

**RELATÓRIO DE PRIMAVERA
2009**

**10 ANOS
OPSS
—
30 OS
SNS**

RAZÕES PARA CONTINUAR

Relatório de Primavera 2009

10 / 30 Anos: Razões para continuar

Obra patrocinada pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, com o apoio da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e da Universidade de Évora



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	11
2. O CONTEXTO DE UMA DÉCADA	15
3. O OPSS E O SISTEMA DE SAÚDE (2000 - 2009)	21
3.1 Análise geral	23
3.2 A saúde dos portugueses e o Plano Nacional de Saúde	25
3.3 O processo de mudança nos cuidados de saúde primários	47
3.4 A rede hospitalar - a emergência do sector privado e as transformações da gestão dos hospitais públicos	51
3.5 Dez anos de acesso ao tratamento cirúrgico no SNS	61
3.6 A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	68
3.7 Política do medicamento. O caso da utilização dos antibióticos	75
3.8 Financiamento e contratualização do SNS	81
4. OS CIDADÃOS COMO AGENTES DE INOVAÇÃO EM SAÚDE	93
5. PLANEAMENTO E GESTÃO ESTRATÉGICA DOS RECURSOS HUMANOS	103
6. O IMPACTO DOS RELATÓRIOS DE PRIMAVERA.....	111
6.1 Na imprensa escrita	113
6.2 Nos informadores-chave seleccionados	118
7. CONCLUSÕES	123
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS / BASE DE EVIDÊNCIA	135
ANEXOS	143
Anexo I Alguns dados sobre o Sistema de Saúde	145
Anexo II "Tema principal"	153
Anexo III Metodologias adoptadas	155
Anexo IV Conflitos de interesse e contributos	157
Anexo V Relatórios de Primavera anteriores	158

LISTA DE QUADROS

1	Evolução da esperança de vida dos 65-69 anos	32
2	Evolução da auto-apreciação do estado de saúde dos 65-74 anos	33
3	Evolução do consumo de tabaco dos 65-74 anos	33
4	Evolução do consumo de álcool dos 65-74 anos	34
5	Evolução da percentagem de indivíduos com massa corporal entre 27 e 29,9 dos 65-74 anos	35
6	Sucesso terapêutico em Portugal, conforme os grupos de risco considerados, nos casos de tuberculose MR/XDR (avaliações em 2007 e 2008)	41
7	Metas para 2010 relativamente à percentagem do consumo de tabaco nos dois sexos e grandes grupos etários em Portugal	43
8	Variação das cirurgias, por ARS	66
9	Variação das cirurgias, por especialidade	66
10	Distribuição da utilização de antibacterianos em DDD	79
11	Percentagem total da despesa financiada pelo sector público e pelo sector privado (2000-2006) em Portugal	84
12	Marcos importantes nas publicações sobre segurança do doente	95
13	Três modelos de administração pública	108
14	Esperança de vida à nascença (anos)	145
15	Taxa de mortalidade infantil	146
16	Taxa de mortalidade adulta	147
17	Recursos humanos na saúde – médicos e enfermeiros e parteiras	148
18	Recursos humanos na saúde – odontologistas e outros prestadores	149
19	Rácio enfermeiros e parteiras/médicos e camas de hospital	150
20	Rácios de despesas em saúde	151

LISTA DE FIGURAS

1	Evolução dos gastos em saúde, entre 1991 e 2006	19
2	Modelo conceptual dos objectivos da OMS	26
3	Taxa de incidência de tuberculose em Portugal, 1989 a 2008, (10^{-5})	39
4	Taxas de incidência notificada da tuberculose em Portugal em 2003, em 2008 e mapa de aglomerados em 2000-2004	40
5	Padrões de distribuição etária das taxas de Incidência (10^{-5}) em 10 anos – evolução de 1997 a 2008	41

6	Prevalência de fumadores na população residente no Continente	44
7	Áreas dos cuidados de saúde primários, analisadas pelos vários Relatórios de Primavera	48
8	Volume da espera cirúrgica em 31-Dez-2007 e 31-Dez-2008	65
9	Comparação entre a estrutura da lista de espera cirúrgica e a variação do esforço das respostas	66
10	Distribuição da produção do sector público e do sector privado, por entidade nosológica	67
11	Custo unitário das diversas entidades nosológicas no sector privado	67
12	Taxa de ocupação média em 2008	70
13	Despesa com medicamentos e rendimento nacional	76
14	Utilização de antibióticos em ambulatório nos 26 países europeus, 2002	78
15	Utilização de antibióticos em 2006	78
16	Ambulatório – Utilização de quinolonas e de antibacterianos	79
17	Ambulatório – Utilização de cefalosporinas	80
18	Medidas associadas à governação clínica	97
19	Distribuição dos artigos analisados por ano	114
20	Distribuição dos artigos analisados por ano e meses de ocorrência	114
21	Distribuição dos artigos analisados pela localização dos artigos	115
22	Distribuição dos artigos analisados pela dimensão dos artigos	115
23	Distribuição dos artigos analisados pelo formato dos artigos	116
24	Distribuição dos artigos analisados pelo “Tema principal”	116
25	Distribuição dos artigos analisados pelo “Actor principal interpelado”	117
26	Grau de influência dos relatórios de primavera percebida pelos entrevistados nos diferentes grupos	119
27	Outros papéis que deveriam, de acordo com os entrevistados, ser assumidos pelo OPSS	119
28	Papéis que deveriam, de acordo com os entrevistados, ser assumidos pela comunicação social	120
29	Actuação do OPSS na última década	120

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS	Alto Comissariado para a Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AHIMA	<i>American Health Information Management Association</i>
ARS	Administração Regional de Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psico-Social
CCISM	Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CEFAR	Centro de Estudos e Avaliação em Saúde
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CNRSSM	Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
CRI	Centro de Responsabilidade Integrada
CSM	Cuidados de Saúde Mental
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DDD	Dose Diária Definida
DGS	Direcção Geral de Saúde
DMG	Doente Mental Grave
DR	Diário da República
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i>
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPE	Entidade Pública Empresarial
EU	União Europeia
EUA	Estados Unidos da América
FNAM	Federação Nacional dos Médicos
HMB	Hospital de Miguel Bombarda
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
KFHQS	King's Fund Health Quality Service
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MoniQuor	Instrumento de avaliação e Monitorização da Qualidade
MS	Ministério da Saúde
NOC	Norma de Orientação Clínica
NPM	<i>New Public Management</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAII	Programa de Apoio Integrado a Idosos

PCHI	Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgica
PERLE	Programa Especial de Recuperação de Listas de Espera
PFI	<i>Private Finance Initiative</i>
PHRS	<i>Personal Health Records Systems</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSM	Plano Nacional de Saúde Mental
PNT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PPP	Parceria Público-Privado
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados
RP	Relatório de Primavera
RRE	Regime Remuneratório Experimental
SA	Sociedade Anónima
SEE	Sector Empresarial do Estado
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SIM	Sindicato Independente dos Médicos
SLSM	Serviços Locais de Saúde Mental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
SRSM	Serviços de âmbito Regional de Saúde Mental
STA	Serviço de TeleAlarme
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	<i>World Health Organization</i>

CAPÍTULO UM

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O OPSS e a análise da governação da saúde: apreciação crescentemente mais positiva por parte dos agentes políticos e sociais do papel do OPSS - limitações persistentes.

1. Durante uma década, o OPSS seguiu, analisou e relatou anualmente o desenvolvimento do sistema de saúde português e a evolução da qualidade da governação da saúde.

Na apreciação da qualidade da governação de saúde realizada pelo OPSS, este não toma posição sobre as agendas políticas de cada ciclo de governação.

2. Esta análise centra-se, antes, na observação dos princípios de boa governação em saúde e na implementação das agendas políticas, politicamente referendadas.

Estes princípios podem ser resumidos da seguinte forma:

- Explicitação dos resultados esperados pelas políticas adoptadas e fundamentação na evidência disponível destas expectativas;
 - Transparência informativa na implementação, monitorização e avaliação das políticas implementadas;
 - Democratização dos processos de governação e de gestão da saúde, principalmente na explicitação dos critérios de mobilização e distribuição dos recursos, da descentralização das decisões para mais próximo dos problemas e das pessoas, com o concomitante grau de responsabilização;
 - Utilização adequada aos fins em vista dos instrumentos normativos, organizacionais, de gestão, inovação e motivação no sistema de saúde;
 - Inclusão dos vários actores sociais envolvidos na realização e impacte dessas políticas na sua implementação.
3. A análise da governação da saúde por parte do OPSS tem sido realizada pela aplicação destes princípios da seguinte forma:
 - Pré-definição dos temas de governação de saúde que importa apreciar face à situação da saúde do país e às agendas políticas prevalentes;
 - Recolha sistemática de toda a informação e conhecimento disponível, dentro e fora do trabalho realizado pelos colaboradores do OPSS, relevante para os temas seleccionados;
 - Exercício interpretativo por consenso entre os colaboradores do OPSS, seleccionados pela 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. Há que observar que, no decurso dos últimos dez anos, todos os governos convidados para assistir e participar na apresentação do Relatório de Primavera do OPSS, têm aceitado fazê-lo através do Ministro da Saúde, ou excepcionalmente através dos Secretários de Estado.

Está ainda por fazer a análise detalhada dessa participação. Parece, no entanto, ser desde já possível observar que a aceitação deste processo de análise e comunicação por parte dos agentes políticos e sociais tem melhorado progressivamente no decurso dos últimos anos.

5. No entanto, os exercícios da análise e comunicação sobre a governação da saúde em Portugal que o OPSS tem vindo a realizar anualmente mantêm ainda importantes limitações. Estas decorrem essencialmente da não realização das expectativas do OPSS quanto aos desenvolvimentos metodológicos e comunicacionais, considerados necessários para uma evolução satisfatória deste projecto. Isto relaciona-se fundamentalmente com o conservadorismo do "sistema de ciência" português que continua a não financiar investigação em políticas e serviços de saúde. Esta situação, a continuar a verificar-se, irá seguramente pôr em risco a existência do OPSS a muito curto prazo.

CAPÍTULO DOIS

O contexto de uma época

2. O CONTEXTO DE UMA DÉCADA

O objectivo deste capítulo é contextualizar a evolução dos sistemas de saúde evidenciando algumas mudanças mais significativas ocorridas entre 2000 e 2009 na Europa, nos Estados Unidos da América e em Portugal.

Destas mudanças destacamos o enorme movimento associado às últimas eleições presidenciais nos EUA e a tendência, esperada, de que este país se venha a aproximar do cumprimento do princípio da cobertura universal, em fase de implementação por muitos países europeus (em França, desde o ano de 2000, na Holanda, desde o ano 2006, e na Alemanha, em 2009). Paralelamente, a preocupação com a despesa crescente e com a contenção de custos tem dominado os sistemas de saúde destes países.

O debate em saúde nos EUA

Durante a presidência de George W. Bush (de Janeiro de 2001 a Janeiro de 2009), o debate político em torno da reforma profunda do sistema de saúde esteve adormecido. Esta situação alterou-se recentemente, na parte final do mandato, devido às Presidenciais. Em Junho de 2007, a seis meses das Eleições Primárias, o debate em torno da reforma do sistema de saúde estava já bem presente na pré-campanha.

Uma sucessão de eventos veio dar um novo fôlego ao tema da Cobertura Universal no debate político americano. Em Janeiro de 2007, o Governador Schwarzenegger (Republicano), apresentava um plano estratégico para o Estado da Califórnia que introduzia a Cobertura Universal na área da saúde. Em Junho, estreava o filme SICKO do realizador Michael Moore que retratava os principais problemas do sistema de saúde do “país mais rico do mundo” e o comparava com o de outras nações desenvolvidas. Em Julho, São Francisco tornava-se a primeira cidade a definir um Programa de Saúde Universal para os seus habitantes e o Massachusetts (governado até Janeiro por Mitt Romney, um dos candidatos republicanos à nomeação presidencial) tornava-se no primeiro Estado norte-americano a aprovar legislação no sentido de tornar obrigatório o seguro de saúde para os seus habitantes, o que levaria à Cobertura Universal.

Em todo o período eleitoral, o tema da saúde foi um dos mais importantes, a par da guerra no Iraque, da crise energética (pré-campanha) e da crise económica (campanha das primárias e campanha das presidenciais) (Kaiser Health Tracking Poll, Agosto de 2008).

Durante a campanha para as Primárias a maioria dos candidatos apresentou propostas para a Saúde. Estas, de uma forma geral, evidenciavam uma particular preocupação com a redução dos custos com a saúde, com a melhoria da qualidade dos serviços prestados, com a melhoria de eficiência do sistema de saúde e com o alargamento da cobertura. Os candidatos democratas e alguns republicanos (como Mitt Romney) defendiam a necessidade da introdução de mecanismos que pudessem levar a uma efectiva Cobertura Universal.

As Reformas Europeias

Na Europa, as mais recentes reformas na área da saúde encetadas em diversos países (algumas ainda em curso) focam também a necessidade de contenção de custos e a melhoria da qualidade e eficiência dos Sistemas de Saúde.

Em Inglaterra, por exemplo, com o objectivo de melhorar a eficiência e possibilitar a livre escolha dos hospitais por parte dos pacientes, foram recentemente introduzidas medidas que pretendem alterar a forma como é feito o reembolso dos hospitais, passando estes a ser feitos através do pagamento ligado à actividade ajustada ao casemix, com o recurso a Diagnosis Related Groups (DRG) (Boyle, 2008).

Na recente reforma de saúde Holandesa (2006), o pagamento dos profissionais hospitalares passou a ser calculado com base na avaliação dos resultados que utiliza um sistema de DRG. Os Hospitais passaram a competir com base nos preços praticados e o seu financiamento passou também a ser calculado com base no sistema de DRG (Klazinga, 2008).

Na Alemanha, desde o início de 2008, o instituto para a qualidade e a eficiência começou a avaliar a relação custo/efectividade dos medicamentos, pressionando assim a formação dos respectivos preços com o objectivo de controlar os custos e melhorar a eficiência. A partir de 2009, toda a população passará a ser obrigada a subscrever um seguro de saúde, seja ele o seguro de saúde social ou o seguro de saúde privado (Busse, 2008).

O reconhecimento da relação dinâmica existente entre os sistemas de saúde, o nível de saúde das populações, a prosperidade e desenvolvimento económico dos países, levou a que a Organização Mundial da Saúde (OMS) promovesse uma conferência, que teve lugar em Tallinn nos dias 25-27 de Junho, no âmbito da qual se debateu o carácter prioritário dos sistemas de saúde em termos de políticas públicas. Subordinada ao tema "Sistemas de Saúde, Saúde e Prosperidade", a conferência reuniu representantes dos governos de muitos países da Europa, dando origem à carta de Tallinn que sublinha o impacto dos sistemas de saúde no nível de saúde e bem-estar das populações, no desenvolvimento económico, na coesão social e na competitividade das nações.

Num contexto de mudança demográfica e epidemiológica, de desigualdades sócio-económicas gritantes, de escassez de recursos, de desenvolvimento tecnológico vertiginoso e de expectativas elevadas por parte dos cidadãos, a carta de Tallinn, que pretende constituir-se como um quadro de referência estratégica, recomenda que os diferentes países europeus desenvolvam e implementem medidas que: i) assegurem os princípios da solidariedade, equidade e participação; ii) envolvam e facilitem o investimento multisectorial em áreas que influenciem a saúde; iii) promovam a eficiência na utilização dos recursos, a transparência e a responsabilização; iv) tornem os sistemas de saúde mais sensíveis às necessidades e expectativas dos cidadãos e estimulem a sua participação na elaboração e implementação das políticas; v) favoreçam a aprendizagem e cooperação entre países e, vi) garantam que os sistemas de saúde são capazes de responder a crises.

Também no documento "The financial crisis and global health", resultante da reunião promovida pela OMS a 19 de Janeiro de 2009, em Genebra, se salienta a importância de, no actual contexto de crise, os países assegurarem a concretização dos princípios da equidade, solidariedade e inclusividade. Prevendo-se um aumento da procura dos serviços públicos, recomenda-se ali que se promova a intervenção multisectorial e que se garanta uma cobertura universal.

No que respeita ao financiamento, a carta de Tallinn alerta para a necessidade de se definirem incentivos associados ao desempenho e à resposta dada às necessidades das populações. O apelo ao empreendedorismo, tem dado origem a diferentes formas de organização e gestão, que procuram promover a eficiência na utilização de recursos, incentivar a qualidade dos cuidados prestados e uma maior satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde, tal como dos profissionais.

Em Portugal, têm surgido algumas iniciativas que dão corpo ao empreendedorismo no sector público. Referimo-nos à criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e à emergência de Centros de Responsabilidade (CR), que de algum modo configuram a empresarialização de serviços, introduzindo uma filosofia de gestão por objectivos e uma maior racionalidade económica. Trata-se de experiências que têm conduzido a resultados amplamente considerados positivos e que importa apoiar e incentivar, criando um efeito multiplicador que contribua para um melhor desempenho global do sistema de saúde.

Embora estejamos perante sistemas com uma génese radicalmente diferente (o sistema americano do tipo liberal e os sistemas europeus de origem bismarkiana e beveridgiana), a

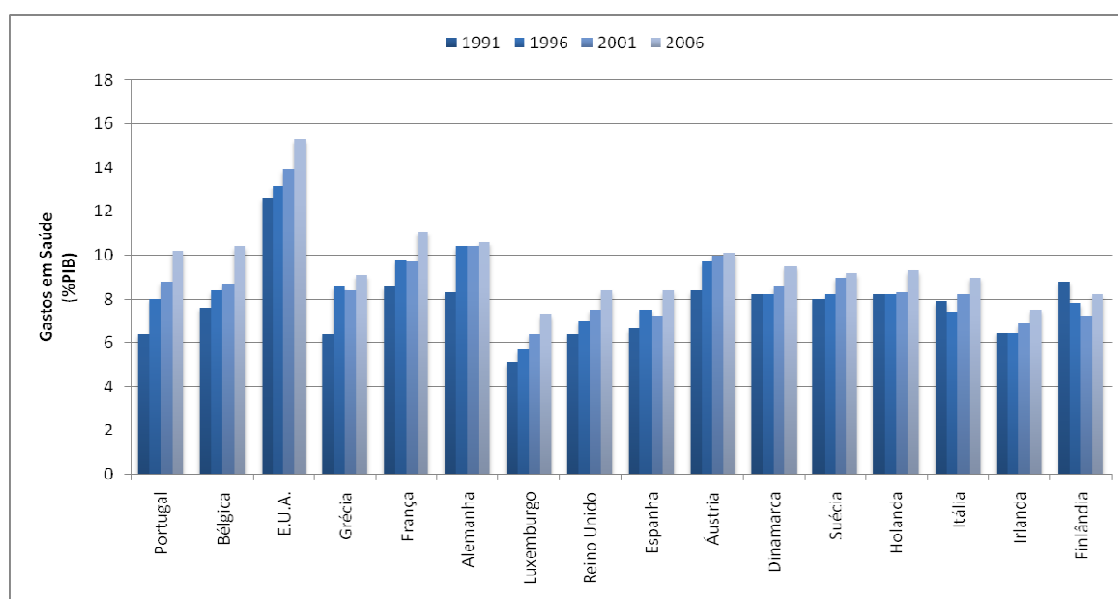
aproximação dos valores que estão na base dos sistemas de saúde dos dois lados do Atlântico, através da introdução de reformas (ex: introdução da “cobertura universal” e preocupação com a equidade, nos EUA, e a adopção de “mecanismos de mercado”, “competitividade” e “qualidade”, na Europa), bem como a existência de problemas comuns (aumento dos custos, por exemplo) poderá facilitar processos futuros de transferência política.

O aumento dos custos

Nestes últimos dez anos assistiu-se, na Europa e nos Estados Unidos, a um aumento considerável do peso da saúde no Produto Interno Bruto (PIB), mantendo-se a tendência de crescimento sentida pela maioria dos países durante a década de 90.

Em 2000, os gastos com a saúde representavam, em média, para os países da União Europeia de 15 Estados (UE15) 8,1% do PIB, sendo que em 2006 (último ano disponível no relatório mais recente da OCDE “Health Data 2008”) este valor ascendia para uma média de 9,2% do PIB. Ainda em 2006, França era o país da UE15 que apresentava os maiores gastos em saúde (11,0 % do PIB) e o Luxemburgo o que apresentava os menores valores (7,3 % do PIB). No entanto, este foi o país que registou o maior crescimento, uma vez que os gastos verificados passaram de 5,8% do PIB, em 2000, para 7,3% em 2006.

Figura 1 - Evolução dos gastos em saúde, entre 1991 e 2006



Fonte: OECD Health Data 2008 - Frequently Requested Data

Em Portugal, os gastos totais com a saúde ascenderam a 10,2% do PIB em 2006, contra os 8,8% registados no início da década.

Nos Estados Unidos da América, em 2000, os gastos totais com a saúde representavam 13,2% do PIB do país, tendo esse valor passado para os 15,3% em 2006.

A web 2.0 e a inclusividade

Nestes últimos dez anos, para além de se ter assistido a um aumento considerável de utilização¹, a Internet sofreu profundas alterações:

- Os utilizadores passaram de meros espectadores e consumidores de conteúdos, para geradores de conteúdos - os bloggs, as aplicações colaborativas (wikis) e as redes sociais (como o myspace e o hi5) são alguns exemplos.
- O desenvolvimento das redes de comunicação de grande velocidade e largura de banda e o aparecimento de novas tecnologias permitiram a disponibilização *online* de conteúdos multimédia complexos, como por exemplo os *podcasts* e o *youtube*.
- A emergência de inúmeras ferramentas e serviços para a organização e agregação de informação dispersa. O "tagging" (como o caso do del.icio.us) e os agregadores de feeds (RSS) são alguns exemplos.

Esta transformação foi traduzida por Dale Dougherty e Tim O'Reilly em 2004, através do conceito "*Web 2.0*" (Rede 2.0). O'Reilly (2005) define-o através de alguns princípios nucleares: o utilizador controla a sua informação; uma arquitectura de participação; a Web como plataforma; em vez de software, serviços; inteligência colectiva; escalabilidade. Refere ainda que, no futuro, a chave para uma posição dominante das empresas no mercado, passará a mais-valias originadas pelo contributo dos utilizadores.

Para Castells (2005), a modificação no paradigma das comunicações, associada à melhoria da percepção da informação que é veiculada, à possibilidade de interagir e ao facto do indivíduo poder ele próprio criar redes de comunicação independentes das grandes corporações, como é o caso das redes sociais, contribui para o progressivo aumento da inclusividade.

O desenvolvimento de aplicações e serviços *Web 2.0* para a saúde levou ao aparecimento de termos como "*Health 2.0*" e "*Medicine 2.0*", que não são mais do que a introdução das *wikis*, *bloggs*, redes sociais e outras funcionalidades, na área da saúde. Redes sociais para profissionais de saúde como o "*Sermo*" (criado em 2006), redes sociais para pacientes como o "*Patients Like Me*" (lançado em 2005), aplicações colaborativas como o "*AskDrWiki*" (criado em 2006), são alguns exemplos.

Recentemente, em Outubro de 2007 e Maio de 2008, a Microsoft e a Google lançaram, respectivamente, dois sistemas de gestão de informação clínica. Os utilizadores, para além de poderem consultar os seus arquivos clínicos, podem fazer buscas, trocar experiências e criar redes. O lançamento dos sistemas de gestão da informação destes dois gigantes mundiais do sector tecnológico coincidiu com a campanha eleitoral e com a discussão em torno das reformas de saúde, tendo vindo demonstrar o enorme potencial económico da utilização deste tipo de tecnologias na Saúde.

Em síntese: Nos Estados Unidos da América, as eleições presidenciais trouxeram um novo fôlego ao debate sobre o sistema de saúde. Na Europa, a última década ficou marcada por um conjunto de países que iniciaram os seus processos de reforma em saúde, baseando-se sobretudo na contenção de custos e na melhoria da qualidade e da eficiência. Durante a última década, Portugal e a Europa assistiram ao aumento do peso da saúde no PIB e a um agravamento da despesa total em saúde. O aparecimento da Web 2.0 e consequente inclusividade, contribuíram para o aumento da informação e para o *empoderamento* do cidadão, no que respeita a sua informação de saúde.

¹ Em Março de 2009 estimava-se que o número de utilizadores de Internet rondava os mil e seiscentos milhões, um crescimento de mais de 440% em relação ao início da década (Miniwatts Marketing Group, 2009).

CAPÍTULO TRÊS

O OPSS e o sistema de saúde (2000 – 2009)

3. O OPSS E O SISTEMA DE SAÚDE (2000 - 2009)

3.1 Análise geral

Uma década no desenvolvimento do sistema de saúde português

Embora, neste Relatório, se pretenda apenas percorrer os aspectos mais relevantes, sob o ponto de vista da governação, desde 2000 até aos nossos dias, não é possível fazê-lo sem um enquadramento que, a nosso ver, foi determinante para muito do que viria a ocorrer na saúde em Portugal. Trata-se do início de um novo ciclo político que começou em Portugal em finais de 1995, após um período internacional de características liberalizantes.

Eram então predominantes os ideais de maior flexibilidade e capacidade de inovação da administração pública, tornando-a mais empresarial, recentrando os serviços no cidadão cliente, e passando de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados. Associados a estas ideias, apareceram conceitos como a necessidade de reforma dos regimes de bem-estar e, na saúde, a incorporação da contratualização com as unidades de saúde e a separação entre financiador e prestador.

Dá-se início a uma atitude mais aberta aos dados empíricos, às observações e à experimentação e adopta-se uma maior desconfiança em relação a posições dogmáticas e preconceituosas.

Num contexto de pouca estabilidade, resultante da inexistência de maioria parlamentar, inicia-se, em Outubro de 1995, em Portugal, um novo ciclo político liderado pelo Partido Socialista que engloba três períodos distintos. O primeiro, face à conjuntura então existente, caracteriza-se pela tomada de medidas necessárias para melhorar, progressivamente, a situação da saúde e preparar uma reforma da saúde a ser implementada em condições políticas mais favoráveis. Nessa altura, iniciou-se uma reflexão sobre a saúde, criaram-se novos mecanismos de orientação estratégica e de responsabilização e iniciou-se a contratualização, experimentou-se a remuneração associada ao desempenho e a gestão das doenças crónicas, constituiu-se um sistema de qualidade e criaram-se centros regionais de saúde pública. É também neste período que se procede à inovação, descentralização e flexibilização de organizações prestadoras de cuidados de saúde, testando-se modelos inovadores de gestão (e.g., Hospital de S. Sebastião e Unidade Local de Saúde de Matosinhos). Para além disso, criaram-se os Centros de Responsabilidade Integrados nos hospitais, os centros de saúde de 3ª geração e os sistemas locais de saúde, acabando estes últimos por não ser implementados. Começou-se, também, a dar um pouco mais de atenção aos cuidados continuados.

Tentou-se reactivar o princípio das incompatibilidades na celebração das convenções de prestação de cuidados de saúde com o sector privado. Esta orientação não foi, no entanto, bem recebida por alguns sectores profissionais, sendo acompanhada por um período de conflitualidade de alta visibilidade pública e com a demissão da responsável do Ministério.

O início do OPSS

O aparecimento do OPSS coincide no tempo, com uma segunda legislatura em 1999, com a mesma liderança política, tendo o governo passado explicitamente a assumir a saúde como uma prioridade. Estas novas condições e expectativas não foram, no entanto, associadas a medidas de intervenção com um enquadramento estratégico claro, apesar de se terem estabelecido metas muito exigentes para aspectos de grande visibilidade pública, como o financiamento da saúde e as listas de espera. Paralelamente, acentuou-se um clima de centralização e de diminuição da transparência informativa, observando-se uma paralisação quase completa das principais medidas da reforma anteriormente aprovadas.

Esta equipa ministerial é substituída por outra durante um período muito curto, de apenas oito meses. Retoma-se a ideia de que é necessário um projecto de reforma da saúde, redefinindo um número limitado de orientações, das quais se podem destacar a valorização do indicador ganhos em saúde, a confiança e a auto-estima, a qualidade da despesa, a organização e gestão dos serviços de saúde, a formação e a investigação.

Novo ciclo político

A decisão inesperada de novas eleições leva à constituição de um novo ciclo político, de 2002 a 2005, agora liderado pelo Partido Social Democrata. Neste período observou-se uma invulgar intensidade na acção governativa, procurando-se um claro contraste entre o espírito de acção do novo governo e a imagem de inacção dos governos que o tinham precedido, intenção bem traduzida na expressão “Portugal em acção”. Esta atitude teve uma forte receptividade na opinião pública.

Consequentemente, várias acções ocorreram na saúde durante este período, abrangendo um vasto conjunto de domínios. De entre estas acções destaca-se o lançamento do Plano Nacional de Saúde, a criação de 31 Hospitais SA (uma extensão das experiências inovadoras de gestão), a regulamentação das Parcerias Público-Privado, a criação do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (também elas na continuidade do Programa Acesso), e a introdução dos genéricos, do preço de referência e da receita única e renovável. Foi também aprovado um decreto-lei sobre a reorganização dos cuidados de saúde primários. Para que este fosse homologado pelo Presidente da República, foi exigido em contrapartida, a criação da Entidade Reguladora de Saúde, pelo Governo. De qualquer modo, este decreto-lei sobre os cuidados de saúde primários nunca chegou a ser implementado.

Este período é, assim, caracterizado por um dinamismo e uma determinação do Ministério da Saúde, acompanhados por um discurso de acção, embora com aparentes contradições. Esta gestão da mudança baseada em certezas e opções apriorísticas, sem fundamentos teóricos e empíricos e pouco propícia a avaliações independentes dos resultados reais das opções adoptadas, foi acompanhada por um *blackout* informativo sobre aspectos críticos da reforma da saúde.

De novo, ênfase no serviço público

Uma nova saída brusca da governação provoca eleições legislativas que têm o Partido Socialista como vencedor. O programa do XVII Governo Constitucional, nomeado em Março de 2005, apresenta, então, um conjunto de objectivos e de medidas assentes no primado do cidadão no sistema de saúde, com pontos indutores de maior eficiência e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. Os centros de saúde voltam a surgir como elemento estruturante e propulsor da mudança e há promessas de modernização das suas instalações e apetrechamento tecnológico. Paralelamente, a saúde possui finalmente um orçamento quase correspondente às necessidades, tendo sido concedido ao SNS uma dotação igual à despesa final do ano transacto.

De destacar, o renascimento da contratualização e o início de uma reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de uma unidade de missão, envolvendo a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Iniciou-se também um arrojado projecto de racionalização da rede de cuidados, envolvendo o encerramento de blocos de partos, a transformação de hospitais SA em EPE, a criação de agrupamentos hospitalares, a requalificação das urgências e o desenho de uma rede de cuidados continuados.

Paralelamente, é decidida a liberalização da propriedade das farmácias, a colocação de medicamentos não sujeitos a receita médica fora destes estabelecimentos e a possibilidade de se constituírem farmácias nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao mesmo tempo que são criadas taxas “moderadoras” de internamento e de cirurgias no ambulatório, como forma de se preparar a sociedade portuguesa para o co-financiamento do SNS. De realçar também a optimização do sistema de informação de acompanhamento ao programa de combate às listas de espera.

As tomadas de decisões isoladas, não enquadradas em quaisquer planos locais de infra-estruturas da saúde, a ausência de discussão de prioridades com os actores locais e alguma descoordenação na implementação criaram um ambiente de enorme contestação social que forçou o Primeiro-ministro, em Janeiro de 2008, a substituir o responsável pelo Ministério da Saúde.

No início de 2008, a nova equipa ministerial apresentou como principais objectivos a qualificação do SNS e a devolução da confiança aos cidadãos e aos profissionais de saúde. Reconhece as limitações anteriores, no que concerne à renovação atempada do SNS, devido, nomeadamente, a erros de planificação, de infra-estruturas e de formação de recursos humanos. A sua principal preocupação reside em promover o acesso facilitado e adequado aos cuidados de saúde. Para tal, coloca no centro do sistema de saúde os cuidados de saúde primários, reforçando o empenho do Governo na implementação das USF. Existem, em 18 de Maio de 2009, 170 unidades de saúde familiar em funcionamento. Na continuidade da reforma dos cuidados de saúde primários, surge o decreto-lei 28/2008, de 22 de Fevereiro, que estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos ACES e que culminou com a tomada de posse dos respectivos directores executivos, em Abril de 2009. Estas estruturas permitirão aumentar a acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde primários e possibilitarão o envolvimento activo da comunidade. O desenvolvimento dos cuidados continuados integrados foi outra grande aposta desta equipa, de forma a ajustar a oferta de cuidados de saúde e apoio social às necessidades dos utentes com dependência temporária ou prolongada. No final de 2008, funcionavam, em todo o território continental, um total de 2.870 camas o que representava um aumento de 51% relativamente ao ano anterior. Quanto aos cuidados hospitalares, promove-se o acesso à cirurgia e às consultas externas e a reestruturação da rede de urgência. São exemplos o Plano de Acesso à Cirurgia Oftalmológica e o alargamento da consulta a tempo e horas. Por fim, promove-se o acesso ao medicamento com a abertura de farmácias de venda ao público, nos hospitais do SNS.

3.2 A saúde dos portugueses e o Plano Nacional de Saúde

Uma apreciação dos progressos da última década

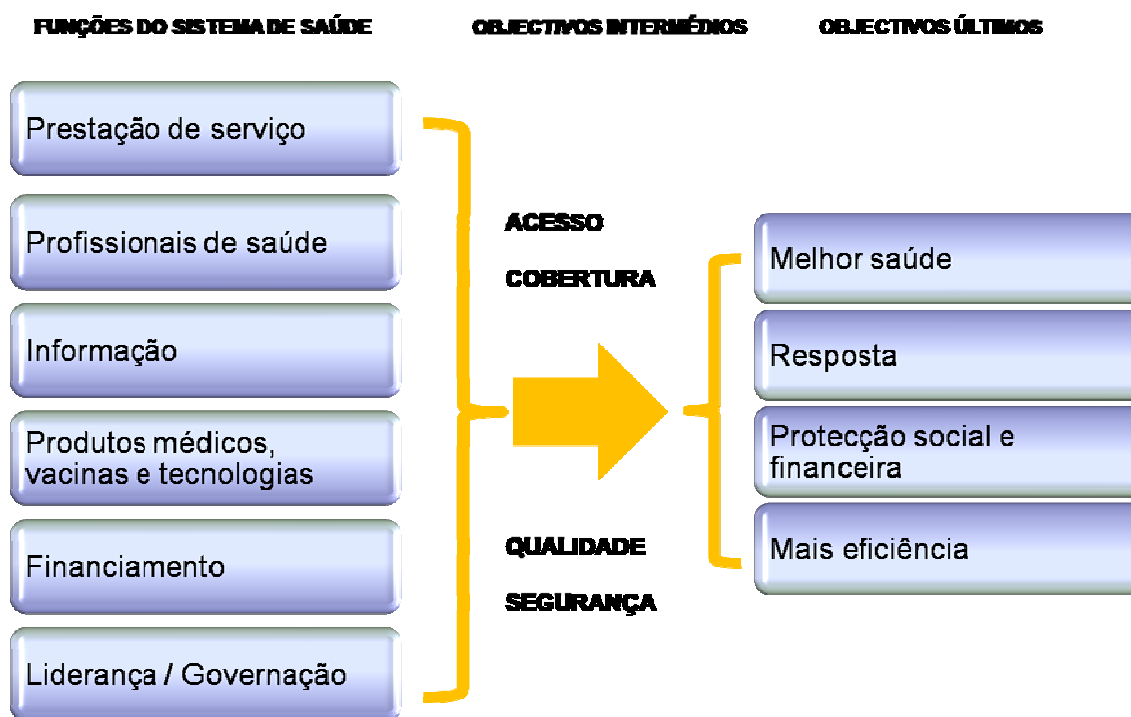
Em 2000, no seu Relatório Mundial de Saúde, a OMS colocou uma ênfase especial na forma como os sistemas tratam as necessidades de saúde dos cidadãos, no processo de participação e na forma como os seus riscos financeiros são acautelados (WHO, 2000). Para além disso, deu especial relevo à resposta dos sistemas às expectativas dos cidadãos e ao direito que possuem de ser tratados individualmente, com dignidade, rapidamente e com respeito pelos seus valores e confidencialidade. Deste modo, os objectivos que esta organização apresenta para qualquer sistema de saúde são (i) melhorar a saúde da população que serve (objectivo principal), (ii) responder às expectativas dos cidadãos em relação aos cuidados em áreas não só de saúde, como o respeito pela dignidade, a autonomia e a confidencialidade da informação (objectivo social) e (iii) proporcionar protecção financeira nos custos da doença (objectivo financeiro).

A estes objectivos acrescentou mais tarde a melhoria da eficiência e definiu os seis principais componentes de um sistema de saúde, baseados nas suas funções esperadas: (i) a prestação de cuidados, (ii) os profissionais de saúde, (iii) a informação, (iv) os produtos médicos, as

vacinas e as tecnologias, (v) o financiamento, e (v) a liderança e governação. A figura 2 apresenta um diagrama deste modelo conceptual.

Este enquadramento conceptual apresentado pela OMS, definindo as principais funções de um sistema de saúde e os objectivos intermédios e últimos, é também utilizado para avaliar a implementação de um plano estratégico de saúde. É o caso da avaliação que uma equipa da OMS está neste momento a proceder ao nosso Plano Nacional de Saúde.

Figura 2 - Modelo conceptual dos objectivos da OMS



Fonte: WHO Health System Strengthening Strategy 2007

De facto, o actual Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Portugal, MS, DGS, 2004) elegeu duas estratégias de implementação. São elas a obtenção de mais saúde para todos e a gestão da mudança. Na estratégia de obtenção de mais saúde para todos estão englobadas a abordagem centrada na família e no ciclo de vida e a abordagem da gestão integrada da doença. Por outro lado as estratégias para a gestão da mudança englobam a mudança centrada no cidadão, a capacitação do sistema de saúde para a inovação e a reorientação do sistema de saúde.

Este ano, o OPSS seleccionou alguns dos tópicos incluídos nestas abordagens. Assim, em relação à estratégia de obtenção de mais saúde para todos, seleccionaram-se os tópicos do envelhecimento, da saúde mental e da tuberculose. Já em relação às estratégias para a gestão da mudança são abordados, neste capítulo, dois comportamentos e estilos de vida, o tabagismo e o alcoolismo. Capítulos subsequentes debruçar-se-ão sobre a mudança centrada no cidadão e a reorientação do sistema, nomeadamente, as redes de cuidados primários, de cuidados hospitalares e de cuidados continuados. A melhoria do acesso e a gestão das listas de espera são também objecto de capítulo separado.

SAÚDE MENTAL

Apesar da demora e dos obstáculos, finalmente algum progresso. A reforma está em marcha?

O processo de desinstitucionalização dos doentes mentais tem conhecido inúmeros obstáculos e adiamentos mas parece finalmente estar a arrancar. Com o presente texto o OPSS pretende contribuir para uma análise dos processos de reforma psiquiátrica em Portugal, identificando as resistências e os obstáculos, mas também, de uma forma mais incipiente, os factores de progresso, a conjuntura política e os meios mobilizados. Começa por traçar-se em linhas muito gerais o essencial da reforma e, de seguida, analisam-se as dificuldades que estão a surgir depois da sua aprovação.

Em 2006, foi criada uma *Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental* (CNRSSM) com a incumbência de estudar a situação da prestação dos cuidados de saúde mental a nível do País, propor um plano de acção para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental e de apresentar um conjunto de recomendações quanto à sua implementação. Do trabalho da Comissão resultou o documento "Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – Plano de Acção 2007-2016", que foi aprovado pelo Governo em Março de 2008.

Em traços largos, este Plano propõe a reorganização dos serviços, mas vai mais longe, fazendo propostas também ao nível da saúde mental e cuidados primários, da articulação inter-sectorial, da legislação de saúde mental, do financiamento e gestão, do sistema de informação, da melhoria da qualidade, dos recursos humanos, da articulação com as ordens religiosas e, finalmente, ao nível da investigação.

Na medida em que o Plano se dedica, sobretudo, à reestruturação dos serviços, apenas se apresentam aqui os desafios e propostas a esse nível. Assim, são quatro os grandes desafios da reforma:

- Completar a rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e promover a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços;
- Desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de;
- Desenvolver os serviços de âmbito regional (SRSM) necessários para complementar os serviços locais em áreas específicas;
- Coordenar a reestruturação/desactivação dos hospitais psiquiátricos à medida que as respostas por eles asseguradas forem sendo transferidas para outros serviços.

Volvido um ano sobre a sua aprovação, verifica-se que a reforma dos Cuidados de Saúde Mental (CSM) está a deparar com obstáculos sérios no seu desenvolvimento. Dentre os obstáculos mais evidentes, salienta-se, de um lado, a escassez de meios materiais e humanos para a sua realização e, do outro, a oposição das organizações representativas dos médicos psiquiatras, do Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos e de sindicatos médicos.

As críticas são muitas. Numa abordagem necessariamente sintética, identificam-se os principais pontos de fricção, começando pela desconfiança dos psiquiatras relativamente ao modelo de acção seguido pelo Plano e ao lugar do psiquiatra na estrutura do sistema de cuidados.

O projecto de diploma que cria os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) define-os como "o conjunto de intervenções sequenciais de psiquiatria e saúde mental e de apoio social, decorrente da avaliação conjunta, centrado na reabilitação das pessoas com incapacidade psicossocial, entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo que visa a promoção da autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa em situações de dependência com vista a sua integração familiar e social".

O Colégio de Especialidade, em parecer que elabora relativamente a este diploma, chama a atenção para o perigo de se transformarem “situações do âmbito médico em situações do âmbito social”² (TM, 2008a). Para demonstrar a afirmação, denunciam o cuidado que o Plano tem em evitar a designação *doentes* para as pessoas que vão ser o alvo dos cuidados e apontam para os resultados desastrosos ocorridos em outros países ao se “atirarem doentes psiquiátricos exclusivamente para as mãos de assistentes sociais e psicólogos”. Refere-se, expressamente, o caso do Brasil e a experiência dos CAPS³.

Trata-se da conhecida pretensão, por parte da profissão, de uma competência exclusiva para tratar a doença e do pressuposto de que o portador de doença mental é um doente como qualquer outro. Na argumentação do parecer “não se pode deixar em claro ou ao sabor da miríade de técnicos a avaliação dos doentes com vista à definição do plano de intervenção e, sobretudo, as bases sobre as quais esse plano vai ser definido. Isto é, a quem compete indicar qual o plano de intervenção que vai ser aplicado a um doente particular a ser integrado na rede de cuidados continuados e qual o modelo de avaliação proposto?”. E acrescenta-se nesta entrevista, *“este Colégio está muito apreensivo se esta proposta for avante, pois tememos que a assistência aos doentes psiquiátricos possa entrar numa fase de ruptura e o país possa sofrer as consequências de um grande investimento sem as respectivas recompensas”*.

A mesma postura, assumem os responsáveis dos sindicatos médicos. No parecer da Federação Nacional dos Médicos (FNAM), a propósito das designadas “residências de apoio máximo” refere-se que “é a visão sociológica que está patente”, existindo um “esvaziamento da problemática médica das doenças mentais”. Os dirigentes do Sindicato Independente dos Médicos (SIM) também são de opinião que esta é uma “proposta de modelo social da Psiquiatria e não de um modelo médico”.

O facto de serem atribuídas a outros profissionais não médicos competências no desenho das intervenções junto dos doentes mentais, suscitou os maiores reparos. Segundo o parecer do Colégio da Especialidade de Psiquiatria, “o principal mecanismo para definir o tipo de intervenções a que um doente está sujeito é aquilo a que foi chamado ‘avaliação conjunta’”. Ora, acrescenta o parecer, “não está definido a quem cabe esse papel determinante”. De igual modo, os responsáveis do SIM frisam que não há “referência específica” ao tipo de cuidados a prestar.

Os SLSM são também um aspecto criticado pelas entidades que analisaram a proposta da tutela. Os dirigentes da FNAM entendem que “o principal problema do projecto de diploma” está na ausência de uma estrutura de direcção. É, por isso, que propõem que a sua criação deverá ser a “grande prioridade”. Também no parecer do Colégio da Especialidade está referido que a proposta fala apenas em articulação entre aqueles serviços, “deixando por definir os termos em que essa articulação se processa”.

Uma segunda área de críticas tem a ver com o desenvolvimento dos cuidados continuados para a saúde mental. A coincidência do desenvolvimento dos cuidados continuados em Portugal com o desenvolvimento do primeiro Plano Nacional de Saúde Mental veio permitir a resolução de um dos principais problemas da reforma de saúde mental: a criação de residências, de unidades de dia na comunidade e de programas de apoio domiciliário. Isto implica que todas as partes envolvidas neste processo – profissionais da saúde mental, dos cuidados continuados e da segurança social – passem a trabalhar em conjunto, a encontrar uma linguagem comum, a estabelecer compromissos e a criar soluções consensuais que funcionem na prática.

² «Tempo de Medicina», “Psiquiatras e sindicatos médicos chumbam proposta sobre cuidados de saúde mental”, 20 de Outubro de 2008.

³ Centros de Atenção Psico-social

Porém, a crítica dos psiquiatras e dos sindicatos tem-se multiplicado. O Colégio da Especialidade refere que as unidades de convalescença, no âmbito dos cuidados continuados de saúde mental, são “onerosas e replicativas dos serviços existentes”. Relativamente às residências de média duração e de reabilitação, afirma-se que elas geram poucos ganhos na autonomia e integração psicossocial do doente. Contudo, retorque o responsável pelo Plano de Reforma, a filosofia destas residências é situarem-se obrigatoriamente nas comunidades e não mais nas instituições psiquiátricas. Elas parecem particularmente adequadas à preparação e treino de doentes há muito tempo institucionalizados em instituições psiquiátricas e que se desejam envolvidos em processos de reabilitação e institucionalização (Almeida, 2008).

Uma outra crítica, partilhada tanto pelo Colégio quanto pelos sindicatos é a de a composição das equipas e os respectivos cuidados a prestar não estarem devidamente especificados. “Porém, – reage de novo o responsável pela Reforma – o diploma especifica, com grande detalhe, a finalidade de cada uma das unidades, a composição das equipas, bem como os cuidados a prestar pelas mesmas. Não só descreve os objectivos específicos de cada unidade e o tipo de doentes a que se destinam, como ainda onde deverão estar implantadas, quais os serviços que prestam e quem deve assegurar a sua coordenação”.

A crítica de que os serviços locais de saúde mental praticamente não existem parece ser mais séria. É verdade que, neste momento, cerca de $\frac{3}{4}$ da população portuguesa já é assistida por serviços locais de saúde mental, mas essa assistência é feita nos departamentos ou serviços de Psiquiatria e Saúde Mental dos hospitais gerais do País, ou seja em serviços com padrões pouco diferenciados de prestação de cuidados e com escassa intervenção na comunidade (Vassal, 2009).

A solução encontrada para contrariar este problema foi desenvolver equipas de saúde mental na comunidade. Está em curso, desde Outubro de 2008, um plano nacional de formação de profissionais neste domínio e está prevista a abertura, em breve, de um concurso para financiamento de projectos inovadores na comunidade, que conta com uma linha específica de financiamento já aprovada pelo Governo. A iniciativa cabe agora aos serviços de apostar no desenvolvimento de programas integrados para doentes mentais graves com base na comunidade, o que implica naturalmente não continuar a concentrar a maioria dos recursos disponíveis nas actividades hospitalares.

A curto prazo (a realizar em 2009), estão previstas várias acções, no âmbito das reformas da saúde mental, dentre as quais:

- Redefinição das áreas de influência dos serviços da região Lisboa e Vale do Tejo e a reorganização das urgências psiquiátricas da mesma região;
- O lançamento de projectos de saúde mental na comunidade nas várias regiões do País;
- O desenvolvimento de novos serviços de saúde mental da infância e adolescência;
- O início dos primeiros projectos de cuidados continuados de saúde mental;
- A criação das unidades regionais previstas para doentes de manejo difícil;
- A continuação da reestruturação dos hospitais psiquiátricos;
- A continuação do plano nacional de formação e a reorganização do sistema de informação e do modelo de financiamento dos serviços de saúde mental;
- O desenvolvimento de acções destinadas a promover a reabilitação psicossocial e o apoio ao emprego das pessoas com doença mental.

Porém, a falta de recursos humanos e a exiguidade do financiamento levou a que os hospitais psiquiátricos fossem desactivados sem estarem no terreno as respostas previstas para fazer

face a esse encerramento⁴. O desmantelamento do Hospital de Miguel Bombarda (HMB), em Lisboa, e do Hospital Psiquiátrico do Lôrvão e do Centro de Reabilitação de Arnes, em Coimbra, foi um processo “célere”, que devia ter sido antecedido da abertura de novos serviços ou de respostas comunitárias. Mas isso não aconteceu, ou pelo menos, não aconteceu à velocidade exigida pela carência de respostas a este nível.

Foram criados os serviços de psiquiatria no Hospital de Nossa Senhora da Graça, em Tomar, e no Hospital de Garcia de Orta, em Almada, estando este último “longe de satisfazer as necessidades para que foi criado”, pois não assegura a urgência psiquiátrica 24 horas por dia, nem realiza trabalho na comunidade. Porém, aqueles dois serviços “já existiam sem internamento”, faltando a criação de novas estruturas: “Qualquer verdadeira reforma da saúde mental e da Psiquiatria teria de criar novos serviços, recrutar novos recursos humanos em quantidade e ter meios novos de financiamento. Não se vê nada disso.”

A promessa de “não encerrarem” unidades sem que estivessem criadas as condições necessárias para fazer face à desactivação dos hospitais psiquiátricos afinal parece não estar a ser cumprida.

Mais, algumas alterações feitas preconizam um retorno à velha concepção asilar em certos estabelecimentos. “Dois dos hospitais psiquiátricos são agora asilos”. O Hospital do Lôrvão transformou-se “no asilo do Lôrvão” e o HMB “voltou a ser o asilo de Rilhafoles”, depois de os serviços de clínica de agudos dessas unidades terem sido transferidos para as sedes dos centros hospitalares. Por lá, ficaram apenas “os doentes crónicos e [os doentes] de Psiquiatria forense”.

Por sua vez, os conselhos de administração exercem pressão sobre os seus psiquiatras “para que os doentes difíceis, com doenças mais prolongadas, tenham estadas abreviadas em termos de internamento”, isto sem estarem criadas as estruturas necessárias à continuidade de tratamento, como hospitais de dia, o acesso facilitado a consultas ou as unidades de cuidados continuados.

