI se constitui como um dos mais importantes projectos de política social e de saúde com evidentes repercussões ao nível dos indicadores de saúde e bem-estar de um grupo populacional particularmente vulnerável. Todavia e para que a referida Rede possa ter um desenvolvimento sustentável, é preciso acautelar alguns dos aspectos atrás referidos.

2.3 Cuidados hospitalares

O hospital deverá obedecer cada vez mais a um modelo de prestação de cuidados onde impera a centralidade no cidadão e é garantido o funcionamento em rede com entidades do sector da saúde e do sector social, que permitam a continuidade de cuidados, numa lógica de acesso referenciado e restrito, a cuidados especializados e de elevada diferenciação.

Dificuldade na análise do desempenho dos hospitais

A análise do desempenho das instituições hospitalares do Estado tem, necessariamente, enormes dificuldades, dada a complexidade das variáveis e dimensão multifactorial dos elementos condicionadores.

Ao longo do tempo, os Relatórios de Primavera têm optado por escolher alguns elementos considerados relevantes do objecto em análise, sendo que, conforme é referido, inclusive pelo próprio Tribunal de Contas, a informação disponível é insuficiente. Neste sentido, adoptou-se uma abordagem sintética de alguns dos principais problemas que se colocam aos hospitais, principalmente numa época que se adivinha de grande contenção orçamental, procurando enunciar matérias que deveriam ser trabalhadas em processos de investigação, num futuro próximo.

Os temas eleitos, de forma eclética, são: a organização interna e a participação dos profissionais; o efeito da dimensão dos hospitais e da sua natureza jurídica, na eficiência e contenção de custos; e a necessidade de ajustar o modelo de financiamento.

Procurou-se a informação disponível nos *sites* dos Hospitais, e da tutela, sobre actividade e desempenho económico-financeiro. A informação encontrada estava dispersa, com critérios díspares, em alguns casos desactualizada.¹

Conclui-se que, para que a sociedade em geral possa desenvolver os seus direitos de cidadania é imprescindível que seja promovida maior transparência no sector, cabendo aos organismos tutelares a obrigação de assegurarem a disponibilidade de informação comparável que revele de forma completa, clara e estruturada o desempenho das instituições

Outra dificuldade na análise decorre do efeito das várias iniciativas reformistas do sector ocorridas nos últimos anos, numa sucessão que, infelizmente, não permite o tempo suficiente para a avaliação das opções tomadas.

É manifestamente difícil encontrar, na última década, instituições que tenham permanecido com a sua natureza jurídica estável, seja pela transformação inicialmente em Sociedade Anónima (SA) e posteriormente em Estabelecimento Empresarial do Estado (EPE), seja pela fusão em Centros Hospitalares, pelo que a associação entre o desempenho e a forma jurídica de organização é prejudicada. Não se conhece nem avaliação, nem evidência que sustentem de forma transparente a decisão política.

Esta evolução, num sector cuja responsabilidade, derivada do objecto da sua actividade, é incompatível com processos de mudança sucessivos, tem contribuído para diminuir, quer a credibilidade do sistema junto do público, quer dos gestores junto dos profissionais de saúde que,

¹A informação estatística da Direcção-Geral da Saúde é relevante e com critérios estáveis de apresentação, sendo por isso um bom exemplo.

assim, criam resistências que se consubstanciam numa atitude de indiferença às linhas estratégicas delineadas.

A adesão dos profissionais de saúde

O alinhamento do hospital com as linhas de desenvolvimento estratégico deve ser obtido através da identificação, também para profissionais de saúde, das vantagens e prejuízos na adopção de determinados comportamentos. Um caso de sucesso, são os vários projectos de redução do tempo de espera para cirurgia.

A medida organizativa mais directamente ligada à desconcentração de autoridade/responsabilidade dentro dos hospitais é a regulamentação dos Centros de Responsabilidade, quer nos Hospitais EPE quer nos hospitais do Sector Público Administrativo (SPA), que vem recuperar um dos instrumentos da reforma do final da década de noventa.

Lamentavelmente, a implementação de estruturas de gestão intermédia tem sido demorada, não permitindo a descentralização das responsabilidades de natureza económica. Esta situação deixa na gestão de topo a responsabilidade de procurar respeitar as metas que lhes impõem, seja na perspectiva do agente financiador seja de proprietário, sem que daí resulte reflexo visível para os restantes trabalhadores do hospital.

Acompanhamos a reflexão de Pita Barros (2009: 267): "*(...) dado o papel dos médicos, a tecnologia adoptada pelo hospital é determinada pelas preferências destes; a regulação do hospital com medidas destinadas aos administradores terá poucos efeitos. Ou seja, medidas que procurem controlar os custos hospitalares têm que estabelecer incentivos e restrições ao comportamento dos administradores e dos médicos; a reorganização do hospital pode levar a uma organização mais efectiva, integrando mais o médico no processo de decisão*".

A não ser alterada a estrutura interna dos hospitais, a probabilidade de êxito no ajustamento às exigências externas sobre a nossa economia poderá ser incommportavelmente reduzida, inviabilizando os ambiciosos planos de contenção da despesa. Atente-se que deve ser determinado, na contenção de custos nos hospitais ocorrida nos anos mais recentes, qual o impacto de medidas internas nesse sentido (parecem-nos as únicas que são sustentáveis por exigirem a incorporação de elevado nível de compromisso e auto-responsabilização) e o efeito externo da contenção/redução de preços e/ou da alteração no processo de registo de custos, impostas pelos níveis centrais e regionais de saúde. Neste sentido, entende-se que devem ser implementadas, dentro dos hospitais, estruturas de gestão intermédia, com metas negociadas, onde deve estar incluída também a

dimensão orçamental, com responsabilização dos gestores intermédios e das equipas pelos resultados.

A dimensão dos hospitais

Uma das políticas que mais tem alterado o panorama hospitalar é a criação de Centros Hospitalares, cuja fundamentação nunca foi suficientemente divulgada. Os argumentos baseiam-se na procura de economias de escala e, noutros casos, no acesso facilitado dos utentes a estrutura que oferece uma gama de cuidados mais vasta.

Estas justificações devem ser cabalmente explicadas à população, preferencialmente acompanhadas de indicadores seguros de sucesso, em estudos desenvolvidos por entidades isentas ao processo.

Não se pode ignorar que a questão da dimensão adequada dos hospitais é um tema polémico, cujas águas foram recentemente agitadas pelo trabalho de Simões e Marques (2009), onde defendem a inclusão deste factor no planeamento dos hospitais. Concluem ainda os autores que os centros hospitalares são, em média, mais ineficientes que os hospitais não agrupados. Independentemente das limitações apontadas pelos próprios autores, a pertinência deste estudo é recuperar a discussão das economias de escala nas estruturas hospitalares, afastando a presunção de que quanto maior a dimensão, maiores economias de escala se verificam. Logo, *ab initio*, deve ser discutido como pode a criação de Centros Hospitalares introduzir eficiência.

O argumento da acessibilidade às várias prestações de diagnóstico e terapêutica no mesmo espaço, apenas se aplica aos casos em que houve união física dos hospitais integrantes e, neste caso, pressupondo a desactivação total ou parcial das unidades. Nestes casos, deve ser tomado em consideração o impacto para o utente na deslocação ao estabelecimento hospitalar, que pode ser mais prejudicial que a vantagem retirada do uso das valências centralizadas, sobretudo, se não forem criadas respostas de proximidade na comunidade.

Do mesmo modo, na reorganização hospitalar, devem ser tomadas as devidas cautelas na revisão das redes de referência, dado que devem ser inequívocas as vantagens destas medidas para os utentes, seja no relacionamento directo seja na sustentabilidade do sistema hospitalar público. A inexistência da demonstração destas vantagens pode resultar em medidas com produção de efeitos emergentes e dirigidos ao interior do próprio sistema, afastando a sua dedicação aos utentes, num processo de apropriação das instâncias de decisão pelos próprios administrados.

Sem discutir, por falta de elementos, dada a contemporaneidade das reestruturações da rede hospitalar, sugere-se que sejam demonstradas, à população, as vantagens nas medidas de agrupamento de hospitais, sejam de origem económica seja de qualidade e acessibilidade, suspendendo ou revendo aquelas que não manifestem a defesa dos seus interesses.

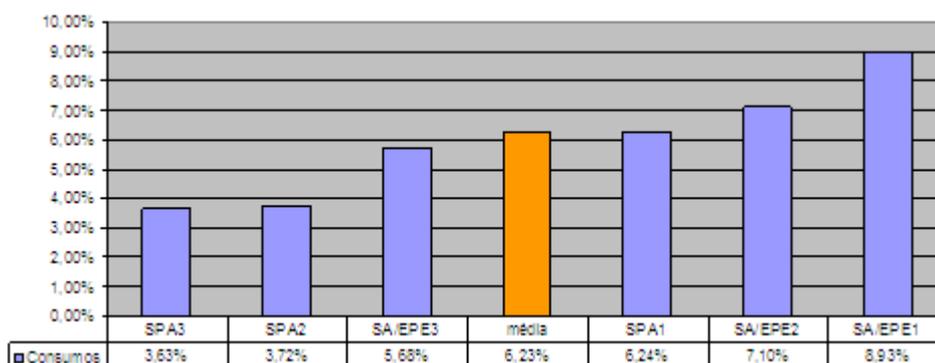
A natureza jurídica dos hospitais e a contenção de custos

Num ambiente onde se coloca de forma crucial a capacidade de conter o crescimento dos custos, torna-se relevante a preocupação sobre a capacidade dos hospitais seguirem uma determinação mais firme nesse sentido. Além das dimensões da organização interna e da dimensão dos hospitais, já referidas, também a sua natureza jurídica poderá ser um factor a ter em conta quando se perspectiva o futuro, nomeadamente, o grau de controlo da tutela sobre o desempenho dos hospitais.

Escolheram-se, entre os hospitais do SNS, três com natureza jurídica de SA adquirida em 2002, passando a EPE em 2005, e três com estatuto de SPA. Aliás, a transição gradual dos hospitais integrados no SPA para o universo EPE colocou sérios problemas a esta escolha, sendo que um dos hospitais apresentado como SPA transitou para EPE nos últimos meses do período considerado.

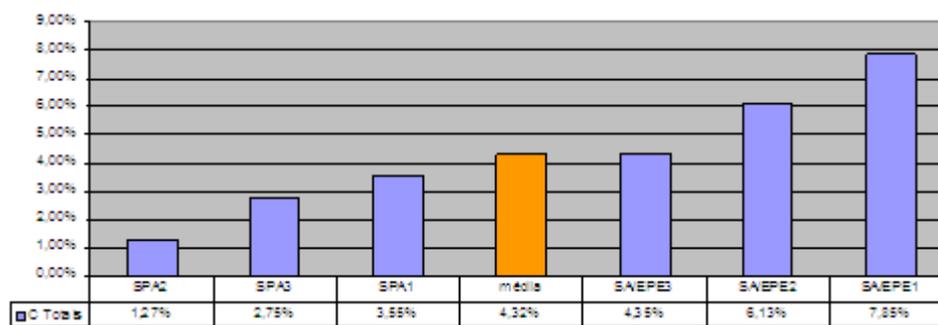
Para estes hospitais, estimou-se a taxa de crescimento anual média entre 2003 e 2008 dos custos totais, com consumíveis e recursos humanos (figuras 17 a 19), procurando abranger um período em que se possa já fazer sentir a diferença entre a gestão flexível das unidades SA/EPE e os regimes SPA.

Figura 17. Crescimento anual médio dos consumos 2003/2008



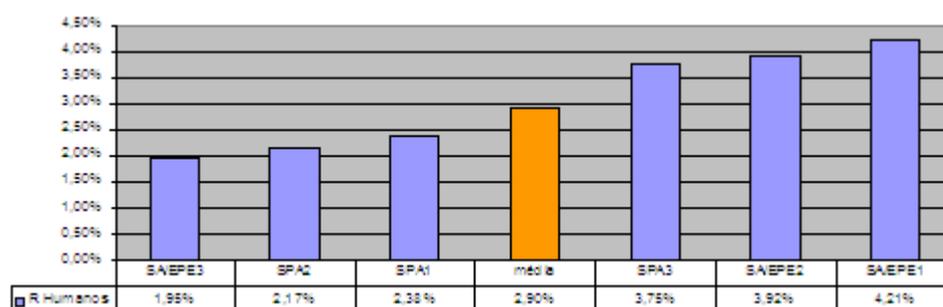
Fonte: Sites da DGS, da ACSS e dos próprios hospitais

Figura 18. Crescimento anual médio dos custos 2003/2008



Fonte: Sites da DGS, da ACSS e dos próprios hospitais

Figura 19. Crescimento anual médio dos custos com recursos humanos 2003/2008



Fonte: Sites da DGS, da ACSS e dos próprios hospitais

Os resultados obtidos, com as devidas reservas dada a complexidade dos factores que influenciam a despesa hospitalar, sugerem que existe um padrão nos hospitais SPA avaliados, de maior contenção de crescimento da despesa, embora não esteja corrigida da variação de produção, logo não se mede a eficiência mas apenas o controlo orçamental, que será o elemento fundamental nas recentes medidas de política de contenção de custos do sector público. Outro factor fundamental está relacionado com a diferenciação/especialização entre os hospitais EPE e os SPA, sendo que os que continuam em SPA são por norma muito menos diferenciados e mais especializados em algumas áreas com custos de produção mais reduzidos (e.g., maternidade e psiquiátricos).

É necessário ter em atenção que os SPA, estando muito mais limitados na contratação e recursos humanos, recorreram à aquisição de serviços, transferindo dessa forma custos com recursos humanos para as rubricas de FSE, pelo que esta análise da evolução dos custos com recursos humanos resulta grandemente enviesada.

Os sinais encontrados poderão demonstrar, mesmo que aumentada a eficiência, que os ganhos dos hospitais de gestão empresarial poderão ser obtidos por aumento de actividade e não por redução de custos, dado parecer existir um crescimento no custo com FSE, incentivos, etc. (mas será que o modelo de financiamento induziu isso?) Porém, muito provavelmente, deu-se mais acesso. Esta

política terá como reflexo o aumento da despesa do Estado no sector hospitalar, pelo que num ambiente predominantemente dirigido para a contenção orçamental, as instituições com regime jurídico não integrado no sector público administrativo poderão experimentar mais dificuldades a ajustar-se.

A convergência no processo de financiamento

O Tribunal de Contas publicou um relatório sobre a atribuição de verba de convergência aos hospitais EPE que deve ser tido em consideração, não só pelas considerações sobre a natureza e efeitos desta linha de financiamento, mas pelo que revela, sobre algumas insuficiências do modelo de distribuição de recursos.

Concluiu, o Tribunal de Contas, que a verba fixa é indutora de ineficiência, pelo que deve ser transformada em incentivos, e que a valorização económica contratual dos hospitais era reconhecidamente insuficiente para o seu normal funcionamento. Reconhece-se, de facto, que na verba dita de convergência está englobado o pagamento de serviços não financiados pelas outras linhas de produção, nomeadamente o reembolso dos custos com fornecimento de medicamentos de dispensa obrigatória em farmácia hospitalar que, por exemplo, no caso do VIH/SIDA ainda não está prevista no orçamento para 2010.

A dotação financeira insuficiente, ainda que reconhecida no desequilíbrio dos anexos do contrato-programa, leva à desmotivação dos gestores em perseguirem objectivos inatingíveis e impede-os de usarem ferramentas internas mais eficazes na negociação do orçamento interno, dado que, ou negociam com os serviços valores que o hospital não vai receber, ou negociam valores que não merecem crédito na contratualização interna.

Assim, recomenda-se que o financiamento dos hospitais deve reflectir a valorização dos serviços prestados, a preços justos, com atribuição de incentivos para alinhar as instituições com as políticas de saúde. Para a concretização deste objectivo devem ser normalizados os registos na contabilidade analítica e desenvolvido o sistema de custeio por actividades em todos os hospitais, viabilizando-se assim a comparabilidade entre as instituições e referências para o cálculo dos preços de forma exigente, mas razoável.

O acesso a cirurgias

Um dos estigmas mais emblemáticos do Serviço Nacional de Saúde é a dificuldade em gerir o tempo de espera, nomeadamente para cirurgias.

A notoriedade deste problema, que apaixona a opinião pública e levou à inevitabilidade da intervenção política, tem reflexos no comportamento muito favorável dos indicadores, seja de actividade cirúrgica, seja do tempo de espera e número de doentes aguardando cirurgia. Neste ano, os olhares estão virados para a necessidade de contenção orçamental e para a resposta do sector hospitalar do SNS às necessidades da população.

O êxito desta iniciativa não pode ser dissociado da qualidade dos instrumentos de gestão e do facto, atrás referido, de existirem vantagens directas e indirectas para os profissionais de saúde pelo seu desempenho, podendo constituir-se como um exemplo de boas práticas, desde que devidamente acautelada a natureza marginal da remuneração associada ao processo, em relação à actividade geral das unidades hospitalares.

Conclusões

Os desafios do futuro imediato, mais consentâneos com medidas de redução/contenção da despesa, direccionadas para o aumento da eficiência, podem criar algumas dificuldades na orientação de hospitais, cuja filosofia empresarial procura formas de financiamento da estrutura, nomeadamente através de economias de escala, mormente através do aumento da produção. No entanto, julgamos necessário que este modelo de procura da eficiência seja redireccionado para “as necessidades de cuidados” em substituição da “procura de cuidados”, caminhando para um modelo de financiamento que incorpore as dimensões da gestão clínica e da continuidade de cuidados, i.e., um modelo assente na racionalidade.

Atendendo a que o modelo de financiamento é a variável mais relevante na modelação organizacional dos hospitais, deverá ser dada uma atenção especial ao modelo vigente, quer em termos regionais quer locais (i.e. por unidade). O modelo actual de financiamento sugere um desequilíbrio de financiamento entre Hospitais Centrais e os restantes e entre os Centros Hospitalares e as unidades isoladas, havendo, também, muitas actividades que, actualmente, não são consideradas no modelo de financiamento hospitalar.

A transferência das obrigações contratuais para o interior dos hospitais, através de contratualização interna, é imprescindível, devendo incluir metas económicas. Para que tal possa acontecer, devem ser implementadas/reforçadas as unidades intermédias de gestão e o financiamento deve ser justo e constituir-se como uma meta exequível. Mas tal só será possível se os hospitais adoptarem modelos de governação clínica que introduzam maior responsabilização e transparência nos processos, garantam uma gestão assente em princípios de qualidade e segurança e impliquem uma

participação activa dos profissionais (médicos, enfermeiros e técnicos) em toda a cadeia de produção.

No entanto, para que a transferência destas obrigações para o interior dos hospitais possa ser efectiva, o modelo de financiamento tem que incorporar as vertentes da expectativa e do risco, i.e. o modelo de financiamento tem de ter a solidez necessária a fim de ser uma peça fundamental no planeamento estratégico (expectativa – o que me pagam e o que me pedem para fazer) e no planeamento operacional (risco – o que ganho em fazer melhor, o que perco se fizer pior e o que espero se fizer diferente).

As alterações da organização hospitalar devem ser solidamente sustentadas em critérios técnicos demonstráveis; devem respeitar o tempo necessário para que se possam verificar efeitos das medidas anteriores; devem ser efectuadas atendendo a uma lógica de sistémica da rede de prestação de cuidados; devem ser explicadas exhaustivamente à população e dirigidas inequivocamente a ela. Os níveis da oferta devem ser ajustados às necessidades efectivas em cuidados de saúde, deve existir planeamento ao nível da distribuição de equipamentos e da concentração de serviços, através da existência de uma rede de referenciação adequada e deve existir uma preocupação crescente na implementação de um modelo de prestação de cuidados centrado no cidadão e nas suas doenças, garantido o funcionamento em rede.

2.4 Saúde Mental: o início de um novo ciclo?

Apesar dos notáveis avanços na saúde mental em Portugal, a reforma em curso deverá convergir para uma efectiva operacionalização, assente no diálogo, na definição e atribuição de competências, bem como em relações de base contratual que permitam olhar a prestação de uma forma sistémica e obter o necessário equilíbrio para o aparecimento de novas respostas num contexto de concentração, integração e racionalização dos recursos. Se assim não acontecer, o modelo preconizado poderá estar ameaçado.

O presente texto pretende contribuir para a análise dos processos da reforma da saúde mental, identificando a conjuntura política, os pontos críticos e factores de progresso e os meios utilizados para a sua prossecução.

O ano de 2008, no que diz respeito à saúde mental, ficou marcado pela apresentação do relatório da Comissão Nacional para Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM), que constituiu a base para a elaboração do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, de 6 de Março.

Entre 2009 e 2010, seguindo a política iniciada no âmbito do anterior Governo, a saúde mental continua a constituir uma das prioridades das políticas sociais e de saúde do actual Governo, cujo programa prevê a criação de novas respostas ao nível dos cuidados continuados integrados de saúde mental (CCISM), em articulação com a segurança social. Deste modo, destaca-se a aprovação do Diploma que garante este nível de cuidados pelo Conselho de Ministros em 10 de Setembro de 2009 e a sua posterior publicação pelo Decreto-lei n.º 8/2010 de 28 de Janeiro, a aguardar respectiva regulamentação. Este último contempla a criação de unidades e de equipas multidisciplinares de CCISM, possibilitando a criação de respostas residenciais de cariz reabilitativo para doentes mentais graves com incapacidade psicossocial e em situação de dependência, através da articulação com os serviços locais de saúde mental (SLSM) e a rede nacional de cuidados continuados e integrados (RNCCI), conforme previsto no decreto-lei n.º 304/2009, de 22 de Outubro e tendo também presente a lei de Saúde Mental, aprovada pela Lei n.º 36/98, de 24 de Julho.

No ano de 2009, com vista à melhoria da acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados, foi aprovada uma linha de financiamento, designada “Programas Inovadores do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM)”, implementada com o apoio da ACSS e da CNSM e dirigida a serviços públicos prestadores de cuidados especializados e como incentivo para o desenvolvimento de respostas e programas de saúde mental na comunidade, dos sistemas de informação e de novos modelos de gestão. De acordo com os dados disponíveis, esta iniciativa promoveu o apoio para a constituição de Equipas de Saúde Mental Comunitária e o desenvolvimento dos serviços a nível local, tendo sido aprovados numa primeira fase 22 projectos (CNSM, 2009a; 2009b).

São também de salientar, ainda em 2009, os esforços no sentido de uma articulação intersectorial, que se traduziu na colaboração da CNSM e do ACS na Estratégia Nacional para a Integração dos Sem-abrigo, em articulação com a DGS, o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDDT) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP). Estas instituições têm vindo a colaborar com o Instituto da Segurança Social, I.P., para a elaboração de um modelo de intervenção em saúde que garanta o acesso a cuidados de saúde atempados e de qualidade às pessoas sem-abrigo (ACS, 2009; ISS, 2009).

Como marco importante, em Março de 2010, e de acordo com um dos objectivos delineados no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004), salienta-se a apresentação do primeiro estudo de morbilidade psiquiátrica em Portugal (Almeida, 2010a) inserido num consórcio internacional, que inclui a Organização Mundial de Saúde e a Universidade de Harvard, responsável pela realização dos inquéritos nos diversos países para comparação de resultados e desenvolvimento de um estudo genético internacional. Este estudo incluiu uma amostra de 3.849 indivíduos adultos em 258

localidades, implicando a utilização de 150 entrevistadores e 2 horas médias para cada entrevista, durante um período de seis anos. Vem colmatar a insuficiência de dados fiáveis sobre a magnitude e impacto das doenças psiquiátricas (CNRSSM, 2008; CNSM, 2009c) e permitir uma aproximação às reais necessidades dos doentes mentais. Neste sentido, importa referir que os resultados preliminares do estudo, ainda não concluído, revelam que somos o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população e que, no último ano, quase um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica (23%) e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações ao longo da vida. Outros resultados mostram que 33,6% dos doentes com perturbações graves não tiveram qualquer tratamento e, dos que foram acompanhados, 38,9% foram assistidos em serviços especializados em saúde mental, enquanto 47,1% foram acompanhadas em consultas de medicina geral e familiar. Estes resultados requerem certamente alguma reflexão, sendo previsíveis implicações futuras a nível político.

Neste âmbito destaca-se ainda que, segundo Almeida (2010b), apenas 1,7% da população com problemas de saúde mental tem acesso aos serviços públicos especializados e o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando não deve ultrapassar 50% em países desenvolvidos (OPSS, 2009). E, segundo dados constantes no relatório da CNRSSM (2008), em 2005 a demora média dos doentes de psiquiatria em fase aguda nos hospitais gerais, representava 20 dias e nos hospitais psiquiátricos 19 dias. Estes números são resultantes da existência de uma unidade de doentes em trânsito no Hospital de Magalhães Lemos, com uma demora média de 4,3 dias e envolvendo 1003 doentes. A não consideração desta unidade traduz-se numa demora média nos hospitais psiquiátricos de 20,5 dias.

Além disso, de acordo com a mesma fonte, apenas 24% do total de utilizadores dos serviços foram atendidos nos hospitais psiquiátricos e 71% das consultas foram realizadas nos hospitais gerais. Estes dados requerem igualmente alguma ponderação, pelo peso que representam ao nível dos cuidados secundários.

Como pontos menos positivos, e consonantes com algumas situações já referidas anteriormente no RP de 2009, continuam a não assinalar-se mudanças no sistema de gestão e financiamento, como preconizado pelo PNSM, quanto à necessidade de um orçamento específico para a saúde mental e da implementação de um modelo de financiamento baseado em princípios de contratualização (CNSM, 2008), que permitirá assumir um papel determinante para a melhoria do desempenho da oferta numa lógica de gestão de resultados.

Também se salienta, como ponto crítico ao nível dos recursos humanos, a carência de médicos pedopsiquiatras que, segundo o relatório da CNRSSM (2008), estão concentrados nos hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra, com um rácio de 2 especialistas por 66.000 habitantes, não ultrapassando 0,3 nos restantes hospitais.

No âmbito da criação de novas respostas ao nível dos CCISM, evidencia-se a necessidade de aumentar a rede comunitária ao nível das estruturas, nomeadamente a criação de residências com graus de autonomia e áreas de dia, pelo que, a regulamentação e efectivação da rede de residências, centros de dia e equipas domiciliárias será um passo significativo.

Por último, mas não menos importante, destaca-se, a necessidade de incrementar a realização de programas de promoção/prevenção, que actualmente são quase inexistentes.

Como documentos de referência salienta-se a publicação do *Portugal Country Summary: Effective and Human Mental Health Treatment and Care For All* pela WHO (2009), as Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (CNSM, 2009c) e o lançamento do Guia para a Defesa dos Direitos em Saúde Mental, editado em português pela CNSM. Além disso, 2009 e 2010 pautaram-se por uma série de eventos, realizados pelo ACS e pela CNSM, que têm colocado na agenda pública e política a saúde mental, salientando-se, em 2009, entre outros, o ciclo de eventos “10 anos da lei de saúde Mental” e o Fórum INR: Da Discriminação aos Direitos – Aplicação da Lei da Não-Discriminação à Saúde Mental.

Parece estarmos perante o início de um novo ciclo em saúde mental. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer. Confirmando alguns dos pontos críticos assinalados, de acordo com o documento publicado pela WHO (2009), deve ser dada continuidade à implementação do PNSM, estabelecer-se um orçamento específico para a saúde mental e reforçar os recursos humanos nos serviços locais de saúde mental localizados em áreas mais remotas, bem como, estabelecer programas de formação para profissionais chave a trabalhar na comunidade e para os clínicos gerais ao nível dos cuidados de saúde primários. Adicionalmente, devem ser criadas novas equipas de saúde mental infantil e juvenil, implementar e desenvolver boas práticas (*guidelines*) certificadas para as equipas de saúde mental na comunidade e estabelecer programas de prevenção contra o estigma, suicídio, depressão e apoio a grupos vulneráveis.

Neste sentido e como nota final, deve ser referido que, apesar do inegável progresso alcançado nestes últimos anos, a implementação e efectivação do PNSM, na linha do que foi afirmado no anterior Relatório Primavera (OPSS, 2009), continua a defrontar-se, entre outros, com a necessidade de clarificação das relações com base na contratualização e com alguns problemas de

escassez de recursos (materiais e humanos). Além disso, persistem algumas divergências quanto ao modelo de acção e filosofia da reforma e ao lugar do psiquiatra na estrutura do sistema de cuidados (OPSS, 2009). Estes poderão ser o reflexo da necessidade de fomentar mais diálogo entre todos os profissionais e actores envolvidos, para que a saúde mental fale a uma só voz e avance para uma reforma fortalecida e mais efectiva.

2.5 Controlo do tabagismo

Com a condição de crise económica e social actual, a evidência mostra-nos que é de esperar um aumento do consumo de tabaco. Apesar da tendência para o aumento de programas de apoio à cessação tabágica, não é claro o seu real impacto na diminuição da prevalência dos fumadores, uma meta tão ambiciosamente inscrita no ainda actual PNS e uma prioridade do actual Governo. Será que se estão a apoiar efectivamente os portugueses que querem deixar de fumar?

Diminuição da prevalência de fumadores

A dependência tabágica - definida como doença pela OMS desde 1996 - permanece no final da primeira década deste milénio como a principal causa de morbilidade e mortalidade evitável. Pode-se referir que durante este período vários esforços foram desenvolvidos na sociedade portuguesa de modo a diminuir o seu impacto.

Um dos mais importantes, diz respeito à diminuição da prevalência de fumadores. De modo a reunir recursos e organizar os meios para favorecer esta diminuição, o Plano Nacional de Saúde (DGS, 2004), estabeleceu as metas que se procuravam atingir até 2010. Constata-se que nenhuma delas foi atingida, havendo mesmo um agravamento a nível de alguns indicadores (quadro 17). A prevalência de fumadores na população residente no Continente com mais de 15 anos, determinada a partir de dados do INS 2005/2006, era de 20,9% traduzindo um aumento de 0,8% nas mulheres e uma redução de 1,8% nos homens, quando comparada com os dados obtidos em 1998 (Machado *et al.*, 2010). O uso do tabaco cresceu até ao grupo etário dos 25 aos 34 anos, reduzindo-se uniformemente a partir deste escalão, em ambos os géneros.

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

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

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

Fonte: Plano Nacional de Saúde

Com a condição de crise económica e social em degradação, a tendência é de esperar um agravamento do consumo de tabaco (Chan, 2009). No entanto, isso não se reflecte numa maior procura de apoio à cessação tabágica, de acordo com os profissionais de saúde responsáveis pelos programas de apoio à cessação tabágica inquiridos e de acordo com um Inquérito por questionário enviado às unidades de saúde (i-TPC, 2010). Enquanto que existe uma percepção de agravamento no consumo de tabaco com a crise económica e social (média 3.4%), a percepção relativamente à procura de apoio manifesta uma tendência inversa (média 2,8) havendo uma redução da procura.

Salvaguarda dos direitos dos não fumadores e legislação adequada para o controlo do tabagismo

No último ano, foi sedimentada a adesão da sociedade portuguesa relativamente à legislação a nível da protecção dos não fumadores (Lei n.º 37/2007). Foram publicados vários estudos, realizados em países onde legislações semelhantes foram implementadas, que demonstraram as consequências significativas a nível do seu impacto em saúde. Nomeadamente, foi notória a diminuição dos AVC a nível dos não fumadores, após a implementação de legislações restringindo o uso do tabaco em lugares públicos (Lightwood e Glantz, 2009; Meyers *et al.*, 2009).

Política (de controlo de preços) sobre os produtos do tabaco

O mesmo não se pode dizer relativamente às obrigações relativas à Convenção Quadro para o Controlo do Tabagismo, que Portugal subscreveu junto da OMS. O cumprimento desta Convenção tem sido comprometido. Exemplo disto é um folheto com os logótipos de instituições do Estado Português (Direcção Geral das Finanças e dos Impostos Especiais sobre o Consumo, e da Unidade de Acção Fiscal da GNR), coabita em a marca de tabaco Marlboro, num apelo dúbio (figura 20).

Figura 20. Folheto contra o tabaco ilícito



Fonte: <http://www.philipmorrisoninternational.com/PT/local/images/content/Folheto.pdf>

Aqui são violados vários pressupostos da referida Convenção Quadro, estando o Estado Português em incumprimento formal da mesma. No entanto, este comportamento não é sancionado, sendo distribuídos maciçamente estes panfletos pelos quiosques e outros lugares do comércio em Portugal. Está em causa o incumprimento do Artigo 13º, ponto 4 (entre outros), onde é clara a condenação de todas as formas de publicidade por qualquer meio. Expressa-se uma errada impressão sobre o produto e por outro lado o público é encorajado a comprar um certo tipo de tabaco (o lícito), quando não é explícito que o prejuízo de usar tabaco contrabandeado ou tabaco vendido no sistema comercial, tem efeito nefasto sobre o organismo. Além destes elementos é ainda associada uma marca de tabaco aos logótipos do estado Português.

A Convenção Quadro encontra-se transcrita para o ordenamento jurídico português (ver Diário da República, de 8 de Novembro de 2005, Série A), com o seguinte texto, em inglês: "Prohibit all forms of tobacco advertising, promotion and sponsorship that promote a tobacco product by any means that are false, misleading or deceptive or likely to create an erroneous impression about its characteristics, health effects, hazards or emissions; ... restrict the use of direct or indirect incentives that encourage the purchase of tobacco products by the public".

Os últimos dados referentes a programas de cessação tabágica, indicam que em Portugal existem 243+2 pontos de acesso. Destes 56% só são acessíveis por referência do profissional de saúde, o que implica que mais de metade destes programas só estão disponíveis se os interessados pertencerem às unidades de saúde oferecendo esses programas. Por contacto directo (2,5%) e por iniciativa do utente (7,8%) representam um décimo dos programas que não colocam como condição, à partida, a referência de um profissional de saúde. Em algumas unidades de saúde (1,2%) procede-se a uma triagem dos utentes a serem apoiados por este tipo de programas. Da totalidade dos 245 programas, somente quatro (2+2) explicitam que não têm tempo de espera para que sejam usados pelos utentes interessados.

A maior parte destes programas tem lugar durante o período laboral e 12,7% permitem o acesso fora das horas laborais aos utentes. Das unidades de saúde que referiram o seu tempo de espera, a média é de 41 dias. Cerca de 3553 pessoas, de acordo com os dados fornecidos pelos responsáveis pelos programas de apoio à cessação tabágica, terão sido beneficiadas nos últimos 12 meses em Portugal. Deste número de pessoas, 36% foram apoiadas por 2 programas que utilizam metodologias de apoio à distância (telefone e internet). Os restantes 64% dizem respeito a programas realizados nas unidades de saúde do SNS oferecendo apoio à cessação tabágica.

Assiste-se assim a uma tendência para o aumento de programas de apoio à cessação tabágica. No entanto, não é claro o real impacto na diminuição da prevalência nacional de fumadores em território nacional. Os cuidados de saúde primários são a componente do SNS que mais programas desta natureza oferece, havendo no entanto algumas dificuldades a registar tais como a recente reconfiguração dos ACES, a necessidade de desenvolver contratos programa no âmbito do apoio à cessação tabágica, bem como o registo de produção.

Quando comparamos o que acontece em Portugal com outros países no contexto europeu, constatamos algumas diferenças significativas. Na Finlândia, por exemplo, fazem-se avanços significativos a nível do controlo do uso do tabaco que estão muito para além das ambiguidades da lei portuguesa acima referida (depois de ter sido o primeiro país no mundo a determinar legislação visando a protecção dos não fumadores). No Reino Unido, outro exemplo que poderíamos referir, a oferta de serviços de cessação tabágica de elevada qualidade é considerada uma prioridade pelo *National Health Service* (NHS). Desde 2000 que os *NHS Stop-Smoking Services* chegaram a mais de 2 milhões de fumadores que deixaram de fumar no curto prazo e a cerca de 500.000 que deixaram de fumar durante um longo período de tempo, permitindo salvar cerca de 70.000 vidas. É ainda difícil

avaliar as intervenções em Portugal, dada a inexistência de um sistema de informação e acompanhamento.

O apoio à cessação tabágica (baseado em evidência) oferecido pelo NHS mostrou ser largamente positivo em termos de custo-efectividade nos vários níveis de análise. Por outro lado, a contratualização daqueles serviços pareceu ser um bom esquema para alcançar melhores resultados, quer pelo uso de intervenções baseadas em evidência quer melhorando a qualidade dos dados clínicos registados, quer ainda por ter permitido uma melhor alocação dos recursos disponíveis. De acordo com as Boas Práticas disseminadas pelo *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) para o Reino Unido, os serviços fornecidos devem abranger no mínimo 5% da população local de fumadores, por ano. Para optimização da taxa de sucesso da cessação tabágica, o NICE recomenda ainda a farmacoterapia como intervenção de primeira linha assim como a utilização de serviços de apoio através do telefone ou internet, situação que não se verifica em Portugal: os medicamentos para a cessação tabágica não são comparticipados (ao contrário de outras dependências como álcool e drogas) e a divulgação de apoio através do telefone ou internet é esparsa.

Constata-se mesmo que um dos meios de maior sucesso no apoio à cessação tabágica no Reino Unido (apoio de grupo) com uma estimativa compreendida entre os 32% e os 74% no período em análise, é praticamente não aplicado em Portugal (à excepção de três programas, conforme apuramos no estudo anteriormente apresentado). O segundo meio (em escala de grandeza de impacto) são os serviços de apoio através da Internet com um intervalo de sucesso compreendido entre os 28 e os 66% (quadro 18).

Quadro 18: Taxa de sucesso de intervenção

Taxa de sucesso estimada varia para diferentes tipos de intervenção

Tipo de intervenção	Taxa de sucesso para a intervenção às quatro semanas
Apoio individual	22%-52% (a)
Casal/ apoio da família	Evidência insuficiente (b)
Apoio grupo fechado	32%-74%
Apoio em grupo aberto	Evidência insuficiente (b)
Apoio ocasional	Evidência insuficiente (b)
Apoio telefónico	22%-51% (c)
Apoio online	28%-66% (c)

Notas:

- Indica intervalo de sucesso por tipo de intervenção desde clientes que não recebem medicação aos que recebem a TSN, bupropiona ou vareniclina.
- Indica pouca disponibilidade ou nenhuma pesquisa publicada focando a evidência da eficácia deste tipo de intervenção e, portanto, dados insuficientes disponíveis para estimar as taxas de sucesso para a intervenção às quatro semanas
- dados disponíveis para estimar as taxas de sucesso para a intervenção às quatro semanas de apoio on-line. Evidência da combinação de apoio on-line e medicação não estão ainda disponíveis.

Fonte: Chambers (2009)

As normas de orientação clínica baseadas em evidência produzidas em Portugal recomendam no mesmo sentido embora sejam omissas relativamente aos apoios em linha na Internet. A evidência demonstra que a combinação de suporte individual, comportamental, social e fármaco-terapêutico podem aumentar a taxa de sucesso cerca de 4 vezes.

Com o objectivo de avaliar a implementação das consultas de cessação e actividades de prevenção e controlo de tabagismo nos Hospitais com Serviço de Pneumologia, foi desenvolvido um inquérito baseado num questionário via e-mail de autoria de Sofia Ravara da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e de Ivone Pascoal da *Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia*. Dos Serviços de Pneumologia existentes em território nacional, 19 responderam, dos quais 14 com consulta própria. O formato terapêutico individual é o único existente em 100% dos casos, estando disponível o seguimento telefónico em 10 consultas e por e-mail em apenas uma consulta. Apenas 4 consultas não recebem doentes referenciadas pelos Cuidados Primários. No ano de 2008 foram efectuadas 9200 consultas no total de 13 Centros (2347 primeiras consultas). O tempo de espera variou entre uma semana e 3 meses.

Conclusões

Repetindo aquilo que vem a ser referido nos anteriores Relatórios Primavera, muito foi feito nos últimos anos em relação ao controlo do tabagismo em Portugal. A lei de protecção contra o fumo do tabaco foi um dos grandes marcos destes últimos 3 anos, a formação dos profissionais de saúde, o desenvolvimento de normas de boas práticas clínicas e terapêuticas e a oferta de um maior número

de consultas de cessação tabágica, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários, foram igualmente factores muito positivos.

No entanto, as metas para controlo da prevalência e incidência de fumadores ficarão muito aquém daquilo que foi definido para o final de 2010. Porquê?

A sensibilização e educação para a saúde é errática, pouco efectiva e sem avaliação de impacto, existe pouca articulação e integração de cuidados, alguma desadequação geográfica da oferta e da procura de cuidados, inexistência de terapêuticas participadas para potenciar o sucesso da cessação tabágica (nem mesmo para os grupos mais economicamente desfavorecidos, nem para os grandes grupos de risco), o preço do tabaco não é suficientemente elevado para desencorajar os actuais e potenciais futuros fumadores. Enfim, o tabagismo é em toda a Europa considerado um grave problema de saúde pública. Existem boas práticas identificadas em vários países, mas em Portugal, a prevenção e o controlo do tabagismo não é ainda definitivamente uma prioridade de saúde.

2.6 O *continuum* de cuidados na perspectiva da contratualização

A contratualização só poderá ser uma realidade se houver rigor e transparência na informação que a sustenta, pelo que, a consolidação dos sistemas de informação, nomeadamente na vertente da interoperabilidade, constitui um factor incontornável e emergente para uma efectiva monitorização, acompanhamento e avaliação sistemática de resultados.

O crescimento da prevalência de doenças crónicas associado ao envelhecimento populacional constitui actualmente um factor de preocupação major para os sistemas de saúde. Ao nível mundial, as doenças crónicas são de longe a causa líder de morte e incapacidade e, actualmente, representam cerca de 75% da despesa global em saúde, valor que irá certamente aumentar nos próximos anos (WHO, 2005).

Dado que representam os problemas de saúde mais prevalentes e mais caros, sendo em muitos casos preveníveis, os decisores políticos, confrontados com o crescimento acelerado das despesas de saúde, têm vindo a adoptar estratégias que visam promover melhores resultados clínicos (*'clinical outcomes'*) e, simultaneamente, obter ganhos de eficiência.

Em resposta aos desafios colocados pela elevada prevalência das doenças crónicas, muitos países têm vindo a desenvolver experiências com o objectivo de melhorar a coordenação de serviços num

continuum de cuidados adequado ao tratamento de doenças crónicas (Nolte e McKee, 2008). O objectivo passa, então, por garantir aos utentes uma prestação mais adequada, em função do tipo e intensidade de cuidados e, nessa medida, uma resposta menos orientada pela oferta e mais voltada para fazer face às efectivas necessidades em saúde da população.

Em contexto internacional, as tendências apontam no sentido da adopção de modelos com maior integração de cuidados em que as diferentes estruturas se articulam entre si numa visão sistémica, sustentados por modelos de contratualização e financiamento que assegurem o sucesso do processo de gestão da mudança, incluindo, ainda, a participação do cidadão, a participação dos profissionais e a integração da informação.

Os modelos de cuidados integrados desenvolvidos nos EUA, como o *Kaiser Permanent* e o *Geisinger Health System* têm exercido influência na adopção de políticas baseadas nestes princípios na Europa e um pouco por todo o mundo. Países como o Reino Unido, a Alemanha e a Espanha têm vindo a investir consideravelmente no desenvolvimento de modelos de cuidados compreensivos inspirados na experiência americana. Outros países, como os Países Baixos ou a França, estabeleceram redes de prestadores que pretendem reduzir o *gap* entre os cuidados prestados em ambulatório e agudos (Sceller-Kreinsen *et al.*, 2009).

Estas experiências apresentam várias formas de integração de cuidados, de entre os quais se podem destacar os seguintes: *i)* entre cuidados primários e secundários; *ii)* entre cuidados de saúde e acções de prevenção, promoção da saúde e de acção social na comunidade com carácter social ou, mesmo, *iii)* entre prestadores e pagadores. Saliente-se que, independentemente das formas de integração que privilegiam, visam obter uma maior qualidade na prestação de cuidados, uma maior capacitação do utente para lidar com a doença, uma monitorização contínua do estado de saúde das populações, uma coordenação de cuidados prestados ao longo da cadeia do sistema prestador e entre prestadores e, melhores níveis de pertinência e de eficiência. No entanto, não permitem, ainda, dado o seu carácter experimental e recente, medir impactos nos custos globais da prestação.

A introdução de uma maior flexibilidade no modelo de financiamento, a adopção de modalidades inovadoras de remuneração que incentivem uma melhor abordagem na doença crónica e nos estados de saúde mais complexos e a criação e desenvolvimento de uma melhor infra-estrutura de apoio à coordenação de cuidados, tais como sistemas de informação que facilitem a adopção de modelos de prestação de cuidados mais integrados, são algumas dos argumentos mais recentes para a consolidação de uma estratégia nacional de cuidados de saúde primários na Austrália.

No Reino Unido, começa também a notar-se uma pressão forte sobre o modelo *practice-based commissioning*, no sentido de melhor se adequar ao *continuum* de cuidados prestados aos utentes, especialmente entre os cuidados primários e os cuidados secundários. A criação de uma rede de “parcerias clínicas locais” revela-se uma nova tendência no sistema de saúde britânico, instituições constituídas por médicos de família, outras entidades comunitárias e especialistas de cuidados secundários, que serão responsáveis pela prestação e contratualização de serviços com total responsabilização pela saúde das suas populações.

Neste contexto, as principais propostas apresentadas por Smith *et al.* (2010), no documento *Where Next for Commissioning in the English NHS* e por Lewis *et al.* (2010), no documento *Where Next for Integrated Care Organisations in the English NHS*, apontam para:

- Um novo papel para os *Primary Care Trusts* (PCT): estas organizações precisam assumir compromissos pelo estabelecimento de prioridades, financiamento e definição de contratos, e.g., com organizações integradas, exigindo-lhes a prestação de cuidados de qualidade, responsabilidade pelos custos, a experiência do paciente e resultados em saúde. É possível que os PCT precisem evoluir para um número menor mas mais alargado para atender a essas responsabilidades;
- Conceder aos *commissioners* uma maior flexibilidade financeira: alterar algumas das regras de contabilidade e orçamentais dos PCT's e dos *Practice Based Commissioners* (PBC), no sentido de poderem funcionar mais como empresas, faseando, por exemplo, compromissos financeiros, desviando a atenção dos hospitais para a comunidade;
- Novas abordagens: os decisores políticos e dirigentes do *National Health Service* (NHS) devem considerar novos modelos de prestação de cuidados de saúde e de contratualização, liderados por clínicos em cuidados primários e hospitais, que podem oferecer cuidados coordenados a doentes em diferentes prestadores, especialmente no domicílio;
- Novas fórmulas de financiamento: como aquelas em que organizações integradas de prestadores assumam o risco financeiro de um orçamento por capitação ajustado pelo risco para cobrir todos os cuidados para uma população, que têm o potencial para envolver os clínicos na gestão dos serviços, manter a população mais saudável e garantir mais *value for money*;
- Responsabilidade pública: aumentar a responsabilidade local e a legitimidade pública dos *commissioners* é vital. Uma das opções descritas nos relatórios referidos seria conferir-lhes o estatuto de fundação, permitindo-lhes operar mais independentemente do controlo do Governo e com participação mais activa dos pacientes e da população. Isso também poderia ir de alguma forma no sentido de elevar o perfil e o status quo dos PCT e dos PBC nas suas comunidades locais.

Em Portugal, saliente-se, o desenvolvimento e a implementação do modelo de gestão integrada da doença, que constitui uma abordagem compreensiva e integrada à gestão da saúde dos cidadãos, através do recurso a *guidelines* e boas práticas baseadas na evidência científica, específicas para a doença. Para a implementação deste modelo foi seleccionado o subgrupo alvo dos doentes com insuficiência renal crónica, que se encontram em programas de diálise. Uma das principais características deste modelo de prestação integrada de cuidados está associada a uma inovadora modalidade de pagamento que se baseia num valor compreensivo global por doente e por um período de tempo predeterminado. Integram este conceito a definição de indicadores de processo e de resultados relacionados com critérios de qualidade específicos da doença, a relação directa entre pagamento e cumprimento dos objectivos terapêuticos acordados e, ainda, o estabelecimento de mecanismos de auditoria de informação, de monitorização, de acompanhamento e de avaliação.

Subjacente a este modelo está também a intenção de redução da incerteza nas despesas associadas aos tratamentos e a partilha de risco para o sector privado, permitindo a redução de desperdícios e atenuando a escalada de custos dos tratamentos destes doentes.

O modelo de gestão integrada da doença tem, assim, uma visão de longo prazo, num *continuum* de cuidados, contrariamente à abordagem tradicional, reactiva e focalizada no tratamento por episódios.

Esta estratégia, se adequadamente operacionalizada, pode conduzir, por um lado, à melhoria da saúde da população e, por outro lado, à melhor alocação de recursos, identificando e monitorizando doentes com condições crónicas. Pode, ainda, contribuir para a capacitação dos doentes, no sentido de serem mais envolvidos na gestão do seu tratamento – auto-gestão da sua doença –, bem como para cuidados e intervenções coordenadas e integradas que, tendencialmente, atenuam ou adiam o aparecimento de complicações desnecessárias.

Neste contexto, os sistemas de informação e o compromisso das organizações estatais na sua consolidação e evolução, assumem-se como factores críticos de sucesso na implementação, operacionalização e continuidade dos modelos de gestão integrada da doença, uma vez que garantem a integração de informação proveniente de fontes diversas (informação clínica e financeira), bem como a sua permanente actualização e disponibilização.

No final de 2008, para apoiar o projecto de Gestão Integrada da Doença (GID), iniciou-se o desenvolvimento de uma plataforma informática, com o objectivo de permitir a recolha e centralização de toda a informação necessária. No entanto, esta plataforma não se encontra ainda estabilizada, quer pela dificuldade/resistência de alguns prestadores públicos em efectuar a

integração dos seus dados quer por alguma indefinição quanto à estrutura da informação que se pretende extrair, o que impede a recolha e tratamento de dados com fiabilidade. Este atraso na disponibilização dos resultados levanta sérios problemas quanto aos métodos de monitorização e acompanhamento de resultados e respectiva validade, particularmente, aos que dizem respeito ao período de avaliação e aos doentes entrados e saídos do programa.

A manutenção destas dificuldades, de aparente fácil resolução, comprometerá, assim, os objectivos traçados para este modelo. A falta de informação necessária a um correcto processo de monitorização e acompanhamento, associado à ausência de uma estrutura oficial sólida e estável de acompanhamento do projecto, não permitirá relacionar o pagamento com os resultados alcançados. Sem a avaliação sistemática e contínua dos resultados clínicos e financeiros, previamente contratualizados com as unidades prestadoras de cuidados, corre-se o risco de transformar um ambicioso modelo de gestão integrada da doença num mero contrato de desempenho. Desta forma, ficará também comprometida a sua expansão e aplicabilidade para outras doenças crónicas que carecem, igualmente, de uma abordagem integrada e baseada numa cultura de avaliação de resultados.

Depois de implementado e consolidado o modelo de Gestão Integrada da Doença, mostrar-se-á fundamental perceber a consistência da política de reforma enquanto mecanismo da contratualização e também o impacto que este produz em termos de *outputs* mais imediatos (como a equidade no acesso, a eficiência técnica e a qualidade) e de *outcomes* (nível e distribuição, protecção financeira e justiça no financiamento, capacidade de resposta, satisfação dos doentes e dos profissionais, qualidade de vida).

É, assim, importante e urgente a avaliação deste novo modelo, bem como a identificação do seu impacto no sistema de saúde, nas suas dimensões de acesso, qualidade, equidade e eficiência, para a produção de evidência que possa ser utilizada para compreender como esta iniciativa influencia a qualidade da resposta. Deste modo, fazem-se as seguintes recomendações:

- Desenvolvimento e consolidação de mecanismos de contratualização potenciadores da articulação e continuum de cuidados nos diferentes níveis de cuidados e entre prestadores que, de forma gradual, introduzam objectivos relacionados com impactos, resultados intermédios e acções, para além da tradicional avaliação do desempenho e serviços prestados.
- Garantia de condições de estabilidade na gestão de projectos experimentais que, pela sua natureza, não têm efeitos imediatos, sendo manifestamente necessário, num contexto de investigação/acção, assegurar a sua manutenção durante períodos relativamente longos, a existência equipas de acompanhamento e uma monitorização e avaliação estáveis.

- Adopção de um modelo de incentivos que visem premiar uma efectiva integração de cuidados, para além de garantir os bons resultados em saúde, não apenas numa perspectiva de gestão da doença, mas favorecendo abordagens do ponto de vista da prevenção da doença e de promoção da saúde.
- Reforço das competências de gestão e liderança e investimento na I&D para auxiliar no processo de mudança e promover a inovação e a modernização necessárias ao desenvolvimento de novos modelos centrados no cidadão e que visem, simultaneamente, ganhos de acesso, qualidade, produtividade, flexibilidade e de eficiência.
- A consolidação dos sistemas de informação, nomeadamente na vertente da interoperabilidade, constitui um factor incontornável e emergente para uma efectiva monitorização, acompanhamento e avaliação sistemática de resultados.

2.7 Vacina da gripe - análise das decisões políticas

Numa pandemia de gripe, não se pode esperar que os cidadãos se limitem a aguardar, ouvir e seguir as recomendações das autoridades de saúde. Devem ser considerados como parceiros e promover o seu envolvimento e participação nas actividades contra a pandemia, de forma a conseguir obter-se uma resposta social efectiva.

Perante as notícias provenientes do México, em Abril de 2009, o mundo deparou-se com a primeira ameaça pandémica do século XXI. As autoridades de saúde depressa activaram os seus planos de contingência e a sua rede de vigilância epidemiológica, de modo a monitorizar a evolução do processo pandémico no país.

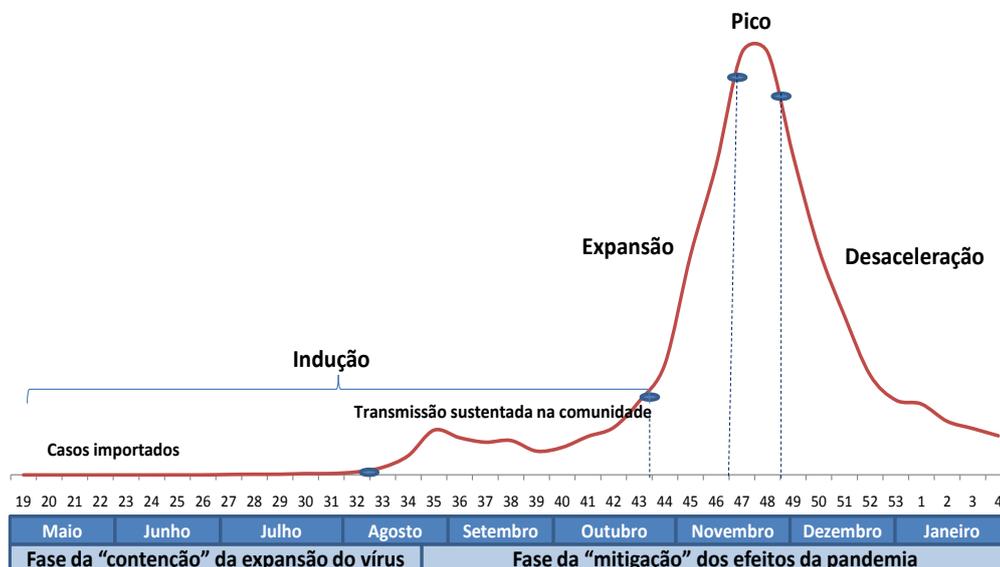
A primeira “onda” epidémica, em Portugal, teve uma duração aproximada de 39 semanas, desde 4 de Maio de 2009, data em que foi confirmado o primeiro caso de gripe A (H1N1), até finais de Janeiro de 2010.

A preparação para uma pandemia de gripe tem sido baseada no modelo de emergência de saúde pública, que é tipicamente um modelo de comando-e-controlo, baseado no pressuposto de que as autoridades de saúde estabelecem normas e recomendações para uma situação de emergência, e que estas são prontamente adoptadas e implementadas pelos serviços e profissionais de saúde e pelo público em geral. Tendo em conta a experiência e a aprendizagem adquirida com a preparação para a ameaça de gripe das aves (H5N1), foi explorada uma abordagem distinta para a preparação e resposta à gripe pandémica 2009 (H1N1).

Evolução da gripe pandémica 2009 em Portugal

É possível notar quatro fases distintas na curva epidémica (figura 21):

Figura 21 – Evolução da curva epidémica de gripe A (H1N1) 2009, em Portugal



Fonte: Centro de Análise da Resposta Social à Gripe Pandémica, 2010

- Fase de indução – Caracterizada por uma fase inicial, em que surgiram os primeiros casos importados, inicialmente do México e EUA e, posteriormente, de Espanha e Reino Unido e, por um segundo momento, marcado pela transmissão sustentada na comunidade, uma vez que, apesar do contágio ainda ser limitado, aumentou consideravelmente o número de novos casos na região do Algarve. A fase de indução terá tido uma duração superior à de outros países europeus, uma vez que rondou as 25 semanas. Este facto, permitiu uma melhor preparação por parte das autoridades de saúde.
- Fase de expansão – Caracteriza-se pelo momento em que se iniciou a fase de aceleração da curva, em que aumentou o número de novos casos. Teve uma duração de três semanas.
- Pico epidémico – O pico epidémico, ou fase com maior número de casos de gripe A, teve uma duração muito curta, na semana 48 (Novembro de 2009).
- Fase de desaceleração – Período caracterizado pela diminuição do número de novos casos de gripe A. Durou cerca de seis semanas, até o número de novos casos ter atingido os níveis de base (correspondendo ao momento em que se deu início à fase de expansão).

A actividade gripal durante este período está apresentada na figura 22 publicada no *site* da DGS.

Figura 22 – Evolução da actividade gripal, semana 18 de 2009 a semana 6 de 2010



Fonte: www.dgs.pt

Modelo de governança em saúde, para a preparação da pandemia de gripe 2009 em Portugal

Ao contrário do passado, a actual consciência da iminência de uma pandemia de gripe iniciou-se muito cedo em relação ao próprio processo pandémico: o início dos episódios relativos à pandemia foram imediatamente reportados, a sua evolução foi acompanhada diariamente pela comunicação social, a informação em relação à preparação e às acções para responder ao problema (incluindo o estudo, criação e distribuição da vacina) foram amplamente conhecidas. Sob determinadas circunstâncias, o período de indução da curva epidémica foi consideravelmente longo. É disso exemplo a pandemia H1N1 2009, no hemisfério norte.

Neste novo contexto global, diferentes padrões de percepção e interacção social interferem formalmente com o pressuposto simplista do modelo de comando-e-controlo, sendo necessária uma abordagem que acompanha de perto as percepções da população, que active as organizações, as comunidades e os profissionais, que invista fortemente na tradução da informação em conhecimento e literacia em saúde e que caminhe para além das ciências biomédicas e de epidemiologia, para estabelecer uma base de conhecimento apropriada para responder a uma pandemia de gripe.

O acompanhamento e análise prospectiva da resposta social à gripe pandémica H1N1 2009 em Portugal, baseou-se no modelo de governança em saúde e no pressuposto da sua importância na

complementaridade ao modelo de comando-e-controlo. Uma variedade de fontes de informação foi utilizada com vista a analisar a resposta social à gripe pandémica, incluindo o estabelecimento de uma rede dedicada (constituída por 10 grandes empresas, 38 famílias, 4 agrupamentos de centros de saúde e através destes, 4 escolas), pesquisa bibliográfica, análise de imprensa e de redes sociais, aplicação de questionários a diferentes populações (n=5.365) e entrevistas telefónicas (n=48).

A resposta da população face a uma pandemia é veiculada pela observação social e informação proveniente dos meios de comunicação social, assim como pela comunicação das autoridades de saúde. A adopção de comportamentos de prevenção é largamente dependente de uma comunicação do risco efectiva, que induza uma percepção do risco realista, conhecimento correcto e competências para promover e possibilitar práticas preventivas (Brug, 2009).

No que respeita aos media, estes estabelecem uma ligação estreita com as pessoas, que são constantemente expostas a notícias que, não tendo um sistema de triagem, englobam informação credível e não credível, sensacionalista e conspiratória. Por sua vez, o processo de globalização simplifica a rapidez de chegada destas notícias, sendo por isso a gripe A (H1N1) 2009 a primeira pandemia da história cujos desenvolvimentos foram acompanhados a nível mundial em tempo real. Por outro lado, a comunicação das autoridades de saúde e a sua actuação baseada na evidência, pretende promover comportamentos sociais conducentes à prevenção e minimização do impacto da pandemia.

Verifica-se assim a existência de dois paradigmas complementares na gestão do processo pandémico:

- Gestão comando-e-controlo, própria das emergências de saúde pública, em que se pretende um alinhamento nas regras do jogo de um desafio global.
- Governação e literacia em saúde, em que se implementa a activação das redes sociais de proximidade.

Num primeiro período da ameaça pandémica, o primeiro destes registos parece predominante. Este tipo de comunicação vertical, de comando-e-controlo, informa e produz normas de comportamento, com o objectivo de a sociedade civil aderir e alinhar perante um desafio massivo. O cidadão é por isso visto como um sujeito passivo. Esta abordagem muito característica das emergências de saúde pública, visa prevenir a “cidade da gripe”.

No entanto, quando a complexidade da situação pandémica se torna mais aparente, a importância do segundo destes registos torna-se evidente. Só desta forma será possível minimizar os efeitos da pandemia, contribuindo para o achatamento da curva epidémica. Para que a resposta social seja

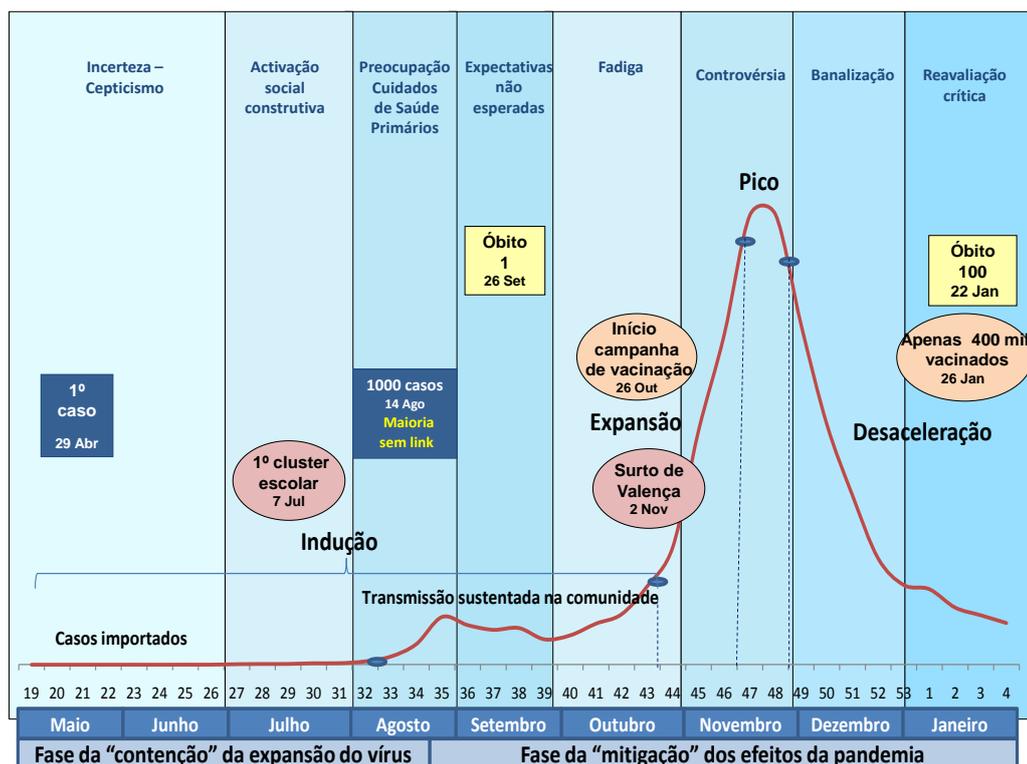
efectiva, terá necessariamente que se recorrer ao engenho e à capacidade de inovação, que está para além da epidemiologia e das ciências biomédicas. A activação inteligente das redes sociais de proximidade é susceptível de dar origem a abordagens inovadoras na micro-gestão da crise social, económica e sanitária. Este tipo de abordagem visa promover a “cidade inteligente”, em que o cidadão é visto como sujeito activo.

Neste sentido, a governança em saúde actua contra a gripe ao partilhar, interpretar, decodificar informação e validar conhecimentos, antecipar o que pode acontecer e tomar decisões sobre isso. A participação dos indivíduos e organizações na resposta a uma pandemia, possibilita relações de confiança entre os serviços, comunidade e autoridades, que têm de ser assegurados em tempo de crise. A cidade inteligente vê a preparação para uma pandemia como um elemento de melhoria de qualidade de vida, uma vez que suscita a inovação e a coesão social. Trata-se, no fundo, de atribuir *empowerment* ao cidadão a nível local para lidar com a pandemia (Kickbusch e Sakellarides, 2006).

A activação social depende fundamentalmente de três factores: (i) a forma como se gere o conhecimento relativo à gripe pandémica, (ii) a forma como se lida com os processos comunicacionais e (iii) a implementação de medidas concretas.

Durante a pandemia, observaram-se diferentes níveis de alerta, que acabaram por desembocar na grande discussão sobre a vacinação pandémica. A figura 23 representa graficamente a resposta social dada à gripe pandémica 2009 em Portugal, entre Maio de 2009 e Janeiro de 2010.

Figura 23 – Resposta social à gripe pandémica 2009 em Portugal, entre Maio de 2009 e Janeiro de 2010



Fonte: Centro de Análise da Resposta Social à Gripe Pandémica, 2010

Papel das autoridades de saúde

As autoridades de saúde nacionais, em contínua articulação com as autoridades de saúde internacionais, desempenharam um papel essencial na resposta à pandemia. Na pandemia de gripe de 2009, as autoridades de saúde agiram desde cedo para assegurar aos técnicos e à população informação oportuna e relevante sobre os acontecimentos, iniciando em simultâneo os preparativos necessários e revendo e adoptando os planos de contingência já estabelecidos para ameaças anteriores. Tal como em outros países, o papel informativo mais relevante foi assumido pela própria Ministra da Saúde, cabendo à DGS uma missão mais explicativa e técnico-normativa (Sakellarides, 2009).

Para a gestão do processo pandémico é necessária uma estrutura formal, que recolha e transmita a informação, que permita produzir e emanar as normas e orientações mais adequadas a seguir pelas pessoas e pelos serviços de saúde, de forma a dar resposta à emergência de saúde pública – abordagem de “comando-e-controlo”.

Por outro lado, é necessário criar e apoiar estruturas que permitam orientar, promover e enquadrar a activação social indispensável para que os indivíduos, as famílias e as empresas se preparem para responder à ameaça da saúde pública - paradigma da governança em saúde.

As autoridades de saúde, embora a sua maior preocupação se centrasse na rápida preparação e activação das medidas de resposta à pandemia, deveriam ter tido em atenção a cultura da desconfiança e a existência de “teorias da conspiração”, já descritas desde a pandemia de 1918. Dados empíricos recentes tendem a clarificar os contornos desta cultura, que parecem assentar em seis pilares:

- A percepção de que a comunicação social tende a dramatizar e a hipervalorizar situações em relação às quais se sabe que o público é particularmente sensível.
- A ideia de que as autoridades responsáveis pelas situações de risco tendem a subvalorizá-las, ou para minimizar as suas próprias limitações ou para não desencadear situações de alarme.
- A noção de que uma epidemia pode ser uma oportunidade de negócio para alguns, e de que estes tudo farão para tirar o máximo proveito possível dessa oportunidade, sem qualquer consideração de natureza ética.
- As discordâncias e contradições que se detectam com frequência nos meios académicos, técnico-científicos e profissionais, que fazem supor que algo se esconde do público em geral, ou que há mais dúvidas sobre as recomendações oficiais do que aquilo que se pretende aparentar.
- O desconhecimento dos processos reais que produzem conhecimento a partir da informação, tomando como certas notícias veiculadas por meios de comunicação habituais sem uma fundamentação adequada.
- O desconhecimento da natureza das organizações internacionais e nacionais que emitem informação e orientações relativas à gestão dos processos pandémicos e dos dispositivos existentes para tornarem estas instituições e os seus mecanismos de decisão inacessíveis ao poder económico ou político.

Numa pandemia de gripe, não se pode esperar que os cidadãos se limitem a aguardar, ouvir e seguir as recomendações das autoridades de saúde. Devem ser considerados como parceiros e promover o seu envolvimento e participação nas actividades contra a pandemia, de forma a conseguir obter-se uma resposta social efectiva.

Um exemplo das consequências de uma abordagem errada numa situação de crise em saúde pública manifestou-se em relação ao que aconteceu com a vacinação pandémica, a nível mundial. Essencialmente, assistiu-se à disponibilização da vacina, à definição dos grupos prioritários e ao apelo à vacinação, sem qualquer activação das redes sociais de proximidade. Resultou, como seria previsível, numa fraca adesão à vacinação, como demonstram os estudos adiante referidos.

Desde que se iniciaram os programas de vacinação pandémica, contra o H1N1 2009, que se instalou o medo e a controvérsia, em muito suportados pelo volume dos argumentos “contra”, que foram

sendo publicados pela comunicação social e que eram difundidos a grande velocidade pelas modernas tecnologias e redes sociais. Posteriormente, as dúvidas aumentaram com a tentativa de relacionar a morte de fetos com o facto de as mães terem sido vacinadas, facto que nunca se confirmou. O mesmo aconteceu a nível europeu, embora o Grupo de Peritos para a Resposta Rápida em Farmacovigilância Pandémica tenha considerado a causalidade improvável e a EMEA tenha encerrado o caso.

Na primeira semana de Fevereiro, estavam vacinados cerca de 500.000 indivíduos em Portugal, embora o sentimento em relação à vacina não fosse ainda de tranquilidade.

A interpretação que a comunicação social faz do discurso dos representantes das autoridades de saúde, não deve contribuir para fomentar a não adesão à vacinação. Contribuir para que a população não adira à vacina, poderá representar um risco para a saúde pública, no decurso de uma possível segunda onda da pandemia. Neste sentido, Keiji Fukuda, responsável pela Gestão da Pandemia na OMS, disse em Lisboa, no passado dia 29 de Janeiro de 2010, que a “recomendação habitual para as pessoas vacinadas contra a gripe é que tomem novamente a vacina um ano depois. Isso é o habitual. Mas estes assuntos ainda não foram decididos para a vacina actual”. Quanto à eficácia da vacina pandémica, afirma “lamento mas não conheço os resultados agora; por isso, não posso falar da eficácia estimada da vacina. Mas digo que nenhuma vacina é perfeita. As vacinas de gripe para pandemias nunca são perfeitas. Temos sempre casos de pessoas vacinadas, que acabam por ficar infectadas”.

Estas afirmações devem ser compreendidas no seu contexto, sem contribuir para alarmismos e controvérsia e sem colocar em causa a continuidade da campanha de vacinação, cujo sucesso é fundamental para a acção contra a pandemia.

Quando surge um vírus pandémico, inicia-se um novo ciclo de gripe sazonal. O vírus vai permanecer em circulação e vai predominar sobre os outros vírus de gripe, pelo que é essencial dar-lhe “luta” durante algum tempo.

A falta de “conhecimento”, neste momento, sobre a evolução da vacinação está necessariamente relacionada com o facto de depender da evolução do vírus e dos estudos que se estão a desenvolver. O facto das autoridades de saúde não falarem, sem os dados resultantes dos estudos, da eficácia da vacina, não significa que a mesma não seja eficaz. A existência de vacinas imperfeitas não significa que a vacina pandémica o seja. É preciso aguardar pelos resultados dos estudos para se retirarem as devidas conclusões. A comprovação da eficácia da vacina não significará, necessariamente que não

existirão casos de pessoas vacinadas que acabarão por ficar infectadas, por não adquiriram imunidade com a vacina. Mas isso não faz da vacina “imperfeita” ou “ineficaz”.

Não há qualquer dúvida de que a vacinação é a medida mais robusta e efectiva contra uma pandemia. O facto de, por toda a Europa, um elevado número de profissionais de saúde não ter aderido à vacinação, causou um problema que pode ainda vir a ter consequências graves para a saúde pública, sobretudo, porque poderá ter representado um “incentivo” à não vacinação da população e ao reforço das teorias da conspiração.

No Reino Unido, um inquérito aplicado a 216 médicos de medicina geral, publicado na *Healthcare Republic* em Agosto, demonstrou que 60% dos médicos inquiridos não iria aderir à vacina pandémica.

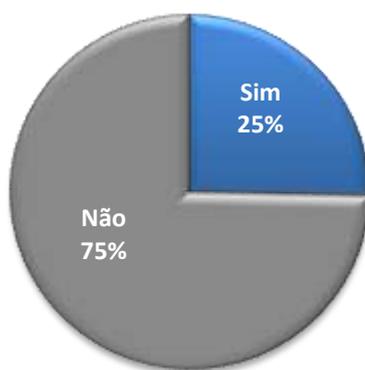
Na Grécia, foi realizado um estudo para aferir a aceitabilidade da vacina pandémica, os factores associados com a intenção de a rejeitar e as razões apresentadas para rejeitar a vacinação. Foi aplicado um inquérito por telefone, a uma amostra representativa nacional, em 1000 domicílios, tendo sido iniciado na última semana de Agosto de 2009 (semana 35) e contando com dados referentes à semana de 26 de Outubro a 1 de Novembro de 2009 (semana 44). A percentagem de participantes que respondeu que “provavelmente não, ou definitivamente não” se vacinariam aumentou de 47,1% na semana de 35 para 63,1% na semana de 44. Mais de metade das pessoas com doenças crónicas (53,3%) indicaram que “provavelmente não/definitivamente não” se vacinaria. Os factores associados à intenção de rejeitar a vacinação foram a crença de que pode não ser segura (59,8%), a percepção de baixa probabilidade de ficar infectado ou o baixo risco associado à gripe e a ausência de elementos no domicílio que sofram doenças crónicas.

A *Harvard School of Public Health* realizou um estudo entre 14 a 20 de Setembro de 2009, através de 1042 inquéritos por telefone, para analisar a disponibilidade para a toma da vacina pandémica. Os resultados apontam que cerca de 6 em cada 10 adultos não estão “absolutamente certos” de que tomarão a vacina contra o H1N1 - 41% dizem que não vão tomar a vacina, 6% dizem que não sabem e 11% dizem que estão a pensar tomar, mas que podem mudar de ideias. Cerca de 4 em cada 10 pais (44%) não estão “absolutamente certos” de que irão vacinar os seus filhos - 21% afirmam que não vão vacinar, 7% que não sabem e 16% dizem que estão a planear vacinar, mas que podem mudar de ideias. No caso de haver pessoas doentes ou a morrer de H1N1 na comunidade, cerca de seis em cada 10 dos adultos (59%) que afirmam que não pensam tomar a vacina, mudariam de opinião. Quase a mesma percentagem de pais (60%) que afirmam que não vacinarão as crianças mudariam a sua opinião se o H1N1 estivesse a causar doença ou morte na comunidade. No caso dos que estão

inseguros em relação à toma da vacina, ou que recusam a mesma, os principais motivos para justificar a sua decisão são, por ordem decrescente, a preocupação com os efeitos secundários, o não se considerarem em risco de contrair doença grave e a possibilidade da medicação ser suficiente para combater a doença.

No que diz respeito aos estudos realizados pelo Centro de Análise da Resposta Social à Gripe Pandémica, a uma amostra de 600 alunos universitários e a uma amostra de 38 redes familiares, no primeiro caso, a percentagem de não adesão à vacina é de 74,3% e no segundo, de 58%. A figura 23 apresenta a percentagem de alunos universitário (n=600) que afirmaram, em Dezembro de 2009, que estariam dispostos a tomar a vacina da gripe pandemia.

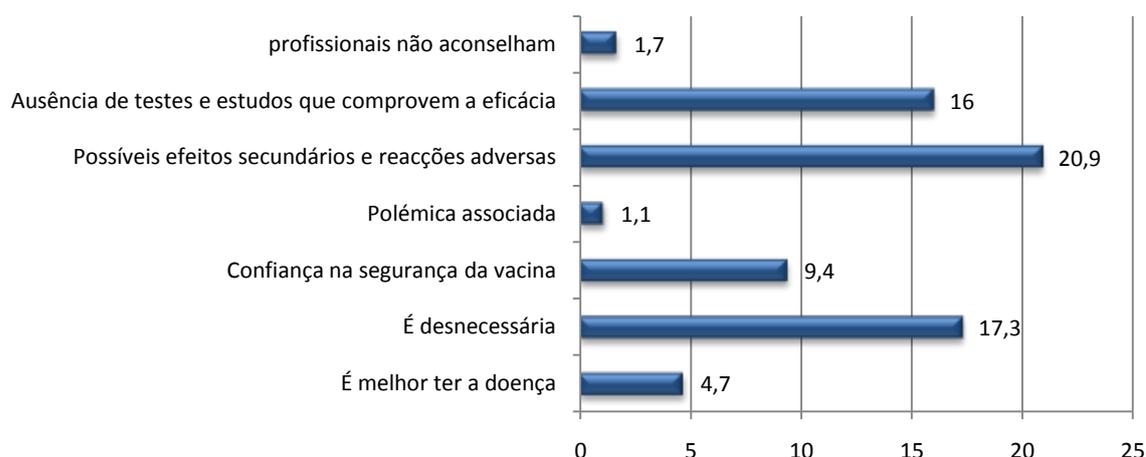
Figura 24. Percentagem de alunos universitários que tomariam ou não a vacina da gripe pandémica



Fonte: Centro de Análise da Resposta Social à Gripe Pandémica

Os motivos apresentados (figura 25) são principalmente, entre os alunos, a possibilidade da existência de efeitos secundários e reacções adversas (20,9%), por considerarem desnecessário (17,3%, ou porque são saudáveis ou porque não fazem parte de grupos de risco), a ausência de testes e estudos que comprovem a eficácia da vacina (16%), por não confiarem na sua segurança (9,4%) ou por considerarem preferível lidar com as consequências da doença que da vacina (4,7%).

Figura 25 - Motivos apresentados pelos alunos universitários para não tomarem a vacina pandémica



Fonte: Centro de Análise da Resposta Social à Gripe Pandémica

Já entre as famílias, a maioria da não adesão verifica-se por oposição às vacinas em geral (33%), pela controvérsia associada (14%), por não estarem incluídos em grupos de risco (14%), pela possibilidade de vir a ter efeitos secundários (10%), por terem dúvidas em relação à segurança da vacina (10%) e por ainda estarem pouco informadas sobre o tema (10%).

Relativamente à não adesão por parte dos profissionais de saúde, foram diversas as razões apresentadas pelos profissionais para não se vacinarem, porém, é necessário enfatizar uma vez mais, que a vacinação dos profissionais não pode ser vista apenas como protecção individual, mas sobretudo como uma forma de proteger os utentes e de garantir o funcionamento dos serviços de saúde e ainda para servir de exemplo à população.

Em Portugal, foram encomendadas 6 milhões de doses da vacina pandémica, equivalentes a um número um pouco menor de imunizações, devido à necessidade de administração de segundas doses, em alguns casos. Todavia, as notícias divulgadas na comunicação social, muitas delas sem qualquer fundamento, a capacidade das novas tecnologias divulgarem todo o tipo de conteúdos e de chegarem em pouco tempo a todo o lado, sem qualquer filtro de qualidade sobre o que é transmitido, e a própria não adesão à vacinação, por parte dos profissionais de saúde, contribuiu para que se criasse um alarmismo e medo injustificados em relação à vacina, que se traduz no facto de, desde o dia 26 de Outubro de 2009 (data de início da campanha de vacinação) e o dia 26 de Janeiro de 2010, tenham sido apenas realizadas cerca de 400 000 imunizações.

O facto de, neste momento, a curva relativa ao número de novos casos de gripe A estar em decréscimo, não significa que a pandemia ou o pior já tenha passado (chama-se a atenção, sem

qualquer intenção de alarmismo, para o facto de, na pandemia de 1968, o “segundo inverno” tenha sido pior que o primeiro).

A par da manutenção das medidas de higiene e etiqueta respiratória, aconselhadas para o dia-a-dia e não apenas para períodos de “crise”, e dos cuidados básicos, a campanha de vacinação é fundamental e deve ser continuada e reforçada. Quando surge um vírus pandémico, inicia-se um novo ciclo de gripe sazonal. O vírus vai permanecer em circulação e vai predominar sobre os outros vírus de gripe, pelo que é essencial dar-lhe “luta” durante algum tempo. Só com uma boa percentagem de pessoas vacinadas se conseguirá uma boa protecção numa possível segunda onda da pandemia.

A promoção de programas de vacinação deve ser desenhada levando em conta as barreiras de atitude à vacina pandémica, assumindo aqui as Autoridades de Saúde um papel ainda mais relevante, no que diz respeito a uma adequada comunicação do risco.

Notas finais

Ao longo do processo pandémico em Portugal, a abordagem tradicional de “comando e controlo”, própria do modelo de “emergência de saúde pública” caracterizou-se por uma comunicação transparente e calmante, elogiada pela população, com a produção de recomendações para evitar a expansão do vírus da gripe e minimizar os seus efeitos na sociedade. Disso são exemplo, as recomendações de etiqueta respiratória e higiene das mãos, os constantes apelos a comportamentos adequados que não promovessem alarmismo e o contacto com o serviço Linha Saúde 24, como primeiras medidas para fazer face à gripe. A comunicação do risco por parte das Autoridades de saúde falhou e o modelo adoptado não foi suficiente. Ficou provada a necessidade de uma abordagem complementar, baseada na governança em saúde, com uma liderança adequada em saúde pública, que promovesse a activação, o enquadramento e a orientação dos actores sociais, que tirasse partido da crise para inovar, que traduzisse a informação em conhecimento e que tivesse uma base disciplinar ampla e não restrita às ciências da saúde.

A existência de alguns exemplos “micro” deste tipo de abordagem, nomeadamente em relação ao trabalho que o Centro de Análise da Resposta Social desenvolveu com a sua “rede dedicada”, comprova a necessidade de uma abordagem complementar à que foi assumida pelas autoridades de saúde.

Um vírus “novo” é a principal característica que define um vírus pandémico. Porém, este é um vírus imperfeitamente pandémico, na medida em que é “conhecido” pela população idosa. A invulgar

distribuição etária das infeções, com especial concentração nas crianças, adolescentes e adultos jovens, e menor distribuição entre os mais idosos, estará relacionada com uma eventual exposição destes antes de 1957, a um vírus com características antigénicas semelhantes. Outra especificidade, é o seu carácter “bipolar”. Por um lado, existiu um elevado número de casos em que a doença adquiriu uma expressão relativamente suave e por outro, uma percentagem pequena de situações com complicações graves.

O longo período de indução da curva epidémica, sem um acentuado aumento do número de novos casos, durante um período de tempo considerável, poderá estar relacionado com o facto do processo se ter iniciado no fim da Primavera/início do Verão, com a resposta das autoridades de saúde e com o facto do vírus H1N1 2009 ser sensível a dois anti-virais.

Para o número relativamente “reduzido” de óbitos, poderão não só ter contribuído as especificidades do vírus acima descritas, mas também o desenvolvimento e qualidade dos cuidados intensivos, que deram resposta aos casos com gravidade clínica.

O modo como a pandemia evoluiu em Portugal, com um longo período de indução, permitiu uma melhor preparação, mas também acentuou uma certa “fadiga pandémica” antes de se atingir a fase de aceleração da pandemia e alguma “desacreditação” em relação à gravidade que a pandemia poderia vir a alcançar.

3. Tendências para o futuro

Tratando-se de um exercício prospectivo, sobre um sistema tão complexo como o da saúde, acrescido da singularidade do actual contexto económico e político (nacional e internacional), a identificação/definição dos temas a abordar no Relatório de Primavera do próximo ano (2011) emerge como uma actividade, no mínimo, desafiante.

Neste âmbito, um aspecto que deve ser contemplado, prende-se com o facto de vivermos na era da globalização, inseridos num “espaço”, não só nacional, mas predominantemente europeu e, em certas questões, mundial. Assim, as áreas aqui apresentadas reflectirão dois níveis distintos de influência. Um nível nacional, dominado pelas questões que decorrem do que será o desenvolvimento e as actividades do sistema de saúde português, numa conjuntura económica de grande contenção e, o outro, que resulta da influência externa (contexto internacional), principalmente, no âmbito da União Europeia.

Não é objectivo deste capítulo elencar todos os aspectos que deverão ser abordados no próximo relatório, até porque isso constitui tarefa, neste momento, impossível. No entanto, apresentamos algumas dos temas que consideramos, a esta distância, fundamentais e que irão marcar a agenda política da saúde no próximo ano.

- A reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente, a articulação entre as diferentes unidades funcionais que integram os ACES, bem como os resultados ao nível da eficiência, efectividade, acessibilidade, equidade e solidariedade, merecerão uma atenção especial no RP do próximo ano.
- A sustentabilidade do financiamento do SNS, principalmente dos hospitais assume, já hoje, contornos preocupantes. Tal situação será agravada, no futuro próximo e de forma crescente, devido à situação económica e financeira do país. O actual estado das contas dos hospitais públicos (principalmente do sector empresarializado), a par com o crescente valor da dívida, a “pressão” das novas tecnologias (e.g. dispositivos médicos, equipamentos e medicamentos) e a manutenção dos níveis de procura, colocam sérios problemas ao normal desenvolvimento das actividades nos hospitais. Deve ser dada particular atenção às questões que se relacionam com formas inovadoras de financiamento, com a (re)organização da rede de hospitais (abertura, encerramento, integração), com mecanismos de controlo da despesa, bem como, com a qualidade dos cuidados prestados, nas suas diferentes dimensões, nomeadamente, efectividade, eficiência, acessibilidade e segurança.

- O alargamento da rede de cuidados continuados bem como a sua articulação com os cuidados hospitalares e com os cuidados primários, procurando otimizar a qualidade e a “compreensividade” das prestações de apoio integrado nas áreas da saúde e da segurança social.
- A componente dos recursos humanos também deverá ser um dos pontos centrais na agenda da saúde, para os próximos tempos. A este nível, as dificuldades que decorrem da falta de planeamento ao nível da formação (que resulta em escassez no caso dos médicos e em excesso de oferta para o grupo de enfermagem e de algumas áreas das tecnologias da saúde), associadas às questões relacionadas com a actualização salarial e progressão nas carreiras, serão agravadas pelo súbito aumento do número de pedidos de aposentação (principalmente no grupo onde a escassez, real ou aparente, é maior) a par com a política de contenção da função pública, já anteriormente aludidas.

Do ponto de vista internacional, e no contexto Europeu, há uma série de temas relevantes e que deverão ser alvo de análise e monitorização nos próximos relatórios do OPSS:

- A pandemia de gripe A 2009 iniciou uma profunda reformulação de alguns dos processos de planeamento da intervenção de saúde pública na Europa, inclusive na reformulação do papel da OMS, das agências da Comissão Europeia e de outras organizações internacionais na perspectiva da saúde global. Estes desenvolvimentos deverão ter repercussões na organização das respostas de saúde pública em cada estado membro da UE.
- A livre circulação de utentes dos serviços de saúde na União Europeia, assim como a livre circulação de profissionais de saúde e de investimentos privados na prestação de cuidados de saúde manter-se-á na agenda política europeia e merecerá alguma atenção ao nível da actualização das tendências e legislação europeia;
- Os desenvolvimentos relacionados com *e-health*, um dos mais importantes programas europeus de financiamento e de apoio à inovação na saúde, merecerão uma particular atenção em termos de desenvolvimento de soluções, projectos concretos e análise de tendências no sentido de gerar algumas lições para os estados membros da UE;
- A colaboração transfronteiriça em termos de partilha de recursos na saúde continuará a merecer uma atenção especial da Comissão Europeia e do Parlamento Europeu, pelo que alguma síntese de desenvolvimentos e experiências no resto da Europa poderá também inspirar a relação de Portugal com Espanha neste âmbito;
- A crescente resistência aos antibióticos, o falhanço na erradicação de algumas doenças infecciosas na Europa (e.g., tuberculose) e a necessidade de atingir melhores coberturas de vacinação para doenças preveníveis, assumirá uma cada vez maior visibilidade nas prioridades das políticas de saúde na Europa. Estes temas merecerão um processo contínuo de análise das

medidas Europeias, nacionais e locais e a disseminação das respectivas lições para a melhoria da intervenção dos sistemas de saúde.

Sendo que os temas nacionais e internacionais, aqui apresentados, se interligam no contexto Europeu, a sua monitorização anual será relevante para a missão do OPSS e para a natureza deste relatório anual.

3.1 Novo modelo de governança em cuidados de saúde primários

A concretização plena da reforma dos cuidados de saúde primários implica uma urgente correcção de percurso em, pelo menos, três aspectos essenciais: a preservação da "marca" da reforma, o seu modelo de governança e uma reavaliação da importância das lideranças da reforma.

A importância da actual reforma dos cuidados de saúde primários, foi evidenciada no relatório de 2009 do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários "Acontecimento Extraordinário – SNS proximidade com qualidade", onde foi caracterizada como "um acontecimento extraordinário na sociedade portuguesa". No mesmo relatório, que fez uma análise da evolução da reforma e apontou algumas recomendações para o seu sucesso a curto e médio prazo, defendia-se que se "criou uma nova marca proximidade com qualidade" que seria fundamental manter e alargar às outras estruturas de cuidados primários. Defendia-se ainda que "este acontecimento extraordinário não pode depender, quase exclusivamente, do sector da saúde para o seu desenvolvimento".

A reforma da saúde na actualidade é um dos mais importantes processos de mudança a decorrer no país e, se continuar a ser bem sucedida, resultará em grandes benefícios para a saúde e para a qualidade de vida e bem-estar dos portugueses. Há ainda muito a fazer: estimular a expansão das USF; implementar e desenvolver progressivamente os ACES, promovendo a sua autonomia de gestão; continuar a investir nos sistemas de informação; reduzir as desigualdades de acesso; rever a articulação com os hospitais; ajustar eventualmente o modelo da reforma para as áreas do interior com população e recursos de saúde mais dispersos e adoptar políticas de recursos humanos compatíveis com a reforma".

Passou um ano desde a publicação do relatório, e a situação manteve-se. O que era necessário fazer na altura, continua a sê-lo agora. Foram dados alguns passos importantes, nomeadamente através

da MCSP e outros não prioritários para o sucesso da reforma. No primeiro semestre de 2009, foram divulgados estudos sobre a satisfação de profissionais e utilizadores das unidades de saúde familiar (USF), que evidenciam resultados muito positivos. Existiam, naquele momento, 161 USF em funcionamento, estando 54 a aguardar aprovação. Um ano depois, estão 233 USF em funcionamento e aguardam aprovação 49, o que significa que um terço das infra-estruturas dos cuidados de saúde primários do país já funciona segundo o novo modelo. Projectaram-se 74 novos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), dos quais se “implementaram” 68. Foram identificados e nomeados os seus corpos dirigentes, que assumiram uma “carta de missão”. Os seus directores executivos completaram um ciclo de formação dirigida às competências próprias da sua função, o mesmo estando em vias de acontecer com os responsáveis pela governação clínica. Está já a decorrer um programa de formação para os profissionais das Unidades de Saúde Pública (USP). Foram também implementadas 16 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC).

Estes progressos requereram um grande esforço por parte do Ministério da Saúde, dos seus dirigentes e dos quadros técnicos nacionais, regionais e locais. Todavia, o contexto foi pouco favorável devido à crise económica e financeira global, ao “ano eleitoral” e à reposta à pandemia de gripe, que exigiram um esforço suplementar a dirigentes e serviços.

Em relação aos aspectos específicos que seria necessário desenvolver durante o ano de 2009 e primeiro semestre de 2010, há uma diferença significativa entre o esperado e o alcançado, neste último ano de governação.

Relativamente às USF, esperava-se: (i) um aumento progressivo do número destas unidades orientadas para a marca SNS – proximidade com qualidade; (ii) respostas às exigências dos profissionais sem defraudar as expectativas criadas, garantindo o cumprimento dos dispositivos legais; (iii) o início do ano de 2010 com toda a actividade das USF já contratualizada e (iv) o ajustamento do modelo-tipo das USF às comunidades de menor dimensão e de grande dispersão demográfica, sobretudo nas áreas rurais.

É um facto que a adesão dos profissionais ao modelo USF não tem parado de crescer e tem-se corporizado na apresentação de novas candidaturas (mais 130 candidaturas desde Fevereiro de 2009). Contudo, a taxa de concretização em USF, relativamente ao número de candidaturas, mantém-se relativamente modesta (58%). Os ganhos de acessibilidade e de qualidade assistencial através das lógicas organizacionais imprimidas alavancaram um número significativo de candidaturas a modelo B e criaram-se as condições para o início do processo de acreditação destas unidades.

Verificou-se um afastamento crescente das Equipas Regionais de Apoio (ERA) relativamente às suas funções de provedoria das iniciativas dos profissionais. Com assinaláveis assimetrias regionais, foram-se tornando progressivamente estruturas mais identificadas com as ARS e menos com equipas de missão. As USF iniciaram mais um ano de trabalho sem que a sua actividade tivesse sido previamente contratualizada.

Trata-se de um processo em continuidade mas, por parte dos dispositivos de apoio e acompanhamento, sem sinais adaptativos ao número crescente de USF e à nova realidade traduzida na implementação dos ACES.

Quanto às UCC, aguardava-se o início do seu processo de implementação através da definição da carteira de serviços, recursos e indicadores de desempenho, do modelo de contratualização, de formação específica e da dinamização de processos de monitorização, avaliação e acreditação. Deram entrada 270 candidaturas com uma taxa de concretização de apenas 5%, sendo que a implementação destas novas unidades está em grande medida dependente do investimento em recursos humanos, formação e meios técnicos.

Aguardava-se igualmente a criação das USP em todos os ACES, a definição dum modelo-tipo de referência e dos instrumentos necessários ao seu desenvolvimento, o estabelecimento de um programa de formação, orientado para o novo contexto de mudança organizacional, a definição de um plano de afectação de recursos humanos, nas diferentes áreas profissionais previstas na legislação aprovada e a negociação dum modelo de incentivos associado ao cumprimento de alguns objectivos contratualizados.

No entanto, para além da indigitação/nomeação dos coordenadores das USP, do início da formação dos dirigentes e de alguma "agitação" interna em relação ao processo da sua organização, pouco mais se fez sentir. O facto de não se ter investido na harmonização de determinados conceitos e procedimentos, acabou por quase inoperacionalizar iniciativas locais. A falta de uma identificação estratégica de âmbito nacional, relativamente ao processo de acompanhamento e monitorização das UCC e das USP, tem conduzido a atrasos e projecta-se alguma conflitualidade na partilha de competências e áreas de intervenção.

Relativamente às Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), esperava-se a regulamentação dos respectivos princípios de organização e funcionamento específicos, e do processo vertical da sua implementação, nomeadamente: os princípios enquadradores, estruturais e de missão; as dimensões; as regras de constituição; o modelo de organização interna e de gestão; o

compromisso assistencial; os recursos; a coordenação e competências; a monitorização dos desempenhos e o modelo de contratualização. Aguardava-se também a agregação progressiva em UCSP dos profissionais que, por opção ou circunstância, não se encontram enquadrados em USF e o estabelecimento de um programa de formação orientado para a mudança organizacional.

Todavia, a ausência de regulamentação e de um modelo de referência para as UCSP, assiste-se, um pouco por todo o país, à implementação *ad hoc* deste tipo de unidades e não é garantida a coerência, o alinhamento e a coesão desta componente da reforma, podendo mesmo, por este motivo e no curto prazo, estarem comprometidos objectivos e princípios gerais da sua futura contratualização.

As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) aguardavam a regulamentação dos princípios de organização e funcionamento relativamente aos aspectos específicos que decorrem das suas especificidades, a agregação de múltiplas profissões e competências, numa lógica de contratualização interna e modulação em rede com as restantes unidades funcionais e o estabelecimento de um programa de formação orientado para a mudança organizacional. O que acontece é que, globalmente, estas unidades não se encontram criadas, embora já se verifiquem algumas situações idênticas ao que acontece com as UCSP – a criação *ad hoc* sem um modelo de referência.

Decidido o tempo e o modo para a implementação dos ACES, e decorrido quase um ano desde a sua efectivação, é necessária uma reflexão que permita propor estratégias de correcção à trajectória efectuada ou de valorização das experiências de sucesso.

Aguardava-se a definição e aprovação dos modelos de contrato-programa, conforme o estipulado no DL n.º 28/2008, instrumento decisivo para a efectiva descentralização da gestão e a criação de “novos centros de saúde” e extinção das sub-regiões, enquanto oportunidade para superar o modelo de gestão “habitual” e passar para um modelo inovador e aprendente, centrado no cidadão e envolvendo os seus profissionais. Pretendia-se pilotar este desenvolvimento organizacional, admitindo diferentes estados de maturação e patamares de autonomia e contratualização com as ARS. Eram esperadas e necessárias “boas escolhas” das lideranças e um adequado programa de formação para os novos dirigentes. Sobretudo, esperava-se que os ACES correspondessem à substituição do modelo de comando-controle pela responsabilidade contratualizada e a definição de um quadro de referência para o acompanhamento do exercício dos gestores dos ACES.

Na prática, foram implementados 68 ACES sem que fossem acauteladas condições essenciais ao desempenho da sua missão e ao cumprimento do espírito da reforma. A vontade de fazer depressa e

“tudo igual e ao mesmo tempo”, a complexidade da mudança e a ausência de um processo de “instalação” e de “pilotagem” explicam, no essencial, a situação actual dos ACES. Assistiu-se a uma desmotivação crescente dos directores executivos que aceitaram um desafio com base na inovação cultural e organizacional dos CSP. O processo formativo ficou muito aquém das expectativas e a Carta de Missão dos Directores Executivos, assinada com a administração para o ano de 2009, ficou muito longe da sua concretização. Observa-se uma assinalável assimetria entre os avanços conseguidos na vertente *cultural* e do desempenho das USF e o que (não) foi feito nas componentes gestionárias e transformacionais dos ACES. Em determinados casos persiste um modelo de liderança incompatível, em termos formais e estratégicos, com a própria reforma.

Aguardava-se a criação e o desenvolvimento de mecanismos e condições para que a *coluna* da governação clínica assumisse a sua componente de sustentação e equilíbrio imprescindível à governação integrada dos ACES. Todavia, não existe qualquer liderança ou definição estratégica para o seu desenvolvimento. Têm-se desperdiçado experiências isoladas que têm acontecido a nível das USF, por falta de um repositório de boas práticas nesta área (dispositivo de aprendizagem). Só na região de Lisboa e Vale do Tejo é que se chegou a desenvolver algum trabalho organizado, muito em volta da criação dum Manual de Apoio e *wikilivro*. Nas outras regiões não se conseguiu passar das intenções.

Verifica-se que, estruturas responsáveis pela implementação desta componente estruturante da reforma assumem, com frequência e como prioridades estratégicas, a velha “normativização” dos procedimentos, das coordenações e dos “programas”.

A formação institucional “desenvolvida” para os Conselhos Clínicos, a fazer fé no *feedback* conhecido por parte dos seus frequentadores, está muito longe de tudo o que era suposto acontecer e potenciar.

Sem liderança, sem massa crítica, com processo formativo cujo resultado até ao momento é claramente negativo, é natural a inexistência de uma matriz, de um quadro de referência.

Era essencial terem-se capacitado as ERA com recursos e competências necessárias para acompanhar a implementação das diferentes unidades funcionais e dos próprios ACES, conferindo-lhes um estatuto similar ao dos Departamentos de Contratualização, assim como a interiorização efectiva entre as características distintas da função de *apoio* e da função de *contratualização*. Mas os dispositivos de acompanhamento enfraqueceram substancialmente, o que põe seriamente em risco a “marca da reforma”. Houve um claro desinvestimento. As ERA perderam recursos, perderam

integração operacional a nível nacional e, como tal, de estruturas de alavancagem da reforma, foram sendo transformadas em meros departamentos das ARS. Em determinadas regiões a sua existência quase se tornou imperceptível (como atestam as redes de USF ao anunciarem que nem os telefones atendem). Tem havido atrasos inaceitáveis na avaliação de candidaturas (vários meses).

No que diz respeito à contratualização, teria sido fundamental um aprimoramento dos sistemas de informação indispensáveis a esta componente fundamental e uma estimativa rigorosa das necessidades técnicas e de recursos humanos indispensáveis às duas componentes externa e interna da contratualização. O processo devia tender a ser progressivamente mais negociado e menos impositivo. É necessário que a contratualização (modelo e grelhas) acompanhe as características e os diferentes níveis de experiência e maturação das distintas unidades funcionais e garantir um elevado grau de monitorização e acompanhamento, bem como a coerência nacional.

Porém, a falta de sistemas de informação interoperáveis que garantam a simetria e a partilha de informação real e em tempo útil entre as partes, essenciais para a transparência, validade e efectividade do modelo de monitorização e acompanhamento e correcção de desvios aos compromissos assumidos, tem sido muito visível. As assimetrias regionais não são atendidas no processo de contratualização e as metas e indicadores desfasados dos diferentes estadios de experiência e desenvolvimento das equipas. Persiste um modelo impositivo que se afasta de uma contratualização de base relacional, negocial e responsabilizante. Existem défices de estratégias nacionais e regionais que garantam a uniformidade do entendimento sobre as metas assumidas e a ausência de uma inequívoca distinção entre a contratualização com as USF e as UCSP, que deverá atender às suas diferenças intrínsecas e substantivas.

Quanto aos sistemas de informação, era esperada uma melhoria significativa nas comunicações (RIS – Rede Informática da Saúde) que chegam a tornar exasperante uma simples consulta, bem como, a instalação generalizada do instrumento de gestão da informação clínica – o desejado módulo estatístico - e a estabilização e fiabilidade dos indicadores de desempenho.

As “urgências” e prioridades foram orientadas para as novas USF, mantendo-se grande parte dos problemas já identificados naquelas que se encontram localizadas em pontos problemáticos da RIS; o adiamento da solução pela impugnação do concurso público internacional tornou exasperante a utilização dos aplicativos clínicos.

Por razões de ordem diversa o módulo estatístico do SAM (ME-SAM) não chegou aos utilizadores, contrastando com a dinâmica de desenvolvimento e adequação às necessidades dos aplicativos privados.

A estabilização das regras de cálculo dos indicadores de desempenho - prometida para o início de 2010 - comprometeu a capacidade de monitorização e acompanhamento dos mesmos.

Tirando algumas (poucas) iniciativas avulsas e parcelares, não são conhecidos resultados, nem tão pouco qualquer orientação, plano organizado ou projecto-piloto que envolvam hospitais e ACES. Na ausência de iniciativas neste domínio é natural que cada um dos hospitais dite as suas regras, geralmente centradas na sua própria estrutura, cultura e modelo de gestão.

Há duas abordagens alternativas para uma reforma da saúde:

- A primeira, aquela que é “habitual”, produz normas legislativas sobre um futuro desejável, a partir das quais se desenham abstractamente novas organizações por todo o país (sem cuidar de saber da capacidade real de as implementar segundo o figurino previsto). De seguida nomeiam-se as chefias previstas nas normas adoptadas. Umaz vão fazendo o que podem, outras o que não devem. A experiência mostra que esta abordagem vai diluindo progressivamente as expectativas da reforma e a prática efectiva acaba por ser muito distante da mudança anunciada e cada vez mais próxima do modelo que lhe deu origem. Este é o “método” normativo tradicional - promete reformas que é incapaz de realizar;
- A segunda abordagem possível, aquela que reflecte o essencial da “marca” desta reforma, contrasta com a primeira exactamente naquilo que tem caracterizado o sucesso do desenvolvimento das USF – define-se aquilo que é fundamental no modelo, o essencial da “marca” *SNS - proximidade com qualidade*, sobre a qual não se fazem concessões. Estabelecida a “marca”, esta vai-se disseminando progressivamente à medida que os grupos profissionais e os “serviços” que a ela se candidatam vão sendo capazes de a assumir, plena e comprovadamente. Esta forma de proceder distingue claramente o que é novo daquilo que o não é, e é a clareza desta distinção que permite criar verdadeiras dinâmicas de mudança.

A implementação dos ACES aproximou-se muito mais do modelo tradicional (e ineficaz) do que daquele que é suposto ser a marca distintiva desta reforma. Algumas tentativas de simplificação nos processos de admissão e acompanhamento de novas USF, com evidentes assimetrias regionais, podem também ser interpretadas nesse sentido.

Se estas tendências se confirmarem e se estabelecerem como práticas correntes predominantes, poderá dizer-se que a reforma dos cuidados de saúde primários, naquilo que ela tem de mais distintivo e significativo, terá terminado. E cada um terá de assumir as suas responsabilidades por este facto.

Para que a reforma tenha sucesso, não basta pôr sobre o terreno mais USF e outras novas unidades funcionais. É necessário assegurar que os processos de apoio, contratualização, validação de indicadores e sistemas de informação que os suportam, evoluam de forma compatível com as exigências crescentes da reforma. É necessário um novo modelo de governança.

Não é suficiente implementar formalmente ACES na sequência da desactivação das SRS. É indispensável que este processo decisivo corresponda, em termos bem identificáveis, à substituição do modelo de comando-controle por uma rede participada e inovadora fundada na contratualização. E, depois, pilotar os processos de descentralização que tornem os ACES mais autónomos e competentes na gestão dos seus recursos, que os habilitem com apoios efectivos à gestão, facilitando interacções úteis entre as várias unidades funcionais.

Não é razoável esperar que as ARS respondam às novas exigências que a reforma lhes coloca todos os dias, sem ver nestes desafios uma oportunidade para dar um novo impulso ao seu desenvolvimento organizacional e para as dotar de novas competências técnicas.

Considerando a importância que as “forças no terreno” têm tido na génese e desenvolvimento desta mudança, é necessário continuar a investir no aperfeiçoamento dos mecanismos que asseguram a sua representação e envolvimento na condução da reforma, fazendo com que eles se fortaleçam em vez de se debilitarem à medida que a reforma evolui. Na condução da reforma é necessário que o excesso de voluntarismo na resolução dos problemas, na justa medida em que eles vão surgindo, dê lugar a aprendizagem contínua a partir do que ocorre no terreno, através de um verdadeiro sistema de monitorização, da análise estratégica dos cenários de evolução que o futuro configura, da definição de uma agenda de investigação, desenvolvimento e inovação.

As lideranças são um dos ingredientes essenciais dos processos de mudança em sistemas sociais complexos – isto tem sido particularmente verdade na reforma dos cuidados de saúde primários em curso. É frequente observar que, à medida que os trabalhos da reforma se vão aprofundando e complicando, as tensões que acompanham qualquer processo de mudança se vão acentuando. O circunstancial e o secundário ganham dimensões desproporcionadas face ao que é verdadeiramente importante. Aqui a gestão dos conflitos é uma arte difícil, mas necessária.

Apesar da considerável pujança da reforma dos cuidados de saúde primários verificada a nível local e que, seguramente, proporcionará no futuro lideranças renovadas, esta não pode actualmente dispensar nenhuma das competências que o país dispõe neste domínio.

Uma nova governança da reforma requer também a arte de fazer muito melhor naquilo que diz respeito à capacidade de consertar e aproximar posições, de distribuir e redistribuir responsabilidades, de incluir em vez de excluir, de não deixar ninguém de fora. O modelo de governança da reforma a adoptar, deverá incluir um conjunto de elementos articulados ente si, que a seguir se identificam em quatro planos distintos.

Numa primeira linha, é fundamental pôr a funcionar um sistema de monitorização da reforma, enquanto instrumento crítico para a sua direcção estratégica. Esta deve contar com as competências técnicas necessárias para o efeito.

Numa reforma desta importância e complexidade, é necessário um forte enquadramento estratégico. Só isso permite evitar atrasos dispensáveis em iniciativas críticas e facilita uma programação mais detalhada e atempada, limitando voluntarismos excessivos. O pensamento e planeamento estratégico continuam a situar-se, em grande parte, fora da cultura predominante, quer por a sua necessidade não ser suficientemente reconhecida ou ser subestimada quer por o enquadramento estratégico ser considerado um obstáculo às decisões pontuais de conveniência.

Esta equipa, que realiza tipicamente uma função de *staff*, deve localizar-se próximo dos decisores políticos, devendo estar em contacto permanente com os dispositivos internos de coordenação operacional no âmbito do SNS, e com os outros responsáveis pelas funções incluídas neste modelo de governança.

São objecto privilegiado desta direcção estratégica, a elaboração e monitorização das “metas” da reforma e a identificação das acções que as realizam. Estas incluem:

- Aspectos relacionados com o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários no contexto da “marca” da reforma;
- A sua articulação com os instrumentos de apoio;
- Substituição efectiva do modelo de gestão vertical de comando-controle pela evolução para lógicas de rede e de responsabilidade contratualizada;
- Dispositivos de informação;
- Necessidade de eventuais ajustamentos ao modelo da reforma para as regiões de baixa densidade populacional (sobretudo interior rural);
- Políticas de recursos humanos relacionadas com a reforma;
- Articulação entre os cuidados de saúde primários e os hospitais.

Num segundo plano, é indispensável assegurar uma interacção contínua entre a direcção estratégica da reforma e a sua coordenação operacional no âmbito do SNS.

Em terceiro lugar, é importante articular a direcção estratégica da reforma com mecanismos que visem a expansão da sua base social de apoio, a expressão dos pontos de vista dos profissionais do terreno e a mobilização do potencial científico e tecnológico do país. A condução da reforma terá que contar com uma equipa dedicada e tecnicamente preparada para gerir um “sistema de monitorização” e, a partir deste, proporcionar aos dirigentes a análise para tomarem decisões estratégicas.

Os múltiplos equilíbrios da gestão desta mudança necessitam de uma efectiva coordenação interna no âmbito do Ministério da Saúde, na qual devem participar, pelo menos, as ARS, a ACSS e a DGS. Este dispositivo de coordenação interna, dedicado aos aspectos mais operacionais, já existe em grande parte, mas padece da inexistência de análise e direcção estratégica (contributo a dar pela equipa técnica atrás referida), o que faz com que as suas decisões, apesar de resolverem alguns problemas concretos, acabem por não ter o impacte esperado nas grandes questões da reforma.

Alguns aspectos necessitam de ser explicitados nesta dimensão do modelo de governança da reforma. O primeiro requer a continuação dos estudos de satisfação e das suas implicações estratégicas e operacionais; o segundo aspecto tem a ver com a importância de plano comunicacional sobre a reforma e os seus desafios; o terceiro refere-se à necessidade de uma agenda de investigação para a reforma; o último tem a ver com a mobilização do potencial tecnológico e de inovação ao serviço da reforma.

A responsabilidade de cada um destes aspectos tem que ser atribuída a uma entidade especializada e competente nestes domínios, trabalhando em articulação com a equipa de análise e direcção estratégica.

Esta influência fundacional do “terreno” sobre a condução da reforma tem que ser mantida e reforçada. É necessário identificar novas modalidades de interacção efectiva entre o “centro” e a “periferia” que poderiam ser adoptadas, debatidas com os interessados e incluídas neste novo modelo de governança.

Deve promover-se o acompanhamento e avaliação externa, com o objectivo de acrescentar à direcção da reforma pontos de vista construtivos e exigentes, independentes daqueles que regularmente dela se ocupam.

Após um processo de auscultação com o objectivo de promover o debate sobre os princípios fundamentais de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários, em que foi aplicado um questionário, entre 7 de Março e 13 de Abril de 2010), que teve como público-alvo todos os actores sociais envolvidos no processo de mudança da actual reforma e em que foram obtidas 356 respostas, concluiu-se que os resultados não têm precisão suficiente para neles se basear exclusivamente a proposta de um novo modelo de governança. Todavia, foi útil para a percepção de que a proposta realizada não é incompatível com as opiniões expressas pelos respondentes.

De acordo com as respostas, o novo modelo de governança da reforma deverá incluir uma direcção estratégica e um sistema de monitorização da reforma, um dispositivo de coordenação interna, o envolvimento da sociedade e a mobilização da capacidade científica e tecnológica do país, informação aos decisores do ponto de vista do terreno e acompanhamento e avaliação externa. Destas vertentes, foi considerada mais importante a direcção estratégica e o sistema de monitorização da reforma. Além das vertentes apresentadas, os respondentes consideram importante um maior envolvimento dos actores sociais na reforma, maior autonomia financeira e um sistema de informação fiável, aliado a uma melhor gestão dos recursos e aumento da responsabilização.

Terminado o mandato da MCSP, o Ministério da Saúde anunciou em Maio a criação de uma Coordenação Estratégica, para "dar um novo impulso e responder a novos desafios" da reforma.

3.2 Perspectiva estratégica para os recursos humanos

Os princípios básicos subjacentes ao exercício das profissões de saúde são, para além da primazia do bem-estar do doente; a sua autonomia e a equidade no acesso. Salvaguardando estes princípios, os profissionais adquirem compromissos elementares, tais como: a manutenção da competência profissional e a adequação dessas competências à formação básica e continuada; a promoção do seu conhecimento científico; o atendimento correcto para com o doente e a garantia de confidencialidade; a segurança e qualidade no atendimento; a melhoria da acessibilidade; a distribuição justa dos recursos finitos; a confiança baseada na ausência ou na resolução de conflitos de interesse e a prestação de contas sobre o seu desempenho.

É hoje claro que a saúde em geral e os cuidados de saúde, em particular, não se esgotam nos limites estreitos dos 'serviços de saúde', por mais eficientes que sejam, mas tocam múltiplas áreas da governação das sociedades. Daqui resulta que o planeamento de respostas tem de ter em conta o

cidadão e a sua participação através dos auto-cuidados, todos os sistemas 'informais', desde a família à comunidade, a acessibilidade e a proximidade e a fluidez das referências.

A transição de um modelo de causalidade linear, para outro de multi-determinação sequencial, implica, desde logo, o reconhecimento de que a perspectiva de centragem no indivíduo, isolado do seu contexto, é insuficiente. Daqui resulta a necessidade do processo de prestação de cuidados ser multidimensional, ou seja, nenhuma actividade profissional pode conter no seu escopo todas as componentes de qualquer problema de saúde, carecendo de se abrir à colaboração de diversas áreas profissionais, num sistema de partilha de responsabilidades, da avaliação à planificação das respostas.

Ora, o actual sistema de formação dos profissionais de saúde – da maioria das profissões, ditas técnicas – é predominantemente de cariz monodisciplinar, sendo parco o investimento em dinâmicas de cooperação interdisciplinar que permitam um efectivo trabalho em equipa. Tal constatação é sentida, ainda que com graus distintos, consoante o nível de desenvolvimento dos sistemas de saúde, um pouco por todos os países.

Ainda recentemente, nos Estados Unidos, foi criada uma Comissão Independente para o Estudo da Formação dos Profissionais de Saúde no Século XXI, com o patrocínio de importantes fundações e associações profissionais, visando 'o avanço da saúde' e 'recomendando inovações que apetrechem os novos profissionais para responder aos novos e futuros desafios, assim condicionando a evolução da saúde, definindo as competências-chave dos seus profissionais e os padrões de formação e organizacionais que melhor se ajustem às novas exigências', para o que efectuará um levantamento do panorama da formação profissional na área da saúde em todas as regiões do Mundo.

Consideraram que 'reformular a visão, os programas, e os sistemas das Instituições que treinam os profissionais de saúde para poderem orientar-se para as necessidades das pessoas, capacitar (*empower*) as comunidades e promover o bem-estar dos cidadãos' será uma 'oportunidade para mudar efectivamente o panorama da saúde no Mundo'.

A criação da Comissão foi justificada tendo em conta 'as mudanças nas ameaças da saúde, os movimentos populacionais, os fluxos financeiros, os avanços tecnológicos e das comunicações e a rápida difusão do conhecimento e da inovação na área da saúde', exigirem 'novas abordagens na formação dos profissionais melhor ajustadas às necessidades da maior consciência global e da maior sensibilidade local'. Também porque, como 'as recentes iniciativas de âmbito global vieram demonstrar, os profissionais de saúde são decisivos no bom desempenho do sistema de saúde.

Apesar das bem conhecidas limitações de recursos humanos, o seu progresso também depende da qualidade dos profissionais e das suas lideranças a todos os níveis’.

Além disso, ‘a incompatibilidade entre as actuais competências profissionais e as necessidades crescentes de um mundo cada vez mais interdependente, significa que a renovação da formação profissional é um imperativo global e local. Muitos programas de formação de profissionais são limitados, desactualizados e estáticos, produzindo gente pouco equipada em instituições sub-financiadas’.

Chamam também a atenção para as ‘oportunidades que estão a emergir para acelerar o progresso na saúde através da formação profissional, do desenvolvimento de competências, das tecnologias da informação, do ensino à distância, na aprendizagem interprofissional baseada em equipas, modalidades que favorecem a ligação da investigação e do conhecimento da sala de aula para o terreno, incluindo alguma capacidade de vencer barreiras culturais permitindo maior efectividade local e global’. Por fim, constatam o ‘défice crónico de decisão pública sobre a dimensão global dos problemas de saúde’, que ‘exige uma abordagem enérgica da perspectiva individual e institucional’, pois a ‘actual arquitectura dos mecanismos nacionais e internacionais de discussão, debate e tomada de decisão é limitativa e incapaz de acompanhar o ritmo dos desafios, quer domésticos, quer globais’.

A percepção desta insuficiência global, agravada nalguns países, mesmo de entre os mais desenvolvidos, conduz-nos inevitavelmente a uma reflexão – tendo como pano de fundo a nossa realidade concreta – visando a adaptação da estrutura do capital humano às necessidades efectivas dos serviços e, em especial, das pessoas que a eles tenham necessidade de recorrer.

Planear respostas às necessidades em saúde, não pode mais restringir-se a um mero projecto de serviços prestadores de cuidados, com incidência particular na componente de instalações e equipamentos, complementada com uma visão desintegrada das necessidades em recursos humanos (o *hardware*), mas deverá atender ao desenvolvimento de um *software* que garanta a funcionalidade da utilização daqueles recursos e da sua articulação, entre si, com o sector social e com a comunidade em geral.

A lógica das estruturas em rede – base das modernas arquitecturas de serviços na área social – pressupõe a adaptação da formação dos profissionais, que se situam nos seus nós, a este modelo funcional. Tal não é o modelo vigente, exigindo-se, tanto mais quanto a época é de contracção dos recursos, uma optimização das competências específicas de cada grupo e da sua articulação.

Conclusão

Esta visão implica uma reconfiguração dos modelos de formação, com particular ênfase no nível pós-graduado e em exercício, que permita uma reflexão sistemática e conjunta em torno de cada situação, de todos os actores que, em cada caso, sejam intervenientes, desde os vários grupos profissionais, aos familiares, passando pelas diferentes agências. Uma arquitectura de tipo matricial, adequada a esse funcionamento em rede, terá como pressuposto uma cooperação entre as diferentes entidades e serviços envolvidos, permitindo dessa forma uma economia dos meios a alocar à formação dos profissionais que as integram aos vários níveis, evitando desperdícios frequentes, resultado de redundâncias ou mesmo contradições.

Por outro lado, deve procurar-se ainda um compromisso, que de forma objectiva, permita contar com a participação efectiva dos profissionais na organização do trabalho; promover a autonomia profissional; facilitar o acesso a formação continuada; potenciar as lideranças clínicas, dar acesso à carreira e desenvolvimento profissional; aplicar um sistema retributivo e de incentivos salariais baseado no nível de competência, a tarefa realizada e os resultados alcançados; facilitar uma dedicação flexível compatível com projectos pessoais e profissionais. Tudo isto deve levar-nos a um modelo retributivo em que se reconhece: o que um profissional é (fixo); o que faz (fixo/variável); como faz (variável).

3.3 Regulação em saúde: desafios e constrangimentos

O novo paradigma no sector da saúde, fortemente influenciado pelo New Public Management (NPM), suscita um reforço e clarificação das competências em matéria de regulação, controlo e avaliação, funções que devem ser compatibilizadas com o social entrepreneurship e inovação e ser garantes de uma efectiva transparência, responsabilização e prestação de contas.

A incorporação do NPM nas reformas da saúde, como paradigma de gestão pública que defende serviços públicos (re)centrados no «cidadão-utente-cliente» (Hood, 1991), acarretou novas formas de *social entrepreneurship* (Busse et al., 2002), defendendo-se a aplicação de princípios empresariais à missão das organizações públicas do sector da saúde. O NPM deu também lugar à separação entre financiador e prestador e à criação de mercados internos e quasi-mercados na prestação de cuidados com aumento da competitividade e do *empowerment* dos utentes.

Este novo conceito tem promovido a implementação de modelos de descentralização e contratualização, enquanto mecanismos de partilha de riscos e atribuição de responsabilidades

entre financiador e prestador, entre outras experiências inovadoras de gestão e organização. Estas novas abordagens têm, por sua vez, exigido, para salvaguarda do interesse social, uma regulação efectiva que se adapte às alterações no sistema de saúde inerentes à reforma.

São identificáveis três formas distintas de regulação no sector da saúde: regulação de serviços de saúde, regulação de políticas de saúde e regulação de saúde. Tem havido, porém, alguma confusão entre os três universos, verificando-se até, por vezes, sobreposição de papéis pelas diferentes entidades reguladoras.

As actuais atribuições da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) compreendem a regulação de *serviços de saúde*, através da supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados, incluindo a garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes². Em 2009, verificou-se uma reestruturação da ERS, com o Decreto-Lei n.º 127/2009, de 27 de Maio (que revogou o Decreto-Lei n.º 309/2003, 10 de Dezembro), para uma adaptação ao desempenho de funções de regulação da concorrência na saúde, com dotação dos meios e competências necessárias. Entre as alterações mais significativas introduzidas pelo novo diploma, destacam-se a criação de um conselho consultivo, como instância de participação institucionalizada dos sectores interessados, a delimitação mais rigorosa das atribuições e dos poderes da ERS, de modo a torná-los mais claros e coerentes e a atribuição à ERS de funções de regulação económica do sector.

A ERS tem, porém, tentado responder também aos grandes desafios para as *políticas de saúde* que, em 2009, coincidiam com as linhas estratégicas do Governo para 2009, definidas pelas Grandes Opções do Plano para o mesmo ano (aprovadas pela Lei n.º 41/2008, 13 de Agosto): reforma dos cuidados de saúde primários, implementação da RNCCI e a modernização e garantia de sustentabilidade financeira do SNS. A ERS previu, com efeito, exercer a sua actividade para 2009 com referência a estes desafios (ERS, 2008)^{3,4}.

² Na última auto-avaliação sobre a actividade desenvolvida pela ERS (2009), foi considerado terem sido atingidos plenamente os objectivos propostos, designadamente, na promoção do bom funcionamento do sistema de saúde português e de uma cultura de exigência perante os prestadores e de transparência perante os utentes, e também de responsabilização, por meio de uma postura de regulação activa e pedagógica.

³ Para a reforma dos cuidados de saúde primários, a ERS previa a efectivação da reestruturação organizacional dos ACES, a promoção da criação de mais USF e o apetrechamento tecnológico da totalidade dos centros de saúde. Atendendo à implementação da RNCCI, estava prevista a expansão da Rede de acordo com critérios de necessidade e de garantia de qualidade e o incremento da formação dos recursos humanos necessários e sua certificação. Para a modernização e garantia de sustentabilidade financeira do SNS, previa-se dedicar

Coloca-se, porém, a questão de saber se deveria ser a ERS o organismo regulador da concretização das linhas estratégicas definidas. Tratando-se de políticas governamentais, caberá, em princípio, a sindicância dessa actividade por outro órgão de soberania, reunido em Assembleia da República, estando a ERS, ao invés, incumbida de observar a dinâmica do mercado interno dos serviços de saúde, com particular atenção sobre o sector privado e sobre o sistema de pagamentos que impendem sobre o cidadão utente, garantindo a regulação económica do sector.

Em tempos de grandes mudanças, do surgimento de novos actores, novos papéis e novas dinâmicas, é essencial uma clara atribuição de competências para a regulação de saúde. Quer seja para a política de saúde, onde só deve existir uma entidade reguladora que é a Assembleia da República, quer nos serviços de saúde, através da ERS, da IGAS ou das Ordens Profissionais, quer ainda para a saúde, em que podemos identificar as entidades internas, nomeadamente o actual Alto-Comissário para a Saúde, a Direcção-Geral de Saúde e uma externa que poderia ser o OPSS, e subsidiariamente as associações de doentes, todos com competências que devem ser distintas mas articuláveis. Deve evitar-se a sobreposição de áreas de competência que possa gerar desresponsabilização e dificuldade em saber quem deve prestar contas.

Por outro lado, deveria caber cada vez mais a organismos independentes a observação dos sistemas de saúde e a avaliação da qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde, contribuindo para a transparência das actividades desenvolvidas no sector. Esta é a verdadeira regulação de *saúde*. As plataformas de observação, como é, aliás, o próprio OPSS, deverão, como grupos de cidadãos e profissionais, actores ou não do sistema, olhar com pertinência, rigor, clareza e responsabilidade as constantes mutações de um sector alvo de uma forte dinâmica reformadora.

Considerando a multiplicidade de interesses e a multidisciplinaridade dos vários actores intervenientes num sector público embebido por elementos empresariais, a responsabilidade para a regulação de saúde deve competir claramente a organismos que se situem num pólo próximo do sistema, mas distante o suficiente para uma actividade tão isenta e rigorosa quanto possível e

particular atenção à implementação de novas Unidades Locais de Saúde (ULS), a reformulação do sistema de convenções do SNS e o início da reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, em articulação com a Rede de Cuidados Continuados (ERS, 2008).

⁴ As actividades previstas para 2009 (ERS, 2008) eram: garantir os direitos dos utentes (avaliação dos serviços prestados, sistema de informação aos utentes, processamento das reclamações e exposições), regulação das falhas de mercado (práticas de discriminação ou rejeição infundada de doentes, desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, indução artificial da procura), regulação das relações económicas com operadores (promoção da concorrência, regulação de outras relações económicas), outras actividades, como registo; actividade fiscalizadora, actividade contra-ordenacional e instrumentos e metodologias de trabalho.

necessária. Também a avaliação da qualidade dos cuidados prestados e dos próprios serviços de saúde deverá estar sob a alçada de entidades desinteressadas, que não interfiram, consciente ou inconscientemente, nos resultados.

A necessidade de reflexão sobre a adequação da regulação de saúde em Portugal é tão mais importante quanto o peso transformacional sobre o sector que constitui o processo de reestruturação organizacional dos cuidados de saúde primários, através da implementação dos ACES. É, actualmente, fundamental a observação crítica sobre a reorganização dos serviços de saúde e sobre a qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, devendo averiguar-se se não estão estes a ser silenciosamente penhorados enquanto as mudanças se instalam.

É preciso atender à (in)adequação dos recursos humanos e financeiros afectos aos serviços de saúde, dos quais depende a qualidade dos cuidados prestados, acolher as dificuldades sentidas pelos profissionais, verificar eventuais iniquidades entre utentes abrangidos pelas diferentes unidades de saúde, entre muitas outras situações que poderão estrangular os princípios que sustentam o sistema de saúde. Este papel caberá aos organismos reguladores do Ministério da Saúde e a organismos independentes.

Já a avaliação das relações económicas entre o cliente e o fornecedor, da adequação do valor do acto, do preço e o nivelamento das assimetrias de informação poderão competir a uma ERS vitalizada e atenta.

Existem ainda outros serviços que importa, no enquadramento actual, observar e avaliar. É o caso do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS, também conhecido por Consulta a Tempo e Horas (CTH). Um dos objectivos do sistema CTH consiste na promoção da celeridade no acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar em instituições do SNS, a partir dos cuidados de saúde primários, não devendo o prazo máximo para a marcação da primeira consulta nas instituições hospitalares do SNS ultrapassar nove meses. Por esta razão, os hospitais têm sido alvo de processos contra-ordenacionais, com implicações financeiras significativas, pelo que importa, neste contexto, sindicar de forma isenta a adequação destas acções, assim como a razoabilidade das regras de funcionamento da CTH, garantindo, por um lado, que os hospitais reservam as vagas necessárias para dar resposta ao sistema e, por outro lado, que não se lhes exige o inexequível. Este papel deverá ser conferido aos próprios organismos do Ministério da Saúde, através dos mecanismos da contratualização.

Assim, o OPSS recomenda urgência na clara definição de papéis dos vários agentes reguladores, incluindo a atribuição perfeitamente delimitada de competências a plataformas de observação e de intervenção disciplinares. Recomenda também a clarificação da relação existente entre a ERS e o Serviço Nacional de Saúde e entre a ERS e sector privado da saúde. Por fim, recomenda que a regulação de saúde deve partir da fixação precisa dos seus termos, assim como de princípios e regras claras que permitam a acção dos organismos reguladores sem que se iniba, indevidamente, a actividade das organizações e dos prestadores de saúde.

Deve, ainda, contemplar a emissão de recomendações concretas para dar resposta aos constrangimentos que eventualmente sejam identificados, responsabilizando as entidades reguladoras pelas suas acções e garantindo a bondade e a utilidade dos processos de regulação.

3.4 Reforma do sistema de saúde nos EUA

O último ano ficou marcado pela histórica aprovação da reforma do sistema de saúde dos EUA. Num contexto de crise económica, a forte liderança política do Presidente Obama permitiu ultrapassar inúmeros obstáculos ao longo do complexo processo legislativo, caracterizado por uma grande fragmentação política e acompanhado por forte participação popular e discursos bastante extremados. Esta reforma do sistema americano e outras que têm ocorrido na Europa, levam a uma progressiva aproximação dos sistemas de saúde dos dois lados do Atlântico, enredados com o aumento dos custos com a saúde num contexto de crescentes dificuldades financeiras e, em que os recursos são cada vez mais escassos.

No passado mês de Março foi promulgada, nos EUA, uma reforma histórica do sistema de saúde, culminando um processo legislativo longo e complexo com grande fragmentação política, acompanhado por uma forte participação popular e discursos bastante extremados.

Aqui vamos sintetizar o processo legislativo americano, apresentando um cronograma com a História da reforma desde a tomada de posse de Barack Obama até à promulgação da lei, descrito um conjunto de medidas previstas, e feita uma breve análise do processo e de que forma esta reforma poderá ter implicações fora dos Estados Unidos, nomeadamente na Europa.

O processo legislativo americano envolve uma multiplicidade de actores e negociações entre vários órgãos políticos⁵. A construção da Reforma do Sistema de Saúde é uma responsabilidade partilhada pela Administração, pela Câmara dos Representantes, pelo Senado e pelos comités que partilham responsabilidade legislativa. Na Administração, o Presidente desempenhou o papel de motor da reforma do sistema de saúde e a Secretária de Estado Kathleen Sebelius do Departamento “*Health and Human Services*” é a responsável de todos os programas federais de saúde. Na Câmara dos Representantes, três comités têm responsabilidades legislativas: o Comité de Educação e Trabalho (www.edworkforce.house.gov), com responsabilidades sobre os benefícios para os trabalhadores, incluindo benefícios de saúde; o Comité de Energia e Comércio (www.energycommerce.house.gov), com responsabilidades nos programas de saúde financiados por impostos não directos, e nos programas de saúde pública; e o Comité “*Ways & Means*” (www.waysandmeans.house.gov), com responsabilidades nos programas de saúde financiados por deduções salariais. No Senado, o Comité de Saúde, Educação, Trabalho e Pensões do Senado (www.help.senate.gov), com responsabilidades sobre programas de saúde federais financiados por impostos específicos e outros programas incluídos no “*Social Security Act*” (*Medicaid, Medicare*) e o Comité de Finanças do Senado (www.finance.senate.gov) têm competências no processo.

O processo começa em cada comité com audições públicas a especialistas, organismos públicos, instituições privadas (entre outros) sobre os assuntos específicos da reforma de saúde. Posteriormente é redigida uma primeira versão da lei que de seguida é enviada para o organismo independente do congresso que faz a avaliação financeira dos custos das propostas, o “*Congressional Budget Office*”. Feita a avaliação é redigido o relatório, e encaminhado para o Director do Comité. Este convoca uma reunião pública onde a lei é explicada aos restantes membros, alterada, aceite, ou rejeitada.

Quando os três comités da Câmara aprovarem as respectivas leis, elas serão compiladas numa única lei, e proposta para ser considerada na Câmara dos Representantes. Quando os dois comités do Senado aprovarem as suas leis, elas serão compiladas numa unida e propostas à consideração no Senado.

⁵ A descrição do processo legislativo baseia-se em diversas fontes tais como: documentos oficiais da Biblioteca do Congresso Americano, nomeadamente “*How our laws are made*” (Sullivan, 2007), *The Budget Reconciliation Process* (Keith e Heniff, 2005); Páginas oficiais, nomeadamente da Casa Branca (www.whitehouse.gov), do Senado (www.senate.gov) e Câmara dos Representantes (www.house.gov).

Na Câmara dos Representantes, em reunião do "*Rules Comitê*", presidido pelo líder do partido mais votado, serão definidas as regras para o debate. Posteriormente ao debate, terá lugar a votação da lei, sendo necessária uma maioria simples para a sua aprovação.

No Senado, o procedimento começa com a negociação dos termos do debate, seguindo-se o debate propriamente dito. Qualquer Senador pode bloquear unilateralmente uma discussão através de um mecanismo chamado "*Filibuster*". Este bloqueio pode ser ultrapassado através da invocação de "*Cloture*", que poderá ser utilizado se houver uma maioria de 3/5, ou seja, se 60 dos 100 senadores votarem a favor do "*Cloture*". Caso não haja uma maioria de 3/5 no Senado, as regras do Senado permitem que o percurso da lei até à votação seja feito por um caminho alternativo, tratando a reforma como uma lei orçamental, através do "*Budget Reconciliation*" que não pode ser alvo de "*Filibuster*" e que prevê um máximo de 20 horas de debate. A dificuldade desta opção prende-se com a impossibilidade de fazer uma reforma profunda já que este processo só permite alterações ao nível de política fiscal ou dos gastos de programas federais. Embora este processo limite temporalmente o debate no Senado, podem ser apresentadas quantas propostas de emendas ao projecto se quiser, o que pode complicar o processo de aprovação. Um outro factor limitativo prende-se com o período máximo de resolução orçamental de cinco anos, o que obriga a uma nova votação para revalidação da lei findo esse período. Chegada a lei à votação, esta só necessita de uma maioria simples (51 votos) para ser aprovada.

Após aprovação das leis pelo Senado e Câmara dos Representantes, é constituído um Comité Conjunto da Câmara e Senado, que terá a seu cargo a redacção de uma solução de compromisso com as negociações e a redacção a serem feitas em privado mas com a votação a ser feita numa sessão pública. Será posteriormente redigido o Relatório da Conferência que será enviado juntamente com a Lei para o Senado e Câmara para aprovação final. Em alternativa a este processo de convergência é possível prosseguir uma estratégia que implica a aprovação por uma das câmaras da lei feita pela outra. Todo o processo de discussão e votação subsequente nas duas câmaras do Congresso, para ambas as estratégias, assemelha-se ao anteriormente descrito.

Após o mesmo texto ter sido aprovado na Câmara e Senado, a lei é enviada para a Casa Branca para análise, e subsequente promulgação ou veto por parte do Presidente.

No anexo A3 apresenta-se uma cronologia baseada nos acontecimentos recentes e mais importantes do processo da Reforma do Sistema de Saúde e que resulta da observação contínua no

período que vai desde a Tomada de Posse de Barack Obama em Janeiro de 2009 até à Promulgação da Lei em Março de 2010, de diversas fontes⁶.

A partir do final do mês de Março, os EUA passaram a ter uma reforma abrangente do Sistema de Saúde. A extensão do documento não permite que seja aqui descrito exaustivamente. Serão descritos de forma sucinta apenas algumas das medidas previstas na reforma do sistema de saúde americano agora aprovada⁷, de acordo com várias fontes, nomeadamente o *Office of Health Reform - Department of Health and Human Services* (Montz e Seshamani, 2010; Seshamani, 2010a; Seshamani, 2010b) e a *Kaiser Family Foundation* (KFF.org).

Uma das medidas emblemáticas para a redução dos custos dos Prémios com os seguros de saúde é a criação do *National Health Insurance Exchange (NHIE)*, que incluirá um conjunto de planos de seguros privados e os programas públicos, permitirá a inviolabilidade do seguro (um trabalhador ao mudar de emprego, poderá continuar a usufruir do mesmo plano e não ficar refém do plano do empregador) e, o acesso a programas de saúde a pequenas empresas e a indivíduos que se encontram na faixa daqueles que não têm rendimentos suficientes ou não são elegíveis para os programas públicos (prevê-se que o financiamento do plano público seja feito através de receitas dos prémios).

Prevê-se o aparecimento de planos de saúde de configuração cooperativa (CO-OP) com fins não lucrativos, que ofereça seguros através do *National Health Insurance Exchange*. Têm de corresponder a requisitos de boa governança e garantir que os lucros gerados pela actividade serão usados na melhoria da qualidade dos serviços prestados, na melhoria de benefícios para os seus assinantes, e na redução dos prémios.

Através de um Mandato Individual, que obriga a aquisição de Seguros de Saúde por parte da população e empregadores e prevê penalizações para quem não cumprir, propõe-se reduzir o número de americanos sem cobertura de serviços de saúde. Para aqueles com dificuldades económicas estão previstos apoios públicos, permitindo o acesso ao programa Medicare a famílias

⁶ Nomeadamente as grandes cadeias de televisão americanas como a CBS (www.cbsnews.com); ABC (www.abcnews.com); MSNBC (www.msnbc.com), CNN (www.cnn.com) e FOX News (www.foxnews.com), serviços públicos como a televisão PBS (www.pbs.org) e a rádio NPR (www.npr.org), imprensa escrita como o New York Times (www.nytimes.com), o Washington Post (www.washingtonpost.com), o site Politico.com e o site oficial da Administração Obama para a reforma da saúde healthreform.gov.

⁷ Para uma análise mais aprofundada, sugere-se a consulta do Portal do OPSS.

com rendimentos inferiores a 133% do Nível de Pobreza Federal⁸ (NPF) e acesso subsidiado ao novo “Exchange” para famílias com rendimentos inferiores a 400% do NPF.

Reduz-se uma das situações mais desumanas e dramáticas do anterior sistema de saúde com o fim das limitações de aquisição de seguros de saúde para indivíduos com condições pré-existentes (por exemplo, asma e diabetes tipo 2), que até agora eram barrados pelas companhias de seguros. Este processo é faseado, sendo imediato para crianças com condições pré-existentes, e a partir de 2014 para adultos, através da criação da *National High Risk Pool*.

Existe um enfoque particular nos cuidados preventivos e na promoção do “bem-estar” através da criação de uma estratégia federal de coordenação e criação de programas de prevenção e saúde pública, programas para apoio à prestação de serviços de promoção e manutenção de “bem-estar” (baseados na evidência e com origem na comunidade) com o objectivo de reduzir as doenças crónicas e as disparidades em saúde.

O aumento da responsabilidade individual é considerado como essencial para a melhoria dos resultados em saúde. A subsidiação de incentivos sob a forma de descontos nos prémios dos seguros de saúde para pessoas com boas práticas de saúde e a subsidiação de empresas que organizem programas de manutenção de bem-estar para os seus trabalhadores são duas das medidas previstas.

A criação de uma estratégia nacional de melhoria da qualidade dos serviços de saúde e de saúde da população, a criação de programas para formação contínua em modelos de cuidados primários como os “medical homes” e a gestão de doenças crónicas representam as principais medidas para a melhoria da qualidade.

As medidas agora aprovadas vão de encontro às preocupações com a necessidade de expansão da cobertura, o controlo de custos com os prémios de seguros e a melhoria do desempenho do sistema, apresentadas a 29 de Maio de 2007 pelo então candidato à presidência dos EUA, Barack Obama, na sua proposta de reforma do sistema de saúde.

Aprovada que está a legislação, segue-se a fase da implementação das medidas no terreno. Será interessante observar, nos próximos tempos, os obstáculos a esta reforma, aprovada sem um

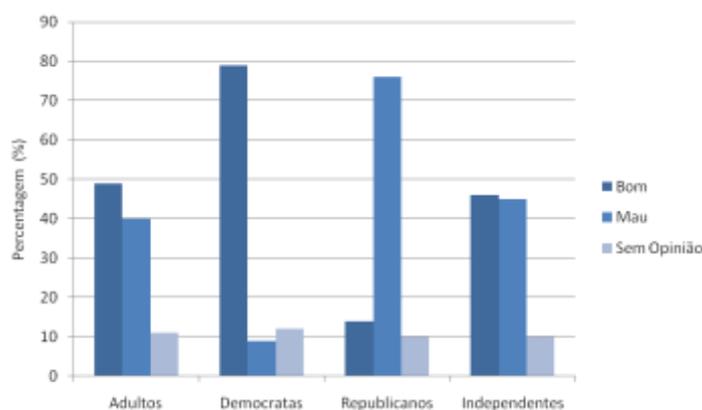
⁸ O Nível de Pobreza Federal é revisto anualmente pelo “Census Bureau”, e varia consoante o rendimento do agregado familiar. O valor actualizado poderá ser consultado no site do Departamento “Health and Human Services” (aspe.hhs.gov/poverty/).

acordo político alargado, decorrente de um processo legislativo com posições bastante extremadas e em vésperas das eleições para o Senado e Câmara dos Representantes marcadas para o dia 2 de Novembro de 2010, que poderão alterar radicalmente o cenário político nos Estados Unidos.

Assistiu-se, ao longo do processo legislativo, a uma grande oposição por parte dos Republicanos no Senado e Câmara dos Representantes. Esta oposição estendeu-se às ruas com manifestações agressivas contra as propostas de reforma por parte de grupos conotados com o Partido Republicano, movimentos mais radicais e órgãos de comunicação social conservadores. O argumento mais ouvido foi de que esta reforma daria necessariamente origem a medidas que condicionariam drasticamente o direito de escolha por parte do cidadão e induziriam as práticas de racionamento na prestação de cuidados de saúde. Nos discursos mais radicais aparecia a ideia de que a reforma Obama era uma “traição aos valores americanos”. Os Media foram um importante veículo desta mensagem política.

O processo de reforma originou uma grande fragmentação política, com o Partido Republicano em bloco a rejeitar a Reforma e o Partido Democrata dividido. Este facto está bem patente numa sondagem telefónica feita a nível nacional pela agência Gallup durante o dia 22 de Março em que foi perguntado a uma amostra de 1005 adultos com mais de 18 anos, qual a reacção à passagem da Lei que permite a Reforma da Saúde. Fazendo o cruzamento com os interesses partidários verifica-se uma clara clivagem política com a esmagadora maioria dos que responderam ser Democratas a apoiarem a Reforma de Saúde e a esmagadora maioria dos que responderam ser Republicanos com a opinião contrária.

Figura 26 - Reacção à passagem da Reforma da Saúde (orientação partidária)

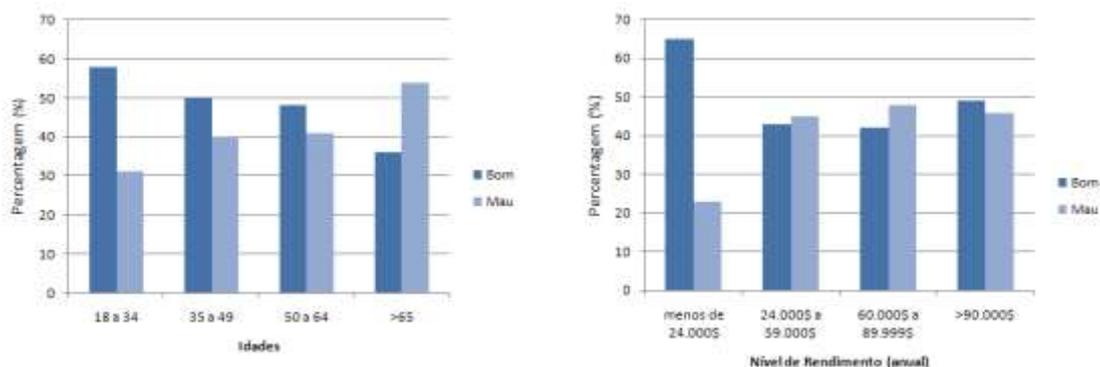


Fonte: Gallup, 2010a

Quando cruzadas as respostas com a idade e com o nível de rendimentos, conclui-se que é nos mais pobres (com o rendimento inferior a 24.000\$) e nos mais jovens (18 a 34 anos) que se encontra o

maior apoio à Reforma de Saúde. Os mais velhos (acima dos 65 anos) e a classe média (rendimentos entre os 24.000\$ e os 59.000\$) são os que mostraram maior rejeição à promulgação da Reforma.

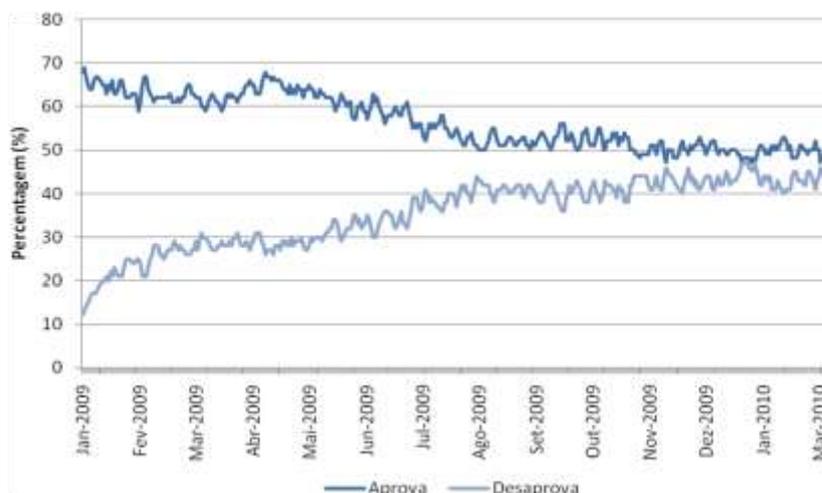
Figura 27 - Reacção à passagem da Reforma da Saúde (por idades e por nível de rendimentos)



Fonte: Gallup, 2010b

É interessante verificar como a liderança e envolvimento pessoal do Presidente Obama, presente durante todo o processo, permitiu ultrapassar as sucessivas tentativas de bloqueio, tendo sido um dos factores decisivos para o sucesso da reforma de saúde. Talvez como resultado dessa intervenção directa e pessoal, assistiu-se ao longo deste período agitado, mais particularmente nos últimos meses, a uma quebra clara no saldo de imagem do Presidente, tendo atingido no mês de Março de 2010 os valores mais baixos.

Figura 28 - Avaliação do trabalho do Presidente



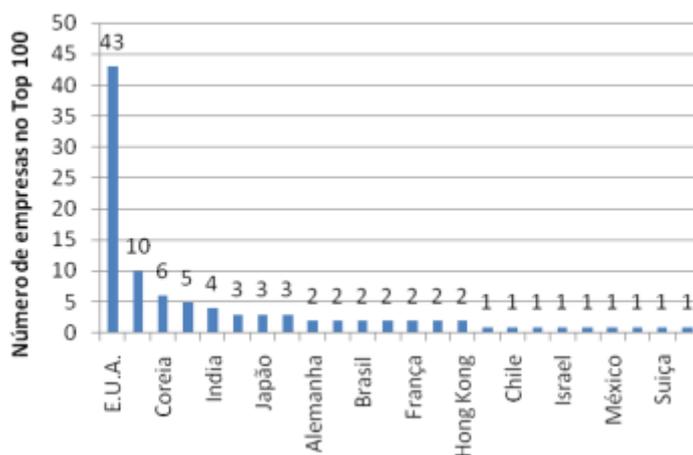
Fonte: Gallup, 2010c

Outro ponto interessante do processo de reforma que agora se conclui prende-se com a importância dada às Tecnologias de Informação como peça fundamental para a resolução dos principais desafios que esta reforma enfrenta, o que torna o seu desenvolvimento e comercialização bastante atraentes para as multinacionais tecnológicas americanas. Os novos sistemas de gestão informação e

comunicação na saúde terão, muito provavelmente, implicações globais naquilo que diz respeito aos modelos de organização e gestão dos serviços de saúde. Da análise do ranking da revista *Businessweek* das 100 maiores empresas tecnológicas a nível mundial, verifica-se que em 2009, as empresas Americanas representavam 54% do volume de negócios mundial. Das 14 empresas de Software presentes no ranking, dez são americanas e só uma é europeia (SAP da Alemanha). Das cinco empresas de Internet presentes no ranking, quatro são americanas e a outra asiática (China). Dos 23 fabricantes de computadores, oito são americanos, e os restantes asiáticos, não aparecendo nenhuma empresa Europeia.

Num mundo globalizado, assente numa rede estruturada de comunicações globais, o facto de os Estados Unidos apresentarem uma esmagadora percentagem da produção de conteúdos e de serviços na Internet, e terem as maiores empresas do sector, faz com que tenham um enorme peso e influência ao nível global.

Figura 29 - Distribuição mundial das 100 maiores empresas tecnológicas, em 2009



Fonte: BusinessWeek 2009 - The Infotech 100

As características das redes de Desenvolvimento e Inovação americanas, com a interligação entre as Universidades e a Indústria, dão aos Estados Unidos o papel de líder mundial em inovação (Owen-Smith *et al.*, 2002). Sendo os EUA a maior potência tecnológica do mundo, e havendo um enorme interesse político na adopção de tecnologias de informação em saúde, existe um enorme potencial de valor económico nesta área.

Finalmente será interessante observar nos próximos meses de que forma o processo de transferência de conhecimentos e tecnologias entre os EUA e países europeus poderá ser facilitado pela aproximação dos sistemas de saúde, decorrentes dos processos de reforma de ambos os lados do Atlântico. Na reforma Obama estão implícitos valores já há muito interiorizados pelos sistemas

européus tais como a cobertura universal e a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Na Europa alguns países estão a introduzir nas propostas de reforma princípios existentes há muito no sistema de saúde americano: Na Alemanha fala-se na necessidade de promover a competitividade, aumentar a eficiência, melhorar a qualidade (Busse e Riesberg, 2004); no Reino Unido fala-se de incentivos à eficiência, na necessidade de diversificação de prestadores (com autonomia para inovar), aumentar a escolha por parte dos doentes (Robinson e Dixon, 2004). Existem ainda outros temas que apareceram ao mesmo tempo em propostas de saúde dos dois lados do Atlântico como é a importância na prevenção e reabilitação, em detrimento de abordagens puramente curativas e reactivas.

Importa reflectir seriamente sobre a tendência perseguida nos EUA na aproximação a um serviço nacional de saúde, visando garantir princípios fundamentais há muito existentes na Europa, tais como a cobertura universal e a equidade no acesso aos cuidados de saúde, enquanto entre nós, levemente se coloca em causa um valor fundamental da nossa sociedade, como é a existência de um SNS que ao longo destes mais de 30 anos tem permitido contribuir para que a avaliação recente feita pela OMS ao PNS 2004-2010 permita realçar, de imediato, algo de bastante positivo, o facto de ter sido possível alcançar 64 dos mais de 100 indicadores estabelecidos, sendo que, inclusivamente, onze desses indicadores superaram os obtidos pela média dos 15 países da União Europeia (que existiam à data de 2004). De facto, os resultados mais significativos demonstraram uma evolução positiva ao nível da esperança média de vida e das mortalidades, por doença isquémica, por acidente rodoviário e cancro da mama.

5. Notas finais

As falhas sistémicas da governação da saúde não podem ser atribuídas exclusivamente ao sector da saúde. Elas reflectem o grau de desenvolvimento do país, a cultura do sistema político, a qualidade das instituições do Estado, a contribuições da ciência, da tecnologia e dos sistemas de aprendizagem, e os comportamentos da sociedade civil.

Alguns dos aspectos complexos de governação de saúde, que apresentam progressos e limitações e que merecem particular atenção, são apresentados a seguir.

Acesso aos cuidados de saúde

O OPSS tem, desde o início desta década, prestado especial atenção às questões relacionadas com o acesso aos serviços de saúde, em particular no que se refere aos tempos de espera cirúrgicos, tentando imprimir uma análise intensiva e transparente. Há que reconhecer que neste domínio têm-se observado nítidos progressos durante os últimos anos, que há que continuar a sustentar.

A partir desta edição dos Relatórios de Primavera e, durante as próximas edições, o OPSS irá dedicar uma atenção muito particular à resposta das “consultas externas” hospitalares. Este objectivo está associado à necessidade de estudar o impacto da legislação sobre “tempos mínimos de espera garantidos”, pela primeira vez implementada durante o ano de 2009.

Neste contexto há que dar especial atenção à importância da criação do programa “Consultas a Tempo e Horas” que constitui um bom exemplo da informação ao serviço do cidadão-utilizador do SNS.

A análise das duas situações seleccionadas para estudo mais detalhado neste relatório – gastroenterologia e oftalmologia – revela uma resposta ainda deficiente, muito desigual entre hospitais, e com uma grande variabilidade nos critérios de referenciação dos cuidados de saúde primários para os hospitais.

Há que acentuar ainda uma diferença substancial entre “metas” para a melhoria do acesso e “tempos mínimos garantidos”. No caso de não se atingirem as metas propostas há que tentar perceber porquê. Quanto aos tempos mínimos garantidos, o seu não cumprimento significa a quebra de um compromisso para com o cidadão-pagador. É o caso aqui relatado.

É lícito exprimir preocupações com aumentos expressivos nos gastos públicos com medicamentos e, na ainda relativamente baixa utilização dos medicamentos genéricos no país. No entanto há que acentuar que um dos aspectos claramente mais relevantes na política do medicamento é a sua “boa utilização”.

A má utilização do medicamento por excesso (antibióticos, anti-inflamatórios, ansiolíticos e hipnóticos) ou por defeito, para além dos efeitos que possa ter nos gastos com a saúde, pode constituir um sério problema de saúde pública. É o caso da utilização desregrada dos antibióticos.

Ao longo da ultimada década o OPSS tem insistido na necessidade de dar uma atenção muito especial a este problema de saúde pública.

Os dados aqui apresentados sugerem que em relação a um dos tipos de antibióticos cuja utilização tem sido analisada no passado pelo OPSS – as quinolonas – observa-se uma clara melhoria a partir de 2008, apesar da sua utilização continuar a ser excessiva em relação a países de referência neste domínio.

Há que acentuar que esta utilização excessiva de antibióticos não é um fenómeno exclusivamente português, observando-se igualmente noutros países do sul da Europa como Espanha, Itália e Grécia.

Isto quer dizer que a resposta a este desafio terá sempre que levar em linha de conta comportamentos que traduzem traços culturais de prescritores e utilizadores, assim como as características dos serviços de saúde em causa.

Em Portugal, se por um lado há que referir que se deram recentemente alguns passos na criação de dispositivos capazes de promover uma melhor análise da actual situação e da promoção das boas práticas neste domínio, há que reconhecer também, que estamos ainda muito longe de ter um dispositivo razoável de promoção de “boas práticas” na utilização dos recursos da saúde, e que os passos dados nesta direcção são ainda demasiado tímidos e insuficientes. Dir-se-á, assim, que o Ministério da Saúde não tem sido suficientemente interventivo, junto das várias instituições de saúde, no sentido de promover as boas práticas e, em concreto, de assumir as bases de uma política de prescrição baseada na melhor evidência científica.

A reforma dos cuidados de saúde primários continua a ser uma das principais transformações estruturais dos serviços públicos portugueses, uma inovação invulgarmente notável na administração pública portuguesa e uma condição necessária para a sobrevivência do SNS.

Quando há cerca de um ano e meio a transformação da infra-estrutura dos cuidados de saúde do país, em termos de “unidades de saúde familiares” atingiu o patamar dos 20%, três coisas se tornaram relativamente evidentes:

- Tratou-se de um sucesso notável e extraordinariamente importante para a saúde dos portugueses;
- Este sucesso deveu-se em grande parte a uma convergência de esforços competentes por parte da condução política do Ministério da Saúde, do trabalho da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, da contribuição das Administrações Regionais de Saúde e da mobilização e empenho de alguns profissionais do sector. A organização da medicina geral e familiar em USF era algo percebido e desejado pelos Médicos de Família, refira-se que a APMGF já na década de noventa tinha publicado no seu “Livro Azul” as bases deste tipo de organização;
- A fase seguinte seria consideravelmente mais difícil.

Este acréscimo de dificuldades era facilmente previsível:

- Havia que passar de uma fase de “descongelamento periférico” com um *feedback* positivo e animador das populações servidas, para um projecto de reorganização dos centros de saúde (ACES), mais longe das pessoas e mais próximo das limitações da administração pública tradicional;
- A construção dos ACES iria fazer-se a partir de uma legislação demasiado ambígua em relação ao seu estatuto e iria requerer estratégias de transição elaboradas (apoio, desenvolvimento, instrumentação);
- O desenvolvimento dos ACES ocorreria num quadro de enorme complexidade contextual, marcado por resistências diversas - dos que perderam poder, dos que ganharam poder, dos que já estavam na reforma e dos que não pretendiam a reforma -, que exigiria enorme resiliência e solidariedade do poder político na sua prossecução;
- A transformação de um modelo de gestão de comando-controle de custos transaccionais não muito elevados e estáveis, para um outro de natureza interactiva (acesso aberto, intersubstituição, contratualização e apoio à gestão) de custos transaccionais elevados e de crescimento exponencial, resultaria numa rápida evolução nas exigências da governação da reforma;

- Chegando-se à marca de “1/3 da reforma”, os 2/3 não ficam como estavam – há coisas que melhoram por um fenómeno de difusão a partir do que já foi “reformado”, há coisas que se degradam por perda acelerada de recursos ou por transitarem para a “parte reformada” ou saírem (“aposentação antecipada”) sob a pressão das circunstâncias;
- O desequilíbrio entre a forte dinâmica de crescimento, principalmente das unidades de saúde familiar e das unidades de cuidados na comunidade, face ao aparecimento retardado dos dispositivos integradores dos ACES, arriscam fortes pulsões centrífugas e “cooperativismos verticais” mais difíceis de gerir à medida que o processo avança;
- A falta de uma linha de investigação sobre serviços de saúde (FCT/Ministério da Saúde) não iria permitir tirar deste “laboratório vivo” os ensinamentos necessários para uma condução mais inteligente da reforma, à medida que as dificuldades se avolumavam;
- Que sem um investimento explícito do “Plano Tecnológico” nesta reforma, dificilmente se conseguiriam realizar os requisitos em sistemas de informação e comunicação de que a reforma depende;
- A falta de uma política de investimento nos recursos humanos, sustentada no planeamento estratégico da reforma, colocaria em causa a capacidade operacional e a credibilidade de todo o processo;
- A inexistência de um modelo de financiamento global minimamente explícito seria um dos factores de maior fragilidade da reforma por um lado, por não estimular a efectiva partilha de risco e a assumpção de responsabilidades e, por outro lado, por não modelar as expectativas dos diferentes actores de acordo com os objectivos estratégicos da reforma.

A reforma dos cuidados de saúde primários continua a ser uma reforma de assinalável sucesso. Mas o subestimar da necessidade de responder prospectivamente às dificuldades e desafios de uma reforma tão exigente como esta, fez com que a implementação dos ACES ficasse bastante aquém do êxito que foi o lançamento das USF.

Por outro lado, considera-se que quase 5 anos após a criação das primeiras USF é tempo do Ministério da Saúde apresentar os resultados que lhe estão associados. Se, por um lado, se acredita que as USF tenham melhorado os níveis de acesso e de conforto, por outro, é também verdade que os aumentos remuneratórios associados às USF Modelo B (analisados em RP anteriores) são também uma realidade, que terá que ser justificada.

O OPSS considera que a RNCCI se constitui como um dos mais importantes projectos de política social e de saúde com evidentes repercussões ao nível dos indicadores de saúde e bem-estar de um grupo populacional particularmente vulnerável. Todavia e para que a referida Rede possa ter um desenvolvimento sustentável, é preciso acautelar alguns aspectos.

Assim, e relativamente à dimensão sustentabilidade social, constata-se que a capacidade de resposta da RNCCI cresceu no último ano, cumprindo claramente os objectivos a que se tinha proposto. Parece, no entanto persistir alguma predominância da institucionalização face à permanência no domicílio. Podendo tal justificar-se face ao estágio de desenvolvimento da Rede, pelo que se torna necessário incrementar os cuidados ao domicílio.

Persistem também alguns problemas na acessibilidade, quer devido à irregular distribuição geográfica, quer ao desigual número de Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), quer à fragilidade da multidisciplinaridade das equipas, o que requer esforços adicionais por parte dos ACES.

É de realçar contudo, o papel da RNCCI nas respostas a situações de isolamento com necessidades de saúde e sociais, podendo afirmar-se como sendo este um dos mais importantes contributos para a sustentabilidade social.

A natureza intersectorial deste projecto é, simultaneamente, uma das suas mais importantes mais-valias e uma das suas maiores fragilidades, desafiando a sustentabilidade organizacional. No ano de 2009 foram dados alguns passos positivos nesta área, no entanto persistem problemas, dos quais destacamos, as dificuldades de articulação com os restantes níveis de cuidados e, principalmente a necessidade de investir na interoperabilidade do sistema de informação quer com os outros níveis de cuidados quer com o Ministério do Trabalho e Segurança Social.

A sustentabilidade financeira merece especial atenção tendo em consideração a situação económico-financeira que atravessamos. Destacamos a necessidade da criação de um sistema que permita o pagamento aos prestadores em função de dois critérios: o nível de funcionalidade/dependência e a qualidade dos cuidados. Por outro lado, a sustentabilidade financeira exige não só demonstrar os ganhos em saúde deste nível de cuidados, mas também a sua influência positiva nos restantes níveis, nomeadamente através da diminuição da lotação, da demora média de internamento, dos reinternamentos, etc. nos hospitais.

A integração dos cuidados de saúde continua a ser, num contexto de afirmação de tendências socio-epidemiológicas em que a prevalência das doenças crónicas é crescente, um dos desafios mais dinâmicos e decisivos para garantir a sustentabilidade, técnica e financeira, do sistema de saúde.

Nos últimos anos têm sido dado passos positivos no sentido da coordenação de cuidados (a dinâmica introduzida pela RNCCI é um bom exemplo), no entanto estamos ainda longe da integração de cuidados enquanto factor marcante da "organização da produção" do nosso sistema de saúde (mesmo considerando as Unidades Locais de Saúde). Progressivamente deverão ser transferidos recursos dos hospitais para os CSP, devidamente enquadrados por um modelo de financiamento e contratualização. Neste momento pede-se aos CSP, e bem, que assumam e actuem em cada vez mais áreas mas não se efectuou ainda a respectiva transferência (transferência e não crescimento) de recursos de outros níveis de cuidados.

O processo de contratualização tem a potencialidade de se assumir como o instrumento capaz de gerar as dinâmicas e os incentivos necessários para que esta integração de cuidados se torne efectiva. A implementação do modelo de gestão integrada da doença, ainda que com fragilidades decorrentes de alguma descontinuidade na sua aplicação, é um bom exemplo do que se pode conseguir e do muito caminho que há a percorrer. É imperioso aprofundar e diversificar a investigação neste domínio.

As questões associadas com os sistemas de informação são decisivas para a efectivação e desenvolvimento dos mecanismos de integração de cuidados, quer enquanto instrumento de produção, quer enquanto modelador e garante da coêrencia dos dados. Contudo, o sistema de saúde português está confrontado com duas questões tecnológicas que têm impedido a utilização de todo o potencial dos sistemas de informação: a rede informática da saúde e a interoperabilidade. Sendo dois problemas para os quais a tecnologia existe e está acessível não se compreende porque se arrastam. Urge resolver a questão dos sistemas de informação. Por outro lado, o modo como o modelo de financiamento hospitalar está delineado, não incentiva a integração de cuidados, é até perverso. É exemplo disso a "penalização" financeira dos hospitais e a consequente degradação dos seus resultados operacionais, caso diminuam o número de urgências hospitalares – o que é certamente um facto positivo.

Tabaco

O OPSS reconhece que durante a última década foram desenvolvidos na sociedade portuguesa esforços significativos de modo a diminuir a dependência tabágica e suas consequências, que permanece no final da primeira década deste milénio como a principal causa de morbilidade e mortalidade evitável.

No decorrer dos últimos anos, têm sido perceptíveis passos positivos na formação dos profissionais de saúde, no desenvolvimento de normas de boas práticas clínicas e terapêuticas e na oferta de um maior número de consultas de cessação tabágica, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários.

Ao nível da protecção dos não fumadores o cenário aponta para uma consolidação da adesão da sociedade portuguesa relativamente à legislação em vigor. Os próximos anos serão decisivos para avaliar se os resultados dessa medida, nomeadamente a diminuição dos AVC a nível dos não fumadores, foram similares aos verificados noutros países.

No entanto, o impacte destes esforços está aquém do esperado, como se constata pela circunstância de nenhuma das metas preconizadas no Plano Nacional de Saúde para o horizonte de 2010, ter sido atingida, existindo mesmo o agravamento de alguns indicadores.

As políticas de educação para a saúde, erráticas, pouco efectivas e sem avaliação de impacto, aliadas à pouca articulação e integração de cuidados e os significativos desajustes da distribuição geográfica da oferta e da procura de cuidados, são factores que contribuem decisivamente para os fracos resultados obtidos.

Por outro lado, os estímulos económicos aos consumidores são contraditórios com uma aposta clara na cessação tabágica: Inexistência de terapêuticas comparticipadas para potenciar o sucesso da cessação tabágica em paralelo com preços do tabaco não suficientemente elevados para desencorajar os actuais e potenciais futuros fumadores.

Talvez pela importância do tabaco na receita fiscal do Estado, a prevenção e o controlo do tabagismo não são ainda definitivamente uma prioridade de saúde!

Gripe pandémica

Uma pandemia de gripe é um fenómeno raro. Para acontecer é necessário que um vírus da gripe “novo” para espécie humana, atravesse a “barreira” que separa o homem das outras espécies e se

torne transmissível de homem para homem – foi o que aconteceu, somente, três vezes durante o Século XX (a pneumónica em 1918; a asiática em 1957; a de Hong-Kong em 1968). Além de serem felizmente poucas, não há duas pandemias iguais. Os cerca de 40 anos que mediaram entre 1968 e 2009, fizeram com que a pandemia por Gripe A 2009 ocorresse em circunstâncias muito diferentes das de qualquer das anteriores. De facto, agora:

- Existem medicamentos anti-virais;
- A capacidade de produzir e distribuir vacinas é muito maior do que em qualquer momento do passado;
- Os serviços de cuidados intensivos necessários para fazer face às complicações respiratórias da doença estão tecnicamente muito mais bem apetrechados do que antes;
- É hoje possível ter notícia cedo do início da pandemia (México, 2009) e seguir diariamente a sua expansão pelo globo, dando tempo à preparação e implementação de medidas de “contenção”, mas também à configuração e propagação de correntes de opinião através dos modernos dispositivos comunicacionais (nomeadamente Youtube e redes sociais), com uma difusão mais rápida que a própria gripe;
- A coordenação global das medidas contra a pandemia atingiu um grande nível de desenvolvimento, o que torna o combate à pandemia mais eficaz, ao mesmo tempo que torna o alinhamento das autoridades nacionais com a coordenação global mais “inevitável” e “obrigatório”. Para o bem (os êxitos) e para o mal (os riscos), estamos todos no mesmo barco global.

O que correu bem em relação à pandemia de gripe 2009?

- O vírus da gripe A 2009 era “imperfetamente” pandémico – as populações expostas ao vírus A H1N1 que circulou globalmente antes de 1957 era pouco vulnerável (por ter um certo grau de parentesco) com o vírus pandémico 2009 – daqui decorreu, em parte, uma pandemia de relativamente baixa incidência;
- Ao contrário do que aconteceu com o vírus A H1N1 de 1918, o vírus A H1N1 de 2009 não teve nenhuma evolução nefasta durante o processo pandémico;
- O acompanhamento e resposta à pandemia de gripe a nível global seguiram de perto a base de conhecimento existente e as normas estabelecidas para o efeito;
- As autoridades de saúde portuguesas alinharam a sua actuação com assinalável prontidão e rigor com as orientações globais que foram sendo estabelecidas, adoptando formas de comunicação pró-activas, sem precedentes na saúde pública portuguesa. No terreno, quer as autoridades de saúde quer os serviços prestadores de cuidados de saúde, organizaram-se para fazer face a uma pandemia. É possível, mas difícil de demonstrar, que as rigorosas medidas de vigilância e

contenção epidemiológica adoptadas desde os primeiros casos observados em Portugal, tenham contribuído para prolongar o “período de indução” da pandemia;

- Em princípios de Junho de 2009, após o primeiro “cluster” escolar de casos de Gripe A 2009 ocorrido em Lisboa, observou-se uma importante “activação” da sociedade portuguesa para fazer face à pandemia de gripe. De forma geral, os meios de comunicação social desempenharam aqui um papel muito activo e notavelmente pedagógico;
- A experiência com a pandemia de gripe 2009 pode ter contribuído para uma atitude menos complacente para com a gripe sazonal no futuro.

O que correu menos bem com a pandemia de gripe A 2009?

- As características “bipolares” da pandemia – coexistência de um grande número de pessoas com formas muito atenuada da doença, um número muito pequeno de doentes (muitos deles jovens) evoluindo rapidamente para situações muito graves (pneumonias viricas primárias), tornou mais complexa e menos eficaz a comunicação sobre a natureza da pandemia;
- Às boas notícias – “pandemia imperfeita – sobrepôs-se a ideia de que a “montanha tinha parido um rato”. A esta ideia associou-se rapidamente a noção de que houve excessos no sentido de uma sobrevalorização injustificada da ameaça pandémica. O passo seguinte nesta cadeia de desconfiança, foi a suspeita, de todo injustificada, que as autoridades internacionais de saúde teriam sido coniventes com os interesses comerciais associados à venda de medicamentos e vacinas.

Esta percepção de “resposta excessiva” é um problema real e difícil. É relativamente óbvio que as noções de que em relação à gripe não se fazem “previsões” mas sim “cenários” e, que não podemos deixar de nos preparar para o pior cenário admissível, mesmo com o risco de “desperdícios” assinaláveis, caso se venha a concretizar um cenário mais favorável, não são comunicacionalmente eficazes.

Acresce que os processos de governança em uso (a forma como o conjunto dos actores sociais contribui para decisões de interesse comum), não permite ainda tratar este tema - a nível nacional ou global - de uma forma mais fina: que recursos, está a sociedade disponível para atribuir a um cenário admissível de catástrofe, em detrimento das necessidades correntes – que riscos, é aceitável correr, como (e por quem) se tomam este tipo de decisões?

Estas dificuldades não justificam contudo que a nível global (e depois a nível nacional) não se tenha ainda apresentado uma primeira avaliação (com a mesma visibilidade com que se geriu a resposta à pandemia) sobre a forma como decorreu a pandemia de gripe 2009.

A fraca adesão à vacinação pandémica foi possivelmente o problema mais controverso desta pandemia. Para além dos múltiplos incidentes associados a este fenómeno, há um aspecto particularmente relevante a assinalar – esse é o contraste entre, por um lado, o modo antiquadamente lento como ainda se faz a difusão do conhecimento científico nas ciências da saúde (a investigação e a gestão translacional do conhecimento é ainda incipiente) e, por outro, a maneira como se vai formatando a opinião pública na sociedade em rede.

A ideia de que a pandemia de gripe é uma emergência de saúde pública e que nestas circunstâncias as pessoas farão o que as autoridades de saúde lhes dizem para fazer já não é própria dos nossos dias. Um fenómeno anunciado com meses de antecedência (período de indução) dá tempo para se irem formando e partilhando opiniões que escapam à “vontade das autoridades”.

Regulação em saúde: desafios e constrangimentos

A regulação da saúde, em Portugal, não está regulada. São identificáveis três formas distintas de regulação no sector da saúde: regulação de serviços de saúde, regulação de políticas de saúde e regulação de saúde, mas tem havido alguma confusão entre os três universos, verificando-se até, por vezes, sobreposição de papéis pelas diferentes entidades reguladoras.

Em tempos de grandes mudanças, do surgimento de novos actores, novos papéis e novas dinâmicas, é essencial uma clara atribuição de competências para a regulação de saúde.

Deverá caber cada vez mais a organismos independentes a observação dos sistemas de saúde e a avaliação da qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde, contribuindo para a transparência das actividades desenvolvidas no sector. Esta é a verdadeira regulação de *saúde*.

Existem vários serviços que importa, no enquadramento actual, observar e avaliar.

No caso da Consulta a Tempo e Horas (CTH), a ERS tem vindo a levantar processos contra-ordenacionais, com implicações financeiras elevadíssimas, pelo que importa, neste contexto, sindicar de forma isenta a adequação destas acções, assim como a razoabilidade das regras de funcionamento da CTH, garantindo, por um lado, que os hospitais reservam as vagas necessárias para dar resposta ao sistema, controlado pelos próprios organismos do Ministério da Saúde, através dos mecanismos da contratualização e, por outro lado, que não se lhes exige o inexecuível.

As medidas contra a crise

O Ministério da Saúde anunciou recentemente “10 medidas para a gestão mais eficiente do SNS”, que se podem resumir da seguinte forma:

- Três medidas de redução de despesa nos hospitais, nas administrações centrais e regionais e nos gabinetes dos Ministério;
- Uma medida relacionada com a criação de uma nova organização – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde;
- Duas medidas sobre a contratação de pessoal (hospitais EPE e contratação de profissionais que já exerçam funções no SNS);
- Quatro medidas relacionadas com o medicamento (redução do preço, melhor informação e auditoria à despesa) e a meios complementares de diagnóstico (redução do preço das tiras de controle da glicémia).

Estas medidas foram recebidas com vários tipos de críticas. As mais comuns a estas medidas foram de três tipos: (i) correspondem em larga medida a “cortes cegos” (não-selectivos); (ii) são provavelmente insuficientes para os fins em vista; e (iii) não aderem claramente à lógica de perspectivar a crise como uma oportunidade para fazer reformas mais profundas no sistema de saúde português, que não seria possível fazer noutras circunstâncias.

Esta é uma situação recente e os dados disponíveis para o OPSS não permitem abordar esta questão com o rigor necessário. Neste contexto pode dizer-se essencialmente o seguinte:

- Estas 10 medidas são naturalmente uma primeira parte de um conjunto de iniciativas com o objectivo de conter os gastos no Ministério da Saúde. Visam muito provavelmente conseguir um primeiro nível de ganhos de eficiência da forma mais rapidamente possível.
Teria sido, contudo, útil uma explicação que permitisse ver como estas primeiras dez medidas se inserem no conjunto das actividades que constituiriam a estratégia com que o Ministério da Saúde de propõe enfrentar a actual situação e que permitisse perceber que a sua implementação não pode ter o mesmo nível em todas as estruturas do Ministério da Saúde, pois se em alguns casos a mesma possa ser exequível, já noutros, apenas será com degradação da qualidade de prestação de cuidados de saúde, concretamente no que se refere à diminuição dos custos com horas extraordinárias;
- Se é intenção do Ministério da Saúde responder à crise aprofundando algumas das reformas necessárias no sector da saúde, então teria sido também útil incluir nestas primeiras medidas algumas iniciativas que ajudassem a preparar esse caminho: (i) um forte investimento numa rápida melhoria da “informação para a decisão” no Ministério da Saúde e no SNS e; (ii) uma aposta na transparência e publicitação da informação sobre o desempenho dos serviços de saúde em benefício dos seus utilizadores e contribuintes (acesso, qualidade, segurança, eficiência). O cidadão que utiliza e paga o SNS é o melhor aliado para a sua efectiva transformação.

A situação económica actual resulta da crise do sistema financeiro de 2007 e das "soluções" que foram adoptadas para lhe dar resposta, assim como das omissões nessa resposta. Apesar dos mais periféricos da zona Euro pouco terem contribuído para aquela crise financeira, as debilidades estruturais das suas economias tornaram-nos particularmente vulneráveis aos seus efeitos.

A falta de previsão por parte da União Europeia para as consequências dos aumentos dos déficits permitidos para fazer face à crise financeira e a não regulação dos mercados financeiros e de alguns dos seus agentes (como agências de *rating*) tiveram um papel importante no desencadear desta crise e nos seus efeitos previsíveis nos sistemas de protecção social dos países do sul da Europa.

Se acrescentarmos a isto, a recente adopção por parte do Conselho de Ministros da UE da directiva sobre cuidados de saúde transfronteiriços e, conhecermos a história detalhada deste processo, poderemos concluir que muitos dos factores que determinam a evolução e sustentabilidade dos nossos sistemas de saúde se começam a deslocar para fora do espaço nacional.

Isto vai-se passando perante uma gritante falta de informação, análise, previsão, conhecimento e debate no país.

5. Base de evidência

- ACS (2009) – *ACS colabora na Estratégia Nacional para a Integração dos sem abrigo*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- ACS (2010) – *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Evolução dos indicadores em Portugal Continental (2001-2008)*. Lisboa: Alto Comissariado para a Saúde.
- ACSS (2009) – *Unidade Central da CTH. Relatório de 2009*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- ALMEIDA, C. (2010a) – *Equidade e acessibilidade dos cuidados em saúde mental*. Lisboa: 9 de Março de 2010b. Lisboa : 8 e 9 de Março de 2010. In 3º Fórum Nacional de Saúde [Em linha]. [Consult. em 26-03-2010]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/accoes/3-forum/>.
- ALMEIDA, C. (2010b) – *Morbilidade psiquiátrica em Portugal: a apresentação do estudo nacional*. Lisboa: 23 de Março de 2010a. In Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Parceria: Fundação Champalimaud e Alto Comissariado da Saúde
- ANDRULIS, DP (1998) – Access to care is the centerpiece in elimination of socioeconomic disparities in health. *Annals of Internal Medicine*; 129(5):412–6.
- BARROS, Pedro Pita (2009) – *Economia da Saúde - conceitos e comportamentos*; 2ª Edição revista; Lisboa: Almedina.
- BRUG, J.; ARO, A.; RICHARDUS, J. (2009) – Risk perceptions and behavior: towards pandemic control of emerging infectious diseases. *International Journal of Behavioral Medicine*; 16:1 (March) 3-6.
- BUSINESSWEEK (2009) – *The Future of Tech: The Info Tech 100* [Em linha] Businessweek. (Abril) [Consult. 24 Jan. 2010]. Disponível em http://bwnt.businessweek.com/interactive_reports/it100_2009/?chan=magazine+channel_in+depth.
- BUSSE, R.; VAN DER GRINTEN; T. SVENSSON, P. G. (2002) – Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. In R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (eds.). Copenhagen: World Health Organization: 126-45.
- BUSSE, Reinhard; RIESBERG, Annette (2004) - *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: European Observatory on Health Systems and Policies.
- CHAMBERS, Melanie. (2009) - *NHS stop smoking services: service and monitoring guidance 2010/11. Best Practice Guidance*. U.K. Department of Health.
- CHAN, Margaret. (2009) - *WHO Director-General, Address at the 23rd Forum on Global Issues*. Berlin, Germany, 18 March.
- CMMAD: Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1991) - *Nosso futuro comum*. 2ª Ed. Editora da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro.
- CNRSSM (2008) - *Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*. Lisboa: Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde.
- CNSM (2008) – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional da Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde.
- CNSM (2009a) - *Resultados da 1ª fase do Programa de Financiamento no âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde.
- CNSM (2009b) – *PISM: 1ª fase: lista final de resultados*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde.
- CNSM (2009c) - *Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde.
- COLAGIURI et al. (2010) - The status of national diabetes programmes: A global survey of IDF member associations. *Diabetes Research and Clinical Practice*; 87: 137-142.

- CPME (2009) - *Antibiotic Resistance: CPME Position paper*. CPME/AD/Brd/130609/129 final/EN, 13/6/2009. Disponível em: http://cpme.dyndns.org:591/adopted/2009/CPME_AD_Brd_130609_129_final_EN.pdf.
- DGS (2004) - *Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 1. Prioridades e Volume 2. Orientações estratégicas*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- DGS (2008) – *Plano Nacional de Prevenção e controlo da Diabetes*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- EARSS (2007) - *Annual Report 2007*. European Antimicrobial Resistance Surveillance System. Bilhoven, The Netherlands: National Institute for Public Health and the Environment, 2008. Disponível em: http://www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202007_FINAL_tcm61-55933.pdf.
- ERS (2008) – *Plano de actividades para 2009*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- ERS (2009) – *Relatório da actividade regulatória de 2008*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- ESAC (2007) - *Yearbook 2007*. European Surveillance of Antimicrobial Consumption. Disponível em: www.esac.ua.ac.be.
- EU (2001a) - *Commission Communication of 20 June 2001, on a Community strategy against antimicrobial resistance* [COM(2001) 333 final Volume I - Not published in the Official Journal]. Disponível em: http://europa.eu/eur-lex/en/com/cnc/2001/com2001_0333en.html.
- EU (2001b) - *Council Recommendation of 15 November 2001 on the prudent use of antimicrobial agents in human medicine* [COM(2001) 333 final Volume II – Not published in the Official Journal]. Disponível em: http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/2002/l_034/l_03420020205en00130016.pdf.
- EU (2002) - *Second Report From the Commission to the Council on the Basis of Member States' Reports on the Implementation of the Council Recommendation (2002/77/EC) on the Prudent Use of Antimicrobial Agents in Human Medicine*. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/antimicrobial_resistance/docs/amr_report2_en.pdf.
- EU (2010) - *Special Eurobarometer: Antimicrobial Resistance*. Survey commissioned by the Directorate-General for Health and Consumers and coordinated by the Directorate-General Communication. Eurobarometer 338/Wave 72.5. TNS Opinion & Social, 2010. Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/index_fr.htm.
- EUCID (2008) - *European Core Indicators in Diabetes*. DG-Sanco project 2006-2007. Grant agreement 2005109 . www.eucid.eu.
- FALCÃO, Isabel Marinho; PINTO, Cristina; SANTOS, Joana; FERNANDES, Maria de Lourdes; RAMALHO, Leonor; PAIXÃO, Eleonora; FALCÃO, José Marinho (2008) – Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral*, 24:679-92.
- FARRINGTON-DOUGLAS, J.; BROOKS, R. (2007). *The Future Hospital. The progressive case for change*. Institute for Public Policy Research.
- FERREIRA PL, ANTUNES P, PORTUGAL S. (2010) - *O valor dos cuidados primários: Perspectiva dos utilizadores das USF*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- FRANÇA, Margarida (2008) – Gestão da qualidade e inovação em saúde. In: Ana Escoval (Org.) *Financiamento: inovação e sustentabilidade*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar: 302-12.
- GALLUP (2010a) - *Majority of Poor, Young, Uninsured Back Healthcare Bill* [Em linha] Gallup (24 de Março de 2010) [Consult. 26 Mar. 2010] Disponível em <http://www.gallup.com/poll/126959/majority-poor-young-uninsured-back-healthcare-bill.aspx>.
- GALLUP (2010b) - *Americans Support Healthcare Bill's Passage* [Em linha] Gallup (23 de Março de 2010) [Consult. 26 Mar. 2010] Disponível em <http://www.gallup.com/poll/126929/slim-margin-americans-support-healthcare-bill-passage.aspx>
- GALLUP (2010c) - *Gallup Daily: Obama Job Approval* [Em linha] Gallup Daily (7 de Abril de 2010) [Consult. 7 de Abril de 2010] Disponível em <http://www.gallup.com/poll/113980/gallup-daily-obama-job-approval.aspx>
- GARDETE et al. (2010) – *A diabetes em Portugal, PREVADIAB Estudo da Prevalência*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

- GNAVI R, PICARIELLO R, KARAGHIOSOFF L, COSTA G, GIORDA C (2009) - Determinants of quality in diabetes care process: the population based Torino study. *Diabetes Care*. Aug 12.
- GREENFIELD S, NICOLUCCI A, MATTKE S. (2004) - *Selecting Indicators for the quality of diabetes care at the health systems level in OECD countries*. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Paris, France: OECD..
- GRIMSHAW JM, RUSSELL IT (1993) - Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*. Nov 27; 342(8883):1317-22.
- HOOD, C. (1991) – A public management for all seasons? *Public Administration*. 69:1: 3-19.
- HOOPER, J.; LONGWORTH, P. (2002) *Health needs assessment workbook*. London: Health Development Agency. www.hda.nhs.uk/publications.
- HUSSEY, PS et al. (2004) - How does the quality of care compare in five countries? *Health Affairs (Millwood)*, 23(3):89–99.
- HUTTNER, B; GOOSSENS, H; VERHEIJ, T; HARBARTH, S; on behalf of the CHAMP consortium. (2010) - Characteristics and outcomes of public campaigns aimed at improving the use of antibiotics in outpatients in high-income countries. *Lancet Infect Dis*; 10: 17–31.
- IDF (2009) - www.diabetesatlas.org/content/eur-data.
- IGAS (2008) - *Intervenção temática sobre listas de espera para primeiras consultas hospitalares*. Lisboa: Inspecção Geral das Actividades em Saúde.
- INE (2007) – *4º inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- ISS (2009) - *Estratégia Nacional para a integração de pessoas sem-abrigo*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- JUSTO, C (1993) - *Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde. Metodologia da combinação da técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade*. Tese de doutoramento, ICBAS.
- KEITH, Robert; HENIFF JR, Bill (2005) - *The Budget Reconciliation Process: House and Senate Procedures*. Congressional Research Service: The Library of Congress.
- KFF.ORG (2010) – *Focus on health reform: summary of new health reform law*. Kaiser Family Foundation.
- KICKBUSCH, I.; SAKELLARIDES, C. (2006) - Flu city- smart city: applying health promotion principles to a pandemic threat. *Health Promotion International* 21: 2: 84-7.
- LEGIDO-QUIGLEY et al. (2008) - Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action. *Observatory Studies Series* No 12.
- LEWIS R, ROSEN R, GOODWIN N, DIXON J. (2010) – *Where next for integrated care organizations in the English NHS*. The Nuffield Trust. The King’s Fund.
- LIGHTWOOD, James M.; GLANTZ, Stanton A. (2009) - Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation*; 120;1373-9.
- MACHADO, Ausenda; NICOLAU, Rita; DIAS, Carlos Matias (2010) - Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006); *Rev Port Pneumol*; XV (6): 1005-27.
- MCSP (2007) - *Plano Estratégico 2007-2009*. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- MEYERS, David G.; NEUBERGER, John S.; HE, Jianghua (2009) - Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*; 54 (14): 1249-55.
- MONTZ, Ellen; SESHAMANI, Meena (2010) - *Protecting families and putting more money in your pocket: how Health Insurance Reform will lower costs and increase choices*. Office of Health Reform - Department of Health and Human Services.
- NOLTE, E.; MCKEE, M. (2008) - *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*; Open University Press.
- NUNES, L. Saboga; PEREIRA, Ronilda. (2010) - *Tabagismo, sua prevenção e cessação em Portugal. Relatório de investigação "Inovação no Âmbito do Tabagismo sua Prevenção e Cessação"*, Centro de Investigação e Estudos em Saúde Pública. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

- OECD (2007) - *OECD health care quality indicators project*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- ONSA/CEFAR (2000) - *Usos, maus usos e abusos... utilização de antibióticos*. Observatório Nacional de Saúde (ONSA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) da ANF.
- OPSS (2001) – *Conhecer os caminhos da saúde*. Relatório de Primavera 2001. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- OPSS (2009) - *10/30 Anos: razões para continuar*. Coimbra: Mar da Palavra.
- OWEN-SMITH, Jason; RICCABONI, Massimo; PAMMOLLI, Fabio; POWELL, Walter W. (2002) - A Comparison of U.S. and European University-Industry Relations in the Life Sciences. *Management Science INFORMS*. Michigan: University of Michigan. ISSN 1526-5501. Vol. 48(1): 24–43.
- PICKIN C, ST LEGER, S. (1997) - *Assessing health need using the life cycle framework* Buckingham, Open University Press.
- PORTER ME (2008) - Value-based health care delivery. *Annals of Surgery* 248:503–9.
- PORTER ME, TEISBERG E. (2006) - *Redefining health care. Creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press.
- ROBINSON, Ray; DIXON, Anna (2004) - *Health care systems in transition: United Kingdom*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe: European Observatory on Health Systems and Policies.
- SAKELLARIDES, C. (2009) - *Nós e a Gripe: informação, conhecimento e bom senso*. Lisboa: Gradiva, 2009.
- SCELLER-KREINSEN, D.; BLÜMEL, M.; BUSSE, R. (2009) – Chronic disease management in Europe. *Eurohealth*. 15:1.
- SESHAMANI, Meena (2010a) - *Lower premiums, stronger businesses: how Health Insurance Reform will bring down costs for small businesses*. Office of Health Reform. Department of Health and Human Services.
- SESHAMANI, Meena (2010b) - *Young Americans and Health Insurance Reform: giving young Americans the security and stability they need*. Office of Health Reform - Department of Health and Human Service.
- SIMÕES, Pedro; MARQUES, Rui Cunha. (2009) - *Performance and congestion analysis of the Portuguese hospital services*. Centro de Sistemas Urbanos e Regionais (CESUR), Universidade Técnica de Lisboa.
- SMITH, Judith; CURRY, Natasha; MAYS Nicholas; DIXON Jennifer. (2010) – *Where next for commissioning in the English NHS*. The Nuffield Trust. The King’s Fund.
- SPD (2010) – *Diabetes factos e números 2009, relatório anual do observatório Nacional da Diabetes. Observatório da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- SPN (2009) – *Relatório anual 2008*. Gabinete de registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia (http://www.spnefro.pt/comissoes_gabinetes/gabinete_de_registo_DRT.asp).
- SULLIVAN, John V (2007) - *How our laws are made* - U.S. House of Representatives, 110th Congress Document 110–49.
- SWIFT, EK (ed.) (2002) - *Guidance for the National Healthcare Disparities report*. Washington: The National Academic Press.
- UMCCI (2008) - *Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados.
- UMCCI (2009) - *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados.
- WHITEHOUSE.GOV - *The Legislative Branch*. White House.
- WHO (1999) – *Definition, diagnoses and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation*. Genève: World Health Organization Department of Noncommunicable Disease Surveillance.
- WHO (2005) - *Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO globalreport*. Genève: World Health Organization.
- WHO (2008) - *WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) classification index with Defined Daily Doses (DDDs)*.

- WHO (2009) - *Portugal Country Summary: effective and human mental health treatment and care for all*. Lisboa: CNSM. ACS.
- WHO (2009) - *The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

A1. Painel Delphi modificado – Metodologia e universo

Participantes. Todos os directores clínicos das 38 instituições hospitalares identificadas a quem lhe foi apresentado um quadro com os desvios médios de acesso, em dias, relativamente ao tempo de referência, por especialidade e nível de prioridade.

Contextualização enviada aos participantes. Durante os próximos 5 anos, 2009- 2013, o OPSS vai acompanhar a evolução dos tempos de resposta garantidos para a obtenção de uma consulta na rede dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, conforme previsto na Portaria 1529/2008, de 26 de Dezembro, tendo como único critério da procura a referência feita pelos ACES/Centros de Saúde através do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à 1ª Consulta de Especialidade Hospitalar (Consulta a Tempo e Horas – CTH).

Pergunta formulada. Na sua qualidade de director clínico da instituição hospitalar que representa classifique, numa escala de 1-5, em que 5 representa o grau mais elevado e 1 o grau mais baixo, a importância de cada uma das especialidades indicadas na tabela abaixo para efeitos de monitorização do cumprimento dos tempos de resposta garantidos das consultas externas hospitalares. Assinale com X a classificação.

Critério de Inclusão no Estudo (2009-2013). Todas as especialidades que tenham obtido uma classificação ≥ 3 de, pelos menos, 75% dos participantes do painel Delphi.

Especialidades médicas	Classificação					Especialidades cirúrgicas	Classificação				
Cardiologia	1	2	3	4	5	Cirurgia vascular	1	2	3	4	5
Cardiologia pediátrica	1	2	3	4	5	Cirurgia geral	1	2	3	4	5
Dermatologia	1	2	3	4	5	Cirurgia maxilo-facial	1	2	3	4	5
Infecção	1	2	3	4	5	Estomatologia	1	2	3	4	5
Endocrinologia	1	2	3	4	5	Oftalmologia	1	2	3	4	5
Gastroenterologia	1	2	3	4	5	Ortopedia	1	2	3	4	5
Ginecologia	1	2	3	4	5	ORL	1	2	3	4	5
Hematologia clínica	1	2	3	4	5	Urologia	1	2	3	4	5
Imuno-alergologia	1	2	3	4	5						
Medicina física	1	2	3	4	5						
Medicina interna	1	2	3	4	5						
Nefrologia	1	2	3	4	5						
Neurologia	1	2	3	4	5						
Obstetrícia	1	2	3	4	5						
Pediatria	1	2	3	4	5						
Pneumologia	1	2	3	4	5						
Psiquiatria	1	2	3	4	5						
Reumatologia											

Universo das especialidades médicas e cirúrgicas seleccionadas

Universo Institucional (38 unidades)

ARS	Instituição
Norte	<p>Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim / Vila do Conde Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, EP Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.- Guimarães/Fafe Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. Centro Hospitalar Nordeste, EPE Hospital de S. João, E.P.E. Hospital de S. Marcos – Braga Hospital de Stº António ULS de Matosinhos ULS do Alto Minho, EPE.</p>
Centro	<p>Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Hospitais Universidade de Coimbra Hospital Amato Lusitano - Castelo Branco Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E. Hospital dos Covões Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro Hospital S. Teotónio, E.P.E. – Viseu Hospital Santo André, E.P.E. – Leiria Hospital Sousa Martins – Guarda</p>
LVT	<p>Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. Centro Hospitalar Lisboa Central Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE Hospital Curry Cabral Hospital Distrital de Santarém, E.P.E. Hospital Garcia da Orta, E.P.E. – Almada Hospital Professor Dr. Fernando da Fonseca - Amadora/Sintra Hospital Reynaldo dos Santos - Vila Franca de Xira Hospital S. Bernardo, E.P.E. – Setúbal</p>
Alentejo	<p>Hospital do Espírito Santo - Évora Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE</p>
Algarve	<p>Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE Hospital Distrital de Faro</p>

Fontes: Portal da Saúde; ARS; Instituições

Desvio do tempo médio de acesso, em dias, relativamente ao tempo de referência, por especialidade e categoria de prioridade

Especialidade	Muito prioritário	Especialidade	Prioritário	Especialidade	Normal
	Tempo de referência 30 dias		Tempo de referência 60 dias		Tempo de referência 150 dias
Obstetrícia	-11,7 d	Obstetrícia	-38,1 d	Obstetrícia	-118,2 d
Doenças infecciosas	-10,5 d	Cirurgia maxilo-facial	-20,4 d	Hematologia clínica	-98,8 d
Endocrinologia	-4,4 d	Hematologia clínica	-19,3 d	Doenças infecciosas	-96,8 d
Cirurgia vascular	-2,8 d	Cirurgia geral	-10,0 d	Medicina Interna	-91,3 d
Medicina Física	-1,8 d	Medicina Física	-7,9 d	Medicina Física	-87,4 d
Hematologia clínica	-0,3 d	Medicina Interna	-5,0 d	Cardiologia pediátrica	-82,7 d
Cirurgia geral	1,0 d	Endocrinologia	-4,7 d	Cirurgia maxilo-facial	-80,8 d
Pneumologia	1,6 d	Pediatria	-3,8 d	Cirurgia geral	-78,3 d
Cirurgia maxilo-facial	5,5 d	Cirurgia vascular	-1,7d	Pediatria	-73,4 d
Nefrologia	7,8 d	Ginecologia	-0,6 d	Nefrologia	-61,3 d
Neurologia	8,2 d	Estomatologia	-0,6 d	Cardiologia	-56,6 d
Pediatria	19,6 d	Doenças infecciosas	-0,4 d	Neurologia	-58,5 d
Imuno-alergologia	21,6 d	Cardiologia pediátrica	1,1	Reumatologia	-52,6 d
Medicina Interna	23,2 d	Neurologia	6,8 d	Pneumologia	-48,4 d
Ginecologia	23,7 d	Urologia	7,7 d	Estomatologia	-44,2 d
Estomatologia	24,1 d	Gastroenterologia	8,0 d	Imuno-alergologia	-42,4 d
Urologia	24,3 d	Pneumologia	9,1 d	Endocrinologia	-38,2 d
ORL	30,7 d	Cardiologia	10,6 d	Urologia	-37,9 d
Psiquiatria	31,4 d	Nefrologia	13,0 d	Psiquiatria	-37,4 d
Gastroenterologia	34,0 d	Psiquiatria	15,5 d	Ginecologia	-35,7 d
Cardiologia	38,2 d	Ortopedia	21,6 d	Gastroenterologia	-35,5 d
Ortopedia	48,6 d	ORL	23,7 d	Ortopedia	-23,1 d
Reumatologia	52,7 d	Dermatologia	24,1 d	ORL	-6,5 d
Dermatologia	83,2 d	Reumatologia	33,7 d	Oftalmologia	26,1 d
Oftalmologia	93,5 d	Imuno-alergologia	48,1 d	Cirurgia vascular	27,7 d
Cardiologia pediátrica	166,9	Oftalmologia	55,1 d	Dermatologia	46,0 d
Total	30 d	Total	13,9 d	Total	-32,4 d

Fonte: ACSS. Consulta a tempo e horas. 2009

A2. Gestão da diabetes - Indicadores

INDICADOR	VALOR	FONTE
Taxa de prevalência de pessoas com diabetes: <ul style="list-style-type: none"> Taxa de prevalência global – população 20-79 anos – 2008/2009 Prevalência diagnosticada Prevalência não diagnosticada 	<p>11,7%</p> <p>6,6%</p> <p>5,1%</p>	Estudo de Prevalência da Diabetes em Portugal (PREVADIAB), SPD / DGS, 2009
Taxa de incidência da diabetes (Tipo 1 e Tipo 2): <ul style="list-style-type: none"> Taxa de incidência global – População total – 2007 Taxa de incidência global – População total – 2005/2006 	<p>511 novos casos por 100.000 habitantes</p> <p>718 novos casos por 100.000 habitantes</p>	<p>Médicos Sentinela/INSA</p> <p>4º Inquérito Nacional de Saúde, INE/DGS</p>
Nº de internamentos por descompensação diabética (2008):	13.147	GDH - ACSS – Nº de internamentos por Diabetes (diagnóstico principal), Continente, SNS
Total de dias de incapacidade temporária para o trabalho:	Não é possível apurar!	
Nº de amputação dos membros inferiores por motivo de diabetes (2008): <ul style="list-style-type: none"> Amputações <i>major</i> Amputações <i>minor</i> 	<p>1.599</p> <p>900</p> <p>699</p>	GDH - ACSS – Nº de internamentos por Diabetes (diagnóstico principal), Continente, SNS
Nº de doentes em diálise por motivo de diabetes (2008):	25% das 9.144 pessoas com Insuficiência Renal Crónica em Hemodiálise	Sociedade Portuguesa de Nefrologia, Relatório Anual 2008
Nº de cegos de amblíopes por motivo de diabetes (2006): <ul style="list-style-type: none"> Número de cegos e amblíopes (população com diabetes tipo 2 com + 25 anos) 	2,3%	Médicos Sentinela/INSA
Nº de pessoas com diabetes com Acidente Vascular Cerebral (AVC) (2008):	7.199 (25,8% dos Internamentos por AVC)	GDH - ACSS – Nº de internamentos por AVC e Diabetes (diagnóstico associado), Continente, SNS
Nº de pessoas com diabetes com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) (2008):	3.732 (29,2% dos internamentos por EAM)	GDH - ACSS – Nº de internamentos por EAM e Diabetes (diagnóstico associado), Continente, SNS
Mortalidade por diabetes (2008):	4.267 (4,1% do total de Óbitos em Portugal)	INE, Óbitos por Causas de Morte – Portugal

NDICADOR	VALOR	FONTE
Doseamento de HbA1c (2008): <ul style="list-style-type: none"> Doseamento médio de HbA1c no total de exames realizados e com resultado registado de pessoas com diabetes inscritas nas USF 	7,4%	ACSS – SAM (106 USF, com um universo de 1.344.067 utentes, dos quais 4,7% são pessoas com diabetes)
Doseamento de colesterol (2008): <ul style="list-style-type: none"> Doseamento médio de Colesterol Total no total de exames realizados e com resultado registado de pessoas com diabetes inscritas nas USF 	210,0 mg/dl	ACSS – SAM (106 USF, com um universo de 1.344.067 utentes, dos quais 4,7% são pessoas com diabetes)
Percentagem de pessoas com diabetes com determinação de micro albuminúria anual (2008): <ul style="list-style-type: none"> Número de pessoas com diabetes inscritas nas USF com exames de micro albuminúria realizados 	61,9%	ACSS – SAM (106 USF, com um universo de 1.344.067 utentes, dos quais 4,7% são pessoas com diabetes)
Rastreio de Nefropatia (2008): <ul style="list-style-type: none"> Número de pessoas com diabetes inscritas nas USF com resultados dos exames de micro albuminúria > 30 	24,1%	ACSS – SAM (106 USF, com um universo de 1.344.067 utentes, dos quais 4,7% são pessoas com diabetes)
Rastreio oftalmológico (2004): <ul style="list-style-type: none"> Número de pessoas com diabetes com consulta de oftalmologia (população com diabetes tipo 2 + 25 anos) 	48,7%	Médicos sentinela – INSA
Controlo glicémico (HbA1c) (2008): <ul style="list-style-type: none"> Percentagem de exames de determinação de HbA1c com resultado < a 7% realizados a pessoas com diabetes inscritas nas USF e com resultado registado 	59,2%	ACSS – SAM (106 USF, com um universo de 1.344.067 utentes, dos quais 4,7% são pessoas com diabetes)
Controlo de LDL (doseamento directo) (2006): <ul style="list-style-type: none"> Nº de pessoas com diabetes com LDL < 100mg/dl (população com diabetes tipo 2 + 25 anos) 	28,3	Médicos sentinela – INSA
Percentagem de pessoas com diabetes com retinografia anual	Não é possível apurar!	

A3. Reforma do sistema de saúde dos EUA - Cronologia

Data	Entidade	Decisão
20JAN2009	Presidente	<i>Barack Obama toma posse. No discurso de tomada de posse, anuncia como fundamental a reforma do sistema de saúde</i>
25 FEV2009	Presidente	Discursa na Sessão Conjunta do Congresso. Ênfase na necessidade de reforma do sistema de saúde
26 FEV2009	Presidente	É apresentado o documento com os princípios para a reforma do sistema de saúde sem diferenças aparentes ao seu plano, apresentado a 29/Mai/2007 (Pré- Campanha)
27 FEV2009	Presidente	Apresenta o Orçamento da União que contempla 634 mil milhões de dólares destinado a um fundo para financiamento das reformas na saúde
5 MAR2009	Presidente	Promove “Cimeira da Saúde” com mais de 150 actores (legisladores, médicos, sindicatos, seguradoras, enfermeiros, representantes de doentes)
9 JUN2009	Senado	Apresentado o Projecto de Lei “Affordable Health Choices Act” do Comité de Saúde, Educação, Trabalho e Pensões
19 JUN2009	Câmara dos Representantes	Apresentado o resultado do trabalho conjunto feito pelos três comités com responsabilidades legislativas sobre a saúde
15 JUL2009	Senado	Aprovação no Comité de Saúde, Educação, Trabalho e Pensões do Senado da lei “Affordable Health Choices Act”
16 JUL2009	Câmara dos Representantes	A proposta de lei “America’s Affordable Health Choices Act of 2009” é aprovada pelo Comité de “Ways & Means”
17 JUL2009	Câmara dos Representantes	A proposta de lei “America’s Affordable Health Choices Act of 2009” é aprovada pelo Comité de Energia e Comércio
31 JUL2009	Câmara dos Representantes	A proposta de lei “America’s Affordable Health Choices Act of 2009” é aprovada pelo Comité de Educação e Trabalho
25 AGO2009	Senado	Morre o Senador do Massachussets, Ted Kennedy (D) um dos principais impulsionadores das reformas do sistema de saúde americano. Paul Kirk (D) é nomeado Senador interino até eleição de substituto.
9 SET2009	Presidente	Na Sessão Conjunta do Congresso, apresenta o plano de saúde. Discursa apelando à cooperação interpartidária na reforma do sistema de saúde
16 SET2009	Senado	Anúncio do Projecto de Lei do Comité de Finanças do Senado, “America’s Healthy Future Act of 2009”
13 OUT2009	Senado	Aprovação da lei no Comité de Finanças. A Senadora do Maine Olympia J. Snowe (R) junta-se aos Democratas para garantir passagem

Data	Entidade	Decisão
29 OUT2009	Câmara dos Representantes	Apresentação da compilação das três leis redigidas pelos três comités sob a forma de uma única proposta de lei: "Affordable Health Care for America Act"
7 NOV2009	Câmara dos Representantes	A proposta de lei "Affordable Health Care for America Act" é aprovada com uma votação de 220 contra 215, passando a ser referida por lei (HR 3962)
18 NOV2009	Senado	Apresentação da compilação das duas leis redigidas pelos dois comités sob a forma de uma única proposta de lei: " <i>Patient Protection and Affordable Care Act</i> "
21 NOV2009	Senado	Os Democratas e o Independente do Vermont, Bernie Sanders, aprovam com maioria de 3/5. o início do debate alargado no Senado da proposta de lei apresentada dia 18 de Novembro
24 DEZ2009	Senado	Aprovação da lei " <u>Patient Protection and Affordable Care Act</u> ", passando a ser referida por lei (HR 3590), com o resultado da votação idêntico ao de 21 de Novembro
4 JAN2010	Senado Câmara dos Representantes	É anunciada a intenção dos Democratas da Câmara dos Representantes e do Senado em não prosseguir para a redacção de uma lei de compromisso no Comité Conjunto da Câmara e Senado, e prosseguir uma estratégia de negociação contínua e directa entre os dois órgãos do Congresso. As alterações propostas serão enviadas de uma câmara para a outra para aprovação sucessiva até à forma final da Lei
20 JAN2010	Senado	O Republicano Scott Brown (forte opositor da reforma de saúde) é eleito Senador pelo Estado tradicionalmente Democrata do Massachusetts. Democratas perdem a "super-maioria" de 3/5 no Senado
28 JAN2010	Presidente	No Discurso do Estado da União, o Presidente enfatiza a necessidade de colaboração intra-partidária para a rápida aprovação da Reforma da Saúde. Nota-se uma clara divisão entre Republicanos e Democratas
22 FEV2010	Presidente	Apresentado o plano detalhado do Presidente com as propostas para a Reforma da Saúde. Assemelha-se à lei HR 3590 (" <i>Patient Protection and Affordable Care Act</i> ") do Senado
25 FEV2010	Presidente	Obama promove uma Cimeira da Saúde entre Democratas e Republicanos. Destaca-se na defesa da reforma. Contudo, a posição Republicana de total discordância mantém-se inalterada

Data	Entidade	Decisão
3 MAR2010	Presidente Senado Câmara dos Representantes	Num discurso na Casa Branca, Barack Obama apoia a decisão Democrata para a adopção do processo de reconciliação ("Budget Reconciliation") com o objectivo de impedir bloqueios no Senado ("Fillibuster") ao processo de reforma e enfatiza a necessidade de trabalho conjunto por parte dos dois partidos. Pretende-se que a Câmara dos Representantes aprove a Lei HR 3590 do Senado e que o recurso ao processo de reconciliação permita anular as diferenças entre esta Lei e a Lei HR 3962 ("Affordable Health Care for America Act") aprovada pela Câmara dos Representantes no início de Novembro
18 MAR2010	Senado Câmara dos Representantes	O Gabinete de Finanças do Congresso ("Congressional Budget Office") publica um relatório em que prevê uma redução do défice na saúde em cerca de 130 mil milhões de dólares em dez anos com a implementação da Reforma em curso
20 MAR2010	Presidente	Barack Obama desloca-se ao Capitólio com o objectivo de pressionar os Democratas da Câmara dos Representantes a aprovarem a legislação de reforma do sistema de saúde
22 MAR2010	Câmara dos Representantes	Com uma votação de 219 contra 212 a Câmara dos Representantes passa a lei com a reforma do sistema de saúde: <i>"Insurance Reform Bill"</i>
23 MAR2010	Presidente	Promulgação presidencial da <i>"Insurance Reform Bill"</i> numa cerimónia transmitida ao vivo na Casa Branca e que conta com a presença dos principais actores da Reforma
25 MAR2010	Presidente	O Vice-Presidente Joe Biden desloca-se ao Congresso para, usando as suas funções de Presidente do Senado, supervisionar os trabalhos e forçar a passagem da lei
	Senado	Após 20 horas de debate e de rejeição das inúmeras propostas de alteração dos Republicanos é aprovada por 56 contra 43 uma lei de reconciliação orçamental
	Câmara dos Representantes	Aprovada por 220 contra 207 votos a lei que introduz algumas alterações à reforma promulgada dia 23 de Março, de forma a respeitarem as alterações do Senado

A4. Conflitos de interesses e contributos

As exigências de transparência na elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, impõem que investigadores ou grupos de investigação debatam entre si e declarem publicamente eventuais conflitos de interesses de índole económica, institucional, profissional, política ou pessoal que possam interferir nos resultados desses estudos.

Neste contexto, a rede de investigadores sobre sistemas de saúde do OPSS, no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais, políticos ou pessoais que condicionem o trabalho agora apresentado.

Não pode, assim mesmo, omitir-se que alguns de entre os membros do OPSS colaboraram ou colaboram, tecnicamente, com alguns dos governos mais recentes, sendo ou tendo sido essa colaboração o resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas.

Na elaboração do Relatório de Primavera 2010, procurou-se, no entanto, evitar que as pessoas envolvidas directamente em trabalhos no Ministério da Saúde tivessem influência no juízo do OPSS sobre essas mesmas matérias.

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenação:

Ana Escoval
Constantino Sakellarides
Manuel Lopes
Pedro Lopes Ferreira

Equipa Técnica:

Filipe Rocha
Joana Frade
João Pedro Jesus

Investigadores Colaboradores:

Ana Cristina Mesquita
Ana Rita Pedro
Ana Tito Lívio
António Leuschner
Cipriano Justo
Diana Martins
Elaine Pina
Fátima Bragança
Inês Teixeira
João Marques Figueira
Luís Saboga Nunes
Manuel Schiappa
Marta Lopes Martins
Mauro Serapioni

Patrícia Antunes
Patrícia Barbosa
Paulo Espiga
Paulo Freitas
Paulo K. Moreira
Paulo Sousa
Pedro Beja Afonso
Rute Simões Ribeiro
Suzete Cardoso
Tânia Matos
Teodoro Briz
Teresa Maia
Vanessa Nicolau

A5. Investigadores fundadores do OPSS

Ana Escoval

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Jorge Correia Jesuíno

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Hernandez Briz

Vasco Reis

Vítor Ramos

A6. Relatórios de Primavera anteriores



RP2001

Conhecer os Caminhos da Saúde



RP 2006

Um Ano de Governação: Sentidos e Significados



RP 2002

O estado da Saúde e a Saúde do Estado



RP 2007

Luzes e Sombras. A Governação da Saúde



RP 2003

Saúde – que rupturas?



RP 2008

Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas



RP 2004

Incertezas... gestão da mudança na saúde



RP 2009

10 / 30 Anos: Razões para continuar



RP 2005

Novo Serviço Público de Saúde - Novos desafios

DESAFIOS em TEMPOS de **CRÍSE** RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2010

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) tem como finalidade proporcionar a todos aqueles, que de uma 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.



COM O
APOIO



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN