

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2005



NOVO SERVIÇO PÚBLICO
s a ú d e

novos desafios



Relatório de Primavera 2005



novos desafios

www.observaport.org

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

Escola Nacional de Saúde Pública

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

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa

Instituto Superior de Serviço Social do Porto

Título: Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios.

Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. 2005 – N.º de páginas: 119.

Autor: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

<http://www.observaport.org>

Editor: Escola Nacional de Saúde Pública

Av. Padre Cruz

1600-560 Lisboa

<http://www.ensp.unl.pt>

Homenagem a Corino Andrade
Um homem da saúde de exceção



1906 - 2005

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	2
PARTE I –	5
PARTE I – ENSINAMENTOS DO PASSADO	6
CICLO 1995-2002	6
QUE ENSINAMENTOS DESTE CICLO POLÍTICO?.....	8
CICLO POLÍTICO 2002-2005.....	9
QUE ENSINAMENTOS EXTRAIR DESTE CICLO POLÍTICO?	14
O CASO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS	17
POLÍTICA DO MEDICAMENTO	31
“CENTRO DE ATENDIMENTO DA SAÚDE”	37
PARTE II –	45
PARTE II – 2005 – O INÍCIO DE UM NOVO CICLO POLÍTICO	46
1- PROGRAMAS ELEITORAIS DA SAÚDE 2005 – ANÁLISE COMPARATIVA.....	46
2 - PERFIL DO PROGRAMA DE GOVERNO	46
3. AS PRIMEIRAS ACÇÕES DO GOVERNO	51
4. MEDIDAS URGENTES PARA A RACIONALIZAÇÃO, DECORRENTES DO “RELATÓRIO CONSTÂNCIO”	56
5. OS DESAFIOS DA GESTÃO DA MUDANÇA	59
6. CENÁRIOS PARA O FUTURO – UM ESBOÇO	60
7.O NOVO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE	63
PARTE III –	69
PARTE III – DESAFIO DA IMPLEMENTAÇÃO DO “PLANO NACIONAL DE SAÚDE”	70
“ESTRATÉGIAS DE SAÚDE” – O DESAFIO DA IMPLEMENTAÇÃO	70
UM MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO PARA O “PLANO NACIONAL DE SAÚDE”	72
UM MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO PARA O “PLANO NACIONAL DE SAÚDE”	73
O CASO DA ASMA.....	88
O CASO DA TUBERCULOSE	89
ACIDENTES RODOVIÁRIOS.....	92
PARTE IV –	96
PARTE IV – CONHECIMENTO E DECISÃO POLÍTICA NA SAÚDE – QUE FUTURO?	97
1. ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE “CONHECIMENTO E A DECISÃO POLÍTICA NA SAÚDE”	97
2. OPSS- ENSINAMENTOS DE UM PRIMEIRO CICLO (2000-2005)	99
3 - O INICIO DE UM NOVO CICLO (2005)	108
PARTE V –	109
PARTE V – CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES	110
ANEXOS	115

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Reforma do Sistema de Saúde Português 1995-2002: iniciativas e seu seguimento	7
Quadro II – Agenda política: medidas, pressupostos, efeitos e consequências	10
Quadro III – Desempenho das entidades envolvidas no PECLEC	21
Quadro IV – Distribuição das especialidades cirúrgicas que forneceram informação sobre as suas listas de espera	23
Quadro V – Demoras médias dos casos incluídos nas 9 especialidades, em todos os serviços	24
Quadro VI – Distribuição das demoras médias, por serviços e especialidades	24
Quadro VII – Variação da produção de consultas externas e cirurgias (2001-2003)	28
Quadro VIII – Variações dos ratios cirurgias/consultas externas (2001-2003)	28
Quadro IX – Distribuição da produção de cirurgias por tipo de horário	30
Quadro X – Plano Nacional de Saúde - Metas prioritárias para Acessibilidade do Medicamento	32
Quadro XI – Objectivos do Centro de Atendimento da Saúde (CAS)	38
Quadro XII – Princípios orientadores do CAS	39
Quadro XIII – – Evolução do Volume de Contactos do Centro de Atendimento do SNS	40
Quadro XIV – Rede de equipamento e profissionais de saúde da Região de Estocolmo	42
Quadro XV – Programas Eleitorais da Saúde 2005 – Análise comparativa	47
Quadro XVI – Programa do XVIII Governo Constitucional 2005-2009	48
Quadro XVII – Taxas de detecção e de sucesso terapêutico entre 1997 e 2003.	90
Quadro XVII - Road Traffic Act 1999	95
Quadro XVIII – Os 5 “Relatórios de Primavera” publicados pelo OPSS entre 2001 e 2005	100
Quadro XIX – Relatório de Primavera de 2004 – Análise de conteúdo de 19 artigos de imprensa escrita	103
Quadro XX – Fundamentação dos temas escolhidos para análise no Relatório de Primavera 2004, algumas respostas a um questionário de avaliação	104
Quadro XXI – Equilíbrio entre simplificação e fundamentação nos cenários do Relatório de Primavera 2004, algumas respostas a um questionário de avaliação	104
Quadro XXII – Princípios de independência e credibilidade na avaliação das políticas públicas, excerto de comentário a propósito do Relatório da Primavera 2004	105
Quadro XXIII – Contribuição dos Relatórios de Primavera para a análise e desenvolvimento estratégico, e mini <i>big bang</i> dos hospitais SA, excerto de artigo de opinião sobre o Relatório de Primavera 2004	105
Quadro XXIV – Ausência de uma análise de <i>stakeholders</i> e a opinião e os factos, excerto de artigo de opinião sobre o Relatório de Primavera 2004	106
Quadro XXV – Boas práticas de um Observatório da Governação da Saúde e nível de realização dos mesmos segundo avaliação da rede OPSS	107

Lista de Gráficos

Gráfico I – Custo médio das cirurgias do PECLEC, nos sectores social e privado, hospitais SA, hospitais do sector público administrativo e hospitais do SNS	22
Gráfico II – Composição das demoras médias, por especialidades. Todos os serviços.	24
Gráfico III – Distribuição das demoras média, média máxima e média mínima. Todos os serviços.	25
Gráfico IV – Variação das demoras médias das 9 especialidades em torno da demora média geral	25
Gráfico V – Variações em torno da média. <i>Cirurgia</i>	26
Gráfico VI – Variações em torno da média. <i>Cirurgia plástica</i>	26
Gráfico VII – Variações em torno da média. <i>Ginecologia</i>	26
Gráfico VIII – Variações em torno da média. <i>Neurocirurgia</i>	26
Gráfico IX – Variações em torno da média. <i>Ortopedia</i>	26
Gráfico X – . Variações em torno da média. <i>ORL</i>	26
Gráfico XI – Variações em torno da média. <i>Urologia</i>	27
Gráfico XII – Variações em torno da média. <i>Oftalmologia</i>	27
Gráfico XIII – Variações em torno da média. <i>Maxilo-facial</i>	27
Gráfico XIV – Volume de casos, por demora média	28
Gráfico XV – Volume de cirurgias realizadas ao abrigo do PECLEC (2002-2004)	29
Gráfico XVI - Total outpatient antibiotic use in 26 European countries in 2002	34
Gráfico XVII – Correlation between penicillin use and prevalence of penicillin non-susceptible S pneumoniae	35
Gráfico XVIII – Evolução do Mercado dos Genéricos	35
Gráfico XIX – Quotas de mercado de Medicamentos Genéricos - 2004	36
Gráfico XX – Tuberculose em Portugal - Notificação de casos novos por 100 000 habitantes - todas as idades	89
Gráfico XXI – Distribuição dos casos novos de TB por grupos etários e sexo em 2004	89
Gráfico XXII – Distribuição geográfica da incidência média anual dos casos notificados entre 2000 e 2004.	90
Gráfico XXIII – Sucesso terapêutico em casos pulmonares, em algumas sub - regiões seleccionadas, 2000-2002, ordenado por magnitude de incidência em 2002.	91
Gráfico XXIV – Número de mortos por acidentes de viação por 100.000 habitantes e por grupos etários nos anos de 1996 a 2000	93
Gráfico XXV – Mortalidade por acidentes rodoviários (por milhão de habitantes) em Portugal e alguns países da União Europeia	93

INTRODUÇÃO

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde ao apresentar o seu 5º Relatório de Primavera mantém o propósito de analisar periodicamente os “processos da governação da saúde” e divulgar essa análise de forma a procurar informar os principais actores sobre a evolução do sistema de saúde e a motivá-los a contribuir positivamente para a sua melhoria.

Assim, a primeira parte deste Relatório é dedicada à evolução do sistema de saúde português nos últimos 9 anos, com especial incidência nos últimos 3.

A segunda parte centra-se no início do ciclo político agora em curso, resumindo o essencial do Programa do Governo e as principais medidas tomadas nos primeiros 3 meses de acção. O OPSS dá particular importância à implementação do Plano Nacional de Saúde (“modelo de implementação” e “dispositivos de coordenação”) e desenvolve a ideia do “novo serviço público” de saúde que o Programa do Governo sugere. Esta análise sucinta leva em linha de conta o facto do Governo estar ainda num período muito inicial do seu mandato, como aliás tem sido a prática corrente do OPSS em circunstâncias análogas.

A terceira parte presta especial atenção ao Plano Nacional de Saúde, chamando a atenção para a sua importância, e para a necessidade de aprofundar um “modelo de implementação” detalhado, realista e rigoroso.

Na quarta parte deste 5º Relatório de Primavera anuncia-se o fim de um ciclo e da actual direcção. Resumem-se aqui os aspectos essenciais daquilo que é a apreciação do OPSS sobre a sua acção, considerando os múltiplos testemunhos que tem colhido para este efeito, a partir de critérios explícitos de boas práticas para a análise e divulgação da governação da saúde. A aprendizagem e o “capital social” acumulados no decurso destes 5 anos, promete um novo ciclo, diferente e original, num novo patamar de qualidade.

Finalmente, na quinta e última parte apresentam-se as considerações finais e as principais conclusões do Relatório de Primavera de 2005.

novos desafios

PARTE I

PARTE I – ENSINAMENTOS DO PASSADO

O OPSS estuda a evolução dos sistemas de saúde e os seus determinantes com o propósito de ajudar a extrair ensinamentos do passado, úteis para o futuro do sistema de saúde português.

Observaram-se, no decurso dos últimos 10 anos, essencialmente dois ciclos políticos – o primeiro entre 1995 e 2002 e o segundo entre 2002 e 2005.

Para cada um deles resumem-se as principais iniciativas e procura-se extrair ensinamentos úteis a partir da análise da forma como foram preparadas e/ou como evoluíram.

CICLO 1995-2002

No decurso deste ciclo político foram tomadas múltiplas iniciativas tendo em vista a reforma do sistema de saúde português, e no entanto existem fortes indicações que este vasto conjunto de medidas teve um impacto muito diminuto. Porquê?

A hipótese óbvia tem a ver com a descontinuidade da acção governativa, sempre que mudam os titulares da pasta da saúde, mesmo sob a orientação do mesmo Primeiro-Ministro.

Os factos que se resumem de seguida (Quadro I), são elucidativos.

Quadro I – Reforma do Sistema de Saúde Português 1995-2002: iniciativas e seu seguimento.

INICIATIVAS (1995 – 1999)	SEU SEGUIMENTO (2000 – 2002)
Estratégias de Saúde "Saúde, um compromisso – a Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)"	 Para todos os efeitos práticos, a implementação e desenvolvimento da Estratégia de Saúde foi abandonada a partir do ano 2000.
Centros de Saúde Reforma da organização dos Centros de Saúde (CS de 3ª geração) – Decreto-lei, aprovado em 1999, após mais de dois anos de análise, negociação e trabalho experimental	 A aplicação da nova lei foi abandonada.
Regime Remuneratório Experimental (RRE) para a Clínica Geral e Familiar, como primeira experiência de remuneração pelo desempenho no sistema de saúde português	 Manutenção "fora do contexto", extinção da Comissão de Acompanhamento e não implementação do sistema de informação.
Os Hospitais Hospitais-empresa O primeiro hospital empresarializado foi o Hospital de Santa Maria da Feira, em 1998	 A empresarialização dos hospitais continuou na agenda.
Cuidados Continuados Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade Social (407/98) e respectivo Plano de Acção.	 Continuou em vigor mas com limitada aplicação ou desenvolvimento.
Saúde Pública Centros Regionais de Saúde Pública, criados nas cinco regiões do país	 Continuaram a existir, mas sem novos desenvolvimentos ou investimentos.
Sistemas Locais de Saúde (SLS) Após mais de um ano de experiências no terreno, nas várias regiões associadas, debates públicos a nível nacional, foi publicado em 1999 o respectivo Decreto-Lei.	 A partir de 2000 as experiências no terreno foram suspensas e a aplicação da lei abandonada.
Contratualização Agências de Contratualização, criadas a partir de 1996 em todas as regiões de saúde do país.	 Mantiveram-se, depois de 2000, mas com atribuições limitadas e sem qualquer projecto de desenvolvimento.
Sistema da Qualidade em Saúde Conjunto de dispositivos que configuram uma política de qualidade, incluindo o Conselho Nacional da Qualidade	 Descontinuado, excepto o Instituto da Qualidade em Saúde.
Instituto da Qualidade Instituição técnica de apoio ao desenvolvimento e garantia da qualidade em saúde, estabelecida em 1998.	 Continuou em funções
Regulação do sector privado (1) Modelo de gestão das convenções, que permitia acompanhar o exercício das convenções médicas de forma a aperfeiçoá-lo	 Descontinuado
Regulação do sector privado (2) Modelo de licenciamento e garantia da Qualidade das Unidades Privadas.	 Incompletamente aplicado

LEGENDA



Iniciativas continuadas



Iniciativas não completamente abandonadas, mas que perderam enquadramento e importância



Iniciativas interrompidas ou abandonadas.

QUE ENSINAMENTOS DESTE CICLO POLÍTICO?

Não é possível assegurar a gestão da mudança em sistemas sociais complexos como é o da saúde, sem acção governativa sustentada com uma base política e social ampla. Quando a agenda da acção governativa depende quase exclusivamente do titular da pasta ministerial, como é próprio da cultura política do país, dificilmente esta sustentação pode ser assegurada.

CICLO POLÍTICO 2002-2005

Devido ao facto de este ciclo ser consideravelmente mais curto que o anterior, com um só titular da pasta da saúde, e não três como anteriormente, a questão da continuidade ou descontinuidade das medidas tomadas não se põe.

A acção governativa na saúde foi apreciada pelo OPSS, no início desse ciclo político, em 2003, da seguinte forma:

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

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

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

Os atributos acima referidos tiveram como consequência natural alguns aspectos particularmente positivos da acção governativa (ver mais adiante).

Nessa altura, e mais ainda posteriormente, o OPSS observou alguns aspectos críticos da acção governativa, que se tornaram mais evidentes à medida que esse ciclo político ia decorrendo:

- (a) A limitada fundamentação técnica que acompanhou a adopção e implementação de muitas das medidas tomadas;
- (b) A considerável frequência com que as medidas adoptadas suscitavam uma convergência de apreciações críticas, sem suscitarem da parte do Ministério da Saúde disponibilidade para um debate mais alargado sobre as matérias em causa;
- (c) A não disponibilização de informação relevante em relação a eventuais êxitos da governação, amplamente publicitados.

Nestas circunstâncias, uma vez terminado o ciclo político, pareceu particularmente apropriado procurar rejeitar ou confirmar umas e outras destas observações, fazer um balanço, necessariamente sintético, deste ciclo político no domínio da saúde. (Quadro II).

Quadro II- Agenda política: medidas, pressupostos, efeitos e consequências

Agenda política e filosofia de gestão de mudança		
Concepção/Medida	Pressupostos aparentes	Consequências
Filosofia de gestão da mudança com uma forte componente de marketing político	Para forçar uma nova agenda política é necessário actuar com rapidez, mesmo à custa de limitado estudo, fundamentação e preparação das medidas. É igualmente importante conseguir e divulgar êxitos a curto prazo para tornar sustentável o processo de transformação iniciado (mesmo não sendo possível apresentar documentação analítica de suporte)	<p>⊕ Dinâmica de mudança</p> <p>⊕ Apoio em líderes de opinião (comunicação social) sensíveis aos sinais exteriores de mudança (mudança como valor).</p> <p>⊖ Forte marketing político apesar da improbabilidade das mudanças anunciadas. Cisão entre “crentes” e “não crentes” dificultando relações de cooperação e participação. Erosão da vontade e motivação entre os participantes dos projectos.</p> <p>⊖ Medidas com pouco impacte no terreno. Perda de credibilidade a prazo.</p>
	Solução SA, original no sector da saúde, “extrema” no espectro das modalidades de empresarialização (maior potencialidade de privatização), rompendo com as experiências da anterior empresarialização (apesar das indicações positivas).	<p>⊕ Impulso efectivo à empresarialização dos hospitais portugueses.</p> <p>⊕ Constituição de uma equipa de missão que promoveu um forte acompanhamento da gestão hospitalar e um conjunto de projectos potencialmente úteis.</p>
Hospitais SA “Sociedades Anónimas”	Solução “Big Bang” (31 novos hospitais empresa de uma só vez), procurando um efeito de salto qualitativo no sistema hospitalar português.	<p>⊖ Reivindicação pública de sucessos muito precoces, improváveis e mal fundamentados. Pouca importância à transferência de autonomia de Hospital SA para os seus serviços técnicos. Clima desnecessário de desconfiança, que facilita a descontinuidade do modelo.</p>
	Nomear gestores de confiança para uma agenda de ruptura desta natureza é mais importante que procurar gestores competentes/experientes em serviços de saúde.	<p>⊖ O relativo abandono dos hospitais do sector público administrativo (não transformados em Hospitais SA) esboçou dois subsistemas hospitalares distintos com alguns importantes inconvenientes (ex.: desenho do sistema de informação da saúde).</p>

Quadro II – Agenda política: medidas, pressupostos, efeitos e consequências (continuação)

Agenda política e filosofia de gestão de mudança		
Concepção/Medida	Pressupostos aparentes	Consequências
Parcerias Público-Privadas	<p>São necessárias 10 novas construções hospitalares no país (apesar de não ser divulgado nenhum estudo nesse sentido).</p> <p>Estes hospitais seriam construídos e equipados por empresas privadas em troca de uma concessão de exploração da gestão do hospital por um período prolongado (apesar disso ser muito invulgar em sistemas de saúde similares ao português).</p>	<p>⊖ Criaram expectativas a alguns grupos económicos, mas as limitações dos cadernos de encargos deficientemente elaborados, (para além da falta de análise e debate aberto sobre compromissos de longo prazo desta natureza), dificultaram a sua implementação.</p>
Centros de Saúde	<p>Inutilidade das soluções pensadas anteriormente – ruptura com as experiências anteriores.</p> <p>Dar menos atenção à reorganização dos centros de saúde que ao seu estatuto jurídico – a “rede de cuidados de saúde primários reflectiria a coexistência (se não a concorrência) de centros de saúde de gestão pública, social e privada financiados pelo Estado.</p> <p>Acesso aos cuidados de saúde seria melhor disponibilizando mais médicos, mesmo sem formação em cuidados de saúde primários.</p>	<p>⊖ Discordância generalizada com as medidas anunciadas e legisladas, mas nunca implementadas.</p> <p>⊖ Paralisia, se não <i>involução</i>, no desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.</p>

Quadro II – Agenda política: medidas, pressupostos, efeitos e consequências (continuação)

Agenda política e filosofia de gestão de mudança		
Concepção/Medida	Pressupostos aparentes	Consequências
Listas de espera cirúrgicas	<p>Sendo as prolongadas esperas para cirurgias nos hospitais públicos naturalmente impopulares, uma aposta determinada e com êxito num programa especial para a recuperação de listas de espera, para além de “resolver” um problema importante, criaria um clima favorável para as reformas de fundo.</p> <p>Com uma gestão mais determinada do “Programa Especial” seria possível acabar com as esperas mais antigas (“velha lista de espera”) e evitar o aparecimento de uma nova “lista de espera” de dimensões excessivas.</p>	<p>⊕ Dar importância na agenda política à questão do acesso aos cuidados de saúde e às esperas cirúrgicas excessivas.</p> <p>⊖ O Ministério da Saúde levou tempo a reconhecer que mais importante do que o tamanho da lista era o tempo médio da espera. A noção de “velha” e “nova” lista de espera não faz sentido tecnicamente (é simplesmente um instrumento político).</p> <p>⊖ Dada a importância política atribuída a esta questão e a debilidade dos pressupostos técnicos adoptados, o Ministério da Saúde, reivindicou grandes progressos muito cedo, sem nunca ter divulgado a situação real desagregada por hospital e patologia (única forma de assegurar a credibilidade dos dados)</p> <p>⊖ Anunciou-se, sem explicitação dos dados necessários, um êxito notável – em pouco mais de um ano o tempo médio de espera tinha passado de 6 anos para 6 meses. A inverosimilhança teórica deste anúncio foi confirmada posteriormente, através da Auditoria do Tribunal de Contas.</p> <p>⊖ A abordagem adoptada (contra toda a evidência existente, criou, nalguns casos, dois hospitais num só – aquele em que as pessoas são remuneradas por salário (“hospital da manhã”) e aquele em que o são por acto cirúrgico (“o hospital da tarde”). São novas distorções difíceis de corrigir. Isto não facilita a resolução das “causas” das listas de espera.</p>

Quadro II – Agenda política: medidas, pressupostos, efeitos e consequências (continuação)

Agenda política e filosofia de gestão de mudança		
Concepção/Medida	Pressupostos aparentes	Consequências
Política do medicamento	A introdução dos medicamentos genéricos e medidas associadas (preço de referência, nova receita) permitiria um impacto substancial na <u>factura dos medicamentos</u> e proporcionaria um papel mais importante do cidadão na escolha dos medicamentos (políticas centradas no cidadão)	<p>⊕ Crescimento rápido e notável da quota dos medicamentos genéricos em pouco tempo.</p> <p>⊕ Aparente diminuição, a curto prazo, da despesa com medicamentos (no pressuposto que tudo o resto se manteria igual excepto as medidas introduzidas)</p> <p>⊖ Aumento da contribuição das famílias na despesa com medicamentos (contrariando a ideia de políticas centradas no cidadão). Recuperação da alta percentagem no aumento do gasto público com medicamentos (após diminuição imediata) cerca de 12% no primeiro trimestre de 2005</p> <p>⊖ Inércia na promoção daquilo que é essencial numa política de medicamento – “a boa utilização do medicamento” – padrão de prescrição de antibióticos, anti-inflamatórios e ansiolíticos, entre outros. (iniciativa de fazer alguma coisa partiu de uma empresa farmacêutica que convidou o Ministério da Saúde a participar)</p>
Cuidados Continuados	Legislação para os cuidados de saúde continuados como replicação para este sector da ideia de “rede de serviços de saúde” financiados pelo Estado.	<p>⊕ Iniciativa legislativa que estabeleceu e ordenou conceitos úteis sobre os cuidados continuados.</p> <p>⊖ Legislação elaborada exclusivamente pelo Ministério da Saúde (rompendo com a necessidade óbvia de iniciativas conjuntas com o Ministério da Segurança Social)</p> <p>⊖ Um ano depois, da publicação da lei, esta não tinha ainda sido regulamentada.</p>

LEGENDA

- ⊖ Consequências negativas
⊕ Consequências positivas

QUE ENSINAMENTOS EXTRAIR DESTA CICLO POLÍTICO?

É possível identificar, no decurso deste ciclo político, aspectos da acção governativa particularmente positivos:

(1) Atributos de liderança política

Houve indiscutível liderança política, caracterizada por uma evidente determinação pessoal, grande disponibilidade para participar em sessões públicas onde se discutiam aspectos relevantes para a reforma da saúde, preocupação com a pedagogia do discurso, coragem no enfrentar audiências previsivelmente difíceis.

(b) O discurso sobre a importância do acesso aos cuidados de saúde.

Pôs-se frequentemente a ênfase na importância de um melhor acesso aos cuidados de saúde, quer no que diz respeito ao discurso das “redes de cuidados”, quer no programa de combate às listas de espera, quer ainda na preocupação manifestada quanto ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde.

(c) A promoção dos medicamento genéricos

Os resultados notáveis que se obtiveram no aumento muito acelerado da quota de genéricos no mercado dos medicamentos, constituíram um dos aspectos mais positivos da governação da saúde durante este período

(d) Determinação na promoção de uma reforma do sistema hospitalar

O propósito de passar de um número muito limitado de hospitais-empresa para uma empresarialização “*main stream*”, abrangendo uma parte substancial do sistema hospitalar português, foi muito meritório.

(e) Apoio ao Plano Nacional de Saúde

O apoio político a uma estratégia de saúde foi crítico para a elaboração do Plano Nacional de Saúde.

Foi, no entanto, também possível confirmar observações anteriores sobre aspectos menos positivos da acção governativa:

(a) Quanto à fundamentação técnica das medidas

A necessidade de “fundamentação” não significa seguramente ter que esperar por “evidência científica” exaustiva para tomar medidas políticas. Isso seria irreal.

A noção de fundamentação é aqui empregue para significar, essencialmente, duas coisas: - o processo de reunir a argumentação disponível (teórica, experiência nacional, experiência internacional) que justifique a vantagem da solução adoptada face a outras alternativas;

- a antecipação dos resultados da medida a adoptar, de forma a estabelecer expectativas objectivas, de cuja observação resulta a aprendizagem necessária para fazer as correcções indispensáveis no futuro (aprender com a experiência).

A forma como foram adoptadas, preparadas e implementadas medidas como os Hospitais SA, as Parceria Público-Privadas, ou a Entidade Reguladora da Saúde,

afastam-se desta noção, não excessivamente exigente, de fundamentação técnica das medidas políticas.

(b) Quanto à disponibilidade de analisar com os actores sociais as medidas propostas (e os seus eventuais resultados) de forma a promover um clima de confiança no sector da saúde o Decreto-Lei sobre os CSP e a criação da ERS suscitaram praticamente uma quase unanimidade critica (incluiu tanto múltiplos sectores profissionais como meios académicos). Não se tratava de questões menores – bem pelo contrário. E, no entanto, o Governo insistiu em adoptar os projectos aprovados, com as consequências conhecidas.

(c) Quanto à transparência da informação em relação aos resultados das medidas tomadas pelo Governo.

Assistiu-se a um nítido aumento da intensidade do marketing político, centrado em interpretações de conveniência de dados incompletamente disponibilizados, em substituição de um processo analítico com contraditório. São disso exemplo o 1º relatório anual sobre os Hospitais SA, os aspectos de financiamento da saúde revelados pelo Relatório Constância e, muito particularmente, os sucessivas anúncios sobre as listas de espera cirúrgicas.

A novidade dos anúncios pagos sobre sucessos precoces da acção governativa, sem se disponibilizarem os dados originais, os procedimentos analíticos e a ficha técnica dos trabalhos que eventualmente suportavam esses anúncios, não ajudaram à credibilidade do Ministério da Saúde.

Naturalmente, a política de saúde do período 2002-2005 merece ser mais detidamente estudada e com maior distanciamento.

Algumas observações que podem ser o ponto de partida de uma análise mais profunda:

a) As dificuldades em assumir uma agenda de ruptura

Parece claro que se adoptou uma nova agenda política para a saúde:

- Inclusão do privado e do social numa “rede de cuidados de saúde” financiados pelo Estado;
- Hospitais SA,
- Crescente “outsourcing” nos serviços públicos,
- Gestão privada de todos os novos hospitais públicos, através das parcerias público-privado;
- Nova linha de financiamento no Saúde XXI para a iniciativa privada.

Porque não assumi-la clara e completamente?

b) Vantagens e desvantagens de líderes de reforma sem uma cultura de serviço público e de saúde

Assumir a liderança de uma reforma da saúde sendo de uma proveniência cultural diferente tem algumas vantagens – permite um olhar novo sobre velhos problemas, está-se mais liberto dos condicionamentos de relações preexistentes é possível tirar partido de conceitos e experiências desenvolvidas noutros sectores.

Contudo, as agendas políticas não podem ser pensadas fora do contexto social, económico e cultural. É necessária uma atitude de grande modéstia face às especificidades do sistema de saúde e ao conhecimento da forma como operam os seus principais determinantes, às razões dos êxitos e insucessos do passado.

(c) Agendas políticas e processo de governação – a necessidade de entender tanto a importância de cada uma destas noções como a distinção entre elas

O OPSS procura identificar e descrever as agendas políticas em presença na sociedade portuguesa no domínio da saúde.

Tem-se insistido na necessidade de distinguir entre a legitimidade da acção governativa e os princípios da “boa governação”.

Por outras palavras, pode haver uma agenda política legítima “mal governada”:

- porque os instrumentos da governação (leis, normas, gestão dos recursos e das organizações) ou são limitados ou são incompetentemente utilizados;
- porque as soluções concretas adoptadas para realizar a agenda no terreno não funcionam, em virtude de desenho e preparação apressadas, não levando em linha de conta os conhecimentos existentes ou falhando no processo de avaliação, reajustamento que o confronto com as realidades concretas requer;
- porque falta capacidade de análise e direcção estratégica, incluindo o estudo preciso da agenda dos actores sociais, para articular as medidas necessárias numa lógica adequada de discurso, sinergia e complementaridade, de sequência temporal adequadas para gerir a mudança;
- porque são violados persistentemente os princípios mais gerais de “boa governancia” – inclusão, transparência e responsabilização – necessários para criar um clima social que sustente a mudança.

É tão legítimo realizar uma agenda política sufragada eleitoralmente como é ilegítimo tentar fazê-lo não aderindo aos princípios de boa governação.

É possível identificar na sociedade portuguesa dois desvios frequentes naquilo que deve ser uma clara distinção entre os valores da agenda política e as regras dos processos de boa governação:

- O primeiro, é uma espécie de “excesso da política”, em que os agentes políticos se sentem à vontade para ignorar princípios básicos de boa governação sob a “protecção” da legitimidade política da sua agenda;
- O segundo, constitui-se como uma certa cultura de “centrismo imaginário, politicamente neutro”, identificável tanto entre governantes, como entre comentadores políticos de meios de comunicação de referência. Configuram-se assim cenários irreais, destituídos de valores (“value-free”), em que decisões políticas surgem como ilegítimas por serem ideológicas e contrárias a um senso comum para o qual os valores que informam as diferentes agendas políticas são irrelevantes.

Ambas estas posições enfraquecem a política, minoram o papel do conhecimento e dificultam a compreensão e participação dos actores sociais na gestão da mudança de sistemas sociais complexos, como o da saúde.

O CASO DAS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS

RESUMO

A análise das listas de espera cirúrgicas, que aqui se apresenta, foi baseada no Relatório da Auditoria do Tribunal de Contas, ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC). Este constitui uma iniciativa de mérito que deve ser realçada pelo seu pioneirismo e intenção de prestar contas do modo como foram aplicados os recursos públicos afectos a este programa.

Apesar dos obstáculos encontrados pelos auditores, nomeadamente no sistema de informação, em que se confirma a **falta de transparência da informação** insistentemente solicitada, quer pela comunicação social, quer pelo OPSS, o Relatório por eles elaborado consegue disponibilizar pela primeira vez um conjunto de dados e informações particularmente úteis para os cidadãos que acompanham interessadamente a política de saúde do país.

Embora se verifiquem algumas omissões e dificuldades metodológicas, decerto decorrentes do pouco tempo disponível para a realização dum trabalho desta complexidade, podem retirar-se deste Relatório algumas lições, úteis, e ensinamentos em relação à maneira como se deve abordar este tipo de programas e do modo como se deve proceder à sua avaliação. Destacamos, nomeadamente, o enquadramento analítico, a exaustividade da análise e as recomendações, embora estas últimas pareçam pouco conciliáveis com a gravidade da situação descrita.

Quanto à informação proporcionada pelo Relatório, ela permitiu retirar algumas conclusões, entre as quais sublinhamos as seguintes: (i) insuficiente desagregação da informação; (ii) omissão dos critérios que levaram à constituição da lista de espera cirúrgica; (iii) desvio de uma fracção do horário da produção programada para o PECLEC; (iv) carência de fundamentação para os desvios encontrados entre a despesa no sector público e no sector privado; (v) constituição de uma nova lista de espera cirúrgica com 92.5% dos casos com uma espera média superior a 180 dias; (vi) ausência de medidas estruturantes que reconduzissem a produção cirúrgica para níveis que correspondessem às necessidades, dentro de tempos de espera clinicamente aceitáveis.

Não é, no entanto avaliada a demora entre o agendamento e a realização da cirurgia. Este é um aspecto particularmente crítico deste tipo de programas, visto ter sido detectado em auditorias realizadas noutros países demoras de 72 horas, inviabilizando a comparência de muitos casos ao mesmo tempo que os remetia para o momento 0 da contagem do tempo. Assim, invalidam-se os dados sobre tempos de espera. Existem fortes indicações circunstanciais que isto está a acontecer em Portugal

Uma questão particularmente importante relaciona-se com o facto de, para efeitos de resposta à lista de espera cirúrgica, a distribuição horária configurar, em alguns casos, a existência do que poderíamos designar por dois hospitais num só. Um (o da manhã), cuja produção é realizada dentro do horário normal de funcionamento, e outro (o da tarde) em que a produção é realizada em horário extra, paga por acto cirúrgico. Esta situação arrisca agravar as distorções estruturais, que no fundo são parte das causas das listas de espera.

INTRODUÇÃO

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) através dos quatro números do Relatório de Primavera, tem procurado, acompanhar e analisar, na medida em que a informação disponível o tem permitido, os programas que se têm proposto melhorar o acesso aos cuidados de saúde na vertente da recuperação das listas de espera cirúrgicas. Ao mesmo tempo, o OPSS tem contribuído para a difusão do quadro conceptual sobre o acesso e apresentado sugestões de melhoria da sua gestão, baseadas nos exemplos de [Espanha](http://www.defensordelpueblo.es) (www.defensordelpueblo.es) e Grã-Bretanha (www.audit-commission.gov.uk), 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, C. *Acesso aos cuidados de saúde. Porque esperamos?* Editora Campo da Comunicação, Colecção Saúde, 2004)

As considerações que se expressam são baseadas na informação contida no Relatório do Tribunal de Contas e devem ser entendidas no quadro da missão do OPSS e na busca das melhores respostas para um problema tão sentido pelos portugueses. Constituindo os resultados desta auditoria uma fonte privilegiada de informação para ajuizar da bondade com que são aplicados os recursos públicos, o OPSS assume os interesses do cidadão informado.

Com a publicação do relatório da auditoria às Administrações Regionais de Saúde sobre a avaliação dos resultados da execução do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC, realizado pelo Tribunal de Contas (¹ Tribunal de Contas. *Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC*. Relatório nº. 15/2005 -www.tcontas.pt), os portugueses têm, pela primeira vez, acesso ao um conjunto de dados e informação até agora indisponível, de forma organizada.

Pelo seu pioneirismo na matéria, deve ser realçado o trabalho realizado pela equipa de auditores que, de acordo com o seu relato, nem sempre foi realizado nas melhores condições. Isto, designadamente por “dificuldades de harmonização de conceitos e interpretação no apuramento dos dados” e “uma deficiente coordenação e articulação dos sistemas informáticos originando informação incompleta e divergente”. Apesar disso, reconhece-se o mérito da iniciativa e o contributo em tornar acessível e compreensível uma actividade dos serviços de saúde onde a cultura da avaliação e da prestação de contas ainda está insuficientemente desenvolvida e por essa razão carece de investigação e aperfeiçoamento dos seus instrumentos de análise.

Por isso, este tipo de intervenção, considerado o valor intrínseco que representa a documentação da actividade fiscalizadora de uma entidade independente como o Tribunal de Contas, deve constituir uma oportunidade para a correcção dos erros detectados e um instrumento de aprendizagem para quem se interessa e acompanha com responsabilidade a política de saúde do país.

Iremos dividir essas considerações em duas partes – as fragilidades verificadas na execução do PECLEC e a análise da informação apresentada. Em cada uma das partes trataremos os aspectos que do ponto de vista do Observatório mais interessam à melhoria do funcionamento dos serviços e da resposta a dar aos cidadãos.

AS FRAGILIDADES VERIFICADAS NA EXECUÇÃO DO PECLEC

O Relatório caracteriza suficientemente o quadro jurídico do PECLEC, o seu horizonte temporal, o volume de casos para serem atendidos, o dispositivo organizacional das entidades intervenientes na sua gestão e as respectivas competências.

São fixados: o âmbito, os objectivos gerais e os objectivos operacionais da auditoria e é descrita a metodologia adoptada e identificadas as principais limitações encontradas.

São apresentadas as conclusões da auditoria sob a forma quantificada de, (i) avaliação dos objectivos do PECLEC, (ii) execução física e financeira do PECLEC, (iii) avaliação da qualidade dos serviços prestados, (iv) avaliação do desempenho das Comissões de Acompanhamento, (v) influência do PECLEC na actividade normal dos estabelecimentos hospitalares da rede pública, (vi) volume da nova lista de espera em 31 de Janeiro de 2005, desagregada por ARS e por hospital e com a respectiva indicação da demora média.

É ainda apresentado um conjunto de dados desagregados por hospitais do sector público e privado relativos a, (i) volume de casos em PECLEC, (ii) volume de casos resolvidos e (iii) avaliação da qualidade dos serviços prestados. Com discriminação por hospital da rede pública, são ainda apresentados dados e informação relativos, (a) ao volume de casos da nova lista de espera e a respectiva demora média, (b) indicadores de produção e produtividade da actividade normal dos hospitais aderentes ao PECLEC (consultas externas e actividade cirúrgica), (c) dados sobre a actividade cirúrgica verificada nas especialidades em que se incluem os casos abrangidos pelo PECLEC, (d) informação sobre as irregularidades detectadas na consulta a uma amostra de 320 processos clínicos relativos a uma amostra de 16 hospitais.

Da análise da informação proporcionada pelo Relatório é-nos possível referir os seguintes aspectos, que constituem outros tantos pontos fracos da concepção, planeamento e execução do PECLEC:

Não há uma base de evidência para a decisão de ampliar a lista de espera para 52 entidades cirúrgicas e posteriormente para 68 (Portaria nº 1234/2003, de 22 de Outubro, alterada pela Portaria n.º 816/2004, de 15 de Julho, que procede à inclusão de novas patologias), sabendo-se unicamente que, em 31 de Agosto de 2003, numa avaliação intercalar realizada pelo Ministério da Saúde e publicada no seu *site* (www.min-saude.pt), 67% da produção correspondia, na altura, a 10 patologias – cataratas, hérnia abdominal, varizes, colecistites, amigdalites, síndrome do túnel cárpico, patologia nasal, patologia do útero, patologia do joelho e patologia da anca. E que 0.7% da produção correspondia às 10 patologias com menor volume de produção (todas com menos de 100 cirurgias realizadas) – estrabismo, patologia do aparelho lacrimal, procedimentos nas válvulas cardíacas, patologia intracranéana, hérnia diafragmática, bypass coronário, patologia das glândulas salivares, excisão do canal tiroglossos, glaucoma, patologia torácica.

Como não está justificada a inclusão de 19 serviços, em 156 que forneceram informação, com casos em que as demoras médias variavam entre 12 – 60 dias, dos quais 4 em ortopedia, 3 em cirurgia, ginecologia, ortopedia e urologia, 1 em cirurgia plástica, neurocirurgia e ORL, alguns deles, pelo menos, dentro dos tempos de espera clinicamente aceitáveis. Assim como não está justificado o tempo médio de espera de 1460 dias apresentado por um hospital para as 8 especialidades contratualizadas.

Verifica-se uma discrepância não justificada em 23 daqueles 156 serviços, entre a demora média para os casos de cirurgia programa (actividade normal) e a demora média

dos casos incluídos no PECLEC. Na altura da formação da lista de espera do PECLEC (2002), a variação entre aquelas demoras situava-se entre 1 – 288 dias, com a seguinte distribuição por intervalos de tempo:

≤ 30 dias	8 serviços
31 - 90 dias	8 serviços
91 - 180 dias	4 serviços
> 180 dias	3 serviços

Estes diferenciais podem querer dizer que, (i) os casos resolvidos nesses serviços terão resultado de um mix de casos referenciados e de casos da lista do próprio serviço que fizeram diminuir a demora média da lista do PECLEC, (ii) houve situações em que o critério de inclusão “tempo de espera” esteve ausente.

O nível de desagregação dos 182 473 casos constantes do PECLEC respeita as ARS e os hospitais mas nunca chega às patologias e aos respectivos tempos de espera. Assim como não se analisa a estrutura dos 58 926 casos expurgados, útil para o afinamento do sistema de informação e dos critérios de selecção e inclusão. Por exemplo, os 47 137 casos constantes da lista atribuída ao sector social e privado e em que não foi realizada intervenção cirúrgica são considerados casos expurgados, ou, como é afirmado no Relatório, deveu-se ao facto de a “identificação dos doentes a serem intervencionados, não estarem devidamente actualizados”, terem-se verificado “situações não elegíveis identificadas e comunicadas pelas entidades privadas (que) não colheram o devido tratamento por parte das ARS”, existirem “doentes a quererem ser operados no seu hospital de origem”?

De igual forma, a discriminação do volume de produção contratualizada é feita por especialidade cirúrgica, tempo de espera e por hospital, mas nunca é apresentada por patologia e respectivo tempo de espera, afinal o objecto deste tipo de programas e a informação mais elementar para a sua avaliação.

Não é evidente que, para além do tempo de espera, tenham sido incluídos outros critérios de ordenamento dos casos para intervenção – a urgência, a gravidade, a necessidade e a equidade. Além disso, não estão tipificados os tempos de espera clinicamente aceitáveis para cada patologia.

Não é avaliada a demora entre o agendamento e a realização da cirurgia. Este é um aspecto particularmente crítico deste tipo de programas, visto ter sido detectado em auditorias realizadas noutros países demoras de 72 horas, inviabilizando a comparência de muitos casos ao mesmo tempo que os remetia para o momento 0 da contagem do tempo.

A ter-se de facto verificado, e não podendo ser na base dos pagamentos dos actos cirúrgicos, estabelecidos por tabela, não são explícitos os critérios em que assentou a concorrência entre o sector público e o sector privado. Menor tempo de espera para realização das cirurgias? Maior disponibilidade para as cirurgias de ambulatório?

Tendo 54% da produção cirúrgica do PECLEC sido realizado em horário normal e mesmo considerando que 71% dos hospitais do SNS aderentes ao programa tenham aumentado a sua produção e a sua produtividade, verifica-se que este tipo de resposta acabou por se repercutir na constituição de uma nova lista de espera, ao se substituir produção cirúrgica programada por produção cirúrgica do âmbito do PECLEC. **As melhores práticas têm mostrado que a produção cirúrgica orientada para programas específicos deve ser realizada em horário extra e ter um horizonte temporal preciso, compatível com a capacidade disponível do sistema de saúde.**

Tudo indica, porém, e tendo em conta as reiteradas declarações do então Ministro da Saúde de dar resposta a esta lista de espera em 2 anos, que foi o critério político de resolução dos casos incluídos no PECLEC que comandou todo o planeamento da produção cirúrgica durante o espaço de tempo que durou. Este tipo de operação fica mais facilitada sempre que não estão explícitos os critérios de priorização das intervenções.

Nos casos em que os dados estavam disponíveis, identificaram-se 51 situações, nos anos de 2002 e 2003, em que as cirurgias realizadas foram superiores ao volume de doentes intervencionados. Verificou-se que esse diferencial foi de +2 269 cirurgias (6 850 cirurgias/4 581 doentes), com uma média de 1.5 cirurgias/doente e variando entre 2 a 503 cirurgias, com a seguinte distribuição diferencial:

≤ 40 cirurgias	36 situações	60%
41 - 80 cirurgias	10 situações	20%
≥ 81 cirurgias	5 situações	10%

Nas 20 irregularidades detectadas pela consulta a uma amostra de 320 processos clínicos, todas elas relativas a sobreposição do horário normal de serviço e a realização de actos cirúrgicos incluídos no PECLEC, foi adoptado o critério que levou à reposição de pagamentos indevidos na base do vencimento e não aos honorários devidos ao preço dos GDH respectivos. É esta escolha que explica que o total dos pagamentos indevidos tenha totalizado 500.06€.

Quanto à execução financeira, verificou-se uma variação acentuada dos custos médios entre os hospitais do sector social/privado e do sector público (+ 21%), entre os hospitais SA e os hospitais SPA (+ 11%), entre os hospitais do sector social/privado e os hospitais SPA (+ 25%) e SA (+ 16%) (**Quadro III e Gráfico I**). Não tendo os custos financeiros sido tratados por patologia e por volume de produção, e desconhecendo-se essa distribuição pelas três entidades analisadas, torna-se impossível estabelecer comparações e ajuizar do mérito de cada uma delas.

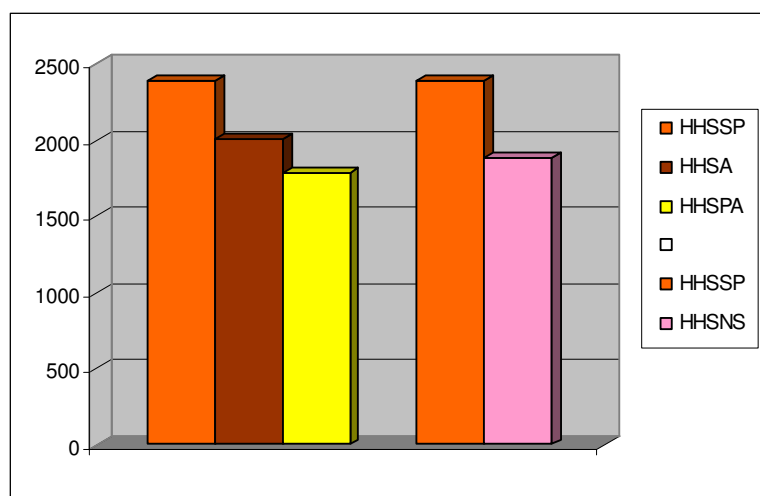
Quadro III – Desempenho das entidades envolvidas no PECLEC

	HH SSP	HH SA	HH SPA	HH SNS	%Δ	%Δ	%Δ	%Δ
	(1)	(2)	(3)	(4) =(2+3)	5=(1-4)	6=(1-2)	7=(1-3)	8=(2-3)
Produção*	14 815	20 288	25 748	46 036	- 211%	- 37%	- 74%	-30%
Custos (€)	35 435 217	40 850 439	45 977 846	86 828 285	- 145%	- 15%	- 30%	-13%
Custo médio (€)	2 392	2 014	1 786	1 886	+21%	+16%	+25%	+11%

Fonte: Tribunal de Contas. Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC. Relatório nº 05/2005

Legenda – (*) Produção em horário acrescido (Hospitais SA e SPA); HH SSP – hospitais do sector social e privado; HH SA – hospitais SA do SNS; HH SPA – hospitais do sector público administrativo; HH SNS – hospitais do Serviço Nacional de Saúde

Gráfico I. Custo médio das cirurgias do PECLEC, nos sectores social e privado, hospitais SA, hospitais do sector público administrativo e hospitais do SNS



Legenda – HHSP – hospitais do sector social e privado; HHSA – hospitais SA; HHSPA – hospitais do sector público administrativo; HHSNS – hospitais do SNS (SA+SPA)

Quanto à nova lista de espera, 192 957 casos em 31 de Janeiro de 2005, a demora média ajustada ao volume já era naquela data de 301 dias (10 meses). Além disso, mantém-se desconhecida a estrutura da sua composição.

Quanto ao Relatório, em si mesmo, não é feito um enquadramento histórico do que tem constituído, nos últimos dez anos, o processo de recuperação das listas de espera cirúrgicas, nem são referidas as iniciativas levadas a cabo noutros países europeus e os respectivos resultados. Também não há uma definição de conceitos com vista a homogeneizar a sua leitura, análise e interpretação. Neste caso teria sido importante fixar os conceitos de acesso, acessibilidade, espera, tempo de espera clinicamente aceitável, cirurgia de ambatório e amplitude do acto cirúrgico, entre outros.

Relativamente à avaliação da qualidade dos serviços prestados e da satisfação dos utentes do programa, a metodologia utilizada coloca algumas interrogações. Desde logo a composição da amostra, tendo 54.5% dos casos sido tratados no sector social e privado e 45.5% no sector público. No entanto, dos 115 568 casos resolvidos, 87% foram-no no sector público e 13% no sector social e privado. A estratificação por este critério mostra um claro enviesamento da estrutura da amostra. A amostra útil, representada por 239 respondentes, é composta por 147 casos tratados no sector social e privado (61.5%) e 92 casos tratados no sector público (38.5%), agravando-se desta maneira o enviesamento inicial da amostra. Quanto há dimensão da amostra útil, consideradas as proporções dos casos resolvidos no sector público e no sector social e privado, deveria ser de pelo menos 300 casos (Lutz, W. *Como seleccionar amostras para inquéritos*. Associação Internacional de Epidemiologia, 1986). Além disso não é analisada a fracção da amostra inicial que não respondeu ao questionário (201 casos) e comparada com a fracção respondente para efeitos de inferência sobre a sua representatividade. Mas uma vez que o questionário também é sobre satisfação, a selecção da amostra requeria um outro nível de estratificação – por sexo, grupo etário, tempo de espera, tipologia da intervenção (ambatório/internamento), uma vez que são estas algumas das variáveis que influenciam a natureza das respostas (Shortell et al, 1977; Hall et al, 1987). Pode-se concluir, assim, que o método utilizado para seleccionar esta amostra inviabilizou a sua representatividade, tendo comprometido todos os resultados obtidos. Estando também incluída no questionário uma pergunta sobre o

tempo de espera para a realização da cirurgia, e sabendo-se que a fiabilidade das respostas referidas a um acontecimento está na razão inversa da altura em que ele ocorreu, são de duvidosa precisão todas as respostas que indiquem um horizonte temporal superior a 2 anos.

ANÁLISE DA INFORMAÇÃO APRESENTADA

Na ausência de dados estatísticos sobre as 68 patologias incluídas no programa e os respectivos tempos de espera – volume, tempo máximo, tempo mínimo, média, moda, mediana, distribuição por intervalos de tempo – procedeu-se à análise dos dados que lhes estão mais próximos, os tempos médios de espera por especialidade e por serviço, e de alguma informação sobre a produção.

Dos 270 serviços identificados, forneceram informação sobre os tempos de espera 156 serviços, correspondente a 58% do total. Para efeito de análise, os auditores agregaram as 68 patologias em 9 especialidades – cirurgia, cirurgia plástica, cirurgia maxilo-facial, neurocirurgia, ortopedia, ORL, oftalmologia, ginecologia e urologia¹. Se exceptuarmos o caso da especialidade de maxilo-facial, em que os 2 serviços apresentaram os tempos médios de espera da lista de casos, a ortopedia e a oftalmologia foram as especialidades que disponibilizaram mais informação sobre os tempos médios de espera, com 65% do total dos serviços, e a neurocirurgia a que disponibilizou menos informação, com 36% do total dos serviços (Quadro IV).

Quadro IV. Distribuição das especialidades cirúrgicas que forneceram informação sobre as suas listas de espera

Especialidades	Total de serviços aderentes ao PECLEC	Total de serviços que forneceram informação sobre tempos de espera	%
Cirurgia	64	41	64%
Ortopedia	51	33	65%
ORL	39	22	56%
Oftalmologia	34	22	65%
Urologia	29	13	45%
Ginecologia	25	12	48%
Cirurgia plástica	15	7	47%
Neurocirurgia	11	4	36%
Maxilo-facial	2	2	100%
Total	270	156	58%

Fonte: Tribunal de Contas. Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC. Relatório nº 05/2005

A demora média dos casos incluídos nestas especialidades variou entre 355 dias (oftalmologia) e 1 999 dias (cirurgia maxilo-facial), com uma demora média geral de 571 dias (1,6 anos) (Quadro IV), muito longe do valor divulgado pelo então Ministro da Saúde que o situava em 5.5 anos².

¹ Na ausência de informação discriminada sobre as patologias tratadas em Cirurgia I, Cirurgia II e Cirurgia III, agregou-se sob a designação genérica de Cirurgia, aquelas entidades, a cirurgia de ambulatório e a cirurgia geral.

² Diário de Notícias, 28 de Abril de 2004.

Quadro V. Demoras médias dos casos incluídos nas 9 especialidades, em todos os serviços

	Cirurgia	Cirurgia plástica	Neuro cirurgia	Ortop.	ORL	Urologia	Oftalm.	Ginecol.	Max.-facial	Total
Σ^*	23597	7451	2608	15870	14127	8169	7809	5428	3998	89057
Serviços	41	7	4	33	22	13	22	12	2	156
Média	576	1064	652	481	642	628	355	1064	1999	571
Média Mx	2009	1933	1304	1448	2334	1254	1100	1284	2628	1699
Média Mm	150	747	362	150	200	189	108	145	1370	380

Fonte: Tribunal de Contas. Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC. Relatório nº 05/2005

Legenda – (*) somatório das demoras médias em cada especialidade; Média Mx – média máxima; Média Mm – média mínima

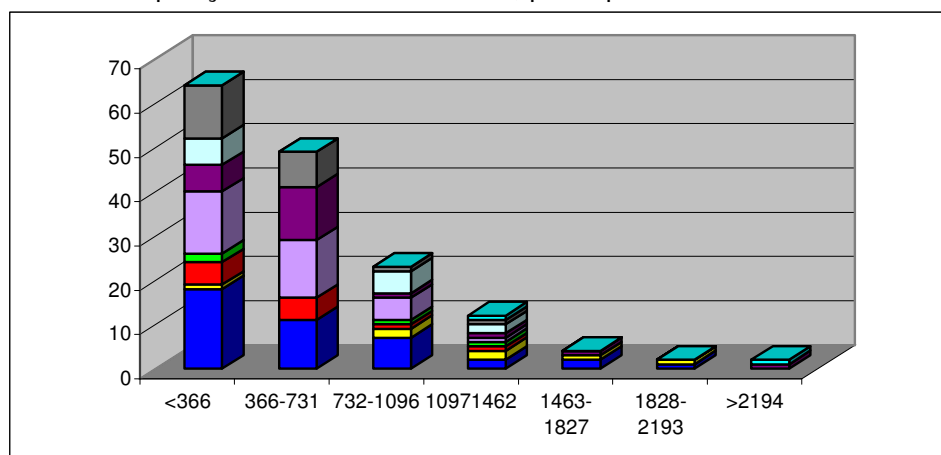
A frequência destas demoras médias por intervalo de tempo mostram que, em Junho de 2002, os casos de 41% dos serviços tinham ≤ 365 dias de espera média e os casos de 2.6 % dos serviços e 4 especialidades – cirurgia, cirurgia plástica, maxilo-facial e ORL – apresentavam uma demora média superior a 5 anos (Quadro VI, Gráfico II). Relativamente aos serviços com demoras médias ≤ 365 dias, 40% apresentavam casos com demoras médias ≤ 180 dias.

Quadro VI. Distribuição das demoras médias, por serviços e especialidades

Intervalo de espera média	Total de Serviços	%	Total de especialidades	%
< 366 dias	64	41%	8	89%
366 – 731 dias	49	31%	5	56%
732 – 1096 dias	23	15%	8	89%
1097 – 1462 dias	12	7.7%	8	89%
1463 – 1827 dias	4	2.6%	3	33%
≥ 1828 dias	4	2.6%	4	44%
Total	156	100%	9	

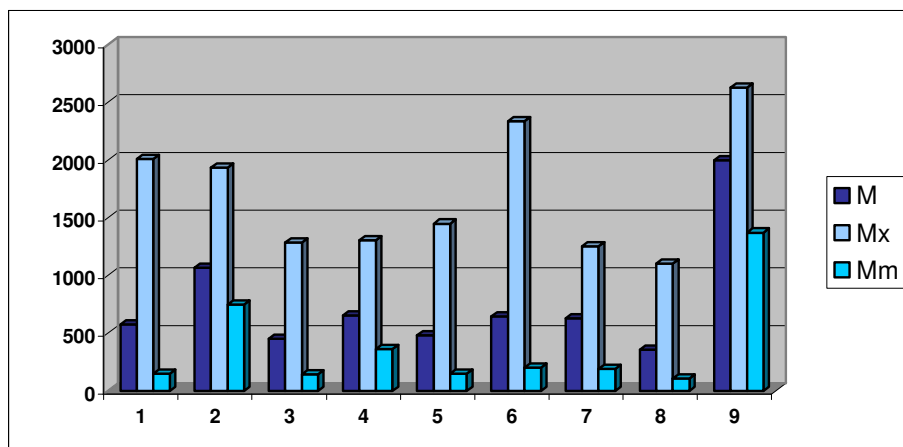
Fonte: Tribunal de Contas. Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC. Relatório nº 05/2005

Gráfico II. Composição das demoras médias, por especialidades. Todos os serviços.



Em consequência desta distribuição, a demora média de cada especialidade aproxima-se mais da demora média mínima do que da demora média máxima (Gráfico III).

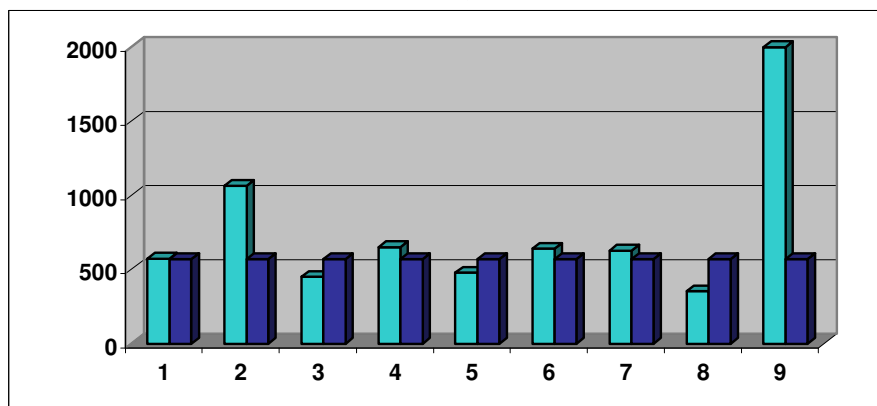
Gráfico III. Distribuição das demoras média, média máxima e média mínima. Todos os serviços.



Legenda: 1 – cirurgia, 2 – cirurgia plástica, 3 – ginecologia, 4 – neurocirurgia, 5 – ortopedia, 6 – ORL, 7 – urologia, 8 – oftalmologia, 9 – maxilo-facial.
M – média; Mx – média máxima; Mm – média mínima

Se exceptuarmos duas especialidades – cirurgia plástica e maxilo-facial -, verifica-se que há uma grande homogeneidade na variação da demora média de cada especialidade em torno da demora média geral (571 dias) e da recta de tendência das demoras médias em cada especialidade (Gráfico IV). Os casos atípicos são a cirurgia plástica e a cirurgia maxilo-facial, com demoras médias muito acima do valor da demora média geral e a oftalmologia com um valor de demora média bastante inferior ao da demora média geral.

Gráfico IV. Variação das demoras médias das 9 especialidades em torno da demora média geral



Legenda: 1 – cirurgia, 2 – cirurgia plástica, 3 – ginecologia, 4 – neurocirurgia, 5 – ortopedia, 6 – ORL, 7 – urologia, 8 – oftalmologia, 9 – maxilo-facial

Analisando a variação da demora média de cada serviço relativamente a cada uma das 9 especialidades onde estão agregadas as 68 patologias, obtêm-se os resultados seguintes (Gráficos V a XIII): (i) na especialidade de cirurgia, 32% dos serviços apresentavam casos com demoras médias superiores à demora média da especialidade; (ii) na cirurgia plástica 43%; (iii) na ginecologia 42%; (iv) na neurocirurgia 50%; na ortopedia 42%; (v) na ORL 41%; (vi) na urologia 54%; (vii) na oftalmologia 45% e (viii) na maxilo-facial 50%.

Gráfico V. Variações em torno da média.
Cirurgia

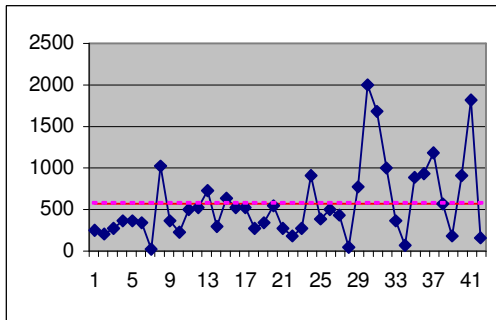


Gráfico VI. Variações em torno da média
Cirurgia plástica

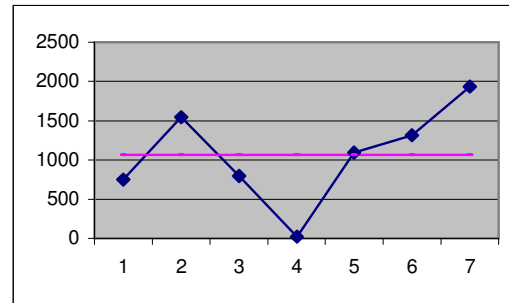


Gráfico VII. Variações em torno da média
Ginecologia

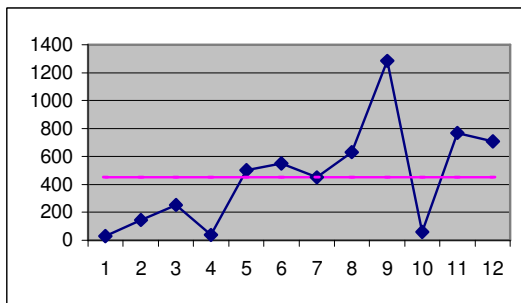


Gráfico VIII. Variações em torno da média
Neurocirurgia

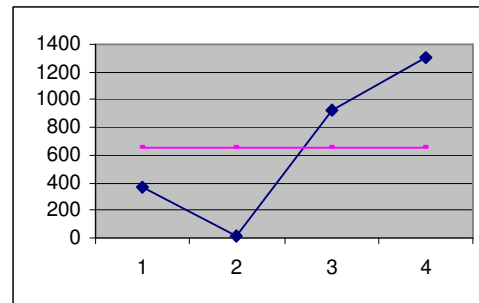


Gráfico IX. Variações em torno da média
Ortopedia

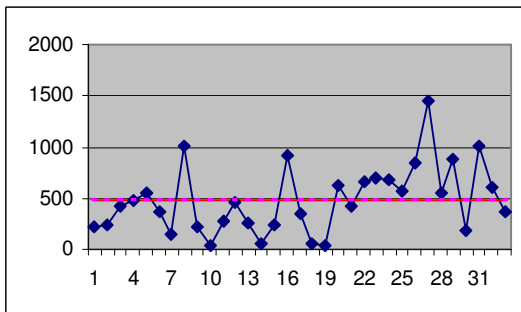


Gráfico X. Variações em torno da média.
ORL

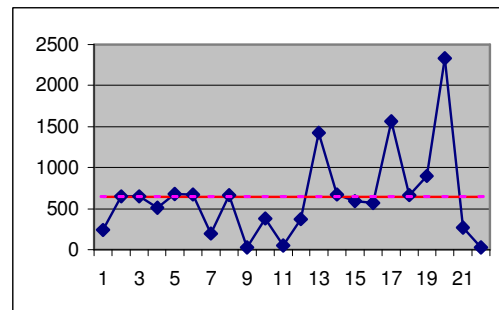


Gráfico XI. Variações em torno da média.
Urologia

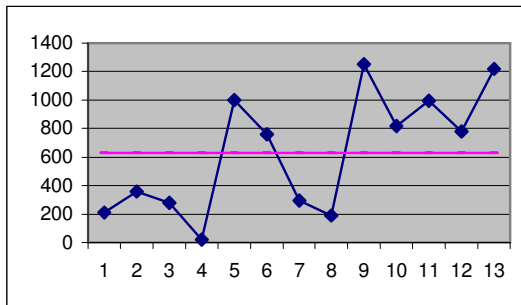


Gráfico XII. Variações em torno da média.
Oftalmologia

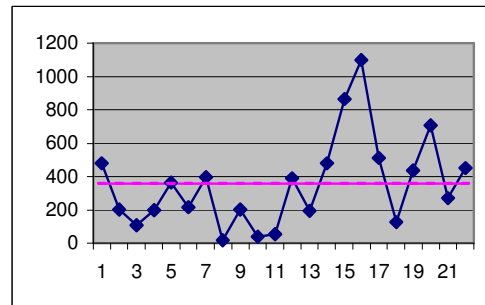
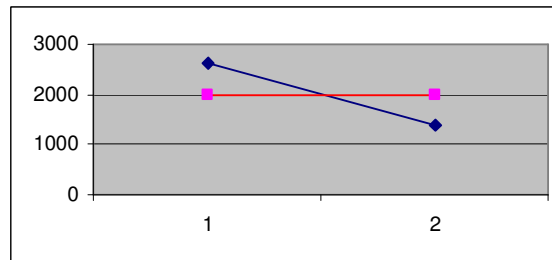


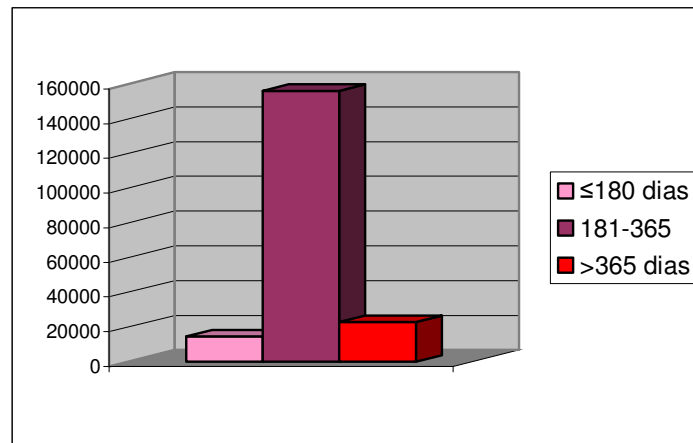
Gráfico XIII. Variações em torno da média.
Maxilo-facial



Foi também objecto da Auditoria verificar a constituição da lista de espera cirúrgica iniciada em 1 de Julho de 2002, e em 31 de Janeiro de 2005 com 192 957 novos casos. Por diversas vezes, o Ministro da Saúde de então declarou que aquele valor se devia a um considerável aumento da produção de consultas externas, que induziria ao diagnóstico de um maior número de patologias com indicação cirúrgica. Com base nos dados constante do Relatório, iremos identificar, analisar e enquadrar as potenciais condicionantes desta lista de espera.

Relativamente à lista com 192 957 casos em espera, a estrutura da demora média dos casos é a seguinte (Gráfico XIV), com 92.5% dos casos já com uma demora média de espera superior à fixada (180 dias) e com a percentagem de casos com uma demora média ≥ 365 dias a ultrapassar já os casos ainda dentro da demora média considerada clinicamente aceitável. **Estes valores contrariam as declarações do então Ministro da Saúde** (Jornal de Notícias, 28 de Abril de 2004), **que situava em 180 dias a espera média por uma intervenção cirúrgica após a conclusão dos casos incluídos no PECLEC.**

Gráfico XIV. Volume de casos, por demora média



Segundo dados do Relatório, entre 2001 e 2003 ter-se-á verificado um aumento constante na produção de consultas externas e de cirurgias, com maior significado em 2003, em que os aumentos foram de 8.2% e 10%, respectivamente (Quadro VII).

Quadro VII. Variação da produção de consultas externas e cirurgias (2001-2003)

	2001	2002	2003	Δ 2002/01	Δ 2003/02	Δ 2003/01
Total de consultas	5 714 751	6 093 724	6 596 896	378 973 (+6.6%)	503 172 (+8.2%)	882 145 (+15.4%)
Total de cirurgias	380 949	382 731	423 569	1 782 (+0.5%)	40 838 (+10%)	42 620 (+11%)

Fonte: Tribunal de Contas. Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas – PECLEC. Relatório nº 05/2005

O valor médio do ratio cirurgias/consultas externas em 2001-2003 foi de 6.5 cirurgias/100 consultas externas, variando entre 6.7 em 2001 e 6.3 em 2002 (Quadro VII). Por ARS, este ratio foi sempre diminuindo, tendo variado em 2001 entre 5.6 – 8.0, em 2002 variou entre 5.4 – 7.5 e em 2003 entre 5.3 – 7.4. Os ratios marginais foram de 0.47 cirurgias/100 consultas em 2002/01 e de 8.1 em 2003/02 com um ratio marginal médio de 4.8 cirurgias/100 consultas externas (Quadro VIII). Com base no valor médio do ratio cirurgias/consultas externas, em 2002 as necessidades estimadas em produção cirúrgica marginal (24 633 cirurgias) só tiveram uma cobertura de 7% e em 2003 (32 706 cirurgias) tiveram uma cobertura de 125%.

Quadro VIII. Variações dos ratios cirurgias/consultas externas (2001-2003)

	2001	2002	2003	Δ 2002/01	Δ 2003/02	Δ 2003/01
Total de consultas	5 714 751	6 093 724	6 596 896	378 973 (+6.6%)	503 172 (+8.2%)	882 145 (+15.4%)
Total de cirurgias	380 949	382 731	423 569	1 782 (+0.5%)	40 838 (+10%)	42 820 (+11%)
Ratio cir./cons.	6.7/100	6.3/100	6.4/100	-6%	+1.6%	-4.5%
Ratio marginal				0.47%	8.1%	4.5%

Das 22 851 cirurgias marginais que ficaram por realizar em 2002, o aumento da produção marginal em 2003 conseguiu recuperar 8 132 casos, transitando para a lista de

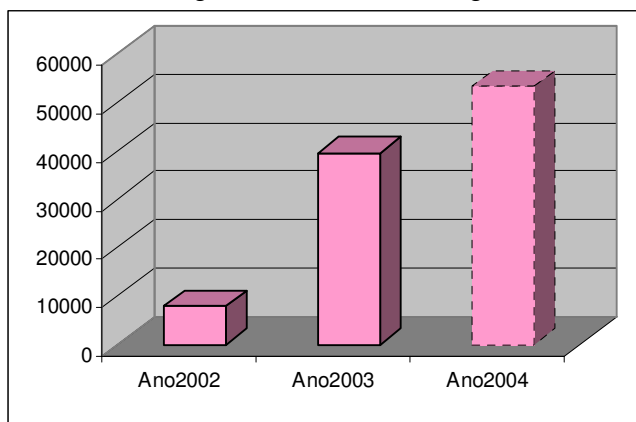
espera 14 719 casos. Assumindo que em 2004 se reproduziu o padrão de produção de 2003, terão sido transferidos para a nova lista de espera, em 1 de Janeiro de 2005, cerca de 6 600 casos.

Considerando que as 54 717 cirurgias da lista PECLEC, realizadas em horário normal, representaram outros tantos casos que transitaram para a nova lista de espera, e que o défice acumulado em 203/2004 foi cerca de 6 600 cirurgias, o total de casos estimados da nova lista de espera seria de 60 300.

De acordo com o ratio médio encontrado para as cirurgias/consultas externas, ficariam por explicar 132 700 casos. Se considerarmos, por outro lado, que na actual lista de espera todos os casos são verdadeiros positivos, e que 7.5% são casos dentro da espera média fixada como clinicamente aceitável, o ratio cirurgias/consultas externas será de 7.5 cirurgias/100 consultas externas, e as actuais necessidades não cobertas são cerca de 15%, se tomarmos como referência a produção cirúrgica de 2003. Mas se se vier a verificar que o volume de expurgos da nova lista de espera é equivalente ao verificado na lista do PECLEC, 32%, então o volume de casos verdadeiros positivos será de 131 210

Tendo-se iniciado em 2002, a produção cirúrgica do PECLEC neste ano cobriu 8% das 100 753 cirurgias realizadas, em 2003 cobriu 39% daquele total (39 482 cirurgias), sendo necessário que em 2004 a produção tenha atingido 53 340 cirurgias para se cumprir aquele valor, das quais 24 500 em horário extra, mais 35% do que em 2003 (Gráfico XV, Quadro IX).

Gráfico XV. Volume de cirurgias realizadas ao abrigo do PECLEC (2002-2004)



Legenda – Ano2004 – estimativa de casos resolvidos

Relativamente ao total da produção cirúrgica em 2003 – único ano em que o Relatório fornece dados completos relacionáveis com a produção ao abrigo do PECLEC –, verificou-se que a proporção de casos da lista PECLEC resolvida em horário destinado à cirurgia programada (8%) não foi muito desigual ao volume de casos resolvidos em horário extra (11%) (**Quadro IX**), quando a filosofia deste tipo de programas aponta para um padrão de aproveitamento horário diferente deste.

Para efeitos de resposta à lista de espera cirúrgica, esta distribuição horária configura, em alguns casos, a existência do que poderíamos designar por dois hospitais num só. Um (o da manhã), cuja produção é realizada dentro do horário normal de funcionamento, e outro (o da tarde) em que a produção é realizada em horário extra, paga por acto cirúrgico. Esta situação arrisca agravar as distorções estruturais, que no fundo são parte das causas das listas de espera.

Quadro IX- Distribuição da produção de cirurgias por tipo de horário

	Total de cirurgias	PECLEC (SNS)	%
Programadas	261 477	21 320	8%
Não programadas	162 092	18 162	11%
Total	423 569	39 482	9%

Resumindo, e na medida em que os dados disponíveis não permitem tirar conclusões, pode-se afirmar que com o actual padrão de aproveitamento da capacidade instalada no SNS, para se manter a demora média de 180 dias, nas 68 patologias cirúrgicas seleccionadas pelo Ministério da Saúde, estima-se que, actualmente, as necessidades não cobertas pelos hospitais do SNS variam entre 48 500 – 71 500 cirurgias/ano, dependendo da fiabilidade dos casos incluídos na lista de espera começada a constituir em 1 de Julho de 2002.

À razão de 6 224 novos casos cirúrgicos/mês e mantendo-se os actuais níveis de resposta às necessidades cirúrgicas, é esperado que em 30 de Junho de 2005 estejam 224 000 doentes em espera por uma cirurgia, com uma demora média de 350 dias. Tendo sido fixado uma demora média clinicamente aceitável de 180 dias, isso significará que naquela data existirão cerca de 156 000 doentes a aguardar por uma cirurgia com uma demora média superior à fixada.

POLÍTICA DO MEDICAMENTO

O OPSS tem procurado fazer o acompanhamento contínuo desde 2001, sobre um grupo fármaco-terapêutico - os antibióticos, tratando os dados e promovendo uma análise sumária sobre o que de importante se verificou no ano anterior.

Relativamente ao ano de 2004 não será possível proceder a essa análise pois foi modificado o sistema de conferência de facturas nas Sub-Regiões de Saúde o que tem atrasado substancialmente o envio da informação para o Infarmed que anualmente a tem disponibilizado ao OPSS.

Contudo, e com o eventual contributo do OPSS através da sua intervenção persistente desde 2001 no tema antibióticos, registaram-se algumas intervenções a nível nacional que vão de encontro às observações que neste âmbito foram produzidas. Simultaneamente a nível internacional foram-se confirmando os padrões de utilização de antibióticos já anteriormente descritos.

Com efeito, a nível interno, foi importante e relevante na área do medicamento em geral e na dos antibióticos em especial o seguinte:

- Plano Nacional de Saúde:
 - 8 metas na área do medicamento, entre as quais uma sobre a utilização das quinolonas e outra sobre a das cefalosporinas
- Portaria n.º 985/2004 de 4 de Agosto:
 - Rede Nacional para a Qualidade de Utilização do Medicamento (QualiMED)
 - Comissão para o Uso Racional do Medicamento (CURM)
- Uso correcto de antibióticos: iniciativa de uma multinacional farmacêutica apoiada pela DGS, OM e OF (www.antibioticos.com.pt/)

A nível internacional e de entre variada bibliografia relativa ao uso racional do medicamento e as suas consequências é de realçar o artigo publicado na Revista Lancet 2005; 365: 579-87 do artigo *"Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study"*

Plano Nacional de Saúde (PNS)

Regista-se a inclusão no PNS metas específicas para a área do medicamento. Esta metodologia tem sido um dos pontos essenciais que o OPSS tem vindo a referir nos seus 4 Relatórios de Primavera entretanto publicados. O PNS não só explicita 2 metas relativas aos antibióticos como alarga o seu campo a outro tipo de medicamentos cuja prescrição tem vindo a ser objecto de preocupação e análise internacional.

Tal como noutras áreas o PNS é bastante generoso no estabelecimento de orientações estratégicas e intervenções necessárias para o medicamento e produtos de saúde, sendo contudo menos ambicioso quando define as respectivas metas que constam do Quadro X.

São esperadas com expectativa as medidas conducentes a que se caminhe progressivamente em direcção às metas definidas para 2010. A experiência da observação do OPSS relativamente aos antibióticos é a de que mesmo com a

publicitação da evolução do perfil de prescriptor nacional ou distrital, a situação não tende a melhorar.

Quadro X - Plano Nacional de Saúde - Metas prioritárias para Acessibilidade do Medicamento

Indicador	Situação actual*	Projecção para 2010	Meta para 2010
Consumo em Euros de medicamentos <i>per capita</i> - mercado total	288,04	- Crescimento de 4%/ ano - 394,20 - Crescimento de 3%/ ano - 364,88	---
% da despesa total em medicamentos no PIB	2,2	---	2
% da despesa em medicamentos na despesa em saúde	23,9 (% encargos c/ medicamentos, no orçamento do SNS)	---	19
% dos medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos (em Jan./2004)	6,22 (a PVP)	---	[15 a 20]
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e anti-depressivos no mercado do SNS em ambulatório DDD/1000 hab./dia	Benzodiazepinas - 89 (2001) N05B (ansiolíticos) - 67,8 N05C (hipnóticos e sedativos) - 15,5 N06A (anti-depressivos) - 36,4	---	Reduzir em 20%
% de consumo de cefalosporinas/consumo total de antibióticos em ambulatório	12,6 (3,4 DDD/1000 hab./dia)	---	10,0
% de quinolonas/ consumo total de antibióticos em ambulatório	13,2 (3,6 DDD/1000 hab./dia)	---	10,6
% de medicamentos órfãos utilizados	N.D.	---	100

Fonte: INFARMED, dados da situação actual referem-se a 2002
N.D. - Não se encontra disponível

Para além das metas prioritárias são ainda de salientar o lançamento do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos e do Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, dada a sua relevante complementaridade.

Portaria n.o 985/2004 de 4 de Agosto

Tal como o estabelecimento de metas atrás citado, também a Portaria sobre o uso racional do medicamento vem ao encontro de medidas já há muito tomadas na maioria dos países da EU-15.

“.....a utilização de cada novo medicamento deve, hoje, ser considerada em relação às patologias a que se destina e ter em atenção o valor terapêutico acrescentado em relação às diferentes alternativas terapêuticas disponíveis e às características de determinados grupos de doentes.

Estes aspectos são já hoje tidos em consideração em sede de avaliação para efeitos de comparticipação, justificando uma atenção mais orientada no que concerne à sua utilização a nível dos serviços de saúde, nomeadamente no contexto de elaboração de normas orientadoras terapêuticas ou outras.

Por outro lado, a avaliação das condições de utilização de medicamentos e dos perfis de prescrição justificam a intervenção de peritos que possam emitir orientações ou recomendações destinadas a uma mais racional utilização dos medicamentos.

O reforço e a garantia da acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento para os cidadãos constituem uma prioridade consensual, definindo-se, neste enquadramento, o objectivo estratégico de promoção do uso racional do medicamento”.

“1 - É criada a Rede Nacional para a Qualidade de Utilização do Medicamento (QualiMED).

2 - A QualiMED integra:

- a) O Observatório do Medicamento do INFARMED;
- b) As comissões de farmácia e terapêutica das regiões de saúde;
- c) As comissões de farmácia e terapêutica dos hospitais;
- d) As unidades regionais de farmacovigilância, integrantes do Sistema Nacional de Farmacovigilância.

3 - A gestão da QualiMED é assegurada pela Comissão do Uso Racional do Medicamento, prevista nos n.os 4.º e seguintes do presente diploma”.

“À QualiMED compete:

- a) Contribuir para o desenvolvimento de um sistema nacional de informação do medicamento;
- b) Promover e potenciar as actividades que visem a utilização mais eficiente dos medicamentos no âmbito do Sistema Nacional de Saúde;
- c) Elaborar e coordenar a execução de um programa nacional de prescrição racional, onde se definam os objectivos e metas a atingir anualmente, que inclua:
 - i) A promoção da utilização óptima de medicamentos tanto nos hospitais como nos cuidados primários mediante a prestação de informação, formação e investigação, nomeadamente através da emissão de orientações e recomendações;
 - ii) A elaboração de material informativo sobre medicamentos e sua utilização no sistema de saúde, nomeadamente através da difusão de um boletim de farmacoterapia denominado por Boletim Terapêutico - Informação sobre Utilização de Medicamentos;
 - iii) A promoção da investigação farmacoepidemiológica nos cuidados primários visando gerar informação que permita conhecer a população atendida e as suas necessidades terapêuticas;
 - iv) A elaboração de estratégias efectivas de promoção da racionalidade terapêutica em articulação com as comissões de farmácia e terapêutica dos hospitais e das regiões de saúde;
 - v) A elaboração, com a plena participação dos profissionais de saúde, de sistemas de monitorização da prescrição racional e de indicadores que permitam a sua aferição;
- d) Colaborar na elaboração de programas regionais em articulação directa com as administrações regionais de saúde, com as comissões de farmácia e terapêutica, das regiões de saúde, bem como com as comissões de farmácia e terapêutica dos hospitais de cada região”.

Uso correcto de antibióticos

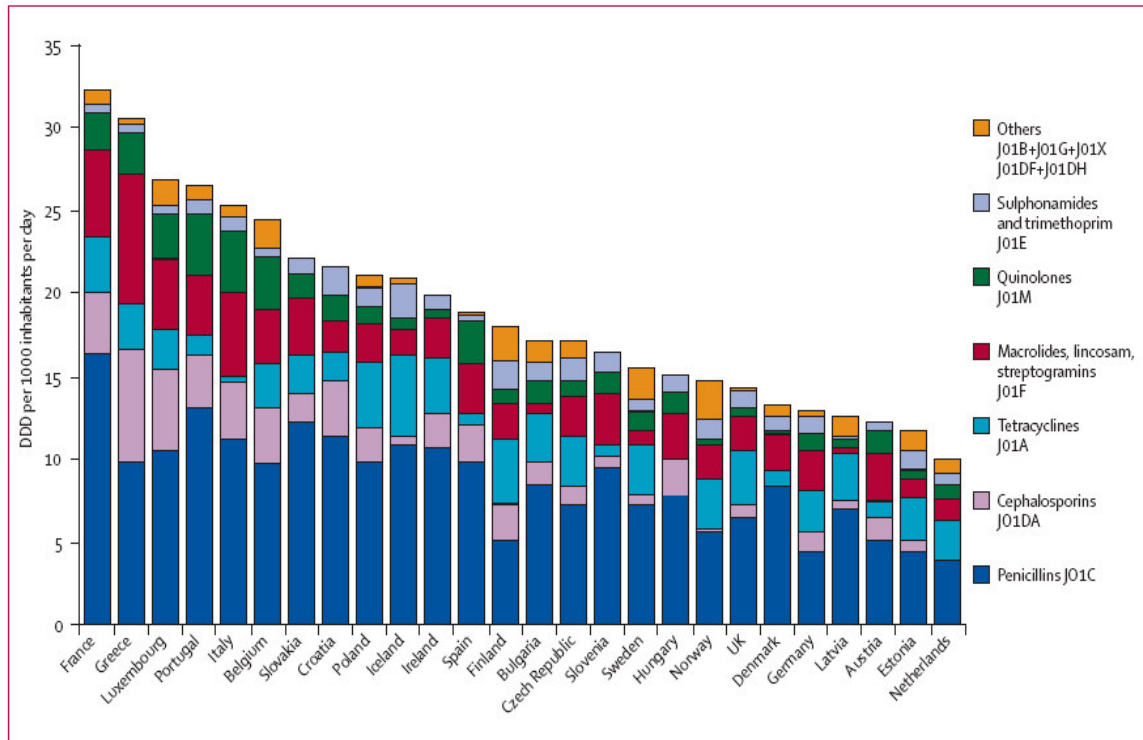
Contribuindo para promover a correcta utilização de antibióticos é de registar também a iniciativa de uma multinacional farmacêutica apoiada pela Direcção Geral de Saúde, Ordem dos Médicos e Ordem dos Farmacêuticos (www.antibioticos.com.pt/). O seu impacto não terá sido ainda muito significativo, mas constituiu mais um alerta para a problemática do uso correcto dos antibacterianos.

A evidência internacional sobre a informação do OPSS

Apesar da evidência para o que o OPSS vinha chamando a atenção desde 2001 relativamente aos antibióticos não ser muito abundante, já tinha surgido um artigo na mesma revista *Variation in antibiotic use in the European Union* - Lancet-Volume 357 Issue 9271 Page 1851-53 de que o OPSS publicitou alguns dados. Em Fevereiro 2005 foi publicado novo artigo - *Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study* - Lancet 2005; 365: 579-87 com maior evidência e contundência relativamente à prática portuguesa no ambulatório. Os comentadores desse artigo, John Turnidge, Keryn Christiansen, no mesmo número da

revista, resumem a situação com uma expressão lapidar - “Antibiotic use and resistance - proving the obvious” (página 548).

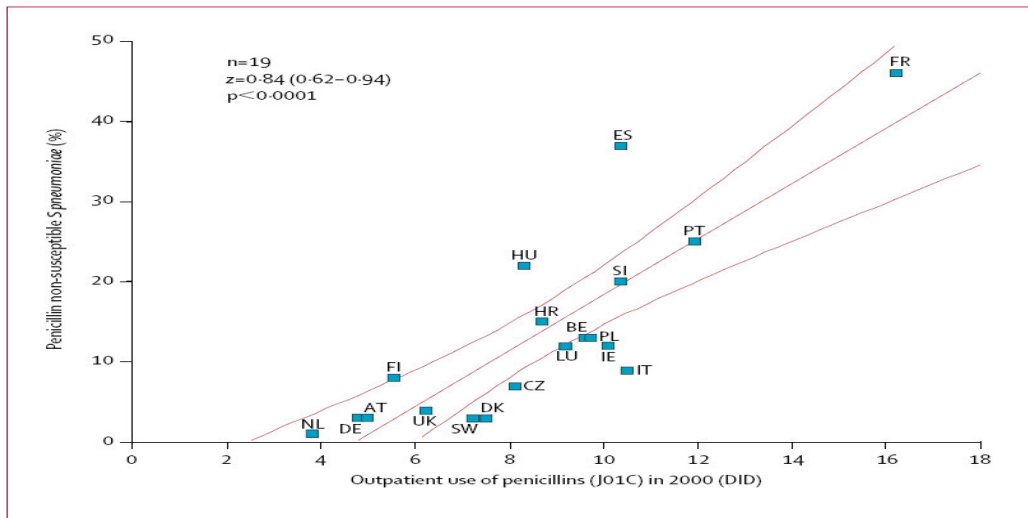
Gráfico XVI - Utilização de antibióticos em ambulatório em 26 países da Europa (2002)



Fonte: Lancet 2005; 365: 579-87

O Gráfico XVI mostra padrões regionais com uma baixa utilização no norte, moderada no leste e alta no sul, ocupando Portugal o 4º lugar no que respeita ao consumo global medido em DID (Dose diária definida por 1.000 habitantes). Com este mesmo indicador, mas aplicado às quinolonas o nosso país ocupa a 2ª posição logo a seguir à Itália. Os perigos para a saúde pública - resistência antibacteriana - resultantes também de uma prescrição menos rigorosa aparecem agora já quantificados, como o demonstra o Gráfico XVII.

Gráfico XVII - Correlação entre a utilização de penicilina e a prevalência de S pneumoniae não susceptíveis à penicilina



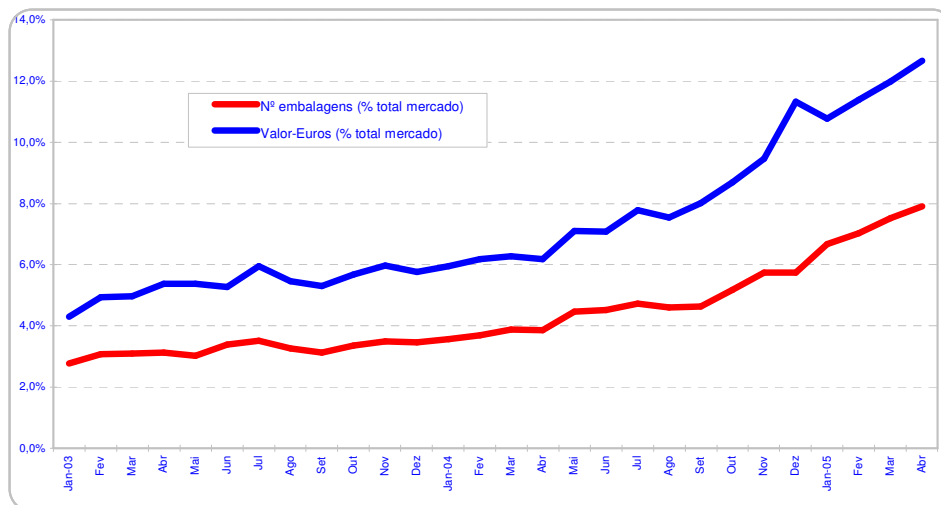
Fonte : Lancet 2005; 365: 579-87

Embora estes estudos ainda continuem a levantar questões, designadamente quanto à unidade de medida (DID/1.000 hab.), variabilidade de indivíduos, populações e antibióticos a associação entre excessiva utilização e resistência aos antibacterianos parece clara.

Medicamentos genéricos

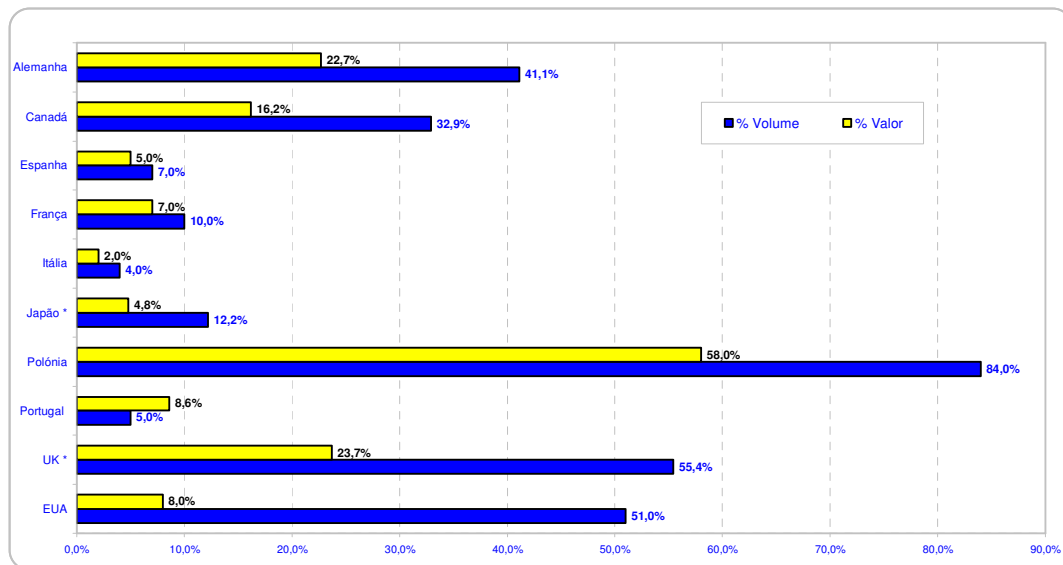
Preocupações com aspectos relacionados com boas práticas/prescrições e contenção de custos são apenas duas vertentes duma política do medicamento. Apesar dos inquestionáveis resultados obtidos com a introdução dos preços de referência e genéricos em 2003, o mercado é dinâmico e o crescimento dos gastos com medicamentos voltou aos valores verificados nos últimos anos, apesar das expectativas criadas com os resultados de 2003. Em Maio de 2005 os medicamentos genéricos representavam, relativamente ao mercado total 12,9 % (valor) e 8,1 % (volume) - **Gráfico XVIII.**

Gráfico XVIII - Evolução do Mercado dos Genéricos



Fonte: Infarmed

Gráfico XIX - Quotas de mercado de Medicamentos Genéricos - 2004



Fonte: European Generic Medicines Association (EGA)

* Valores de 2003

Outro facto inquestionável (e já objecto de referência nos RP de 2003 e 2004) e bem patente nos Gráficos XVIII e XIX é a inversão que se verifica em Portugal quanto aos valores do volume e valor dos medicamentos genéricos. Apesar do enfoque dado sempre à quota de mercado em valor (euros), não será por acaso que a excepção seja Portugal no grupo de países analisado pela European Generic Medicines Association (EGA) em 2004. E a tendência observada no Gráfico XVIII é a de que o valor continue a crescer mais depressa que o volume. Nos novos países aderentes à UE os genéricos representam cerca de 70 % de todos os medicamentos prescritos em volume, representando apenas cerca de 30 % da despesa com medicamentos.

Esta situação mereceria uma monitorização adequada para tomadas de decisão expeditas de acordo com a dinâmica do mercado. Tem-se assistido ao nascimento de inúmeras empresas e de numerosas alternativas de genéricos, mas incidindo muito sobre os mesmos princípios activos, havendo grupos fármaco-terapêuticos ainda sem alternativas de medicamentos genéricos.

“CENTRO DE ATENDIMENTO DA SAÚDE”

1. IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DA INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO NOS SISTEMAS DE SAÚDE

A gestão da informação e do conhecimento são hoje componentes essenciais na tomada de decisões individuais na área da saúde como em outras áreas. Um circuito da informação que tem origem no cidadão e a ele retorna depois de tratada por centros de gestão qualificada, permite que este tome decisões mais informadas sobre a sua saúde e utilização dos serviços de saúde – constituindo isto um ganho importante em tempo e recursos. De modo a possibilitar este processo foram desenvolvidos diferentes dispositivos de gestão de informação e comunicação em saúde, designados por “contact centers”. Entre estes podem-se destacar centros de atendimento telefónico (“call centers”) e os portais da www. Com uma frequência crescente utilizam-se ambos os dispositivos articuladamente. É o exemplo do sistema de saúde de Estocolmo, na Suécia, com o “Varguiden” ou do SNS britânico, com o “NHS Direct” (atendimento telefónico) e o “NHS On-Line” (portal).

Em Portugal é possível identificar vários “call centers” relacionados com a saúde. Entre estes destaca-se o Contact Center Saúde 24 (CCS24), único dispositivo a proporcionar um atendimento à distância a todo um grupo populacional (menores de 15 anos), independentemente do tipo de problema em causa. No esteio desta experiência surgiu em 2004 o concurso público para o desenvolvimento do Centro de Atendimento da Saúde do Serviço Nacional de Saúde (CAS), planeado para reproduzir esta lógica de acesso a cuidados de saúde à distância em toda a população de Portugal continental.

2. UM PRIMEIRO PASSO: O CENTRO DE ATENDIMENTO DA SAÚDE “SAÚDE 24”

Em 1997 o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu esforços no sentido de criar um novo dispositivo de orientação e aconselhamento de doentes com menos de 15 anos. Este dispositivo surge para responder à dificuldade de acesso aos cuidados de saúde em situação de doença aguda, e face à excessiva afluência verificada nos serviços de urgência pediátricos hospitalares. Deste modo pretendia-se diminuir a utilização das urgências hospitalares por crianças doentes que delas não necessitem.

Entre 1997 e 1999 esta experiência foi estudada e articuladamente implementada pelo MS, com a Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde e com as ARS de Lisboa e Vale do Tejo (abrangendo o distrito de Lisboa e o Concelho de Almada) e do Centro (abrangendo o distrito de Coimbra), com o objectivo de ser um “sistema de orientação de crianças e adolescentes em situação de doença aguda” (Saúde 24). Seguidamente foi alargada aos distritos de Santarém, Setúbal e Faro.

Em 2002 o serviço passa a cobrir o território nacional, adjudicando-se o CCS24 à Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde (também designada por Medis), empresa seguradora do sector privado, que desenvolve a sua actividade na área dos seguros de saúde. Assim, é celebrado entre a Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, SA (CPSS), e as Administrações Regionais de Saúde (ARS's) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve o “**Contrato Saúde 24**”, um protocolo que tinha como objectivo a triagem, aconselhamento e encaminhamento dos utentes para centros de saúde, hospitais ou outras instituições integradas no serviço nacional de saúde (SNS).

O CCS24 cria satisfação nos que a ele recorrem e influencia o processo de cuidados de saúde ao modificar a intenção original relativamente à escolha subsequente (no lugar de utilizarem recursos médicos desnecessários – nomeadamente serviços de urgências –

ao substituírem-nos por cuidados familiares com o acompanhamento do CCS24, revelaram-se assim importantes os mecanismos ligados ao aconselhamento e chamadas de retorno). Durante os seus cerca de cinco anos de funcionamento, o CCS24 desenvolveu um conjunto de relações de trabalho com um número considerável de sectores relevantes do sistema de saúde português constituindo-se um importante capital social.

O desenvolvimento do CCS24 tem sido acompanhado na sua gestão, através dum importante dispositivo de monitorização, supervisão, garantia da qualidade e formação. Desta forma, o CCS24 tem acumulado nos últimos cinco anos também um importante capital intelectual, no que diz respeito a prestação e gestão de cuidados de saúde à distância.

3. A EXPANSÃO DO CCS24: O CENTRO NACIONAL DE ATENDIMENTO DA SAÚDE

Uma vez demonstrada a utilidade da iniciativa do CCS24, sentiu-se que o alargamento deste tipo de serviço a toda a população poderia trazer vantagens ao sistema de serviços de saúde beneficiando o cidadão em primeiro lugar. Assim foi feita a publicação a 2004-10-28, da abertura do concurso para a criação do Centro de Atendimento da Saúde (CAS).

Quadro XI - Objectivos do Centro de Atendimento da Saúde (CAS)

OBJECTIVOS DO CAS
Ampliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde;
Racionalizar a utilização dos recursos existentes, materiais e humanos, orientando o fluxo de utentes no acesso a prestações de saúde;
Aumentar a eficácia e eficiência operativa do sector da saúde permitindo a orientação dos utentes para as instituições e serviços mais adequados às suas necessidades de cuidados em cada momento, contribuindo assim para a diminuição de situações de congestionamento verificadas em determinados serviços das unidades de saúde;
Promover uma visão integrada sobre as diferentes medidas e programas de saúde pública;
Melhorar e simplificar o acesso da população a informações de saúde;
Promover o envolvimento dos cidadãos na gestão activa do seu processo de saúde, suportados pela informação e segurança necessárias;
Operar a modernização do SNS de acordo com as melhores práticas internacionais na área do acesso a cuidados e informações de saúde.

Fonte: CAS – Programa de Procedimento, Parte 2, 6/72

A questão da acessibilidade aos serviços de saúde (entre os vários objectivos enunciados) emerge à cabeça de uma lista de objectivos. Apresentado para ser implementado em regime de Parceria Público Privada (PPP), o CAS abrange no entanto apenas os beneficiários do Serviço Nacional de Saúde residentes em território nacional continental. O prazo para a entrega das propostas terminou a 6 de Setembro 2004, tendo sido previsto que a sua entrada em funcionamento ocorra no último trimestre de 2005, por um prazo inicial de exploração fixado em quatro anos.

Dos três candidatos que se apresentaram ao concurso público somente um tinha experiência na área - tendo desenvolvido o CCS24. A escolha coube a outra candidatura, apresentando preços mais baixos para o arranque efectivo do projecto e realização do CAS no segundo semestre 2005.

As linhas de força do CAS são apresentadas na Ficha Técnica do Custo Público Comparável (FTCP) bem como no Programa de Procedimento (PP) baseado em nove princípios orientadores. Atendendo aos objectivos estabelecidos no PP são definidos os serviços prestados pelo CAS abrangendo três áreas: Serviço de Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento, Serviço de Assistência em Saúde Pública e Serviço de Informação Geral de Saúde.

Quadro XII - Princípios orientadores do CAS

PRINCÍPIOS ORIENTADORES DO CAS
<ul style="list-style-type: none">- Foco no Utente: atenção e relação personalizada com o utente, garantindo empenho, zelo e urbanidade no atendimento;- Universalidade: serviços disponíveis a qualquer indivíduo em território nacional em igualdade de circunstâncias;- Disponibilidade: serviços prestados de forma contínua, permanente e ininterrupta, durante todo o ano;- Acessibilidade: serviços prestados através de múltiplas formas de acesso, nomeadamente, telefone, fax, correio electrónico e web, privilegiando o acesso telefónico;- Língua base: atendimento e conteúdos de todas as ferramentas e meios que compreendem a Plataforma em língua portuguesa;- Confidencialidade: sigilo sobre toda e qualquer informação recolhida e arquivada;- Localização: serviços desenvolvidos em Portugal, adaptados às condições sócio-demográficas da realidade portuguesa e assegurados por profissionais de saúde reconhecidos a nível nacional pelas entidades competentes;- Qualidade: monitorização e acompanhamento contínuo do desempenho dos serviços prestados e dos resultados verificados;- Articulação: articulação com os diferentes serviços e instituições integrados no Sistema de Saúde.

Fonte: Comissão das Comunidades Europeias, Livro Verde sobre as Parcerias Público Privadas, Bruxelas, 2004, 327, p.3

Para responder a estes objectivos, o processo de elaboração do CAS passou por uma análise do Custo Público Comparável, tendo sido elaborada uma Ficha Técnica do mesmo (FTCP). Esta é a base para a elaboração dos pressupostos nos quais assenta o CAS, em regime de Parceria Público-Privada (PPP), caracterizada por “formas de cooperação entre as autoridades públicas e as empresas, tendo por objectivo assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a gestão ou a manutenção de uma infraestrutura ou a prestação de um serviço”.

Expectativas do caderno de encargos

É projectada a actividade global a desenvolver pelo CAS que evoluirá de 148 845 contactos e 1 831 mil minutos de conversação, em 2005, para 1 359 493 contactos e 13847 mil minutos de conversação em 2008.

O modelo de monitorização do CAS é desenvolvido a partir de dois tipos de indicadores: indicadores de eficiência e indicadores de disponibilidade. A avaliação do desempenho, realizada todos os 6 meses por áreas de avaliação e de forma global, é feita de acordo com os critérios estabelecidos, de (a) avaliação do cumprimento dos Níveis de Serviço e (b) avaliação do grau de satisfação dos Utentes

A avaliação de desempenho para cada uma das áreas define-se de acordo com os critérios da avaliação de desempenho parcial e avaliação de desempenho global.

São estabelecidos cenários a 4 anos, baseados em pressupostos alternativos sobre a evolução interna do CAS e da sua envolvente externa – cultura, organização de serviços de saúde e tecnologias da informação e comunicação. O modelo de desenvolvimento faz previsões do desenvolvimento da actividade diária entre 2005 e 2008 (VER Quadro XIII).

Quadro XIII – Evolução do Volume de Contactos do Centro de Atendimento do SNS

Evolução do Volume de Contactos do Centro de Atendimento do SNS	2005	2006	2007	2008
Nº de meses em operação	4	12	12	12
Volume de Contactos				
Contactos telefónicos TAE 1	96.069	499.638	713.285	933.048
Contactos telefónicos SP 2	8.610	25.829	25.829	25.829
Chamadas de Seguimento	10.513	52.683	74.047	96.024
Contactos escritos SP (fax, correio electrónico ou web)	453	1.359	1.359	1.359
Contactos telefónicos IGS (telefónicos) 3	21.026	105.365	148.095	192.047
Contactos telefónicos IGS, resolvidos pelo sistema automático	5.257	26.341	37.024	48.012
Contactos escritos IGS (fax, correio electrónico ou web)	6.917	34.660	48.715	63.173
Número total de contados	148.845	745.875	1.048.354	1.359.493

Fonte: CAS – PP, Anexo 1, 3/4

Nota 1: Serviço de Triagem, Aconselhamento encaminhamento; Nota 2: Serviço de Assistência em Saúde Pública;

Nota 3: Serviço Informação Geral de Saúde

4. QUESTÕES CRÍTICAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO CAS – OS ENSINAMENTOS DE OUTRAS EXPERIÊNCIAS

A implementação nacional do CAS é uma importante decisão que contribuirá para transformar o conceito de acesso a cuidados de saúde em Portugal, não sendo no entanto uma experiência única: existem antecedentes nacionais (o Call Centre “Saúde 24”) e internacionais (particularmente as referenciadas experiências Inglesa e Sueca, entre outras).

Ensinamento da experiência do Call Centre “Saúde 24”

Em termos nacionais os cinco anos de funcionamento do CCS24 fornecem um importante dispositivo de aprendizagem com base nas várias avaliações internas realizadas, por iniciativa da própria empresa concessionária.

- **Satisfação dos utentes**

Entre Janeiro e Agosto de 2003 os utentes que contactaram o CCS24 consideraram na sua grande maioria que o serviço prestado proporcionou um elevado grau de satisfação global (muito satisfeito, satisfeito) 95% encontravam-se muito satisfeitos, dos outros 5% apenas 1% se manifesta insatisfeita ou muito insatisfeita.

- **Impacte nas decisões de utilização**

Do estudo que teve por objectivo focar o descongestionamento nas Urgências Hospitalares Pediátricas induzido pelo serviço prestado pelo CCS24, o relatório final, concluído em Outubro de 2003 pela KPMG, concluiu em síntese que, na amostra, 81% dos inquiridos tinham alterado a sua intenção inicial (proporção de descongestionamento) enquanto 68% tinham seguido o conselho sugerido (proporção de aderentes). A proporção de utentes da amostra que não cumpriram a disposição e que recorreu à urgência foi de 13%, apresentando como principal razão para tal o facto do médico assistente não se encontrar contactável (28%), seguido do agravamento do estado de saúde (24%), e o não ficar tranquilo com a recomendação (15%).

- **Desenvolvimento do capital social**

O CCS24 desenvolveu um conjunto de relações de trabalho com um número considerável de sectores relevantes do sistema de saúde português. Isto constituiu um importante “capital social” que deveria ser aprofundado, nomeadamente no que diz respeito às direcções dos centros de saúde, aos serviços hospitalares e às sociedades e associações científicas dedicadas à saúde e bem estar, considerando em profundidade as questões ligadas à substituição no processo de referenciação.

- **Tempos de espera**

A necessidade de gerir a pressão crescente foi sendo sentida no acesso ao CCS24, fruto de uma divulgação nacional crescente. Durante 2003, o tempo de espera médio no atendimento do CCS24 estabilizou na janela dos 110/120 segundos, com tendência para aumentar, sendo crítico encontrar mecanismos para poder conter o aumento dos tempos de espera destes mecanismos e mesmo diminuí-los.

- **A necessidade de uma melhor integração no sistema de saúde**

O processo de referenciação entre o CCS24 e os centros de saúde e hospitais é um importante elemento nos processos de prestação de cuidados de saúde. Para assegurar o bom funcionamento desta referenciação é importante que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) proporcione informação contínua e detalhada sobre o acesso aos cuidados de saúde primários e de outros serviços de atendimento. O SNS pode também tirar partido da informação que o processo de referenciação proporciona para melhorar a coordenação do acesso aos serviços e a continuidade da prestação dos cuidados de saúde no país.

- **A identidade profissional**

O conceito de identidade profissional dos agentes de um CC, como se verificou no contexto do CCS24, permite equacionar o valor do capital humano atribuído na proposta na implementação do CAS.

- **A equidade**

A equidade é outro aspecto que emergiu dos estudos de avaliação do CCS24 e que poderia servir de base de reflexão numa fase de discussão anterior à implementação do CAS. Definir o CAS como um serviço exclusivamente para os utentes do SNS, torna pertinente questionar o tratamento que será dado aos utilizadores que não são do SNS, pois o acesso reflecte muitas vezes um processo estrutural de exclusão dos mais desfavorecidos, sendo importante reflectir na discriminação positiva dos estratos socio-económicos mais desfavorecidos; *A cobertura nacional equacionada na implementação do CAS, beneficiaria da experiência do CCS24 quanto às evidentes desigualdades no grau de cobertura dos diferentes estratos sócio-económicos da população alvo a que estes serviços pretendem responder.*

- **O custo-efectividade**

A relação custo-efectividade do CAS a partir da experiência do CCS24 necessita de ser melhor conhecida e explicitada. Isto não só servirá para promover uma melhor efectividade na utilização dos recursos disponíveis no CC, como também permitirá ao financiador público calibrar os investimentos tecnológicos e organizacionais em função do grau de efectividade que é possível esperar de um dispositivo desta natureza.

A experiência sueca

A região de Estocolmo é governada por um Conselho Regional que financia todos os serviços públicos e quase todos os serviços privados de saúde. Estes respondem às necessidades de 1, 9 milhões de residentes na região de Estocolmo (incluindo zonas rurais e urbanas), através de uma rede mista (de recursos e profissionais privados e públicos (ver QUADRO XIV – Rede de equipamento e profissionais de saúde da Região de Estocolmo).

Ainda hoje esta vasta rede de equipamentos caracteriza-se por fragmentações funcionais e os prestadores carecem de um ambiente integrador para a gestão da informação e do conhecimento. É neste contexto que o Conselho Regional de Estocolmo deu posse a um gabinete cuja função foi a de criar uma solução de gestão de primeira linha do acesso aos recursos de saúde. Este organismo foi designado por Varguiden.

Quadro XIV – Rede de equipamento e profissionais de saúde da Região de Estocolmo

	2004
Hospitais universitários com ER	2
Hospitais com ER (5 públicos 1 privado)	6
Hospitais privados sem ER	5
Centros médicos de saúde com especialistas privados	10
Centros de cuidados primários públicos e privados	175
Médicos de família	800
Especialistas privados e fisioterapeutas	1500

Fonte: Varguiden, 2004

A Varguiden define a necessidade de acesso à informação de saúde na região de Estocolmo como sendo de 24 horas por dia, 7 dias por semana aos cuidados de saúde. O seu principal objectivo é facilitar o contacto entre o cidadão e a prestação de cuidados de saúde.

Este objectivo realizou-se com base nos seguintes dispositivos:

- 1) um portal na Internet em www.varguiden.se que desde 2002 opera um “Citizen’s comprehensive Health Care Guide”;
- 2) comunicação encriptada de mensagens, garantindo uma comunicação constante com o profissional de saúde perante a grande capacidade de escolha que o cidadão possui;
- 3) serviços telefónicos de aconselhamento e triagem (iniciados nos anos 70) estão agora articulados com o Portal através de um número (320100). Este serviço telefónico apresenta duas opções que o cidadão deve escolher: na opção 1 do teclado pode obter informação sobre a rede de cuidados de saúde e de carácter geral; na opção 2 aconselhamento de enfermagem;
- 4) uma publicação quadrimestral destinada a todos os fogos da região de Estocolmo, com uma tiragem de 940 000 exemplares.

Todos estes quatro serviços articulados são gratuitos, independentes, sem fins lucrativos ou comerciais. O aspecto a destacar neste caso é que com estes quatro recursos nenhum cidadão terá de esperar num centro de saúde pela sua consulta. O sistema monitoriza as unidades com capacidade de resposta e as unidades sobrecarregadas, permitindo uma redistribuição mais racional pelos recursos existentes. Do mesmo modo o acesso aos serviços hospitalares é monitorizado, permitindo em caso de necessidade (avaliada pelo profissional de saúde através do seu contacto telefónico com o cidadão) o acesso imediato.

Esta gestão só é possível com o acesso às TIC, sendo usado para isso o contributo da www: uma página de informação inicial evoluiu para um portal de informação personalizada, em que o cidadão pode contactar com o seu profissional de saúde, sendo gerida a sua informação pessoal em qualquer unidade de saúde para onde tenha sido referenciado. A informação não está assim cativa de um computador de um centro de saúde, mas encontra-se encriptada no servidor do sistema da Varguiden, acompanhando o cidadão para onde quer que ele se desloque.

Neste portal encontram-se serviços de informação sobre contactos úteis, informações de deslocação e mapas relativamente a todas as unidades de saúde; organizações e associações de doentes e organizações de apoio à saúde; enciclopédia médica com informação sobre doenças, tratamentos, exames, medicamentos, (em cooperação com www.infomedica.se e o comité de aconselhamento médico de Estocolmo); os tempos e listas de espera para muitas cirurgias e outros tratamentos comuns; informações de auto-ajuda e aconselhamento em saúde; uma ligação anónima para “pergunte aos peritos”; a exposição dos direitos dos doentes – garantias de cuidados, taxas moderadoras, reclamações, liberdade de escolha, seguros de saúde; informação geral sobre o serviço de saúde da região e seu financiamento; temáticas específicas (sazonais ou não); uma plataforma de “chat” de ajuda para os seus utilizadores. É possível ainda no Varguiden estabelecer a relação entre os cuidados primários e as unidades de tratamento especializadas, através da marcação ou desmarcação de uma consulta, renovação de prescrição, prolongamento de baixa. Igualmente estão disponíveis orientações dos

enfermeiros e aconselhamento e bem como pode ser solicitado aconselhamento, informação em assuntos médicos específicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de um Centro de Atendimento de Saúde à distância (CAS) coloca o país na vanguarda da inovação no acesso à informação e a cuidados de saúde à distância.

E no entanto a transição do CCS24 para o CAS ofereceria mais garantias de sucesso:

- o Estado como financiador do CCS24 poderia ter promovido uma ampla avaliação do desempenho deste Call Center , incluindo aqueles elementos necessários para ter uma percepção mais precisa do contexto português naquilo que diz respeito a questões como comunicação, desigualdades de acesso à informação, integração/articulação com serviços de saúde, custo efectividade de dispositivos deste tipo;

- publicação de um Livro Verde sobre esta matéria, incluindo os resultados da avaliação do CCS24, ensinamento de experiências internacionais relevantes, e soluções organizacionais e de gestão alternativas para o processo de expansão em vista. Assim se estabeleceria um excelente forum para ajudar a decidir bem.

Nada disso foi feito. Decidem-se coisas difíceis, com importantes implicações económicas e outras, de uma forma cerrada e pouco informada.

É importante notar que a Suécia ao fim de 50 anos de experiência conseguida em patamares progressivos de realização, avaliação e garantia de qualidade, ainda não tem um CAS nacional, atendendo à complexidade de tal operação. Após se ter garantido no âmbito Regional um elevado padrão de qualidade, exequibilidade e satisfação da população está agora a ter lugar, uma discussão alargada sobre a possibilidade e oportunidade de tal empreendimento vir a ter cobertura nacional.

novos desafios

PARTE II

PARTE II – 2005 – O INÍCIO DE UM NOVO CICLO POLÍTICO

1- PROGRAMAS ELEITORAIS DA SAÚDE 2005 – ANÁLISE COMPARATIVA

O Processo político que conduz à formulação de uma política de saúde tem nos programas eleitorais dos partidos concorrentes às eleições legislativas uma das suas manifestações mais importantes.

É por isso que a análise comparativa dos programas eleitorais deve merecer mais atenção por parte das entidades que se dedicam à análise das políticas de saúde.

O Quadro XV (a leitura deve sempre ser feita em linha e nunca em coluna), foi construída com recurso a um painel de peritos e visa realçar os pontos fortes e fracos dos programas eleitorais (eleições legislativas 2005) de cada partido para a área da Saúde.

Trata-se de uma classificação subjectiva, que pode ser melhorada e servir de ponto de partida a uma análise mais aprofundada e, inclusivamente, vir a alicerçar tecnicamente os referidos programas, caso os partidos entendam que os investigadores neste domínio do conhecimento podem com eles colaborar na objectivação e rigor das propostas a apresentar ao eleitorado.

Essa perspectiva decerto daria mais segurança aos políticos e aos cidadãos eleitores e contribuiria para uma maior transparência da governação.

2 - PERFIL DO PROGRAMA DE GOVERNO

O Programa do XVII Governo Constitucional, sintetizado no Quadro XVI, apresenta um conjunto de objectivos e de medidas assentes no primado do cidadão no sistema de saúde, apontando para os pontos que podem ser indutores de maior eficiência e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. Nesta óptica, os Centros de Saúde (CS) surgem como elemento estruturante e propulsor da mudança que se pretende introduzir, através de um conjunto de medidas, como, a reconfiguração organizacional dos CS, com ênfase para as unidades de saúde familiar, a sua autonomia progressiva e o desenvolvimento da gestão pela qualidade. Prevê igualmente a reestruturação e o reforço dos serviços de saúde pública, a criação e/ou reforço de equipas multiprofissionais dedicadas aos cuidados continuados, a melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares.

Propõe a modernização de instalações e apetrechamento tecnológico dos CS, uma política adequada de recursos humanos, incluindo a atracção de profissionais e sistemas retributivos incentivadores, a adopção de sistemas adequados de informação clínica e para a gestão. Valoriza a integração dos sectores cooperativo, social e privado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população e visa sintonizar todas as acções com as linhas definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS).

Os CS surgem no Programa do Governo como o **pilar central de todo o sistema de saúde**, como a base institucional dos cuidados de saúde primários (CSP), constituindo um património institucional, técnico e cultural a preservar, modernizar e desenvolver, como um meio acessível e eficaz para proteger e promover a saúde da população.

Quadro XV - Programas Eleitorais da Saúde 2005 – Análise comparativa

	BE	PCP	PSD	CDS/PP	PS
Governança					
Princípios	■	■	■	■	■
Arquitectura do sistema	■	■		■	■
Gestão	■	■	■	■	■
Regulação	■	■	■	■	■
Financiamento		■			
Plano Nacional de Saúde			■		■
Recursos humanos	■	■		■	■
Medicamento	■	■	■	■	■
Promoção e protecção da saúde		■			■
Mediação					
Contratualização				■	■
Sistema de Qualidade	■		■	■	■
Gestão da Informação e do Conhecimento	■		■	■	■
Cidadão					
Acesso aos cuidados de saúde		■	■		■
Participação do cidadão	■	■			■
Equidade					
Escolhas e decisões informadas					
Prestação					
Hospitais	■	■	■		■
Hospitais SA	■	■	■		■
Hospitais SPA			■		
PPP	■		■		■
Cuidados Primários / Centros de Saúde	■	■	■		■
Medicina Geral e Familiar	■		■		■
Saúde Pública					■
Cuidados continuados	■	■	■		■
Saúde Mental		■			
Toxicodependência	■	■	■		■
Tabagismo e alcoolismo		■			■
VIH/SIDA		■			■
Medicina Privada		■			
Higiene, saúde e segurança no trabalho		■			
Saúde dos idosos					■
Outros	■		■		
Resultados					

Legenda – Escala: ■ — (1) Medidas pouco detalhadas, muito simples, princípios ou manifestação de intenções; ■ — (2) Medidas mediamente detalhadas; ■ — (3) Medidas muito detalhadas; ■ — (4) Indicação de metas (valores a alcançar); ■ — (5) Indicação de prazos (prazo em que se pretendem alcançar os resultados); ■ — (6) Transversal a outros tópicos e/ou apenas mencionado.

Quadro XVI - Programa do XVIII Governo Constitucional 2005-2009

<u>GOVERNANÇA</u>
<p>Proteger e Promover a Saúde</p> <p>Protecção do ambiente e segurança alimentar e individual, para reduzir problemas de saúde individuais e colectivos</p> <p>Promoção da saúde e da Saúde Pública (SP);</p> <p>Plano Nacional de Saúde</p> <p>Orientar a agenda para obter “ganhos em saúde”</p> <p>Eliminar riscos associados à maior carga de doença (tabaco, HTA, álcool, obesidade e colesterol)</p> <p>Apoio das instituições e logística da Saúde Pública</p> <p>Saúde Pública</p> <p>Reforçar em meios e competências os Centros Regionais de Saúde Pública e rever a legislação (modernização e eficiência)</p> <p>Desenvolver agenda de investigação orientada para a organização dos meios que visem mais ganhos em saúde;</p> <p>Modernizar o PNV</p> <p>Preparar as respostas do Plano de Contingência da Gripe</p> <p>Gerir a reserva estratégica de medicamentos (proteger os cidadãos de ameaças nacionais ou globais);</p> <p>Aumentar adesão às profissões da SP e carreiras (incentivos ao regime de trabalho, remuneração, progressão, formação, diferenciação profissional)</p> <p>Escola Promotora de Saúde</p> <p>Recuperação dos trabalhos e resultados da RNEPS, envolvendo a totalidade das escolas do sistema educativo</p> <p>Recursos Humanos em Saúde</p> <p>RH geridos em função da política de saúde, de um plano estratégico atento ao balanço social do sector, e às necessidades de profissionais a curto, médio e longo prazo</p> <p>Formação com forte componente de gestão eficiente de recursos, de qualidade e de questões éticas</p> <p>Envolver profissionais na política de saúde, para garantir resultados</p> <p>Finanças Públicas</p> <p>Reforçar a componente estratégica do SNS, modernizá-lo, centrá-lo em prioridades e garantir a separação financiador-prestador</p> <p>Criação de condições para a separação dos sectores público, privado e social, para garantir articulação em termos de ganhos em saúde e em eficiência e diversificação dos instrumentos de acção e controlo</p> <p>Pagamento de serviços de forma contratualizada, avaliados por critérios quantitativos e qualitativos</p> <p>Actividade Reguladora</p> <p>Adaptar a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) às funções de regulação da concorrência no sector e dotá-la dos meios necessários</p> <p>Renegociar em condições de concorrência as convenções sobre meios de diagnóstico, terapêutica e transporte de doentes</p> <p>Medicamentos</p> <p>Acelerar a revisão do actual sistema de comparticipação (evidência sobre a eficácia de princípios activos)</p> <p>Alargar a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) a todos os medicamentos comparticipados pelo SNS</p> <p>Rever sistema de comparticipação por preços de referência em função da experiência acumulada</p> <p>Reanalizar as margens de comercialização;</p> <p>Renegociar o protocolo com a Indústria Farmacêutica para o controlo do crescimento do mercado do medicamento comparticipado pelo SNS e tornar a componente nacional uma área estratégica na interface entre a economia e a saúde</p> <p>Adoptar a prescrição electrónica de medicamentos, com auxiliares de decisão clínica e informação sobre custos de dose média diária e sucedâneos</p> <p>Criar o Formulário Nacional de Medicamentos para o Ambulatório</p> <p>Restabelecer a vigilância sobre as acções de promoção do medicamento e lançar programa de melhoria de qualidade de prescrição</p>

MEDIAÇÃO

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 CS, Programa Nacional de Auditoria Clínica

Desenvolver Normas Nacionais de Orientação e Gestão Clínica

Efectiva Gestão de 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

Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC)

Estabelecimento de redes internas de elevada velocidade e de ligação entre unidades

Alargar as TIC ao Serviço Pediátrico de Orientação Telefónica, Saúde 24, a nível nacional e à globalidade da população

Implementação de um centro de contacto

Rede Nacional de Saúde

Implementação da Rede Nacional de Saúde

Viabilização da comunicação e circulação de informação relevante

CIDADÃO

Acessibilidade

Estimular o contacto directo paciente-profissional (telefone, e-mail)

Assegurar a difusão da organização Tipo Regime Remuneratório Experimental (RRE) e das Unidades de Saúde Familiares (USF) deverá dar cobertura superior;

Os contractos com as USF devem prever carteira de serviços básicos e outra de serviços adicionais com atendimento nas 24 horas;

Regionalização, participação e responsabilidade civil

Rever a orgânica do SNS e a reactivação do Conselho Nacional de Saúde.

Ampliar a participação da sociedade civil e dos cidadãos no sistema de saúde

Introduzir a cultura e práticas de contratualização a todos os níveis reconstituindo as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, que assumirão nas Regiões da Saúde as funções do IGIF

PRESTAÇÃO

Envelhecer em Saúde

Prevenção e promoção da saúde (serviços comunitários de proximidade, parcerias entre Centros, Extensões de saúde e instituições de apoio social)

Articulação entre unidades prestadoras de cuidados de saúde

Desenvolver capacidade de reabilitação imediata nos hospitais e reinserção na família através dos Serviços de Cuidados de Saúde Primários (SCP)

Planeamento correcto dos serviços de cuidados continuados e incentivo aos cuidados paliativos

Reactivar cuidados de saúde no domicílio em articulação com os SCP e reforçar o apoio à família (internamento temporário, apoio domiciliário e *contact center*)

Toxicodependência

Relançar a política da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e reforçar acções preventivas (incluindo novos consumos)

Adopção de um Plano Nacional Contra a Droga e Toxicodependência

VIH/SIDA

Relançar políticas de prevenção e combate e acções e campanhas de informação/sensibilização

Reactivar o Plano Nacional de Combate à SIDA

Cuidados de Saúde Primários

Reestruturação dos Centros de Saúde e criação de Unidades de Saúde Familiar (USF)

USF integradas em rede

Reforçar e desenvolver, em cada CS um conjunto de serviços de apoio comum às USF (vacinação, saúde oral, saúde mental, consultorias especializadas, cuidados continuados e paliativos, fisioterapia e reabilitação)

Substituir o decreto-lei 60/2003

Reforçar os incentivos e a formação dos médicos de família, atraindo novos candidatos

Articulação com os cuidados hospitalares

Preparar e aperfeiçoar normas e mecanismos de referenciação (atendimentos prioritários) para organizar o doente no sistema

Criação de mecanismos que garantam circulação da informação clínica, estimulando o acompanhamento do doente internado pelo Médico da Família (MF)

Hospitais

Promover oportunidades para o aumento da efectividade e eficiência

Reinstituir o planeamento dos recursos hospitalares (reconverter instituições à medida que terminam novas construções)

Incentivar hospitais de dia, cirurgia de ambulatório, gestão comum de camas, lotações variáveis

Avaliar os hospitais SA e operar a sua transformação em EPE's

Dotar os hospitais públicos de mecanismos de gestão efectiva, prosseguindo o processo de empresarialização

Iniciar experiências de financiamento global de base populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares numa linha de Unidades Integradas de Saúde

Rever o modelo das Parcerias Público Privados

Rever o estatuto dos hospitais com funções de ensino criando parcerias com Universidades ou concessionando a respectiva gestão

Equipamentos em saúde

Programa Melhoria e Ampliação de Instalações de Saúde (MAIS SAÚDE) e actualizar a Carta Nacional de Equipamentos da Saúde, atendendo às redes de referenciação aprovadas, incluindo privados e associações sem fins lucrativos

Adaptado de «Programa do XVII Governo Constitucional», in www.portugal.gov.pt

3. AS PRIMEIRAS ACÇÕES DO GOVERNO

Uma medida imediata de grande notoriedade política foi a que se referiu à intenção de legislar sobre a possibilidade de serem vendidos ao público, em locais alternativos às Farmácias, medicamentos genericamente conhecidos como “de venda livre” – tecnicamente designados por medicamentos não sujeitos a receita médica – MNSRM, apresentada aquando da tomada de posse do actual Governo.

Em Abril de 2005, foi presente ao Parlamento uma proposta de autorização legislativa sobre a distribuição, fora das farmácias, dos MNSRM. Os principais objectivos da medida, na perspectiva do Governo, visam, fundamentalmente, beneficiar o consumidor, melhorando a acessibilidade através do aumento de pontos de venda. Simultaneamente prevê a redução dos preços à custa do aumento da concorrência e da desintervenção do Estado na fixação dos preços e das margens de comercialização daqueles medicamentos.

A proposta apresentada considera que as regras do novo regime de venda de MNSRM decididas para Portugal diferem das da maioria dos países em que tal é legalmente permitido por não se dispensar a intervenção do farmacêutico ou do técnico de farmácia. Este modelo visará condicionar o acesso indiscriminado aos medicamentos por parte dos consumidores.

Considera o Governo, não existir qualquer impedimento de índole constitucional, para este projecto de legislação, já que pressupõe estarem assegurados os princípios da liberdade de empresa e da livre concorrência. Desta medida estão excluídos os medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde. O controlo da fiscalização e do funcionamento da venda dos MNSRM fora das farmácias deverão ser assegurados pela autoridade reguladora do medicamento e pela autoridade da concorrência.

A proposta legislativa considera a possibilidade da venda dos MNSRM fora das farmácias poder ser efectuada por outros técnicos de saúde, que não farmacêuticos. Tal situação implica a necessidade de alterar o estatuto profissional dos farmacêuticos.

Estamos num domínio em que diversos actores tomaram posição pública, apresentando indicadores e análises para suportarem, nem sempre com a evidência requerida, as suas posições, orientando-se alguns para a defesa do mercado protegido de medicamentos e outros para a sua abertura, dada a oportunidade de negócio que este sector poderá representar.

Dada a heterogeneidade nos Estados Membros da União Europeia quer no que diz respeito a substâncias activas que incorporam MNSRM, quer as doses, as formas farmacêuticas, as dimensões de embalagens para a mesma substância activa e os distintos regimes de formação e fixação de preços, as comparações entre eles neste domínio é particularmente complexa. O OPSS aconselha a leitura da publicação “Legal status of selected ingredients in the European Union of 15” divulgada em 18 de Outubro de 2004 pela AESPG (*Association Européenne des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public*), documento em que se ilustram os regimes legais, quanto à cedência ao público, do conjunto de substâncias activas que são MNSRM, em pelo menos um Estado Membro da EU.

Várias preocupações têm sido expressas neste domínio, com fundamentação diversa em relação à força da evidência disponível:

- A venda livre em múltiplos pontos do mercado pode estimular a auto-medicação e induzir aumentos de consumo, mesmo na hipótese de existir um adequado aconselhamento no local de dispensa, por profissional qualificado.
- As medidas de regulação, nomeadamente as de restrição das quantidades máximas de medicamentos passíveis de serem adquiridas livremente, como foi o caso do paracetamol e dos salicilatos, no Reino Unido, podem levar a uma redução da mortalidade e da morbilidade por intoxicação com aquelas substâncias (Hawton, K. et al., BMJ, Novembro, 2004).
- É possível identificar estratégias de promoção de vendas por parte de grandes superfícies comerciais (pague um, leve dois) que têm levado à intervenção da autoridade reguladora, como foi recentemente verificado no Reino Unido.
- A função de monitorização da segurança dos medicamentos após a comercialização pode tornar-se mais difícil à medida que o número e dispersão dos locais de venda aumentam.

Dada a complexidade do tema em apreço seria importante que o Ministério da Saúde promovesse a preparação de um documento de referência sobre esta matéria, que resumisse e analisasse em conjunto a evidência existente e o seu significado no contexto social, económico e cultural do país. É de boa prática de governação que medidas com esta implicação e notoriedade tenham uma fundamentação sólida e explícita.

CORRECÇÃO IMEDIATA DE ALGUMAS ACÇÕES DO GOVERNO ANTERIOR

Como facto positivo é de realçar a preocupação em corrigir de imediato algumas acções do Governo anterior, das quais são de destacar:

Cuidados de Saúde Primários

Visando pôr termo à legislação vigente sobre CSP foi criado, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 7 de Abril, um Grupo Técnico, que deve assumir que a **reforma dos cuidados de saúde primários** tem como **finalidade** contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais: melhores cuidados e melhor saúde.

A reorganização pretendida deverá respeitar os **princípios e valores** da boa governação: (i) centrada nas pessoas, orientada para o cidadão, inclusiva de vontades e saberes; (ii) transparente nos processos de decisão; baseada na melhor evidência disponível (iii) observando um quadro ético de responsabilidade social. Foi entretanto revogado, pelo **Decreto Lei nº 88/2005, de 3 de Junho**, o Dec. -Lei nº 60/2003, de 1 de Abril e ripristinado o regime jurídico do Dec. Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, alterado pelo Dec. Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, até que o Grupo de Trabalho apresente um “documento que permita a formulação de um novo normativo, consentâneo com a política do Governo”.

Hospitais SA / Hospitais EPE

No que respeita aos Hospitais, Miguel Gouveia, Professor de Economia na Universidade Católica foi convidado pelo Governo para avaliar o modelo de empresarialização dos 31

Hospitais SA. Entre as atribuições da comissão constituída para o efeito, destaca-se a identificação de regras, condicionalismos e circunstâncias a que têm vindo a ser submetidos os órgãos de gestão dos Hospitais SA, designadamente no que respeita à sua produção e formação de receita, cobrança, despesa e endividamento. Por outro lado ainda procura identificar os efeitos da transformação dos hospitais em sociedades anónimas, em termos de universalidade de atendimento.

Segundo as previsões da Unidade de Missão, os 31 Hospitais SA vão apresentar um resultado positivo de 3 milhões de euros em 2005. Em 2004 tinham apresentado um prejuízo de 83 milhões de euros e em 2003 um saldo negativo de 127 milhões de euros.

Mais recentemente o Governo aprovou a passagem dos Hospitais SA a Hospitais empresas públicas do Estado - *Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de Junho, que transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais - EPE*. O Ministério da Saúde propõe-se publicar os 31 decretos-lei, que promovem essa alteração de estatuto para o regime do Sector Empresarial do Estado, sendo que a partir do próximo ano e até ao final da legislatura todos os hospitais terão o mesmo estatuto à excepção das Parcerias Público-Privada.

Na transformação dos hospitais **modelo SA** para **modelo EPE**, podem analisar-se resumidamente as principais alterações nas seguintes componentes

1. **Responsabilidades do Estado** – alteração do regime jurídico com aumento da amplitude do Estado enquanto instrumento de intervenção económica. A tutela é exercida pelos ministros das Finanças e da Saúde, tal como acontecia no modelo SA.
2. **Formação de capital** – o capital é exclusivamente público, não podendo ser alienado a entidades privadas. A transmissão das participações só pode ocorrer entre entidades públicas, a não ser que o Governo altere a lei que regula o Sector Empresarial do Estado ou torne explícito nos decretos de alteração do modelo dos hospitais em causa a possibilidade de o capital social ser constituído por entidades não públicas. No modelo dos SA, o capital podia ser privado.
3. **Certificação de contas** – a prestação de contas é remetida à Inspeção-geral das Finanças para emissão de um parecer, depois sendo remetida para os ministérios da tutela, no modelo SA, a certificação de contas era feita nos termos do Código das Sociedades Comerciais, através de revisores oficiais de contas.
4. **Falência por motivos económicos** – no que respeita à extinção, nos SA poderia ocorrer nos termos do Código das Sociedades Comerciais, ao contrário do novo modelo que impede a falência por motivos económicos.
5. **Contratos de trabalho** - o novo Código do Trabalho preconiza uma aproximação do contrato individual de trabalho, mas a regra é a submissão do estatuto do pessoal à disciplina do direito administrativo. No modelo empresarial societário, o estatuto do pessoal corresponde ao regime do contrato individual de trabalho em vigor.

IMPORTÂNCIA DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS

A equipa do governo na saúde é constituída por pessoas muito experientes no sector, com reconhecida competência em disciplinas relevantes para a governação da saúde. Possivelmente por esta razão o Ministério da Saúde procurou mobilizar as competências técnicas disponíveis para o apoio à governação e para a administração da saúde, sem cair, no habitual, alto teor de “partidarização” das escolhas.

Tem assim havido preocupação do Governo em chamar técnicos competentes e criar grupos de trabalho que, com rigor e competência, possam apoiar no desenvolvimento das linhas definidas no seu plano.

Assumem papel importante a designação de grupos de trabalho que permitam o estudo e a definição de soluções, por parte de técnicos e peritos de várias áreas do conhecimento de reconhecido mérito.

CONTINUIDADE DE DISPOSITIVOS ÚTEIS E CONTENÇÃO NO DISCURSO DA “HERANÇA”

Equipa de Missão dos Hospitais SA

Embora o actual Governo tenha decidido transformar os Hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais, deu continuidade à Equipa de Missão, criada através da resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 17 de Janeiro, para a condução do processo global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos designados “hospitais, sociedade anónima”.

O actual presidente da Unidade de Missão dos Hospitais SA, nomeado no anterior Governo, ficou incumbido de apresentar uma proposta do modelo de governo para uma nova realidade hospitalar, até ao final do mês de Junho.

Parcerias Público-Privadas (PPP)

Um outro dispositivo a que parece ser dada continuidade é o que se refere às PPP, no que se refere, pelo menos a parte dos dez Hospitais previstos neste regime, integrados no Serviço Nacional de Saúde. Neste modelo previa-se que a concepção, construção, exploração e financiamento de cada uma destas unidades ficasse a cargo de entidades privadas.

A posição do Ministério da Saúde em relação à gestão privada dos novos hospitais públicos, anunciada sobre o nome de “parceria público-privadas” pelo anterior governo e em via de implementação, não é conhecida com suficiente clareza. Num contexto de rigor orçamental e exigência crescente de transparência, a concessão da gestão dos hospitais públicos a grupos económicos privados, por períodos de tempo que ultrapassam os 20 anos não deverá fazer-se com base nos factos consumados apressadamente pela administração anterior. Haverá que identificar entre os compromissos assumidos (e a forma como o foram) aqueles que conflituam objectivamente com os interesses da saúde dos portugueses (compromisso maior da governação da saúde).

A falta de discussão pública suficiente sobre esta matéria, a forma como os concursos decorreram, particularmente as sérias imperfeições dos cadernos de encargos propostos, aconselham uma revisão profunda e a transformação deste processo.

O Plano Nacional de Saúde

A continuidade do PNS é particularmente importante, sendo possível nos próximos anos ir introduzindo progressivamente as melhorias necessárias.

A valorização das linhas definidas no “Plano de Saúde” faz-se pela necessidade das respectivas políticas se ajustarem aos objectivos definidos no Plano, forçando a articulação e o trabalho dos vários actores para os mesmos objectivos em saúde.

Sistema de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP)

Por decisão tomada em Conselho de Ministros, o Sistema de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP) vai ser aplicado a todos os funcionários e agentes da Administração Pública até final de 2006 devendo promover-se uma revisão para ser aplicada a partir de 2007, “juntamente com o novo sistema de carreiras e remunerações e a aprovação de um novo sistema de avaliação de serviços”, como se pode ler em comunicado do Governo.

O SIADAP arrancou em Julho do ano passado, mas ainda não é utilizado por todos os organismos da Administração Pública e tem gerado várias controvérsias entre o Governo e os sindicatos.

4. MEDIDAS URGENTES PARA A RACIONALIZAÇÃO, DECORRENTES DO “RELATÓRIO CONSTÂNCIO”

Foi anunciado pelo Ministro da Saúde que, ao longo dos próximos meses, iriam ser tomadas algumas medidas de fundo, visando uma melhor racionalização dos recursos da saúde, o que parece vir de encontro aos anseios de profissionais e cidadãos, mas convém ter presentes algumas preocupações e alinhar também alguns alertas. Dessas medidas destacam-se, nomeadamente:

Ao nível dos medicamentos:

Todos os medicamentos irão passar a custar menos 6%, retirados às margens de lucro dos laboratórios – 3% à saída da fábrica e 3% no circuito de comercialização. As farmácias verão reduzir a sua margem de lucro de 20 para 18 % e os armazenistas verão o seu lucro descer de 8 para 7%. Esta será uma medida de carácter excepcional, dado que já existia um acordo para o congelamento dos preços.

Irão deixar de existir as participações extra (10%) para os genéricos, introduzidas para incentivar este mercado, que nos últimos 3 anos passou de 3 para 11%. É agora intenção do Governo liberalizar o preço deste tipo de fármacos. Mas esta medida terá necessariamente impacto negativo ao nível dos utentes, que segundo a Associação de Laboratórios Produtores de Genéricos irão pagar mais cerca de 33,8 milhões de euros.

Os medicamentos comparticipados a 100% para os doentes crónicos, nomeadamente os diabéticos, passarão a ser reembolsados pelo Estado, a 95%. Esta medida será excepcionada para todos os utentes que demonstrem através da declaração do IRS, que dispõem de rendimentos iguais ou inferiores ao salário mínimo nacional. A introdução desta medida suscita desde já alguma preocupação, por se tratar de comparticipação nos medicamentos por parte de pessoas portadores de doenças de evolução prolongada, assim como a introdução da “prova fiscal de rendimentos” para a respectiva isenção. Poder-se-á assim abrir um precedente para a introdução de formas de participação financeira e socialmente injustas e administrativamente onerosas e falíveis

Maior controlo no receituário do regime especial (utentes com rendimentos abaixo do salário mínimo), que concede um apoio acrescido do Estado em 25% na compra de medicamentos e que representa actualmente um valor substancial dos encargos globais com medicamentos do SNS.

Ao nível da remuneração aos médicos

As remunerações dos médicos, têm sido ao longo dos anos, grandemente influenciados pelas horas extraordinárias efectuadas nos serviços de urgência e embora, em 1998/1999, tenha sido desenvolvido e negociado com os parceiros sociais um sistema remuneratório que visava corrigir esta situação, não foi levado por diante, representando esta parcela actualmente cerca de 290 milhões de euros. Pretende agora o Governo que estas horas sejam pagas em função do volume e tipo de atendimento de cada unidade de saúde, ou seja, que tenha como base de cálculo a produtividade e não o número de horas. Cairá também a obrigatoriedade das 12 horas de urgência, podendo ser contratualizado o trabalho de urgência com os profissionais que a ele adiram e de acordo com as necessidades das unidades em causa.

Também pretende reformular, aprofundando e aperfeiçoando, o Regime de Remuneração Experimental/RRE dos médicos dos centros de saúde, assim como contratar serviços com grupos de Médicos dos Centros de Saúde, incluindo acordos de inter-substituição e de complementaridade.

Pretende também nesta área implementar o sistema de incentivos na política de gestão dos recursos humanos e aplicar o novo regime previsto para o internato médico.

Visa ainda dignificar as carreiras profissionais, estabelecendo regras de progressão baseadas em critérios de qualificação científica, técnica e profissional, assim como melhorar o processo de recrutamento, formação e educação dos profissionais de saúde, a qualidade académica e pedagógica dos docentes e o seu interesse e dedicação na investigação científica.

Estas linhas do Programa do Governo são importantes e de implementação difícil mas necessária, pois é este um sector onde a componente humana, a competência técnico-científica e a permanente actualização tem mais peso, impacto na despesa da saúde e de qualidade dos cuidados prestados.

É ainda desejável que sejam proporcionados estímulos e incentivos aos profissionais de saúde que facilitem a aplicação da nova Lei de Gestão Hospitalar em articulação com os órgãos de gestão das Administrações Regionais de Saúde.

Ao nível dos orçamentos hospitalares

Apesar da constituição de uma Comissão de Avaliação do Desempenho dos Hospitais S.A. e da tomada de decisão de alteração destes hospitais em Empresas Públicas Empresariais (EPE) o Governo aponta claramente para a aplicação das novas regras de gestão empresarial aos hospitais do sector público administrativo (SPA), assim como a elaboração de contratos-programa anuais com todas as instituições, tendo neste sentido autorizado o IGIF a celebrar os respectivos contratos-programa para 2005, “com a correspondente fixação de objectivos a atingir por essas unidades hospitalares e com explicitação do financiamento como contrapartida dos resultados alcançados”. Ainda neste âmbito surge reforçada a necessidade de desenvolver e aprofundar a separação entre o Estado prestador do Estado financiador e contratador, reforçando o papel das ARS, através das Agências de Contratualização.

Foi no entanto fixada uma meta de redução de 5% nos orçamentos de todos os hospitais, obtidos através do corte de despesas em todas as rubricas, à excepção dos salários dos profissionais, mas sem redução nos cuidados de saúde prestados. Tal meta fará parte da avaliação anual do desempenho dos gestores.

Ao nível dos acordos, convenções e compras de serviços

A tabela de **preços dos exames e meios complementares de diagnóstico**, realizados em regime convencionado, não irá ser revista, dado ser entendimento do Governo que os preços da tecnologia médica são hoje substancialmente mais baixos, o que se traduz em grandes economias de escala para estes prestadores. Os prestadores, por sua vez, entendem que há alguns exames bastante subavaliados, pretendendo uma negociação da tabela em análise.

Por outro lado, perspectiva ainda o Governo proceder *à revisão das convenções* com todas as entidades privadas e introduzir a liberalização dos preços, o que decerto passará por uma contratualização assente no binómio volume/preço.

Quanto ao **controlo da facturação** das entidades prestadoras de serviços, vai ser introduzido maior rigor, estando em estudo a possibilidade deste serviço vir a ser contratado a uma entidade externa.

Ao nível dos Subsistemas de Saúde

O Governo pretende acabar com a ADMG (Assistência na Doença à Guarda Nacional Republicana), com a SAD-PSP (Serviços de Assistência na Doença da Polícia de Segurança Pública) e com os SSMJ (Serviços Sociais do Ministério da Justiça integrando os seus beneficiários na **ADSE** – um seguro público de saúde com “pouca imagem” e que se “confunde” com o próprio Estado.

Num trabalho realizado em 1997, por Escoval A., a maioria dos peritos envolvidos no estudo (67%) consideravam que a ADSE, bem como todos os outros subsistemas de trabalhadores da função pública, deveriam acabar como tal, já que fariam sentido apenas até à criação do SNS. Acrescentavam ainda que a existirem deveria ser explicitada a contribuição do Estado, mas que uma solução para a sua extinção poderia ser a aproximação a uma organização tipo HMO (*Healthcare Maintenance Organizations*), que funcionaria para este conjunto de trabalhadores, introduzindo maior eficiência, maior clareza no sistema, alguma competitividade relativamente aos prestadores e maior controlo dos custos.

Em síntese:

Medida	Poupança estimada	Impacto
Medicamentos 6% mais baratos	Estado – 90 milhões € Utentes – 60/70 milhões €	Utentes, laboratórios, farmácias e armazenistas
Comparticipação dos genéricos sem comparticipação extra	Estado – 20 milhões €	Estado, utentes e laboratórios
Término da gratuitidade nos medicamentos para doentes crónicos	Estado – 7 milhões €	Estado e utentes
Maior controlo às receitas do regime especial	Não determinada	Fraude
Remuneração dos médicos	Não determinada	Médicos
Orçamentos hospitalares	Estado – 40 milhões €	Órgãos de gestão
Convenções	Não determinada	Entidades convencionadas
Maior controlo na facturação	Não determinada	ARS e Hospitais

Fontes: Diário de Notícias de 4/6/2005 e entrevistas a membros do Governo.

5. OS DESAFIOS DA GESTÃO DA MUDANÇA

A necessidade do discurso

Dado o grande conjunto de medidas da mais diversa índole que são necessariamente anunciadas e implementadas na acção governativa cabe ao discurso político proporcionar aos cidadãos uma visão coerente e pedagógica da política de saúde.

Os riscos de racionalizar sem transformar

É fácil mas arriscado propor medidas de racionalização difíceis. Elas são eventualmente inviáveis sem uma clara política de transformação que apresente resultados claros num período razoável.

Racionalizar especialmente em circunstâncias recentemente difíceis, pode ser também uma oportunidade para transformar.

Fragilidade dos dispositivos de análise e coordenação estratégica

Sendo Portugal um pequeno país apresenta, no entanto, uma repartição de competências, de poderes e de actuações que dificultam a acção coordenada dos vários actores. Contribui também para este facto a fragilidade ou ausência de informação rigorosa e actual, assim como de ferramentas ou de metodologias de análise adequadas a uma actuação rápida e correcta a esta área de governação.

Cenário 2 – Incrementalismo/Fragmentação



Aqueles que lideram a mudança têm uma ideia do que querem fazer, mas a sua operacionalização efectiva dá origem a um grande conjunto de iniciativas, projectos, normas das mais diversas, fazendo com que:

- Se torne difícil manter a coerência no discurso e na acção;
- Seja difícil associar o que está a acontecer com uma agenda política clara e mobilizadora;
- Os que estão no terreno não entendem a lógica subjacente ao que está a acontecer e acabam por ter uma percepção pouco coerente, por vezes até caótica, do processo de mudança.

Cenário 3 – Política De Saúde E “Novo Serviço Público” De Saúde



Um discurso consistente e uma direcção estratégica rigorosa, ajuda a criar a percepção de acção concertada e coerente, centrada em ideias-chave como a da implementação efectiva de políticas de saúde e da transformação do serviço público de saúde, que:

- Situa e incita os actores sociais no processo de mudança;
- Exerce uma acção pedagógica que motiva e convida à participação e colaboração activa na mudança em curso.

O NOVO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

É necessário um novo serviço público de saúde (**NSP-saúde**), em Portugal.

O sistema de saúde português é desde há muito um sistema misto com uma componente pública, outra social (privado de carácter não lucrativo) e outra privada, de carácter lucrativo.

Seja qual for a evolução desta mistura, o serviço público de saúde desempenha um papel fundamental. Na sua componente prestadora de cuidados, o serviço público de saúde tem um importantíssimo papel regulador no conjunto do sistema de saúde – ao decidir o que faz e o que deixa de fazer, ao estabelecer padrões permanentes de qualidade, ao constituir referência para ganhos de eficiência requeridos ao sector social e privado financiado pelo Estado. Particularmente em países com outros instrumentos de governação frágeis ou ainda pouco desenvolvidos, o papel regulador dos serviços públicos de prestação de cuidados de saúde é insubstituível.

Para desempenhar este papel, no entanto, é necessário que o Estado invista seriamente na sua transformação, de forma a torná-lo de facto nessa referência indispensável. É pouco compreensível que o sistema político e o Estado argumentem que não lhes é possível melhorar qualitativamente o sistema público prestador de cuidados de saúde e ao mesmo tempo, argumentar que podem, sem poder contar com este sector público de qualidade, regular um mercado complexo de serviços privados financiados pelo Estado.

Para promover um **NSP-saúde**, em Portugal, no discurso político, na inovação organizacional e de gestão, na adopção de uma cultura de objectividade, evidência e resultados, na qualificação técnica dos seus quadros, na sua sensibilidade perante as necessidades e preferências do cidadão, são necessárias ideias precisas. Mas também é necessário comunicá-las com clareza para que reforcem a capacidade de “mexer” num terreno complexo e difícil.

São muitos e relativamente conhecidos os atributos de um “bom serviço público”:

- Tem como missão contribuir para o bem-estar individual e colectivo;
- Serve a todos os cidadãos igualmente, independentemente da sua condição económica e social, com direitos e obrigações legalmente instituídos;
- É servido por “servidores públicos” com direitos e obrigações legalmente consagrados;
- Proporciona acesso fácil e atendimento cortês;
- Proporciona informação completa e transparente;
- Antecipa e avalia resultados;
- Adopta processos internos de participação, inclusão e responsabilização;
- Rege-se segundo regras estabelecidas e aplicadas transparentemente, de acordo com princípios da boa gestão pública legalmente consagrados;
- Utiliza os recursos públicos parcimoniosamente, consciente da sua origem e finalidade, segundo regras preestabelecidas;
- Articula-se com outros serviços públicos e privados de forma compatível inteligentemente.

No entanto para comunicar eficazmente sobre o que deve ser um **NSP-saúde**, é importante sintetizar tudo isto no que é essencial.



QUALIDADE DA INTERFACE COM A COMUNIDADE

Não existem medidas mágicas. O sucesso da governação da saúde depende da capacidade de hierarquizar e encadear, pensadamente, múltiplas acções. Mas existem aspectos que dão também um sinal novo à governação da saúde, no sentido da transparência e daquilo que preocupa as pessoas.

Os “serviços” servem para servir – é a qualidade desse serviço que interessa.

Um **NSP-saúde** só poderá acontecer com considerável alteração na interface serviços/comunidade.

Nesta interface produz-se diariamente uma infinidade de encontros, uns episódicos outros regulares, entre pessoas. O tipo de percepções que estes encontros veiculam, a qualidade das relações que se estabelecem, o reforço na auto-estima que eventualmente possam suscitar, os resultados que se obtêm, é o que realmente conta nos serviços de saúde.



O desenho, monitorização e avaliação de uma interface de qualidade entre os serviços de saúde e a comunidade que servem inclui os seguintes elementos:

- Conhecimento dos valores e preferências das pessoas;
- Investimento na promoção da saúde;
- Acesso a cuidados;
- Acesso à informação;
- Exercício da escolha;
- Qualidade do atendimento;
- Aumento da satisfação;
- Possibilidade efectiva de reclamação;
- Envolvimento e participação no desenvolvimento dos serviços.

Todos estes atributos podem ser objectivados, quantificados, monitorizados e avaliados através de metas e indicadores específicos que podem ser periodicamente publicitados.

Tornar transparente a interface serviços/comunidade pode também dar origem a uma multiplicidade de efeitos positivos: situa a agenda da mudança naquilo que interessa às pessoas, responsabiliza os serviços face ao cidadão-utilizador, desencoraja as “más nomeações”, evita que o governo centralize responsabilidades que o podem, mais tarde, “obrigar” a fugir à verdade.

COMPROMISSO DE CONSEGUIR RESULTADOS

O principal papel das estratégias de saúde (ou “planos de saúde”) baseadas em metas é o de orientar a acção organizada na saúde para a antecipação e realização de resultados.

Os resultados validam e distinguem os bons dos maus processos de trabalho.

As “acções que resultam” devem ser identificadas, promovidas e financiadas.



Aquelas acções em relação às quais não existe evidência objectiva de que resultam, devem ser avaliadas, revistas e descontinuadas, caso se confirme que não produzem efeitos demonstráveis.

Trata-se de configurar uma “cultura de resultados” – antecipar resultados, avaliar resultados, aprender com a avaliação e tirar as devidas consequências.

O mais importante veículo desta cultura de antecipar e avaliar resultados são as denominadas “metas”, metas quantificadas, claras, específicas, com um horizonte temporal preciso.

Estas metas não devem ser tão-somente um “produto técnico” de peritos no respectivo domínio do conhecimento. Devem ser sobretudo uma expressão de um “compromisso social” entre os principais actores da saúde sobre resultados que é possível atingir – trabalhando de uma outra forma – e sobre a disponibilidade de contribuir para a sua realização.

A utilidade da noção de metas nas “estratégias de saúde” foi pela primeira vez reconhecida e utilizada pelo Departamento Federal de Saúde e Assistência dos Estados Unidos, no final dos anos 70. Pouco tempo depois, no princípio dos anos 80, foi a Região Europeia da Organização Mundial da Saúde que adoptou esta abordagem. Seguiram-se um número crescente de países Europeus. Em Portugal o primeiro exercício deste tipo teve lugar no período 1997-99. Na União Europeia, principalmente a partir da Cimeira de Lisboa (2000), o “método aberto de coordenação” baseado em metas começa a ser crescentemente utilizado (complementarmente à abordagem normativa tradicional) como instrumento de governo da União.

As metas podem dizer respeito a múltiplos e diferentes aspectos do sistema de saúde:

- Metas de saúde;
- Metas para o acesso aos cuidados de saúde;
- Metas de gestão dos serviços de saúde;
- Metas de investimento na saúde;
- Metas de justiça da contribuição financeira.

Mas de nada vale identificar metas se estas não são rigorosamente monitorizadas e avaliadas.

LIDERANÇA NA INOVAÇÃO

Frequentemente não é possível fazer melhor sem fazer diferente.

Liderança na inovação na saúde assume-se através de uma forma diferente de gerir a informação, conhecimento e comunicação. São necessárias importantes rupturas na arte de comunicar e gerir a informação e o conhecimento, tirando partido do potencial de inovação das TIC.



Liderança na inovação

A experiência parece mostrar que as iniciativas de reforma que partem do “centro” têm, muitas vezes, dificuldade em chegar à periferia, ao espaço “micro”. E no entanto inovação com resultados tangíveis localmente é o grande objectivo de qualquer reforma.

É necessário activar o espírito empreendedor no terreno de forma a descongelar o “espaço local” dos constrangimentos das organizações e das inibições culturais habituais.

A promoção e apoio à inovação podem passar pelos seguintes dispositivos:

- Identificação, estudo e divulgação da inovação

Captar e registar os movimentos de inovação, tratar os elementos que recolhe e colocá-los o mais facilmente possível à disposição de todos aqueles que deles podem beneficiar.

- Disseminação activa da inovação

Disseminar a inovação por intermédio de “comunidades de prática” e “redes de inovação” (estas devem ser inter conexões temporárias de gestão descentralizada) e promover o aparecimento de novos projectos.

- Promoção e apoio à inovação

Promover activamente projectos inovadores de natureza paradigmática ou estratégica. Assegurar apoio financeiro, humano e técnico a projectos inovadores.

- Investigação sobre inovação em saúde.

Promover trabalhos periódicos de análise empírica sobre a promoção da inovação e os seus efeitos, em articulação com outros grupos situados no domínio da “sociedade em rede”.

O sector da saúde pode ter uma contribuição única na activação tecnológica que o país procura e que a União Europeia promove através da Agenda de Lisboa. O sector da saúde pode assumir uma forte liderança na economia do conhecimento/sociedade em rede do país.

MISSÃO DE SERVIÇO PÚBLICO - RELAÇÕES DE EXIGÊNCIA E CONFIANÇA, ENQUADRADA POR CONTRATUALIZAÇÃO E GARANTIA DA QUALIDADE

A ideia de “serviço público” está associada às noções de exigência, responsabilidade e confiança.

Os processos de “contratualização do desempenho” e o “desenvolvimento e garantia da qualidade”, quando explícitos e transparentes, são susceptíveis de acrescentar ao espírito de missão dos serviços públicos a eficiência (boa utilização dos serviços públicos) e qualidade (de atendimentos, boas práticas e resultados).



Não haverá um **NSP-saúde** na prestação de cuidados de saúde e promoção da saúde pública, sem dispositivos efectivos de contratualização do desempenho de serviços e programas e uma nova política de qualidade.

Um novo serviço público – centrado na qualidade da interface serviço/comunidade, na antecipação e avaliação dos resultados, no investimento na inovação – e o seu enquadramento – contratualização e política de qualidade – serão sempre realidades complementares e interdependentes.

Da sua contínua interacção resultaram sucessivos patamares de progresso para ambos.

Dispositivos de contratualização

Os dispositivos de contratualização constituem um dos principais instrumentos de responsabilização dos sistemas de saúde mais desenvolvidos. Em Portugal, o desenvolvimento das Agências de Contratualização teve início em 1996, mas foi descontinuado a partir de 2000.

No entanto, há unanimidade em considerar que é necessário recriar esta função e expandir o processo de contratualização a todas as instituições de saúde. Isto permitirá ajustar o financiamento à produção, e, conseqüentemente, a fixação de metas da produção com vista à obtenção de um maior grau de eficiência no desempenho das organizações.

Política de qualidade em saúde

O Instituto da Qualidade na Saúde (IQS), criado em 1999 tem como missão, no quadro das medidas de política de saúde superiormente estabelecidas, a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

No entanto, o Instituto da Qualidade na Saúde (IQS) necessita ser integrado numa política de qualidade em saúde, em relação à qual aquele é um dos instrumentos necessários.

Tanto os dispositivos de contratualização como a política de qualidade encontram o seu enquadramento na política de saúde. Quanto mais explícita, conhecida e implementada esta for, mais poderoso e efectivo será esse enquadramento (ver Plano Nacional de Saúde).

novos desafios

PARTE III –

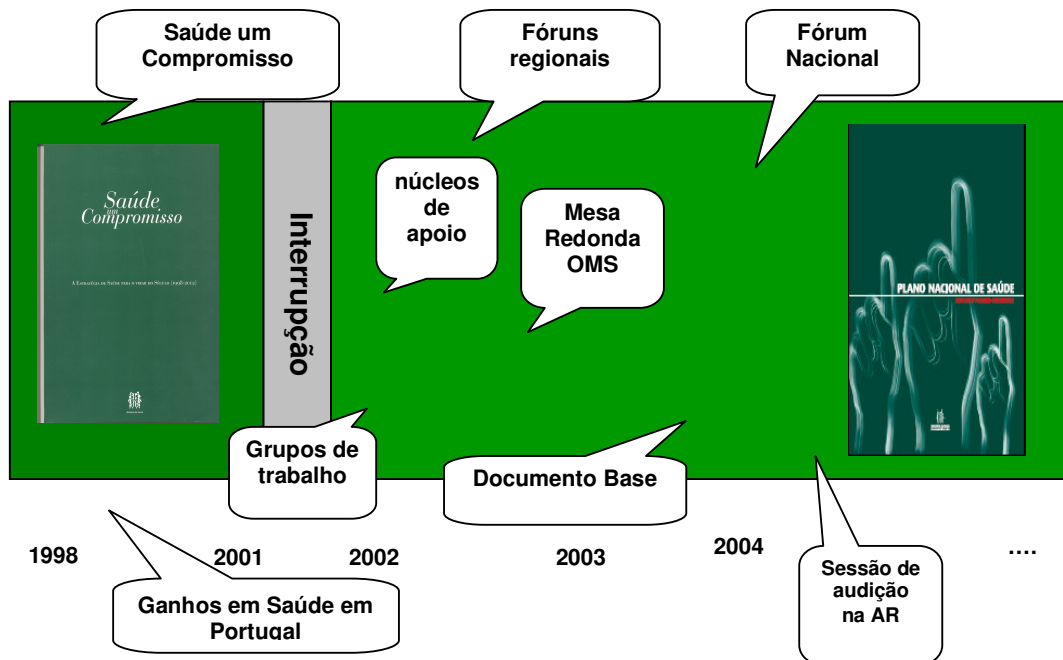
PARTE III – DESAFIO DA IMPLEMENTAÇÃO DO “PLANO NACIONAL DE SAÚDE”

1. “ESTRATÉGIAS DE SAÚDE” – O DESAFIO DA IMPLEMENTAÇÃO

O Plano Nacional de Saúde (PNS) teve o seu início em 2002 com a criação, por parte da Direcção Geral de Saúde, de núcleos de apoio permanente e alguns grupos de trabalho temático compostos por especialistas nas matérias relacionadas.

O Plano Nacional de Saúde surge na sequência da “Saúde um Compromisso, A Estratégia de Saúde para o virar do Século 1998-2002” e da avaliação realizada pelo Director Geral e Alto-Comissário da Saúde no relatório “Ganhos em Saúde em Portugal – 2001” como mais um passo na direcção de se construir uma estratégia de saúde em Portugal.

Durante o ano de 2003 o PNS desenvolveu uma grande actividade naquela que foi considerada uma das suas maiores virtudes, a sua abertura ao debate e à participação por parte dos diferentes actores sociais. A realização de fóruns regionais (Lisboa, Porto e Faro), uma mesa redonda em conjunto com a Organização Mundial da Saúde e a consulta à Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e Conselho da Europa foram algumas das iniciativas concretizadas. Ainda em 2003, foi apresentado um documento base que foi sujeito a uma primeira discussão pública, culminando num fórum em Fevereiro de 2004.



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

Bernardino Soares (Partido Comunista Português), referenciou a importância do PNS para a definição de uma estratégia, de objectivos e prioridades numa política de saúde, um instrumento indispensável para a concretização dessa política.

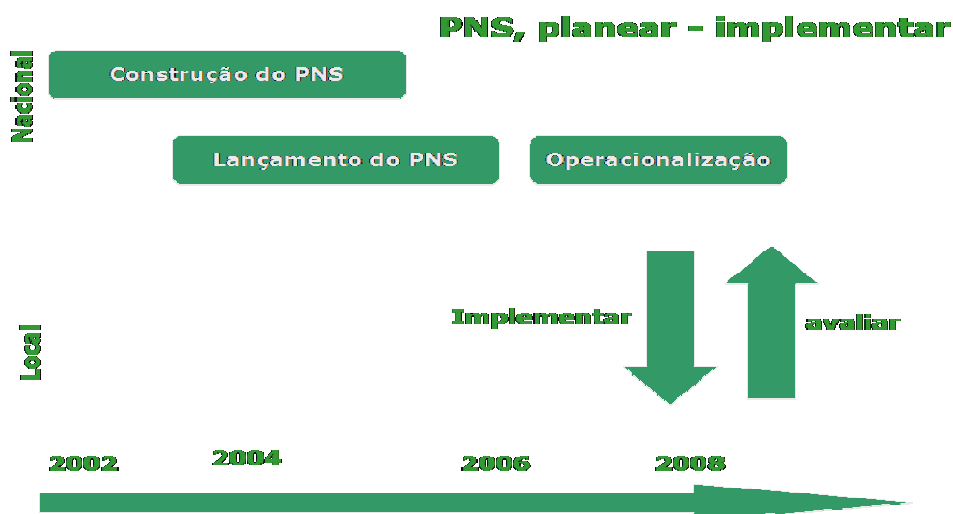
Lemos Pavão (Partido Social Democrata), falou do PNS como 1º projecto global da reforma da saúde e que ele só foi possível porque há um entendimento estratégico e uma vontade de mudar as coisas. Referenciou o processo aberto e o diálogo partilhado e participado, no qual o PNS está envolvido. Evidencia os objectivos estratégicos existentes no PNS e fala da sua importância para a consecução do objectivo final, o aumento do nível de saúde.

Isabel de Castro (Partido Ecologista os Verdes), falou do PNS como um instrumento estratégico e importante para garantir a saúde da população; um documento bem feito e globalmente positivo. A eficácia do mesmo reside na capacidade de elaboração do trabalho, mas principalmente na capacidade de mobilização de meios que permitam realizar os objectivos.

Maria de Belém Roseira (Partido Socialista), referiu-se ao PNS como um documento de sucesso, e da sua função como fio condutor para as políticas do Ministério da Saúde. Para implementar o PNS e para atingir os objectivos traçados é fundamental haver apoio político.

Luís Cabrita (Partido Socialista), reconheceu o valor do PNS e evidenciou a importância do planeamento estratégico em saúde. O PNS é um instrumento importante e é urgente que ele entre em acção.

A implementação do PNS está prevista para ser realizada em 6 anos, dos quais apenas os últimos 4 contemplam uma implementação real e uma avaliação de acções e medidas.



A questão que fica por saber é se o PNS vai ser mais que um exercício formal de planeamento, ou se, pelo contrário, vai ser um verdadeiro instrumento de mobilização, coordenação e de transformação do sistema de saúde e da cultura de governação da saúde no país. A implementação deve ser vista como parte integral do processo de reforma e não simplesmente com uma questão administrativa ou de gestão. O mesmo grau de esforço e de reflexão que se põe na criação de políticas deve ser também posto no desenvolvimento e implementação de estratégias.

Um modelo para a implementação do Plano Nacional de Saúde

1. Replicação local

Um plano nacional é uma abstracção, são as suas versões locais que contam. A forma como interagem o quadro de referência nacional com as estratégias locais é um factor crítico do modelo de implementação.

2. Programa de saúde e gestão da doença

Programas de saúde (saúde da mulher e da criança, planeamento familiar ou saúde do idoso) ou de doença (diabetes, asma, oncologia, SIDA, PN de vacinação) são concebidos como “planos sectoriais”. A forma como estes “planos sectoriais verticais” se articulam com as estratégias locais “intersectoriais” deve ser claramente explicitado.

3. Avaliação paradigmática de programas em curso

Muitos dos programas acima mencionados decorrem já há vários anos, por vezes mais do que uma década, sem nunca terem sido avaliados formalmente (interna e externamente). Esta lacuna, enfraquece os pressupostos técnicos e empíricos do PNS. É necessário superar esta lacuna urgentemente.

4. Sistemas de monitorização

A boa implementação de uma estratégia de Saúde está fortemente dependente da qualidade do sistema de monitorização existente. Este deve ser baseado em definições, procedimentos e obrigações claramente estabelecidos.

5. Matriz “saúde X gestão”

É possível identificar para cada objectivo de saúde mecanismos de contratualização, promoção de desempenho, gestão de informação, inovação e gestão tecnológica capaz de influenciar positivamente a sua realização. Ao mesmo tempo estes mecanismos de gestão saem reforçados.

6. Mercado da saúde

Na União Europeia assiste-se pela primeira vez à elaboração de políticas conjuntas para a saúde e para o consumo. É possível começar a aproveitar mecanismos de mercado para promover a saúde.

7. Legislação

Melhorar a legislação de saúde em relação a aspectos como o tabaco, o álcool, certos riscos ambientais pode considerar-se um elemento importante de um modelo de implementação do PNS. Depois é necessário cumpri-la.

8. Conhecimento

A monitorização e avaliação do PNS podem ser directamente associada às políticas de formação e investigação em saúde.

9. Financiamento

O financiamento da saúde é absorvido quase totalmente pelos hospitais, tecnologia e medicamentos, para além das despesas com pessoal. Pouco fica para a promoção e protecção de saúde para os cuidados de proximidade, para cuidados continuados. É portanto importante definir como se financiam aspectos prioritários do PNS.

10. Infra-estrutura de saúde pública

O eixo das infra-estruturas de Saúde Pública do país – Direcção Geral de Saúde, os Centros Regionais de Saúde Pública e os Centros de Saúde não tem recursos humanos e financeiros para desempenharem o papel fundamental que lhes cabe na implementação do PNS. Esta situação precisa de ser urgentemente corrigida. Por outro lado é necessário assegurar que a entidade coordenadora da implementação, monitorização e avaliação do PNS tenha os instrumentos necessários para o efeito.

UM MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO PARA O “PLANO NACIONAL DE SAÚDE”

1. Replicação Local

Um plano nacional é uma abstracção, são as suas versões locais que contam. A forma como interage o quadro de referência nacional com as estratégias locais é um factor crítico do modelo de implementação. Até agora não tem sido claro para quem trabalha localmente que o PNS tenha esse papel.

Sugestão

Elaborar um documento adicional aos existentes que, pela apresentação, conteúdo e forma de divulgação, assuma esse papel (**PNS amigo do utilizador**).

Já existem em Portugal, essencialmente, dois tipos de “Planos Locais de Saúde”:

- Aqueles que dizem respeito a um concelho e são promovidos pelos municípios – exemplos Loures, Seixal ou Oeiras.
- Aqueles que se referem a um centro de saúde a à sua área populacional.

Até agora não tem sido possível proceder a uma identificação, registo, análise, divulgação e acompanhamento das estratégias ou planos locais.

Sugestão

Seria útil criar uma **Página na Internet sobre “estratégias locais de saúde”**

No processo de elaboração, monitorização e avaliação dos planos/estratégias locais é particularmente importante o envolvimento dos diferentes actores e sectores sociais (escola, locais de trabalho, locais de recreação, comércio, segurança social, municípios). Estas redes locais – buscando convergências, acordando em metas e contribuindo para a sua realização e monitorização, fazendo circular a informação e promovendo o conhecimento – reforçam espaços cívicos reais, como contraponto a culturas, como as dos países da Europa, excessivamente opinativas e confrontacionais.

Sugestão

Seria útil a elaboração de **Catálogos dos Parceiros do PNS**

Experiências internacionais

Reino Unido

Em 2001 foi publicado um documento intitulado “*NHS Plan, Technical Supplement on Target Setting for Health Improvement*”, que tinha como objectivo enunciar as diferentes metas apresentadas no plano, os indicadores e formas de avaliação das mesmas de uma forma mais clara e mais extensa do que aquela existente no plano. Também fazia parte dos seus objectivos que o documento publicado servisse de apoio a todos aqueles que trabalhavam nas áreas de acção do plano, tanto a nível nacional como local, e não só os organismos da saúde, mas também todos aqueles que possam estar relacionados com as actividades do plano. Pretendia-se que todos os intervenientes tivessem uma melhor percepção de todo o processo de criação das metas, dos indicadores com elas relacionados, das formas de seguimento e avaliação, para que eles próprios fizessem parte do sistema de seguimento e avaliação das actividades do plano.

Era também dada a hipótese de uma participação activa de todos os intervenientes, tal como uma maior interacção, através da utilização de um site criado para o efeito. Estabeleceram-se metas intermédias, formas de seguimento e de avaliação. Estabeleceram-se ainda algumas metas a nível local e formas de monitorização das mesmas. O envolvimento das autoridades locais, da comunidade e dos diferentes actores sociais a nível local foi um dos pontos mais focados na elaboração das metas e na sua implementação e seguimento.

Suécia

Em 2003 o Governo Sueco adoptou uma política de saúde pública nacional, cujo principal objectivo era criar condições sociais que garantissem boa saúde e equidade para toda a população. A base desta política foi o trabalho realizado pelo *National Committee for Public Health* que focou a sua área de acção nas determinantes sociais, ao contrário do que é realizado na maioria dos países europeus, que trabalham com base em problemas de saúde. O Ministério faz uma avaliação do estado de saúde do país, estabelece uma política nacional e objectivos nacionais que servem de referência às autoridades regionais, ou locais, para elaborarem os seus planos de acção e estabelecerem os seus objectivos.

Em meados de 2005 mais de 50% dos 290 municípios suecos, já adoptaram e trabalham em programas de saúde pública próprios.



2. Programas de saúde e gestão da doença

Programas de saúde (saúde da mulher e da criança, planeamento familiar ou saúde do idoso) ou de doença (diabetes, asma, oncologia, SIDA, PN de vacinação) são concebidos como “planos sectoriais”. A forma como estes “planos sectoriais verticais” se articulam com as estratégias locais “intersectoriais”, deve ser claramente explicitado.

A articulação entre os “programas sectoriais verticais” e as estratégias de saúde locais terá que passar pelo reconhecimento de um conjunto de princípios de planeamento estratégico que incluem os seguintes:

- (a) As estratégias de saúde locais devem contribuir e beneficiar das concepções e instrumentos de acção veiculados pelos Planos Nacionais e inspirar-se nos seus princípios orientadores, mas devem ser adaptados às especificidades locais, tais como expressas pelos estudos locais e entendidas pelos parceiros locais.
- (b) Assim as orientações no enquadramento nacional podem ser traduzidas a nível local, de três formas distintas:
 - Explicitação completa – metas negociadas, estruturas de acção para cada meta, catálogo de parcerias, indicadores de monitorização, avaliação quantitativa e qualitativa
 - Explicitação parcial – indicadores de acompanhamento, avaliação quantitativa e qualitativa.
 - Não explicitação – baseada no pressuposto da adopção da boa prática por parte dos parceiros do PNS; avaliação qualitativa.

Os critérios para fazer estas opções devem ser elaborados e explicitados.

Sugestão

Publicar um **documento orientador para a tradução das orientações nacionais em metas e acções locais.**

Exemplos internacionais

Alemanha

Foi introduzido recentemente na Alemanha públicos do país. Estes proporcionam incentivos financeiros aos médicos pelo número de doentes que participarem no sistema dos programas de gestão de doença. Os quatro primeiros programas introduzidos foram o da Diabetes, Cancro da Mama, Doenças Coronárias, Asma e outras doenças respiratórias.

Segundo Norbert Schacke (Comunicação pessoal, Liverpool, 2005), actualmente, cerca de 15% dos segurados estão incluídos em programas de gestão da Diabetes.

Reino Unido

A organização do sistema de saúde inglês está a evoluir para uma forma totalmente descentralizada: Ministério da Saúde, Departamento da Saúde, gabinetes regionais e finalmente autoridades locais. A nível nacional iniciaram-se programas sobre promoção de saúde, saúde pública e prevenção de doenças que estão dirigidos à população em geral. A nível local, realizam-se iniciativas e programas de implementação e fazem-se alianças entre organizações de voluntários, serviços sociais e outras autoridades locais, escolas e trabalhadores para melhor realização desses objectivos. Os *Primary Care Trusts* e as autoridades locais, em colaboração com outras entidades do *National Health Service*, vão assumir responsabilidades na criação de parcerias locais estratégicas e nos *Local Delivery Plans* para 2005-2008.

A responsabilidade é transposta para nível local, para os *Primary Care Trusts* e reguladores independentes, em substituição da Secretaria de Estado, com flexibilidade para implementar novas estruturas de governação que reflectam as circunstâncias locais.

3. Avaliação paradigmática de programas em curso

Muitos dos programas acima mencionados decorrem já há vários anos, por vezes mais do que uma década, sem nunca terem sido avaliados formalmente (interna e externamente). Esta lacuna, enfraquece os pressupostos técnicos e empíricos do PNS. É necessário superar esta lacuna urgentemente.

A avaliação indirecta de um número seleccionado de “programas verticais” em curso, há pelo menos 5 anos devia adoptar um quadro de referência consistente com o espírito de ampla mobilização e participação das estratégias de saúde. Os programas devem ter suficiente tempo de implementação para produzirem resultados. Deve existir uma avaliação desses mesmos resultados. Adopção de modelos de avaliação participativa, que integram a participação dos diferentes intervenientes nos programas e outros actores sociais significativos. Continuação de programas para que estes possam beneficiar das avaliações prévias



Sugestão

Abrir concursos imediatamente para uma avaliação pluralista de pelo menos 4 “programas verticais” de saúde, em curso há pelo menos 5 anos, para ser efectivado num prazo entre 10-12 meses.

Experiência Internacional

Reino Unido

Quadro comparativo entre a “National Diabetes Framework” do Reino Unido e o Programa Nacional de controlo da diabetes português:

<i>Diabetes Nacional Service Framework</i>	Programa Nacional de Controlo da Diabetes
2001, 12 normas e as respectivas intervenções	1998, definidas metas e objectivos a atingir
<i>Diabetes NSF Implementation Group</i>	Nenhuma estrutura equivalente
2003, revisão das mesmas e adequação	Mesmos objectivos e metas que em 1998
Intervenções chave criadas com base em evidências científicas	Informação insuficiente
Criação de uma série de indicadores de desempenho para monitorizar o progresso de implementação e a evolução	Ausência de indicadores, ou mecanismos de monitorização e avaliação da implementação
Avaliações anuais, 2004 e 2005	Nenhuma avaliação realizada até agora

4. Sistemas de monitorização

Os indicadores em que se baseia o sistema de monitorização devem ser construídos de forma a assegurar a sua interpretação substantiva no contexto da “Estratégia de Saúde”. Listas de indicadores sem uma interpretação qualitativa relevante parecem pouco úteis e podem ser contraproducentes. Só uma elaborada interpretação qualitativa de indicadores quantitativos permite transformar “informação” em “conhecimento”.

Sugestão

Dar a autoridade necessária à entidade coordenadora do PNS para ter uma palavra decisiva no governo da informação de saúde e nos sistemas de monitorização, assim como assegurar a obrigatoriedade da sua implementação e utilização.

Exemplos internacionais

Suécia

O *National Institut of Public Health* é responsável pela monitorização e avaliação dos esforços intersectoriais na saúde pública sueca. Esta responsabilidade comporta com ela uma actividade de avaliação compreensiva dos objectivos da saúde pública e a elaboração de um relatório, *Public Health Policy Report*, que deverá apresentar ao governo a cada 4 anos começando em 2005. Aos 11 objectivos nacionais de saúde suecos foram associados 38 indicadores principais e estão em estudo indicadores secundários que estão relacionados com áreas de acção política. Os indicadores são criados com o objectivo de estarem fortemente correlacionados com a saúde, capacidade de validação do determinante, conscientes e susceptíveis a fenómenos e decisões políticas, baixo custo para a administração e estratificados por sexo, idade, tipo de família, geografia (incluindo áreas municipais), grupos sócio-económicos e etnia, sempre que possível.

5. Matriz “saúde X gestão”

É possível identificar para cada objectivo de saúde mecanismos de contratualização, promoção de desempenho, gestão de informação, inovação e gestão tecnológica capaz de influenciar positivamente a sua realização. Ao mesmo tempo estes mecanismos de gestão saem reforçados.

Saúde	Promoção da Saúde/ Acesso aos Serviços	Contratualização	Qualidade	Equipamentos/ tecnologia
Tuberculose	Tratamento até à cura; Protecção da contágio			Estruturas de cuidados continuados; Capacidade das prisões
Diabetes	Carta dos direitos e deveres; Acesso ao auto-controlo	Cobertura oftalmológica	Gula do Diabético	
Asma	Escola da asma; Acesso ao auto-controlo			Nebulizadores nas urgências
Cancro	Vida activa; Não fumar; Acesso precoce		Mamografia	Plano de Investimentos na técnica oncológica

Sugestão

A entidade coordenadora do PNS teria especial responsabilidade e autoridade para assegurar a realização das acções críticas identificadas pela matriz “gestão X saúde”.

Exemplos internacionais

Catalunha - Espanha

O *CatSalut* (Catalunha) tem como responsabilidade estabelecer políticas de serviços de acordo com as políticas de saúde do Departamento de Saúde, concretizar o sistema de prestações, de aprovisionamento, de compra, conjuntamente com a avaliação de resultados. O *CatSalut* contrata aos prestadores os serviços assistenciais necessários para garantir as políticas do Departamento de Saúde. Os prestadores são responsáveis pela qualidade dos serviços que prestam. Com a finalidade de assegurar que as suas responsabilidades são cumpridas os diferentes intervenientes tem à sua disposição diversos instrumentos:

- O Departamento de Saúde elabora o Plano de Saúde, encarrega-se do orçamento e da acreditação dos prestadores.
- O *CatSalut* utiliza ferramentas como o plano de serviços, o plano de investimentos, o catálogo de prestações e de recursos, a contratação e a avaliação.
- Os prestadores seguem os planos e estratégias operativas de forma a cumprirem os seus acordos com o *CatSalut* e com o Departamento de Saúde.

6. Mercado da saúde

Na União Europeia assiste-se pela primeira vez à elaboração de políticas conjuntas para a saúde e para o consumo. É possível começar a aproveitar mecanismos de mercado para promover a saúde.

A saúde pública e a protecção do consumidor devem ser vistas como políticas conjuntas com planeamento e acções conjuntas. O desenvolvimento de um mercado de informação, produtos (bem estar) e serviços paralelos e dentro dos sistemas de saúde vai forçar a novas formas de abordar a saúde e novas estratégias de acção. É necessário reconhecer a presença cada vez maior da saúde no mercado, reconhecer o seu papel como produto e como uma promessa. A existência de um mercado cada vez mais complexo e sofisticado, permite uma maior escolha, mas traz com ele uma maior responsabilidade. É necessário garantir a segurança do “consumidor” e agir de forma a impedir que aqueles que possuem um menor poder aquisitivo sejam excluídos e prejudicados. Existe a necessidade de uma estratégia abrangente na saúde e de uma programação comum ao nível da protecção do consumidor.

Tem-se observado um crescimento de uma indústria da saúde (revistas, programas de TV, organizações dedicadas ao exercício físico e ao bem estar) de que é possível tomar partido para a implementação do PNS. Também é possível intervir no mercado de uma forma positiva – apoiando escolhas informadas ou premiando “produtos saudáveis” – ou restringindo – códigos (semáforos nos supermercados) ou limitando o marketing de certos produtos.

Deve evoluir-se no mesmo sentido que o resto da Europa de forma a combinar as políticas de saúde e a protecção do consumidor. Trabalhar para criar uma corrente europeia ao nível dos objectivos de saúde e da protecção do consumidor de forma a colocar a saúde e os problemas do consumidor no topo da agenda política.

Sugestão

Instituir prémios/distinções para os produtos mais saudáveis do ano, com valor acrescido de mercado, na linha dos produtos verdes. Tais iniciativas poderão ser da responsabilidade de associações do tipo da Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública.

Exemplos internacionais

Reino Unido

O *National Health Service* (NHS) preparou um plano de acção que foca a sua actuação na escolha de saúde da população. *Delivering choosing health: making healthier choices easier*, mostra como o *Department of Health* e o NHS, dentro da estrutura das políticas governamentais, podem ajudar as pessoas a fazerem escolhas mais saudáveis e a reduzir as desigualdades na saúde. Expõe claramente as prioridades para implementação a nível nacional, regional e local e por quem e quando.



7. Legislação

Melhorar a legislação de saúde em relação a aspectos como o tabaco, o álcool e outros riscos ambientais, pode considerar-se um elemento importante de um modelo de implementação do PNS. Depois, é necessário fazer com que seja cumprida.

Sugestão

Promover junto a uma instituição universitária a criação de um observatório dedicado ao estudo do cumprimento da legislação relativa à saúde.

Exemplos internacionais

Suécia

Desde 1 de Junho de 2005 que todos os restaurantes, bares e cafés passaram a ser *smoke-free*. A lei foi criada pelo governo com o intuito de melhorar/preservar a saúde dos trabalhadores de restaurantes, bares e cafés e foi com grande contentamento que o governo encarou o apoio por parte da população. Há uma minoria que pensa que esta lei é limitativa mas existe um apoio de cerca de 85% da população e mais de 90% dos fumadores pensam que cumpriram esta lei, segundo o *National Institute of Public Health*. O apoio que esta lei está a ter por parte da população está directamente relacionado com a consciencialização generalizada de que o fumador passivo está tão ou mais sujeito aos malefícios do tabaco que o fumador.



8. Conhecimento

A monitorização e avaliação do PNS podem ser directamente associada a políticas de formação e investigação em saúde. Quer os programas de formação quer as prioridades de investigação de saúde podem realizar uma contribuição efectiva para reparar as lacunas observadas (ou previstas) na implementação do PNS.

A saúde é um meio onde existe uma forte cultura profissional e uma grande intensidade ao nível da informação e do conhecimento. O desenvolvimento de novas culturas profissionais e de um “novo serviço público” dificilmente se fará predominantemente por “Planos” e “Modelos Organizacionais” preestabelecidos. A promoção de uma cultura de inovação e empreendedorismo público, a nível local, centrada no conhecimento e capaz de tirar o melhor partido possível das tecnologias informação e comunicação, é indispensável.



Sugestão

Dar prioridade à investigação avaliativa, à comunicação em saúde, a áreas que implicam abordagens particularmente difíceis (promoção da saúde em população, excluídos socialmente, violência, dependências), para além do próprio modelo de implementação de estratégia.

Experiências Internacionais

Reino Unido

O Governo Inglês assumiu o compromisso de aumentar a contribuição da investigação na saúde e nos cuidados sociais, tal como o reforço das relações e parcerias entre os serviços e a ciência. A investigação é considerada essencial para se alcançar o sucesso na promoção e protecção da saúde e do bem-estar, e para a modernização e eficiência dos serviços sociais e de saúde. Embora esteja associada a investigação um risco, tanto económico (retorno do investimento) como do ponto de vista pessoal (das pessoas que a realizam), os benefícios que podem ser colhidos superam largamente essa margem de risco. Uma boa política de investigação, é como tal, essencial para assegurar que a população possa ter confiança e beneficiar de uma investigação de qualidade em saúde.

9. Financiamento

O financiamento da saúde é absorvido quase totalmente pelos hospitais, tecnologia e medicamentos, para além das despesas com pessoal. Pouco fica para a promoção e protecção de saúde e para os cuidados de proximidade, para cuidados continuados. É portanto importante definir como se financiam aspectos prioritários do PNS.

Isso pode ser feito, para além do financiamento habitual do SNS, por uma parte dos impostos sobre a venda do tabaco e do álcool, e pela mobilização de outros recursos da comunidade. Isto pode incluir o recurso a financiamento de projectos de saúde específicos, facilitando a publicidade a nível de projectos, havendo a participação de empresas que queiram envolver-se em acções de promoção de saúde.

Sugestão

Estabelecer uma Fundação para a Promoção da Saúde que mobilize recursos financeiros para a prevenção da doença, a promoção e protecção da saúde, sejam eles de origem pública, social ou privada.

Experiências internacionais

Alemanha

O Ministério da Saúde pediu ao Conselho Consultivo para a Acção Concertada nos Cuidados de Saúde para preparar um relatório sobre o melhoramento dos cuidados de saúde. O relatório conclui que existe uma má distribuição dos recursos no sistema de saúde alemão e que o financiamento existente é limitado. Para ultrapassar estas dificuldades recomenda que haja uma maior atenção sobre os objectivos dos cuidados de saúde. Para tal, foi criado o projecto “*Heath Targets for Germany*” que reuniu membros dos governos nacionais, regionais, profissionais médicos, os hospitais, seguradoras, doentes, a população e o meio científico. Algumas das medidas previstas englobavam:

- Centro Alemão para a Qualidade na Medicina (protecção do consumidor no serviço de saúde): mais informação para os pacientes, desenvolvimento de normas de orientação clínica (*guidelines*), análise do custo-benefício dos medicamentos
- Liberalização do fornecimento/comercio de medicamentos
- Estruturas organizacionais modernas em associações regionais de médicos e seguradoras
- Melhorar os mecanismos para a resolução de conflitos nos sistemas autogovernados para médicos/seguradoras
- Ligar os honorários médicos ao tratamento prescrito
- Remoção da restrição de preços nos medicamentos
- Permitir a posse de mais de uma farmácia
- Admissão de farmácias electrónicas (comercio pela Internet)
- Clínicos gerais/médicos de família como porta de acesso ao sistema
- Aumento do componente dos cuidados ambulatoriais hospitalares

10. Infra-estruturas de saúde pública

O eixo das infra-estruturas de Saúde Pública do país – Direcção Geral de Saúde, os Centros Regionais de Saúde Pública e os Centros de Saúde não tem recursos humanos e financeiros para desempenharem o papel fundamental que lhes cabe na implementação do PNS. Isto inclui a capacidade de se articular e tomar partido de infra-estruturas de outros sectores sociais, relevantes para abordar aspectos importantes da saúde. Esta situação precisa de ser urgentemente corrigida.

Por outro lado é necessário assegurar que a entidade coordenadora da implementação, monitorização e avaliação do PNS tenha os instrumentos necessários para o efeito. Também é necessário que tenha a autoridade necessária para influenciar fortemente aspectos como o governo da informação e da saúde, os sistemas de monitorização e proporcionar um adequado enquadramento aos processos de contratualização e garantia de qualidade.



Sugestão

Estabelecer um forte dispositivo de coordenação de implementação do PNS, com autoridade sobre aspectos instrumentais críticos para êxito dessa implementação.

Experiências Internacionais

Finlândia

Dentro do governo finlandês, “as autoridades locais possuem um papel cada vez mais importante. A governação na prática tenta substituir uma aproximação top-downwards (topo-base) por uma gestão bottom-upwards (base-topo), envolvendo as pessoas cada vez mais na tomada das decisões a nível local”. As políticas de saúde nacionais são delineadas a nível ministerial através da elaboração do plano anual de acção e da atribuição orçamental do mesmo, mas a aplicação e implementação das medidas e objectivos traçados é realizada a nível local. A pessoa individual, o nível local e os seus actores, a segurança social e o sistema de saúde, outros serviços locais e as ONGs, comércio, indústria e cultura possuem um papel muito importante na implementação do programa actual, “Saúde 2015, Programa de Saúde Pública”, e na consecução dos objectivos traçados.

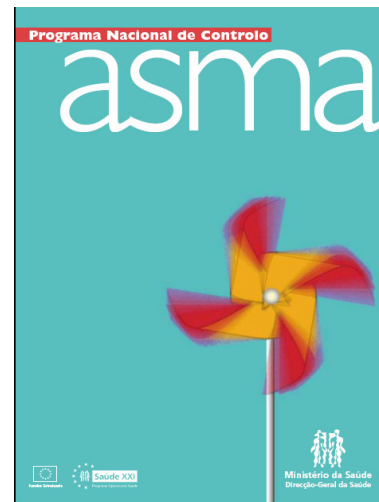


MINISTRY OF
SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH

O CASO DA ASMA

O **Plano Nacional de Saúde 2004-2010** volta a identificar a asma como um dos problemas de saúde em Portugal. É identificada como uma das doenças crónicas com maior prevalência e é associada a uma frequente perda de qualidade de vida por parte dos asmáticos. Estima-se que em Portugal sofram da doença, entre 500 a 600 mil pessoas, das quais cerca de 30 por cento na sua forma moderada ou grave. A asma afecta cerca de 5% da população adulta e cerca de 11% das crianças e população jovem, prevendo os especialistas que a tendência seja para um aumento generalizado do número de casos.

Tal como nas outras áreas de acção, o Plano Nacional de Saúde centra os seus esforços e políticas no Programa Nacional de Controlo da Asma: *“Estando, ainda, numa fase inicial de aplicação, o Programa Nacional de Controlo da Asma inclui as estratégias de actuação a serem implementadas a nível nacional pelos serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo monitorizado por uma Comissão de Coordenação do Programa da Asma”*.



Em aplicação desde 2001, o Programa Nacional de Controlo da Asma (PNCA) vigora até 2007 e visa, reduzir, em Portugal, a prevalência, morbilidade e mortalidade por Asma e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar do doente asmático.

Um artigo publicado por um membro da Comissão de Acompanhamento do Programa Nacional de controlo da Asma na Revista Portuguesa de Clínica Geral (2004; 20: 589-94) dá conta pormenorizada das iniciativas que foram tomadas no âmbito deste programa (produção e distribuição pelas Administrações Regionais de Saúde de Manuais de boas práticas para profissionais, Manuais de ajuda para asmáticos, formação e promoção de boas práticas entre os profissionais, entre outros).

No entanto, anos volvidos do início do programa, e após a elaboração de um novo Plano Nacional de Saúde, não são conhecidas avaliações intercalares nem mesmo valores basais de referência para as metas estabelecidas pelo próprio programa para 2007: i) redução do número de internamentos hospitalares por asma, que nas crianças e adolescentes (<19 anos) deverá atingir, pelo menos, 20% dos valores basais; ii) redução do absentismo escolar e laboral por asma, que na população escolar deverá atingir, pelo menos, 30% dos valores basais; iii) atingir uma percentagem significativa de doentes asmáticos (25% da população asmática estimada) capazes de autocontrolarem a sua doença.

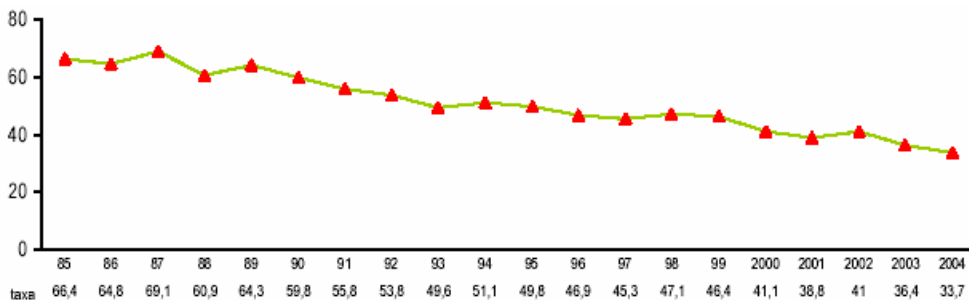
É muito importante saber quanto antes o que foi alcançado, o que não foi, e porquê. E não só no fim do programa, que se avizinha, mas ao longo do tempo, de forma a poder melhorar ou ajustar o cumprimento dos objectivos de saúde estabelecidos.

O CASO DA TUBERCULOSE

O recente relatório de progresso da Direcção Geral da Saúde quanto ao Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (*PNT* - DGS, Março de 2005), confirma alguma evidência e actualiza outra, resultantes de um estudo de observação independente do período de 2000 a 2002 em Portugal (Portal do OPSS, 2005), quanto ao desempenho e ao impacte populacional do Programa.

No seu conjunto, os dois trabalhos apontam para a fragilidade do conhecimento que se construa a partir da morbilidade notificada, como é de esperar. No entanto, a muito satisfatória taxa de detecção de casos novos, conforme estimada pela OMS para Portugal, permite julgar, com suficiente segurança, que a incidência de tuberculose no nosso País se encontra num nível médio-baixo de estabilidade endémica, em termos mundiais, mas alta em termos europeus, com um valor notificado de 34 por cem mil habitantes em 2004 (Gráfico XX).

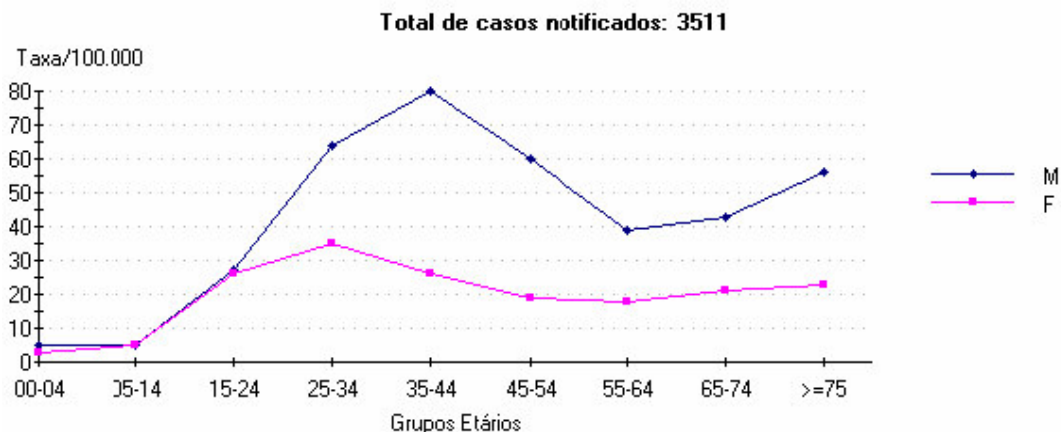
Gráfico XX - Tuberculose em Portugal - Notificação de casos novos por 100 000 habitantes - todas as idades



Fonte: SVIG-TB, sistema de vigilância da tuberculose, Direcção Geral da Saúde 2005

O perfil sexo-idade dos casos notificados é típico do estado de endemia (Gráfico XXI), assim como os baixos valores de idade mediana ao diagnóstico.

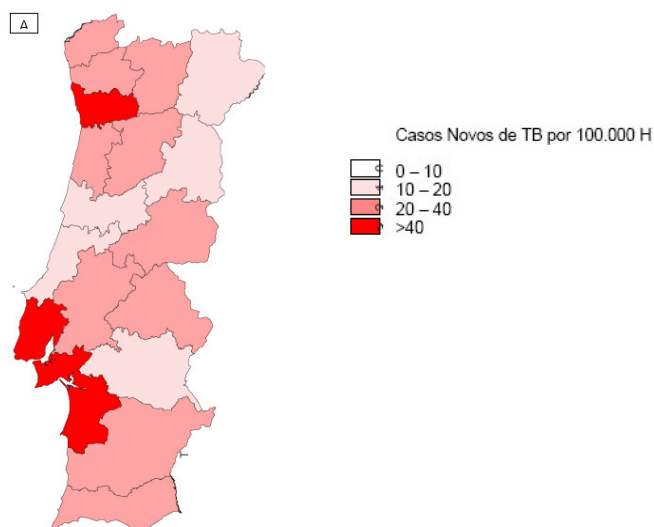
Gráfico XXI - Distribuição dos casos novos de TB por grupos etários e sexo em 2004.



Fonte: SVIG-TB – sistema de vigilância da tuberculose, Direcção Geral da Saúde, 2005

Esta estabilidade acompanha-se de uma notável heterogeneidade geográfica das taxas de incidência notificada entre distritos, e também concelhos (Gráfico XXII), como acontece entre países. Porto, Lisboa e Setúbal sustentam as taxas mais elevadas. Tal fenómeno tem forte indicação para um estudo ecológico mais fino, em busca de explicações razoáveis e susceptíveis de orientar as mudanças provavelmente necessárias nas adaptações locais do *PNT*.

Gráfico XXII - Distribuição geográfica da incidência média anual dos casos notificados entre 2000 e 2004.



Fonte: SIG SVIG-TB, sistema de vigilância da tuberculose, Direcção Geral da Saúde 2005

Um dos indícios, evidenciados pelo referido estudo de observação independente, é que alguns distritos em pior situação aparente poderão estar a ter, afinal, melhor desempenho quanto à notificação, comparado com outros que parecem ter bastante menor incidência (notificada).

Independentemente de que a capacidade de detecção e de notificação seja homogénea, ou não, entre áreas geográficas, um dos mais importantes factores de heterogeneidade da incidência a considerar é a diferença no sucesso terapêutico. No seu valor nacional, esta dimensão da efectividade do *PNT* continua a precisar de ser bastante melhorada, conforme os quadros XVII e XVIII, ilustram.

Quadro XVII – Taxas de detecção e de sucesso terapêutico entre 1997 e 2003.

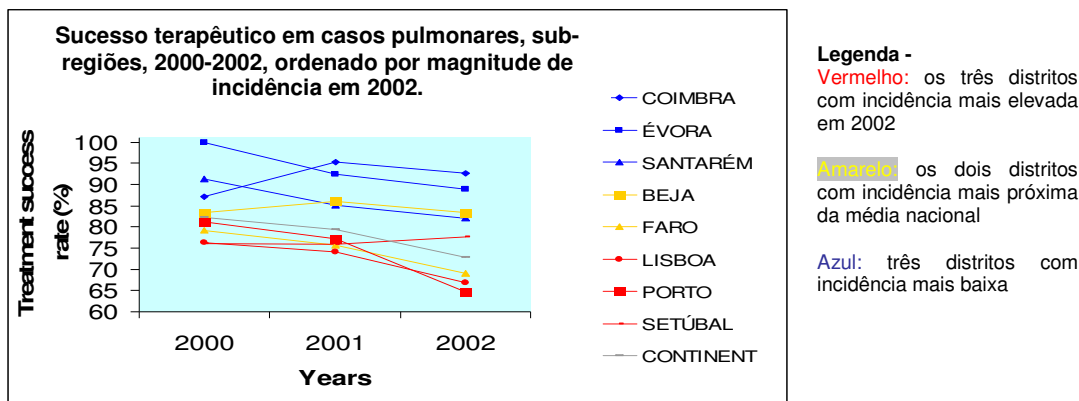
Taxa de sucesso terapêutico em casos pulmonares bacilíferos. Evolução 1997-2002. (Meta preconizada pela OMS» = 85%)

78 %	74%	85%	82%	77%	82%	nd
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
67%	83%	79%	84%	95%	95%	87%

Taxa de detecção de casos pulmonares. Evolução nas coortes analisadas 1997-2003. (Meta preconizada pela OMS» = 70%).

Fonte: SVIG-TB, sistema de vigilância da tuberculose, Direcção Geral da Saúde 2005

Gráfico XXIII - Sucesso terapêutico em casos pulmonares, em algumas sub - regiões seleccionadas, 2000-2002, ordenado por magnitude de incidência em 2002.



Fonte: SVIG- TB - sistema de vigilância da tuberculose, Direcção Geral da Saúde

Comentário - A taxa de sucesso terapêutico (casos com cura comprovada por laboratório + casos que completaram o esquema terapêutico) tende a ser mais favorável nos distritos com incidência também mais favorável, o oposto sendo também verdadeiro. Regiões tão importantes neste domínio como o Porto, Lisboa e Setúbal estão todos persistentemente abaixo da meta 85%

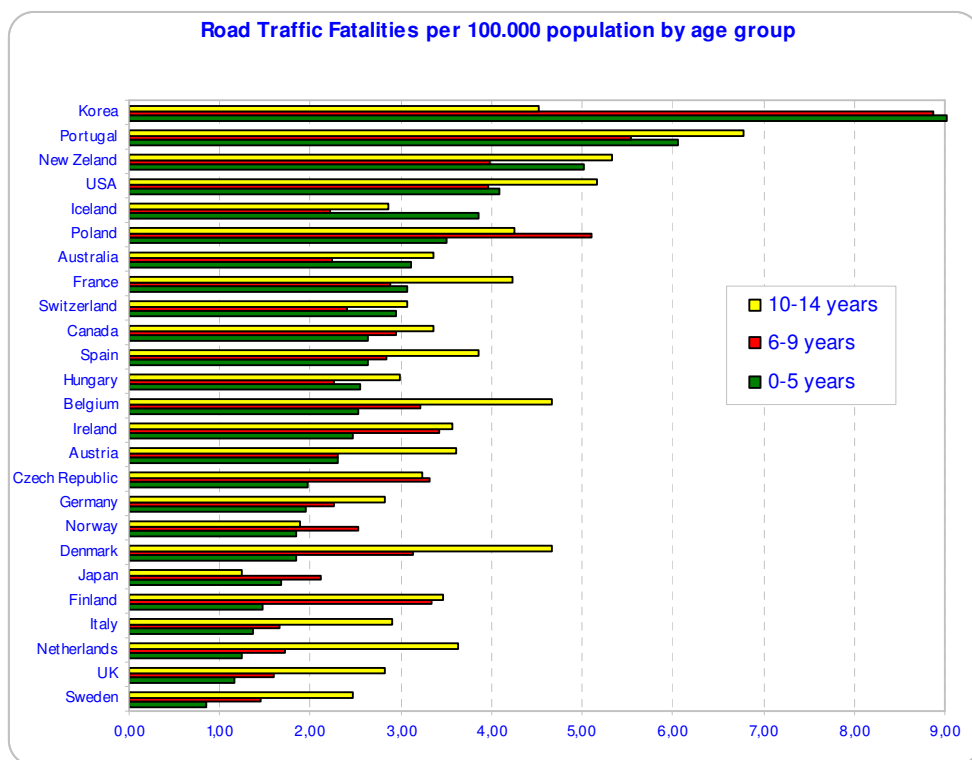
É necessário conduzir uma avaliação do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose Pulmonar que incida particularmente naquelas regiões onde se observam baixos valores da taxa de cura, de forma a reforçar a efectividade da luta contra a tuberculose

ACIDENTES RODOVIÁRIOS

O Plano Integrado de Prevenção Rodoviária (PISER), tal como outros programas nacionais, é o principal instrumento de luta do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 na área dos acidentes rodoviários. As estratégias e políticas nacionais de saúde estão centradas nele, e cabe ao Conselho Nacional de Prevenção Rodoviária (CNPR) a sua gestão e implementação, estando a comissão ligada directamente à Direcção Geral da Saúde através do Director-Geral da Saúde, que possui assento na comissão.

O número de acidente nos últimos anos têm vindo a decrescer, no entanto, Portugal mantém-se um dos países com mortalidade mais elevada ao nível da OCDE e União Europeia (dos 15) (Gráficos XXIV e XXV).

Gráfico XXIV- Número de mortos por acidentes de viação por 100.000 habitantes e por grupos etários nos anos de 1996 a 2000

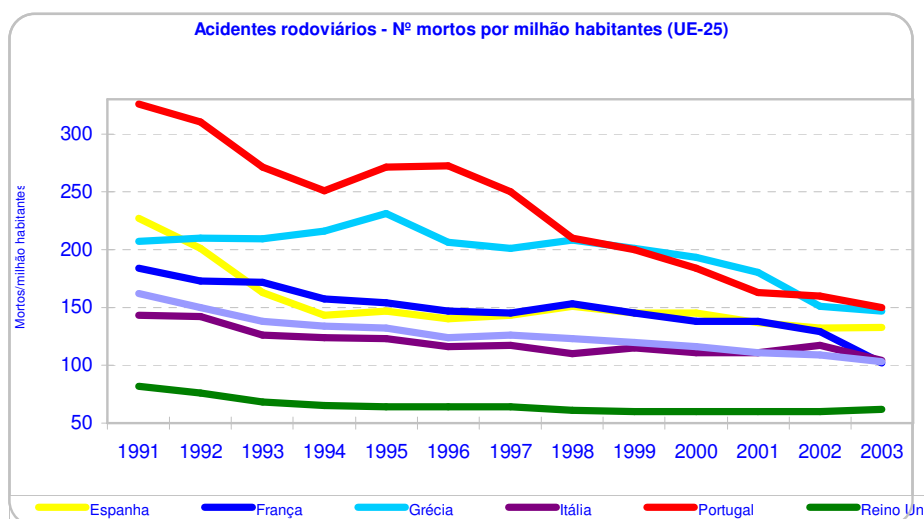


Fonte: IRTAD - OECD - International Road Traffic and Accident Database,

<http://www.bast.de/htdocs/fachthemen/irtad/>

Nota: só foram considerados os países que forneceram dados de pelo menos três anos do período 1996 a 2000.

Gráfico XXV - Mortalidade por acidentes rodoviários (por milhão de habitantes) em Portugal e alguns países da União Europeia

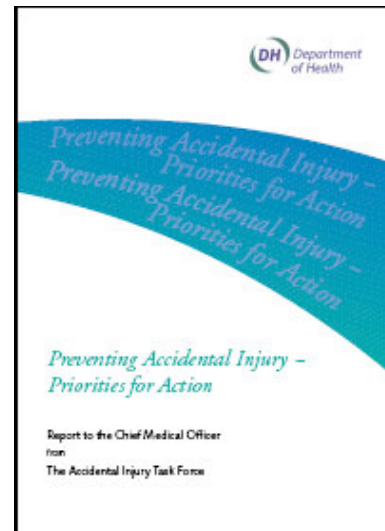


Fonte : CARE - Community Road Accident Database, http://europa.eu.int/comm/transport/care/index_en.htm

As principais orientações estratégicas e intervenções estão centradas no desenvolvimento de um plano de acção para a prevenção de acidentes, o Programa para a Prevenção de Acidentes e no desenvolvimento de uma Rede de Referência para Acidentados que inclua mecanismos de triagem, contemplando traumatismos, ferimentos e lesões.

No âmbito da discussão dos problemas rodoviários foi realizado um fórum sobre o tema na Assembleia da República, e colocou-se o mesmo a discussão pública de Novembro a Dezembro de 2004. Nestes fóruns participaram diferentes personalidades da área que apresentaram o seu contributo e opinião sobre o tema, e a iniciativa foi aberta à participação do público através da criação de um link na página da AR onde se podia aceder às contribuições dos participantes e onde os cidadãos podiam deixar a sua contribuição e acompanhar o processo de discussão. A primeira fase deste fórum centrou-se na Sinistralidade Rodoviária, alterações Legislativas e infra-estruturas Rodoviárias, enquanto que a segunda fase incidiu em políticas, educação e promoção da segurança rodoviária

Esta iniciativa é de louvar pois conseguiu juntar algumas personalidades das diferentes áreas com influência no fenómeno, tal como os diferentes departamentos governamentais com interesse na matéria, contribuindo desta forma para o envolvimento dos mesmos, e para realizar uma ampla e participada discussão com alguns dos actores sociais envolvidos.



Um exemplo de abordagem intersectorial concertada do problema pode ser encontrada no Reino Unido.

A *Accidental Injury Task Force* foi criada em 2000 com o intuito de proporcionar a base para uma acção inter-governamental e para identificar, a partir das evidências existentes, os passos e acções a tomar que tenham um maior impacto na prevenção dos acidentes e lesões. A abordagem inter-departamental do problema é bem evidente, existe o intuito de envolver nas políticas de acção e nos mecanismos de implementação os diferentes departamentos governamentais que possam estar relacionados com o problema. Conjuntamente com a saúde, a educação, os transportes e a segurança, assumem um papel importante na resolução do problema. Já existem mecanismos de monitorização e avaliação a funcionar. Os planos de transporte locais já estão a ser monitorizados pelo *Department for Transport, Health Improvement and Modernisation Programmes and National Service Frameworks*. Por sua vez, estas entidades são também avaliadas por autoridades de saúde especiais. O número de mortes por acidentes é já um indicador de desempenho do *National Health Sector*, e está-se a compilar uma lista de indicadores que servirá para monitorizar e avaliar a performance a nível nacional, regional e local.

A cultura de avaliação e monitorização existente permitiu que programas como o *Road Traffic Act* fossem implementados (Quadro XVI)

Quadro XVI - Road Traffic Act 1999

Esta iniciativa entrou em vigor em Abril de 1999 e introduziu um novo, e centralizado, sistema para recuperar os custos de tratamento hospitalar no Reino Unido, por acidentes de viação. Sempre que uma pessoa sofre um acidente, é tratado pelo NHS, e posteriormente reclama e recebe compensação pelas suas lesões, o NHS fica livre de obrigações e pode reclamar os custos ao compensador /culpado. A *Compensation Recovery Unit* fornece informações mensais ao Departamento de Saúde, (DH) que este utiliza para previsões, monitorização e avaliação do processo. Existe anualmente a publicação de um relatório onde todas as informações transmitidas ao DH são publicadas, e se faz uma avaliação do processo e da quantia recolhida pela CRU, e que posteriormente foi distribuída pelos hospitais. Desde 1999 que este procedimento funciona, tendo sido realizadas 6 avaliações anuais.

A mortalidade rodoviária é um problema grave e complexo. As experiências internacionais mostram maior impacto dos programas quando há montagem de mecanismos de monitorização e avaliação frequentes e rigorosos.

PARTE IV

PARTE IV – CONHECIMENTO E DECISÃO POLÍTICA NA SAÚDE – QUE FUTURO?

1. ALGUMAS OBSERVAÇÕES SOBRE “CONHECIMENTO E A DECISÃO POLÍTICA NA SAÚDE”

Uma mudança notável na governação no século XX foi o aparecimento de um grande número de organizações que procuram aconselhar ou influenciar explicitamente os governos, nomeadamente, através da elaboração, organização e apresentação de evidências (“provas”, melhor conhecimento disponível).

Estas organizações podem ser de vária natureza: investigadores universitários, organizações profissionais, grupos independentes, etc.

O século XX assistiu ao desenvolvimento de uma opinião pública mais exigente que quer estar segura de que o que se está a fazer nos serviços públicos (serviços prestadores de cuidados de saúde, estabelecimentos de ensino, etc.) vale o esforço (contributivo) e é feito da melhor maneira possível.

Rod Scheaff, do English National Primary Care Research and Development Centre em Manchester (www.npcrdc.man.ac.uk) e Margaret Whitehead do ESRC (Economic and social research council) UK centre for evidence based policy and practice (<http://www.evidencenetwork.org/>), em comunicações pessoais, deram especial relevo a alguns aspectos das relações entre conhecimento e a decisão política e entre investigadores e decisores que se salientam.

Necessidade urgente do conhecimento para a decisão e o tempo que leva produzir conhecimento. Os decisores tendem a querer resultados de investigações em meses ou semanas enquanto os investigadores podem levar anos a completa-las. Este é um problema difícil de resolver. O centro de Manchester promove encontros com os decisores durante as investigações para dar resultados intermédios como por exemplo resultados de revisões de literatura ou dados provisórios. Estas relações informais são também importantes para permitir que os resultados das investigações influenciem o desenvolvimento do sistema.

Quando os resultados das investigações mostram que as políticas não produziram resultados ou carecem de falta de suporte em conhecimento existente muitas vezes o que provoca mal-estar é os decisores serem confrontados publicamente com os resultados sem deles terem conhecimento. O Centro de Manchester procura dar conhecimento prévio ao Ministério das suas investigações antes da divulgação dos seus resultados. O OPSS tem procurado seguir esta boa prática, dando conhecimento ao Ministério da Saúde da versão integral do Relatório antes da sua divulgação pública.

A forma como os investigadores comunicam o conhecimento parece muitas vezes não resultar. Os decisores queixam-se de que querem respostas simples, querem saber “o que funciona” e os investigadores apresentam graus de incerteza. A experiência inglesa sugere que uma boa narrativa pode ser mais poderosa a influenciar que os resultados agregados de investigações. Outro aspecto que parece ser muito eficaz para reter a atenção dos decisores é a abordagem das implicações económicas das questões em estudo.

Os investigadores têm provavelmente de fazer um caminho em relação ao “mundo real” e compreender melhor os constrangimentos em que são tomadas decisões no “mundo real”, perceber que provavelmente o seu trabalho não termina na comunicação dos resultados mas, continua na compreensão das consequências políticas das suas investigações.

Talvez o mais importante de todos os aspectos seja o **fomento de relação entre investigadores e decisores políticos**. Isto permite facilitar o conhecimento e respeito mútuos, ir aprendendo as formas de cooperarem; aos investigadores perceber em que áreas é mais necessário organizar ou criar conhecimento, aos decisores ir acompanhando as investigações, beneficiar de leituras diversificadas dos problemas e de contributos de conhecimento já disponível para as soluções.

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

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

2. OPSS- ENSINAMENTOS DE UM PRIMEIRO CICLO (2000-2005)

Análise independente da governação da saúde em Portugal

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) tem como finalidade proporcionar uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.

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

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

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

O OPSS produz anualmente, desde 2001 (Quadro XVIII) um relatório da evolução do sistema de saúde português. Tem procurado estabelecer progressivamente um dispositivo observacional adequado e promover regularmente reuniões técnicas para aprofundar os temas seleccionados para análise. Utiliza ainda trabalhos de investigação nas áreas de políticas e sistemas de saúde, produzidos por instituições académicas, ou outras. Em certos períodos, mais do que noutros, o OPSS tem-se confrontado com uma séria falta de informação oficial sobre aspectos essenciais do funcionamento do sistema de saúde português. O OPSS tem procurado chamar insistentemente a atenção para as sérias implicações desta falta de transparência.

O OPSS, para além de observar o presente e analisar o passado mais ou menos imediato, procura estabelecer cenários sobre o futuro e aprender através de uma comparação contínua entre o "previsto" e o "observado".

Para melhorar a capacidade do OPSS organizar e gerir uma base de conhecimentos adequada aos seus objectivos e partilhá-la com todos aqueles que se interessam pelo sistema de saúde português, está em curso o desenvolvimento de um portal "gestão.saúde" (www.observaport.org).

Quadro XVIII- Os 5 “Relatórios de Primavera” publicados pelo OPSS entre 2001 e 2005



Avaliação do Relatório da Primavera 2004

O esquema de análise utilizado nos três primeiros relatórios (governança, cidadão, mediação, prestação) pareceu ter cumprido a sua função de esquema organizador da análise do sistema de saúde. A comunicação destas análises do sistema não é fácil e o impacto de que o OPSS se foi apercebendo, nas limitações dos seus instrumentos e recursos, leva a crer que é necessário melhorar a comunicação das análises. Em 2004 tentou encontrar-se o essencial de cada análise parcelar e ter um fio condutor para permitir uma narrativa, uma “história”. Os cenários proporcionaram o cerne desta narrativa: histórias alternativas que permitem explicar e prever a evolução do sistema prestador de cuidados de saúde a partir das decisões que estão a ser tomadas na actualidade (a agenda política). O relatório foi dividido em duas partes em que a primeira procurou dar um sentido/interpretação da evolução recente do sistema de saúde e a segunda apresenta análises mais exaustivas e parcelares. Este relatório de 2004, ao contrário dos anteriores, publicados em papel, só foi disponibilizado em formato electrónico em www.observaport.org no dia da apresentação. A divulgação foi feita preferencialmente junto de líderes de opinião e responsáveis do Ministério da Saúde português.

Na avaliação do Relatório de Primavera podem considerar-se os seguintes componentes: i) avaliação da rede OPSS; ii) Visitas ao Relatório de Primavera 2004, situado em www.observaport.org; iii) Análise de conteúdo da imprensa escrita, iv) Conhecimento do Relatório 04 numa unidade de saúde do Serviço Nacional de Saúde; v) Avaliação de colaboradores do OPSS e grupo externo, por resposta a um questionário, vi) Reacções espontâneas de leitores do relatório.

Avaliação da rede OPSS

Ao longo destes anos, há objectivos do Relatório da Primavera que se têm vindo a consolidar, destacando-se os objectivos i) pedagógicos (propõe referenciais de análise); ii) de investigação, pela procura de novas metodologias de análise e de comunicação, como por exemplo os cenários; iii) de contextualização do sistema de saúde na sua história; iv) de acompanhamento e actualização, de ritmo anual, da análise da governação da saúde.

Em termos de formato parece-nos de reter e desenvolver a solução de utilização abundante de ilustrações, gráficos, imagens, que documentam factos, acompanhadas de comentários.

O que se passa ou muda, após o lançamento do Relatório de Primavera ou de outras formas de comunicar análise utilizadas pelo OPSS? Esta é uma área necessária para completar e reformular o ciclo “produção-comunicação”, mas ainda frágil. Não temos também um razoável conhecimento dos públicos que estamos a alcançar nem das suas reacções. Parece-nos que não temos tido capacidade de chegar a muitas pessoas: administradores hospitalares, líderes médicos, líderes de opinião, ensino superior da área da saúde, gestores de saúde.

Visitas ao Relatório de Primavera 2004, situado em www.observaport.org

O Relatório da Primavera 2004, completo, no formato de ficheiro PDF, foi consultado cerca de 29.000 vezes até ao fim do ano de 2004.

Análise de conteúdo da imprensa escrita

Procuramos saber o que os jornais publicaram sobre o Relatório. Seleccionaram-se para análise 19 artigos que noticiavam a apresentação do Relatório da Primavera e o seu conteúdo. Os aspectos mais referenciados nos artigos seleccionados foram a governação em geral, onde se destaca a ausência de informação rigorosa e independente (“blackout informativo”) e a falta de explicitação dos fundamentos das reformas em curso. Os sectores específicos mais referenciados foram os hospitais SA, os medicamentos, os cuidados de saúde primários e os cenários para o futuro apresentados (Quadro XIX).

Quadro XIX – Relatório de Primavera de 2004 – Análise de conteúdo de 19 artigos de imprensa escrita.

	ARTIGOS SELECIONADOS PARA ANÁLISE																				
Temas abordados nas notícias	2	3	4	5	6	8	9	10	11	12	13	14	15	16	19	20	29	30	31	Total de referências	
Análise da Governação/Governança																					
- <i>Blackout</i> informativo/falta de transparência: geral, hospitais SA e listas de espera	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	18	
- Falta de fundamentação para as reformas em geral	X	X	X	X		X	X	X	X		X		X	X			X	X	X	14	
- Intensa actividade governamental/legislativa	X	X	X	X		X	X					X	X		X		X			10	
- <i>Marketing</i> político	X	X				X	X			X		X	X				X			8	
- Novo modelo da ERS: nomeações ponderadas, como aspecto positivo, modelo pouco fundamentado	X	X				X	X	X									X		X	7	
- PPP's: ousadia ou falta de fundamentação		X			X	X	X						X					X	X	7	
- Legislação permissiva “de licença” : em geral, SA's, PPP's, CSP	X				X										X	X		X	X	6	
- Ausência de avaliação rigorosa e independente das reformas							X			X			X		X		X			5	
- Recursos humanos: dificuldade em actuar neste sector (greves horas extra, demissões, contratações)					X					X			X			X			X	5	
- Deficiente diálogo com parceiros sociais							X						X					X	X	4	
- Ministro não sabe como chegar onde quer						X	X					X			X					4	
- Falta de capacidade do Estado para regular/acompanhar (PPP, CSP)					X	X														2	
SA's: Falta de fundamentação para o modelo SA, desigualdade de acesso a sistema a duas velocidades (SPA e SA), Programa Conforto, divulgação do relatório sobre o 1º ano dos SA e trabalho da equipa de missão como aspectos positivos	X	X	X		X	X		X					X			X	X		X	10	
Cuidados de Saúde Primários: Equidade e universalidade em risco com nova legislação; modelo centralista pela anexação dos Centros de Saúde a hospitais; falta de fundamentação; pouca atenção dada a esta área.					X		X			X			X				X	X	X	7	
Plano Nacional de Saúde: Como aspecto positivo; difícil concretização sem reforço de meios	X	X													X				X	4	
Medicamentos																					
- Antibióticos (padrão de prescrição): não se alterou, alteração levaria a poupança, problema para a saúde pública, comparação com o padrão inglês)	X									X		X	X		X					5	
- Genéricos: aumento da prescrição, incentivos à prescrição, prémios dados às farmácias	X	X														X			X	5	
Descrição dos cenários apresentados		X											X		X	X	X	X	X	7	

Conhecimento do Relatório 04 numa unidade de saúde do Serviço Nacional de Saúde

Com o objectivo de caracterizar os profissionais de saúde que conhecem o Relatório Primavera 2004, e as suas opiniões em relação a vários aspectos do Relatório numa unidade de saúde de Lisboa, aplicou-se um questionário a uma amostra de conveniência de profissionais (que se dirigiram ao bar e refeitório da unidade de saúde durante três dias consecutivos no mês de Outubro de 2004, entre as 8 e as 17 horas). Apesar de este estudo não poder ser extrapolado para o universo dos profissionais de saúde no seu conjunto, fica-se com a ideia de que são muito poucas as pessoas que conhecem os produtos do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, e até mesmo o próprio Observatório: nesta unidade de saúde, das 178 pessoas inquiridas (11% do total das que trabalhavam na unidade) apenas 11 conheciam o relatório e só 3 o leram.

Avaliação de colaboradores do OPSS e grupo seleccionado de técnicos de saúde, por resposta a um questionário

O OPSS solicitou a um grupo de 44 pessoas a colaboração na avaliação do seu trabalho pela resposta a um questionário. Abordava áreas como a facilidade de leitura, relevância dos temas escolhidos, fundamentação da análise realizada (Quadro XX). A simplificação de cenários utilizada no relatório de 2004 foi uma estratégia de comunicação, no sentido de que tornaria mais clara a mensagem em contraponto ao texto usado no ano anterior. Perguntamos, por isso, qual a opinião dos respondentes em relação a este equilíbrio (Quadro XXI). Também foram pedidas sugestões em relação a formas de estimular esta interactividade e a obtenção de reflexões por parte das nossas audiências.

Foram recebidas 10 respostas entre Novembro e Dezembro de 2004. Apresentamos algumas a título ilustrativo e não resultados agregados.

Quadro XX – Fundamentação dos temas escolhidos para análise no Relatório de Primavera 2004, algumas respostas a um questionário de avaliação

“Não é integralmente baseada em evidência, e em alguns casos há julgamentos de valor em lugar de evidência. No global, é equilibrado, embora seja desejável aumentar a componente científica de base.”

“É claro o esforço de fundamentação das análises efectuadas, embora em temas mais subjectivos esta fundamentação esteja talvez mais frágil.”

“Parece-me não restar dúvidas quanto a isso. A análise é feita com base em factos e pareceu-me particularmente interessante a abundante citação de declarações na imprensa ou de comentários publicados. É um tipo de informação que muitas vezes acaba por se perder e assim fica compilada e acessível para análise e comparações futuras.”

“Nalguns casos a fundamentação/confirmação de algumas das hipóteses consideradas é inviável, ou pelo menos limitada face à indisponibilidade de dados, no entanto corresponde a uma leitura política objectiva das variáveis caracterizadoras da estratégia de mudança em curso no sistema de saúde.”

“A análise peca por deficiente recurso a evidência, nomeadamente internacional, seja nos modelos adoptados, seja noutros modelos que, pelos seus resultados, possam tornar interessante importar.”

“Considero em geral fundamentada, mas por vezes essa fundamentação não é óbvia, até porque tornaria a síntese muito extensa e poderia entrecortar demasiado a leitura. Poderá estar a ser o compromisso possível, mas julgo que há aperfeiçoamentos a fazer (...) Antes, é desejável o reforço da sua autoridade técnico-científica por todos os meios, para produzir influências construtivas no sistema que observa, por via do conhecimento que produz.”

Quadro XXI – Equilíbrio entre simplificação e fundamentação nos cenários do Relatório de Primavera 2004, algumas respostas a um questionário de avaliação

“A simplificação prejudicou a fundamentação. Manteve-se uma linguagem difícil e ao encurtar-se o espaço prejudicou-se a compreensão.”

“Simplificação em excesso, fundamentação em défice.”

“Medida inteligente – as mensagens continuam robustas e, desta vez, mais acessíveis.”

“Parece-me um equilíbrio bem conseguido que facilita a leitura e poderá tornar o texto mais acessível a um maior número de leitores.”

“A falta de fundamentação bastante é um problema que atravessa todo o documento, julgo que se deveria investir mais nesse capítulo, tanto no aspecto teórico, como pragmático.”

“Foi uma forma interessante de facilitar a leitura e compreensão dos cenários possíveis.”

“Acho que foi bem sucedido, alcança facilmente e com suficiente qualidade o grande público e os jornalistas e constitui um encorajamento a que seja mais usado, em vez de textos corridos e muito condensados, onde é difícil identificar as referências das fontes, tal é o ritmo de nova informação.”

Reacções espontâneas de leitores do relatório

Dos vários pedidos de esclarecimento, opiniões e comentários escritos que recebemos ou encontramos publicados, houve um comentário e dois artigos de opinião que destacamos (Quadros XXII, XXIII, XXIV).

Quadro XXII – Princípios de independência e credibilidade na avaliação das políticas públicas, excerto de comentário a propósito do Relatório da Primavera 2004

“Avaliação de políticas públicas não se restringe, porém, a uma análise técnica: os bens que estão em jogo não têm benefícios facilmente quantificáveis, e a avaliação dos mesmos depende muito da postura e concepções político-ideológicas do observador; por exemplo, o desemprego é, para uns, um mal em si mesmo, enquanto para outros pode ser um mal necessário e tolerável, ou até um bem em certas circunstâncias. Por isso, é absolutamente essencial que um avaliador assuma que pressupostos adopta na sua análise; no fundo, é uma questão de informação e de honestidade intelectual, indispensável para a credibilidade, pelo menos, académica. Nesse sentido, por exemplo, mais do que avaliações absolutas, “fotográficas”, hoje importa reconhecer trajectos e projectar tendências; é que as condições ambientais e as condições iniciais são críticos na evolução dos sistemas não-lineares. Uma organização que adopta o nome “observatório” procura, por certo, a solidez e credibilidade que tal nome indicia, e tanto mais quanto existem vários “observatórios” na área da saúde; a forte influência universitária, presumo, visa reforçar esta ideia de credibilidade e saber, mas falha ao não cumprir com o seu dever fundamental de não fixar explicitamente e a priori que dogmas/princípios assume e qual o posicionamento prévio dos investigadores face aos temas.”

Fonte: Jorge Silva Paulo, em mensagem de correio electrónico dirigida ao Observatório em 17 de Junho de 2004.

Quadro XXIII – Contribuição dos Relatórios de Primavera para a análise e desenvolvimento estratégico, e mini *big bang* dos hospitais SA, excerto de artigo de opinião sobre o Relatório de Primavera 2004

“Primeiro, é de realçar a perseverança e capacidade de produzir análise sobre o sistema de saúde português que a equipa do Observatório tem demonstrado. Não se pode dizer que em Portugal exista uma tradição de análise e procura de pensamento estratégico sobre o sector da saúde. Mesmo entre as instituições públicas, não há um esforço de reflexão e de envolvimento da comunidade em geral na discussão sobre as opções de política. Neste panorama, a contribuição do Observatório é notável. Mesmo não se concordando necessariamente com as posições expressas, reconhece-se que há um esforço de sistematização e de análise subjacente. Só por isso, o Relatório de Primavera é uma iniciativa importante, e cuja leitura deve ser feita.”

.....

A importância de um mini-*big bang* como efeito de demonstração, e como forma de testar o modelo de uma nova gestão num conjunto alargado de unidades hospitalares faz todo o sentido, e decorre de certa forma naturalmente das experiências anteriores. O serem hospitais transformados em empresas públicas é em grande medida resultado de uma opção política, mais do que técnica, mas tendo-se que escolher entre continuar uma transformação a contagotas e uma mudança como a ocorrida com os hospitais SA, é fundamentada, a meu ver, arriscar esta última possibilidade. Se no aspecto da fundamentação desta reforma em particular discordo da posição do Observatório, já na importância de uma avaliação externa dos resultados produzidos estou completamente de acordo. E adicionaria ainda que os critérios de sucesso da empresarialização deveriam ter sido anunciados previamente pelo Ministério da Saúde. De outro modo, qualquer resultado obtido pode ser reclamado como sucesso (ou quase!).

Fonte: Pedro Pita Barros, Observando o Observatório, Diário do Minho (www.diariodominho.pt), 19 de Junho de 2004.

Quadro XXIV - Ausência de uma análise de *stakeholders* e a opinião e os factos, excerto de artigo de opinião sobre o Relatório de Primavera 2004

São possíveis algumas dúvidas sobre o sucesso do cenário de mudança limitada/reacomodação, pela ausência de referência ao corporativismo dos *stakeholders* da saúde. O Relatório de 2004 praticamente omite os seus vícios e só realça as suas virtudes, ao considerar que eles criaram consenso, quase virtuosos, de oposição às reformas. A realidade é bem diferente. Se algo de positivo pode vir a existir nestas reformas, pela energia libertada no *big bang*, tem a ver com a relativa perda de poder das corporações do sector, pelo menos as mais vocais no passado. Outras não são sequer mencionadas, como as IPSS e os bombeiros, cuja pressão financeira sobre a saúde tende a ser cada vez maior. Esta omissão não teria existido se o relatório tivesse realmente relatado uma análise de *stakeholders*.

Esta quarta edição do relatório de Primavera do OPSS, apesar dos defeitos apontados, é um trabalho da maior utilidade. Mas não é um estudo de investigação aplicada no domínio da análise política. Será certamente muito apreciada pelos *media*, a quem fornece munção opinativa e alguma factual. Será útil às oposições, por sistematizar a crítica ao governo. Mas poderia ter mais e melhor utilidade para a comunidade científica. Se a primeira parte se apresenta com elegância descritiva e se aproxima da correcta análise política, a segunda parte merecia ser revista.

Fonte: António Correia de Campos, Nota Biográfica, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2004; 22(2): 121-123

A rede de investigadores OPSS não está sempre de acordo com as opiniões, mais ou menos fundamentadas, expressas em relação ao conteúdo dos Relatórios de Primavera. No entanto, não é prática do OPSS procurar diminuir ou rebatê-las. É muito mais importante estudá-las e divulgá-las, permitindo assim aos leitores que fundamentem as suas próprias opiniões.

3 - O INICIO DE UM NOVO CICLO (2005)

A partir da publicação do 5º Relatório anual de Primavera do OPSS, está iniciado um novo ciclo, com uma nova direcção. Procura-se abrir o Observatório Português dos Sistemas de Saúde à colaboração de todos aqueles têm alguma coisa a contribuir para a democratização da saúde em Portugal.

novos desafios

PARTE V

PARTE V – CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES

1. As dificuldades em fazer a “reforma da saúde” no período entre fins de 1995 e os princípios de 2002, encerram importantes lições para o futuro.

A falta de continuidade de uma linha política consistente que contasse com uma base social de apoio amplo na força política dominante naquele ciclo político, e na sociedade em geral, teve sérias consequências para a saúde dos portugueses.

Nos primeiros quatro anos definiu-se e desenvolveu-se uma política marcada pela adopção, pela primeira vez no país, de (i) uma Estratégia de Saúde (ii) um dispositivo de contratualização dos serviços de saúde (iii) uma política integrada de qualidade, (iv) regimes de remuneração associados ao desempenho (v) constituição dos primeiros hospitais-empresa, (vi) introdução de novas concepções na organização dos centros de saúde (vii) lançamento dos “cuidados continuados”.

Estas iniciativas do Ministério da Saúde, gozaram mais de “consentimento” do que de entendimento e apoio político activo, por parte das lideranças políticas da altura. Este facto teve duas consequências: lentidão nos desenvolvimentos no terreno e efectiva suspensão no ano e meio que se seguiu, contribuindo assim para o agravamento dos problemas crónicos do sistema de saúde português e o desgaste e ineficácia das “reformas” iniciadas.

2. Os três anos que se seguiram (2002-2005) trouxeram uma “agenda política alternativa”, promovendo fortemente uma maior influência dos interesses privados no sector público da saúde: propôs-se a gestão privada de todos os novos hospitais públicos, optou-se por uma modalidade extrema de empresarialização dos hospitais, próxima da privatização, animou-se o *outsourcing* de importantes actividades dos hospitais públicos para o sector privado, adoptou-se uma nova lei dos cuidados de saúde primários que permitia a gestão privada dos centros de saúde, acrescentou-se ao III Quadro Comunitário de Apoio (2000-2006) uma nova rubrica de apoio à iniciativa privada na saúde.

Esta agenda foi legitimada politicamente pelas eleições legislativas de 2002.

3. A acção governativa durante esse ciclo político (2002-2005) teve alguns aspectos claramente positivos. Foi o caso da expansão da empresarialização hospitalar, de muitas das iniciativas da Equipa de Missão dos Hospitais SA, da notável expansão na utilização dos medicamentos genéricos, da reactivação do conceito de “Estratégia de Saúde” – Plano Nacional de Saúde.

No entanto, dois aspectos foram particularmente prejudiciais à acção governativa:

- a forma pouco estudada e fundamentada, com que se implementaram algumas das principais iniciativas do Ministério da Saúde – nova legislação sobre os Centros de Saúde, a Entidade Reguladora da Saúde, as Parcerias Público-Privado, e a forma como foram lançados os hospitais SA,
- o modo precoce e pouco documentado com que se reivindicaram os sucessos destas políticas retirando credibilidade à acção governativa. Da determinação (como virtude) passou-se à necessidade de justificar resultados imediatos e êxitos invulgares, obrigando a um persistente marketing político.

Estas circunstâncias ajudaram a criar uma imagem de pouca transparência na acção governativa. O caso da “listas de espera cirúrgicas” é paradigmático.

O Ministério da Saúde anunciou, por diversas vezes, a primeira das quais em 2004, que tinha conseguido passar de uma lista de espera com um tempo médio de 6 anos para uma outra lista de espera com um tempo de espera médio de 6 meses. Confirma-se a inverosimilhança destas declarações. Nada permite validar a lista antiga dos 6 anos de tempo médio de espera e os dados recolhidos pela Auditoria do Tribunal de Contas indicam que para os 192 957 doentes em lista de espera cirúrgica (31 de Janeiro de 2005), a demora média ajustada ao volume já era naquela data de 301 dias (10 meses).

É de assinalar o pioneirismo e a utilidade da auditoria do Tribunal de Contas sobre esta matéria, pesando o contraste observado entre a seriedade das constatações descritas e a benignidade das conclusões apresentadas.

4. É ainda muito cedo para proceder a uma análise, com alguma profundidade, da actual governação da saúde. No entanto é já possível proporcionar um perfil do programa de governo, resumir o essencial das medidas tomadas nestes primeiros três meses, e identificar eventuais tendências e riscos para o futuro. Assim pode dizer-se, sucintamente, que:

- **O programa de governo para a saúde é muito consistente com o programa eleitoral do partido vencedor das últimas eleições legislativas.** Reflecte uma agenda política centrada na necessidade e importância de uma reforma profunda dos serviços públicos de saúde, dando prioridade aos cuidados de saúde primários e na importância da promoção da saúde e da gestão da doença. Para este efeito, dá continuidade ao Plano Nacional de Saúde, dando um sinal, ultimamente invulgar, de apreço por algumas das medidas da governação anterior. O Ministro da Saúde manteve também estruturas vindas do governo anterior, com a evidente intenção de não desbaratar o capital de conhecimento acumulado, mesmo com os riscos de perpetuar alguns aspectos menos positivos da sua actuação.
- **A disponibilização fora das farmácias de medicamentos que não necessitem de prescrição médica foi a medida na área da saúde que o Governo escolheu para dar relevo no dia da sua posse.** Não sendo manifestamente uma questão que possa ser considerada como prioritária no conjunto dos problemas de saúde do país, esta distinção só pode ser interpretada como um “sinal político” sobre a determinação do executivo de intervir mais decisivamente na área do medicamento. No entanto, quase três meses decorridos, o Governo não documentou ainda suficientemente a base de evidência em que sustenta a bondade desta medida.
- **A equipa do governo na saúde é constituída por pessoas muito experientes no sector, com reconhecida competência em disciplinas relevantes para a governação da saúde.** Possivelmente por esta razão o Ministério da Saúde procurou mobilizar as competências técnicas disponíveis para o apoio à governação e para a administração da saúde, sem cair, no habitual alto teor de “partidarização” das escolhas.
- **O Ministério da Saúde agiu muito rapidamente para actuar sobre aspectos essenciais da sua política:** a reinstalação da Lei de Cuidados de Saúde Primários de 1999, em prejuízo da legislação aprovada em 2003, e a

transformação dos Hospitais Sociedades Anónimas (SA) em Entidades Públicas Empresariais (EPE).

- **Na sequência do “Relatório Constâncio”, o Ministério da Saúde foi chamado também a identificar medidas destinadas a reduzir o défice público no sector da saúde.** Estas medidas dizem respeito aos medicamentos, às remunerações médicas, aos orçamentos hospitalares e aos “subsistemas de saúde” (estes dependentes de outras áreas da governação). Não se conhecem ainda detalhes sobre os fundamentos destas medidas. É importante que o Ministério de Saúde estabeleça um dispositivo de análise e consulta que facilite a eventual correcção de algumas destas decisões, à medida que se vá aprofundando o conhecimento da sua fundamentação e impacte estimado sobre os vários aspectos do sistema de saúde que venham a afectar.

No entanto, suscita desde já alguma preocupação a proposta de comparticipação nos medicamentos por parte de pessoas portadores de doenças de evolução prolongada, assim como a introdução da “prova fiscal de rendimentos” para a respectiva isenção. Poder-se-á abrir um precedente para a introdução de formas de participação financeira e socialmente injustas e administrativamente onerosas e falíveis.

É igualmente importante que estas medidas restritivas sejam devidamente integradas com as iniciativas de reforma projectadas. A percepção, mesmo que factualmente injusta, que se “corta” sem “transformar” pode ter efeitos particularmente negativos.

Neste contexto é particularmente significativo o papel de um “discurso do poder” que dê coerência e sentido às múltiplas medidas que vão sendo anunciadas e implementadas.

- **A posição do Ministério da Saúde em relação à gestão privada dos novos hospitais públicos, anunciada sobre o nome de “parceria público-privadas” pelo anterior governo e em via de implementação, não é conhecida com suficiente clareza.** Num contexto de rigor orçamental e exigência crescente de transparência, a concessão da gestão dos hospitais públicos a grupos económicos privados, por períodos de tempo que ultrapassam os 20 anos não deverá fazer-se com base nos factos consumados apressadamente pela administração anterior. **Haverá que identificar entre os compromissos assumidos (e a forma como o foram) aqueles que conflituam objectivamente com os interesses da saúde dos portugueses (compromisso maior da governação da saúde).**

5. A edição 2005 dos cenários para o futuro do OPSS, sob a forma de um esboço simplificado, é constituída deliberadamente para fazer sobressair as oportunidades e os riscos de gestão da mudança no sistema de saúde no início de um novo ciclo político.

Assim identificaram-se, no programa de governo na saúde, dois aspectos de importância crítica:

- a implementação efectiva de uma estratégia de saúde (o “**Plano Nacional de Saúde**”),
- o desenvolvimento de um conjunto de reformas nos serviços de saúde – agora com particular ênfase nos cuidados primários de saúde – que configuram aquilo que se pode designar por um “**novo serviço público**” de saúde.

6. O “Plano Nacional de Saúde” pode ter uma grande importância para a saúde dos portugueses. Permitirá, se devidamente implementado, promover, enquadrar e coordenar um vasto conjunto de acções e mobilizar os recursos e as vontades indispensáveis para este efeito.

Daqui a necessidade de desenhar com rigor e realismo um **“modelo para a implementação” do Plano Nacional de Saúde (PNS)** e de estabelecer um **forte dispositivo para a sua coordenação**, com autoridade e capacidade para promover e acompanhar uma atribuição clara de responsabilidades a nível central, regional e local.

Este dispositivo de coordenação terá que ter uma forte influência no desenho das políticas de contratualização, de qualidade e investimento em saúde, e no governo da informação de saúde e autoridade formal nos processos de monitorização das metas e indicadores do PNS.

Documentos como o PNS desgastam-se irreversivelmente se decorrer demasiado tempo entre a sua elaboração e implementação efectiva, como começa já a ser o caso. Uma análise circunstanciada das condições de implementação efectiva do PNS revelará seguramente a extrema exiguidade de meios da infra-estrutura de Saúde Pública do país, desde a Direcção Geral de Saúde até aos Centros de Saúde, passando pelos Centros Regionais de Saúde Pública. Sem um importante reforço destes meios a implementação do PNS dificilmente será uma realidade.

Não parece existir ainda um modelo suficiente de implementação do PNS. Historicamente as probabilidades de implantação de uma construção da natureza do PNS são baixas.

A replicação local do PNS, adaptada às circunstâncias e especificidades locais, é também uma importante condição de sucesso. Isso requer um novo espírito e novas competências de cooperação entre as várias estruturas da saúde no “espaço local” e entre estas e as de outros sectores económicos e sociais (os mundos do trabalho e da recreação, a escola, o mercado de bens e serviços).

No entanto os esforços de implementação do Plano Nacional de Saúde dificilmente passarão do estádio inicial se se mantiver por mais tempo **a flagrante lacuna de avaliações sistemáticas dos “Planos” e “Programas de Saúde” existentes.** É absolutamente necessário promover, desde já, uma mudança cultural neste domínio.

O OPSS apresenta um modelo com 10 dimensões específicas para a implementação do PNS, embora não seja função deste Observatório fazer política de saúde. Ao propor-se este modelo de implantação pretende-se “provocar” um debate mais intenso, prático e operacional sobre a política de saúde portuguesa.

7. A emergência de um novo serviço público de saúde é um dos grandes desafios da governação de saúde actual.

É importante acentuar e divulgar melhor este grande desafio.

Identificaram-se quatro grandes atributos para o novo serviço público da saúde:

- **qualidade da interface entre o serviço, o cidadão e a comunidade** (mais que aos modelos de gestão) , prestando atenção à promoção da saúde, ao acesso aos cuidados e à informação (**publicitação obrigatória** de indicadores sobre

tempos de espera, qualidade, segurança e eficiência), à qualidade do atendimento.

- **especial atenção à antecipação dos resultados e à sua avaliação**, numa óptica de transparência e rigor
- **liderança na inovação**, nos domínios da gestão, da comunicação e da gestão da informação e do conhecimento.
- **missão de serviço público, enquadrada por relações de contratualização e garantia de qualidade**, que promovem relações de exigência e confiança.

8. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) com a publicação do seu 5º Relatório de Primavera fecha um primeiro ciclo da sua existência (2000 a 2005) e da sua direcção. No limiar de um novo ciclo é importante fazer um balanço destes últimos 5 anos de forma a criar as condições para um novo ciclo, que colha os frutos deste período fundacional, sem deixar de se tornar diferente, original, e melhor.

Assim procurou rever aquilo que, do ponto de vistas da rede OPSS, foram as suas mais importantes contribuições para o conhecimento e divulgação dos principais atributos da governação da saúde em Portugal, resumindo a percepção de observadores qualificados e daqueles que trabalham nos serviços de saúde sobre o seu trabalho. Isto tem permitido aprofundar e explicitar os critérios de “boa prática” na análise da governação da saúde.

ANEXOS

ANEXO I – Conflitos de interesse e contributos

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

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

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenador Constantino Sakellarides	Secretariado Técnico Marta Cerqueira Filipe Rocha
Investigadores Fundadores do OPSS Ana Escoval Cipriano Justo Jorge Correia Jesuíno Jorge Simões José Luís Biscaia Manuel Schiappa Paulo Ferrinho Pedro Lopes Ferreira Suzete Gonçalves Teodoro Briz Vasco Reis Vítor Ramos	Investigadores Colaboradores Alexandra Jardim Álvaro Carvalho António Rodrigues Carla Courelas Cláudia Conceição Fernando Gomes Francisco Batel Marques João Carrasco Luís Saboga Nunes Patricia Barbosa Paulo Kuteev-Moreira Pedro Beja Afonso Victor Raposo