A falta de “apoio” para a criação de mais equipas comunitárias e da “burocratização” do trabalho das que já existem é corrente. “Nunca tivemos autonomia financeira, mas agora a burocracia é total”. Recorda-se que “o internamento nesta área consome 83% dos recursos financeiros” a ela afectos, quando não deve ultrapassar os 50% em países desenvolvidos. Ao contrário, os programas de saúde comunitária são insuficientes, segundo o responsável pelo Plano de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. Nas urgências, só 17% das pessoas tinham sido referenciadas pelo médico de família; das que tinham tentado marcar consulta, mais de 60% tiveram dificuldade ou mesmo impossibilidade de o fazer e 82% dos reinternamentos ocorreram sem qualquer consulta externa anterior.

Por tudo isto assiste-se a uma desmobilização dos profissionais. “Os profissionais não estão, de modo algum, a ser envolvidos na reforma”. E, mesmo assumindo que “não se impõem reformas de cima para baixo, as pessoas têm de ser atraídas pelo valor do projecto”.

“A reforma dos serviços de saúde mental ainda está por fazer. Não podemos esquecer que Portugal não cumpre ainda muitos dos compromissos assumidos com a Declaração de Helsínquia, em 2005, e que uma boa parte da população continua sem quaisquer cuidados” nesta área, como reconhece o autor do Plano de Reforma e coordenador Nacional para a Saúde Mental. Ao fazer o balanço do Plano em curso para a reestruturação da rede de cuidados, ele notou que a cobertura tem aumentado progressivamente — “hoje já não estamos limitados a praticamente Lisboa, Porto e Coimbra” —, reconhecendo embora que é preciso fazer muito mais (Oliveira, 2008).

⁴ Este é o balanço da aplicação do Plano Nacional de Saúde Mental feito por quatro psiquiatras («Tempo de Medicina», 29/12/2008)

A Lei da Saúde Mental prevê um sistema de cuidados integrados, com os hospitais gerais dotados de unidade de internamento de agudos, unidades comunitárias ligadas aos vários centros de saúde e estruturas de reabilitação e reinserção com residências e empresas sociais. A par com a transferência dos doentes dos hospitais psiquiátricos para os departamentos dos hospitais gerais, “é necessária uma aposta na diferenciação”. “O ideal é que cada região tenha uma equipa que assegure pelo menos um programa integrado para doentes mentais graves — que não têm outra resposta —, programas de ligação com a saúde familiar, apoio a doentes idosos e programas na área de prevenção (depressão, suicídio, alcoolismo)”.

Porém, algum sucesso nos casos de encerramento, não foram acompanhados de igual sucesso na criação de estruturas locais de acompanhamento e apoio, desde logo por falta de recursos humanos e materiais. Isto coloca uma grande incógnita quanto à capacidade de desenvolver o Plano de reforma. Em audição Parlamentar, o responsável pelo Plano reconheceu que não sabe se conseguirá levar o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) a bom porto até 2016, mas garante que os encerramentos de hospitais psiquiátricos “avancaram muito melhor” do que estava à espera.

Como ripostou na altura um deputado: “Se adoptamos este princípio, mas depois não temos os recursos para receber o doente desinstitucionalizado, então não estamos a melhorar a situação, mas a agravá-la”⁵.

O problema dos recursos tem sido minimizado pelo Coordenador do Plano face à disponibilização pelo Governo de 5 milhões de euros, anunciado em Fevereiro deste ano, para financiar programas na comunidade destinados a doentes mentais graves, no âmbito do PNSM. “O risco não é faltar dinheiro, o risco é não conseguirmos gastá-lo todo” (Morato, 2009).

Seja como for, a implantação da reforma psiquiátrica em Portugal está a enfrentar problemas de execução que importa analisar com cuidado. Se, em muitos casos, as causas se prendem com a escassez de meios materiais e humanos, em outros, como se viu, os problemas resultam antes de divergências quanto ao processo e à filosofia das reformas e manifestam o poder de resistência das organizações representativas dos profissionais médicos. Falta de diálogo e corporativismo exacerbado são factores bem conhecidos de insucesso das reformas e, portanto, deveriam ter sido evitados.

Em síntese: O processo de desinstitucionalização dos doentes mentais tem conhecido inúmeros obstáculos e adiamentos mas parece finalmente estar a arrancar. Pretende-se aqui contribuir para uma análise dos processos de reforma psiquiátrica em Portugal, identificando as resistências e os obstáculos, mas também os factores de progresso, as conjunturas políticas e os meios mobilizados, para se fixar nos modelos de cuidados que estão a ser criados.

ENVELHECIMENTO

Uma análise dos progressos com base no Plano Nacional de Saúde

O envelhecimento populacional é um fenómeno que não é novo na sociedade portuguesa. Conscientes disso, mas sobretudo das necessidades de cuidados aos idosos, os responsáveis pela elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS), gizaram um conjunto de estratégias genericamente englobadas sob a designação de “envelhecimento activo”. Todavia, para compreender a abordagem à problemática dos idosos preconizada pelo referido PNS, torna-se necessário considerar a estrutura matricial das estratégias propostas. Assim, devemos considerar simultaneamente a “abordagem centrada na família e no ciclo de vida”, a

⁵ «Tempo de Medicina», “Passagem à prática é problema sério”, 22 de Dezembro de 2008.

“abordagem à gestão integrada da doença” e os “*settings*” em que as pessoas se movem. Por outro lado, devemos considerar ainda que o PNS se concretizou através de diversos Programas. Torna-se assim necessário conjugar simultaneamente, as abordagens atrás referidas e pelo menos, 10 programas nacionais. Tudo isto como forma de atingir três objectivos estratégicos, dos quais, para este efeito, destacamos dois (Portugal, MS, DGS, 2004):

- “*Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;*
- “*Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados*”.

A primeira ilação que se poderá tirar quando confrontados com a quantidade de programas, bem como de outras orientações e recomendações entretanto emanadas, é a sua complexidade. Consciente disso, o Alto Comissariado da Saúde (ACS), definiu um conjunto de estratégias de implementação a nível nacional, regional e local, consequentemente também aplicáveis às estratégias preconizadas para os cuidados aos idosos. Como forma de concretizar estas estratégias, durante o ano de 2005 foi desenvolvido um conjunto de medidas que culminaram, já em 2006, na criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)⁶. Esta rede tem-se vindo a desenvolver e, de acordo com dados da Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados, em finais de Fevereiro de 2009, a resposta assistencial da RNCCI já era considerável tal como se pode constatar noutra parte deste relatório.

Todavia, a avaliação do impacto das medidas preconizadas no PNS relativas aos cuidados aos idosos, deve ser feita considerando não só as actividades decorrentes da RNCCI, mas todas as medidas adoptadas, independentemente do Ministério. Até porque o próprio PNS apela para a necessidade de intersectoralidade na intervenção em saúde. Assim, passa a avaliar-se cada um dos indicadores definidos no PNS relativos ao “envelhecimento activo”, ou seja, esperança de vida dos 65 aos 69 anos, auto-apreciação do estado de saúde, hábitos tabágicos, consumo de álcool, actividade física, excesso de peso, percentagem de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (65-74 anos) e percentagem de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (75-84 anos).

De acordo com o ACS, verifica-se uma evolução positiva relativamente à esperança de vida dos 65 aos 69 anos⁷ (ver quadro 1). Todavia, esta evolução está ainda aquém da meta definida (20) e tem diferenças acentuadas em função do sexo e da região do país.

Quadro 1 - Evolução da esperança de vida dos 65-69 anos

		2004-2006		2005-2007	
		Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
NUTS II	Portugal	16,1	19,4	16,2	19,5
	Norte	16,1	19,4	16,1	19,5
	Centro	16,3	19,6	16,3	19,6
	Lisboa e Vale do Tejo	16,0	19,5	16,2	19,6
	Alentejo	15,8	18,9	16,0	19,1
	Algarve	16,1	19,3	16,2	19,5

Nota: NUTS II de 2002, por ainda não estarem disponíveis os valores por NUTS II de 1999 calculados pelo INE com nova metodologia

Fonte: INE, 2008

A esperança de vida dos 65 aos 69 anos é mais elevada na Região Centro e mais reduzida no Alentejo, tanto para o sexo masculino como para o feminino. No entanto, de 2004-2006 para 2005-2007, a diferença entre a esperança de vida dos 65 aos 69 anos nas diferentes regiões diminuiu, quer para homens quer para mulheres.

⁶ Decreto-lei nº 101/2006, d2 6 de Junho, que cria a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

⁷ <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/um-envelhecimento-activo/esperanca-de-vida-dos-65-aos-69-anos/> - acedido em 19-04-09

Relativamente à auto-apreciação negativa do estado de saúde (65 a 74 anos)⁸, constata-se também uma evolução positiva (ver quadro 2). Todavia, neste caso os valores estão muito afastados da meta traçada no PNS. De facto, "a percentagem de homens de 65 a 74 anos que considerou o seu estado de saúde mau ou muito mau foi inferior à percentagem obtida para as mulheres, facto que se verificou em todas as regiões de Portugal Continental. A diferença entre as respostas de homens e mulheres foi maior na Região Centro (15,7%), tendo as percentagens sido mais próximas na região de Lisboa e Vale do Tejo (diferença de 12,2%).

Quadro 2 - Evolução da auto-apreciação do estado de saúde dos 65-74 anos

		% de "Mau" e "Muito Mau"	
		Homens	Mulheres
	Meta 2010 (a)	18,0	26,0
	Melhor valor da EU 15 (2004) (b)	5,1	3,1
	Portugal - Continente (INS 1998/99)	34,6	53,2
	Portugal - Continente (INS 2005/06)	30,4	44,3
	Norte	33,3	47,9
NUTS II (c)	Centro	38,1	53,8
	Lisboa e Vale do Tejo	25,1	37,3
	Alentejo	28,2	41,3
	Algarve	23,2	35,8

Notas: (a) Calculada pelo INSA para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 56.

(b) Irlanda para o sexo masculino e Alemanha para o feminino, Eurostat (2007)

(c) NUTS II de 1999

Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

Relativamente ao consumo diário de tabaco na faixa etária dos 65-74 anos⁹, verifica-se que, de 1998/99 para 2005/06, a percentagem de fumadores diminuiu para o sexo masculino (diminuição relativa de 16%) e aumentou para o feminino (aumento relativo de 44,4%).

Quadro 3 - Evolução do consumo de tabaco dos 65-74 anos

		% de indivíduos que fuma *	
		Homens	Mulheres
	Meta 2010 (a)	11,0	0,5
	Melhor valor da EU 15 (2004) (b)	ND	ND
	Portugal - Continente (INS 1998/99)	14,4	0,9
	Portugal - Continente (INS 2005/06)	12,1	1,3
	Norte	12,7	1,5
NUTS II (c)	Centro	10,8	0,2
	Lisboa e Vale do Tejo	11,9	1,7
	Alentejo	15,8	1,6
	Algarve	10,0	1,2

Notas: * Inclui cigarros, charuto e cachimbo

(a) Calculada pelo INSA para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 56.

(b) Não Disponível

(c) NUTS II de 1999

Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

Em 2005/06, a maior diferença entre as percentagens de fumadores do sexo masculino e feminino registava-se na região do Alentejo e a menor na região Centro. Em qualquer dos casos, está ainda longe da meta traçada.

⁸ <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/um-envelhecimento-activo/auto-apreciacao-negativa-do-estado-de-saude-65-a-75-anos/> - acedido em 19-04-09

⁹ <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/um-envelhecimento-activo/tabaco-consumo-diario-65-a-74-anos/> - acedido em 19-04-09

Uma outra meta proposta tinha a ver com o consumo de álcool nos últimos 12 meses, na faixa etária 65-74 anos. Neste caso verificou-se que relativamente ao período 1998/1999, a percentagem de indivíduos do sexo masculino (65-74 anos) que referiu ter consumido álcool nos 12 meses anteriores foi superior à das mulheres. De 1998/99 para 2005/06 registaram-se aumentos relativos de 3,9%, para os homens e de 12,9%, para as mulheres¹⁰. Portanto, relativamente ao álcool, constata-se um aumento do seu consumo, com particular expressão nas mulheres, aumentando assim a divergência face aos melhores valores da União Europeia.

Quadro 4 - Evolução do consumo de álcool dos 65-74 anos

		% de indivíduos que nos últimos 12 meses bebeu alguma bebida alcoólica *	
		Homens	Mulheres
	Meta 2010 (a)	ND	ND
	Melhor valor da EU 15 (2004) (b)	65,5	31,3
	Portugal - Continente (INS 1998/99)	78,6	38,7
	Portugal - Continente (INS 2005/06)	81,7	43,7
NUTS II (c)	Norte	91,0	61,0
	Centro	82,1	38,3
	Lisboa e Vale do Tejo	74,8	36,4
	Alentejo	76,6	20,2
	Algarve	78,0	35,2

Notas: * Inclui vinho, cerveja, bagaço/aguardente/brandy, vinho do Porto/martini/licores, whisky/gin/vodka

(a) Não Disponível

(b) Espanha para ambos os sexos. Eurostat, 2007

(c) NUTS II de 1999

Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

No que se refere à (in)actividade física, também na faixa dos 65-74 anos, não existem dados que nos permitam compreender a evolução relativamente a esta meta. Todavia, através dos estudos desenvolvidos constatou-se que "a percentagem de mulheres que afirmou não ter andado a pé mais de 10 minutos seguidos em nenhum dia da semana anterior à entrevista aumenta com a idade. Para os homens o padrão é mais irregular"¹¹.

Sobre o excesso de peso (65-74 anos), e de acordo com os dados do INS de 1998/99 comparativamente com os de 2005/06, verifica-se que o valor percentual de indivíduos, entre os 65 e os 74 anos, com excesso de peso aumentou em ambos os sexos (0,4% no masculino e 3,2% no feminino). Em 2005/06, a percentagem de homens com excesso de peso era superior à das mulheres em todas as regiões, à excepção da região Norte¹².

¹⁰ <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/um-envelhecimento-activo/alcool-consumo-nos-ultimos-12-meses-65-a-74-anos/>. De notar que a resposta à pergunta tanto pode significar algo desfavorável à saúde (consumo excessivo, portanto insalubre), como favorável (o consumo moderado de vinho tinto poderá ser salutar). A pergunta é inespecífica sobre o modo de consumo e a resposta pode ter várias interpretações, até opostas.

¹¹ <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/10/pnsemfoco2.pdf>

¹² <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/um-envelhecimento-activo/excesso-de-peso-65-a-74-anos/>

Quadro 5 - Evolução da percentagem de indivíduos com Massa Corporal entre 27 e 29,9 dos 65-74 anos

		Percentagem de indivíduos com Índice de Massa Corporal entre 27 e 29,9	
		Homens	Mulheres
	Meta 2010 (a)	19,0	17,0
	Melhor valor da EU 15 (2004) (b)	ND	ND
	Portugal - Continente (INS 1998/99)	26,3	21,6
	Portugal - Continente (INS 2005/06)	26,4	22,3
		24,1	24,6
NUTS II (c)	Norte	23,7	23,0
	Centro	30,0	20,6
	Lisboa	28,0	20,5
	Alentejo	23,4	19,7
	Algarve		

Notas: (a) Calculada pela DGS para Portugal Continental. Fonte: PNS 2004-2010, Vol. 1, pág. 56.

(b) Não Disponível

(c) NUTS II de 1999

Fonte: 3º e 4º INS, INSA/INE.

Para os indicadores “indivíduos com incapacidade de longa duração de grau 1 (65 a 74 anos e 75 a 84 anos)”, não existem dados disponíveis. Existem porém outros dados que não tendo directamente a ver com os indicadores relativos ao envelhecimento activo, acabam por o condicionar.

Assim, e de acordo com o Boletim Informativo do Gabinete de Informação e Prospectiva do ACS relativamente ao Envelhecimento e Saúde em Portugal¹³, constata-se que “de 1999 para 2006, a prevalência da diabetes e da hipertensão aumentou. Evolução oposta foi registada para a asma. No caso da diabetes, o aumento foi pouco relevante nos grupos etários 45-54 e 85 ou mais anos. Nas idades intermédias, os aumentos foram superiores. De acordo com os dados mais recentes, cerca de 17% dos indivíduos entre os 65 e os 84 anos sofre de diabetes. A prevalência da hipertensão na população com mais de 45 anos apresentou um aumento muito relevante, sobretudo para os grupos etários dos 65 aos 84 anos. Para estas idades, a percentagem de hipertensos era aproximadamente 52%, em 2006. A percentagem de doentes com asma aumentou apenas entre os indivíduos com idade entre 45 e 54 anos (de 4,4% para 5,5%). Nos grupos etários superiores registaram-se menos doentes em 2006 do que em 1999. Na população com 85 ou mais anos, a prevalência de asma baixou de 11,3% para 6,8%”.

Segundo o mesmo Boletim do ACS, relativamente à Saúde Mental em Portugal¹⁴, encontram-se mais alguns indicadores preocupantes no que concerne à saúde e bem-estar dos idosos. Assim, constata-se que “as mulheres mostram existência provável de sofrimento psicológico (MHI-5 ≤ 52) mais elevada que os homens, em todos os grupos de idade. Apesar disso, a tendência é menor nas mulheres a partir dos 65-74 anos, nas regiões Norte e Centro; no Alentejo e Algarve os valores mais altos correspondem à população mais velha. Nos homens, os valores aumentam até aos 75-84 anos, à excepção dos residentes no Centro (valor mais alto nos 65-74) e no Alentejo (valor mais elevado no grupo ≥ 85)”. Por outro lado sabe-se que “a baixa escolaridade influencia negativamente o provável sofrimento psicológico, em ambos os géneros e em todas as Regiões”. Ora sabendo nós que a taxa de analfabetismo atinge valores elevados, principalmente nas regiões que são concomitantemente as mais atingidas pelo envelhecimento populacional, aquele dado acaba por penalizar os mais idosos.

Por outro lado, a taxa de mortalidade por suicídio na população masculina é muito superior à da população feminina, em qualquer grupo etário. O aumento desta taxa com a idade é especialmente notório para os homens com mais de 65 anos, o que se deve ao facto do

¹³ <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/10/pnsemfoco2.pdf>

¹⁴ <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/04/pnsemfoco1.pdf>

decréscimo da população masculina ser mais acentuado do que o decréscimo do número de suicídios, nestes escalões etários. Apesar de em todas as Regiões a taxa de mortalidade padronizada para suicídio após os 65 anos ser superior à calculada para a população abaixo dos 65 anos, a diferença entre ambas é mais relevante no Alentejo e no Algarve. Este facto verifica-se tanto para os homens como para as mulheres.

Por sua vez, sobre o consumo de medicamentos sabe-se que “cerca de 36% dos indivíduos com provável existência de sofrimento psicológico consomem medicamentos para a ansiedade, depressão ou para dormir; o consumo é maior nas mulheres (40,7%) e no Alentejo (39,8%). O consumo de anti-depressivos (DDD/hab./dia) tem vindo a crescer nos últimos anos (38,2% entre 2002 e 2006), com destaque para o Alentejo. Em 2006, observam-se fortes variações geográficas de DDD/hab./dia (valor máximo: Castelo de Vide 163; valor mínimo: Miranda do Douro 23,3)¹⁵. Porém, nos idosos, deve considerar-se também a poli medicação. Em Portugal, os idosos poli medicados tomam, em média, 7,3 medicamentos, de acordo com os resultados de uma investigação realizada pelo Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR), divulgada no 26º Encontro Nacional. O estudo, efectuado em 1.487 farmácias, no âmbito da campanha “Viver mais, viver melhor conhecendo os seus medicamentos”, mostra ainda que num universo de 5.008 doentes idosos polimedicados, 25% tomavam 10 ou mais fármacos¹⁶.

Um outro indicador curioso diz respeito à utilização de consultas médicas. Verifica-se que “a percentagem de indivíduos inquiridos que tinha consultado o médico pelo menos uma vez, nos três meses anteriores à entrevista, aumentou na década 1996-2006. Para o grupo etário 65-74 anos, esta percentagem passou de 60,7% para 73,4%. No grupo etário superior o aumento foi um pouco menor: de 65,7% para 73,6%”¹⁷.

Estes dados devem ser cruzados com os relativos à evolução do número de médicos e enfermeiros, nas diversas regiões do país, ao longo do período 2004-2007. Constata-se que houve uma evolução positiva nesses números, todavia, são de novo as regiões mais envelhecidas e geograficamente mais extensas, as que têm valores mais baixos, quer de médicos, quer de enfermeiros.

Para se equacionar adequadamente a resposta às necessidades de cuidados de uma população idosa a crescer a um elevado ritmo, precisamos de analisar também as respostas da Segurança Social. Começamos por referir a diversidade de respostas relativas a apoios de natureza pecuniária. Algumas destas respostas têm já algumas décadas de existência, ainda que actualizadas e outras são mais recentes. Assim, destacamos:

- Complemento solidário para idosos;¹⁸
- Complemento por dependência;¹⁹
- Pensão de sobrevivência;²⁰
- Pensão social de velhice ou invalidez;²¹
- Pensão de velhice;²²
- Taxas moderadoras;²³

¹⁵ <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/04/pnsemfoco1.pdf>

¹⁶ http://www.jmfamilia.com/index.php?option=com_content&task=view&id=661&Itemid=27

¹⁷ <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/10/pnsemfoco2.pdf>

¹⁸ <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9E051D38-E0A9-4209-BDB5-58A3F7CB66DE/0/73197323.pdf>, acedido em 19-04-09

¹⁹ Decreto-lei nº 265/99, de 14 de Julho

²⁰ http://www.cga.pt/Legislacao/DL_19901018322.pdf - acedido em 19-04-09

²¹ http://www.riac.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/F7DF0C4A-8568-419D-B782-9D6DF0E5D499/133118/DL_208_2001.pdf - acedido em 19-04-09

²² http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2007_dl_187_10_05.pdf - acedido em 19-04-09

²³ <http://www.dre.pt/pdf1sdip/2007/12/25100/0917309173.pdf> - acedido em 19-04-09

- Cartão Municipal do Idoso.²⁴

Todavia e apesar deste esforço da Segurança Social, “dos 25 países da União Europeia, Portugal aparece em quarto lugar na percentagem de idosos que vive na pobreza. 29% da população com mais de 65 anos está no limiar da pobreza, com um rendimento inferior a 60% do rendimento médio. Feitas as contas, são cerca de 260 euros”²⁵.

No que diz respeito aos equipamentos sociais (e.g., lares, centros de dia) e de acordo com a “Carta Social”²⁶, existe uma resposta diversificada que se estende a todo o país e que tem vindo a aumentar. A estes equipamentos há que acrescentar ainda o Programa de Conforto Habitacional para Pessoas Idosas²⁷ (PCHI) (Despacho n.º 6716-A/2007, de 5 de Abril e Despacho n.º 3293/2008, de 11 de Fevereiro), bem como o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) e Serviço de Telealarme (STA) e o Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas. Também neste caso alguns dos programas foram instituídos antes do início do actual Plano Nacional de Saúde. Contudo, foram, de algum modo, repensados no contexto de uma resposta que se quer integrada.

Porém, de acordo com Duarte e Paúl (2007)²⁸ “em Portugal, cerca de 51.017 pessoas idosas residem em lares (num total de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos), são maioritariamente mulheres (69%) e 85% dos residentes tem mais de 75 anos de idade (INE, 2002). Neste âmbito, a institucionalização é considerada, por ordem decrescente a terceira resposta social com mais peso (20%) entre as várias valências, reconhecidas pela Segurança Social (Jacob, 2001).” Apesar disso, a taxa de cobertura de lares, centros de dia e serviços de apoio domiciliário para a população idosa era, em 2007, de 11,5%. Pouco mais do que no ano anterior, quando atingia os 11,1%. Isto equivale a dizer que apenas uma em cada nove pessoas com 65 ou mais anos tem uma resposta garantida naquele tipo de equipamento.

Apesar do esforço de alargamento deste modelo de resposta, nomeadamente através do Programa PARES²⁹, há que questionar também a sua qualidade. Sobre esta são de referir alguns elementos no mínimo curiosos.

Os lares para idosos têm definido num manual, um conjunto de regras de implantação, localização, instalação e funcionamento³⁰. Todavia, é interessante verificar não haver nenhuma referência à necessidade de adequar o pessoal ao grau de dependência funcional dos utentes dos lares. Por outro lado faz-se referência à necessidade de haver um enfermeiro por cada 40 utentes, mas não é claro se esse enfermeiro deverá permanecer em horário completo ou apenas em regime de chamada. Nesse manual, nada é referido relativamente ao médico.

Por outro lado, está também definido um Modelo de Avaliação da Qualidade de Lar Residencial³¹. Sobre este, apenas alguns reparos: trata-se de um modelo de carácter generalista, bastante centrado sobre a qualidade da estrutura e dos processos e muito pouco sobre a qualidade dos cuidados. Em estudo recente levado a cabo no concelho de Évora³², através do qual se pretendeu verificar em que fase está a implementação do sistema de gestão

²⁴ http://www.cga.pt/Legislacao/Lei_19990918169.pdf - acedido em 19-04-09

²⁵ http://www.euro.centre.org/data/1156245035_36346.pdf - acedido em 19-04-09

²⁶ <http://www.cartasocial.pt/> - acedido em 19-04-09

²⁷ http://www.cm-almadovar.pt/gas/pdf/despacho_6716_A_2007.pdf; http://www.cm-almadovar.pt/redesocial/guadarecursos/Despacho%203293_2008%20Programa%20Conforto%20Habitacional%20para%20Pessoas%20Idosas%20-%20altera%C3%A7%C3%B5es.pdf - acedido em 19-04-09

²⁸ http://usc.no.sapo.pt/revista_gerontologia.pdf - acedido em 19-04-09

²⁹ <http://195.245.197.196/left.asp?03.06.20> - acedido em 19-04-09

³⁰ http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=17187&m=PDF - acedido em 19-04-09

³¹ http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21707&m=PDF - acedido em 19-04-09

³² Reis, I.C.S. - A Qualidade nos Lares de Idosos do Concelho de Évora. Monografia apresentada à Universidade de Évora para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Bem-Estar das Pessoas Idosas. Não editada.

de qualidade nos lares de idosos, retiraram-se algumas conclusões singulares. A primeira foi que nenhum lar privado aceitou participar no estudo. A segunda foi que nenhum lar de idosos do concelho tem o sistema de gestão de qualidade implementado, logo não há nenhum com certificação de qualidade.

Uma última referência para um sinal preocupante sobre o papel do idoso na nossa sociedade e sobre a capacidade desta para proteger os mais desfavorecidos e que tem a ver com a violência sobre os idosos. De acordo com dados fornecidos pela APAV, é possível constatar que, de 2006 a 2007, se verificou um aumento de 20,4% do total de pessoas idosas vítimas de crime. De 545 vítimas registadas em 2006, passámos a observar 656 vítimas em 2007. Entre 2000 e 2007 a APAV recebeu 3.459 pessoas idosas vítimas de crime. Relativamente ao total de crimes assinalados, entre 2006 e 2007 verificou-se um aumento percentual na ordem dos 15,6%, tendo passado de 1.077 crimes para 1.245, praticados contra pessoas idosas. Entre 2000 e 2007 a APAV registou um total de 7.059 crimes³³.

Em síntese: pode-se afirmar que estão definidas um conjunto de estratégias vocacionadas para dar resposta às necessidades de cuidados aos idosos, ainda que as mesmas sejam múltiplas, complexas e difíceis de integrar. Por outro lado, foram definidos indicadores e metas a atingir no período 2004-2010. De forma genérica, constata-se uma evolução favorável em alguns desses indicadores, mas sempre bastante distantes das metas traçadas. Em alguns outros a evolução é desfavorável (e.g., consumo de determinado tipo de medicamentos, polimedicação). Por sua vez, as respostas sociais têm vindo a aumentar, todavia estão muito longe de corresponder às reais necessidades. A título de exemplo, os idosos portugueses permanecem como os quartos mais pobres da União Europeia; os lares de idosos são insuficientes e com qualidade não sujeita a avaliação, principalmente no que concerne à capacidade de resposta à dependência crescente dos idosos. Por último, uma referência para os indicadores da violência contra os idosos, os quais têm vindo a sofrer um grande incremento, o que denuncia uma realidade, ainda mais preocupante por se abater sobre pessoas vulneráveis.

CONTROLO DA TUBERCULOSE

O controlo da tuberculose progride bem, mas demasiado devagar para o nível de desenvolvimento do País

Os programas de saúde, atravessando verticalmente os vários níveis do sistema de cuidados, reflectem os seus progressos e vicissitudes. Desde 2002, o OPSS tem valorizado o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (*PNT*) como um caso de estudo adequado, uma “situação-marcadora”, que através do seu desempenho, efeitos e impacte, se comporta como uma janela para o sistema de saúde, dando preciosas indicações sobre o seu funcionamento e o da sua interface com a população. O especial interesse deste programa em concreto é explicado mais adiante (Sena et al, 2006).

Incidência – Portugal na Europa e no Mundo

Em 2007, foram notificados 84.917 casos na União Europeia (27 países, taxa de incidência global notificada de 17 por 10⁵ habitantes); em Portugal, em 2008, ocorreram 2 916 casos novos notificados, correspondentes a uma taxa de incidência notificada de 25,3 por 10⁵ habitantes, e estimada de 27,8 por 10⁵ habitantes (i.e., corrigida para a subnotificação estimada). Hoje, a posição de Portugal no mundo, quanto ao valor desta taxa, é de nível médio-baixo, relativamente confortável, muito afastado da África Subsaariana e, mesmo, do leste europeu, localização que é muito semelhante à já descrita no relatório anterior. No quadro

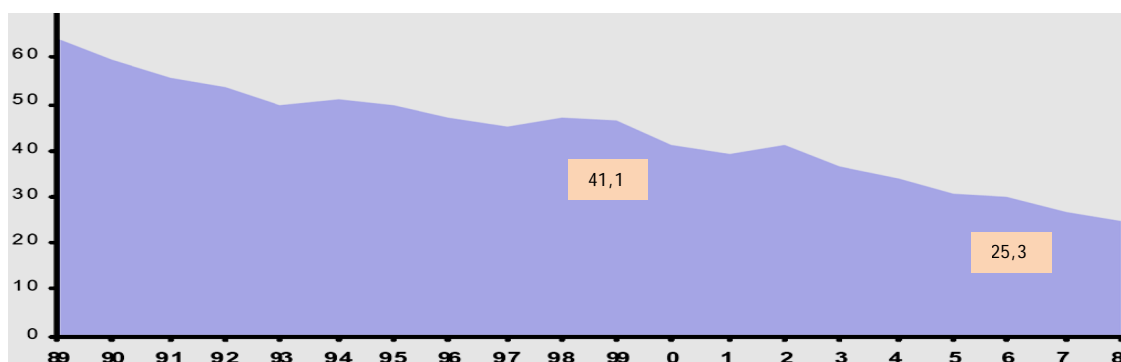
³³ APAV 2008 – Unidade de Estatística - http://jpn.icicom.up.pt/documentos/pdf/Pessoas_idosas_pdf.pdf - acedido em 19-04-09

da Europa, estima-se que Portugal e Espanha tenham níveis de incidência menos favoráveis que os seus vizinhos ocidentais, a par com alguns países da Europa central. (ECDC, 2009; OPSS, 2008; Portugal, MS, DGS, 2009a; WHO, 2009)

Incidência – Evolução no tempo e ameaças ao controlo

O grau de endemia tem vindo a reduzir-se lenta, mas firmemente, a uma velocidade média anual de 7,2% nas últimas duas décadas (figura 3). Mesmo que esta evolução favorável possa ser parcialmente explicada pelo desenvolvimento social, sem dúvida ela deve-se sobretudo ao desempenho do PNT. Seria, no entanto, de esperar que esta evolução favorável fosse mais rápida, considerando o grau de desenvolvimento do País (Frieden, 2002).

Figura 3 - Taxa de incidência de tuberculose em Portugal, 1989 a 2008, (10^{-5})



Fontes: OPSS, 2002; Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2009.

O Programa tem tido que enfrentar ameaças externas ao controlo, como as materializadas pela imigração a partir de países com níveis de prevalência bastante mais elevados (13,6% dos casos notificados são estrangeiros, sobretudo da África Subsaariana – a endemia é, pois, predominantemente explicada pelos casos nacionais), a infecção pelo VIH (14% dos casos, a maior percentagem da Europa, contudo a reduzir-se 34% nos últimos cinco anos), a toxicod dependência (13% dos casos em 2006), e a pobreza. A percentagem de co-infecção pelo VIH deve estar subestimada, uma vez que não terão sido testados para esta infecção todos os casos de tuberculose pulmonar notificados e com expectoração. A localização foi pulmonar em 75% dos casos, estimando-se que pelo menos 60% destes eram contagiosos. (Portugal, MS, DGS, 2007, 2009a; WHO, 2009).

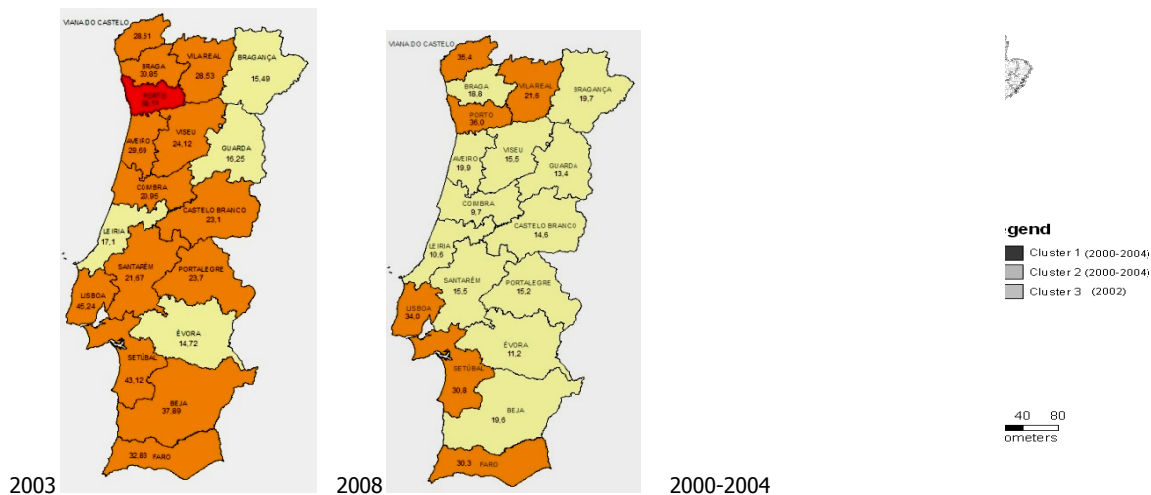
No ano de 2000, em referência na edição de 2002 do Relatório de Primavera (RP), em que se fez a primeira menção ao controlo da tuberculose, a taxa de incidência notificada era de 41,1 por 10^5 habitantes, como a figura mostra (OPSS, 2002).

Incidência – Evolução espaço-temporal

Mantém-se a acentuada heterogeneidade geográfica da incidência notificada, mas o número de distritos com taxas de incidência acima de 20 por 10^5 habitantes reduziu-se muito nos últimos cinco anos (figura 4). Esta informação deve ser valorizada com prudência, dado que se desconhece qual a influência da possível heterogeneidade geográfica das taxas de detecção na imagem final mostrada na figura. Embora com o mesmo problema de interpretação, Nunes *et al.* (2008) identificaram que as aglomerações espaço-temporais de casos em Lisboa, Setúbal e

Porto não são explicáveis por erros aleatórios, nem por artefactos devidos à técnica de representação gráfica. (Portugal, MS, DGS, 2009a)

Figura 4: Taxas de incidência notificada da tuberculose em Portugal em 2003, em 2008 e mapa de aglomerados em 2000-2004



Taxas por 10⁵ habitantes. Tons nas imagens à esquerda - distritos com incidência >50: escuro; intermédia (20-49): médio; distritos com baixa incidência (<20): claro. As Regiões Autónomas da Madeira e Açores têm <20 (10⁻⁵) em ambos os anos.

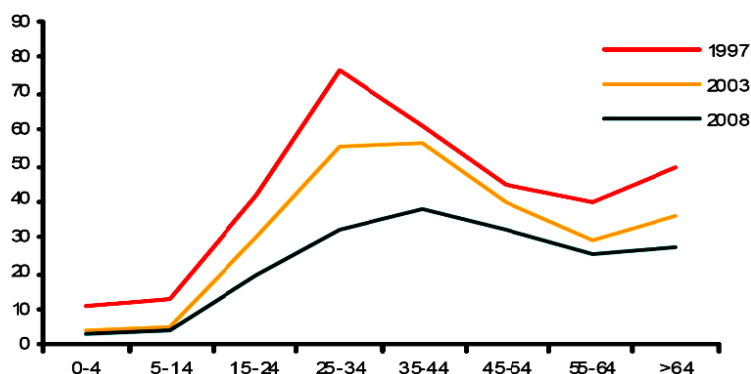
Fontes: Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2009; Nunes *et al.*, 2008.

Nas acentuadas assimetrias regionais, já bem conhecidas em 2002, os distritos mais afectados têm sido o Porto, Lisboa e Setúbal, que então contribuíram com 2/3 dos casos nacionais. (Portugal, MS, DGS, 2002)

Nível de endemia

A melhor evidência de que o nível de endemia se está a reduzir do modo consistente é o aumento progressivo da idade mediana dos casos (em 2008, o grupo etário mediano foi o dos 35 a 44 anos) e também, correspondentemente, a mudança favorável do padrão de distribuição das incidências por grupos etários (figura 5). Essa mudança significa menor ocorrência de infecções recentes em adultos jovens, enquanto aumenta o peso relativo dos casos resultantes de reactivação de infecções antigas, em idades acima dos 64 anos (Portugal, MS, DGS, 2009a).

Figura 5 - Padrões de distribuição etária das taxas de Incidência (10^{-5}) em 10 anos - evolução de 1997 a 2008



Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2009.

Desempenho do PNT

Confirmou-se em 2007 uma taxa de detecção de 91% (estimada pela OMS, uma das melhores da Europa) e de sucesso terapêutico de 87%, tendo ficado consolidada a localização de Portugal na visada "zona-alvo" de desempenho, como a OMS preconiza, conseguida em 2004. Neste aspecto, mantém-se a localização de Portugal no contexto dos países aderentes à estratégia DOTS, já divulgada no relatório anterior. Isto significa que se estima que escapem à notificação cerca de 8% de casos ocorridos e que, dos identificados no sistema de vigilância, perto de 13% não concluem com sucesso o tratamento; todos são, portanto, potencialmente infectantes e, sobretudo os últimos, passíveis de disseminar bacilos resistentes a um ou mais antibióticos. Será a dinâmica destas duas dimensões, com as suas determinantes, que mantém a lentidão na evolução favorável da endemia; mas também é explicável por algum optimismo na estimativa da detecção ou, ainda, pelo efeito desfavorável da melhoria dessa detecção sobre a imagem notificada. (OPSS, 2008; Portugal, MS, DGS, 2009a; WHO, 2009)

Infelizmente, alguns determinantes de infecção e de doença na população também se comportam como ameaças ao efeito e ao impacto do PNT, como se vê pelo quadro 6, quanto ao sucesso terapêutico, se bem que evidenciando ganhos recentes. Representam um enorme desgaste dos profissionais prestadores e uma importante fonte de incerteza quanto aos resultados. O baixo sucesso terapêutico é, por sua vez, um preditor de maior risco de surgimento de resistências aos antibióticos (Portugal, MS, DGS, 2009; WHO, 2009).

Quadro 6 - Sucesso terapêutico em Portugal, conforme os grupos de risco considerados, nos casos de tuberculose MR/XDR (avaliações em 2007 e 2008)

Grupos de risco	Avaliação 2007	Avaliação 2008
Sem risco	93%	91%
Imigrantes	76%	84%
Toxicodependentes	65%	70%
Infectados VIH	63%	70%
Sem abrigo	56%	69%
TB MR	44%	56%
XDR TB	19%	41%

Fonte: Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2009.

No mencionado ano de 2000, a taxa de detecção estimada tinha sido de 83% e a de sucesso terapêutico de 82% (Portugal, MS, DGS, 2002).

A ocorrência de tuberculose multirresistente primária parece estacionária e foi identificada em 2% dos casos novos, em 2008, um valor relativamente baixo, próximo da média europeia, mas exigindo particular atenção. A sua versão extrema ("tuberculose XDR") manifestou-se apenas em 34% dessa proporção. A perigosa natureza do fenómeno em causa justifica uma vigilância dedicada e os maiores cuidados para que a doença se mantenha tratável, estando de facto sujeito a um subprograma específico de acompanhamento pela DGS. A interpretação destas percentagens também deve ser cautelosa, pois não foi divulgada a proporção dos novos casos cuja expectoração foi sujeita a testes de sensibilidade aos antibióticos. Já em 2002 era manifestada preocupação com a multirresistência, de que a primária ocorrera em 2,3% dos casos. (Portugal, MS, DGS, 2002; Portugal, Ministério da Saúde, DGS, 2009a)

Em síntese: O OPSS tem acompanhado, de modo independente, a evolução do controlo da tuberculose em Portugal, sobretudo pelo facto de o respectivo programa configurar uma boa "situação-marcadora" do desempenho do sistema de saúde. Trata-se de um programa construído de acordo com a tecnologia e a cultura da acção por programas efectivos, alinhado por uma estratégia internacional consagrada, com um sistema de informação e uma coordenação próprios, escrutinável e voluntária e anualmente exposto à avaliação externa. Os exercícios de apreciação epidemiológica crítica realizados evidenciam que o progresso no controlo, ainda que lento, é firme, durante esta década em observação. O desempenho bastante razoável do PNT dever-se-á à qualidade do fundamento e da organização do Programa e traduz um esforço muito meritório tanto de coordenação, como de prestação de cuidados. Como é na primeira linha do sistema de saúde, em contacto com a população, que se está a decidir o grau de controlo, os aspectos obviamente a melhorar referem-se sobretudo à efectividade dos serviços de proximidade, caso a caso, à sua articulação funcional, à convicção dos profissionais quanto ao seu papel no controlo e à imagem que a heterogénea população tem dos serviços e da própria doença. Estes aspectos são fontes de fragilidade do sistema de saúde para enfrentar as ameaças externas ao PNT existentes, programa que também sofre com as atribulações e mudanças nos serviços; ameaça adicional é a crise social que se avoluma.

Enquanto concretização da tecnologia e da cultura de intervenção por programas, é uma boa experiência a ser tida em conta por outros programas de saúde.

CONTROLO DO TABAGISMO

Um dos aspectos prioritários do Plano Nacional de Saúde. Muito foi feito, muito ainda por fazer.

O Plano Nacional de Saúde (PNS 2004/2010), como documento estratégico de implementação de mudanças no âmbito da protecção e promoção da saúde dos portugueses, identifica o tabagismo como aspecto prioritário.

Neste contexto destacam-se quatro objectivos no PNS:

- Diminuição da prevalência de fumadores;
- Salvaguarda dos direitos dos não fumadores e legislação adequada para o controlo do tabagismo;
- Intervenções estruturadas nos cuidados primários e restantes serviços de desabitação tabágica;
- Política de controlo de preços sobre os produtos do tabaco.

Aceite pela OMS como uma doença (WHO, 1996), deve-se avaliar de que forma é que o tabagismo foi abordado em termos práticos no âmbito do PNS, tendo por base os princípios de promoção de saúde e protecção da doença, de uma forma transversal, equitativa, tendo em

conta o ciclo de vida e os diferentes *settings*. Se esta abordagem foi devidamente realizada para o tabagismo em Portugal, então é pouco razoável do ponto de vista metodológico que não tenham sido desenhados posterior e consequentemente todos os restantes passos que conduzissem ao desenvolvimento de um Programa nacional vertical, especificamente dedicado ao tema, com subsequente mobilização de recursos e actores.

No PNS foram definidos à data da sua criação 40 programas nacionais de saúde, transformando-o num plano bondoso na abundância mas com incapacidade de exequibilidade prática, pela quantidade e dispersão de áreas. De forma a ultrapassar estas fragilidades o Alto Comissariado da Saúde (ACS) seleccionou em 2006 quatro programas que permitiriam uma concentração estratégica: doença oncológica, infecção VIH/SIDA, saúde das pessoas idosas e doenças cardiovasculares, aos quais se juntaria mais tarde, a saúde mental.

O tabagismo aparece referenciado transversalmente em, pelos menos, 20 dos 40 programas, e em três dos programas prioritários mas, apesar de delineadas metas específicas para 2010 nesta temática, não foi delineada uma estratégia individual para o conseguir.

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

Notas: (1) DGS. Os dados da situação actual referem-se a 2001

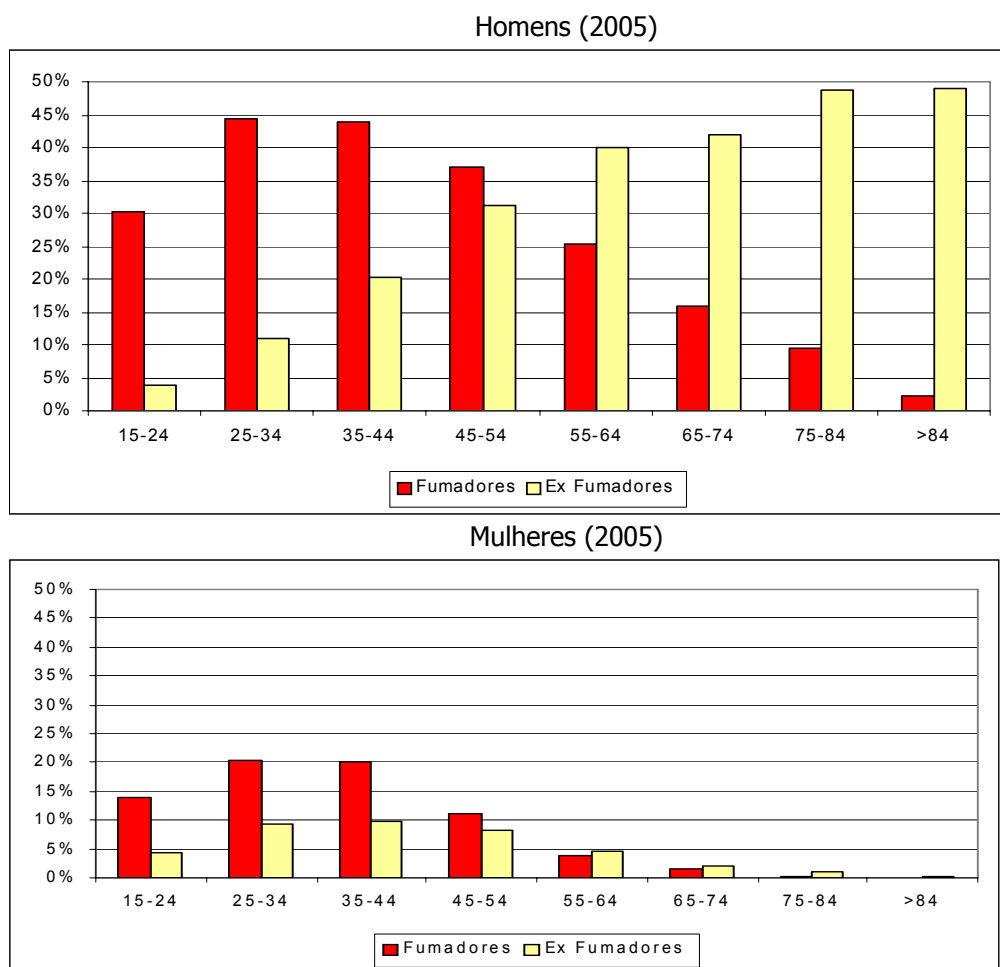
(2) INSA. Os dados da situação actual referem-se a 1997/98

Fonte: PNS

A análise dos dados disponíveis para os últimos anos aponta para uma evolução complexa e com sentidos distintos verificando-se que 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 20,2% traduzindo um aumento de 0,8% nas mulheres e uma redução de 1,8% nos homens, quando comparada com os dados obtidos em 1998. O tabagismo cresceu até ao grupo etário dos 25 aos 34 anos, reduzindo uniformemente a partir deste escalão, em ambos os sexos. Assim, as metas traçadas no PNS dificilmente serão atingidas até 2010.

Apesar da inexistência de um Programa vertical, existiu uma consciencialização da necessidade do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. Nesta linha, já no Relatório de Primavera de 2006 se fez referência à assinatura da Convenção quadro da OMS em Novembro 2005, em linha com mais 168 países, assim como o início do processo de implementação de legislação nacional compatível com esta.

No entanto o cumprimento desta Convenção foi comprometido, pelo menos num determinado momento. Na verdade, 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 com a marca de tabaco Marlboro, num apelo ao controle do comércio de cigarros de origem ilícita (<http://www.philipmorrisinternational.com/PT/local/images/content/Folheto.pdf>) em claro incumprimento da Convenção Quadro que se encontra transcrita para o ordenamento jurídico português (Diário da República, de 8 de Novembro de 2005, Série A), nomeadamente, o Artigo 13, ponto 4 (entre outros), onde é clara a condenação de todas as formas de publicidade, por qualquer meio.

Figura 6 - Prevalência de fumadores na população residente no Continente

Fonte: INS 2005/2006

Em 14 de Agosto de 2007 foi publicada a Lei nº 37/2007 que aprovou a norma para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo, a qual apenas entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2008.

Em 2009, a DGS apresentou os resultados de um estudo transversal de percepção sobre o grau de satisfação dos portugueses relativamente ao impacto da Lei nº 37/2007. Apesar da maioria dos cidadãos ser a favor da proibição de fumar (desde 98% nos serviços de saúde até 61% nos bares, *pubs* e discotecas), apenas 55% considerou que a lei é penalizadora para os fumadores. Quanto à percepção do impacto na saúde, 35% dos inquiridos afirmaram ter sentido melhorias a esse nível. Tal exigirá algum espaço de reflexão: até que ponto esta percentagem não traduzirá oportunidades de melhoria quer ao nível do apoio específico e suplementar a determinados subgrupos de cidadãos (nomeadamente os doentes das patologias respiratórias, grávidas e crianças) e à sua rede de contactos próximos (família), quer facilitando o percurso de cessação tabágica dos fumadores (acesso aos serviços de saúde, tratamento participado pelo Estado, apoios na comunidade), quer ainda através de sensibilização/informação pública especialmente dirigida. Para suportar esta reflexão, salienta-se o facto de 43% dos inquiridos ter afirmado que fuma todos os dias em casa, independentemente da presença ou não dos subgrupos identificados atrás e de existir ou não a Lei do “tabaco”.

Quanto às atitudes e comportamentos, o mesmo estudo mostrou que 54% dos fumadores afirmaram já ter tentado deixar de fumar pelo menos uma vez na vida. Concretamente devido ao impacto da lei do “tabaco”, 71% não modificou o seu hábito de fumar contra 5% dos

fumadores que declarou que deixou de fumar e 22% que diminuiu o seu consumo. Apesar da lei referida não se destinar especificamente aos fumadores, mas sim à protecção dos não fumadores, deve-se salientar a necessidade de identificação das causas que levaram a que tão elevada percentagem de fumadores não tenha alterado os seus hábitos tabágicos, para que as medidas futuras a tomar sejam mais bem fundamentadas e efectivas (abordagem diferenciada aos fumadores, ex-fumadores e não fumadores, mas contínua e integrada no seu todo, complementar ou suplementar quando necessário nas suas várias vertentes, *settings* e particularidades). Importa igualmente avaliar longitudinalmente o processo de abstinência do tabaco, perante as elevadas taxas de recaída manifestadas por aqueles que abandonam o tabaco por sua iniciativa.

Apesar do Relatório de Primavera 2006 ter antecipado que um dos riscos de fracasso da implementação da Lei nº 37/2007 seria o precário desenvolvimento de consultas de cessação tabágica de apoio aos fumadores motivados para deixar de fumar, relacionado sobretudo com a falta de recursos humanos e financeiros no SNS para tal, ainda não se antecipava devidamente o impacto da reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) sobre esta matéria. Pressupunha-se que a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) e a sua nova dinâmica organizacional e de funcionamento permitisse o crescimento do número de consultas de cessação tabágica. Não está verificado este pressuposto, havendo em alguns pontos uma retracção da oferta, enquanto em outras zonas do país parece assistir-se a uma oferta que excede a procura, sendo de realçar as considerações levantadas em Relatórios de Primavera anteriores relativamente à representação social que o tabagismo tem junto dos cidadãos (longe da caracterização atrás referida de “doença” caracterizada pela OMS). Este elemento será melhor observado no decurso do seu desenvolvimento, na medida em que a recente configuração das USF permite-lhes desenvolver contratos programa que incluem actividades específicas no âmbito do apoio à cessação tabágica. No entanto, há a referir que se constatou uma elevada procura de apoio após a entrada em vigor da lei referida, a nível da linha de saúde pública e do portal centrado no cidadão www.parar.net.

Algumas contribuições importantes que poderão estar relacionadas com o processo de aumento de competências dos profissionais de saúde dos CSP na cessação tabágica são as várias formações (incluindo a formação pós graduada TPC perspectivada em termos de saúde pública), a criação da Sociedade Portuguesa de Tabacologia (primeira organização multidisciplinar do género em Portugal), a actualização em 2007 das Normas de Orientação Clínica para a Cessação Tabágica – CEMBE 2007, bem como um documento técnico produzido pela DGS focando um Programa-tipo de actuação – DGS 2007.

O aumento da consciencialização para o problema que o tabagismo representa foi patente no estudo “Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal” (Gouveia et al., 2008). Das doenças mais relevantes associadas ao tabagismo destacam-se algumas neoplasias malignas, as doenças cardiovasculares, a doença vascular cerebral e as doenças respiratórias. Seria importante analisar detalhadamente o subgrupo dos ex-fumadores, uma vez que, preocupantemente, a prevalência de mulheres decresceu neste sub-grupo a partir dos 34 anos, enquanto o sub-grupo dos ex-fumadores homens cresceu homogeneamente com a idade. Mostra-se assim a importância das medidas políticas na prevenção do tabagismo, no acesso e na adequação das intervenções relacionadas com o tratamento dos fumadores. Gouveia estimou ainda que 11,7% das mortes em Portugal foram atribuíveis ao tabagismo, enquanto a carga da doença medida através dos anos de vida perdidos por incapacidade (DALYs) gerados pela mortalidade precoce atribuível ao tabaco foi de 11,2% de todos os anos perdidos. Se todos os fumadores passassem a ex-fumadores, a carga da doença medida pelos DALYs poderia reduzir-se em 5,8% e as mortes em igual percentagem.

Os ganhos em saúde, decorrentes da transferência entre os sub-grupos atrás referidos, viriam essencialmente da redução do cancro do pulmão e do AVC. Em média, cerca de 56% da carga da doença atribuível ao tabagismo desapareceria se todos os fumadores cessassem o consumo de tabaco. Por outro lado, os custos totais para o sistema de saúde com as doenças relacionadas com o tabaco em 2005, foram estimados em 1.319 milhões de euros, sendo

32,1% relacionados com o internamento hospitalar. Do total, em euros, as doenças respiratórias representaram 350 milhões, as neoplasias malignas 170 milhões e as doenças cardiovasculares 800 milhões.

Algumas considerações relacionadas com os impostos sobre o tabaco devem ser alvo de reflexão. Em 2002, o Estado recebeu um total de 1.159,6 milhões de euros provenientes de impostos sobre o tabaco. Assim, existe a percepção de que o cenário mais provável de que o impacto de políticas públicas tomadas fora do sector da saúde, nomeadamente conduzindo ao aumento de preços e impostos sobre o tabaco, poderia ter consequências positivas sobre a redução do número de fumadores e sobre os ganhos em saúde da população, teria também um impacto considerável ao nível económico-financeiro. No entanto, esta ligação não está estabelecida. A fraca avaliação nacional do contrabando de tabaco (que manifestamente tem sido alvo de várias notícias na comunicação social) revela a precariedade dos dados que permitam uma avaliação consistente desta medida. São necessários mecanismos transversais para permitir uma avaliação mais detalhada perante o vazio existente (que se reflecte na ausência de informação oriunda quer por parte do Ministério das Finanças, ou outro organismo nacional). Esta balança será sempre difícil de equilibrar e estudos quantitativos de avaliação do impacto na saúde serão necessários para apoiar as decisões políticas, com envolvimento intersectorial, com uma linha de continuidade perceptível e perpetuada para além dos ciclos políticos e que progrida no sentido dos ganhos em saúde da população e da maior equidade e acesso à prevenção e ao tratamento do tabagismo.

Para permitir uma avaliação ao nível Europeu de alguns dos aspectos da qualidade de cuidados de saúde no tabagismo, a OMS fez um inquérito aos países no sentido de avaliar os registos nacionais e consequente comparação das intervenções médicas e não médicas existentes ao nível dos vários sistemas de saúde europeus. Verificou-se que este tipo de base de dados não existia em Portugal apesar de tão indiscutivelmente necessária para comparabilidade e *benchmarking* e adopção de boas práticas.

Em 2007, foi constituído um grupo de peritos independentes multidisciplinar e multiprofissional, que se reuniu para debater o tabagismo em Portugal com base na mais recente evidência de qualidade disponível. Este grupo de reflexão constituiu-se como um *Think Tank* denominado "Portugal sem Fumo".

Em 2008, a base de evidência para debate foi o "Estudo Comparativo da Carga e dos Custos das Doenças Relacionadas com o Tabagismo e o Alcoolismo" liderados por Miguel Gouveia e António Vaz Carneiro. As recomendações deste *Think Tank* foram publicamente apresentadas e divulgadas em cada um dos anos através da comunicação social e do sítio www.portugalsemfumo.org.pt.

Para além de tudo o que já foi salientado ao longo deste capítulo, as recomendações do "Portugal sem Fumo" acrescentam ainda aspectos relacionados com a carência de informação simples, apelativa, socialmente integradora, estrategicamente dirigida a populações específicas, que apele a comportamentos saudáveis e simultaneamente esclarecedora dos malefícios do mesmo. A continuidade e periodicidade destas campanhas, assim como a utilização de canais e tecnologias de informação mais dirigidas às populações-alvo foram igualmente recomendadas.

Foi posta em evidência neste debate a fundamental necessidade de consideração da representação social que o tabagismo possui na população portuguesa, não o considerando uma "doença". Por isto, é necessária uma reestruturação da sensibilização à população, da prática dos profissionais de saúde, bem como uma revisão das estratégias que devem ser descentradas relativamente às unidades de saúde tradicionais conotadas com o modelo patogénico.

Realçada foi também a necessidade de um plano estruturado e concertado, em que as medidas coercivas (lei do "Tabaco") fossem acompanhadas por outras - informação, educação,

prevenção, tratamento – de forma a potenciarem positivamente o impacto em ganhos de saúde.

Aquele grupo de peritos chamou ainda a atenção para a necessidade de adaptação da formação pré e pós-graduada em tabagismo dos profissionais de saúde, a adopção de boas práticas baseadas em evidência e o alargamento do número de especialidades médicas com capacidade de intervenção a este nível (cardiologistas e pediatras, por exemplo). Tornou-se também clara a necessidade de existir mais informação pública sobre os meios colocados pelo SNS à disposição das populações relativamente ao tabagismo.

Em síntese: Muito foi feito na área do tabagismo nesta última década, embora nem sempre seguindo uma estratégia sólida e coerente e, sobretudo, com graves lacunas a nível da sustentação e acompanhamento das medidas adoptadas por via da insuficiente informação de base. Desta forma, muito há ainda por fazer, apesar dos primeiros passos que foram dados no bom sentido, tornando-se imperativo dar continuidade efectiva à abordagem deste problema de saúde pública, corrigindo as lacunas e deficiências detectadas até ao presente, a par com outro intimamente relacionado a esta forma de adição: o alcoolismo.

3.3 O processo de mudança nos cuidados de saúde primários

«A reforma dos cuidados de saúde primários é um acontecimento extraordinário na sociedade portuguesa»

O processo de mudança nos cuidados de saúde primários (CSP) permitiu a validação das perspectivas do OPSS, desenvolvidas ao longo de uma década, sobre a necessidade de intervir em aspectos concretos, como a questão do acesso, da reorganização e reestruturação da prestação, da adopção da inovação, da renovação dos serviços de saúde pública, do desenvolvimento de sistemas de gestão da qualidade, da consolidação da contratualização e reformulação do financiamento, do incentivo à descentralização e responsabilização, do apoio à participação da comunidade, do suporte legislativo e da redefinição da política de recursos humanos.

Desde 2005 que se tem vindo a assistir à implementação das mudanças preconizadas. No entanto, parece ainda haver espaço para que o OPSS assinala, de novo este ano, a questão dos recursos humanos, sublinhando a importância de alargar a toda a rede de CSP o modelo de organização em equipas multi-profissionais e o tema dos sistemas de informação, reiterando a necessidade de se garantir a sua interoperabilidade, como aspectos fulcrais que importa mudar.

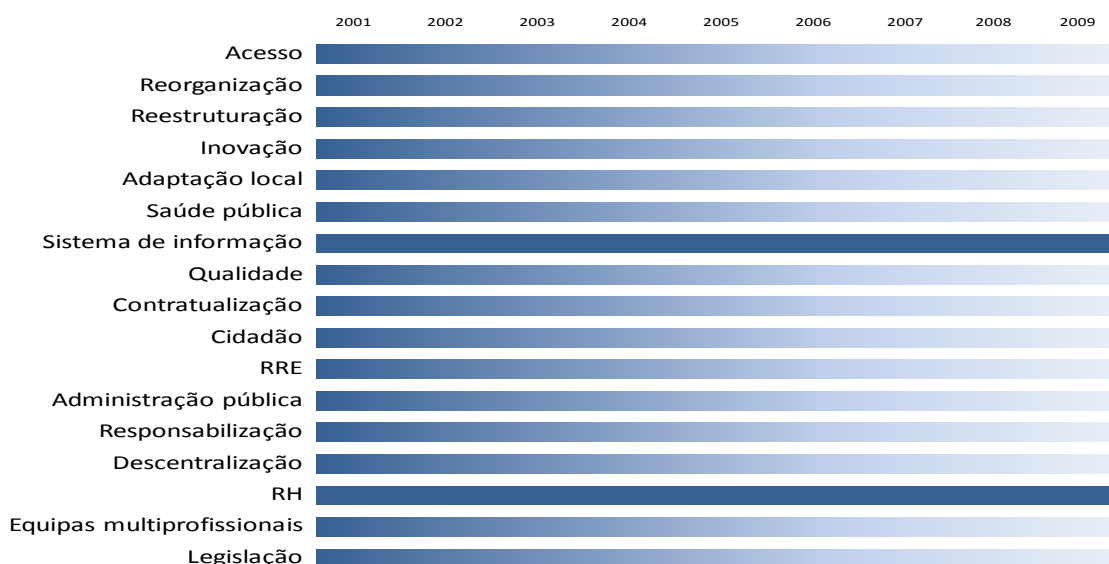
A análise que o OPSS tem vindo a desenvolver ao longo da sua década de existência, no âmbito dos CSP, alerta para a importância que estes assumem para o desempenho global do SNS, uma vez que se constituem como o seu núcleo central e a principal via de contacto dos cidadãos com o sistema de saúde.

Na Figura 7 é possível verificar que foram várias as áreas que o OPSS sinalizou como aspectos que necessitavam de alterações, mais ou menos profundas. A cor da imagem vai-se desvanecendo à medida que a reforma dos cuidados de saúde primários foi concretizando a mudança, reduzindo-se assim a ênfase de análise por parte do OPSS.

A questão do acesso aos cuidados foi, desde o início, uma preocupação do OPSS, que desde sempre chamou a atenção para a necessidade de criação de dispositivos e mecanismos que reconhecessem a diversidade e introduzissem inovação organizacional, permitindo disponibilizar cuidados adequados às necessidades específicas das populações e às características locais, sublinhando a importância do novo modelo de organização promover a autonomia, a responsabilização e a capacidade de adaptação a diferentes realidades.

A saúde pública, enquadrada nos cuidados primários, foi também desde sempre considerada como um elemento fundamental para a renovação do sistema de saúde, apontando-se o investimento em formação e equipamento técnico para o adequado funcionamento das respectivas estruturas. Este ponto de vista veio posteriormente a ter tradução prática na criação das unidades de saúde pública, integradas nos novos agrupamentos de centros de saúde.

Figura 7: Áreas dos cuidados de saúde primários, analisadas pelos vários Relatórios de Primavera



Fonte: OPSS, 2009

Por outro lado, sempre se afirmou que a reforma devia ser acompanhada pela evolução consistente dos sistemas de informação, pelo desenvolvimento de sistemas de gestão da qualidade, pela consolidação do modelo de contratualização e pela adopção de modelos retributivos associados ao desempenho.

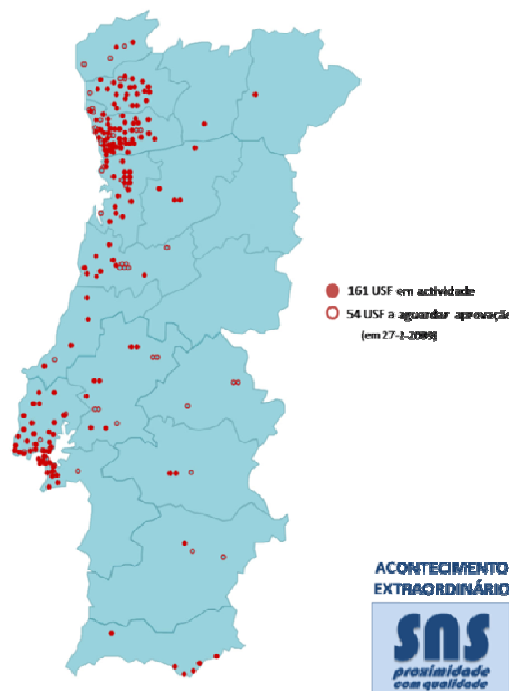
Em 2002, o OPSS desenhou um conjunto de cenários possíveis (para os cinco anos seguintes). O primeiro destes cenários apontava para o predomínio de uma reorganização da prestação, no âmbito da qual coexistiriam centros de saúde com e sem autonomia, o que veio a verificar.

Em 2003, o OPSS referiu os resultados do relatório da Inspeção-Geral da Saúde para sublinhar os factores dos cuidados primários que necessitavam de desenvolvimento (organizacionais e de recursos humanos), onde se destacava a inexistência de equipas multidisciplinares, a ausência de um bom modelo de marcação e gestão de consultas e o insuficiente número de médicos e de enfermeiros. Já as primeiras experiências de regimes remuneratórios experimentais (RRE), associados ao desempenho, eram ali apontadas como um bom exemplo de inovação organizacional. A reforma iniciada em 2005, tem prosseguido nesta direcção. Neste ano, o OPSS procedeu, mais uma vez, à construção de cenários, que iam desde uma mudança limitada ou de re-acomodação, passando pelo descongelamento, até à desconstrução. Nos últimos anos, tem-se verificado um processo de descongelamento técnico, cultural e institucional, iniciado perifericamente, com uma efectiva responsabilização pelos resultados.

Em 2004, o OPSS manteve a tradição de construir cenários, destacando a continuidade do cenário de descongelamento e a passagem progressiva a uma fase de descongelamento regulado, centrando-se na identificação e disseminação de experiências inovadoras (na altura os grupos RRE, alguns dos quais já hoje denominados unidades de saúde familiar - USF), na protecção da saúde da comunidade e no desenvolvimento dos cuidados continuados.

Na continuidade das análises prospectivas do OPSS, em 2005, os cenários construídos apontavam para um caminho de mudança difícil e limitada (acomodação), passando por um cenário de incrementalismo/fragmentação, até ao cenário que parecia o mais favorável e o mais benéfico quer para o sistema de saúde, quer para o cidadão: o novo serviço público de saúde, em que um discurso consistente apoiado por uma direcção estratégica e rigorosa levassem à implementação efectiva de políticas de saúde, o que estimularia os actores sociais a fazerem parte do processo de mudança. Uma das preocupações que o OPSS também manifestou foi a necessidade de integração de outras profissões nos cuidados de saúde primários, como, por exemplo, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, entre outros, o que até agora não evoluiu, como seria conveniente, tal como ainda não concretizou o necessário desenvolvimento dos sistemas de informação e a sua interoperabilidade.

A reforma iniciada em 2005, hoje já reconhecida como um «acontecimento extraordinário da sociedade portuguesa», tem vindo a responder a muitas das preocupações do OPSS nesta área, sendo que os resultados apresentados parecem permitir um aligeiramento da análise necessária. Um dos principais aspectos que tem vindo a registar mudanças significativas, desde 2005, é o acesso aos cuidados de saúde primários. As 161 USF que iniciaram actividade até Fevereiro de 2009 permitiram que 207.867 utentes passassem a ter médico de família, o que corresponde a um ganho assistencial de cerca de 11,7%. (GCR CSP, 2009) Tudo indica que as 54 candidaturas que, à mesma data, aguardavam aprovação, contribuirão para potenciar esta evolução positiva no acesso.



Em 2008, assistiu-se à continuidade do discurso e dos aspectos essenciais da agenda política, apesar da mudança de ministro da saúde (do mesmo partido). A publicação do diploma que regula a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES)³⁴, veio reorientar o enfoque da reforma, que até então se centrava muito sobretudo nas USF. O decreto-lei define o regime, organização e funcionamento dos ACES, estabelecendo uma delimitação geográfica correspondente a NUTS III, agrupamento de concelhos, concelho ou grupo de freguesias, tendo em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e factores geo-demográficos.

Até ao momento (Maio de 2009), definiram-se três ACES para a Região do Algarve, 24 para a Região Norte, 16 para a Região Centro, três para o Alentejo e 22 para a Região de Lisboa e Vale do Tejo. Todavia, o atraso na implementação efectiva dos ACES tem sido apontado por vários actores sociais como a maior lacuna da reforma dos cuidados primários. No entanto, nenhum dos ACES previstos para as Unidades Locais de Saúde, entretanto criadas, foi ainda implementado.

A reforma tenderá a consolidar-se, com o desenvolvimento das unidades funcionais dos ACES (unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de cuidados na comunidade, unidades de saúde pública, e unidades de recursos assistenciais partilhados), o que completará a estrutura dos novos centros de saúde.

Parece haver preocupação em assegurar uma boa liderança no terreno, o que já havia sido preconizado pelo OPSS, tendo-se iniciado, em 2009, o programa de formação dos dirigentes

³⁴ Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro

dos ACES, directores executivos indigitados e, em algumas regiões, também dos membros indigitados para os conselhos clínicos. Este processo formativo iniciou-se, como desejável, antes da implementação dos serviços que vão dirigir.

As unidades de saúde pública, criadas no âmbito dos ACES, são também uma novidade que pode marcar a diferença entre esta e as anteriores reformas, contribuindo para a renovação há muito esperada, da saúde pública, tendo sido desencadeado também o programa de formação dos seus dirigentes.

A implementação dos ACES cria uma oportunidade para o desenvolvimento da governação clínica e de saúde, que assenta sobretudo num «conjunto de conhecimentos, atitudes e capacidades de “pilotagem” clínica e de saúde, para garantir que cada unidade funcional e o agrupamento no seu todo, atinjam os objectivos intermédios e finais definidos para cada etapa do percurso da organização, com o envolvimento activo de todos os profissionais e também dos utentes e da comunidade, num processo de desenvolvimento contínuo da qualidade em saúde»³⁵.

Do relatório atrás referido do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários ressalta que há que proteger, aprofundar e divulgar os princípios fundamentais da reforma. E porque há necessidade de que os seus efeitos se sintam no terreno, há que implementar rapidamente os ACES, incentivando a criação das USF e das novas unidades, apostando na diminuição das desigualdades de acesso e procurando aprender com a experiência colectiva.

É também referida a necessidade de clarificar o que se entende por «autonomia administrativa» dos ACES para que, em termos práticos, se operacionalize a descentralização da gestão, um dos processos mais importantes na constituição dos ACES. Por fim, considera-se ser vital para o cidadão a perfeita integração horizontal dos cuidados de saúde, isto é, que o processo de cuidados de saúde reconheça a necessidade de eliminar as barreiras actualmente existentes entre serviços de saúde, sejam eles de cuidados primários, hospitalares, continuados ou de saúde pública.

Em síntese: A reforma dos cuidados de saúde primários prossegue, sendo ainda necessário estimular a expansão das USF, desenvolver estratégias específicas para as áreas rurais, criar e consolidar as unidades funcionais que compõem os ACES, implementar e desenvolver estas novas estruturas como organizações de “novo tipo”, promovendo a sua autonomia de gestão, apoiar a integração de outros grupos profissionais nos CSP, investir nos sistemas de informação e na questão essencial da sua interoperabilidade, reduzir as ainda existentes desigualdades no acesso, incrementar a articulação com os hospitais e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI), de modo a assegurar-se uma efectiva continuidade de cuidados.

No processo de mudança, iniciado em 2005, destacam-se como aspectos essenciais:

- A criação das USF como o passo inaugural da reforma;
- A estratégia inovadora do tipo “*bottom up*”, envolvendo todos os interessados que puderam participar activamente em todas as etapas do processo;
- A matriz de indicadores associados às carteiras básicas de serviços das USF relacionados com o acesso, desempenho assistencial, qualidade e eficiência;
- As dinâmicas de desenvolvimento e formação dos profissionais;
- A arquitectura organizacional em rede dos ACES, enquanto novo modelo estrutural em entidades públicas;
- O princípio do trabalho em equipa multiprofissional em todas as unidades funcionais;
- O reforço da base estrutural e funcional para o desenvolvimento de actividades de promoção de saúde e prevenção da doença, vigilância epidemiológica investigação em saúde e controlo e avaliação de resultados;

³⁵ <http://healthaction21.eu>

- A formalização de órgãos próprios para a coordenação dos processos de governação clínica e de saúde;
- A formalização de órgãos próprios para a participação efectiva da comunidade.

Fica para desenvolver a questão da arquitectura dos sistemas de informação e do aspecto crítico da interoperabilidade entre os diversos subsistemas e aplicações informáticas, bem como e a introdução de novos profissionais nas equipas, para um verdadeiro trabalho multiprofissional.

Em ano de eleições, é ainda fundamental garantir que o processo de reforma seja suficientemente robusto para manter a sua sustentabilidade e para prevenir retrocessos. O desenvolvimento deste processo não pode estar apenas dependente do sistema de saúde. A sociedade portuguesa tem de estar mobilizada e convergir para o reconhecimento do valor que este acontecimento extraordinário tem para a qualidade de vida e para o bem-estar dos portugueses.

3.4 A rede hospitalar - a emergência do sector privado e as transformações da gestão dos hospitais públicos

Ao nível da reforma hospitalar foram várias as intervenções políticas que marcaram o período de 2001 a 2008 fazendo-se sentir a vários níveis.

De entre todos estes níveis de intervenções, seleccionaram-se neste RP duas, pela importância das medidas tomadas, pelos efeitos que as mesmas provocaram nos hospitais, na sua gestão e no impacto nos cidadãos. Estes níveis são: (1) o processo de empresarialização dos hospitais e as; (2) as parcerias público-privadas.

O processo de empresarialização dos hospitais

A constatação de que a aplicação das regras da Administração Pública aos hospitais era indutora de uma forte rigidez no seu funcionamento constituindo um factor determinante de disfunção gestonária com implicações tanto ao nível da gestão de recursos humanos como ao nível da aquisição de bens e serviços é reconhecida em 1997, no documento "O Hospital Português" (Portugal, MS, DGS, 1998). Neste documento identificava-se a necessidade de reformar a gestão dos hospitais, concentrando-se esta reforma na introdução de mecanismos que flexibilizassem os aspectos de organização e de gestão nomeadamente através do estatuto hospitalar, da organização e gestão internas e da adopção de modelos alternativos de gestão.

No mesmo sentido, nas recomendações do Relatório da OCDE de 1998, constatava-se a necessidade de ser alterada a estrutura de gestão dos estabelecimentos públicos de saúde, aumentando a sua autonomia, a flexibilidade de gestão e a responsabilidade financeira, atribuindo-lhes, nomeadamente aos hospitais, o estatuto de empresas públicas. Aquele relatório assinala ainda a necessidade de interacção destas propostas com os valores, princípios e objectivos fundamentais prosseguidos pelo SNS, não os pondo em causa. Estas opções encontram-se na linha do *new public management*, que permitiu em muitos países, durante os anos noventa complementar as medidas de controlo da despesa, dos anos oitenta, com medidas de fortalecimento da eficiência e da capacidade de resposta com qualidade aos utilizadores, através de: introdução de mecanismos similares aos do "mercado"; fortalecimento da gestão dos serviços de saúde, para reduzir as variações de desempenho e introduzir uma forte orientação para o cliente e o uso de incentivos orçamentais como um meio de aperfeiçoamento do desempenho.

Em Portugal, até 2000, verificaram-se nos hospitais, algumas experiências piloto ao nível dos modelos alternativos de gestão: a) em 1995, no Hospital Fernando da Fonseca, com gestão privada; b) em 1996, no Hospital de São Sebastião; c) na Unidade Local de Saúde de Matosinhos em 1999 e no Hospital do Barlavento Algarvio foram experimentados modelos inovadores de gestão.

Em 1999 é publicado o Decreto-Lei n.º 374/99 relativo à organização interna dos hospitais, que cria a figura dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) reforçando a necessidade de, também ao nível interno, se flexibilizar a gestão, aproximando a tomada de decisão dos níveis de operacionalização e integrando as decisões clínicas e assistenciais com as económico-financeiras, constituindo-se assim, verdadeiros níveis intermédios de gestão. De referir que, apesar das “boas intenções” do legislador, esta solução, que aliás tinha como objectivo estar desenvolvida em todos os hospitais até ao final de 2003, não teve qualquer aplicação prática, pois ao criar um único CRI, não permitiu, independentemente dos resultados positivos desse CRI, a mais valia de aprendizagem deste processo pela comparabilidade com outras experiências.

Com o início de um novo ciclo político em 2002, dá-se a implementação de nova agenda política e são inscritas, no Pacto de Estabilidade e Crescimento para o período de 2003-2006, várias medidas com impacto na reforma hospitalar e que são:

- a) A concretização de uma diferente conjugação de público e privado, com um forte pendor para o privado;
- b) O aumento de financiamento privado de acordo com os rendimentos declarados;
- c) A promoção de parcerias público privadas na prestação de cuidados de saúde;
- d) A introdução de um modelo de gestão empresarial assente em Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos em 31 hospitais, concretizando assim a perspectiva de maior autonomia de gestão, responsabilidade e eficácia;
- e) O financiamento da actividade hospitalar em função da valorização dos actos médicos e do serviço efectivamente prestado.

Assim, durante 2002, a reforma dos hospitais faz-se a vários níveis.

Os titulares dos órgãos de direcção técnica dos hospitais – director clínico e enfermeiro director - passaram a ser nomeados, revogando o normativo que estabelecia a sua eleição. Por outro lado, surge a possibilidade de aquisição de bens e serviços ao abrigo das normas de direito privado.

Em Março de 2002, na Resolução de Conselho de Ministros n.º 41/2002, afirma-se que o Governo “lançou um amplo e ambicioso programa de reforma e inovação da gestão hospitalar” em que se previa generalizar as experiências inovadoras de gestão já iniciadas no Hospital de S. Sebastião, na Unidade de Saúde Local de Matosinhos e no Hospital do Barlavento Algarvio a outros hospitais, já que se reconhecia a importância prática dessas experiências, alargando o leque de novas experiências, de modo a introduzir uma gestão capaz de equilíbrio entre equidade e eficiência, obtendo dos recursos disponíveis o “maior proveito socialmente útil”.

Assim, foi opção do Governo, passar os hospitais de institutos públicos, integrados no sector público administrativo, para entidades típicas do sector empresarial, ainda que “essa atribuição de estatuto seja um modelo a ser adoptado casuisticamente”. No final de 2002, é publicada a Lei n.º 27/2002 que prevê quatro tipos diferentes de natureza jurídica para os hospitais:

- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira com ou sem autonomia patrimonial;
- Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e natureza empresarial;

- Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
- Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos.

O Ministério da Saúde pretende, com a adopção de formas inovadoras de gestão, que se concretizem melhorias de gestão, aumentos de eficiência, orientação da oferta para as necessidades da procura, ressaltando a necessidade de ser garantida ao cidadão a qualidade, a universalidade e a equidade no acesso (direitos constitucionalmente protegidos). São assim introduzidas três “experiências” nos hospitais:

- 34 Hospitais (a grande maioria do sector público administrativo, assim como, os hospitais de S. Sebastião, a Unidade de Saúde Local de Matosinhos e o Barlavento Algarvio) são transformados em 31 hospitais SA. Começa nesta altura, ainda que de uma forma tímida, a integração de hospitais em centros hospitalares.
- São criadas parcerias público privadas para a construção de 10 novos hospitais;
- É modernizada a gestão do restante sector hospitalar público.

A transformação de 34 hospitais em hospitais SA foi uma medida de certa forma brusca que provocou turbulência no sector, tanto externa como internamente. Desconhecia-se o motivo justificativo da opção pela modalidade Sociedade Anónima em concreto, de entre todas as modalidades empresariais possíveis e desconhecia-se o motivo da opção de não replicar as modalidades de gestão inovadoras já experimentadas e, até aí, em vigor, relativamente às quais já havia evidência de bons resultados. Ainda assim, havia que salientar o aspecto positivo da mudança, explícito no cuidado que o governo pôs no acompanhamento da solução SA, criando uma Unidade de Missão para apoiar o processo de transformação e atenuar eventuais constrangimentos no desenvolvimento do modelo.

De facto, uma das razões apontadas para a decisão de transformação dos hospitais em sociedade anónimas, prende-se com estratégias de descongelamento do sistema, de desorçamentação e contribuição formal para a diminuição do défice das finanças públicas. Motivos que aliás, vieram posteriormente a ser confirmados pelo Tribunal de Contas em 2004 no Relatório de Auditoria sobre a “Situação financeira e práticas de bom governo” (Portugal, TC, 2004).

Em 2003, verificou-se, nos hospitais SA, uma forte conflitualidade laboral, a qual originou greves de vários sectores profissionais.

Entretanto a Unidade de Missão dos Hospitais SA publica em 2003 o Relatório de Resultados no qual se constatarem várias discrepâncias (e erros inclusive) entre os valores separados por hospital e os valores agregados. A controvérsia gerada por este relatório levou a que a Unidade de Missão não assumisse responsabilidade sobre os dados publicados. A este propósito convém relembrar que uma das recomendações efectuadas pelo Tribunal de Contas ao Ministério da Saúde era que fosse providenciado “um adequado sistema de informação que garanta a plenitude e a fidedignidade da informação...” (Portugal, TC, 2003).

Quanto aos hospitais do sector público administrativo (SPA) e durante o período 2002-2004, verificou-se um forte desinvestimento do Ministério a vários níveis, ficando-se com a noção de que o sector SPA, ainda constituído pela maioria dos hospitais, era um sector residual, um “parente pobre” parecendo estar-se perante dois sistemas com velocidades diferentes. Nos SPA não havia difusão de inovação, não se replicaram os ensinamentos dos hospitais SA, não foram criadas estruturas de apoio e acompanhamento do tipo Unidade de Missão, nem o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) se assumiu como tal. Ainda assim, se comparados, por exemplo, em termos de produção não se verificaram diferenças significativas entre os hospitais SPA e os SA.

Em 2004 e fazendo o resumo dos aspectos positivos da reforma da saúde dos dois anos anteriores, o Relatório de Primavera, no que respeita aos hospitais SA refere três aspectos com maior impacto:

- Para além da criação dos hospitais SA, a criação da Unidade de Missão é entendida como um ponto possível para o sucesso da medida, criando “massa crítica de mudança” enquanto base de conhecimento de gestão, assim como, por efectuar um apoio e acompanhamento próximos e por implementar projectos horizontais de desenvolvimento dos hospitais SA. A disponibilização no final do primeiro ano de funcionamento dos SA, de um relatório de avaliação, apesar de todas as críticas ao seu conteúdo, foi indiscutivelmente um acto inédito.
- A determinação do Governo no combate às listas de espera.
- O maior acompanhamento da produção dos hospitais por parte das estruturas centrais.

Ainda assim, há aspectos negativos e omissões relativos aos hospitais SA que suscitam várias críticas:

- A inacessibilidade às bases de dados sobre produção, sobre acréscimos de pessoal, indicadores de qualidade, gastos com medicamentos e outros bens de consumo com impacto na despesa;
- Os dados/resultados positivos assinalados no Relatório da Unidade de Missão não terem uma avaliação e análise apropriadas;
- A inexistência de uma efectiva avaliação externa e independente ao modelo SA;
- A possibilidade de estar a existir uma desnatação da “clientela” por parte dos hospitais SA;
- A partidarização da empresarialização dos hospitais, constatando-se nomeações contestáveis para os seus órgãos dirigentes;
- Não existirem ou, pelo menos, não serem conhecidas metas de execução para estes hospitais.

Mantém-se actual a pergunta, colocada pelo OPSS em 2003, relativa ao motivo que teria levado o Governo a estender a solução SA a hospitais, com modelos empresarializados de gestão (S. Sebastião, Vale do Sousa, Barlavento Algarvio), já avaliados externamente e com resultados qualitativos e quantitativos e, soluções passíveis de ser replicadas. Aliás, a desinformação ou, eventualmente, a divulgação de informação enviesada sobre os SA dificultou ainda mais o entendimento da opção, fomentando receios e “ruídos” relativamente ao facto de poder vir a ser um processo de privatização dos hospitais e criando forte instabilidade interna nos hospitais.

Quanto à sustentabilidade financeira dos SA começava a existir alguma evidência no sentido dos hospitais SA não estarem a corresponder às expectativas, já que no exercício de 2003, existia uma derrapagem nos prejuízos, os quais seriam superiores aos de 2001, para além de não se verificar qualquer efeito real sobre o volume de receitas próprias. O resultado líquido negativo em 2003 fixar-se-ia nos 400 milhões de euros, duplicando o resultado líquido (também negativo) verificado em 2001, ano anterior à empresarialização.

Claramente que, para este resultado, contribuiu a inexistência de mecanismos explícitos de contratualização, quer interna quer externa (situação comum ao hospitais do sector público administrativo), o que fazia com que os hospitais SA, estruturados no plano teórico como empresas, continuassem na prática a aguardar a cobertura dos seus défices, sem responsabilização pelos resultados económico-financeiros.

A nomeação de membros para os órgãos dirigentes dos hospitais não assentou, ainda que não se possa generalizar, em critérios de mérito e de experiência profissional relevante e na área da saúde, este período foi caracterizado por um número significativo de nomeações e demissões

nos Conselhos de Administração, facto que contribuiu para a forte instabilidade dos hospitais com evidentes perdas de eficiência.

Com novo ciclo político, em 2005, o Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009) prevê uma mudança de orientação para a empresarialização dos hospitais – a mudança do estatuto SA para o estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE). Tal mudança é quase imediatamente posta em vigor, com a publicação do Decreto-lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, onde se refere que o regime jurídico mais estrito ao nível das orientações estratégicas a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, característico das entidades públicas empresariais, é o mais adequado para o sector e onde se procede à transformação dos hospitais SA em EPE. Foi ainda objectivo do Governo que até ao final de 2006 todos os hospitais detivessem o estatuto EPE.

Em Abril de 2005, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005, o Ministério da Saúde nomeia uma Comissão para avaliar os Hospitais SA, ainda que, independentemente dos resultados dessa avaliação, não hesite em acabar com o estatuto SA.

O mapa hospitalar volta a ser transformado em 2005 (Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro), com os hospitais de Santa Maria e o S. João a adquirirem o estatuto EPE e assistindo-se ainda à fusão de hospitais em centros hospitalares, já iniciada em 2002 com a transformação SA.

A transformação dos hospitais SA em EPE é claramente uma das medidas mais marcantes para o sector hospitalar na medida em que o Ministério da Saúde dá um importante sinal de viragem política, ainda que dentro do sector empresarial do Estado, comparativamente ao Governo anterior. Quanto à concentração de hospitais em centros hospitalares, apesar dos objectivos prosseguidos serem a integração, a articulação, a complementaridade e a optimização de recursos, coloca-se a questão de saber se, na prática, essa integração de níveis de cuidados é concretizada, que consequências é que traz ao nível das redes de referência estabelecidas, que impacto têm para o cidadão e, por último, se se concretiza efectivamente numa optimização de recursos.

Em 2006, são tornadas públicas as conclusões da Comissão de Avaliação do Hospitais SA (CAHSA) que referem ter sido nulo o impacto da transformação dos hospitais em SA na qualidade percebida pelos utentes e na proporção de cirurgias programadas. Analisada a mortalidade num conjunto específico de patologias indexadas aos Grupos de Diagnóstico Homogéneos, as alterações da taxa de complicações e as readmissões não tiveram significância estatística. Quanto ao acesso, conclui o estudo, que não tinha havido por parte dos hospitais SA discriminação negativa dos utentes de acordo com a entidade pagadora. Quanto à oferta, os SA não diminuíram nem aumentaram as dificuldades de acesso das populações locais, logo, também aqui, o efeito foi nulo. Constatou o estudo apesar de ter havido (nos hospitais SA) um aumento das primeiras consultas, o mesmo não tinha significância estatística. O trabalho refere que a transformação SA, teve efeito positivo (e com significância estatística) ao nível da produção, tanto no aumento do número de doentes saídos (na diminuição da demora média), como no número de consultas externas, de sessões de hospital de dia e no número de cirurgias de ambatório. Quanto à eficiência verificou-se um efeito significativo ao nível da diminuição dos custos para a mesma produção em quantidade, complexidade e qualidade.

Também em 2006 é publicado pelo Tribunal de Contas (TC) um relatório de avaliação do modelo de gestão dos hospitais do sector empresarial do Estado, abrangendo o período de 2001 a 2004 (Portugal, TC, 2006). Trata-se, em suma, de uma avaliação dos SA. Este relatório refere desde logo, a dificuldade na recolha de dados (de produção e financeiros) necessários à avaliação e, por outro lado, a sua inconsistência, visível nas divergências encontradas nos valores de actividade reportados pelos hospitais e nos dados do IGIF, assim como, na imputação da despesa e da receita nos hospitais. Concluindo que os índices de eficiência no grupo dos SA e SPA não diferem de forma significativa apesar de considerar que a adopção do

modelo SA se traduziu em aumentos reais de eficiência de acordo aliás com os dados da CAHSA.

Em termos de avaliação da qualidade terá havido evidência estatística de melhoria da qualidade global do grupo dos SA. Quanto à equidade, o TC não encontrou evidência de menor equidade no acesso (também no mesmo sentido da CAHSA). A situação económico-financeira dos hospitais do Sector Empresarial do Estado (SEE), manteve-se globalmente deficitária, havendo deterioração do resultado líquido dos SA (com melhoria deste resultado em 2004, apesar de se manter negativo). Para isto, conclui o TC, terá contribuído o facto do modelo de pagamento não ser indutor de ganhos de eficiência ao pagar a produção não realizada, nem ir ao encontro das necessidades em saúde da população, ao pagar o produzido e ao não penalizar a falta de acessibilidade.

Refere o TC, aliás no mesmo sentido do OPSS, que no que diz respeito a dimensões fundamentais de um Estado regulador, nem a Unidade de Missão, nem o IGIF, se articularam de modo a assegurar a consolidação de contas do sector SA, havendo disparidade de dados sobre a situação económico-financeira os quais se basearam em dados agregados e não consolidados. De acrescentar que durante o período SA, o IGIF perdeu responsabilidades ou pelo menos deixou de fazer o acompanhamento económico-financeiro próximo e rigoroso deste grupo de hospitais, não tendo aliás dados disponíveis em tempo para as análises solicitadas. A transformação em hospitais SA acabou por deixar de ter reflexos directos na execução orçamental para efeitos das contas da Administração Pública, apesar desta forma empresarial não ser determinante para essa exclusão.

Durante 2007, continua o alargamento do estatuto EPE a mais sete hospitais e centros hospitalares sendo reafirmado que este é o estatuto que melhor se adequa à gestão dos hospitais por partilhar autonomia de gestão com sujeição à tutela governamental.

Por outro lado, assiste-se a um reforço das experiências de centros hospitalares, num aparente movimento de redefinição da rede hospitalar e de aposta na melhoria de eficiência com base em economias de escala, e de unidades locais de saúde, experiência que procura estimular sinergias e capturar ganhos de efectividade e eficiência decorrentes da integração vertical e horizontal entre cuidados de saúde primários e hospitalares. No entanto, existe ainda pouca evidência, inclusive internacionalmente, sobre a real efectividade destas estruturas.

Por último, quanto à sustentabilidade financeira dos hospitais EPE e SPA, é publicada no sítio da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) a demonstração de resultados a Setembro de 2008 (comparativa ao período homólogo de 2007) da qual assinala:

- Quantos aos proveitos: verificou-se em 2008 uma variação de 3,6% nos Hospitais EPE e uma variação de -2,5% nos SPA;
- Quanto ao total de custos: os EPE aumentaram os custos totais em 3,7% (a rubrica de maior aumento (6,5%) foram os fornecimentos e serviços externos, seguida das matérias de consumo (4,6%) e da rubrica custos com pessoal (4%). Os hospitais SPA diminuíram, face ao período homólogo, em 0,1% (a rubrica custos com pessoal desceu para -1%), tendo-se verificado aumentos dos custos com matérias de consumo (5,3%) e fornecimentos e serviços externos (8,9%);
- O resultado operacional dos EPE foi de -258.063.819, isto é, -7,8% do que o mesmo resultado de 2007. E nos SPA, -47.005.721, -44,7% do que em igual período de 2007.
- Os EPE apresentam um resultado líquido do exercício de -214.653.139 (-5,8% se comparados com 2007) e os SPA de -44.321.786, menos 38,3% do que em 2007.

No RP 2001, o OPSS referiu expressamente a necessidade de se alargarem as experiências inovadoras de gestão, nomeadamente as iniciadas com o Hospital de S. Sebastião e com a Unidade Local de Saúde de Matosinhos a outros hospitais. São assim identificadas pelo OPSS três possibilidades "major" para a evolução dos hospitais: a) melhorar o hospital tradicional

através da contratualização – orçamentos-programa e reorganizando-o internamente em CRI; b) flexibilizando a sua gestão, atribuindo-lhe maior autonomia, transformando o hospital público tradicional em empresa pública e, por último c) apurando os mecanismos reguladores para os diferentes tipos de parcerias entre o público e privado.

No RP 2002, e no que respeita às três experiências piloto em modelos de gestão inovadoras, é identificado pelo OPSS que, apesar de recentes, se constatava por parte da tutela um apoio insuficiente, falta de acompanhamento e de monitorização.

Questionava-se a razão que teria justificado, em 2002, a abrupta e generalizada alteração do estatuto jurídico dos hospitais (para SA) na medida em que tinham sido entretanto publicadas avaliações externas (OCDE, INA) daqueles modelos inovadores de gestão, as quais não se cingiam exclusivamente a aspectos relacionados com o regime jurídico (era o caso, por exemplo, do Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Barreiro, hospital do sector público administrativo que tendo implementado na sua estrutura organizacional, níveis intermédios de gestão, demonstrou ter conseguido ganhos de eficiência) e assinalavam, inclusivamente, melhoria na gestão dos hospitais e, em simultâneo, melhoria de indicadores e de resultados.

O OPSS questionava porque é que, de entre todas as modalidades ou experiências possíveis, se escolheu a mais autónoma sem que se conheça o motivo da extensão do regime SA a um número tão elevado de hospitais. Afirmava-se ainda que tão profunda alteração não se sustentava numa avaliação baseada na evidência. Nesta, como noutras áreas, entende o OPSS que a diversidade traz benefícios sendo que todos estes regimes jurídicos, incluindo os até à data em vigor, prosseguiram e teriam atingido objectivos considerados prioritários tais como a separação do financiador do prestador e uma maior autonomia, mais flexibilidade e responsabilidade gestionárias.

Aquando da transformação dos SA em EPE o OPSS considerou que a estrutura interna dos hospitais pouco ou nada se tinha alterado com a transformação. Não tinha havido descentralização de decisões, mantendo-se a “velha” estrutura hierarquizada, de forte pendor formal, com dificuldade em ultrapassar-se um *modus operandi* burocrático, pouco transparente e fortemente refém dos grupos profissionais. Continuava a não ser efectuado o desenvolvimento de sistemas de informação com dados integradores, actuais e robustos. Com os hospitais SA verificou-se uma ligeiríssima alteração a este nível, continuando a considerar-se que os dados disponibilizados eram ainda assim opacos e muito orientados para o marketing da solução.

Quanto ao financiamento dos hospitais, o OPSS referiu que a dependência única e exclusivamente de indicadores quantitativos de produção não era nem estimuladora de ganhos de eficiência, nem de ganhos de efectividade, pelo que poderá ter contribuído para a alteração das regras de financiamento ocorridas em 2006 e reflectidas nos contratos-programa.

Em 2005, o OPSS releva que a solução SA, adoptada como forma de empresarializar os hospitais do SNS tinha, apesar de tudo, sido meritória. No entanto, volta-se a sublinhar não ter havido fundamentação técnica da medida e da “originalidade” da solução, já que em mais nenhum sistema de saúde se tinha adoptado esta forma de empresarialização.

Os hospitais com estatuto de empresa, (SA ou EPE), comparativamente com os SPA, mantiveram o modelo de governação e o mesmo desempenho organizacional. No entanto, considerou o OPSS que a empresarialização desenvolveu, ao nível da governação efectiva, maior rigor nos mecanismos de controlo e monitorização (internos e externos), começando a constituir-se uma base de governação hospitalar efectiva, sobretudo, no que se refere a uma cultura de maior transparência, responsabilização e prestação de contas.

Em 2006, já com um ano de estatuto EPE, o OPSS volta a assinalar que, ainda assim, a mudança de estatuto poderia ter privilegiado questões relacionadas com o redesenho do modelo organizativo dos hospitais, nomeadamente, a descentralização da tomada de decisões

para níveis intermédios, o desenvolvimento da contratualização interna, a implementação da gestão por objectivos e a aposta nos sistemas de informação. De facto, a tónica da alteração de SA para EPE foi posta, sobretudo, ao nível do estatuto jurídico, mas pouco mais trouxe de mudança interna tendo sido, de certa forma, uma oportunidade “perdida”.

Em síntese: O processo de empresarialização dos hospitais, como qualquer processo de mudança não foi isento de sobressaltos e de contestação, no entanto, independentemente das escolhas políticas relativamente às modalidades adoptadas, nomeadamente no que se refere em concreto à opção SA, foi um passo determinante para a flexibilização gestonária, com tudo quanto isso acarretou de mérito.

As Parcerias Público-Privadas

A Lei de Bases da Saúde previa que a gestão das unidades de saúde deveria obedecer progressivamente a princípios de gestão empresarial, admitindo a possibilidade de experiências inovadoras. Desta forma, é publicada em 2001, a Resolução de Conselho de Ministros n.º 162/2001, a qual explicita que o Ministério da Saúde (MS) se propõe alargar o modelo de gestão empresarial a um número crescente de hospitais recorrendo quer à forma de parcerias público-público, quer em parcerias público-privado (combinando financiamento público com capital privado), quer ainda, recorrendo a parcerias com o sector social. Para este efeito é criada na dependência do Ministro da Saúde uma estrutura de missão com a finalidade de executar a estratégia de promoção de formas inovadoras de gestão no SNS, a qual é denominada por “Parcerias. Saúde”.

A este propósito, as orientações da Comissão Europeia sobre Fundos Estruturais para o período de 2000-2006 apontavam para o envolvimento crescente do sector privado através das Parcerias Público-Privadas (PPP), tendo o Banco Europeu de Investimentos disponibilizado uma verba que ascendia a mais de 6.000 milhões de euros, consignada ao desenvolvimento de Prostate Financing Initiatives (PFI) para diversas áreas entre as quais se destacava a saúde.

Em Portugal, o Hospital Fernando da Fonseca é uma forma particular de parceria público-privada. Em 20 de Agosto de 2002, foi estabelecido, através do Decreto-Lei n.º 185/2002 e do Despacho n.º 19946/2002, o regime jurídico das parcerias em saúde e financiamentos privados.

Em 2002, o Governo anunciou o lançamento de concursos para 10 novos hospitais (oito dos quais de substituição) nos três anos seguintes, os quais teriam o estatuto PPP. O objectivo do Governo era o de deslocar parte dos riscos do investimento para o sector privado, embora retendo os benefícios da privatização, isto é, a posse será pública mas a gestão será totalmente privada. É dado início a esta estratégia através da assinatura, em Abril de 2003, do acordo estratégico de colaboração entre o MS e o Município de Loures, para o lançamento do Hospital de Loures.

Durante 2004 verificou-se por parte do Ministério da Saúde a continuação do processo de lançamento de concursos de parcerias para dez hospitais.

Em 2005, 2006 e 2007, apesar da mudança de ciclo político, continuou a ser preconizada a inclusão dos 10 hospitais, num formato ainda não especificado de financiamento público, na base da concepção, construção e exploração a privados por períodos superiores a 20 anos. Assim, confirma-se a vontade política de dar continuidade às iniciativas anteriores, pelo menos, no que se refere a esses 10 hospitais, embora se considere necessário a revisão do modelo das PPP.

Em 2006 é solicitado pelo MS um estudo para a hierarquização dos projectos PPP e reavaliação das intenções assumidas anteriormente o que, de certa forma, indicava que o MS estaria a

ponderar as vantagens desta medida. Após a apresentação do relatório do grupo de trabalho,³⁶ não houve indícios relativamente à adopção por parte do MS das propostas efectuadas.

Em Fevereiro de 2008 a Ministra da Saúde lança a primeira pedra de construção do novo Hospital de Cascais e refere ter estudos que demonstram as vantagens económicas para o Estado desta parceria. Como vantagens cita que: *i)* se o hospital fosse construído com verbas públicas custaria mais 8 a 9 por cento; *ii)* na fase de negociação com o grupo privado o Estado tinha conseguido reduções de 12% no valor a pagar ao longo do período de vigência do contrato. A concessão da gestão do hospital de Cascais ao grupo privado foi atribuída por 10 anos, período prorrogável e a responsabilidade pela concepção, construção e manutenção do edifício, infra-estruturas e equipamentos é atribuída por um período de 30 anos.

Em 2008 é publicado pelo TC o Relatório de Auditoria ao Projecto do Novo Hospital de Cascais onde são levantadas dúvidas sobre esta PPP nomeadamente quanto à sustentabilidade orçamental do projecto (Portugal, TC, 2008). Ainda em Março é afirmado pelo Primeiro-ministro na Assembleia da República que os acordos com o sector privado são essenciais para a construção dos novos hospitais mas que a “gestão hospitalar” continuará a ser pública, mantendo no entanto a gestão privada das PPP para os hospitais de Cascais, Loures, Braga, Vila Franca de Xira e Centro de Reabilitação do Sul, dado já estarem em fase final de concurso. Quanto ao Hospital de Todos-os-Santos, cuja abertura de concurso é feita em Abril desse ano, será integrado numa parceria durante 30 anos e que a inclui concepção, construção, e equipamento geral e funcionamento, sendo explicitamente excluída da parceria a gestão clínica, a qual será assegurada pelo Estado.

Em 2009 o TC volta a analisar as parcerias público privadas no Relatório n.º 15/2009 AUDIT (Portugal, TC, 2009), como resultado de uma auditoria temática, visando a matéria da derrapagem do Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde, incidindo sobre a actividade do Estado neste domínio e, em particular no seu desempenho nos processos de contratação dos hospitais de primeira vaga – Loures, Cascais, Braga e Vila Franca de Xira. O relatório retira dois tipos de conclusões – gerais e específicas. Quanto às conclusões gerais refere-se que:

- Sete anos depois da criação da estrutura de missão Parcerias Saúde e cinco anos depois de lançado o primeiro concurso, o Programa PPP ainda não tinha dado origem a qualquer processo de contratação completo, o que punha em causa a credibilidade do Projecto;
- As expectativas iniciais transmitidas ao mercado acabaram por não se concretizar;
- O Estado não foi capaz de impor, a si próprio, uma adequada disciplina de gestão dos processos concursais;
- O Estado optou pela implementação de um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional não possuindo no âmbito da Saúde qualquer experiência prévia em PPP;
- Não foi feito uso de um projecto-piloto que possibilitasse testar o modelo, os procedimentos de contratação e a capacidade de gestão do próprio Estado;
- Na maioria dos concursos a fase de avaliação de propostas foi a que verificou maiores atrasos (de 13 a 23 meses quando o objectivo inicial era de 5 meses);
- Foi na fase de avaliação de propostas que se verificou a ocorrência de diversas fragilidades;
- Verificaram-se extensos atrasos na fase de negociação final - caso de Cascais em que esta fase demorou 11 meses quando o previsto inicialmente era 3 meses;

³⁶ “Prioridades de investimento com o objectivo de apoiar o processo de decisão, ao nível político, quanto à sequência estratégica de implementação dos hospitais inseridos na segunda vaga do programa de parcerias para o sector hospitalar”, Escola de Gestão do Porto e “Parcerias Saúde”, 2006.

- Foram gizadas alterações aos procedimentos, em grande parte dos concursos, principalmente nos hospitais de segunda vaga;
- Nenhum dos objectivos da contratação inicialmente definidos foi atingido o que leva a concluir, neste campo das PPP, por ineficácia por parte do Estado.

Quanto às conclusões específicas salienta o TC:

- O mau desempenho do Programa PPP é explicado por razões ligadas à complexidade e inovação do modelo utilizado;
- O modelo PPP/Saúde surgiu num contexto que impossibilitou a recolha de experiências internacionais similares, por inexistentes;
- A capacidade do Estado para a implementação de parcerias na Saúde foi obtida através de sucessivos revezes nos concursos lançados, os quais tardaram em produzir benefícios tanto para os utentes, como para o próprio Estado, no que respeita a ganhos em saúde o que evidencia uma gestão pública fortemente experimentalista. Esta ineficácia implicou também uma utilização experimentalista da resposta do sector privado. Esta opção experimentalista contribuiu fortemente para a derrapagem nos processos de contratação;
- Dos 10 concursos inicialmente previstos não existia nenhum contratado à data do termo da auditoria o que denotava uma eficácia profundamente negativa;
- O aparente facilitismo no desenho de instrumentos contratuais avolumou as fragilidades dos processos levando a que o Estado não tivesse assumido a desejável prudência na utilização deste tipo de contratação;
- Houve rigidez, falta de clareza nas peças processuais e excesso de burocracia nos cadernos de encargos.

O OPSS chama a atenção, quanto às PPP, para, por um lado, a oportunidade destas experiências diversificarem a origem dos fundos do SNS permitindo uma renovação mais rápida das suas instalações e equipamentos, como, por outro lado, para o facto destas parcerias exigirem ao sector público uma maior preparação tanto ao nível da sua negociação como, do seu acompanhamento.

No RP 2002, a propósito da Governação, enquanto capacidade de influenciar a realização dos objectivos do sistema de saúde e simultaneamente a dedicação ao bem público (enquanto bem comum) e o estabelecimento de uma relação de confiança com o cidadão, refere-se, em concreto no que diz respeito à "governação em saúde", a debilidade da definição das políticas de saúde e consequentemente, a fragilidade da sua implementação. Assim, não só não são definidos objectivos a alcançar, como não são definidas metas, como ainda o cidadão, objectivo primeiro e primordial de um sistema de saúde, não as percebe nem se mobiliza.

Para isto contribui ainda o incipiente sistema de informação, um dos aspectos mais citados ao longo dos anos, como fundamental para que uma análise sóbria, transparente e rigorosa de indicadores e de resultados, possa ser feita tanto por parte dos profissionais do sector como pelos próprios cidadãos. Relacionada com o exercício de uma boa governação e a propósito da regulação e das políticas de privatização é referido que Portugal, ao contrário de outros países, demonstra ter poucas preocupações no estabelecimento de mecanismos de avaliação, controlo e fiscalização em áreas em que a prestação de serviços públicos é privatizada. Ou seja, ainda que se estabeleçam esses mecanismos, verifica-se que, na prática, e pelos mais variados motivos essa avaliação é ineficaz. No fundo, estas omissões do Estado, quando está em causa o próprio interesse público, no sentido lato do termo, resulta em desconfiança e insegurança, na medida em que não existe um dispositivo regulador efectivo que assegure e garanta a prossecução dos objectivos de saúde.

A este propósito o OPSS, no RP 2003, assinala os diferentes tipos de PPP já desenvolvidos, as vantagens e os inconvenientes do modelo e, em especial, o número limitado e a controvérsia

destas parcerias em serviços públicos, sobretudo na Saúde, concluindo que, com o nível de conhecimento existente na altura, e tendo em linha de conta as fragilidades dos dispositivos de regulação e governação, não parecia avisado implementar as dez PPP anunciadas sem se abrir um amplo e aprofundado debate da sua fundamentação e sem uma estimativa rigorosa do impacto, a longo prazo, desta medida no sistema de saúde português.

Em 2004, o OPSS levanta mais uma vez a questão sobre a prudência em manter-se a estratégia (ousada) de incluir nas PPP os serviços clínicos e argumenta se o Estado português detinha conhecimentos técnicos, competências e maturidade suficientes para desenvolver e aplicar os instrumentos necessários para o seu acompanhamento, controlo e fiscalização.

No RP 2007, o OPSS constatando que a posição do MS era ambígua e pouco transparente, não havendo qualquer esclarecimento sobre as mais-valias públicas do modelo, apesar de todas as tendências internacionais aconselharem as maiores cautelas e ponderação neste tipo de concessão a privados sobretudo na área da saúde, insiste relembrando ao MS, a importância de, num contexto de rigor orçamental e exigência crescente de transparência, ser imprescindível a revisão dos compromissos assumidos pelo anterior Governo, que ponham objectivamente em causa ou conflituem com os interesses de saúde dos cidadãos, repensando a concessão da gestão por mais de 20 anos a grupos privados daqueles 10 hospitais.

A falta de discussão pública desta matéria e a constatação de graves imperfeições nos cadernos de encargos propostos, impunha a revisão profunda do processo. Para além de que, nada se sabia sobre a adopção por parte do MS das propostas previstas no estudo, encomendado pelo próprio MS, para a hierarquização dos projectos PPP.

Agora que foi publicado o relatório de auditoria do TC às PPP, constata-se afinal que as preocupações do OPSS levantadas ao longo dos últimos sete Relatórios de Primavera, não só tinham fundamento como, em última análise, são partilhadas por outras entidades.

3.5 Dez anos de acesso ao tratamento cirúrgico no SNS

Nos últimos dez anos, as listas de espera cirúrgica sofreram uma significativa evolução positiva. Em resultado da forte pressão popular e da influência da comunicação social, os diversos governos viram-se obrigados a tomar medidas organizativas e de gestão que colocassem este défice do sistema público de saúde em níveis clinicamente aceitáveis.

De facto, tendo assumido diferentes designações, a partir de 1994 os programas de combate às listas de espera cirúrgica acabaram por reconduzir o volume da espera e os tempos de espera a valores compatíveis com as necessidades e as expectativas dos cidadãos. Actualmente com uma moda no intervalo 61-121 dias, a gestão da espera cirúrgica enfrenta o desafio da doença neoplásica maligna, cuja dimensão ainda carece de uma substancial melhoria.

As listas de espera cirúrgicas são uma questão complexa. Nos sistemas de saúde predominantemente públicos elas podem variar por, pelo menos, cinco tipos de factores: (a) aumento da procura, habitualmente mediada por um melhor acesso a aconselhamento médico (como, por exemplo, devido à melhoria do funcionamento das consultas externas) ou pela introdução de novas tecnologias de diagnóstico; (b) evolução da capacidade instalada no SNS em termos de recursos humanos qualificados e de meios tecnológicos; (c) evolução dos instrumentos gestionários existentes nos estabelecimentos e serviços do SNS, que permitam otimizar a capacidade instalada traduzindo-a em capacidade de resposta efectiva (produtividade); (d) tipo, natureza e intensidade dos conflitos de interesses que possam limitar a capacidade de resposta do SNS como, por exemplo, o efeito interno da contenção cega das despesas de exploração ou o interesse de agentes internos em induzir ou manter um

determinado nível de procura privada e, (e) características dos programas de recuperação de listas de espera (efectividade, conflitos de interesse que podem gerar).

A consciência desta complexidade não deve, contudo, diminuir a determinação necessária para melhorar a situação actual, nem aconselha abordagens simplistas e objectivos irrealistas. Quando isso não acontece há politização excessiva e inconveniente da questão das listas de espera. Isso gera opacidade e falta de rigor nos critérios que informam a gestão destes programas e na divulgação da informação necessária para avaliar os progressos realizados. Torna-se por isso indispensável normalizar a informação e promover uma grande transparência na divulgação dos resultados sobre a situação real do acesso e produtividade dos serviços de saúde. Para ser interpretável, esta informação deve incluir indicadores sobre os cinco aspectos acima referidos: acesso às consultas, capacidade humana e tecnológica, produtividade corrente, conflitos de interesses óbvios, efectividade dos programas de recuperação.

O aumento da procura de cuidados de saúde na maior parte dos países europeus é explicada pelas alterações demográficas verificadas nos últimos 30 anos, a qual tem sido acompanhada por um correlativo aumento da expectativa de melhoria da qualidade de vida. A conjugação destes factores colocou os sistemas de saúde numa situação paradoxal, com o aumento da esperança de vida a criar novas necessidades em cuidados de saúde, como as cirurgias da catarata e a substituição do colo do fémur, e o tempo de espera por este tipo de intervenções a aumentar mais do que a média na maior parte dos países. Mas não têm sido só os idosos a aumentar as suas expectativas quanto à melhoria da qualidade de vida e dos cuidados prestados pelos serviços de saúde. A população, em geral, em consequência das novas tecnologias de informação e dos elevados padrões de vida impostos pelos valores dominantes, tornou-se também mais exigente quanto ao acesso e melhor informada quanto aos serviços que lhe são prestados.

Uma Recomendação adoptada pelo Conselho da Europa considera, por sua vez, que "o acesso aos cuidados de saúde devia ser feito de acordo com as necessidades de cada um e ser independente das condições económicas de quem deles necessita"³⁷. Para além deste princípio genérico, o Conselho da Europa também considera que as listas de espera e os tempos de espera tornaram-se um dos principais padrões de acessibilidade aos cuidados de saúde e da efectividade dos sistemas de saúde globalmente considerados:

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

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

Uma das dimensões mais importantes da gestão do acesso é a população e os doentes disporem de informação que lhes permitam participar nas decisões que melhor salvaguardem a satisfação das suas necessidades em saúde. Neste aspecto, a Suécia e a Holanda (Rooij, P. *Informing patient about waiting times*,³⁸, 2002), desenvolveram sistemas de informação aos utilizadores dos serviços que lhes permite ter conhecimento dos tempos de espera para diferentes especialidades médicas e certos tipos de diagnósticos e tratamentos.

No caso da Suécia, o sistema permite fornecer informação sobre os tempos de espera para 25 especialidades médicas, 6 procedimentos diagnósticos e 27 diferentes tipos de tratamentos

³⁷ Recommendation nº (99) 21 on criteria for management waiting lists and waiting times in health care, www.coe.int

³⁸ www.hope.be

electivos. Para cada tipo de diagnóstico clínico e respectivo tratamento existe informação disponível sobre:

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

O OPSS acompanhou e analisou, na medida em que a informação disponível o permitiu, os programas que se propunham melhorar o acesso aos cuidados de saúde na vertente da recuperação das listas de espera cirúrgicas. Ao mesmo tempo, contribuiu para a difusão do quadro conceptual sobre o acesso e apresentou sugestões para a melhoria da sua gestão, baseadas nos exemplos de Espanha³⁹ e Grã-Bretanha⁴⁰, nomeadamente. Foi assim que em Junho de 2003 foi publicado um *Manual de Boas Práticas na Gestão e Tempos de Espera Cirúrgicos* (OPSS. *Boas Práticas na Gestão e Tempos de Espera Cirúrgicos*. Junho, 2003) e em Dezembro de 2004 um dos seus investigadores publicou o livro *Acesso aos Cuidados de Saúde. Porque esperamos?* (Justo, 2004).

Particularmente relevante foi a acção do Tribunal de Contas através da auditoria realizada ao PECLEC (Portugal, TC, 2005) em que foram identificados, quantificados e analisados os pontos fortes do programa e as suas fragilidades, tendo constituído um marco na revelação de informação que se manteve até muito recentemente bastante reservada.

A Lei 41/2007, de 24 de Agosto, *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde*⁴¹, aprovada por unanimidade na Assembleia da República, culminou um processo intenso de discussão na sociedade portuguesa sobre a necessidade de se criarem regras que enquadrassem a actividade dos serviços públicos no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde.

O desempenho dos programas de recuperação de listas de espera

Iniciado como Programa Especial de Recuperação de Listas de Espera (PERLE), em 1998 tomou a designação de Programa de Promoção do Acesso (PPA), e em 2001 incluía treze entidades – hérnias e eventrações, coelitíases, varizes e patologia arterial, doença cardíaca valvular e coronária, hérnia discal, cataratas, retinopatia diabética, fractura da anca, patologia do joelho, adenoma prostático, doença oncológica maligna. De acordo com os dados disponíveis na altura, estas entidades envolviam 86.500 doentes em espera além do tempo considerado clinicamente aceitável, tendo a produção dado resposta a 27,5% das necessidades e com os hospitais da ARS do Norte a contribuírem com 39% das cirurgias realizadas.

Reconvertido em PECLEC, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2002, de 25 de Maio, o programa tinha como objectivos, (i) estabelecer um regime de atendimento dos doentes em correspondência inversa aos tempos de espera (...) sem prejuízo da prioridade

³⁹ www.defensordelpueblo.es

⁴⁰ www.audit-commission.gov.uk

⁴¹ www.portaldasaude.pt

concedida a quadros clínicos considerados urgentes, (ii) estabelecer um sistema de concorrência entre os sectores público, social e privado, e (iii) criar uma instância para a qual o doente possa reclamar em caso de prejuízo do seu direito aos cuidados de saúde do SNS. No plano operacional as condições de adesão ao programa incluíam oito critérios: (1) o volume da produção acrescida contratada, (2) o volume da produção corrente assegurada, (3) a amplitude do processo terapêutico - consultas pré e pós-operatórias, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, (4) o valor e os prazos de pagamento dos actos médico-cirúrgicos, (5) as condições de reorientação dos doentes, (6) a periodicidade da actualização das listas de espera, (7) o sistema de validação das intervenções realizadas, e (8) as sanções previstas para o incumprimento.

A título de exemplo, quando foi apresentado o recenseamento do tempo de espera médico em vinte entidades nosológicas, elas variavam entre 340 dias (outras patologias uterinas) nos hospitais da ARS de Lisboa e Vale do Tejo e 2.948 dias (prótese total do joelho), nos hospitais da ARS do Alentejo.

Em síntese, o PECLEC teve o seguinte saldo:

- Em 30 de Junho de 2002 existiriam, segundo dados do Ministério da Saúde, 123.547 casos em espera por uma cirurgia, com uma demora média de 571 dias, uma demora máxima de 1.699 dias e uma demora mínima de 380 dias;
- Aqueles 123.547 casos correspondiam a 68 entidades cirúrgicas, agrupadas em 9 especialidades – cirurgia geral, cirurgia plástica, neurocirurgia, ortopedia, ORL, urologia, oftalmologia, ginecologia e maxilo-facial;
- Em 30 meses – 30 de Junho de 2002 a 31 de Dezembro de 2004 – teriam sido realizadas 106.887 cirurgias, tendo ficado por resolver 16.660 casos;
- Entre 1 de Julho de 2002 e 31 de Janeiro de 2005 constituiu-se uma nova lista de espera cirúrgica com 192.957 casos e com uma demora média de 10 meses;
- Em 30 de Junho de 2005 estariam em lista de espera cirúrgica 224 000 casos, segundo projecções do OPSS.

A Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, de 24 de Junho, criou o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), cujo objectivo é “minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico dentro do tempo clinicamente admissível”. É tempo de fazer um balanço da sua contribuição para a melhoria do acesso em cirurgia. Esta Resolução constitui, actualmente, o compromisso da administração pública para com os cidadãos e o instrumento de referência das instituições de saúde para organizarem e planearem as respostas às necessidades dos doentes com indicação cirúrgica. Conjuntamente com a Portaria nº 1450/2004, de 25 de Novembro, representam o enquadramento jurídico pelo qual o Estado se compromete, designadamente a:

- Identificar prioridades e garantir um tempo médio e máximo de espera para a realização de qualquer cirurgia no SNS;
- Determinar a capacidade disponível por hospital e procedimento cirúrgico;
- Estabelecer e fomentar a colaboração com grupos de especialistas médicos, colégios de especialidades cirúrgicas da Ordem dos Médicos e ou sociedades médicas com vista à elaboração e actualização dos protocolos de normalização da actividade hospitalar;
- Preparar e divulgar junto do público em geral toda a informação relevante relacionada com a actividade dos diferentes hospitais do SNS e entidades convencionadas.

O SIGIC iniciou-se com um volume de 240 mil doentes em espera, com uma demora média de 240 dias, menos de 56% do que quando se iniciou o PECLEC. Em cinco especialidades cirúrgicas — ginecologia, oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia — 29% dos doentes estavam com um tempo médio de espera inferior ou igual a 90 dias, 44% esperavam em média

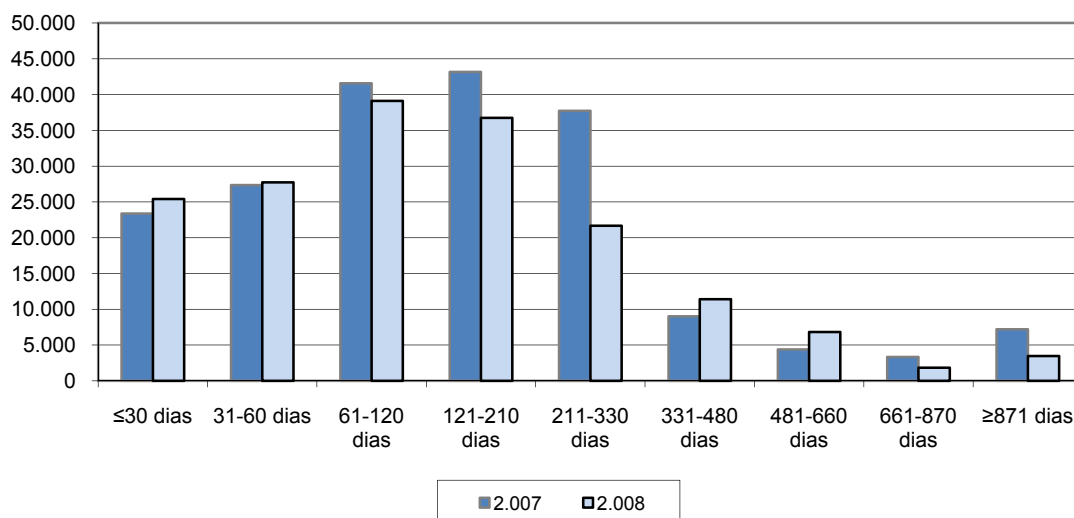
entre 91 dias e 365 dias e 27% mais de 365 dias. Particularmente relevante nestes tempos médios de espera era o caso da ortopedia, na qual predominam as fracturas do colo do fémur dos idosos, com mais de 70% dos casos a esperar em média mais de 3 meses por uma intervenção cirúrgica e com 26% dos doentes a aguardar mais de um ano.

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

O estado da espera cirúrgica em 2008

Em 31 de Dezembro de 2008, a lista de espera cirúrgica era constituída por 174 179 doentes, menos 12% do que em 31 de Dezembro de 2007. A moda da espera situava-se no intervalo 61-120 dias, quando no ano anterior se situava nos 121-210 dias, 30% dos casos esperavam menos de 60 dias por tratamento, mas 13% ainda aguardava um ano ou mais por uma intervenção cirúrgica (figura 8). Se aceitarmos como genericamente aceitável uma espera inferior a 120 dias, exceptuando a doença neoplásica maligna, existiriam naquela data 122 116 doentes em espera não aceitável clinicamente, menos 17% do que na data homóloga de 2007.

Figura 8 - Volume da espera cirúrgica em 31-Dez-2007 e 31-Dez-2008



Fonte: Ministério da Saúde, 2009

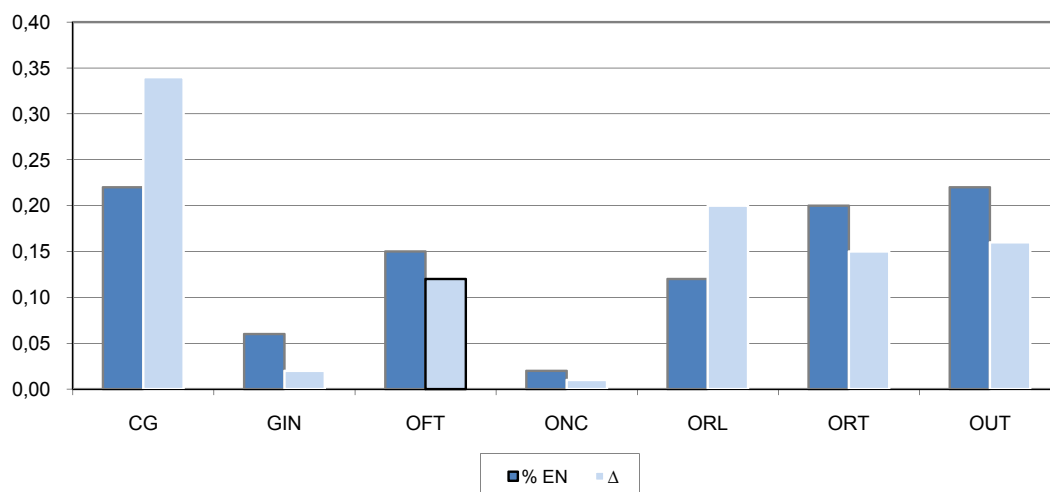
A variação negativa de 22.971 cirurgias neste período deveu-se principalmente à conjugação da redução considerável de casos no intervalo de espera 121-330 dias e ao aumento no intervalo 331-660 dias. Este efeito aparentemente paradoxal explica 77% da totalidade da variação, com um contributo de 68% dos hospitais da ARS do Centro.

Quadro 8 - Variação das cirurgias, por ARS

Dias	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
≤30	1.561	-243	75	268	382	2.043
31-60	727	-1.187	119	423	286	368
61-120	834	-1.978	-1.551	100	124	-2.471
121-210	340	-4.931	-1.447	-82	-294	-6.414
211-330	-5.077	-5.843	-3.705	-338	-1.100	-16.063
331-480	157	281	1.830	27	88	2.383
481-660	738	746	809	10	137	2.440
661-870	-165	-797	-496	-10	-44	-1.512
≥871	-945	-1.738	-1.071	-24	33	-3.745
	-1.830	-15.690	-5.437	374	-388	-22.971

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

Comparando a estrutura nosológica da lista de espera cirúrgica em 31 de Dezembro de 2007 com a estrutura da variação observada em 31 de Dezembro de 2008, a cirurgia geral e a ORL foram as entidades em que verificaram maior esforço resolutivo (figura 9).

Figura 9 - Comparação entre a estrutura da lista de espera cirúrgica e a variação do esforço das respostas

Legenda: CG – cirurgia geral; GIN – ginecologia; OFT – oftalmologia; ONC – oncologia; ORL – otorrino; ORT – ortopedia; OUT – outras; EN – entidades nosológicas

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

Foi em oftalmologia e nas doenças neoplásicas malignas que se observou uma maior variação positiva no volume de casos, no período em análise, embora esta se verifique no intervalo 0-30 dias.

Quadro 9 - Variação das cirurgias, por especialidade

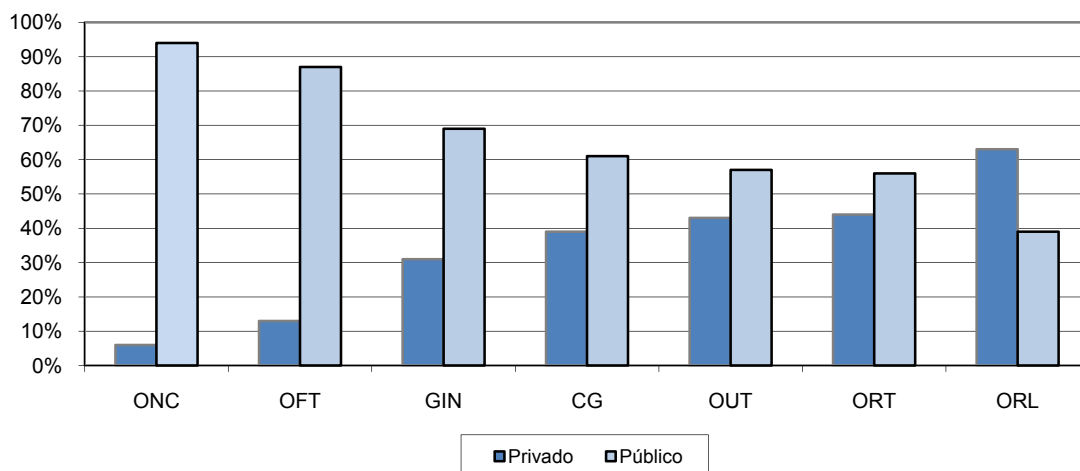
Dias	CG	GNC	OFT	ONC	ORL	ORT	OUT
≤30	0,00	0,01	0,06	0,06	0,00	0,00	0,00
31-60	-0,01	0,00	0,04	0,00	0,00	0,01	0,00
61-120	-0,03	0,01	0,02	-0,05	0,00	-0,03	0,00
121-210	-0,04	-0,02	-0,08	-0,03	-0,02	-0,02	-0,01
211-330	-0,09	-0,03	-0,11	-0,02	-0,12	-0,07	-0,07
331-480	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,04	0,01
481-660	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
661-870	-0,01	0,00	0,00	0,00	-0,01	-0,01	-0,01
≥871	-0,02	-0,01	-0,02	0,00	-0,04	-0,01	-0,02

Fonte: Ministério da Saúde, 2009

Quanto às maiores variações negativas, elas registaram-se em otorrino e na oftalmologia, ambas no intervalo de espera 211-330 dias. Verificou-se igualmente um esforço na resolução dos casos com maior tempo de espera, 871 dias.

Relativamente à produção acrescida, o sector público contribui com um total de 66% da produção e o sector privado com 34%, com uma variação entre 94% (oncologia) – 39% (ORL) (figura 10)

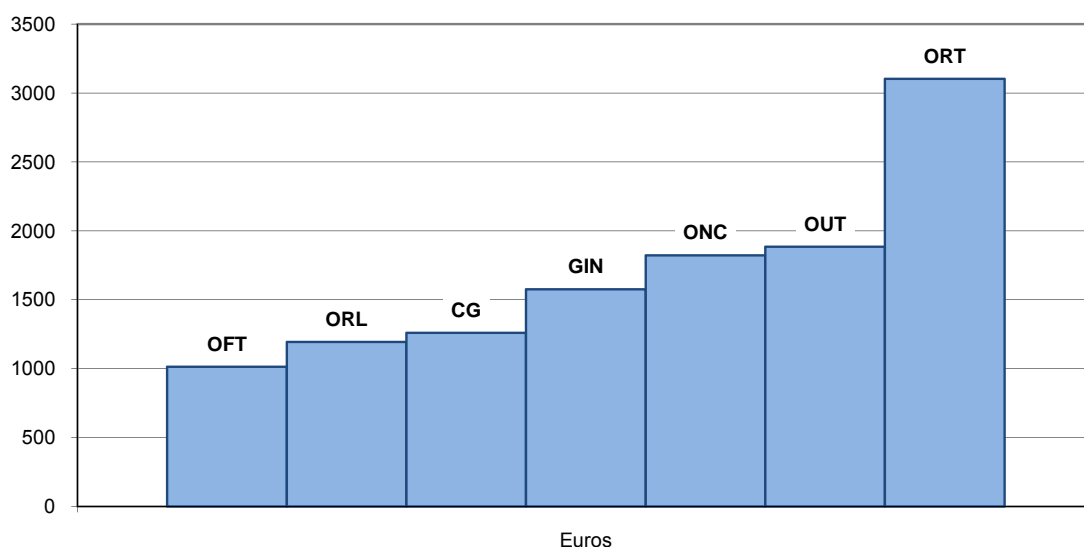
Figura 10 - Distribuição da produção do sector público e do sector privado, por entidade nosológica



Legenda: CG – cirurgia geral; GIN – ginecologia; OFT – oftalmologia; ONC – oncologia;
 ORL – otorrino; ORT – ortopedia; OUT – outras; EN – entidades nosológicas
Fonte: Ministério da Saúde, 2009

A despesa do SNS com a produção acrescida no sector privado foi cerca de 54 milhões de euros, tendo-se observado que os custos unitários, por entidade nosológica, variaram entre 1.103 euros na oftalmologia e 3.103 euros na ortopedia, para um custo médio de 1.819 euros (figura 11).

Figura 11 - Custo unitário das diversas entidades nosológicas no sector privado



Legenda: CG – cirurgia geral; GIN – ginecologia; OFT – oftalmologia; ONC – oncologia;
 ORL – otorrino; ORT – ortopedia; OUT – outras; EN – entidades nosológicas
Fonte: Ministério da Saúde, 2009

Em síntese: Tomando como ano de avaliação de referência 2002, em que o programa de recuperação de listas de espera passou a abranger todas as patologias, em sete anos a espera média para a realização de uma cirurgia não programada passou de 571 dias para 152 dias, correspondente a um ganho anual médio de cerca de 60 dias/cirurgia.

A resposta programada e organizada às listas de espera cirúrgica iniciou-se em 1994 abrangendo actualmente a totalidade das patologias. Nos últimos dez anos a principal barreira que o OPSS teve de ultrapassar foi a do acesso à informação oficial, facto que está hoje em larga medida ultrapassado. A compreensão do papel de uma organização com estas características é outra e foi-lhe reconhecido o papel que representou nos avanços alcançados neste campo.

Os cidadãos a quem é identificada a necessidade de uma intervenção cirúrgica encontram-se igualmente em melhores condições e as respostas estão melhor organizadas e são mais céleres. Contudo, mantém-se um excesso de tempo de espera excessivo na doença neoplásica maligna com indicação cirúrgica. Comparativamente com os 14 dias de espera recomendados pela *Canadian Society Surgery of Oncology* os tempos de espera ainda praticados ainda exigem uma considerável melhoria na gestão de todo o processo, principalmente na ordenação das respostas.

Com a aplicação universal da *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde* há fortes razões para se acreditar que o padrão do acesso aos cuidados de saúde em todas as suas dimensões pode tornar-se mais satisfatório e contribuir para uma substancial melhoria do bem-estar dos portugueses.

3.6 A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

A RNCCI constitui um dos mais ousados projectos de políticas sociais e desenvolvimento intersectorial alguma vez iniciado em Portugal desde a fundação do SNS

A sua natureza inovadora incide na criação de respostas pós-agudas, de reabilitação e de longa duração de base não hospitalar e inseridas nas comunidades locais. Como seria de esperar, a cultura centrada nos hospitais, ainda dominante no SNS, nem sempre tem reagido da forma mais aberta a este desenvolvimento. Ainda assim, o projecto tem avançado com o apoio repartido entre os Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade Social, tendo sido identificado pelo Ministério das Finanças como um dos três projectos-piloto para Orçamentação por Programas, que se constitui como anexo no âmbito do Orçamento de Estado de 2009.

A evolução

A distribuição territorial atingida pela RNCCI em 2008, o desenvolvimento dos instrumentos de gestão necessários à consolidação da coordenação e monitorização da Rede, o envolvimento e motivação das equipas de profissionais, reforçados por uma clara aposta na formação e consolidação de competências no âmbito dos cuidados continuados integrados, onde se incluem também os cuidados paliativos, permitiram obter resultados importantes do ponto de vista da efectiva concretização de novas respostas de cuidados de saúde e apoio social.

Com uma implementação progressiva prevista para um período de dez anos (2006-2016), a rede tem publicado dados relevantes de monitorização sobre o seu desenvolvimento e actividade, que permitem esclarecer e identificar objectivos de melhoria contínua.

O Relatório de Actividades da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) identifica os progressos verificados e as dificuldades registadas durante os últimos 12 meses. As páginas seguintes destacam, de forma sumária, os principais indicadores referidos neste documento.

Os utentes da RNCCI

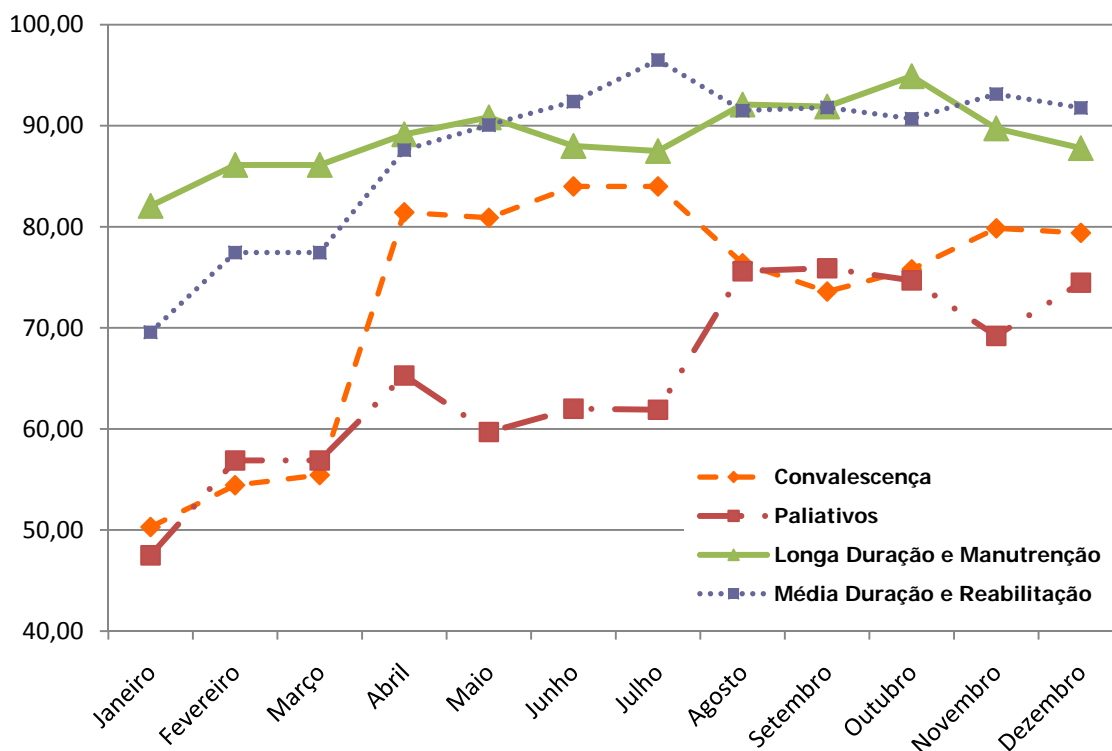
O número de utentes referenciados para a Rede durante o ano de 2008 foi de 18 323, registando-se um crescimento de 132% em relação a 2007. A distribuição da referenciação por tipologia de resposta mostra que 30,1% dos utentes foram propostos para convalescença, 27,3% para média duração e reabilitação, 26,7% para longa duração e manutenção, 7,7% para unidades de cuidados paliativos e 8,2% para ECCI, sendo que destes, 0,3% foram referenciados para cuidados paliativos domiciliários. Quanto à estrutura que efectua a referenciação, verifica-se que 72% teve origem nas Equipas de Gestão de Altas Hospitalares (EGA) e 28% nos Centros de Saúde.

As principais causas da referenciação para unidades de convalescença consistem na necessidade de continuidade de cuidados (89%) e de vigilância e tratamentos complexos (82%), enquanto na média e na longa duração é a dependência em actividades da vida diária que dá origem à referenciação para as unidades de Longa Duração e Manutenção e de Média Duração e Reabilitação (64% e 87%, respectivamente). Cabe ainda referir que os diagnósticos principais que reúnem maior número de propostas são o acidente vascular cerebral (AVC), mas mal definido (42%), seguido da fractura do colo do fémur (11%) e das insuficiências cardíacas e quadros psicóticos orgânicos senis e pré-senis (ambos com 9%). Relevante é também o facto de 79 % do total de utentes referenciados para a RNCCI ter 65 ou mais anos;

Do total de utentes referenciados, foram assistidos nas unidades de internamento da rede 13 457, registando-se, assim, um aumento de 126,8% face ao ano anterior. A demora média nas tipologias de Convalescença e Média Duração e Reabilitação foi de 35 e 86 dias, respectivamente, o que se aproxima do período legalmente previsto para estas tipologias. Na Longa Duração e Manutenção a demora média registada foi de 130 dias, verificando-se uma redução de 35% em relação ao ano anterior (200 dias).

Estes dados, para além de corroborarem as necessidades identificadas, que justificaram a criação da RNCCI, em 2006, traduzem a crescente adesão dos profissionais, a este novo modelo de organização de cuidados. A actividade desenvolvida pelas EGA, através da sinalização e referenciação de utentes para a Rede, revela o reconhecimento das mais valias que esta representa para os hospitais e para os cidadãos (promoção da eficiência e do acesso a cuidados hospitalares). A esta evolução não será também alheio o facto de, no âmbito da contratualização com os hospitais, se terem incluído indicadores relacionados com a referenciação para a RNCCI.

De acordo com o referido relatório, a taxa de ocupação média para o total de tipologias de internamento situou-se no ano 2008 em 94,7%, superior à apresentada em 2007 que se situava em 77,3% (ver mais detalhes em www.rncci.min-saude.pt). A figura abaixo representa em pormenor as taxas de ocupação média para o total de meses de 2008.

Figura 12 - Taxa de ocupação média em 2008

Fonte: UMCCI, 2009 **Legenda:** UC: Unidade Convallescência; UCP: Unidade de Cuidados Paliativos; ULDM: Unidade de Longa Duração e Manutenção; UMDR: Unidade Média Duração e Reabilitação.

A articulação entre os diferentes níveis do sistema, tendo em vista assegurar a continuidade de cuidados e a mobilidade dos utentes para respostas mais adequadas ao seu estado de saúde, apresenta-se como um factor crítico de sucesso para o desempenho dos sistemas de saúde. As respostas da Rede, que para além das unidades de internamento incluem também o apoio aos cuidados domiciliários, apresentam-se como soluções mais custo-efectivas que procuram concretizar os princípios da proximidade e da intervenção articulada e integrada na prestação de cuidados, colocando ênfase especial na promoção da autonomia e da independência.

Nas tipologias de internamento de Convallescência, Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção, o principal destino dos utentes saídos em 2008 foi o regresso ao seu domicílio e o principal motivo da alta foi a obtenção dos objectivos terapêuticos.

Resultados da actividade assistencial

O objectivo fundamental da RNCCI é a promoção da autonomia de pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem de cuidados de saúde e/ou de apoio social. Assim, importa analisar os ganhos em saúde obtidos entre a admissão e a alta dos utentes, conforme previsto no planeamento da Rede, avaliando o impacto dos cuidados prestados na promoção da autonomia. De acordo com a informação recolhida na Rede e disponibilizada pela UMCCI, destacam-se as seguintes informações relativas ao ano de 2008:

- Numa amostra de 6 399 utentes, registou-se, no momento da alta, uma redução dos utentes classificados como incapazes (em 55%) e dependentes (em 17,47%) e um aumento de utentes classificados como autónomos (276%) e independentes (177,8%);

- De entre 5 869 utentes, 46,52% usavam cadeira de rodas na admissão, sendo que no momento da alta apenas 21,52% precisavam dela, o que traduz numa redução de 53,74%.
- Relativamente às quedas e úlceras de pressão, verificou-se, respectivamente, uma prevalência de 37,18% e 22%, valores significativamente mais baixos que os encontrados na literatura internacional para este tipo de cuidados, onde estes indicadores assumem particular relevância

Muito embora considere estes resultados da actividade assistencial muito animadores, o OPSS considera que, em futuros relatórios técnicos da UMCCI, os mesmos devem ser explicitados do ponto de vista metodológico no sentido de se ultrapassarem dúvidas que possam emergir quanto ao seu rigor técnico. O esforço feito para demonstrar a mais-valia da intervenção da RNCCI é uma abordagem de gestão da rede a todos os níveis positiva. Porém, a clarificação da validade dos instrumentos e metodologias utilizados, tal como a efectiva comunicação desses resultados aos profissionais envolvidos e à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), deverá tornar-se uma prioridade durante os próximos meses de desenvolvimento da RNCCI.

O crescimento e implementação da RNCCI

A contratualização de mais 968 camas ao longo do ano de 2008, através da celebração de cerca de 150 acordos com entidades do sector público da Saúde, do sector Social e do sector Privado, representou, relativamente a 2007, um crescimento de cerca de 50% da capacidade instalada da rede. Deste modo, o rácio de cobertura para o total de tipologias de internamento da RNCCI situa-se em 177 camas por cada 100.000 habitantes com 65 ou mais anos.

Para o crescimento apontado, contribuiu a contratualização com entidades do SNS, cuja oferta registou um aumento de cerca de 59% em relação ao ano anterior, passando de 193 para 307 camas. O alargamento das Equipas de Gestão de Altas (EGA) a todos os hospitais do SNS (31 de Dezembro de 2008), contribuiu também para a consolidação da participação dos hospitais na estrutura da RNCCI. No que respeita às Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), embora estejam em funcionamento apenas 13 equipas, registou-se um crescimento de 117% em relação a 2007.

A relação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi também reforçada ao longo do ano de 2008, através de um esforço conjunto de articulação que permitiu criar 72 equipas de cuidados continuados integrados (ECCI), o que representa cerca de 57% do previsto (126) no Plano de Implementação para 2008. Estas respostas, orientadas para o apoio domiciliário, são fundamentais para evitar a institucionalização de utentes que, necessitando de cuidados, podem permanecer na sua casa, reforçando o papel dos CSP enquanto interface fundamental com a comunidade.

As Unidades de Dia e Promoção da Autonomia, previstas no diploma que cria a RNCCI em 2006, não foram ainda implementadas. Tratando-se de um tipo de resposta fundamental para a continuidade de cuidados, num enquadramento de não institucionalização, importa perceber a razão que tem impedido a sua concretização.

O modelo de gestão da RNCCI

A organização e gestão da RNCCI baseia-se nos princípios da integração dos cuidados de saúde e apoio social, materializando a intersectorialidade, que é internacionalmente defendida como sendo fundamental para responder com efectividade às necessidades específicas das populações, para a obtenção de ganhos em saúde e para a promoção da eficiência. A

coordenação da Rede é concretizada ao nível central pela UMCCI, prevendo-se também cinco estruturas com intervenção regional, as Equipas de Coordenação Regional (ECR) e um terceiro nível, de maior proximidade, que é garantido por 82 Equipas de Coordenação Local (ECL).

O aplicativo informático desenvolvido pela UMCCI entrou em funcionamento em Janeiro de 2008. Suportado em plataforma Web, permite a referência de utentes e o registo da actividade assistencial, proporcionando a partilha de informação entre os vários intervenientes da Rede, para os quais foram definidos diferentes níveis de acesso. Deste modo, a monitorização da actividade desenvolvida e dos principais resultados obtidos nas várias estruturas de internamento é passível de monitorização contínua, facilitando e agilizando a introdução das medidas correctivas necessárias em tempo útil.

Importa notar que a natureza interministerial do projecto parece requerer a existência de um Sistema de Informação (SI) distinto ou pelo menos com níveis de acesso diferenciados, mas esta limitação não deve ser impeditiva de a ACSS poder aceder à informação de saúde, para com base nela poder concretizar as competências que lhe estão atribuídas, nomeadamente no que respeita a "assegurar o desenvolvimento dos sistemas de avaliação de serviços no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, coordenar e controlar a sua aplicação..." e "estudar e propor modelos de financiamento do sistema de saúde...".

Durante 2008, a UMCCI promoveu a publicação de legislação específica associada à RNCCI, nomeadamente no que concerne à criação de incentivos aos investidores de natureza privada sem fins lucrativos para alargamento e melhoria das respostas de internamento da Rede. Neste domínio, foram consolidados e publicados os programas funcionais para as diferentes tipologias, introduzindo assim um maior nível de exigência para os equipamentos que venham a integrar a RNCCI num futuro próximo.

Através do desenvolvimento de orientações técnicas, a UMCCI tem procurado estimular e apoiar intervenções orientadas para as boas práticas. Os resultados da avaliação do grau de adequação aos referenciais desenvolvidos pela UMCCI e aplicados pelas ECL nas visitas às Unidades de Internamento traduzem um nível de cumprimento que se situa nos 80,25%. Com o mesmo objectivo e também no sentido de acompanhar o desenvolvimento e funcionamento da Rede, a UMCCI desenvolveu visitas de observação a unidades e efectuou reuniões com as diferentes ARS, ECR, ECL e EGA. Em 2008, iniciou-se também a realização de visitas de avaliação externa da qualidade (Equipas de Melhoria da Rede) que, numa primeira fase, envolveu 18 unidades e que terá continuidade no ano de 2009.

A UMCCI continuou, em 2008, a monitorizar a satisfação dos utentes da Rede, através de inquéritos de satisfação, com o objectivo de identificar oportunidades de melhoria. Os resultados foram disponibilizados no *website* durante o segundo trimestre de 2009, apontando um elevado nível de satisfação nas diferentes dimensões contempladas. No entanto, não se conhecem iniciativas de avaliação dos profissionais envolvidos, tanto ao nível dos prestadores como no âmbito das estruturas de coordenação da Rede, o que se considera fundamental desenvolver no curto prazo, de modo a que, numa perspectiva construtiva se identifiquem os pontos fortes e fracos, no sentido de se perspectivarem medidas que potenciem os primeiros e minimizem os segundos.

A aposta na melhoria contínua, alicerça-se na "estratégia da qualidade" definida pela UMCCI, sendo evidentes os esforços desenvolvidos para a sua concretização no terreno. No entanto, o OPSS considera que, dado o nível de maturidade actual, é chegado o momento de se adoptar um referencial robusto, que se constitua como fio condutor das várias intervenções e que dê consistência à política e estratégia de qualidade, cuja implementação deve ser objecto de ampla divulgação.

Dado o seu carácter inovador e capacidade de aprendizagem que encerra, a RNCCI constituiu-se como um dos três projectos-piloto para Orçamentação por Programas no ano de 2009, sendo o único projecto identificado para este efeito na área da saúde, que reúne a

responsabilidade conjunta dos Ministérios das Finanças, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social.

Esta modalidade de orçamentação, que procura tornar a afectação e utilização dos recursos públicos mais clara, responsável e transparente, procura deslocar o enfoque dos recursos para os resultados, associando à previsão de despesa objectivos e metas específicos, tal como um conjunto de indicadores que permitam avaliar o desempenho das entidades envolvidas, tanto ao nível físico como financeiro. Para este efeito, foi desenvolvido em 2008 um instrumento de gestão estratégica da Rede, um *balanced scorecard*, que será operacionalizado em 2009 e objecto de avaliação em 2010.

Formação e recursos

De acordo com a informação disponibilizada pela UMCCI, a Rede envolve, nesta altura, mais de 4 500 profissionais. A multidisciplinaridade preconizada no Decreto-Lei 101/2006, de 06 de Junho, materializa-se no envolvimento de vários grupos profissionais: médicos (incluindo fisiatras), enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, técnicos de serviço social, psicólogos, dietistas e nutricionistas, animadores sociais, auxiliares de acção médica, entre outros.

O desenvolvimento das competências adequadas e específicas para as diferentes tipologias de cuidados tem vindo a efectuar-se em paralelo com o alargamento da RNCCI e constituiu, em 2008, uma das suas principais áreas de investimento, uma vez que a cultura de intervenção que se pretende promover (articulação intersectorial e interinstitucional, abordagem interdisciplinar, metodologias de trabalho específicas) exigem um enorme esforço de formação contínua. Na apreciação das candidaturas a financiamento para formação na área da saúde, o Programa Operacional Potencial Humano (POPH), criado no âmbito do Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN) 2007-2013, seguiu as recomendações do Ministério da Saúde, que por sua vez considerou os cuidados continuados como área prioritária, dando assim oportunidade ao desenvolvimento de competências específicas nesta área de intervenção.

Conforme definido no Plano de Implementação da RNCCI para 2008, os recursos financeiros envolvidos ascenderam a 97.351.925 euros, sendo 13, 7% deste valor afecto a investimento e 86,3% a despesas de funcionamento. O facto de dispor de um modelo próprio de financiamento, assente na captação de recursos oriundos de fundos dos jogos, é um elemento crucial para a sustentabilidade e consolidação da RNCCI. O crescimento registado em 2008, ao nível da atribuição de verbas específicas em relação a 2007 (176,3%) permitiu o alargamento e pleno funcionamento das suas respostas.

No âmbito do Projecto de Distribuição de Fraldas a Utentes em Situação de Precariedade Económica internados em Unidades de Longa Duração e Manutenção foram disponibilizadas em 2008, um total de 735 540 fraldas, com uma execução financeira de 200.151,78€, que se traduziu no apoio a cerca de 60% dos utentes internados nesta tipologia e que tinham associados problemas de incontinência.

Cuidados Paliativos

Os Cuidados Paliativos assumem uma abordagem de apoio para melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias perante uma situação de saúde que não responde aos tratamentos curativos, com a prevenção do sofrimento, através da identificação precoce e rigorosa e do tratamento da dor e de outros sintomas incapacitantes, físicos, psicológicos e espirituais (Organização Mundial de Saúde - 2002).

No sentido de consubstanciar as políticas de proximidade, a abordagem dos Cuidados Paliativos (CP) na Rede confronta-se com a transversalidade a toda a RNCCI. A UMCCI parte da definição de Cuidados Paliativos assumida no Reino Unido que integra o princípio de que estes cuidados podem e devem ser prestados em todas as tipologias assegurando-se, assim, o envolvimento dos cuidadores e família e a proximidade com o meio habitual de vida, principal atributo dos cuidados de proximidade.

Em Portugal, ainda se confundem os vários níveis e tipos de CP o que reflecte a cultura centrada no hospital e quase exclusivamente baseada nos médicos especialistas, ainda dominante no SNS (nomeadamente anestesistas com algum treino em CP). Estas duas visões de CP estiveram em debate através da comunicação social durante os últimos meses e, possivelmente, assistiremos à sua continuação no período mais próximo.

Neste sentido, para o período em análise, a UMCCI descreve assim os desenvolvimentos registados no ano de 2008:

As ECSCP foram adaptadas à realidade, não só das expectativas da população portuguesa, como dos recursos humanos existentes e das orientações da Organização Mundial de Saúde, tendo as suas competências sido incluídas na prestação das ECCI.

Por outro lado, a UMCCI desenvolveu um programa de formação (incluindo estágios) em Cuidados Paliativos para os diferentes níveis de prestadores da RNCCI no pressuposto da transversalidade e proximidade com o meio habitual de vida.

As unidades de Cuidados Paliativos da Rede prestam cuidados específicos e complexos, ainda que em todas as outras unidades de internamento da RNCCI os utentes recebam Acções Paliativas.

No total das tipologias de internamento, foram identificados mais de 1 500 utentes que receberam Cuidados e Acções Paliativas.

A capacidade e disponibilidade de profissionais devidamente formados em CP nas unidades de longa duração, tem sido questionada em diferentes contextos. Por outro lado, o sector privado e o sector social, nomeadamente as Misericórdias, têm levantado a questão da parca contratualização de CP com as entidades destes sectores, estando esta tipologia centrada sobretudo nos hospitais, o que prejudica a perspectiva de proximidade defendida pela Rede.

Refere-se também a inexistência de *deficit* de profissionais com formação em CP, uma vez que, assumida a transversalidade dos CP em todas as tipologias, os profissionais que trabalham nas unidades tiveram que desenvolver competências e têm assegurado as respostas necessárias. Este é, pois, mais um desafio para ser resolvido pela UMCCI durante os próximos meses e que deve ser devidamente observado no próximo relatório do OPSS em 2010.

Em síntese: A RNCCI tem sido apresentada como um projecto nacional, que assume um carácter estratégico e cuja implementação foi prevista para o período 2006-2016. Para o período em análise interessa destacar para o debate nacional proposto por este relatório o seguinte:

- Verifica-se um apoio generalizado a este projecto em todos os quadrantes políticos e sectores profissionais do sistema de saúde salvo alguma polémica associada aos cuidados paliativos que constituem, porém, uma pequena parte da oferta desenvolvida na rede;
- A relação entre o modelo intersectorial da RNCCI e o modelo centrado nos hospitais ainda prevalente no SNS merece uma atenção especial do ponto de vista da análise estratégica e pode gerar uma importante aprendizagem organizacional;

- A introdução de instrumentos de avaliação dos ganhos em saúde é merecedora de uma atenção especial pela sua natureza inovadora ainda que bastante incipiente do ponto de vista metodológico.
- A natureza inter-ministerial da RNCCI tem alegadamente dificultado a partilha da metodologia e dos dados com a ACSS e DGS uma vez que o SNS não implementou este propósito de avaliação com os mesmos princípios. Este facto pode ser explicado pelo enfoque do SNS na recuperação de quadros clínicos agudos em contraste com a natureza de reabilitação pós-aguda da RNCCI como é também verificado em outros estados Europeus ou no Canadá;
- A aplicação de metodologias de avaliação da satisfação dos utentes é uma importante forma de desenvolvimento da rede. Nota-se porém, a ausência de esforços de avaliação da satisfação dos profissionais.

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.

Por outro lado, os cuidados prestados serão maioritariamente de reabilitação pós-aguda e de complexidade baixa o que poderá aconselhar a sua não-integração com o modelo de financiamento hospitalar, devendo, no entanto, reflectir o nível de gravidade e/ou da complexidade dos recursos a afectar, de modo a ficar assegurada a qualidade dos cuidados prestados e a equidade do pagamento às instituições. Este será um debate fundamental, a promover durante os próximos meses.

A consolidação e desenvolvimento da RNCCI, pressupõe que a sua sustentabilidade continuará a assentar na captação de recursos oriundos de orçamentos intersectoriais (neste caso, os jogos sociais), a exemplo de outros estados europeus para respostas semelhantes de cuidados pós-agudos, de reabilitação e de longa-duração. As verbas do SNS não comportam a internalização desta despesa o que representa uma importante forma de apoio à sustentabilidade do próprio SNS. Interessa, igualmente, assinalar que a relação de co-financiamento com o Ministério da Solidariedade e Segurança Social é uma inovação fundamental para a implementação de políticas intersectoriais como recomendado pela Organização Mundial de Saúde.

O sistema de informação deverá ser estrategicamente pensado, pois o seu actual "isolamento" dificulta o acesso aos dados globais pelas entidades do SNS ou do MTSS, inviabilizando a sua sustentabilidade e desenvolvimentos futuros. Este será um desafio à flexibilidade de funcionamento no âmbito da intersectorialidade, que será muito interessante observar durante os próximos meses.

3.7 Política do medicamento. O caso da utilização dos antibióticos

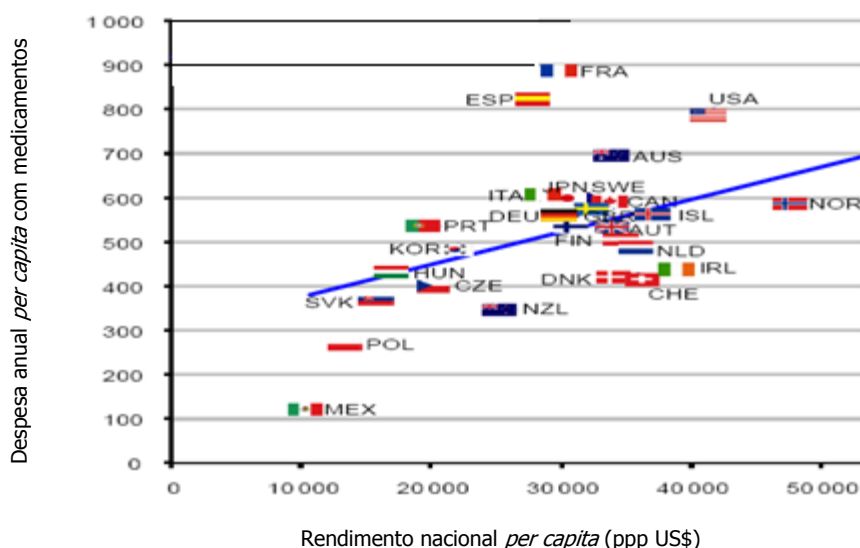
O medicamento, pela sua relevância como tecnologia terapêutica essencial e como responsável por substancial proporção nos gastos com a saúde, quer públicos quer privados, mereceu, desde a primeira hora por parte do OPSS, o devido destaque.

A política do medicamento é sempre um dos pontos fundamentais na discussão das políticas de saúde. A maioria dos cidadãos sente que tem uma palavra a dizer, pois são escassos os medicamentos que são comparticipados a 100% pelo SNS.

Sendo um bem essencial numa sociedade moderna, as indústrias envolvidas na sua produção são igualmente das mais bem sucedidas. Custos de produção/inação de novos medicamentos, protecção de patentes, genéricos, preços, comparticipação são alguns dos temas em permanente discussão.

A figura 13 ilustra algumas dessas opções políticas em vários países da OCDE.

Figura 13 – Despesa com medicamentos e rendimento nacional



Fonte: Pharmaceutical Pricing Policy in a Global Market, OECD, 2008

Tendo em conta esta importância o OPSS desde o seu 1º número de 2000 que tem vindo a abordar o tema do medicamento, pretendendo neste Relatório resumir o que foi essa abordagem nestes anos.

A análise sobre a evolução da utilização do medicamento deveria constituir uma rotina e as análises realizadas e disponibilizadas são demasiado genéricas. Pelo menos a análise por grupo fármaco terapêutico seria indispensável para proporcionar alguma discussão e promover a investigação.

A divulgação conveniente de análises mais apelativas, e até eventualmente mais polémicas, poderão conduzir à consciencialização de todos para uma melhor utilização desta potente arma que é o medicamento. Saber, por exemplo, que na área dos medicamentos cardiovasculares – um dos dois grupos de medicamentos prescritos em maior número e também os mais onerosos para o erário público e para os cidadãos individualmente – já se economizam, com a prescrição de genéricos, mais de 100 milhões de euros, poderá constituir um bom estímulo para reforçar essa orientação.

Tem que ser entendido por todos que a comparticipação maior ou menor dos medicamentos tem limitações orçamentais e que no redistribuir – no grau de comparticipação e de cobertura – estará o ganho de todos.

Os dispositivos tecnológicos existentes para exploração e análise dos dados são muito poderosos e relativamente amigáveis para os potenciais utilizadores, mas, de facto, não tem sido facilitado e agilizado o seu acesso. Um desses mecanismos disponibilizados à época (1998) na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) permitiu uma das primeiras análises publicadas relativas à utilização de medicamentos em Portugal (Canhota e Mendes, 2001). O trabalho que esteve na origem desta abordagem inspirou uma das principais e primeiras intervenções do OPSS na área do medicamento.

O que acima se disse relativamente às formas de medir a utilização dos medicamentos representa um grande avanço se comparada com a época a que se reporta o primeiro Relatório de Primavera do OPSS - Maio de 2001, referindo dados de 2000 e anteriores. Pelas razões já citadas, os exemplos então analisados tinham como cobertura a área geográfica da ARSLVT e do SNS do Reino Unido que já então disponibilizava na Internet dados com formato e dimensões semelhantes. A medida de utilização então adoptada era a da embalagem, obviamente ainda muito pouco rigorosa, mas era a possível.

Em relatórios posteriores tentou demonstrar-se que embora não muito fiável, essa medida estabelecia proporções semelhantes às obtidas através da medida entretanto aceite internacionalmente e ainda em vigor - a Dose Diária Definida (DDD)⁴². Apesar desse grande inconveniente e falta de rigor o OPSS cumpriu um dos seus principais objectivos: chamar a atenção para o problema e suscitar a sua discussão.

A análise apresentada sobre a utilização das cefalosporinas que tanta controvérsia provocou tem hoje uma leitura pacífica. Todos os profissionais reconhecem que havia (e ainda há!) muito a fazer para induzir uma maior reflexão no momento da prescrição. O ter retomado o tema nos anos seguintes também terá contribuído em parte para alguma alteração do padrão de prescrição que então se verificou.

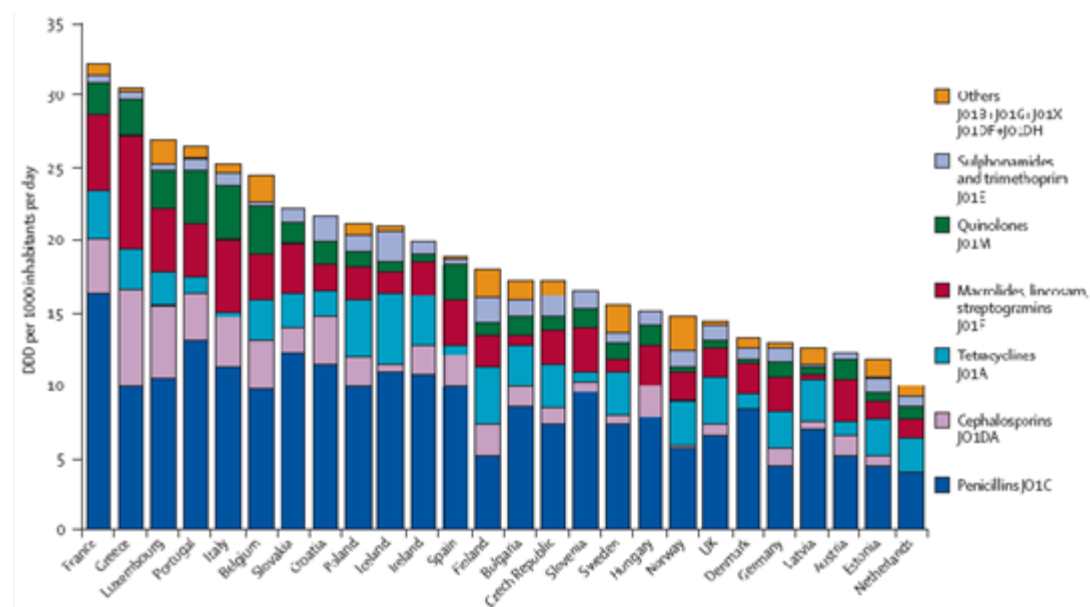
Mas tanto ou mais importante que esse possível efeito foi o impacto que medidas como a inclusão nas metas do Plano Nacional de Saúde e, nos indicadores de desempenho estabelecidos pela Missão de Cuidados de Saúde Primários, poderão vir a ter ao medirem o grau de utilização das cefalosporinas e das quinolonas.

Uma *Research Letter* publicada no Lancet (Cars et al., 2001) sobre as vendas de medicamentos na UE veio dar mais consistência à questão das proporções das cefalosporinas então colocada à discussão pública. A evidência de que há uma relação entre prescrição de antibióticos e resistência bacteriana ainda que com alguma controvérsia relativamente à(s) forma(s) de medir o respectivo grau de utilização, é hoje inquestionável e as referências bibliográficas ao tema são cada vez mais frequentes e consistentes. É considerado um problema sério de saúde pública.

As posteriores abordagens à problemática da utilização dos antibióticos em Portugal saiu fortemente reforçada com o artigo de Goossens et al. (2005) "*Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study*". A figura 14 dá, de novo, realce aos números então publicados para o contexto de 2005, ainda que com dados relativos a 2002.

⁴² *The Anatomical Therapeutic Chemical Classification System with Defined Daily Doses (ATC/DDD) da Organização Mundial de Saúde*

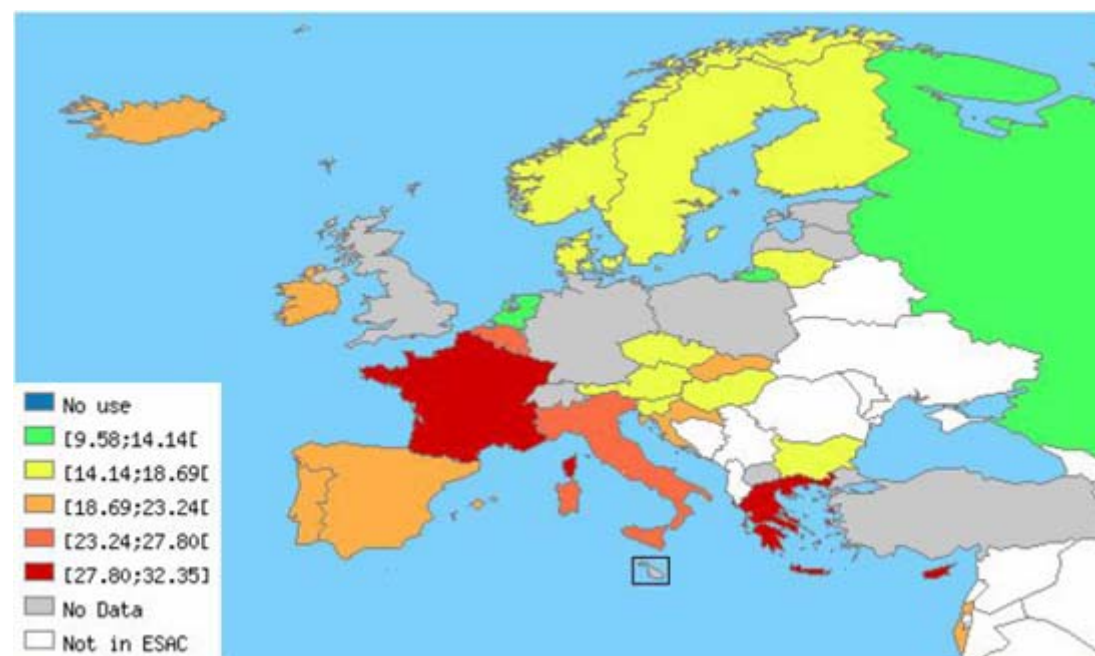
Figura 14 – Utilização de antibióticos em ambulatório nos 26 países europeus, 2002



Fonte: Goossens et al., 2005.

Embora a contestação relativa à metodologia de medição se mantenha, são factos inquestionáveis a criação, nos últimos anos e na maioria dos países da Europa, de organismos internos e internacionais de acompanhamento da utilização de antibióticos e/ou vigilância da resistência bacteriana (figura 15).

Figura 15 – Utilização de antibióticos em 2006

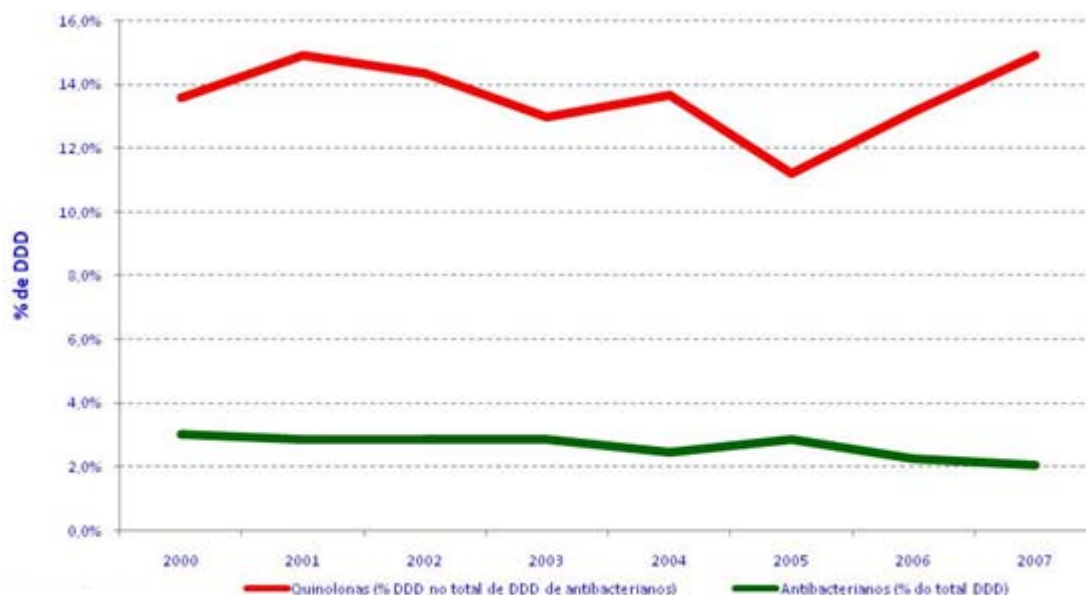


Fonte: European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC)

A situação em Portugal está longe de ser satisfatória e tranquilizadora, pois embora revele alguma evolução num sentido de uma melhor e mais racional utilização de antibióticos, é ainda líder na utilização de quinolonas.

Quaisquer que sejam as razões (ainda por explicar) que levaram à diminuição da prescrição de antibióticos, poderá considerar-se como benéfica para a saúde dos portugueses, pois não é crível que tenha aumentado a morbilidade por insuficiente prescrição de antibacterianos (figura 16).

Figura 16 – Ambulatório – Utilização de quinolonas e de antibacterianos



Fonte: Infarmed

Os últimos dados internacionais disponibilizados com informação comparativa (*ESAC* 2006) mostram como são diferentes as práticas em diferentes países da Europa. Faltam ainda realizar muitos estudos sobre esta matéria, mas face à evidência hoje publicada apetece questionar se os países nórdicos têm uma morbilidade infecciosa tão diversa da dos países europeus mediterrânicos.

No quadro 10 com dados de vários países para o ano de 2006 é ainda muito grande o grau de variabilidade de utilização dos diferentes subgrupos de antibacterianos. A diferença entre norte e sul da Europa é um facto, mas espera-se informação mais recente e sobre os novos países aderentes para uma melhor análise sobre esta matéria.

Quadro 10 – Distribuição da utilização de antibacterianos em DDD

Ambulatory care

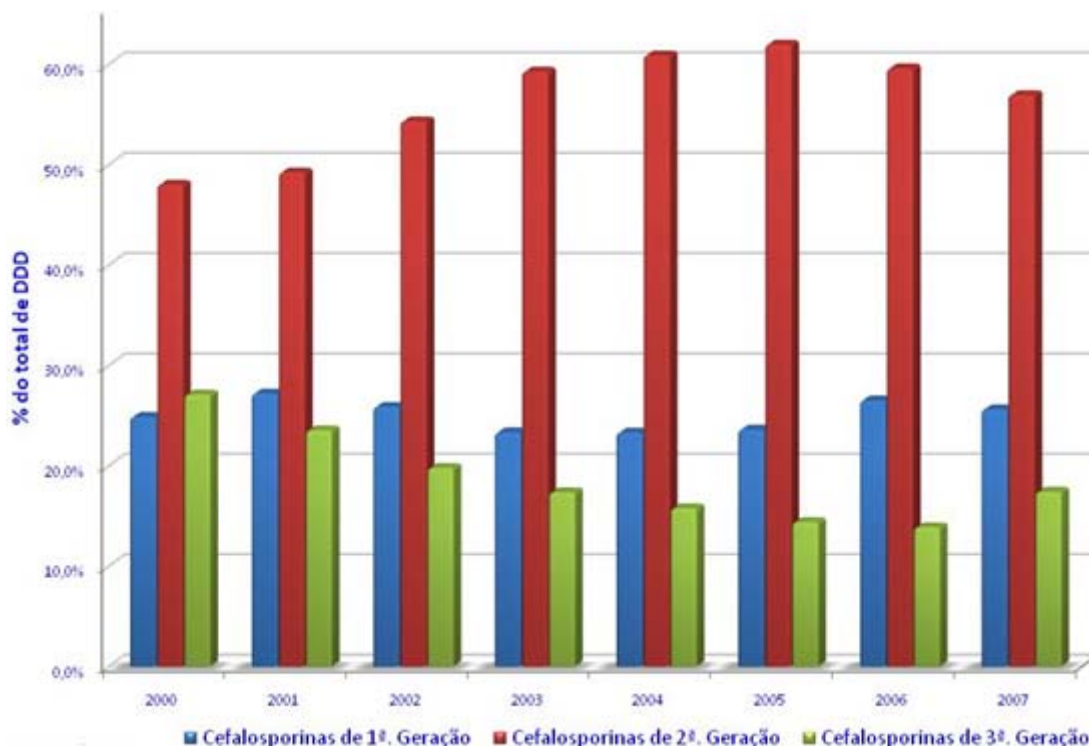
Distribution of antimicrobial use in DDD/1000 inh.-days

Country	DDD/1000 inh.-days								
	Penicillins with extended spectrum	Beta-lactamase sensitive penicilline	Beta-lactamase resistant penicilline	Comb. Of penicillins, incl. Beta-lactamase inhibitors	1st generation cephalosporins	2nd generation cephalosporins	3th generation cephalosporins	Macrolides	Fluoroquinolones
Portugal	3,207	0,015	0,621	8,155	0,79	2,075	0,483	4,342	3,040
Spain	3,919	0,081	0,199	7,530	0,017	1,274	0,438	2,261	2,178
Sweden	1,350	3,911	1,171	0,224	0,282	0,077	0,020	0,583	0,987
United Kingdom	4,568	0,664	0,915	1,009	0,608	0,166	0,006	2,273	0,518
Germany	3,030	1,100	0,020	0,230	0,120	0,930	0,410	2,350	1,360
France	7,740	0,150	0,460	6,090	0,220	1,280	1,720	3,660	2,060
Greece	5,610	0,260	0,010	5,260	0,230	7,270	0,200	9,790	1,890
Ireland	3,530	0,810	0,930	4,950	0,300	1,420	0,090	3,100	0,840
Belgium	4,640	0,130	0,230	6,930	0,180	2,860	0,000	2,300	2,470
Dennmark	2,780	5,260	0,970	0,080	0,010	0,020	0,000	2,330	0,320
Netherlands	1,860	0,440	0,290	1,500	0,010	0,030	0,010	1,420	0,840
Norway	2,340	4,220	0,440	0,000	0,230	0,000	0,000	1,840	0,480

Source: European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC)

Os gráficos da figura 17 sobre a situação em Portugal já só reportam dados de utilização traduzidos em DDD's.

Figura 17 – Ambulatório – Utilização de cefalosporinas



Fonte: Infarmed

Em síntese: A análise da utilização dos diferentes tipos de cefalosporinas (expressas em peso relativo de cada um dos grupos relativamente ao total de cefalosporinas), abordada logo no primeiro Relatório de Primavera em 2001 (com dados de 1999), deve continuar. Apesar de alguma modificação do padrão relativamente ao início do período de análise, num sentido que se pensa ser de melhorar práticas. O estabelecimento de metas e indicadores para esta área da utilização racional de antibacterianos acima citados poderão ser um importante instrumento, mas a sua implementação e concretização necessita ser acelerada e facilitada.

Contextualizou-se uma primeira intervenção ao sector do medicamento no contexto das políticas de saúde e abordou-se o potencial impacto da visibilidade dada ao caso específico da utilização dos antibacterianos. A evolução internacional desta problemática da utilização do medicamento permitiu também o surgimento de estudos comparativos que evidenciaram as diferenças e colocaram em discussão novas abordagens científicas.

Analisaram-se alguns dados mais actuais e a evolução em Portugal no período de 2000-2007. Referidas como muito positivas e importantes as medidas incluídas no Plano Nacional de Saúde e Indicadores de Desempenho dos Cuidados de Saúde Primários.

3.8 Financiamento e contratualização do SNS

Apesar de alguns avanços e recuos ao longo dos últimos 10 anos, têm-se dado passos interessantes no âmbito da contratualização em saúde, ainda que, o actual desenvolvimento do processo fique aquém do expectável.

O contexto internacional da contratualização

O sector da saúde em muitos países europeus tem vindo a alterar-se de forma bastante rápida, e não menos importante tem sido a forma como os Estados abordam a captação e o pagamento dos *assets* necessários para garantir cuidados de saúde. O mecanismo através do qual se procede à entrega e distribuição desses recursos é crucial, não apenas pelo que representam, mas também pelo seu impacto ao nível populacional. A procura de suprir necessidades de saúde de uma população predefinida, face a um orçamento limitado, tem conduzido a uma tendência mundial de reforma dos cuidados de saúde e dos próprios valores dos sistemas de saúde (Mittton e Donaldson, 2004).

Como se verifica uma maior procura de serviços face aos recursos disponíveis, alguma forma de definição de prioridades deve ocorrer. Tal implica fazer escolhas sobre o que financiar e o que não financiar, o que passa, essencialmente, pela adopção de metodologias estratégicas de aquisição de serviços, identificando as melhores intervenções disponíveis e os mecanismos de pagamento mais apropriados, que visem a satisfação das necessidades de saúde e a criação de valor para o cidadão, num contexto de sustentabilidade económico-financeira

Embora os desafios que se colocam a cada país possam ter uma perspectiva e alcance distintos, tem-se verificado uma assinalável convergência das medidas adoptadas no âmbito das reformas introduzidas no sector da saúde entre os diferentes países, verificando-se uma progressiva evolução dos sistemas que integram financiamento e prestação, para modelos baseados na separação entre as responsabilidades de comprar serviços de saúde e da prestação desses mesmos serviços (Figueras et al., 2005). A revisão realizada pelo Observatório Europeu em 2005 veio confirmar a existência de uma política comum neste mesmo sentido, sendo a premissa básica o facto de se mostrar necessário separar as funções de financiamento de serviços de saúde do processo de produção, para promover a responsabilização e desempenho do sector público (Loevinshon, Harding. No mesmo sentido, o Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2000) evidenciava a aquisição estratégica de serviços de saúde como uma opção favorável à melhoria do desempenho do sistema, na medida em que se levam em conta quais os serviços de saúde a comprar, as formas de financiamento a serem utilizadas e a adequação dos prestadores. O Plano Nacional de Saúde 2004/2010 também explicita que se deve avançar no sentido de dar consistência à separação entre financiamento e prestação, assumindo o Estado, através da Administração da Saúde, o papel de gestor que negocia, celebra e acompanha os contratos estabelecidos com os diferentes prestadores, segundo princípios de qualidade e equidade dos serviços e cuidados prestados.

Nesta perspectiva e a par das graves crises financeiras e dos profundos conflitos políticos, diversos países começaram a implementar nos sistemas de saúde públicos e no sector não lucrativo uma grande variedade de práticas utilizadas no sector empresarial, tendo por objectivo estimular a inovação nos serviços prestados, melhorar a qualidade e promover a eficiência (Saltman e Mossaialos, 2002).

O conceito de new public management (administração pública de tipo empresarial - NPM), originário de países com influência anglo-saxónica (em primeiro lugar, no Reino Unido e nos EUA e, posteriormente, na Austrália e na Nova Zelândia), foi sendo difundido por outros países, estendendo-se rapidamente a actividades do tipo comercial e industrial e, ultimamente, para a área social, influenciando substancialmente o sector da saúde. Esta prática progressivamente

disseminada nos países da OCDE ao longo da década de oitenta, emergiu, contudo, no início dos anos noventa como uma nova perspectiva de governação, mais voltada para a adopção da gestão empresarial e de mecanismos de mercado e assente na clarificação da responsabilidade, melhoria do desempenho, responsabilização e prestação de contas aos utilizadores. Este movimento conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de alguns dispositivos instrumentais ensaiados na década anterior, como é o caso da separação entre financiamento e prestação e o recurso ao modelo contratual, bem como à reorganização das formas de prestação, com grande potencial para introduzir melhorias no sistema de saúde (OPSS, 2001).

Esta realidade implica, necessariamente, a adopção de mecanismos de regulação e instrumentos de responsabilização nos sistemas de saúde, os quais não se esgotam ao nível dos decisores, mas são ambicionados pelos diferentes “players” do sistema, que pretendem uma maior liberdade de actuação e uma maior autonomia no exercício das suas actividades, ainda que limitados pela fixação de metas que visam a obtenção de um maior grau de eficiência no desempenho das instituições que gerem. O exercício do controlo/supervisão implica necessariamente a utilização de instrumentos de responsabilização, geralmente associados a documentos normativos especificamente delineados para evitar abusos e práticas incorrectas e a construção de um conjunto de directrizes uniformizadoras e reguladoras de práticas.

O desenvolvimento de estratégias e de instrumentos de regulação terá como desafio compatibilizar a introdução de inovações e do entrepreneurship no funcionamento dos sistemas de saúde, o carácter público da prestação e a responsabilidade social que o Estado assume na defesa dos interesses dos cidadãos, na procura de melhores resultados em saúde, e garantir o acesso com qualidade aos serviços de saúde, num clima de maior efectividade, equidade e sustentabilidade financeira.

“(…) Há já largos anos que, na generalidade dos países desenvolvidos, se tem verificado uma tendência para a adopção de políticas contratuais com as entidades prestadoras de cuidados de saúde, com o propósito de assegurar a manutenção dos princípios básicos da sustentação dos sistemas de saúde, nomeadamente, o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade na prestação dos cuidados” (OPSS, 2006).

De acordo com um estudo da OCDE (1999), num contexto em que o Estado financia o fornecimento de bens e serviços, o continuum do processo de contratualização, figurativamente representado num eixo em que num dos extremos se encontra o subsídio incondicional e no outro extremo o contrato “clássico” (executório e pouco adaptado à área da saúde), explicita que à medida que nos deslocamos nesse eixo vão sendo impostas condições adicionais que geram deveres e obrigações para as partes. No sector da saúde, deverá privilegiar-se uma contratualização relacional ou soft contracting, baseada num planeamento estratégico conjunto, num acordo de vontades, tendo por base uma negociação e sendo, habitualmente, complementada por elementos contratuais do tipo subsídio condicionado e/ou contrato clássico. Em países com sistemas de saúde do tipo Serviço Nacional de Saúde, particularmente no Reino Unido e na Suécia, verifica-se uma tendência estabilizada para a adopção da contratualização relacional mais baseada na cooperação e na continuidade de relacionamento do que na competição (OPSS, 2003; OECD, 1999; Gray e Ghosh, 2000; WHO, 2005).

O recurso ao contrato de tipo relacional (Girin, 1995; Precker et al., 2000; Palmer, 2000 e Cooper, 2003, cit. por Vézina et al., 2006) determina um nível acrescido de confiança e cooperação, quer na definição de actividades, quer no decorrer da supervisão e monitorização, podendo, ainda, assegurar uma responsabilidade conjunta e interdependente, no âmbito da produção de bens complexos, dificilmente circunscritos ao nível de um contrato puro. Por sua vez, o acordo deverá sempre contemplar os objectivos principais da relação a estabelecer, os métodos de trabalho e os significados das actuações a levar a cabo, privilegiando-se a flexibilidade e colaboração como as suas principais características, tendo em vista não apenas a sua manutenção, mas também a eficiência contratual (Perrot, 2004).

A experiência europeia sugere que a contratualização é uma prática que está a assumir maior protagonismo no enquadramento das relações entre prestador e comprador (Figueras et al., 2005). Savas et al. (1998) resumem a racionalidade da separação entre aquisição e prestação de serviços de saúde, subjacente a um processo de contratualização, em cinco pontos principais: i) as necessidades em saúde e expectativas dos cidadãos devem ser tidas em conta; ii) os serviços devem ser melhorados ligando planos e prioridades à afectação de recursos; iii) os incentivos financeiros e os instrumentos de monitorização podem melhorar o desempenho dos prestadores; iv) a separação de funções pode diminuir a rigidez administrativa; v) a separação de funções pode ser usada para introduzir concorrência ou contestabilidade entre prestadores públicos e usar mecanismos de mercado que melhorem a eficiência.

O financiamento da saúde em Portugal

Factores como as alterações demográficas, o aumento das expectativas dos cidadãos, o fenómeno da escassez de recursos e a procura de maior eficiência e a introdução de novas tecnologias (fármacos, dispositivos médicos e técnicas terapêuticas) determinam que o sector da saúde seja um palco de constantes desafios que implicam mudanças e acções com consequências no seu desenvolvimento futuro, respeitantes à cobertura, universalidade, saúde e sustentabilidade económica e financeira.

A política de financiamento da saúde engloba uma série de funções como a captação de fundos para a saúde e a sua gestão, a realocação dos recursos ao longo do tempo pela população e, ainda, a compra de serviços de saúde (Kutzin, 2001). Compreende ainda decisões relacionadas com a cobertura, os benefícios e a partilha de custos (pagamentos efectuados pelo utilizador). A forma como cada uma destas funções é assumida está significativamente associada aos objectivos da política de saúde, tais como a protecção financeira, solidariedade, equidade no financiamento e acesso, transparência e responsabilização, compensação pela boa qualidade da prestação e desenvolvimento de incentivos tendentes à promoção da eficiência na organização e na prestação.

Desde 1979, nos termos da Lei de Bases da Saúde, o sistema de saúde português tem sido baseado num sistema nacional de saúde com cobertura universal, livre acesso e um financiamento assente em impostos, de que se espera a promoção de equidade, eficiência, qualidade, responsabilização, descentralização, e sendo a contenção de custos um objectivo intermediário. Os subsistemas (cobertura total ou parcial de cuidados) são financiados através das contribuições dos trabalhadores e empregadores (incluindo as contribuições do estado enquanto entidade empregadora), existindo ainda uma parte do financiamento privada, principalmente nas formas de co-pagamentos e pagamentos directos pelos doentes e, ainda, através de prémios de seguros privados e instituições mutualistas.

Naquilo que se refere às despesas totais em saúde e de acordo com os dados disponibilizados pelo Ministério da saúde, assiste-se, desde 2003 (quadro 11), a uma diminuição do peso do SNS por via do aumento da despesa privada (designadamente, em seguros e pagamentos directos) e a uma estabilidade dos custos do SNS.

Quadro 11 - Percentagem total da despesa financiada pelo sector público e pelo sector privado (2000-2006) em Portugal

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% FINANCIAMENTO PÚBLICO:	72,9%	71,9%	72,5%	72,8%	71,7%	71,4%	71,2%	69,8%
SNS	61,1%	59,5%	59,4%	60,0%	58,2%	57,2%	57,5%	56,0%
SNS Continente	58,6%	55,5%	56,5%	55,6%	55,1%	53,7%	54,0%	52,3%
SRS (R.A. Da Madeira e R.A. Dos Açores)	2,6%	4,0%	2,9%	4,4%	3,1%	3,5%	3,5%	3,8%
Subsistemas públicos	6,4%	6,9%	7,7%	7,3%	7,6%	7,3%	7,1%	n.d
Outro financiamento público	4,4%	4,5%	4,5%	4,6%	5,0%	6,0%	5,7%	n.d
Segurança Social	1,0%	0,9%	1,0%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	n.d
% FINANCIAMENTO PRIVADO:	27,1%	28,1%	27,5%	27,2%	28,3%	28,6%	28,8%	30,2%
Subsistemas de saúde privados	1,7%	1,8%	1,9%	2,3%	2,3%	2,0%	1,9%	n.d
Seguros Privados	1,4%	1,5%	1,8%	2,1%	2,2%	2,1%	2,4%	n.d
Pagamentos directos (2)	23,2%	24,2%	23,2%	22,3%	23,3%	23,9%	23,9%	n.d
Outros fundos privados (3)	0,7%	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	n.d
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
% PIB TOTAL	8,5%	8,5%	8,7%	9,2%	9,5%	9,7%	9,5%	9,4%
% PIB (Despesa pública)	6,2%	6,1%	6,3%	6,7%	6,8%	6,9%	6,8%	6,5%
% PIB (Despesa Privada)	2,3%	2,4%	2,4%	2,5%	2,7%	2,8%	2,7%	2,8%
% Despesa Pública na despesa total em saúde	72,9%	71,9%	72,5%	72,8%	71,7%	71,4%	71,2%	69,8%

Notas: (1) Os valores subjacentes ao cálculo das percentagens são relativos ao agregado de Despesa Total em Saúde. A despesa total em saúde mede a utilização final das unidades residentes de bens e serviços de saúde + formação bruta de capital em actividades prestadoras de saúde (instituições em que a actividade principal é a saúde).

(2) Pagamentos directos: integram a despesa privada das famílias

(3) Outros fundos privados: integram o financiamento da despesa de saúde das Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias (excepto as de seguros sociais) e das Outras corporações (excepto as de seguros de saúde)

Fonte: Conta Satélite da Saúde, INE

No ano de 2007, as despesas directas dos cidadãos pagas a entidades privadas representam cerca de 30% da despesa total em saúde, ou seja, os portugueses recorrem e pagam a prestadores privados valores financeiros bastante relevantes. Por seu turno, verifica-se um decréscimo do financiamento público desde o ano de 2004, contrariando a tendência registada nos anos anteriores.

O financiamento da saúde constitui um dos problemas mais relevantes que se colocam nos países da OCDE, seja qual for o seu modelo de sistema de saúde. Com efeito, as despesas totais em saúde, que hoje já representam cerca de 10% do PIB no nosso país (Quadro 11), crescem a um ritmo muito superior ao da riqueza produzida, para além do aumento acentuado dos gastos com a saúde. Também as despesas directas dos cidadãos pagas a entidades privadas têm um peso significativo na despesa total em saúde. Neste sentido, sendo certo que não existem modelos ideais para o financiamento da saúde, é clara a necessidade de discutir e aprofundar o conhecimento nesta área e rever alguns aspectos do financiamento da saúde procurando alternativas válidas, quer do ponto de vista do impacto no cidadão, quer ainda naquilo que respeita à própria sustentabilidade do SNS.

Neste contexto, a discussão gira actualmente em torno da forma como o fortalecimento do modelo de financiamento do sistema de saúde contribuirá para assegurar a sua sustentabilidade, ou seja, como assegurar a universalidade do direito à saúde e a promoção de melhorias contínuas na saúde da população, como promover uma eficiente utilização dos recursos disponíveis para assegurar o equilíbrio das contas e como promover uma responsabilização efectiva pelo incumprimento dos objectivos e pelas ineficiências?

Um estudo efectuado por Thomson et al. (2008), solicitado pela comissão do Emprego e dos Assuntos Sociais do Parlamento Europeu, aponta para que as reformas que visam atingir a sustentabilidade económica e fiscal do financiamento devem procurar assegurar a equidade no acesso e o Value for Money. As recomendações apresentadas foram as seguintes:

- i. O ponto de partida de qualquer reforma deverá compreender uma análise criteriosa do sistema de financiamento em curso, no sentido de identificar as fraquezas e áreas problemáticas e simultaneamente compreender os factores contextuais que contribuem para impedir ou que bloqueiam o sucesso das reformas;
- ii. Os objectivos e a lógica subjacente às reformas adoptadas devem ser comunicadas pelos decisores políticos ao público em geral;
- iii. Os decisores políticos devem ter em consideração todas as funções e medidas de financiamento em saúde adoptadas, ao invés de se focarem exclusivamente nos mecanismos de contribuição;
- iv. Encorajar a distribuição estratégica de recursos para assegurar que os mesmos servem as necessidades em saúde;
- v. Definir modalidades e sistemas de pagamento a prestadores que integrem incentivos à eficiência, qualidade e produtividade;
- vi. Incentivar a eficiência administrativa através da minimização da duplicação de funções e tarefas;
- vii. Evitar confundir eficiência com controlo de despesa. A “despesa” em cuidados de saúde não deverá ser realizada de forma incondicional, ao invés, deve constituir “*value for money*”.

No contexto nacional, a questão é igualmente complexa, e ainda que muitas das medidas recentemente implementadas em áreas tão diversas como os cuidados de saúde primários, a reorganização dos serviços de urgência, a empresarialização de hospitais, a política do medicamento, o controlo da inovação tecnológica, que têm permitido acautelar ganhos de eficiência significativos, é ainda necessário adoptar várias medidas em simultâneo para garantir a sustentabilidade financeira do SNS. Para Simões et al. (2008) esta sustentabilidade financeira está grandemente dependente de factores exógenos, tais como a evolução da restante despesa pública e das receitas do estado.

Neste contexto a aquisição estratégica de serviços de saúde, numa perspectiva de distribuição dos recursos para os prestadores em nome e em representação da população, é uma questão central para assegurar a eficiência e a qualidade na prestação dos cuidados, podendo igualmente ter efeito em termos de equidade no acesso e eficiência administrativa e contribuir significativamente para o controlo de custos e sustentabilidade financeira. Estas questões chave envolvem a estrutura de mercado e mecanismos de aquisição de serviços tais como a contratualização, pagamento aos prestadores e monitorização (OPSS, 2008).

A evolução do processo de contratualização em Portugal

Seguindo a tendência europeia, também em Portugal assistimos a esforços no sentido de clarificar o papel do Estado prestador e do Estado financiador, a adopção de boas práticas de gestão, a uma maior responsabilização das estruturas regionais de administração e a obtenção de um maior comprometimento entre os representantes das diferentes unidades de saúde com os restantes profissionais, através da realização de compromissos explícitos entre todas as partes envolvidas.

Este processo teve com os seus primeiros desenvolvimentos na segunda metade da década de noventa, mais dirigida para a adopção de uma relação de base (quase) contratual entre os diferentes agentes, com uma maior flexibilidade e um carácter mais inovador na forma de

actuação da administração pública, recorrendo a mecanismos “empresariais” e recentrando os serviços públicos no cidadão utilizador. A ideia fundamental consistiu, na passagem de uma lógica de gestão de recursos para uma gestão baseada em resultados, por forma a garantir o acesso com qualidade das populações aos cuidados de saúde que deles necessitam e, simultaneamente, combater os défices organizacionais, a falta de indicadores de desempenho fiáveis, justos, reais e exigentes, e a incipiente cultura de qualidade. De facto, podemos destacar cinco razões que motivaram e estiveram na base do início do processo de contratualização:

- i. O aumento sustentado da despesa em saúde e a consequente necessidade de imprimir um maior rigor na gestão dos recursos públicos;
- ii. A ambição de melhorar o nível de prestação de contas;
- iii. A vontade de incutir ao sistema uma maior transparência no âmbito dos processos de decisão, em particular, no que se refere à afectação dos recursos financeiros;
- iv. A necessidade de tornar a distribuição de recursos mais equitativa, relacionando-se esta, de algum modo, com a produção e os resultados atingidos (i.e. contratual);
- v. Existência de experiências-piloto de gestão hospitalar (i.e., Hospital Fernando da Fonseca).

Em 1996, com a criação da primeira agência de contratualização, implementada ao nível da Região de Lisboa e Vale do Tejo e, ao longo dos anos de 1997 e 1998, com a criação das restantes agências (uma em cada região), o processo de contratualização foi sendo consolidado, mediante a definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento e de uma estrutura nacional integradora dos diferentes intervenientes no processo, o Secretariado Técnico das Agências.

Após este período de dinamização, verificou-se, a partir do ano de 2000/2001, um enfraquecimento significativo do processo em consequência de alterações da equipa governamental, resultando na perda de credibilidade das agências, ainda que a monitorização e acompanhamento se tivessem mantido com alguns centros de saúde e hospitais.

Outros factores como os conflitos inerentes à própria mudança de cultura e à resistência das tradicionais estruturas da Administração Pública, complementados com frágeis e incipientes sistemas de informação e um escasso apoio político para a transferência do financiamento para as regiões de saúde, concorreram, igualmente, para a gradual perda de interesse no processo, sendo certo que a estrutura de base e o “experimentalismo” constituíram o sucesso desta iniciativa.

O efeito do NPM encontra-se, no nosso país, relacionado com o relançar de um programa de reforma da gestão hospitalar, sob a égide da responsabilidade do Estado pela prestação dos cuidados de saúde estabelecida constitucionalmente, tendo daí decorrido várias experiências inovadoras de gestão, como a concessão da gestão do Hospital Fernando Fonseca (Amadora/Sintra) a privados em 1996, as experiências de quase empresarialização do Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira em 1996, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (1999) e do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio em 2001 e as tentativas de delegação de competências nas estruturas orgânicas de gestão intermédia através da criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) em 1999.

Foram sendo introduzidas outras alterações de relevo nos hospitais do SNS, com destaque para a possibilidade de adoptar instrumentos jurídicos de direito privado e a criação dos hospitais de tipo SA, de capitais exclusivamente públicos, visando-se uma maior clareza na separação entre prestador e financiador (conversão de 34 hospitais do sector público administrativo em 31 hospitais SA). Em 2005, com a entrada do XVI Governo Constitucional, entendeu-se privilegiar uma nova figura jurídica - a Entidade Pública Empresarial (EPE).

Paralelamente, assiste-se ao retomar do processo de contratualização, oficialmente assumido com a publicação do Despacho nº 22 250/2005, de 25 de Outubro, com uma nova tentativa de revitalização das agências de contratualização e da contratualização baseada na produção (como número de consultas ou de intervenções cirúrgicas), mas, também, com preocupações ao nível do impacto e dos resultados para os cidadãos (OPSS, 2006).

Apesar das fragilidades geralmente associadas a uma cultura incipiente de avaliação, da quase inexistência de tradição de processos de contratualização interna e da proliferação de sistemas de informação sem garantias efectivas de interoperabilidade, a realidade hospitalar sofreu mudanças importantes, desde logo ao nível da transparência do processo com a criação do sítio da contratualização e da publicação no portal da ACSS e da divulgação dos contratos-programa celebrados com os hospitais SPA e EPE.

A inexistência de mecanismos explícitos de contratualização ao nível interno perpetuou uma cultura centrada nas tradicionais metodologias burocráticas associadas ao sector público, a ausência de responsabilização pelos resultados e preocupação efectiva pela obtenção de excelência no desempenho, uma comunicação deficiente entre as estruturas e uma visão desagregada entre a gestão do desempenho e a cultura organizacional.

Naquilo que especificamente se refere ao sector hospitalar, recorde-se que em Dezembro de 2005 e com referência aos contratos-programa para 2006, o Secretário de Estado da Saúde aprovou a metodologia onde se definia que *"o cálculo dos preços e do valor de convergência passava a ter uma componente fixa (70%) e uma componente variável (sendo 20% associados ao cumprimento de níveis de eficiência e 10% dependentes do cumprimento de objectivos específicos definidos regionalmente). É igualmente realizada a selecção de indicadores para a fixação de objectivos de qualidade e eficiência"*, tudo isto num contexto de fortes restrições orçamentais. Note-se que estas alterações constituíram um passo decisivo na alteração da lógica meramente quantitativa da negociação da produção até então praticada, com a introdução de indicadores de eficiência e qualidade, contemplando as áreas de qualidade e serviço, produção e eficiência operacional e eficiência económico-financeira.

Em 2006 são uniformizadas e publicadas as cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector empresarial do Estado para pagamento de actos e actividades e são fixadas metas de crescimento dos custos para 2007, a saber: 0% para os custos com o pessoal; 4% para os consumos e 4% para a rubrica de fornecimentos e serviços externos.

Todo este processo contemplou desde 2005 a adopção de medidas concretas no sentido de uma prática de boa governação: *i)* a publicação no sítio da ACSS dos objectivos, pressupostos e condicionalismos para os contratos-programa de 2006, 2007 e 2008, efectuada pela Comissão para a Contratualização em Saúde; *ii)* a negociação, celebração e publicitação de contratos-programa, entre a ACSS, as regiões de saúde e os respectivos hospitais; *iii)* a monitorização mensal e o acompanhamento trimestral do cumprimento dos contratos-programa; *iv)* o estabelecimento de protocolos com universidades para a investigação e a formação na área da contratualização e com entidades externas para o aprofundamento dos processos de auditoria.

Mas é com a reestruturação das ARS e a integração de um Departamento de Contratualização que se assegura alguma irreversibilidade ao processo.

Posicionamento do cidadão

O caminho já percorrido permite-nos hoje afirmar que teremos de evoluir no sentido de assegurar uma distribuição de recursos em função dos resultados esperados, privilegiando a autonomia e responsabilidade das partes e a existência de um sistema de informação robusto

capaz de sustentar um melhor planeamento das necessidades e das respostas em saúde, sem esquecer o aspecto fundamental da avaliação.

Por outro lado, tem-se registado uma cada vez maior necessidade de informação dos cidadãos, nomeadamente sobre a forma de “navegar” no sistema de saúde e uma crescente preocupação em promover a literacia em saúde e em capacitar os cidadãos para a gestão da sua própria saúde.

Uma questão fundamental neste processo passa pela forma como o cidadão exerce o seu poder no sistema, ou seja, como é representado e como são defendidos os seus interesses. Enquanto direito constitucionalmente consagrado (artigo 2º da Constituição da República Portuguesa), encontra-se previsto na Lei de Bases da Saúde (1990) e no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (1993), com reflexo ainda em domínios como a participação em instâncias de carácter regional, concelhio e ao nível das próprias instituições prestadoras, em que é referenciado como o elemento central para a gestão dos serviços de saúde.

As preocupações actuais na adequação dos cuidados às verdadeiras necessidades do cidadão deverão posicionar-se como elemento central no sistema, em paralelo com preocupações como a sustentabilidade do SNS associadas à capacidade de regulação da oferta.

A contratualização – ponto de situação

O OPSS tem abordado o tema da contratualização no seu Relatório de Primavera, realçando sucessivamente a sua importância para o sistema de saúde. Com avanços e recuos naquilo que respeita à concretização e consolidação do processo de contratualização nas suas diferentes vertentes, decorridos mais de 10 anos o seu nível de desenvolvimento fica aquém do expectável e, até mesmo, desejável.

No caso do processo de contratualização com os hospitais, o modelo de financiamento/contratualização tem-se desenvolvido, tendencialmente, no sentido do pagamento por acto/episódio, com base na definição de linhas de produção (i.e. consultas externas, urgências, internamento, hospital de dia e outros), com limites definidos para a produção a realizar, na maior parte das áreas. O Ministério da Saúde tem dado sinais de valorização do volume de produção (i.e. número de actos realizados) e dos resultados financeiros obtidos (i.e. resultado líquido), embora tenha vindo a introduzir alguns indicadores de qualidade e acesso e modalidades de pagamento diferenciadas para programas específicos e áreas do plano de saúde, com abordagens à gestão integrada da doença e uma aproximação a resultados.

Naquilo que concerne ao processo de contratualização encetado com os hospitais, devemos considerar o seguinte:

- i. O processo de contratualização não tem valorizado suficientemente os resultados (na perspectiva de *outputs* e *outcomes*). Com efeito, o acto em si é algo vazio de conteúdo que considerado individualmente não significa necessariamente que acrescente valor⁴³ ao cidadão utilizador, e nesse ponto, o Ministério da Saúde não tem tido qualquer medida ou entidade que salguarde o pagamento de “actos úteis” – a título de exemplo, refira-se que a contratualização do número de consultas externas realizadas, divididas entre primeiras e subsequentes, não atende aos vários requisitos e especificidades de cada consulta e ao valor que essa consulta acarreta para o utente e para a sociedade em que está inserido;

⁴³ Michel Porter, ao desenvolver o conceito de valor em saúde, defende que o pagamento deveria contemplar a totalidade do ciclo da doença/tratamento, não havendo assim uma separação entre o internamento e o ambulatorio; ou seja, não se deve privilegiar o pagamento por episódio.

- ii. As modalidades de pagamento nas áreas do hospital de dia, meios complementares de diagnóstico e terapêutica e consulta externa não conheceram uma evolução significativa nos últimos anos, de modo a permitir alguma diferenciação, via pagamento, dos actos realizados;
- iii. A contratualização não tem ainda uma aproximação efectiva à área clínica e segurança do doente, quer no âmbito da garantia do cumprimento das melhores práticas, quer na sua promoção;
- iv. Decorridos alguns anos não temos assistido à adopção de práticas sistemáticas de auditorias, quer administrativas, quer clínicas;
- v. Apesar de alguma evolução, os sistemas de informação utilizados pela contratualização baseiam-se em dados meramente administrativos (i.e. número de actos) – a componente clínica e o tipo de interacções que o utente tem com o sistema não são alvo de análise;
- vi. O *benchmarking* produzido pelos departamentos de contratualização e partilhado com os hospitais é diminuto, o que não potencia a disseminação das boas práticas;
- vii. A contratualização não tem assentado numa rigorosa avaliação das necessidades em saúde de determinada população, sendo maioritariamente sustentada pela produção histórica dos hospitais;
- viii. As modalidades de pagamento assentes na oferta e não no planeamento e necessidades em saúde têm implicações significativas ao nível do processo negocial, fazendo com que na prática este seja imperfeito;
- ix. O processo de contratualização praticado com os hospitais não considera componentes que promovam uma melhor interligação entre diferentes níveis de cuidados (nomeadamente, entre os hospitais e os centros de saúde), ou seja, que estimule uma abordagem integral ao doente, mantendo-se em regra uma contratualização/pagamento fragmentados.

Naquilo que respeita aos cuidados de saúde primários, desde 2006, a reforma permitiu o estabelecimento de um modelo de contratualização com as Unidades de Saúde Familiar (USF), que assenta em indicadores de processo e de resultado e não na mera contratualização de actividade (como, por exemplo, número de consultas). Esta nova abordagem representa uma diferença significativa face aos conceitos vigentes. Na área de desempenho assistencial assumiu-se uma preocupação acrescida com aspectos inerentes ao acesso e ao papel do médico de família, associada a grupos de utentes de risco ou vulneráveis.

O modelo contempla ainda aspectos fundamentais que se prendem com a aplicação de inquéritos para avaliar a satisfação dos utentes e uma atenção especial à componente económica, com especial destaque para custos com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A existência de escalas para o cumprimento dos indicadores e de critérios definidos para atribuição de um prémio de desempenho (incentivo institucional) para a equipa reforçam a orientação deste modelo para as componentes de processo e de resultado.

Nesta vertente de cuidados de saúde primários, o projecto de contratualização assume desenvolvimentos regionais diferentes, quer ao nível da metodologia de negociação, quer do acompanhamento das unidades, o que, conjuntamente com as lacunas ainda existentes em termos de sistemas de informação, tem gerado dificuldades no que se refere à consolidação do processo e ao nível da confiança face aos resultados a atingir.

A introdução das USF em Modelo B veio trazer uma maior responsabilidade na consolidação do processo, na medida em que contempla a vertente dos incentivos financeiros, com implicações concretas na remuneração individual dos profissionais. Dadas as insuficiências do sistema de informação e a inexistência de clarificação do apuramento de alguns dos indicadores previstos para a atribuição do incentivo e a dificuldade em avaliar o processo em tempo útil, o risco de descrédito do processo é elevado.

Relativamente aos ACES, ainda que contemplados nas linhas de orientação estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, não se conhece, até à data, o modelo de contratualização e de financiamento a adoptar. Mais uma vez, não foram acompanhadas as exigências normativas e as recomendações avançadas, correndo-se o risco de amputar a reforma em curso num dos seus princípios base - um processo de contratualização efectivo.

A mais recente criação e implementação dos ACES torna visível e crucial a necessidade do estabelecimento de um contrato-programa entre as ARS e os ACES consolidado sobre um processo de contratualização interna efectiva com as suas unidades funcionais. De referir que uma implementação e desenvolvimento sustentados deste processo beneficiariam largamente de uma sensibilidade para as características regionais considerando as competências e os recursos disponíveis em cada um destes órgãos intermédios de gestão.

Factores críticos, a considerar no futuro da contratualização

Ao longo dos anos, o OPSS tem vindo a defender o processo de contratualização como um instrumento fundamental para atingir uma utilização mais eficiente dos recursos e se alcançarem melhores resultados em saúde. Considerada como uma ferramenta que introduzirá maior transparência e rigor ao sistema, com ganhos aos níveis da prestação de contas, a contratualização poderá potenciar uma maior responsabilização e promover uma avaliação mais efectiva e rigorosa do sistema.

Atendendo ao facto da contratualização, nomeadamente em contexto hospitalar, estar muito focalizada na produção e não no valor gerado por essa produção, o *Think Tank* Saúde em Rede⁴⁴ considerou que o desenvolvimento da prática da contratualização deveria atender aos seguintes aspectos:

- i. O modelo de financiamento deverá ser um instrumento modelador de comportamentos, onde se garanta, de algum modo, que o pagamento dos serviços prestados tem uma adequada correspondência em termos de resultados obtidos (*health outcomes*);
- ii. Sempre que possível, o modelo de financiamento deverá privilegiar o ciclo da doença e não o somatório de actos associados;
- iii. A contratualização deve ser o resultado de um adequado planeamento, com base nas necessidades em saúde;
- iv. O modelo de contratualização externa deverá incorporar objectivos que promovam a integração entre os vários níveis de cuidados, primários e hospitalares, de modo a fomentar a partilha de informação e de conhecimento;
- v. Deverá promover-se um alinhamento cada vez maior entre os objectivos contratualizados e a missão das instituições de saúde, onde se deverão privilegiar os elementos que fomentem o valor em saúde e não propriamente a produção de actos médicos;
- vi. A contratualização interna tende a ser um reflexo da contratualização externa/modelo de financiamento; como tal, deverá haver a plena consciência de que são os modelos de financiamento, em particular nas entidades públicas empresariais, que gizam os comportamentos organizacionais.

Foi ainda considerado pelo *Think Tank* Saúde em Rede que um sistema de saúde promotor de criação de valor (i.e. utilidade ou benefício que se extrai do consumo de um bem ou serviço) só será viável se o Ministério da Saúde basear a tomada de decisão no conhecimento sustentado, sendo para isso essencial:

⁴⁴ Escola Nacional de Saúde Pública, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, sob a organização do Group Vision – Hospitais do Futuro e dos Laboratórios Pfizer.

- i. Apostar no desenvolvimento de centros de investigação direccionados para a avaliação de resultados em saúde, da medicina baseada na evidência e de modelos de contratualização;
- ii. Promover internamente a criação de conhecimento no conceito dos ciclos da doença;
- iii. Fomentar o desenvolvimento de sistemas de informação clínicos;
- iv. Permitir uma integração da informação clínica entre os vários níveis de cuidados;
- v. Envolver os prestadores directos de cuidados em todo este processo.

Assumindo que o modelo de financiamento que os Ministérios da Saúde têm ao seu alcance para intervir sobre o próprio sistema de saúde, na medida em que este assume um peso muito relevante na modelação da forma de actuar das várias organizações que o compõem, convirá que a contratualização incorpore componentes que promovam a criação de valor para os cidadãos e a sua efectiva participação, para além dos aspectos financeiros, de acessibilidade e de eficiência produtiva.

É neste sentido que a relevância de reforçar os dispositivos de contratualização como um dos principais instrumentos de responsabilização e de desenvolvimento dos sistemas de saúde assenta. Se considerarmos ainda crucial a utilização do processo de contratualização nos diferentes níveis de prestação de cuidados e em todas as instituições de saúde, a sua generalização para o sector privado e social e o aperfeiçoamento dos modelos actualmente em curso no SNS e respectivos mecanismos de monitorização e acompanhamento, é fundamental o estudo e aprofundamento de novos modelos de contratualização.

Contudo, este processo tem padecido de algumas fragilidades, as quais derivam de aspectos estruturais que não têm permitido uma evolução tão rápida quanto o desejável e que decorrem em grande medida da descontinuidade das políticas, da capacidade de influência dos grupos de pressão, da desvalorização do conhecimento e da evidência como base de tomada de decisão, a que se alia a fragilização do planeamento e do estabelecimento de prioridades.

Em síntese: o processo de contratualização deve progredir para modelos baseados numa lógica de resultados em saúde (*outcomes*) e de criação de valor para os cidadãos, decorrendo de um planeamento que contemple as necessidades em saúde, o ciclo de doença, a integração dos diferentes níveis de cuidados e um alinhamento estratégico entre as metas contratualizadas externamente com a missão e objectivos da instituição. Sempre sustentado por incentivos financeiros e instrumentos de monitorização contínua da qualidade, num quadro de sustentabilidade financeira.

CAPÍTULO QUATRO

Os cidadãos como agentes de inovação em saúde

4. OS CIDADÃOS COMO AGENTES DE INOVAÇÃO EM SAÚDE

A saúde tem vindo a assumir um valor cada vez mais importante para a sociedade. Paralelamente, é consensual afirmar-se que capacitar o cidadão e perceber os seus pontos de vista é um aspecto central nos serviços de saúde. Contudo, a saúde continua a ser uma questão considerada individual conduzindo a perguntas como “Qual o papel do cidadão no sistema de saúde?” e “Como tem evoluído esse papel à medida que novas políticas de saúde e novas tecnologias se vão desenvolvendo?”.

A análise ao Plano Nacional de Saúde permite perceber que existe uma clara intenção de atribuir centralidade ao cidadão. Para alcançar esse objectivo, determinaram-se algumas acções estratégicas:

- Aumentar as opções de escolha do cidadão;
- Multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde;
- Dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil;
- Promover comportamentos saudáveis.

Neste capítulo começamos por referir um aspecto que é muito caro aos cidadãos, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde. Seguidamente, serão abordados dois tópicos relacionados com o papel do cidadão na sociedade. O primeiro tem a ver com a autonomia dos cidadãos e o sistema de informação em saúde; o segundo com o valor dos cuidados e os mecanismos de auscultação da satisfação dos utilizadores do sistema de saúde.

A qualidade e a segurança dos cuidados de saúde

Desde o ano de 2001 que os Relatórios de Primavera (RP), publicados pelo OPSS têm vindo a dar conta das políticas de qualidade e de segurança do doente. Destacamos os principais excertos com especial relevância para a segurança do doente, uma vez que este tema tem constado das agendas políticas de todos os países do mundo, desde o relatório do *Institute of Medicine, To Err is Human*, em 1999 (IOM, 1999), como referido no quadro 12.

Quadro 12 - Marcos importantes nas publicações sobre segurança do doente

1985	Fundada a APSF (Anesthesia Patient Safety Foundation)
1990	James Reason publica <i>Human Error</i> (onde descreve a sua teoria do erro como consequência de falhas do sistema)
1991	Publicação do <i>Harvard Medical Practice Study</i>
1994	Lucien Leape publica <i>Error in Medicine</i> na revista JAMA (onde é usada a teoria de James Reason)
1999	Publicação do relatório da IOM, <i>To Err is Human</i> , que dá início ao movimento moderno de segurança do doente
2000	No Reino Unido é publicado o relatório <i>An Organization with a memory</i>
2001	Publicação do relatório <i>Quality Chasm</i> , pelo IOM Criada a Agency for Healthcare Research and Quality, com fundos próprios
2002	A Joint Commission pública os primeiros objectivos de Segurança do Doente

Fonte: Wachter (2008)

A qualidade em saúde deve ser vista “como elemento central na gestão organizacional e a qualidade como marca de garantia e segurança face ao utilizador dos serviços de saúde (certificação, acreditação)”, (OPSS, 2001, p52).

Na implementação de processos de qualidade nos hospitais portugueses, foi introduzido o modelo do King's Fund Health Quality Service (KFHQs) – primeira fase do processo de acreditação de alguns hospitais, tendo o Hospital Amadora-Sintra sido o primeiro a obter

acreditação, dos oito do grupo piloto. Estes avanços foram da responsabilidade do IQS (Instituto da Qualidade em Saúde), criado pela Portaria nº 288/99 de 27 de Abril. Estas situações não tiveram, no entanto, impacto suficiente para introduzir a dimensão da qualidade como um pilar das políticas de saúde (OPSS, 2001, p52).

Os sistemas de qualidade e o cumprimento da missão por parte do IQS asseguraram os processos de acreditação de vários hospitais depois do Hospital Amadora-Sintra; foram também implementadas avaliações dos centros de saúde na sequência do MoniQuor (OPSS, 2002, p.74).

No ano de 2003, o OPSS afirma que “as actividades de garantia e melhoria da qualidade têm vindo a ser encaradas como fazendo parte dos processos de cuidados médicos e mesmo dos programas políticos” (OPSS, 2003, p28). As causas mais frequentes dos motivos de reclamação foram a má assistência ou erro médico (29,0%) e a demora (28,0%) (OPSS, 2003, p29).

Com os resultados do estudo de Villaverde Cabral (Cabral et al., 2002), o erro médico, leia-se erro clínico, foi identificado juntamente com outros indicadores de qualidade. Também se identificaram boas práticas na governação da saúde, no mundo. Nos Estados Unidos da América são os relatórios do IOM “To Err is Human - Building a Safer System” (IOM, 1999), “Crossing the Quality Chasm - A New Health System for the 21st Century” (IOM, 2001), “Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality” (IOM, 2003), que têm maior impacto nas políticas da segurança do doente⁴⁵. Estimando que em cada ano morrem cerca de 10.000 cidadãos utilizadores dos serviços de saúde por erros na prestação de cuidados de saúde e centenas de milhares sofrem danos não fatais, foi elaborado um diagnóstico extenso, tornado mais rigoroso e traçada uma estratégia com soluções, tendo culminado com um plano de reestruturação em áreas prioritárias para a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde nos próximos 10 anos.

De ano para ano os níveis de qualidade dos cuidados têm vindo a aumentar consideravelmente “a grande maioria destes cuidados segue padrões de alta qualidade e falhas graves são raras”. (OPSS, 2003, p73).

Poderá então questionar-se: com que grau de evidência foi proferida esta afirmação? Poderemos hoje garantir esse mesmo nível de prestação? Qual a implicação dos avanços tecnológicos, das pressões no sector, da escassez de recursos, na segurança do doente?

No ano de 2005 foi notória a materialização da qualidade no sector da saúde pela introdução de:

- Acreditação pelo King’s Fund
- MoniQuor
- QualiGest
- Manuais da Qualidade na Administração e encaminhamento de utentes
- Normas de Orientação Clínica (NOC)
- Indicadores de desempenho e de apoio à decisão (em parceria com o CEISUC)

Ainda neste ano o RP alude ao Programa do XVII Governo Constitucional 2005-2009, onde se pode ler, no que respeita aos objectivos da qualidade:

- Responsabilidade individual e institucional, rigor de boas práticas, transparência, solidariedade, respeito;
- Melhoria contínua da qualidade, Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, Programa Nacional de Qualificação de Centros de Saúde, Programa Nacional de Auditoria Clínica;
- Desenvolver Normas Nacionais de Orientação e Gestão Clínica;

⁴⁵ Poderá ser visualizado em <http://www4.nationalacademies.org/iom/iomhome.nsf/Pages/Recently+Released+Reports>

- Efectiva Gestão do Risco, com qualidade na prescrição, prevenção e luta contra a infecção, erro profissional, insegurança de locais e práticas de utentes e profissionais, revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos;
- Liderança nos serviços, formação em gestão, planeamento estratégico, sustentabilidade, segurança e qualidade.

A missão de serviço público, relação de exigência e confiança enquadrada por contratualização e garantia da qualidade são identificadas como uma das áreas prioritárias para um Novo Sistema Público de Saúde (OPSS, 2005, p.65). Numa altura em que o desenvolvimento dos sistemas da qualidade, como meio de garantir a melhoria contínua dos cuidados, promovendo a sua adequação e eficiência, num contexto de participação e responsabilização dos profissionais e instituições de saúde e considerado como mais uma faceta do direito à saúde por parte dos cidadãos. Questiona-se então se a extinção em 2006 do IQS, secundarizando as suas funções e atribuições e não sendo claro qual ou quais estruturas terão esta missão, não será um retrocesso (OPSS, 2006, p.166).

Neste mesmo RP são descritas as medidas associadas à governação clínica e à gestão do risco: minimização dos riscos associados à prática clínica — risco para os doentes, risco para os prestadores, e risco para a organização — como parte de um programa da promoção da qualidade (OPSS, 2006, p.17). A expressão “gestão do risco clínico” surge então ligada à qualidade, mas sem indicações específicas ao assunto da segurança do doente.

A governação clínica é referida como um sistema para melhorar os padrões de funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica (OPSS, 2006, p.16).

Baseando-se nos trabalhos de Poston (2002), o OPSS relembra em 2008 a importância do sistema de saúde ter como objectivos (1) melhorar a qualidade dos serviços e diminuir a probabilidade de ocorrência de erros; (2) apostar na formação dos profissionais; (3) melhorar a distribuição dos fundos públicos, no seio do SNS; (4) trabalhar em equipa; (5) promover a saúde e reduzir as desigualdades em saúde; e (6) respeitar a confidencialidade para com os utentes e permitir o acesso à informação sobre serviços, tratamentos e desempenho (OPSS, 2008, p.136-7).

Podemos, no entanto, dizer que as políticas de qualidade na saúde são realmente descontinuadas e o movimento da segurança do doente, que surgiu na sequência do relatório do IOM em 1999, não teve eco em Portugal e nas políticas de saúde nacionais, apesar dos compromissos assumidos com a própria Organização Mundial de Saúde.

De facto, ao pesquisar ao longo dos oito relatórios, utilizando a palavra “segurança” verifica-se que esta surge relacionada com a segurança alimentar, a solidariedade e segurança social, a segurança pública, a segurança do consumidor e mesmo com a segurança rodoviária. É pois urgente que as políticas de saúde tenham em conta a Declaração de Luxemburgo (traduzida para português na revista do IQS de Dezembro de 2005, nº 13), bem como a Recomendação do Conselho da Europa/Comité dos Ministros (Recommendation Rec (2006) 7, of the Committee of Ministers to member states on management of *patient safety* and prevention of adverse events in health care).

Figura 18 - Medidas associadas à governação clínica



Fonte: Starey, 2003

Autonomia, informação e escolha

Para que cada cidadão possa dispor de mais opções de escolha, precisa de estar informado. Isso exige uma política pró-activa de informação acerca dos direitos dos cidadãos, estilos de vida e tratamentos disponíveis. Estes aspectos pressupõem uma ruptura com uma certa cultura paternalista, por parte dos profissionais de saúde, e o enfoque num paradigma de *empoderamento* do cidadão. Pressupõe, também, uma postura pró-activa dos cidadãos no sentido de exigir dos serviços a criação de espaços de diálogo. Ao nível de políticas de saúde, é cada vez mais visível o espaço concedido aos cidadãos através da sua presença nos conselhos consultivos dos hospitais, na promoção de ligas de amigos, na abertura e participação em movimentos de voluntariado e na presença junto do doente, como é o caso do acompanhante de referência. Outro exemplo é os movimentos associativos de pessoas portadoras de doença crónica, que reivindicam direitos e espaço de diálogo. É, também, um sinal desta evolução o progressivo aumento de queixas dos cidadãos, visível nos diversos relatórios da Inspeção-geral das Actividades em Saúde e o crescente número de inquéritos de satisfação realizados.

Todavia, o conceito de cidadania em saúde é mais exigente do que isso, tendo ganho uma nova dimensão com a emergência das tecnologias de informação e comunicação. Estas tecnologias permitem um acesso facilitado e universal à informação e, consequentemente, formas de gestão da informação totalmente inovadoras e centradas no cidadão.

Quando se considera o campo da saúde, com a sua complexidade própria e importância para o bem-estar da pessoa, percebe-se a utilidade das tecnologias de informação e dos sistemas de informação. Este elemento tem sido reconhecido ao longo dos anos e é recorrentemente considerado como um factor importante para se atingirem os objectivos de melhoria da acessibilidade, eficiência e transparência.

De novo, de acordo com o Plano Nacional de Saúde, *"a existência de uma estrutura transversal vocacionada para gerir a informação e o conhecimento, utilizando-os no planeamento e na gestão da saúde da população, na gestão dos processos dos serviços de saúde e na prestação de informação em saúde ao cidadão torna-se necessária"*.

Os sistemas de saúde estão a transformar-se em redes de grande complexidade aumentando a rapidez de acesso à informação. Este desenvolvimento exponencial levanta questões importantes como as que se prendem com a garantia de integridade, confiança, segurança, propriedade, qualidade da informação e interoperabilidade entre as várias aplicações e subsistemas de informação.

A interoperabilidade é interpretada como a coerência e adequada conectividade entre os diversos subsistemas de informação e aplicações informáticas, combinadas com a capacidade dos vários actores (a pessoa, o prestador, a organização, etc.), disponibilizarem e receberem serviços de outros sistemas e utilizarem os serviços partilhados, de modo a facilitar a efectividade do seu funcionamento conjunto.

No plano da cidadania e do *empoderamento* do cidadão considera-se que este tem o direito de gerir a informação que lhe pertence, sendo o actor principal deste processo e não somente o fornecedor de informação a outros actores do sistema.

O PNS caracteriza esta questão através da noção de que a melhoria do acesso do cidadão à informação passa pela criação de protocolos que facilitem a emergência de um Centro de Informação de Saúde para o Cidadão (*Contact Center*), a ser desenvolvido em diferentes fases:

- Um número único de acesso a linhas verdes e a outras linhas de informação sobre saúde;
- Uma fase de alargamento dos temas abordados, incluindo informação sobre processos básicos do SNS e tratamento de reclamações, aumentando-se, ao mesmo tempo, a interactividade do Centro através de portais *Web*;

- Uma fase em que os serviços prestados incluíam não só o aconselhamento mas também a triagem e encaminhamento de utentes aos diversos serviços do SNS.

A sociedade de informação constitui um desafio que tem de ser enfrentado com determinação, de modo a adequar o país e as suas estruturas às mudanças que rodeiam o quotidiano, afectam o comportamento das pessoas e influenciam o pensamento estratégico dos países.

O desenvolvimento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) tem sido, nos últimos 10 anos, muito útil para o reforço dos sistemas de informação. Porém, devido às novas tendências sócio-culturais, tem-se acentuado a necessidade de enfatizar a ideia de um sistema de informação gerido pelo cidadão, como ferramenta potenciadora de literacia em saúde e, consequentemente, do seu *empoderamento* ou capacitação. Ao cidadão deverá ser, cada vez mais, facultada a informação necessária e dada a oportunidade de gerir a informação em saúde de que dispõe, de tomar decisões sobre questões que o afectem.

Capacitar o cidadão e perceber os seus pontos de vista deve ser um aspecto central nos serviços de saúde. As preferências do utente devem ser tidas em conta. O cidadão quer ter mais informação do que aquela que é, actualmente, fornecida pelos profissionais de saúde e quer participar no processo de tomada de decisão. Contudo, para que possa participar de forma informada na decisão é necessário que exista não só um sistema de informação adequado que o possibilite, mas é, também, fundamental uma aposta forte na promoção da literacia em saúde, entendida como “o grau no qual os indivíduos possuem a capacidade de obter, processar, e compreender informação de saúde básica e serviços necessários de forma a ser possível tomar decisões de saúde apropriadas” (USDHHS, 2000).

Neste sentido, na última década, começaram a surgir modelos de dispositivos de gestão de informação que permitem ao próprio cidadão organizar, gerir e partilhar toda a sua informação de saúde – os *Personal Health Records Systems* (PHRS). Estes dispositivos têm o propósito de ajudar o seu utilizador a tomar decisões de saúde bem informadas, para que se possa assumir como “actor principal” na gestão da sua saúde. Em Julho de 2003, a *Markle Foundation* (2004) definiu um PHRS como um conjunto de ferramentas suportada na Internet que permite às pessoas aceder e gerir o seu historial de saúde e tornar acessível parte deste a quem considere pertinente e adequado, como por exemplo médicos, enfermeiros ou familiares. Em 2005, a *American Health Information Management Association* (AHIMA) acrescentou os seguintes elementos a esta definição: recurso durável/utilizável no tempo, universalmente acessível, desenvolvido com informação dos prestadores de cuidados de saúde e do próprio.

Salienta-se, no entanto, que este tipo de sistemas de informação não deve ser encarado como um substituto do sistema de informação de saúde utilizado pelos prestadores de cuidados de saúde, mas sim como uma ferramenta complementar.

Relativamente a Portugal, à semelhança do que acontece noutros países, existe uma grande receptividade a este tipo de sistemas de informação, quer por parte do mercado das tecnologias de informação e comunicação quer por parte dos profissionais de saúde, das entidades públicas e dos decisores.

Assim, no contexto nacional, começam a surgir estudos piloto para o desenvolvimento e avaliação de modelos de PHRS, como é exemplo o *i-cidadão*⁴⁶ que passamos a descrever brevemente. Trata-se de um projecto resultante de uma parceria entre a ENSP, a DGS, o Centro de Saúde do Barreiro e a Associação de Diabéticos do concelho do Barreiro. Consiste no desenvolvimento e avaliação de um dispositivo que permite ao cidadão organizar, gerir e partilhar melhor a sua informação de saúde. Este projecto contemplou quatro fases: estudo de literacia em saúde e literacia digital; construção de um “laboratório digital”; desenvolvimento de um modelo em processo colaborativo; e avaliação do modelo desenvolvido. A colaboração com uma associação de diabéticos possibilitou o desenvolvimento de um dispositivo de informação

⁴⁶ www.i-cidadao.org

de saúde para afecções de evolução prolongada, que constituem um importante problema de saúde pública. Permitiu não só colaborar individualmente com diabéticos, de forma a desenvolver e ensaiar este dispositivo específico, mas também para encontrar soluções partilhadas. Este sistema de informação contempla três dispositivos essenciais: registo e monitorização de dados, gestão e organização dos dados e partilha de informação. O desenho final do sistema surgiu como fruto de um processo de colaboração entre os utilizadores da plataforma, os médicos do Centro de Saúde do Barreiro e a equipa do projecto. Numa primeira fase deste estudo, foi realizada uma avaliação do nível de literacia em saúde e literacia digital, com um grupo seleccionado de elementos da Associação, de forma a realizar o diagnóstico da situação.

Após uma análise dos questionários concluiu-se que, apesar da maioria das pessoas inquiridas demonstrar grande preocupação na adequação da sua informação em saúde, o seu nível de literacia digital era muito baixo. No entanto, quanto à utilização das TIC verificava-se uma situação inversa. Com base nos resultados deste estudo, optou-se, para a continuidade do projecto, por desenvolver um "laboratório digital" e potenciar um programa de promoção de literacia em saúde por meio da literacia digital.

Valor dos cuidados e auscultação da satisfação

Segundo Porter e Teisberg (2006), a prestação de cuidados de saúde está em rota de colisão com aquilo que são as necessidades dos doentes e a realidade económica. O aumento de custos, o aumento dos problemas de qualidade e o aumento crescente de cidadãos sem acesso aos cuidados de saúde necessários é, por estes autores, inaceitável e insustentável. Além disto, começa a ser consensual considerar-se que o objectivo principal de um sistema de saúde ou de qualquer organização de saúde nunca pode ser minimizar custos, mas sim fornecer o maior valor possível aos cidadãos e, em particular, aos cidadãos doentes carentes de cuidados de saúde.

Segundo esta linha de raciocínio, qualquer reforma dos cuidados de saúde deve ser orientada para a melhoria da saúde e para o valor dos cuidados a prestar aos cidadãos, isto é, para a efectividade dos cuidados. Mais, os mesmos autores defendem que é essencial que estas reformas sejam lideradas pelos profissionais, porque só estes estão em condições de melhorar o valor dos cuidados a prestar.

É o caso da presente reforma dos cuidados de saúde primários e dos seus princípios que, para além das melhorias pretendidas da acessibilidade, da qualidade, da continuidade de cuidados e da eficiência, incluem o aumento da satisfação de profissionais e de utilizadores.

E, neste ponto, faz sentido recordar recente estudo realizado pelo CEISUC, sob encomenda da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, que envolveu a participação de 12.713 utilizadores e 2.398 profissionais das primeiras 146 USF criadas até Novembro de 2008. As taxas de respostas obtidas neste estudo foram, respectivamente, 76% e 85%, valores extremamente elevados que reflectem não só uma vontade em participar mas, principalmente, um acreditar que as suas avaliações e opiniões vão ser úteis, respectivamente, para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos e da qualidade das condições de trabalho.

De uma forma geral, os cidadãos utilizadores estão mais satisfeitos com a relação que estabelecem com médicos e enfermeiros (76,5%) das USF e com os cuidados médicos aí prestados (74,5%), e relativamente menos satisfeitos com a organização dos serviços (69,2%). De qualquer modo, há um evidente acréscimo significativo de satisfação quando estes resultados são comparados com os obtidos em 2005 com os utilizadores de todos os centros de saúde do continente (Ferreira et al., 2005).

Em relação à avaliação efectuada pelos profissionais das USF, os maiores défices de satisfação são os relacionados com o vencimento, mesmo quando comparado com a responsabilidade, a experiência como profissional e o desempenho (48,6%) e com as instalações e equipamento (61,4%). Por outro lado, os profissionais avaliam de uma forma bem positiva a qualidade dos cuidados prestados nas USF (77,6%), a qualidade da USF como local de trabalho (72,2%) e, principalmente, a postura destas unidades de saúde face à melhoria contínua da qualidade (81,1%).

Em síntese: É evidente uma transição de paradigmas, evolui-se de um consumo massivo de informação em saúde – uma ampla disponibilidade e utilização de informação de saúde - para uma personalização massiva de informação em saúde e conhecimento – informação de saúde personalizada.

Neste âmbito, assiste-se no actual contexto de saúde, a uma transição de um modelo de *Personal Health Records System* para uma concepção de *Personal Health Information System*, como sistema de inovação local, no qual diferentes entidades de saúde locais detêm a co-propriedade e a co-gestão do sistema, e no qual o cidadão enquanto utilizador desempenha igualmente este papel. Estes sistemas têm vindo a ser desenvolvidos, maioritariamente, por diversas entidades de saúde isoladas, como empresas do mercado de tecnologias (Microsoft⁴⁷ e Google⁴⁸), Associações Médicas (MyDoctor.ca potenciado pela *Canadian Medical Association*⁴⁹) ou organismos públicos (Áustria – ARGE ELGA⁵⁰), que centralizam todo o processo de gestão do sistema e dos seus utilizadores.

Com a introdução desta recente concepção, também ela não isenta de aspectos preocupantes, o cidadão poderá tomar parte deste processo em parceria com estas entidades que, por sua vez, funcionarão numa parceria entre elas, desenvolvendo funções de acordo com as suas competências. Os próximos tempos serão muito interessantes para vermos, por um lado, se a autonomia dos cidadãos aumenta ou não com estas tecnologias e, por outro, como evoluem os próprios sistemas de saúde para dar resposta a estas preocupações.

Mas, a participação dos cidadãos passa também pelo seu envolvimento na avaliação dos cuidados prestados e a evolução ocorrida em Portugal nos cuidados primários parece estar a demonstrar que os profissionais e os cidadãos utilizadores podem beneficiar sempre que é dada aqueles a oportunidade de reestruturarem as suas práticas e de se organizarem para acrescentar valor à prestação de cuidados.

⁴⁷ Health Vault. About Health Vault. Available from: <http://www.healthvault.com/> . (Accessed 15 October 2007).

⁴⁸ Google Health. About Google Health. Available from: <http://www.google.com/health> . (Accessed 5 October 2008).

⁴⁹ MyDoctor.ca. About MyDoctor.ca. Available from: <http://https://www.mydoctor.ca/> . (Accessed 5 November 2008).

⁵⁰ ARGE ELGA project. About ARGE ELGA project. Available from: <http://www.arge-elga.at/> (Accessed 15 November 2007).

CAPÍTULO CINCO

Planeamento e gestão estratégica dos recursos humanos

5. Planeamento e gestão estratégica dos recursos humanos

A necessidade de as organizações se reposicionarem face à nova ordem económica mundial, que sendo marcada pela escassez de recursos e pela competitividade exige flexibilidade e prontidão de resposta, fez emergir a gestão de recursos humanos como uma função fundamental da gestão organizacional. Nas últimas décadas, inúmeras correntes de pensamento têm vindo a defender que o sucesso das organizações depende sobretudo da forma como estas gerem os seus recursos humanos, uma vez que são as pessoas que, através da sua inteligência, das suas competências e da sua criatividade, lhes conferem vantagem comparativa.

Reconhecendo que a capacidade para inovar e para assegurar a qualidade dos produtos e serviços prestados só é mobilizada pelas pessoas e posta ao serviço da organização e dos seus clientes se estas "perceberem" o projecto da instituição, se estiverem motivadas, envolvidas, empenhadas e em desenvolvimento permanente, tem levado a que os recursos humanos sejam encarados como um factor decisivo para a concretização das escolhas estratégicas das organizações. Deste modo, a gestão de recursos humanos assume-se como um processo dinâmico que procura fazer convergir os interesses das organizações e os das pessoas que nela trabalham, promovendo a substituição da perspectiva do assalariado pela figura do parceiro envolvido, cooperante e empenhado no projecto organizacional.

Apesar desta ser uma matéria da maior importância para o desempenho do sistema de saúde, o OPSS não tem aprofundado suficientemente a temática dos recursos humanos nos anteriores relatórios, o que considera uma lacuna, que importa ultrapassar. Reflectiremos, assim, sobre as novas perspectivas da gestão de recursos humanos, para o que se levou em linha de conta o documento "Unlocking Human Potential for Public Sector Performance – World Public Sector, Report, 2005" produzido pela ONU, onde se sustenta a emergência dum novo modelo de administração pública – o modelo da "Responsive Governance".

No sector da saúde, a questão dos recursos humanos assume relevância particular, não só pelo elevado nível de especialização dos profissionais e pelo controlo que estes detêm das actividades críticas das organizações, determinando a qualidade e eficiência das respostas dos sistemas de saúde, mas também pela dimensão que estes assumem, dada a mão de obra intensiva associada a esta área. De acordo com o Livro Verde sobre a mão-de-obra da União Europeia no sector da saúde (Comissão das Comunidades Europeias, 2008), a saúde é um dos sectores mais importantes da economia, empregando cerca de um décimo da mão-de-obra de toda a UE, cujos salários e outras despesas relacionadas absorvem aproximadamente 70% dos orçamentos do sector. Este documento pretende constituir-se como base para uma reflexão dos Estados-Membros da UE no sentido de se identificarem conjuntamente soluções eficazes para os problemas relacionados com os recursos humanos da área da saúde.

O envelhecimento demográfico apresenta-se como uma das principais preocupações, pois, para além de reclamar respostas adequadas dos sistemas de saúde às necessidades dos cidadãos, estende-se naturalmente aos profissionais de saúde, colocando em causa a necessária renovação da população activa (relação entre a população que potencialmente está a entrar e a que está a sair do mercado de trabalho) e a sustentabilidade potencial do sector. De acordo com o documento referido anteriormente, entre 1995 e 2000, o número de médicos com idade inferior a 45 anos diminuiu cerca de 20% em toda a Europa, tendo aumentado em mais de 50% a representatividade dos que têm mais de 45 anos. Portugal segue a mesma tendência de envelhecimento do tecido profissional, sendo a situação dos médicos a mais preocupante.

Um estudo desenvolvido pelo Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra para a Secretaria Geral do Ministério da Saúde revela que, em Portugal, muito embora se tenha registado um aumento de 86% no número de diplomados em medicina no período 1993 - 2005 (impulso significativo em 2004 e 2005), verifica-se que neste grupo profissional a classe etária mais representativa era, em 2005, a que incluía indivíduos com idades compreendidas entre 50 e 64 anos. O índice de envelhecimento global (\square 55 anos / 30-40 anos) dos médicos era, nesse

ano, de 1,3, sendo que ao nível das especialidades hospitalares este indicador se situava nos 0,6, enquanto nas especialidades de medicina geral e familiar (MGF) e de saúde pública registava 1,9 e 3,7, respectivamente. A média de idades na área hospitalar do Continente era de 43,3 anos, subindo nos CSP para 49,2 anos, o que, apesar do recente impulso dado à especialização em MGF, através do alargamento do número de vagas nos últimos anos, se revela especialmente preocupante, sobretudo nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Alentejo, que são as que apresentam um tecido profissional mais envelhecido.

Muito embora o Livro Verde manifeste igualmente preocupação com o aumento da idade dos enfermeiros nos Estados-membros, em Portugal, de acordo com o estudo anteriormente mencionado, o índice de envelhecimento global deste grupo profissional situa-se em 0,2, sendo a classe etária mais representativa a dos 25-29 anos, o que certamente resulta do aumento de 188%, registado no número de diplomados no período 1993-2005. Tal como nos médicos, também na enfermagem a média de idades é mais alta nos CSP (40,5 anos) do que na área hospitalar (36), o que está muito provavelmente associado à cultura hospitalocêntrica que tem prevalecido e à falta de investimento na atractividade do exercício no âmbito dos CSP.

Assim, o documento da Comissão das Comunidades Europeias chama à atenção para a necessidade de os países desenvolverem um planeamento adequado da formação pré-graduada, numa perspectiva estratégica de médio e longo prazo (revisão do número de vagas nas escolas promovendo a cooperação entre Estados-membros e adequação dos curricula respectivos às novas necessidades das populações e tecnologias actuais, por exemplo) e de investirem no desenvolvimento contínuo dos profissionais (tornando o exercício motivador e apelativo, facilitando a reconversão dos profissionais, estimulando a actualização dos mais velhos, captando profissionais que deixaram de estar no activo mas que têm ainda capacidade para exercer). Na mesma linha de pensamento, recomenda-se ali que é fundamental inverter a fraca atractividade que as políticas de emprego relacionadas com os cuidados de saúde e com a saúde pública apresentam para as novas gerações, sendo necessário definir estratégias adequadas que incentivem os jovens a escolher estas profissões.

Em Portugal, face ao novo enquadramento legal, que impõe a reestruturação da generalidade das carreiras da administração pública, deu-se início à revisão das carreiras médicas, que se mantinham inalteradas há quase vinte anos. O novo regime legal cria uma carreira médica única, organizada por áreas de exercício profissional (área hospitalar, da medicina geral e familiar, da saúde pública, da medicina legal e da medicina do trabalho) e estruturada em dois graus (especialista e consultor) e três categorias (Assistente, Assistente Graduado e Assistente Graduado Sénior).

O Ministério da Saúde considera que a adopção de critérios similares de valorização da qualificação e categorização dos médicos pode contribuir para uma maior mobilidade dos profissionais entre instituições, o que é também corroborado por representantes de uma força sindical, que vai mais longe ao admitir que este padrão comum pode funcionar como "um chamariz" para cativar e manter os médicos no sector público.

De referir, no entanto, que a gestão deste processo foi rodeado de alguma polémica e controvérsia, que o OPSS considera que a Tutela poderia ter evitado.

Sendo certo que a UE tem vindo a desenvolver medidas que permitem a livre circulação das pessoas na UE, o reconhecimento de competências e do direito ao exercício profissional, a verdade é que, paralelamente, se têm vindo a colocar questões relacionadas com a mobilidade de profissionais de saúde dentro e fora da UE e com as desigualdades de fluxos migratórios, que favorecem os países ricos e "esvaziam" os mais pobres de potencial intelectual. Apesar do impacto negativo que este fenómeno possa ter no desenvolvimento dos países, defende-se que a resposta não deve passar pela introdução de restrições à circulação das pessoas, mas antes pela definição de regras de recrutamento ético a adoptar pela generalidade dos países e simultaneamente pela revisão interna das políticas de recrutamento e de desenvolvimento profissional, que devem tornar-se atractivas e assim potenciar a retenção dos profissionais, sem

contudo comprometer a possibilidade de migração circular (aquisição e reforço de competências fora do país de origem, seguindo-se o seu regresso) e a partilha de eventuais excedentes de mão de obra entre países.

Este é um dos pontos que é também identificado na Carta de Tallinn, emanada no âmbito da Conferência Ministerial Europeia da Organização Mundial de Saúde sobre sistemas de saúde, que teve lugar em Tallinn - Estónia, em Junho de 2008. De acordo com a análise do Centro de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra, a percentagem de estrangeiros a trabalhar em Portugal no SNS registou um crescimento de 33,1% entre 2002 (3,77% do total de profissionais) e 2005 (4,67%). Os médicos eram o grupo profissional mais representativo em 2005, ano em que se registava que 75% do total de estrangeiros que trabalhavam no SNS tinha idade inferior a 45 anos. Não se conhecem, no entanto, orientações específicas do Ministério da Saúde que materializem as boas práticas recomendadas no âmbito do Livro Verde e da Carta de Tallin, quanto ao recrutamento de profissionais estrangeiros.

Em Portugal, verifica-se ainda outro fenómeno, ao nível interno, que sendo semelhante quanto à sua origem e ao impacto que lhe está associado, merece ser aqui referido. Trata-se da migração de profissionais, sobretudo médicos, do sector público para o sector privado, que apresenta uma maior flexibilidade, nomeadamente remuneratória, o que nalguns casos tem comprometido o funcionamento regular dos serviços do SNS e ameaçado a sua vantagem comparativa. Tendo o primeiro investido na formação dos profissionais, que como é conhecido tem um elevado custo para o erário público, revela-se depois incapaz de desenvolver estratégias de retenção dos mesmos, que lhe permitam materializar o retorno do investimento realizado, disponibilizando aos cidadãos os serviços prestados por esses mesmos profissionais no âmbito do SNS.

Assim, revela-se fundamental e urgente repensar estrategicamente o planeamento e a gestão de recursos humanos no sector da saúde e particularmente na administração pública, ultrapassando as limitações imediatistas que muitas vezes os processos de reforma impõem. Uma vez que as carências registadas actualmente e estimadas para um futuro próximo não são passíveis de resolução no curto prazo, esta matéria assume relevância especial no âmbito da gestão do sector. Importa ainda equacionar a introdução de mecanismos que permitam captar, desenvolver e reter os profissionais de saúde, no sentido de evitar que a migração laboral, nacional ou internacional se apresente como única alternativa para se alcançar a realização profissional e a satisfação pessoal. Os sistemas de remuneração associados ao desempenho, a gestão de carreiras e o desenvolvimento de programas de formação e desenvolvimento são áreas que devem merecer a reflexão do governo.

Embora o argumento de que os recursos humanos são um investimento e não um custo seja frequentemente utilizado, as práticas que observamos tanto no sector público como privado estão longe de corresponderem a tal filosofia. Daí que, em épocas de crise, ou seja, quase sempre, a tendência seja não para investir, mas para reduzir os custos associados aos recursos humanos. No domínio da Administração Pública é sintomática a passagem à filosofia inspirada na gestão empresarial baseada na lógica da eficiência, conduzindo à chamada Escola do New Public Management (NPM).

Importa, no entanto, sublinhar que, no âmbito das políticas sociais, o NPM assumiu, na década de noventa, uma nova abordagem centrada na "reinvenção" da governação e que procura conciliar a salvaguarda de aspectos fundamentais da missão e enquadramento das organizações da administração pública, tal como dos princípios e valores a que estas devem obedecer e as virtuosidades da perspectiva empresarial e dos instrumentos de gestão que lhe estão associados. Já Mintzberg no seu famoso artigo "Managing government and governing management" alertava para os problemas decorrentes de um modelo único, empresarial, a aplicar em sectores públicos como a saúde, a educação ou a justiça, se não houvesse o cuidado de atender às especificidades próprias de cada um deles.

Os efeitos indesejáveis da empresarialização enquanto nova forma de pensamento único (one best way) têm levado os especialistas e mesmo as instâncias internacionais a procurarem novas alternativas que de algum modo conciliam a tradição de rigor do tradicional modelo burocrático Weberiano, com uma maior sensibilidade à racionalização dos custos das transacções e, tudo isto num contexto de globalização e de complexidade crescente, exigindo uma maior interdependência entre estado e sociedade civil. Nesse sentido assume particular relevância o documento "Unlocking Human Potential for Public Sector Performance – World Public Sector, Report 2005" produzido pela ONU, onde se sustenta a emergência dum novo modelo de administração pública – o modelo da "Responsive Governance" – que poderíamos traduzir por "Governança Responsiva" tendo como princípios orientadores a prestação de contas (accountability), a transparência e a participação.

Quadro 13 - Três modelos de administração pública

	Administração Pública	Gestão Pública	Governança responsável
Relações Cidadãos – Estado	Obediência (Obedience)	Direitos (Entitlement)	<i>Empowerment</i>
Prestação de contas (Accountability)	Governantes Politicians	Clientes Customers	Cidadãos e parceiros (Citizens & stakeholders)
Princípios orientadores	Cumprimento das regras e regulamentos	Eficiência	Prestação de contas, transparência e participação
Critérios de sucesso	Resultados (Outputs)	Efeitos Outcomes	Processo (Process)
Atributo chave	Imparcialidade	Profissionalismo	Resposta

Fonte: Unlocking the Human Potential for Public Sector Performance (ONU 2005)

Tais princípios, aliados à centralidade conferida aos cidadãos e parceiros (*stakeholders*) poderão constituir uma resposta adequada à instabilidade conceptual que se tem verificado nas instituições públicas, nomeadamente no que se refere à saúde pública, na sua procura duma terceira via entre o mercado e a hierarquia.

Outros dois aspectos mencionados no Livro Verde e que merecem referência são:

1. o contributo que as novas tecnologias podem dar para minimizar o impacto da escassez de profissionais no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde necessários, recomendando-se o desenvolvimento de esforços no sentido de se assegurar a interoperabilidade dos sistemas de informação, estimular a sua utilização e apoiar a formação dos profissionais nesta área, com o objectivo de se potenciar a adequada utilização das mesmas, nomeadamente ao nível da telemedicina e de sistemas de apoio à decisão;
2. o efeito positivo que a iniciativa empresarial de pequena e média dimensão pode ter na promoção do acesso, no estímulo à inovação, na criação de emprego e no desenvolvimento local, referindo-se a necessidade de análise de eventuais obstáculos à iniciativa empresarial dos profissionais no sentido de os mesmos serem ultrapassados.

O relatório "*Primary Health Care: Now More Than Ever*" da Organização Mundial de Saúde expressa também a preocupação da comunidade internacional quanto à focalização em programas e projectos dirigidos a doenças concretas, denominados selectivos ou verticais, uma vez que podem conduzir a uma progressiva fragmentação dos sistemas de saúde. Desde logo porque, tendo hierarquias e mecanismos de financiamento paralelos, multiplicam custos e competem com o sistema de saúde na sua globalidade, particularmente em termos de captação de recursos humanos qualificados, que são genericamente escassos.

A crise económico-financeira mundial e o escasso crescimento económico da maioria dos países fazem prever alguma contenção nos recursos a afectar ao sector da saúde no futuro próximo, o

que apela à capacidade de planeamento, organização e gestão dos sistemas de saúde no sentido de ficar assegurado o princípio da solidariedade no acesso a cuidados de saúde.

Assim e tendo em conta que a globalização, a crescente urbanização das sociedades e o envelhecimento da população, entre outros factores, têm vindo a mudar a natureza dos problemas de saúde e a intensificar a necessidade de cuidados, na medida em que contribuem para acelerar a propagação de doenças transmissíveis e para aumentar a carga das doenças crónicas, impõe-se, mais do que nunca, que se implemente a mudança necessária nos sistemas de saúde, tornando os serviços mais eficazes, eficientes e equitativos. No entanto, este desiderato só será concretizável com as pessoas, ou seja, com profissionais devidamente enquadrados, envolvidos no projecto organizacional, motivados para a acção.

CAPÍTULO SEIS

O impacto dos Relatórios de Primavera

6. O IMPACTO DOS RELATÓRIOS DE PRIMAVERA

O OPSS, na persecução de realizar anualmente um exercício compreensivo de análise rigorosa da dinâmica das políticas de saúde e, num sentido mais lato, do sistema de saúde nacional, assume como compromisso a procura de um contributo para o benefício público reforçando princípios de solidariedade, equidade, eficiência, qualidade e transparência.

Neste sentido, e após uma década no exercício da procura deste compromisso, avaliar o sucesso da sua actividade e o reconhecimento da sua relevância e contributo, afirma-se enquanto vontade ética e simbólica.

Avaliar e reconhecer o seu papel para o sector, implica perceber, junto dos actores que o integram, a forma como a sua mensagem é percebida e assimilada, a credibilidade e idoneidade que lhe é reconhecida e, a forma como esses conteúdos e análises integram e constituem um instrumento ao serviço da actividade de cada um dos grupos de actores no sistema.

Neste campo importa reconhecer o papel dos meios de comunicação, enquanto fontes privilegiadas de divulgação, discussão e formação de opiniões. Na nossa sociedade actual, este papel de intermediários encontra-se reforçado. Perceber como o trabalho do OPSS assume um corpo e relevância mediática e, em que medida os seus princípios e valores subsistem nessa mensagem, impõe-se enquanto exercício reflexivo de passado, presente e futuro.

6.1 Na imprensa escrita

As representações sociais, tendo na sua matriz um processo de construção social (Moscovici, 1961), são contingentes e mediadas. Um dos veículos dessa mediação é, sem dúvida, os *mass media*. Como noutras áreas, o espaço informativo dedicado à saúde está sujeito a um processo de selecção e hierarquização que influi na produção de sentido. Compreender “Como é que o Observatório Português dos Sistemas de Saúde é representado no espaço público dos *mass media*?” permite-nos conhecer um pouco melhor o modo como a mensagem informativa associada ao OPSS é (re)apropriada, e dessa forma (re)conhecida.

Com o intuito de se estudar o impacto do OPSS na imprensa escrita, procedeu-se a uma análise longitudinal do impacto dos RP de 2002 a 2008⁵¹ na imprensa escrita nacional, não especializada e leigo-especializada, com tiragem diária e semanal.

O período de análise corresponde a sete anos, de 1 de Janeiro de 2002 a 31 de Dezembro de 2008. Optou-se por seleccionar os artigos para além do momento em que o RP é apresentado, com o intuito de melhor compreender o modo como o OPSS é interpelado no discurso mediático.

Os artigos foram seleccionados tendo em consideração os seguintes descritores temáticos - “Observatório”, “Observatório Português dos Sistemas de Saúde”⁵², “OPSS”, “Relatório Primavera”. Posteriormente, os artigos foram codificados de acordo com as seguintes características das unidades de texto: “Fonte”, “Data”, “Mês”, “Ano”, “Localização”, “Dimensão”,

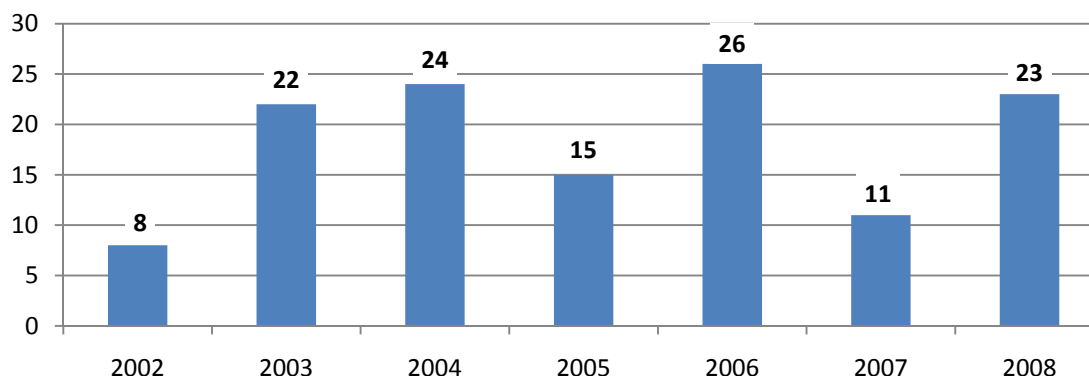
⁵¹ Pela dificuldade de acesso aos artigos de 2001, não foi possível analisar o impacto do *Relatório de Primavera* de 2001 na imprensa escrita.

⁵² Refira-se que o Observatório Português dos Sistemas de Saúde aparece nas unidades de texto com a designação de “Observatório da Saúde”, “Observatório dos Sistemas de Saúde”, “Observatório Nacional de Saúde” e “Observatório Nacional dos Sistemas de Saúde”.

"Formato dos Artigos", "Tema principal", "Avaliação da tendência valorativa do Título"⁵³, "Personalização do título"⁵⁴, "Actor principal interpelado", "Voz do OPSS"⁵⁵.

A partir da figura 19, visualiza-se a distribuição anual dos 129 artigos seleccionados no período considerado, perfazendo uma média de 18,42 artigos por ano.

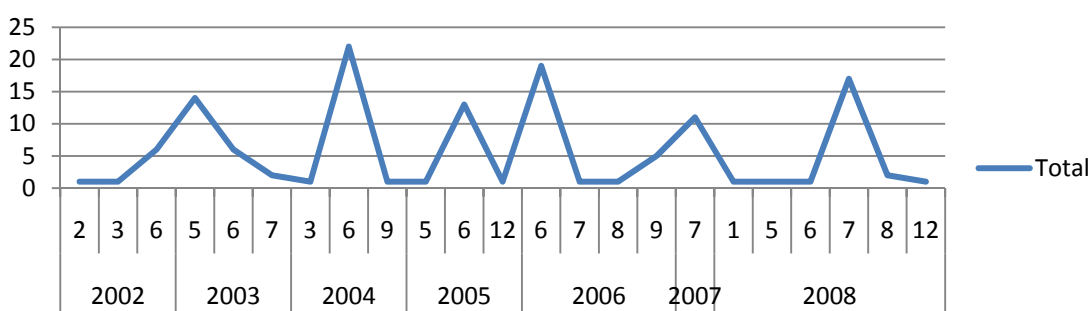
Figura 19 - Distribuição dos artigos analisados por ano



Fonte: OPSS, 2009

Como se depreende da figura 20, existe uma maior incidência de artigos nos meses em que o Relatório de Primavera é publicado - Maio (em 2003), Junho (em 2002, 2004, 2005 e 2006) e Julho (em 2007 e 2008). Uma análise mais minuciosa permite mesmo confirmar que esse impacto é sobretudo notório durante a semana em que o relatório é apresentado (75% no ano de 2002; 57% no ano de 2003; 76% em 2004; 80% em 2005; 56% no ano de 2006; 64% em 2007 e 71% em 2008).

Figura 20 - Distribuição dos artigos analisados por ano e meses de ocorrência



Fonte: OPSS, 2009

Dos 19 órgãos de imprensa escrita analisados, observa-se uma preponderância dos jornais não especializados (na ordem dos 85%). Dentro destes, o jornal "Público" (com cerca de 18%), o "Diário Económico" e o "Diário de Notícias" (ambos com 10%); o "Jornal de Notícias" (com 6%) e "A Capital", o "Correio da Manhã" e o "Jornal de Negócios" (com cerca de 5%) representam a

⁵³ Uma avaliação diferenciada em "Positiva", "Negativa" ou "Neutra". Classificaram-se como "Negativos" os títulos que apresentam o tema em questão sob um prisma negativista (enfatizando problemas, dificuldades, conflitos), como "Positivos" os títulos que apresentam o tema de um modo optimista, e como "Neutros" os títulos em que não é possível destacar uma tendência valorativa.

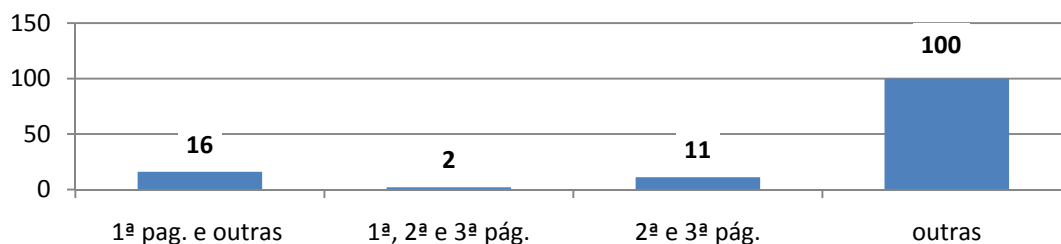
⁵⁴ Identificação de um actor institucional no título.

⁵⁵ Interpelação directa a um dos membros do OPSS, sob a forma de entrevista.

imprensa escrita com um maior número de artigos objecto de análise. No caso da imprensa leigo-especializada, destaca-se a “Semana Médica”, com 6%.

Relativamente à localização (cf. figura 21) na publicação, a grande maioria dos artigos posiciona-se numa situação de não destaque (cerca de 78%). No entanto, 13% dos artigos analisados apresentam uma chamada na primeira página e 9% localizam-se na primeira, segunda e terceira páginas. Em situação de destaque aparecem com maior frequência temas como a “Política do medicamento” e as “Listas de espera”.

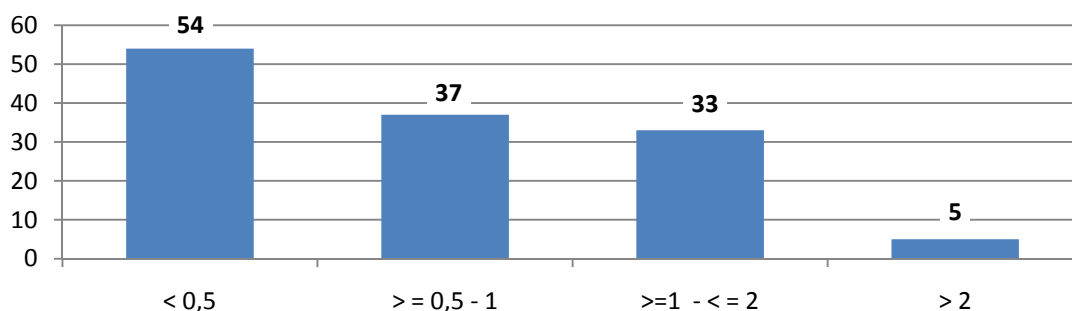
Figura 21 - Distribuição dos artigos analisados pela localização dos artigos



Fonte: OPSS 2009

Quanto à dimensão (cf. figura 22) dos artigos, cerca de 42% não chegam a ocupar meia página da respectiva publicação, aproximadamente 29% dos artigos desenvolvem-se até uma página, 26% até duas páginas e apenas 4% estão publicados em mais do que duas páginas. Quando os artigos apresentam uma “dimensão” mais alargada tendem a abordar, de uma forma transversal, os temas desenvolvidos pelo *Relatório Primavera*. Refira-se que é a imprensa escrita leigo-especializada que apresenta unidades de texto mais desenvolvidas, isto é, cuja publicação excede as duas páginas.

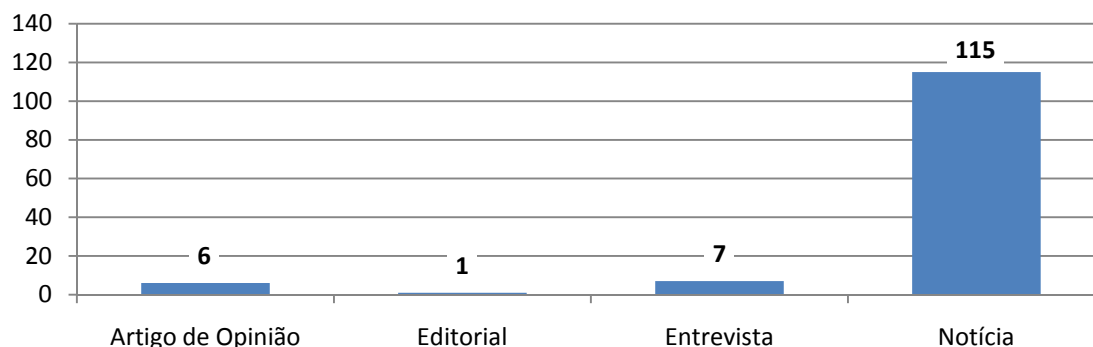
Figura 22 - Distribuição dos artigos analisados pela dimensão dos artigos



Fonte: OPSS, 2009

No que diz respeito ao Formato dos artigos (cf. figura 23), predomina o género “Notícia” (89%), sendo muito raro o desenvolvimento do tema no “Editorial”. Tanto a entrevista como o artigo de opinião constituem o formato dos artigos em 5% dos casos. Os temas subjacentes à entrevista relacionam-se com a categoria temática “Profissionais” e “Política do medicamento”. Esta última categoria – “Política do medicamento” – desenvolve-se ainda na maioria dos artigos de opinião.

Figura 23 - Distribuição dos artigos analisados pelo formato dos artigos

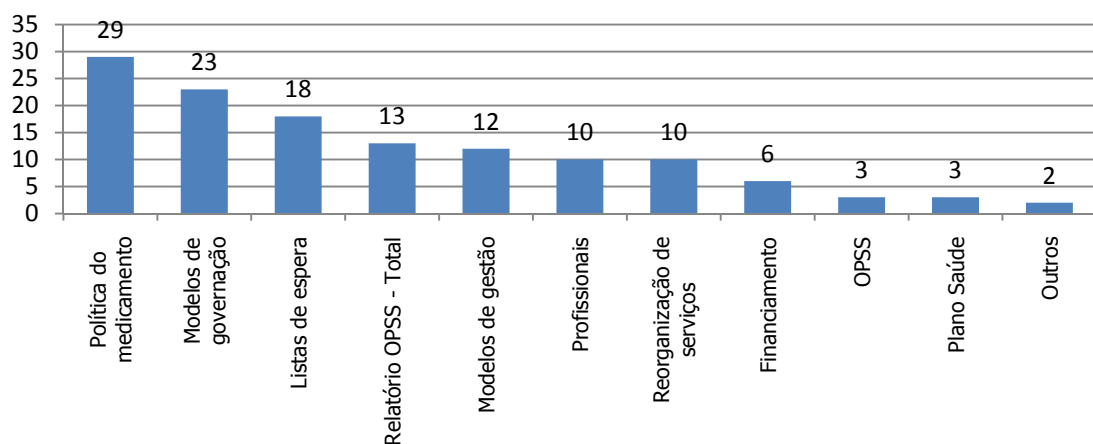


Fonte: OPSS, 2009

Dos 129 artigos seleccionados, destacam-se os seguintes "temas principais" (cf. figura 24):

- "Política do medicamento" (22%);
- "Modelos de governação" (18%);
- "Listas de espera" (14%);
- "Relatório OPSS – Total"⁵⁶ (10%)

Figura 24 - Distribuição dos artigos analisados pelo "Tema principal"



Fonte: OPSS, 2009

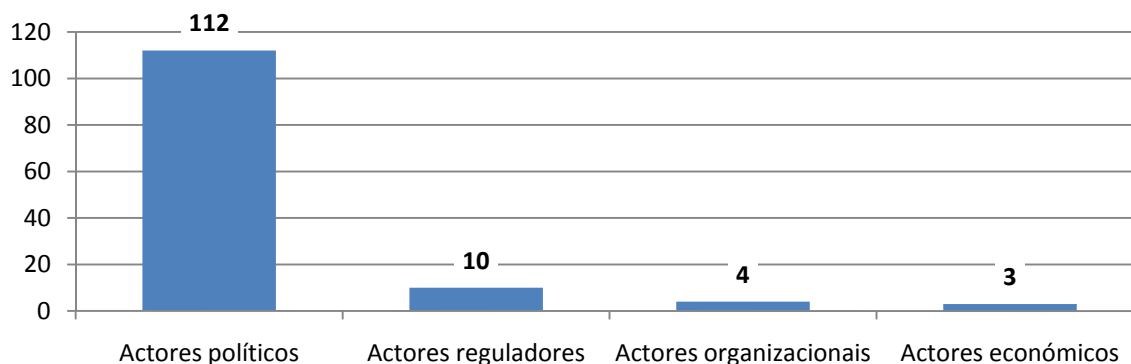
Uma análise longitudinal permite realçar os principais temas considerados em cada ano, correspondendo também aos principais temas desenvolvidos pelos órgãos de imprensa escrita por altura da apresentação pública do *Relatório Primavera*: "Modelos de governação" (2002), "Modelos de gestão" (2003), "Modelos de governação" (2004), "Listas de espera" (2005), "Política do medicamento" (2006), "Relatório OPSS – total" (2007), "Profissionais" (2008) (cf. Anexo II).

Refira-se que a interpelação do OPSS no espaço informativo, fora do âmbito da apresentação pública do *Relatório Primavera*, surge principalmente quando a área temática em discussão é a "política do medicamento". Verifica-se, contudo, uma maior diversificação temática no ano de 2008.

⁵⁶ Categoria temática que designa as unidades de texto que abordam o *Relatório Primavera* na sua globalidade.

Como se observa a partir da figura 25, os actores políticos, nomeadamente o Ministério da Saúde (MS), são os principais **actores interpelados**. Um facto compreensível dado que a maioria das unidades texto (cerca de 70%) se reporta à apresentação pública do *Relatório Primavera*. Saliente-se que, no ano de 2007, todos os artigos foram publicados no âmbito dessa ocorrência. “A “Política do medicamento”, os “Modelos de governação” e as “Listas de espera” constituem o leque temático em apreço quando o MS é o principal actor interpelado.

Figura 25 - Distribuição dos artigos analisados pelo “Actor principal interpelado”



Fonte: OPSS, 2009

Nos artigos analisados, a alusão ao OPSS reflecte-se quer nas citações do *Relatório Primavera*, quer na interpelação directa a um dos membros do OPSS – categoria “Voz OPSS” –, que ocorre em cerca de 35% dos casos, sobretudo quando o que está em causa é o tema “Listas de espera” ou quando o relatório é apresentado na sua globalidade – categoria temática “Relatório OPSS – total”.

Dado o impacto dos títulos dos artigos na apropriação da mensagem informativa, salienta-se que 74% dos títulos apresentam uma tendência valorativa negativa⁵⁷ e apenas cerca de 9% a respectiva tendência contrária. A avaliação positiva do título ocorreu sobretudo no ano de 2008, e espelha a reacção favorável do MS face a um constrangimento salientado no *Relatório Primavera* desse ano – a necessidade de retenção de profissionais de saúde no sector público.

A identificação de um actor institucional no título – “Personalização do título” – acontece em aproximadamente 22% dos casos. Na sua quase totalidade o actor identificado é o MS, sendo predominantemente considerados temas como os “Modelos de governação” e as “Listas de espera”.

Em síntese, de acordo com a análise de imprensa escrita efectuada:

- observa-se uma maior incidência de artigos sobre o OPSS, publicados na imprensa escrita, durante a semana em que o *Relatório de Primavera* é apresentado publicamente.
- dos artigos seleccionados, destacam-se os seguintes “temas principais”: “Política do medicamento”, “Modelos de governação”, “Listas de espera”, “Relatório OPSS – Total”.
- os artigos que aparecem em situação de destaque relacionam-se com temas como a “Política do medicamento” e as “Listas de espera”. No formato dos artigos, predomina o género “Notícia”.
- o MS é o principal actor interpelado nas unidades de texto seleccionadas.

⁵⁷ Uma tendência que se revela na utilização de conceitos como: “guerra”, “incertezas”, “chumba”, “problema”, “ficção”, “abuso”, “deficit”, “inferno”, “sucesso duvidoso”, “sem rumo”, “cenário negro”, “perigo”, “críticas”, “incapaz”.

- a grande maioria dos títulos dos artigos apresenta uma tendência valorativa negativa.

6.2 Nos informadores-chave seleccionados

A relevância dos Relatórios de Primavera é também avaliada pelo impacto que os seus conteúdos podem exercer nos principais decisores da saúde.

Para a análise do impacto dos relatórios de Primavera nos diversos sectores da sociedade, foram realizadas entrevistas a actores-chave da área da saúde com o intuito de perceber como os relatórios contribuíram para o desenvolvimento do Sistema de Saúde Português, e que forma deveria ter esse contributo no futuro.

Assim, como instrumento de recolha de informação, recorreremos à entrevista semi-estruturada, para captar as percepções que os diferentes *stakeholders* têm do Relatório de Primavera produzido pelo OPSS. O tratamento da informação recolhida foi efectuado com recurso a técnicas de análise de conteúdo.

Para as entrevistas foram seleccionados actores-chave, com influência na área da saúde, quer em consequência de cargos ocupados, quer ao nível da sua intervenção pública. Pretendeu-se constituir uma amostra representativa deste sector. Neste sentido, foram contactadas 20 entidades, grupo que inclui associações profissionais, associações de doentes, grupos parlamentares, representantes de entidades e organismos com interesses na saúde. Obtivemos uma taxa de resposta de 55% (11 respostas). Destas, 5 entrevistas foram filmadas, sendo que para as restantes as respostas foram enviadas apenas por escrito⁵⁸.

A recolha de informação incidiu fundamentalmente nos seguintes pontos: *i)* apreciação geral da actuação do OPSS na última década; *ii)* influência percebida dos relatórios de primavera, *iii)* actuação da comunicação social face aos relatórios de primavera e, *iv)* perspectivas para actuação futura do OPSS.

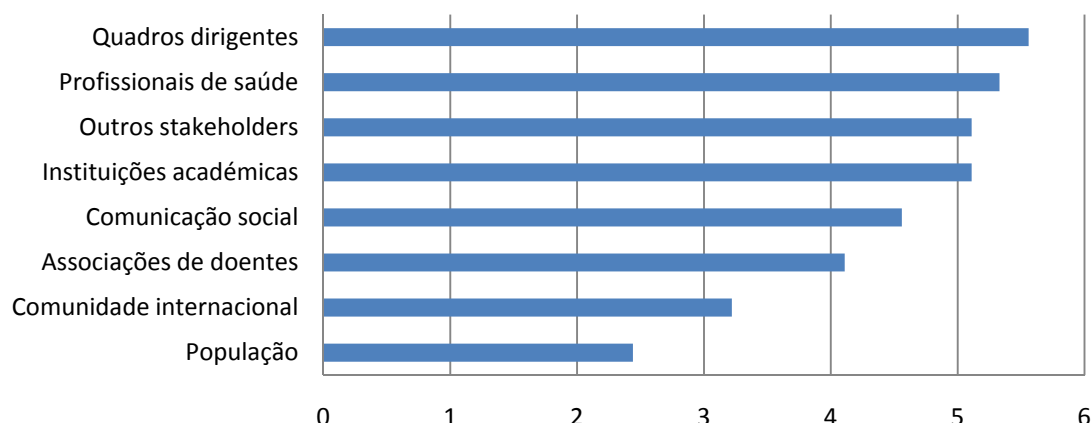
Genericamente, a actuação e as análises publicadas pelo OPSS, designadamente sob a forma de relatório de primavera foram unanimemente consideradas positivas por todos os entrevistados.

A influência directa do OPSS para a decisão em saúde percebida por estes *stakeholders* foi, em média de 4,11, o que corresponde a uma influência directa na decisão significativa. Saliente-se que o máximo apontado foi 6 e o mínimo 2.

Quando solicitados a indicarem o nível e os grupos para os quais percepcionam que o Relatório de Primavera representa uma fonte de influência, pode verificar-se que a maior influência percebida é exercida nos quadros dirigentes da saúde nacionais, regionais e locais, bem como nos profissionais de saúde. Verifica-se também, que a população em geral não é percebida ou não percepciona a influência das análises do OPSS (*cf.* Figura 26).

⁵⁸ Foram solicitadas entrevistas às seguintes entidades: Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos, Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, Escola Superior de Tecnologias da Saúde, Grupo Parlamentar de Saúde, Grupos Parlamentares do PS, PSD, PCP, CDS/PP, BE e PE "Os Verdes"; Apifarma, Infarmed, Associação Nacional de Farmácias, Movimento dos Doentes, Associação Nacional dos Doentes com Artrite Reumatóide, Associação de Luta Contra o Cancro do Intestino e antigos Ministros e Secretários de Estado da Saúde.

Figura 26 - Grau de influência dos relatórios de primavera percebida pelos entrevistados nos diferentes grupos

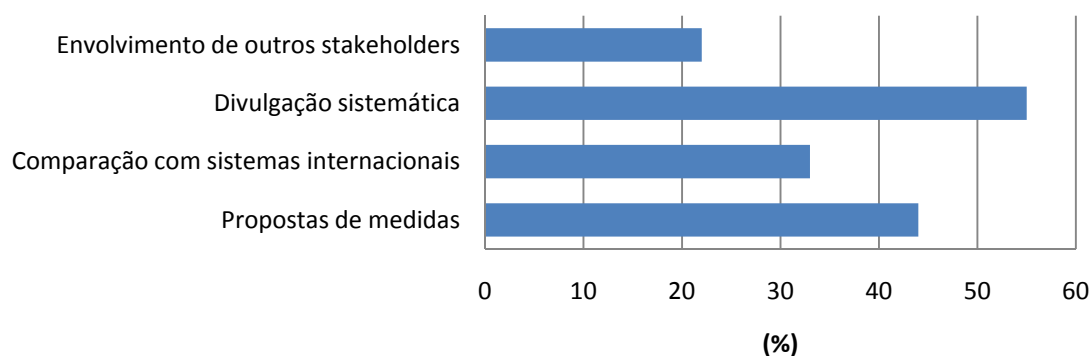


Fonte: OPSS, 2009

No que respeita à actuação e ao papel do OPSS, 77,8% dos inquiridos defendem que este deve continuar a desenvolver a sua acção como fonte de informação independente, isenta e de rigor. Foram ainda apontadas outras funções que deveriam, de acordo com os entrevistados, passar a ser assumidas, como complemento à actual actuação do OPSS.

Na figura 27 podemos verificar que a divulgação sistemática e regular de análises sobre os sistemas de saúde é o ponto mais vezes salientado (55%), com periodicidade plurianual, tendo sido referidos que deveriam ser divulgadas ao longo do ano, e não apenas aquando da apresentação do relatório de primavera. É também sugerido por cerca de 44% da amostra que o OPSS deverá reforçar competências enquanto fonte de propostas de medidas e políticas a desenvolver pelos órgãos decisores.

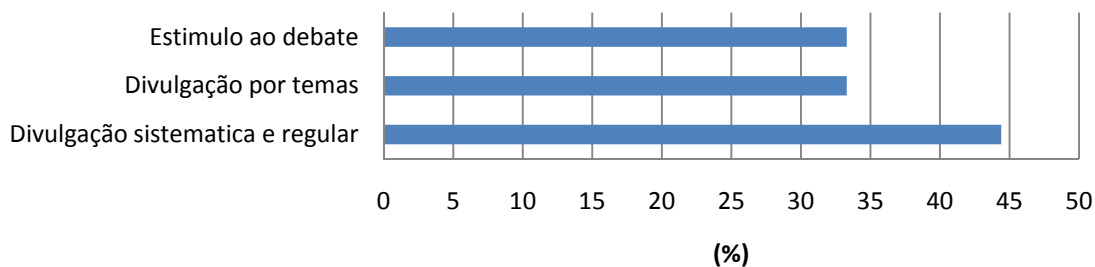
Figura 27 - Outros papéis que deveriam, de acordo com os entrevistados, ser assumidos pelo OPSS



Fonte: OPSS, 2009

Para 56% dos *stakeholders* deveria ser alterado o contributo que a comunicação social tem assumido na divulgação, qualidade e sustentabilidade das mensagens do OPSS. Assim foram apontados como possíveis papéis para a comunicação social: uma maior regularidade e especialização temática da divulgação de análises e o reforço do estímulo ao debate de ideias. (figura 28)

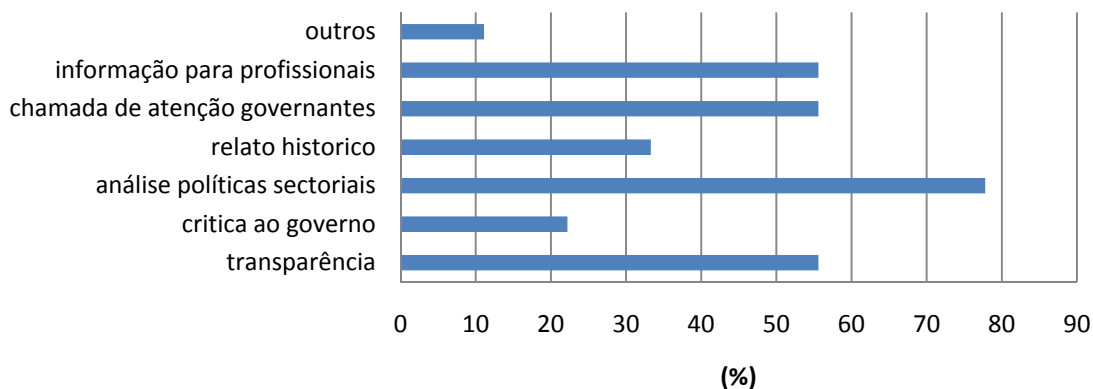
Figura 28 - Papéis que deveriam, de acordo com os entrevistados, ser assumidos pela comunicação social



Fonte: OPSS, 2009

Foi ainda solicitado aos inquiridos que referissem um conjunto de características que, na sua opinião, melhor traduzem a actuação do OPSS nestes 10 anos de existência.

Figura 29 - Actuação do OPSS na última década



Fonte: OPSS, 2009

Observa-se ainda que 78% indicam como papel fundamental do OPSS a análise de políticas de saúde. É também ressaltada a sua relevância na produção de informação rigorosa e credível aos profissionais de saúde, a chamada de atenção aos governantes para o impacto das políticas adoptadas e a transparência do OPSS (56%).

Em síntese: de acordo com os actores-chave entrevistados:

- A actuação do OPSS foi considerada como positiva nestes 10 anos;
- É elevada a influência percebida no espaço de decisão em saúde, quer ao nível macro e estratégico, quer ao nível micro. Os decisores nos diferentes níveis, e os profissionais de saúde percebem a função do OPSS como fundamental;
- No que respeita ao papel da comunicação social, é percebido um necessário reforço da discussão e divulgação regular de conteúdos e temáticas ressaltados pelo OPSS, constituindo-se enquanto espaço relevante de debate de ideias e conteúdos;
- O OPSS parece ver assim reforçada a sua relevância e necessária continuação, enquanto espaço de análise e discussão, isento e independente, devendo procurar reforçar domínios como a sua internacionalização e articulação directa com outras organizações que desempenham funções similares e a realização de análises e discussões técnicas mais focalizadas e pontuais contribuindo para a produção de evidência e conhecimento em saúde.

Reconhecer a relevância do papel do OPSS, na análise de uma década, consolidando a sua legitimidade e pertinência futura, não deixa ocultar oportunidades de reforço da sua missão e valores, definindo novas linhas de acção. A percepção de um espaço de influência privilegiado entre quadros dirigentes e profissionais no sector da saúde, fundamenta a reflexão para uma possibilidade de estender a sua participação no processo de elaboração e análise que subjaz ao Relatório Primavera e, de procurar enquadrar, na sua actividade, a avaliação e desenvolvimento de recomendações de âmbito mais técnico no sector da saúde.

Paralelamente, a identificação de um espaço de publicação mediática justaposto a um ciclo de periodicidade anual de publicação do Relatório Primavera e, o reconhecimento de uma agenda mediática que nem sempre se guia pelo mesmos valores editoriais que estruturam a acção do OPSS, afirma uma necessária reflexão e desafio de futuro, no contributo que esta instituição poderá assumir neste campo. Apostar numa estratégia de comunicação e disseminação eficaz só pode encorajar e reforçar o papel do OPSS no sector da saúde, contribuindo para ampliar um espaço de debate de conteúdos isento, íntegro e de excelência. Pelo que um dos desafios passará, certamente, pela articulação entre uma agenda mediática e a agenda em saúde.

CAPÍTULO SETE

Conclusões

7. CONCLUSÕES

Falhas sistémicas da governação da saúde

Ao procurar resumir as falhas sistémicas da governação, aquelas que persistem independentemente de quem governa e das políticas que adopta, dois aspectos tornam-se particularmente salientes: a ausência persistente de um centro tangível de análise e direcção estratégica na saúde e algumas das suas consequências óbvias, como são os casos, relativamente bem documentados, da “boa utilização do medicamento” e das parcerias público-privado.

1. **A ausência de um “centro” inteligente de análise e direcção estratégica na governação da saúde** e o facto do sistema político aparentemente não reconhecer esta ausência ou sentir a sua necessidade explicam melhor do que qualquer outra coisa a persistência de importantes falhas sistémicas na governação da saúde.

Apesar da grande complexidade do sector da saúde, da sua importância para a população, da sensibilidade das matérias que trata, da grande influência social das profissões e agentes económicos que nele se movem, do volume orçamental que movimenta, da extensão dos serviços públicos que é necessário gerir, **o investimento na qualidade, especificidade e necessidades instrumentais da governação da saúde é cronicamente quase inexistente**. Seguem-se alguns exemplos.

2. **A falta de planeamento estratégico de longo prazo, indispensável para assegurar a disponibilidade dos recursos humanos da saúde** necessários é responsável pelos conhecidos desequilíbrios que o país actualmente padece nesta matéria – nomeadamente o acentuado envelhecimento da população médica do país e o aproveitamento pouco adequado dos profissionais de enfermagem que o país tem formado. Pode dizer-se que aquilo que deu origem à actual situação – falta de planeamento estratégico – não se modificou substancialmente nos últimos anos.

Outro exemplo, relativamente recente, foi a forma como foi dirigido o fecho de serviços de importantes serviços públicos de saúde, de “dossier” em “dossier” – primeiro maternidades, mais tarde urgências, logo outros serviços hospitalares – **fora de qualquer planeamento local integrado baseado nas necessidades concretas em infra-estruturas da saúde em cada região do país**, tangível para as populações locais.

Parece agora também evidente que a falta de um “documento estratégico de referência” comum, com uma base analítica sólida, suficientemente aperfeiçoado, partilhado e debatido que **enquadrasse e coordenasse a produção legislativa, relativamente recente, referente às Administrações Regionais de Saúde, aos Agrupamentos de Centros de Saúde e aos Serviços Centrais do Ministério da Saúde**, resultou num conjunto de inconsistências evitáveis que dificultam hoje as reformas da saúde.

3. **Uma governação inteligente da saúde terá que se basear numa forte componente analítica.**

No entanto, nas últimas duas décadas **tão-somente duas publicações sobre a saúde dos portugueses** foram produzidas e divulgadas pelo Ministério da Saúde – uma em 1998 e outra em 2004.

Um outro exemplo é o que se relaciona com a **base analítica da política do medicamento**. O principal objectivo dessa política é “o bom uso do medicamento”. Como é possível estabelecer objectivos concretos e amplamente partilhados para melhorar o bom uso do medicamento, sem uma análise e divulgação contínuas sobre a situação no país neste domínio?

A experiência do OPSS nesta matéria é particularmente ilustrativa.

A partir de 2001 os Relatórios de Primavera do OPSS, com base em dados originários das entidades oficiais da saúde, mas aparentemente não utilizados por estas, começaram a chamar a atenção para a má utilização das “cefalosporinas de 3ª geração” e das “quinolonas” nos cuidados de saúde não hospitalares em Portugal. Estes são antibióticos cujo uso deveria ser reservado para situações graves que não respondem adequadamente a outros antibióticos, mas que, em Portugal, estão a ser utilizados indevidamente nos cuidados do ambulatório.

Seguiu-se um período em que as entidades oficiais, continuando aparentemente a não analisar e seguramente a não divulgar os padrões de utilização destes (e outros) antibióticos, deixaram simplesmente de proporcionar ao OPSS os dados necessários para proceder a esta análise.

Este ano foi finalmente possível ter novamente acesso a esta informação, o que permitiu analisar a evolução da utilização destes antibióticos a partir de 2001.

Esta análise permite concluir que, apesar de se observarem ligeiras melhorias na prescrição no ambulatório das cefalosporinas de 3º geração, os padrões de prescrição observados em Portugal para estes antibióticos não são aceitáveis sob o ponto de vista das boas práticas médicas e da saúde pública, para além de, pelo seu preço, não obedecerem a qualquer racionalidade económica.

4. A concepção e a implementação das PPP na saúde têm sido um dos aspectos mais polémicos e polarizadores da governação da saúde.

Nos sistemas de saúde da actualidade, que tem importantes componentes públicas, privadas e sociais, uma boa cooperação entre estes distintos sectores é necessariamente útil. Neste contexto, no decurso dos últimos anos, o OPSS tem tido o cuidado de distinguir entre aquilo que é a utilidade e até a inevitabilidade de parcerias entre os sectores público e privado da saúde nos mais distintos domínios, daquilo que são modalidades particulares de PPP que, pela sua concepção e desenho, não parecem corresponder a um interesse público evidente.

Por estas parcerias dizerem respeito a compromissos de longo prazo, correspondendo a volumes financeiros consideráveis e incidindo em matéria de grande dificuldade e complexidade, o OPSS tem vindo a insistir no enunciado de um conjunto de noções de “boa governação” que deviam merecer especial atenção neste domínio:

- A necessidade de proceder a uma análise detalhada das vantagens e inconvenientes das várias modalidades possíveis de PPP (tomando em consideração as indicações e limitações da experiência internacional neste domínio), acompanhada de um debate público alargado, visando a criação de um amplo consenso sobre o melhor caminho a seguir, de forma a evitar descontinuidades desnecessárias em processos tão dispendiosos e morosos como estes;
- A importância de apreciar objectivamente as capacidades e potencialidades do sistema regular da saúde, face a desafios com estas dificuldades e implicações;
- A prudência e o bom senso de caminhar “experimentalmente” neste tipo de situações, ou seja, de começar com uma ou duas experiências simples, com mecanismos de avaliação rigorosos e opções de reconfiguração profunda face aos resultados dessas avaliações.

Pode dizer-se, de uma forma assaz documentada, que quer os governos que tomaram estas iniciativas, quer os agentes económicos que nelas se envolveram nas mais diversas

formas, quer os órgãos do Estado responsáveis por manter a boa ordem na utilização dos recursos públicos, não aderiram aos princípios de boa governação acima mencionados.

Pelo contrário, prevaleceram a proverbial falta de base analítica minimamente aceitável para decisões deste grau de responsabilidades, a substituição de um recomendável consenso social pela “pressa do facto consumado”, processos técnicos de baixa qualidade e uma considerável incerteza em relação ao futuro quanto aos riscos e benefícios destas decisões apressadas.

Uma recente auditoria do Tribunal de Contas reconhece, tardiamente, aquilo que repetidamente tem constado nos Relatórios do OPSS, no decurso dos últimos anos, adoptando essencialmente dois tipos de conclusões:

- Que este modelo foi concebido e implementado imprudentemente em relação ao interesse público.

...“O Estado optou pela implementação de um modelo de parceria complexo e sem paralelo no campo internacional não possuindo no âmbito da Saúde qualquer experiência prévia em PPP; não foi feito uso de um projecto-piloto que possibilitasse testar o modelo, os procedimentos de contratação e a capacidade de gestão do próprio Estado” ...

... “O mau desempenho do Programa PPP é explicado por razões ligadas à complexidade e inovação do modelo utilizado; o modelo PPP/Saúde surgiu num contexto que impossibilitou a recolha de experiências internacionais similares, por inexistentes” ...

... “O aparente facilitismo no desenho de instrumentos contratuais avolumou as fragilidades dos processos levando a que o Estado não tivesse assumido a desejável prudência na utilização deste tipo de contratação”...

- Que os processos de gestão adoptados foram incompetentes.

... “Sete anos depois da criação da estrutura de missão Parcerias Saúde e cinco anos depois de lançado o primeiro concurso, o Programa PPP ainda não tinha dado origem a qualquer processo de contratação completo, o que punha em causa a credibilidade do Projecto” ...

...“O Estado não foi capaz de impor, a si próprio, uma adequada disciplina de gestão dos processos concursais”...

Decorre desta análise ainda uma terceira conclusão:

- Que um número importante de PPP, pelo adiantado dos concursos (não pelos seus méritos) tornaram-se factos consumados de resultados imprevisíveis no futuro.

Não parece ao OPSS que esta última conclusão seja socialmente aceitável.

5. **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. Só um efectivo sentido de co-responsabilização perante estas falhas facilitará a sua superação.

Aspectos complexos de governação de saúde – progressos e limitações que merecem particular atenção

Existe um conjunto de questões de saúde, situadas próximas da intersecção da saúde com o conjunto da sociedade, que são cada vez mais aparentes, cuja gestão é particularmente difícil e em relação às quais os progressos observados, apesar de muitas vezes evidentes, são necessariamente lentos.

Três dimensões, deste conjunto de situações complexas são aqui resumidamente equacionadas:

- As questões associadas ao **envelhecimento da população** portuguesa e à necessidade de cuidados continuados a pessoas socialmente dependentes;
- As situações relacionadas com evolução da **tuberculose pulmonar** e das questões sociais e sanitária que lhe estão associadas.
- A **sustentabilidade política, económica e financeira** dos sistemas de protecção social incluindo o da saúde

1. Envelhecimento, dependência e saúde

O envelhecimento da população portuguesa é um fenómeno com grandes implicações para os sistemas de protecção social, incluindo o da saúde. Um envelhecimento saudável depende de múltiplos factores, tanto pessoais como económicos e sociais.

Em Portugal as respostas sociais aos desafios do envelhecimento têm vindo a melhorar progressivamente. Estão, no entanto, ainda longe de corresponderem razoavelmente às necessidades existentes: os idosos portugueses permanecem como os quartos mais pobres da União Europeia; os lares de idosos são insuficientes e nem sempre com a qualidade desejada; observa-se um preocupante aumento da violência contra os idosos (de 2006 a 2007 verificou-se um aumento de 20,4% do total de pessoas idosas vítimas de crime).

Neste contexto é importante registar os progressos importantes conseguidos através do desenvolvimento da **Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados**. Por exemplo, no ano de 2008 observou-se um crescimento de 132% em relação ao ano anterior quanto ao número de utentes referenciados para a rede, tendo-se registado, nesse mesmo ano, uma contratualização de mais de cerca de 1.000 camas com os sectores público, privado e social.

Aqui, os dois maiores desafios da actualidade parecem ser o grau de integração neste processo dos diversos serviços de saúde e de acção social envolvidos em cuidados continuados e a sustentação do actual modelo de financiamento.

No âmbito do envelhecimento e da prestação de cuidados continuados a pessoas dependentes, a **saúde mental** ocupa um lugar particularmente destacado naquilo que se relaciona com as políticas de desinstitucionalização em curso neste sector durante as últimas décadas – fecho ou redução substancial nos velhos hospitais psiquiátricos. Esta abordagem tem constituído um progresso assinalável na concepção e organização dos cuidados de saúde mental nos nossos dias. No entanto, ela nem sempre tem sido acompanhada por um claro investimento nos recursos necessários para responder de uma forma adequada aos desafios de uma nova saúde mental na comunidade.

2. Tuberculose pulmonar

A incidência desta doença tem vindo a reduzir-se, lenta mas consistentemente, em Portugal – nas últimas duas décadas observou-se um decréscimo médio de 7,2% ao ano.

Em 2007, foram notificados 84 917 casos na União Europeia (27 países, taxa de incidência global notificada de 17 por 10⁵ habitantes); em Portugal, em 2008, ocorreram 2 916 casos novos notificados, correspondentes a uma taxa de incidência notificada de 25,3 por 10⁵ habitantes. Mantêm-se as assimetrias regionais observadas desde o início da década, contribuindo Porto, Lisboa e Setúbal com cerca de 2/3 dos casos nacionais.

Também no ano de 2007, se observou uma taxa de detecção de 91% (estimada pela OMS como uma das melhores da Europa) e um apreciável sucesso terapêutico de 87%. Observa-se também no entanto que a taxa de sucesso terapêutico é, para esse mesmo ano, um pouco inferior para a população imigrante (76%) e bastante inferior para os toxicodependentes e nos infectados por VIH (cerca de 65%) e para as populações sem-abrigo (56%). A taxa de sucesso terapêutico para a população que não pertence a nenhum destes grupos é de 93%.

Estes dados parecem indicar que o desempenho dos serviços de saúde portugueses tem melhorado consistentemente nos últimos anos neste domínio, mas que existe um subgrupo populacional no qual a conjugação de problemas comportamentais e sociais impede uma evolução favorável mais rápida. Este é mais um exemplo da necessidade de uma mais estreita articulação entre a saúde e outros sectores da política social do país.

3. Sustentabilidade política, económica e financeira dos sistemas de protecção social

No que respeita ao **desafio da sustentabilidade do sector da saúde**, apesar das suas diferentes vertentes, tende a ser vista exclusivamente como um problema financeiro, em que o imperativo é o equilíbrio fiscal pelo alinhamento das receitas e despesas. Esta perspectiva singular tem implicações relevantes quando se converte num factor independente dos restantes objectivos do sistema de saúde, como sejam, a promoção da saúde, a justiça financeira e a equidade. Atente-se que, cortes indiscriminados na despesa não podem ser responsáveis pelas ineficiências subjacentes à utilização dos recursos, os quais podem ser explicados, num primeiro momento, pela pressão da contenção de custos ou, ainda, pela redução de tratamento com elevados benefícios face ao rácio de custos. A resposta política não poderá passar obviamente pela redução da cobertura de saúde, mas por considerar qual a melhor forma de maximizar a realização dos objectivos do sistema de saúde sujeitos a uma forte restrição orçamental.

Por outro lado, é necessário assegurar que os cuidados de saúde pagos produzem valor suficiente para justificar um maior investimento neste sector e não em outros, seja ele através de uma maior contribuição de cariz populacional ou pelo estabelecimento de prioridades, para o que se revela necessário considerar o custo de oportunidade dado que nem toda a despesa resulta no mesmo grau de benefício. O investimento deverá corresponder a um valor acrescido que o justifique, avaliação que poderá recorrer a mecanismos como critérios explícitos de custo-efectividade e adoptar uma afectação de recursos mediante o ajustamento pelo risco e pelas necessidades em saúde.

Criar mais valor e fazer mais e melhor com os recursos consagrados para o sector da saúde deveria ser a primeira escolha do Governo, dado que essa tarefa envolve identificar e lidar com as ineficiências, permitindo diminuir a pressão causada pela existência de um orçamento público limitado e, ao mesmo tempo, melhorar o desempenho do sistema de saúde. Neste contexto, não podemos nem devemos ignorar que parte da "solução", deve ser o próprio reconhecimento da dimensão subjacente às opções políticas que, para todos os efeitos, determinam a prioridade do sector da saúde face aos restantes, assim como o valor do orçamento a afectar.

Para se concretizar o direito ao mais elevado nível alcançável de saúde e o objectivo de maximização dos princípios da equidade e da solidariedade social, a organização e funcionamento dos sistemas de saúde devem ser abordados numa perspectiva global, devendo a sua acção ser transversalmente orientada pelos princípios da adequação das

respostas às necessidades da população, da qualidade dos cuidados, da justiça social, da sustentabilidade do sistema, da responsabilização, da participação e da intersectorialidade.

4. As questões acima abordadas ilustram bem a complexidade do sistema de saúde e a necessidade de desenvolver modelos de governação que correspondam a essa complexidade. Progressos neste domínio requerem actualmente dois tipos de desenvolvimentos ainda por fazer:
 - **Um maior envolvimento do cidadão no seu sistema de saúde** através de um mais elevado grau de literacia em saúde e de uma maior apropriação da informação de saúde para esse efeito. As modernas tecnologias da informação e da comunicação permitem importantes progressos nesta matéria, ainda por aproveitar.
 - **Estratégias de saúde mais próximas das realidades locais**, com um forte componente de gestão intersectorial (horizontalmente aos vários sectores sociais e económicos que influencia bem a saúde). A divisão artificial da Saúde Pública em dois pólos (o Alto Comissariado da Saúde e a Direcção-Geral da Saúde), potencialmente conflituais, tira coerência às estratégias de saúde e dificulta a realização dos objectivos acima referidos.

Progressos na governação da saúde

No decurso dos últimos anos é possível identificar um conjunto de situações que assinalam importantes progressos na governação da saúde. O OPSS seleccionou quatro situações que ilustram esse tipo de evolução positiva:

- Progressos na promoção e protecção da saúde, particularmente naquilo que diz respeito à adopção e implementação da "lei do tabaco";
 - A evolução observada nas "listas de espera cirúrgicas"
 - Revitalização dos processos de contratualização
 - A reforma dos serviços de saúde, particularmente naquilo que diz respeito aos cuidados de saúde primários
1. A "**lei do tabaco**", que entrou em vigor em Janeiro de 2008, foi, de uma forma geral, bem aceite pelos portugueses. A aprovação e implementação da lei do tabaco ilustra o princípio de que a adopção de normas de conduta associadas à protecção de saúde requer o diagnóstico certo sobre "amadurecimento" das percepções sociais sobre a necessidade de actuar face um problema de saúde pública reconhecidamente importante.

Para este acerto no "diagnóstico" e em parte na "terapêutica" contribui seguramente o amplo dispositivo de consulta activado pelo Ministério da Saúde na preparação deste processo legislativo.

Um estudo da DGS divulgado em 2009 mostra que, entre a população fumadora, observou-se que, no curto espaço de aproximadamente um ano, 5% dos fumadores declarou ter deixado de fumar, enquanto que 22% dos inquiridos admitiu ter diminuído o consumo de tabaco.

Há, no entanto, que apontar o facto da resposta dos serviços de saúde de apoio à cessação tabágica não ter acompanhado convenientemente as novas necessidades deste tipo de cuidados, induzidas pela entrada em vigor desta legislação.

2. Listas de Espera cirúrgicas

No **acesso aos cuidados de saúde** há a registar, no decurso dos últimos anos, progressos importantes na gestão da espera para cirurgias hospitalares. Agora é necessário que esta evolução positiva se estenda a outros aspectos do acesso aos cuidados de saúde, tratados como um todo. Para isso muito pode contribuir a aplicação universal da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS, aprovada pelo Parlamento já há algum tempo.

A resposta programada e organizada às listas de espera cirúrgica iniciou-se em 1994 abrangendo actualmente a totalidade das patologias.

Tomando 2002 como ano de avaliação de referência, ano em que o programa de recuperação de listas de espera passou a abranger todas as patologias, em sete anos a espera média para a realização de uma cirurgia não programada passou de 571 dias para 152 dias, correspondente a um ganho anual médio de cerca de 60 dias/cirurgia.

No entanto, através dos dados proporcionados pelo Ministério da Saúde, é possível observar que se mantém ainda um tempo de espera excessivo para as doenças neoplásicas malignas com indicação cirúrgica. Comparativamente com os 14 dias de espera recomendados pela *Canadian Society Surgery of Oncology*, os tempos de espera ainda praticados exigem uma considerável melhoria na gestão de todo o processo, principalmente na ordenação das respostas.

O OPSS, ao longo de quase uma década, naquilo que respeita às esperas cirúrgicas, tem insistido, com alguns resultados, em dois pontos essenciais:

- A importância de uma grande transparência informativa, proporcionando-se a todos os interessados fácil acesso à informação sobre esperas cirúrgicas por patologia e hospital (acompanhada pelas necessárias auditorias aos sistemas de informação que asseguram a qualidade da informação disponibilizada)
- A necessidade do sistema político não utilizar imprudentemente as esperas cirúrgicas como armas de confronto político. Depois de um período particularmente infeliz nesta matéria parece que a lição da experiência foi finalmente apreendida.

3. Revitalização dos processos de contratualização

A contratualização é um elemento de suma importância para a regulação dos sistemas de saúde e um dos seus principais instrumentos de responsabilização e desenvolvimento. Com efeito, os dispositivos de contratualização têm vindo a assumir um papel determinante enquanto ferramentas que permitem uma afectação de recursos financeiros mais eficiente, promovendo, simultaneamente, a adopção de boas práticas ao nível económico-financeiro e clínico e resultando num conjunto de outros esforços estratégicos para melhorar a saúde da população.

Na relação com a comunidade, este processo revela-se crucial na medida em que permite uma melhor representação e uma defesa mais explícita dos interesses dos indivíduos e da sociedade em geral, contribuindo decisivamente para uma boa governação da saúde.

Este processo, iniciado em 1996 no nosso país, tem vindo a ser repetidamente referido em todos os Relatórios Primavera não só pela relevância que detém, mas também pelas descontinuidades de que tem sido alvo, designadamente aquelas que se prendem com a mudança de titularidade das "pastas" na saúde.

A contratualização, tal como o relatório a perspectiva, apresenta um maior desenvolvimento no sector público, onde já ocorreram importantes avanços no modelo de acompanhamento e monitorização para os hospitais, ao contrário daquilo que sucede ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, apesar de ainda não encontrarmos, em qualquer uma das dimensões, sistemas de informação rigorosos - requer a necessária garantia de interoperabilidade.

Por outro lado, como forma de contribuir para a garantia de sustentabilidade do sistema e para uma mais efectiva regulação em saúde, parece-nos defensável e até exigível que o processo de contratualização seja replicado aos sectores privado e social, considerando-se as especificidades próprias destas realidades, e às instituições de saúde de uma forma generalizada, permitindo-se assim obter benefícios resultantes de uma visão mais integrada do sistema e de centralidade no cidadão.

Embora ainda lhe falte uma componente importante que se prende com o investimento nos resultados em saúde (outcomes) e, consequentemente, a explicitação da criação de valor para os cidadãos, o desenvolvimento e a implementação da contratualização, embora pautada por uma evolução lenta, tem permitido incorporar uma nova perspectiva de gestão em saúde que visa promover a qualidade e a eficiência dos cuidados, contribuindo, ainda, de forma decisiva para um maior rigor, transparência e responsabilização do sistema.

4. Reforma dos cuidados de saúde primários

A reforma dos cuidados de saúde primários constitui uma necessidade de primeira ordem para a melhoria do sistema de saúde português.

Após um período inicial em que se ensaiaram importantes inovações organizacionais e em que se assistiu a um conjunto de desenvolvimentos instrumentais significativos (regímen remuneratório experimental, contratualização, entre outros), estas reformas foram inexplicavelmente interrompidas entre 2000 e 2005.

A partir de 2005, através de um grande empenho por parte do Ministério da Saúde e da constituição de uma Missão para os Cuidados de Saúde Primários particularmente activa, foi possível lançar com assinalável dinamismo as Unidades de Saúde Familiar e estabelecer os fundamentos para um novo modelo organizacional para o conjunto dos cuidados de saúde primários – os Agrupamentos de Centros de Saúde.

Sobre esta reforma e utilizando como referência o Relatório do Grupo Consultivo para os Cuidados de Saúde Primários – “Acontecimento Extraordinário” – de Fevereiro de 2009, pode dizer-se o seguinte

- Mais de 3.000 profissionais de saúde, correspondendo às 170 unidades de saúde familiar hoje em actividade (com mais de 2 milhões de utentes potenciais) estão a criar no terreno verdadeiros serviços de saúde de proximidade com qualidade” modificando a forma como se relacionam:
 - com o cidadão (facilitando drasticamente o acesso)
 - os profissionais uns com os outros (formando pequenas equipas coesas, solidárias, intersubstituindo-se para não deixar de atender quem os procura)
 - com a administração (autonomia com responsabilidade através de um processo de contratualização do desempenho)”
- Esta reforma, feita essencialmente de “baixo para cima” através de um processo de “descongelamento periférico”, representa uma alteração profunda na organização dos

serviços de saúde, constituindo um exemplo de inovações desejáveis no conjunto da administração pública portuguesa. É desejável que as principais características deste modelo se difundam o mais rapidamente possível ao conjunto dos serviços de saúde portugueses.

- Está actualmente em curso no país “um verdadeiro “laboratório vivo” para o “sistema ciência”, a administração pública, a promoção da inovação, o plano tecnológico, a articulação da saúde com os poderes autárquicos, o ensino/aprendizagem”.

Estas apreciações foram em grande medida confirmadas pela apresentação dos resultados do estudo da satisfação dos profissionais e utentes das unidades familiares (Junho de 2009).

De facto estes estudos, realizado pelo CEISUC, sob encomenda da Unidade de Missão para os cuidados de saúde primários, envolvendo 12.713 utilizadores e 2.398 profissionais das primeiras 146 USF criadas, para além das de respostas excepcionalmente elevadas (respectivamente 76% e 85%) que foi possível obter, mostram resultados muito animadores.

Para os utilizadores das USF observam-se taxas de satisfação de 76,5% para a relação que estabelecem com médicos e enfermeiros, de 74,5% para os cuidados médicos aí prestados, de 69,2% para a organização dos serviços.

No que diz respeito aos profissionais as taxas de satisfação foram de 77,6% para a qualidade dos cuidados prestados nas USF, de 72,2% para a qualidade da USF como local de trabalho, de 81,1% para o desempenho destas unidades na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Os níveis de satisfação mais baixos observados dizem respeito aos vencimentos auferidos (48,6%) e às instalações e equipamentos (61,4%).

Actualmente, existem justificadas preocupações com a implementação dos 74 Agrupamentos de Centros de Saúde. A formação dos seus directores executivos parece não ter correspondido às expectativas, os processos de preparação e o desenvolvimento organizacional destes agrupamentos e das novas unidades que os constituem passam por algumas dificuldades e atrasos, os progressos nos sistemas de informação que alimentam a nova gestão dos cuidados de saúde primários nem sempre tem acompanhado a evolução da reforma.

A coexistência no terreno de USF e de “unidades tradicionais” cria hoje importantes desigualdades de acesso a cuidados de saúde primários de qualidade no país. Apesar desta situação ser inevitável num processo de transformação genuína dos serviços de saúde como é este, torna-se no entanto necessário estabelecer explicitamente um prazo razoável para completar esta transformação para o conjunto da população portuguesa.

CAPÍTULO OITO

Referências bibliográficas / base de evidência

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA / BASE DE EVIDÊNCIA

AFONSO, P. - A Contratualização e o Valor em Saúde, in Saúde em Rede, 2009.

ALMEIDA, J. M. B. Caldas de - Maior parte dos serviços locais de que necessitamos já existe. [Em linha]. Tempo Medicina. (27 Outubro 2008). 6. [Consult. 12-03-2009]. Disponível em <http://www.tempomedicina.com/Arquiv.aspx?Search=necessitamos>.

BESCOS, Cristina, et al. - Towards interoperable ehealth for Europe. Noordwijk, The Netherlands: ESA Publications Division. ESTEC – European Space Agency, 2005.

BOYLE, Seán - The health system in England. Eurohealth. 14: 1 (2008) 1-2.

BUSSE, Reinhard - The health system in Germany. Eurohealth. 14: 1 (2008) 5-6.

CABRAL, Manuel Villaverde, ALCÂNTARA, Pedro da Silva, MENDES, Hugo - Saúde e Doença em Portugal, Lisboa: ICS, 2002.

CANHOTA, Carlos M.N., MENDES, Manuel S.T. - Padrão de prescrição de antibacterianos sistémicos nos centros de saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático, 2, 2001.

CARS O, MÖLSTAD S, MELANDER A. - Variation in antibiotic use in the European Union. Lancet. 2001 Jun 9; 357(9271): 1851-3.

CASTELLS, Manuel - The information age: economy, society and culture. Vol. I. The Rise of the Network Society. Chichester, UK: Blackwell Publishers, 1996. 65.

CASTELLS, Manuel - The network society: from knowledge to policy. In Castells, Manuel; Cardoso, Gustavo, ed. lit. - The network society: from knowledge to policy. Washington, DC: Johns Hopkins Center for Transatlantic Relations, 2005.

Community Toolbox – A Framework for Program Evaluation: a Gateway to Tools. Disponível em http://ctb.ku.edu/tools/en/section_1338.htm, em Agosto 2007.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL (ECDC) - Eurosurveillance publishes new EU-wide data on tuberculosis. [Em linha]. Eurosurveillance Press Release. (19 March 2009). [Consult. 22-04-2009]. Disponível em <http://www.eurosurveillance.org/public/pressreleases/viewpressrelease.aspx?pressreleaseid=13>.

FERREIRA P.L., RAPOSO V., GODINHO P. - A voz dos utilizadores dos centros de saúde. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, 2005.

FIGUERAS, J.; ROBINSON, R.; JACUBOWSKI, E. - European observatory of health systems: purchasing to improve health systems performance. [New York] : McGraw-Hill International, 2005

FRIEDEN, T – Can tuberculosis be controlled? International Journal of Epidemiology; 31 (2002) 894-899.

FRIIS, R., Sellers, T: Epidemiology for Public Health Practice. Massachusetts, Jones and Bartlett Pubs., 2004.

GOOSSENS, Herman, FERRECH, Matus, STICHELE, Robert Vander, ELSEVIERS, Monique - Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. Lancet 2005 Feb 12; 365(9459): 579-87.

GOUVEIA, M. - Carga e custos da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Lisboa: INFARMED, 2008. (Portugal sem Fumo).

GOUVEIA, M., CARNEIRO, A. V. et. al - "Estudo Comparativo da Carga e dos Custos do Alcoolismo e Tabagismo", 2008. (Portugal sem Fumo).

GOUVEIA, M., CARNEIRO, A. V. et. al - Custos das Patologias Associadas ao Tabaco"; 2007. (Portugal sem Fumo).

GRAY, K., GHOSH, D. – An empirical analysis of the purchaser-provider relationship in the NHS internal market. *Journal of management in medicine*. 14:1 (2000)

GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (GCR CSP) - Acontecimento extraordinário, Fevereiro de 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) - Crossing the Quality Chasm - A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: Committee on Quality of Health Care in America. National Academic Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) - Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality. Washington, D.C.: Committee on Quality of Health Care in America. National Academic Press, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM) - To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: Committee on Quality of Health Care in America. National Academic Press, 1999.

ISO - ISO/IEC 2382-01 - Information technology vocabulary: fundamental terms. Geneva: International Organization for Standardization, 2003.

JUSTO, C. - *Acesso aos cuidados de saúde. Porque esperamos?* Editora Campo da Comunicação, Coleção Saúde, 2004.

KLAZINGA, Niek - The health system in the Netherlands. *Eurohealth*. 14: 1 (2008) 8-10.

KUTZIN, P. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements *Health Policy* 56 (2001) 171–204

LOEVINSHON, B. HARDING, A. - Contracting for the delivery of community health services: a review of global experience. Washington, DC: The World Bank, 2004. (NHP Discussion Paper).

MARKLE FOUNDATION. Working Group on Policies for Electronic Information Sharing between Doctors and Patients. Connecting Americans to their healthcare: final report. New York: The Markle Foundation, 2004.

MCCAMPBELL, A. S.; CALRE, L. M.; GITTERS, S. H. – Knowledge management: the new challenge of the 21st century. *Journal of Knowledge Management*. 3 (1999) 172-179.

MINIWATTS MARKETING GROUP - Internet World Stats: Internet usage statistics: the internet big picture: world internet users and population stat]. Bogota, Colômbia: Miniwatts Marketing Group, 2009.

MITTON, C, DONALDSON C., - Health care priority setting: principles, practice and challenges. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2:3 (2004)

MORATO, M. - Saúde mental recebe injeção de 5 milhões de euros. [Em linha]. *Tempo Medicina*. (9 de Fevereiro 2009).

MOSCOVICI, Serge (1961). *La psychanalyse, son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France.

NUNES, C. et al. - A dimensão espaço-temporal em saúde pública: da descrição clássica à análise de clustering. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 26: 1 (Janeiro/Junho) 5-14.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Conhecer os caminhos da saúde: relatório da Primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 2001.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Incertezas: gestão da mudança na saúde: relatório da Primavera. Coimbra: Mar da Palavra, 2004.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Luzes e sombras: relatório da Primavera. Coimbra: Mar da Palavra, 2007.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Novo serviço público de saúde: novos desafios: relatório da Primavera. Coimbra: Mar da Palavra, 2005.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – O estado da saúde e a

saúde do estado: relatório da Primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 2002.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Saúde, que rupturas? relatório da Primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 2003.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Sistema de saúde português: riscos e incertezas: relatório da Primavera. Coimbra: Mar da Palavra, 2008.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Um ano de governação em saúde: sentidos e significados: relatório da Primavera. Coimbra: Mar da Palavra, 2006.

OECD - ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Frequently requested data. [Em linha]. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development, June 2008. [Consult. 1-08-2008]. Disponível em http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html.

OECD - Performance contracting: lessons from performance contracting case studies: a framework for public sector performance contracting. Paris: OCDE, 1999. (Puma/PAC ; (99)2

OLIVEIRA, A. - CHPC preparado para novos desafios. [Em linha]. Tempo Medicina. (21 de Dezembro 2008) [Consult. 13-03-2009]. Disponível em <http://www.tempomedicina.com/Arquiv.aspx?Search=CHPC+preparado>.

O'REILLY, Tim - What is Web 2.0: design patterns and business models for the next generation of software. Sebastopol, CA: O'Reilly Publishing, 2005.

PERROT, J. - Different approaches to contracting in health systems. Bulletin of the World Health Organization. 84: 11 (November 2006) 859-866.

PERROT, J. - The role of contracting in improving health systems performance. Geneva: Department of Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation. Geneva: World Health Organization, 2004. (FER/EIP Discussion Paper; 1).

PORTER M.E., TEISBERG E.O. - Redefining Health Care. Boston, Mass: Harvard Business School Press; 2006.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO PARA A SAÚDE – Envelhecimento e saúde em Portugal: PNS em foco. [Em linha]. Boletim Informativo. 2 (Setembro 2008). [Consult. 19-04-2009]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/393AAA64-4BF9-48BD-9DF6-7719BFB5142B/0/pnsemfoco2.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO PARA A SAÚDE - Indicadores e metas do PNS. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado para a Saúde, 2009. [Consult. 19-04-2009]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - O Hospital Português. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1998.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT): ponto da situação epidemiológica e de desempenho: ano 2002. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2002.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional de Controlo da Tuberculose: situação epidemiológica e resultados em Dezembro de 2008. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Março de 2009a.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – Tuberculose: ponto da situação em Portugal: dados preliminares em Março de 2007. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. "Impacte da Lei de Prevenção do Tabagismo na População de Portugal Continental", DGS, 2009.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSA - Inquérito Nacional de Saúde 2005. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2006.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - O que é a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados?. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2008.

PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria à situação financeira do Serviço Nacional de Saúde. Processo n.º 06/02-Audit. Relatório nº 10/03-2ª Secção. Lisboa: Tribunal de Contas, 2003.

PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde. Primeira Vaga de Hospitais. Relatório n.º 15/2009 AUDIT. Lisboa: Tribunal de Contas, 2009.

PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS - Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC. Relatório nº. 15/2005. Lisboa: Tribunal de Contas, 2003.

PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS - Relatório de Auditoria n.º 06/08/2ª Secção. Lisboa: Tribunal de Contas, 2008.

PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS - Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do Sector Empresarial do Estado. Período 2001 a 2004. Relatório n.º 20/06. Lisboa: Tribunal de Contas, 2006.

PORTUGAL. TRIBUNAL DE CONTAS - Sector Empresarial do Estado – Situação financeira e práticas de bom governo. Relatório n.º 01/04 – 2ª Secção. Lisboa: Tribunal de Contas, 2004.

POSTON, J. A. – A plan with a purpose: health-care reform in the United Kingdom. CPJ/RPC July/august 2002.

PREKER, A.; HARDING, A.; TRAVIS, P. – “Make or buy” decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory. Bulletin of the World Health Organization. 78: 6 (2000) 779-790.

REIS, V. - Que futuro para o serviço nacional de saúde. Revista Ordem dos Farmacêuticos. 81 (Janeiro/Fevereiro 2008) 51-54

RUTMAN, L. – Planning an evaluation study, in Evaluation research methods: a basic guide. Ed. Rutman, L., California, Sage Pub., 1977, p. 13-38.

SALTMAN, R., MOSSIALOS, E., ed. lit. - Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems. Buckingham, UK: Open University Press, 2002. 3-52

SAVAS, S., et al. - Contracting models and provider competition. In Saltman, R.; Figueras, J.; Sakelariades, C. - Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998

SENA, C.; FERRINHO, P.; MIGUEL, J. PEREIRA - Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 24: 1 (Janeiro/Junho 2006) 5-19.

SIMÕES, Jorge, BARROS, Pedro Pita, PEREIRA João - A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, 2007.

THE HENRY J. KAISER FAMILY FOUNDATION - Kaiser health tracking poll: election 2008: August 2008 tracking poll. [Em linha]. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Family Foundation. [Consult. 2- 09-2008]. Disponível em <http://www.kff.org/kaiserpolls/elections2008.cfm>.

THOMPSON et al.- Addressing financial sustainability in health systems. WHO 2009

THOMSON,S., FOUBISTER, T, MOSSIALOS E. - Health care financing in the context of social security, Report prepared for DG Internal Policies of the Union. Brussels: European Parliament

(2008).

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (USDHHS). Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

UNITED NATIONS (UN) - Unlocking Human Potential for Public Sector Performance. UN World Public Sector Report, 2005.

VASSAL, R. - É fácil fechar, difícil é criar serviços. [Em linha]. Tempo Medicina. (29 de Dezembro 2008). [Consult. 13-03-2009]. Disponível em <http://www.tempomedicina.com/Arquiv.aspx?Search=%c3%89+f%c3%a1cil+fechar>.

VASSAL, R. - Poucos psiquiatras e pouco dinheiro. [Em linha]. Tempo Medicina. (2 de Fevereiro 2009). [Consult. 13-03-2009]. Disponível em <http://www.tempomedicina.com/Arquiv.aspx?Search=Poucos+psiquiatras>.

VÉZINA, M.; DENIS, J.; TURGEON J. - La contractualisation: un outil de gestion stratégique pertinent au palier local? Getos. 3: 2 (2006)1-7

WACHTER, Robert M. - Understanding Patient Safety. New York: McGrawHill, 2008.

WHO - Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva, Switzerland: WHO, 2007.

WHO – Global tuberculosis control 2009: epidemiology, strategy, financing. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2009. [Consult. 19-04-2009]. Disponível em http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

WHO - International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-9. Geneva: World Health Organization, 1996.

WHO – World Health Report. Geneva: World Health Organization, 2000.

WHO, Department of health systems financing, health financing policy – Technical briefs for policy-makers: Application of contracting in developed countries. 3 (2005).

www.portugalsemfumo.org.pt.

ANEXOS

ANEXO I - ALGUNS DADOS SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

Em 2009, o OPSS actualiza os quadros resumo dos principais indicadores globais da saúde, apresentadas no ano passado. Para isso baseou-se do documento *World Health Statistics 2009* editado pela OMS, incluindo os progressos alcançados nos 193 estados-membro.

Os primeiros indicadores são os resultantes da esperança de vida geral à nascença (cf. quadro 14) e das taxas de mortalidade, incluindo as taxas de mortalidade infantil no primeiro ano de vida por mil nados-vivos (quadro 15), a taxa de mortalidade adulta, i.e., a probabilidade de morrer entre os 15 e os 60 anos por mil habitantes (quadro 16).

Em relação à esperança de vida à nascença (i.e., número de anos que, em média, um indivíduo tem probabilidade de viver), assiste-se a uma manutenção (comparada com 2006) dos valores para Portugal, aliás acompanhada pela maior parte dos restantes países.

Quadro 14 – Esperança de vida à nascença (anos)

Estado-Membro	Homens			Mulheres			Total		
	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
Alemanha	72	75	77	78	81	82	75	78	80
Áustria	72	75	77	79	81	83	76	78	80
Bélgica	73	75	77	79	81	82	76	78	80
Bulgária	68	68	69	75	75	76	71	72	73
Chipre	74	75	78	78	79	82	76	77	80
Dinamarca	72	75	76	78	79	81	75	77	78
Eslováquia	67	69	71	76	77	78	71	73	75
Eslovénia	70	72	75	78	80	81	74	76	78
Espanha	73	76	78	80	83	84	77	79	81
Estónia	65	65	67	75	76	79	70	71	73
Finlândia	71	74	76	79	81	83	75	78	75
França	73	75	77	81	83	84	77	79	76
Grécia	75	76	77	79	81	82	77	78	80
Hungria	65	68	69	74	76	78	69	72	73
Irlanda	72	74	77	78	79	82	75	76	80
Itália	74	76	79	80	82	84	77	79	82
Letónia	64	65	66	75	76	76	70	71	71
Lituânia	66	67	65	76	77	77	71	72	71
Luxemburgo	72	75	77	79	81	83	75	78	80
Malta	72	76	78	78	80	82	76	78	80
Países Baixos	74	76	78	80	81	82	77	78	80
Polónia	67	70	71	75	78	80	71	74	75
Portugal	71	73	76	77	80	82	74	77	79
Reino Unido	73	75	77	78	80	82	76	78	80
República Checa	68	72	74	75	79	80	71	75	77
Roménia	67	68	70	73	75	77	70	71	73
Suécia	68	77	79	72	82	83	70	80	81

Em Portugal, a taxa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida situa-se em 2007 no mesmo valor de 3‰ que obteve em 2006. Este valor é semelhante ao obtido por Chipre, Eslovénia, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Luxemburgo e República Checa.

Quadro 15 –Taxa de mortalidade infantil

Estado-Membro	Homens			Mulheres			Total		
	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
Alemanha	8	5	4	6	4	3	7	4	4
Áustria	9	5	4	7	4	3	8	5	4
Bélgica	9	5	4	7	4	3	8	5	4
Bulgária	16	15	10	12	12	10	14	14	10
Chipre	12	5	3	10	5	3	11	5	3
Dinamarca	9	6	5	6	4	3	7	5	4
Eslováquia	14	10	7	10	7	6	12	8	6
Eslovénia	10	6	3	7	4	4	8	5	3
Espanha	8	5	4	7	4	3	7	4	4
Estónia	14	10	5	10	7	5	12	9	5
Finlândia	6	4	3	6	3	2	6	4	3
França	8	5	4	6	4	3	7	4	3
Grécia	10	7	4	9	5	3	9	6	4
Hungria	17	10	6	13	9	5	15	9	6
Irlanda	9	7	4	8	5	3	8	6	3
Itália	9	5	4	7	4	3	8	5	3
Letónia	16	12	8	11	9	9	14	11	9
Lituânia	11	8	6	4	9	6	10	8	6
Luxemburgo	9	4	3	4	4	3	8	4	3
Malta	12	7	6	4	5	5	10	6	5
Países Baixos	8	6	5	10	5	3	7	5	4
Polónia	11	9	7	4	7	6	16	8	6
Portugal	13	7	3	4	5	3	11	6	3
Reino Unido	9	6	5	7	5	4	8	6	5
República Checa	13	5	4	3	4	3	11	4	3
Roménia	26	21	13	4	17	10	23	19	12
Suécia	7	4	3	5	3	2	6	3	2

Da análise do quadro 16, podemos concluir que a taxa de mortalidade adulta, depois de decrescer entre 1900 e 2006, manteve-se no valor 93, ainda longe dos valores para alguns outros países.

Quadro 16 –Taxa de mortalidade adulta

Estado-Membro	Homens			Mulheres			Total		
	1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
Alemanha	157	124	104	77	63	55	118	94	80
Áustria	153	126	104	74	63	52	114	95	78
Bélgica	139	130	111	75	68	61	107	100	86
Bulgária	216	222	217	97	97	91	158	160	155
Chipre	110	107	83	61	56	44	86	82	63
Dinamarca	152	122	116	99	77	70	126	100	93
Eslováquia	269	215	191	103	79	74	187	147	133
Eslovénia	207	167	141	81	72	59	145	121	102
Espanha	146	122	105	60	49	43	103	86	74
Estónia	301	318	283	107	120	92	204	218	186
Finlândia	183	143	133	70	63	57	128	104	96
França	162	138	122	67	61	56	115	100	89
Grécia	117	116	111	56	48	46	86	82	79
Hungria	304	271	245	133	114	103	219	193	174
Irlanda	133	120	94	81	70	54	108	96	75
Itália	129	101	82	60	51	43	95	76	62
Letónia	311	320	312	118	117	115	215	218	213
Lituânia	287	293	344	107	103	115	196	197	231
Luxemburgo	160	121	106	79	67	54	121	95	81
Malta	107	90	75	62	54	47	84	72	61
Países Baixos	116	100	78	67	67	57	92	84	68
Polónia	263	216	209	102	86	79	184	152	145
Portugal	176	155	132	80	66	54	127	111	93
Reino Unido	129	108	98	78	67	60	104	88	79
República Checa	230	172	146	95	76	65	163	124	106
Roménia	239	237	215	114	106	92	177	173	154
Suécia	137	87	78	72	56	48	105	72	63

Relativamente aos dados da taxa de mortalidade materna por mil nados-vivos, o OPSS decidiu não incluir neste Relatório o quadro correspondente, uma vez que a informação publicada pela OMS em 2009 é ainda respeitante a 2005, valores já apresentados por nós no RP 2008.

Já em relação aos dados sobre os recursos humanos disponíveis para o sistema de saúde português não se assiste a uma grande alteração em relação ao apresentado no último Relatório. De 2000 a 2007, a densidade por dez mil habitantes de médicos não se alterou e a dos enfermeiros e parteiras teve apenas um ligeiro aumento. O rácio enfermeiros/médicos mantem-se muito baixo quando comparado com o de outros países⁵⁹.

Quadro 17 – Recursos humanos na saúde – médicos e enfermeiros e parteiras

Estado-Membro	Médicos		Enfermeiros e Parteiras	
	N.º	Densidade (por 10 000 habitantes)	N.º	Densidade (por 10 000 habitantes)
	2000-2007		2000-2007	
Alemanha	284 427	34	662 000	80
Áustria	30 068	37	53 782	66
Bélgica	44 124	42	146 846	142
Bulgária	28 111	37	35 028	46
Chipre	1 950	23	3 361	40
Dinamarca	19 287	36	54 073	101
Eslováquia	16 868	31	35 757	66
Eslovénia	4 723	24	15 057	80
Espanha	135 300	33	322 600	76
Estónia	4 414	33	9 247	70
Finlândia	17 357	33	46 930	89
França	207 277	34	486 006	80
Grécia	55 556	50	40 000	36
Hungria	30 575	30	92 171	92
Irlanda	12 394	29	65 415	195
Itália	215 000	37	403 000	72
Letónia	7 200	31	12 840	56
Lituânia	13 510	40	26 140	77
Luxemburgo	1 255	27	4 418	96
Malta	1 564	39	2 411	60
Países Baixos	60 519	37	2 197	146
Polónia	76 046	20	199 622	52
Portugal	36 138	34	48 155	46
Reino Unido	126 126	23	740 731	128
República Checa	36 595	36	91 120	89
Roménia	41 455	19	90 698	42
Suécia	29 190	33	97 005	109

⁵⁹ No entanto, consideramos que o número de enfermeiros apresentado para os Países Baixos está demasiado baixo, sendo provavelmente resultante de um erro tipográfico.

O quadro 18 apresenta o número e a densidade de odontologistas e outros prestadores de cuidados de saúde. Comparando com as estatísticas apresentadas no último Relatório de Primavera, constata-se o desaparecimento da coluna “farmacêuticos”, criando assim alguma dificuldade de comparação dos valores.

Quadro 18 – Recursos humanos na saúde – odontologistas e outros prestadores

Estado-Membro	Odontologistas		Outros prestadores de cuidados de saúde	
	N.º	Densidade (por 10 000 habitantes)	N.º	Densidade (por 10 000 habitantes)
	2000-2007		2000-2007	
Alemanha	65 683	8	46 953	6
Áustria	4 467	5	5 076	6
Bélgica	8 305	8	11 775	11
Bulgária	6 512	9	1 020	1
Chipre	715	9	160	2
Dinamarca	4 530	8	3 564	7
Eslováquia	2 441	5	2 637	5
Eslovénia	1 198	6	905	5
Espanha	23 300	5	39 900	9
Estónia	1 175	9	6 823	52
Finlândia	4 490	9	35 150	68
França	41 374	7	69 431	11
Grécia	13 438	12	8 977	8
Hungria	4 997	5	5 364	5
Irlanda	2 414	6	3 565	9
Itália	37 000	6	44 000	8
Letónia	1 561	7
Lituânia	2 249	7	2 184	6
Luxemburgo	343	8	401	9
Malta	190	5	790	20
Países Baixos	7 994	5	2 842	2
Polónia	11 881	3	21 971	6
Portugal	6 149	6	10 320	10
Reino Unido	25 914	10	1 205 694	208
República Checa	6 933	7	5 842	6
Roménia	4 360	2	73 482	34
Suécia	7 270	8	5 885	7

De qualquer modo, parece não ter havido qualquer alteração significativa em relação ao ano anterior.

A análise do quadro 19 permite-nos concluir que, relativamente às estatísticas apresentadas no ano transacto, há uma ligeira redução do número de camas de hospital por dez mil habitantes.

Quadro 19 – Rácio enfermeiros e parteiras/médicos e camas de hospital

Estado-Membro	Rácio Enfermeiros e Parteiras/Médicos	Camas de Hospital (por 10 000 habitantes)
	2000-2006	2000-2008
Alemanha	1.8	83
Áustria	3.4	76
Bélgica	18.3	53
Bulgária	0.1	64
Chipre	2.8	37
Dinamarca	2.1	38
Eslováquia	3.3	68
Eslovénia	2.3	48
Espanha	2.1	34
Estónia	2.7	57
Finlândia	2.3	68
França	0.7	73
Grécia	3.0	48
Hungria	6.6	71
Irlanda	2.0	...
Itália	1.8	39
Letónia	1.9	75
Lituânia	3.5	81
Luxemburgo	1.5	63
Malta	3.9	76
Países Baixos	2.6	48
Polónia	1.4	52
Portugal	5.5	35
Reino Unido	2.5	39
República Checa	2.2	82
Roménia	3.3	65
Suécia	2.7	...

Relativamente à despesa privada em saúde (Quadro 20), verifica-se uma ligeira subida (de 27,7% em 2005 para 29,5% em 2006), acompanhada de uma ligeira descida da despesa *out-of-pocket* (79,8 em 2005 para 77,3% em 2006), ambas medidas em percentagem da despesa total em saúde

Quadro 20 – Rácios de despesas em saúde

Estado-Membro	Despesa total em saúde medida em % do PIB		Despesa pública em saúde medida em % da despesa total em saúde		Despesa privada em saúde medida em % da despesa total em saúde	
	2000	2006	2000	2006	2000	2006
Alemanha	10.3	10.6	79.7	76.9	20.3	23.1
Áustria	9.9	10.2	76.8	75.9	23.2	24.1
Bélgica	9.1	9.9	71.8	72.5	28.2	27.5
Bulgária	6.2	7.2	58.7	56.7	41.3	43.0
Chipre	5.7	6.2	41.6	44.8	58.4	55.2
Dinamarca	8.3	10.8	82.4	85.9	17.6	14.1
Eslováquia	5.5	7.1	89.4	70.6	10.6	29.4
Eslovénia	8.4	8.4	74.0	72.2	26.0	27.8
Espanha	7.2	8.4	71.6	71.2	28.4	28.8
Estónia	5.3	5.2	77.5	73.3	22.5	26.7
Finlândia	7.0	8.2	73.4	76.0	26.6	24.0
França	10.1	11.0	79.4	79.7	20.6	20.3
Grécia	7.9	9.5	60.0	62.0	40.0	38.0
Hungria	6.9	8.3	70.7	70.9	29.3	29.1
Irlanda	6.3	7.5	73.5	78.3	26.5	21.7
Itália	8.1	9.0	72.5	77.2	27.5	22.8
Letónia	6.0	6.6	54.4	59.2	45.6	40.8
Lituânia	6.5	6.2	69.7	70.0	30.3	30.0
Luxemburgo	5.8	7.3	89.3	90.9	10.7	9.1
Malta	6.8	8.4	72.5	77.0	27.5	23.0
Países Baixos	8.0	9.4	63.1	80.0	36.9	20.0
Polónia	5.5	6.2	70.0	70.0	30.0	30.0
Portugal	8.8	10.2	72.5	70.5	27.5	29.5
Reino Unido	7.1	8.2	80.9	87.3	19.1	12.7
República Checa	6.5	6.9	90.3	88.0	9.7	12.0
Roménia	5.3	4.5	67.3	76.9	32.7	23.1
Suécia	8.2	9.2	84.9	81.7	15.1	18.3

De reparar também que os valores apresentados neste quadro diferem dos referidos no Relatório de 2008 em relação a 2000, situação eventualmente resultante de uma necessária actualização e correcção dos dados.

Quadro 20 - Rácios de despesas em saúde (continuação)

Estado-Membro	Despesa pública em saúde medida em % da despesa total do Estado		Despesa out-of-pocket medida em % da despesa privada em saúde	
	2000	2006	2000	2006
Alemanha	18.2	17.9	55.1	57.1
Áustria	14.7	15.7	66.1	65.8
Bélgica	13.4	14.8	84.7	79.0
Bulgária	8.6	11.2	99.1	97.1
Chipre	6.4	6.4	95.3	84.3
Dinamarca	12.6	18.0	91.0	90.1
Eslováquia	9.7	13.5	100.0	79.8
Eslovénia	13.1	13.5	44.1	42.5
Espanha	13.2	15.5	83.1	74.7
Estónia	11.3	11.1	88.5	93.3
Finlândia	10.6	12.7	78.8	77.6
França	15.5	16.7	34.4	33.2
Grécia	8.6	11.6	94.5	94.8
Hungria	10.5	11.3	89.8	87.6
Irlanda	14.7	17.2	41.0	57.2
Itália	12.7	14.2	89.1	88.5
Letónia	8.8	10.8	96.8	97.2
Lituânia	11.6	12.9	86.2	98.3
Luxemburgo	13.9	17.1	65.2	70.7
Malta	12.0	14.7	96.9	90.4
Países Baixos	11.4	16.4	24.3	29.3
Polónia	9.4	9.9	100.0	85.4
Portugal	14.9	15.5	80.8	77.3
Reino Unido	14.7	16.3	69.5	91.7
República Checa	14.1	13.8	100.0	95.5
Roménia	9.2	7.9	100.0	96.8
Suécia	12.6	13.8	91.1	87.9

ANEXO II - "TEMA PRINCIPAL"

2001 -

A governação da Saúde não consegue concretizar medidas, mesmo as já negociadas a nível social, assumidas politicamente e em vigor do ponto de vista legal. Além disso, é descontínua em orientações e prioridades e dá pouca importância ao conhecimento técnico. Estas são algumas conclusões do primeiro Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (...) O documento nota que se "acentuou" uma cultura política de "Governo directo, em que se centralizam a nível político decisões operacionais próprias da administração", cuja contrapartida é o acentuar da "desresponsabilização da administração da Saúde aos diferentes níveis, acabando por agravar as disfunções do sistema. (...) segundo o relatório, se tomaram "medidas de intervenção sem qualquer quadro de referência explícito", se acentuou "o clima de centralização e de diminuição da transparência informativa" e se consumou "a quase completa descontinuidade nas principais medidas da reforma antes preparadas. «O Público», 24-05-2001.

2002 - Modelos de governação

Constantino Sakellarides, coordenador do observatório, fez questão de sublinhar, ao longo da sua apresentação, que existe em Portugal um bom serviço de SAÚDE, mas como faltam dispositivos reguladores que acompanhem as inovações criadas na organização de alguns cuidados de SAÚDE, elas mantêm-se como uma excepção (...) Os programas de Governo deveriam, sim, incluir metas e indicadores de realização que facilitassem a mobilização de uma base de apoio e preconizasse uma reorganização da gestão, regulação e contratualização, de modo a evitar o que acontece actualmente. «O Público», 07-06-2002.

2003 - Modelos de gestão

Se, com o nosso baixo nível de governação, criamos medidas complexas sobre as quais há pouco conhecimento associado, aumentamos o risco de os recursos não serem bem utilizados", alerta o coordenador. É o que está a suceder com algumas das reformas do sector. "O Ministério da Saúde (MS) exerceu uma intensa acção governativa (...) desencadeando um vasto conjunto de medidas num curto espaço de tempo", como é o caso da transformação de 31 hospitais em empresas públicas, alvo de "um importante trabalho de análise e planeamento". O mesmo já não acontece com outra das grandes opções de Luís Filipe Pereira: a entrega a privados da gestão, construção e planeamento dos 10 novos hospitais e a reforma dos cuidados primários. «O Público», 22-05-03.

2004 - Modelos de governação

Em suma, referiu ontem o presidente do Observatório e ex-director-geral da Saúde Constantino Sakellarides, o Governo criou um tipo de "leis vale tudo, permissivas", abertas a todo o tipo de soluções. Ao invés, este tipo de reformas deveriam ser reformas feitas com mais cuidado, sob pena "de se desarmar o Estado. «O Público», 16-06-2004.

2005 - Listas de Espera

A forma como foi gerida a informação e propagandeados os resultados do programa das listas de espera do anterior executivo (PECLEC) é apontada no documento como um exemplo a não seguir, apesar de os investigadores considerarem que o anterior ministro conseguiu levar a cabo uma reforma no sector. «O Público», 21-06-2005.

2006 - Política do Medicamento

No relatório anual, ontem apresentado, os peritos do OPSS analisam o impacto das medidas políticas na área do medicamento. E defendem que a "informação disponível aponta para o aumento generalizado dos preços dos medicamentos não sujeitos a receita médica face ao período prévio à liberalização". E acrescentam que "os preços de venda ao público nestes novos estabelecimentos são, na generalidade, superiores aos preços praticados nas farmácias.. «O Público», 21-06-2006.

2007 - Relatório OPSS - Total

O "esclarecimento oportuno e útil do cidadão" sobre questões que lhe dizem respeito - como o lugar que ocupa numa lista de espera ou o ritmo a que casos semelhantes estão a ser resolvidos noutra hospital - é aliás defendido por várias vezes ao longo do relatório. A necessidade de promover "mais agressivamente" a literacia dos portugueses em saúde é também apontada.. «O Público», 04-07-2007.

2008 - Profissionais

(...) o "Estado mantém a sua distração crónica por aspectos fundamentais de transparência e organização do sistema" e a prática governativa de saúde, em geral, "mantém-se ocupada na resolução de problemas pontuais", lamentam os membros do observatório. "A fuga de profissionais [para o privado] começa a ser assustadora", destaca o coordenador, sublinhando que estes já começam a ter acesso a tecnologia, formação e condições de trabalho que antes não encontravam neste sector. "Daqui a poucos anos não haverá recursos humanos para manter o serviço público de saúde", antevêem.. «O Público», 01-07-2008.

ANEXO III - METODOLOGIAS ADOPTADAS

As actividades de observação em geral, têm envolvido a análise de elementos objectivos de informação, com o distanciamento, a neutralidade e a construtividade que a apreciação crítica exige, tentando espelhar fielmente a qualidade das iniciativas e das práticas dos actores no sistema de saúde, de que o cidadão-destinatário também faz parte. Essa informação provém de uma selecção de fontes oficiais acreditadas, sobretudo sob a forma de relatórios, artigos científicos, artigos da comunicação social, legislação, endereços de Internet institucionais e, nalguns casos, de documentos cedidos pelo Ministério da Saúde em exclusivo ao OPSS, a pedido, para melhor cumprimento da sua missão. Habitualmente, as fontes de informação, na sua origem, são terciárias (resumos estatísticos) ou narrativas (leis, artigos, relatórios); mas sendo o presente Relatório excepcional, na medida em que revê uma década de observação, recorreu-se desta vez ainda a fontes primárias, para identificar o impacto do relatório em informadores-chave seleccionados. É destacada a seguir a metodologia utilizada nalguns temas em particular, sem prejuízo de comentários de validade já apresentados na oportunidade, em vários deles.

Quanto à avaliação de como tem evoluído o controlo da tuberculose e o desempenho do respectivo programa, resulta de um exercício de apreciação crítica global e independente, realizado sobre uma selecção cuidadosa de fontes terciárias de informação. Toma como fontes de evidência os mais importantes relatórios de situação emitidos por entidades reconhecidas (OMS, ECDC, DGS, INE), assim como relatórios de estudos científicos credíveis que complementam aquela evidência. Também são utilizados, a partir das mesmas fontes, parâmetros que se tomam como padrões de referência externos à situação analisada, para emitir juízos de valor a respeito desta. Trata-se de uma integração qualitativa de peças de informação, visando obter um sentido inteligível de todo o vasto conjunto da evidência reunida, passível de contribuir para sustentar decisões fundamentadas e efectivas. É um processo no contexto da produção e de transferência de conhecimento aos decisores.

Assim, os procedimentos metodológicos adoptados foram a selecção e análise de documentos (categorias/domínios de informação) de entidades acreditadas sobre: (1) a História Natural da Doença, (2) a organização dos meios de controlo (3) a tecnologia de intervenção por programas e (4) relatórios de progresso e análises, nacionais e supranacionais. As diversas evidências foram entrecruzadas, comparadas e integradas, com sistematização. As semelhanças foram assumidas como concordantes; as complementaridades compatíveis foram consideradas passíveis de enriquecer a base de conhecimento em apreciação; as dissemelhanças, incompatibilidades e contradições foram analisadas como fragilidades da mesma base, carecendo de clarificação posterior e denotando aspectos das fontes e análises originais consultadas cuja qualidade necessitava de ser promovida.

Os limites à validade e fiabilidade dos documentos ou fontes secundárias de informação, foram tidos em conta na sua valorização e, quando possível, foi apreciada essa qualidade com recurso a um processo de triangulação de informação complementar. Para fazer face à díspar qualidade de cada objecto de informação, a apresentação dos resultados foi logo acompanhada de comentários sobre a correspondente validade.

Relativamente ao controlo do tabagismo, foi pesquisada a melhor evidência disponível publicada: relatórios públicos de peritos, estudos (DGS, CEMBE, Universidade Católica), documentos oficiais (PNS), sites oficiais e não oficiais (Portugal sem fumo).

A metodologia utilizada para a elaboração do texto relativo à mudança nos cuidados de saúde primários, teve por base uma revisão bibliográfica retrospectiva, que se apoiou nos oito Relatórios de Primavera do OPSS (entre 2001 e 2008). Foi também realizada uma revisão de literatura, que incidiu sobre as mais recentes publicações sobre este tema, com o objectivo de

fundamentar quer as acções que o OPSS compreende terem tido já a intervenção necessária, como aquelas que ainda necessitam de desenvolvimento. Por fim, os resultados respeitantes à satisfação dos utilizadores e dos profissionais das USf foram extraídos de um estudo do CEISUC a que o OPSS teve acesso.

Relativamente ao capítulo da arquitectura dos sistemas de informação e sua interoperabilidade, além da revisão bibliográfica sobre o tema, foi realizado um focus group com recurso ao software DSS.Pro, que contou com a participação de 15 actores-chave na área dos sistemas de informação em saúde.

No que se refere à rede de cuidados continuados integrados, foi realizada uma análise sistemática dos dados fornecidos pelas seguintes entidades: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, Alto Comissariado da Saúde, Segurança Social, Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, legislação diversa, bem como de alguns estudos elaborados no contexto académico.

Na análise longitudinal do impacto dos Relatórios de Primavera na imprensa escrita, procedeu-se, em primeiro lugar, a uma seriação de artigos na imprensa escrita nacional (não especializada e leigo-especializada, com tiragem diária e semanal) segundo os descritores temáticos "Observatório", "Observatório Português dos Sistemas de Saúde" "OPSS", "Relatório Primavera", durante o período de 1 de Janeiro de 2002 a 31 de Dezembro de 2008.

Posteriormente, os artigos seleccionados foram codificados de acordo com as seguintes características das unidades de texto: "Fonte", "Data", "Mês", "Ano", "Localização", "Dimensão", "Formato dos Artigos", "Tema principal", "Avaliação da tendência valorativa do Título", "Personalização do título", "Actor principal interpelado", "Voz do OPSS". A análise feita traduz análise de conteúdos da mensagem e artigos de imprensa.

A entrevista compreendeu um grupo de técnicas de inquérito, sendo uma das mais utilizadas para conhecer a opinião de informadores-chave. Assim, para se ter alguma noção quanto ao impacto do relatório em actores seleccionados, recorreu-se à realização de entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram conduzidas com base num guião com uma estrutura flexível, com perguntas abertas e que definiram a área a ser abordada, permitindo que tanto o entrevistador, como o entrevistado pudessem divergir da área inicialmente definida, com o objectivo de perseguir uma ideia ou resposta em maior detalhe. Esta metodologia envolve a análise qualitativa de materiais textuais escritos, tais como as transcrições das entrevistas. Na análise do seu conteúdo, o ponto de partida foi a própria mensagem, mas foram sempre ser consideradas as condições contextuais. A metodologia assentou num processo de categorização das respostas às questões abertas.

ANEXO IV - CONFLITOS DE INTERESSE 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 colaborou ou colabora, tecnicamente, com alguns dos governos mais recentes, sendo ou ter sido essa colaboração o resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas.

Na elaboração do Relatório de Primavera 2009, procurou-se, no entanto, evitar que as pessoas envolvidas em trabalhos no Ministério da Saúde tivessem influência no juízo do OPSS sobre essas mesmas matérias.

Contribuíram para a realização deste relatório:

<p><i>Coordenação:</i></p> <p>Ana Escoval</p> <p>Constantino Sakellarides</p> <p>Pedro Lopes Ferreira</p> <p><i>Equipa Técnica:</i></p> <p>Filipe Rocha</p> <p>João Figueira</p> <p>João Pedro Escoval</p> <p><i>Investigadores Colaboradores:</i></p> <p>Ana Rita Pedro</p> <p>António Rodrigues</p> <p>Cipriano Justo</p> <p>Fátima Bragança</p> <p>Joana Sousa Ribeiro</p> <p>João Marques Figueira</p> <p>Jorge Correia Jesuíno</p> <p>Luís Saboga Nunes</p>	<p>Manuel Lopes</p> <p>Manuel Schiappa</p> <p>Manuela Mota Pinto</p> <p>Margarida Eiras</p> <p>Marta Lopes Martins</p> <p>Patrícia Antunes</p> <p>Patrícia Barbosa</p> <p>Paulo Espiga</p> <p>Paulo K. Moreira</p> <p>Pedro Beja Afonso</p> <p>Pedro Hespanha</p> <p>Suzete Cardoso</p> <p>Tânia Matos</p> <p>Teodoro Briz</p> <p>Vanessa Nicolau</p> <p>Vítor Ramos</p> <p>Vítor Raposo</p>
---	--

ANEXO V - RELATÓRIOS DE PRIMAVERA ANTERIORES



RP2001

Conhecer os Caminhos da Saúde



RP 2005

Novo Serviço Público de Saúde - Novos desafios



RP 2002

O estado da Saúde e a Saúde do Estado



RP 2006

Um Ano de Governação: Sentidos e Significados



RP 2003

Saúde – que rupturas?



RP 2007

Luzes e Sombras. A Governação da Saúde



RP 2004

Incertezas... gestão da mudança na saúde



RP 2008

Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas