

**RP** RELATÓRIO DE PRIMAVERA  
**2011**  
OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

**DA**  
DEPRESSÃO  
DA CRISE

**PARA A**  
GOVERNAÇÃO  
PROSPECTIVA  
DA SAÚDE

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE  
SAÚDE OPSS

# Relatório de Primavera 2011

---

Da depressão da crise

Para a governação prospectiva da saúde

O OPSS é uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra e a Universidade de Évora



Obra patrocinada pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) e pela Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES), com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian



FUNDAÇÃO  
CALOUSTE  
GULBENKIAN

# Relatório de Primavera 2011

Observatório Português dos Sistemas de Saúde

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
Nota Introdutória .....	2
2. SISTEMA DE SAÚDE NA ACTUALIDADE – ESTUDOS SECTORIAIS.....	4
2.1 Estudos sectoriais. Breve introdução.....	5
2.2 Reforma dos cuidados de saúde primários: da mudança estrutural ao desenvolvimento organizacional .....	5
2.3 Rede nacional de cuidados continuados integrados como resposta às necessidades de cuidados dos idosos – análise da sustentabilidade .....	12
2.4 Antibióticos e Infecções hospitalares .....	20
2.5 Acesso a cuidados ambulatoriais hospitalares.....	27
2.6 A perspectiva do cidadão. Acesso aos medicamentos essenciais .....	37
3. GOVERNAÇÃO DA SAÚDE EM TEMPO DE CRISE – PRESENTE E FUTURO .....	41
3.1 Crise económica, financeira e social. Determinantes e implicações .....	42
3.1.1 Crise económica e financeira .....	43
3.1.2 Economia portuguesa .....	43
3.1.3 Mercado de trabalho e desemprego .....	45
3.1.4 Desigualdades na distribuição do rendimento e o risco de pobreza em Portugal.....	46
3.1.5 Determinantes externos da crise.....	47
3.1.6 Determinantes internos da crise .....	48
3.2 Saúde em tempos de crise. O impacte da crise na saúde. O que é possível saber sobre o tema .....	49
3.3 Resposta à crise na saúde .....	51
3.3.1 Aspectos críticos da governação da saúde em tempo de crise – modelo para uma análise prospectiva .....	52
3.3.2 As restrições orçamentais e as medidas do Ministério da Saúde.....	69
3.3.3 Acordo com UE/FMI e suas implicações.....	73
3.3.4 Cenários para o Futuro - acompanhamento prospectivo da resposta à crise..	82
3.3.5 Análise prospectiva da governação da saúde - perspectivas imediatas: preparação do orçamento 2012 .....	87

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	89
Principais conclusões.....	90
5. BIBLIOGRAFIA.....	93
ANEXOS .....	101
ANEXO 1. Anexo metodológico - Auditoria.....	102
ANEXO 2. Avaliação Interna – Matriz de Boas Práticas.....	107
ANEXO 3. Relatórios de Primavera anteriores .....	108
ANEXO 4. Colaboradores e Conflito de Interesses .....	109
ANEXO 5. Investigadores Fundadores do OPSS.....	110

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Aspectos positivos e negativos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários	6
Quadro 2. Custos Médios da RNCCI no 1º semestre de 2009	15
Quadro 3. Taxas de resistência dos microrganismos epidemiologicamente significativos nas UCI de adultos em 2009	26
Quadro 4. Especialidades hospitalares consensualizadas pelo painel Delphi	28
Quadro 5. Tempo médio de espera dos doentes que aguardam consulta, segundo as prioridades atribuídas, por região	29
Quadro 6. Percentagem de doentes atendidos dentro dos TMRG, por região	30
Quadro 7. Distribuição das consultas realizadas por especialidade médica hospitalar em estudo e por prioridade	31
Quadro 8. Comparação dos tempos médios de resposta, por especialidade e por região	31
Quadro 9. Desvios médios, em dias, relativamente aos TMRG	32
Quadro 10. Tempos máximos de resposta, por especialidade médica hospitalar, em cada ARS	32
Quadro 11. Distribuição das consultas realizadas por especialidade cirúrgica em estudo e por prioridade	33
Quadro 12. Comparação dos tempos médios de resposta, por especialidade e por região	33
Quadro 13. Desvios médios, em dias, relativamente aos TMRG	34
Quadro 14. Tempos máximos de resposta, por especialidade cirúrgica, em cada ARS	34
Quadro 15. Projecções do Banco de Portugal 2011-2012 (Tx. de variação anual em %)	45
Quadro 16. Síntese do memorando de entendimento “Troika”, 2011	79
Quadro 17. Resumo das conclusões do Conselho da Saúde da UE 6 de Junho de 2011	82
Quadro 18. Boa governação da saúde - Prospectiva, adaptativa, transparente, solidária e participada	84

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Percepção dos coordenadores das várias unidades funcionais, em relação à avaliação do processo de contratualização	8
Figura 2. Percepção dos directores executivos e dos coordenadores das várias unidades funcionais, em relação ao desenvolvimento e funcionamento dos sistemas de informação utilizados	9
Figura 3. Percepção dos directores executivos e dos coordenadores das várias unidades funcionais, quanto à quantidade de recursos humanos disponíveis	10
Figura 4. Gastos públicos em saúde e cuidados continuados em 2010 (% PIB)	13
Figura 5. Custos Médios da RNCCI no 1º semestre de 2009	16
Figura 6. Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%), Portugal, 1960-2050	21
Figura 7. Utilização de Antibióticos em ambulatório (2007 vs 2008): evolução por país	22
Figura 8. Evolução em Portugal da Utilização de Antibióticos em ambulatório: % de DDD/1000 habitantes/dia por Classes Terapêuticas (2000 a 2009) no mercado SNS	22
Figura 9. Mapa de Portugal com a utilização de antibióticos em ambulatório: DDD/1000 habitantes/dia por distrito (2000 vs 2009) no mercado SNS	23
Figura 10. Comparação entre as percentagens de conformidade com o TMRG entre os pedidos de consulta atendidos e em espera	30
Figura 11. Evolução nos TMRG nas três prioridades da consulta de gastroenterologia	32
Figura 12. Evolução nos TMRG nas três prioridades da consulta de oftalmologia	35
Figura 13. Modelo analítico prospectivo para a governação da saúde – Representação 1	53
Figura 14. Modelo analítico prospectivo para a governação da saúde – Representação 2	54
Figura 15. Leitura do documento da OCDE, "Health System Priorities when money is tight", à luz do modelo prospectivo de análise	56
Figura 16. Outros contributos internacionais para o modelo analítico prospectivo para a governação da saúde	57
Figura 17. Cenários de compromisso para orientações futuras dos sistemas de saúde	61
Figura 18. Leitura do documento da OMS, "Avaliação do desempenho do sistema de saúde português", à luz do modelo prospectivo de análise	63
Figura 19. Outros contributos nacionais para o modelo analítico prospectivo para a governação da saúde	64
Figura 20. Leitura das medidas do Ministério da Saúde à luz do modelo analítico prospectivo do OPSS	71
Figura 21. Enquadramento do Memorando de Entendimento no modelo de análise prospectiva da governação – Representação 1	81
Figura 22. Cenário 1a: Crise como oportunidade	85
Figura 23. Cenário 1b: Crise como oportunidade	85
Figura 24. Cenário 2a: Pagar cada vez mais por cada vez menos	86
Figura 25. Cenário 2b: Pagar cada vez mais por cada vez menos	86

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ARSLVT	Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ADM	Assistência na Doença aos Militares
USF - A N	Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar
APMCG	Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
DECO	Associação Portuguesa para a Defesa dos Consumidores
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
BCE	Banco Central Europeu
BdP	Banco de Portugal
CARMEN	Care and Management of Services for Older People in Europe Network
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CES	Centro de Estudos Sociais
CCI	Comissão de Controlo da Infecção
CE	Comissão Europeia
CC	Conselho Clínico
Ccom	Conselho da Comunidade
CES	Conselho Europeu de Saúde
CE	Conselho Executivo
CTH	Consulta a Tempo e Horas
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DL	Decreto-Lei
DCI	Denominação Comum Internacional
DN	Diário de Notícias
ADSE	Direção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DE	Director Executivo
DDD	Dose Diária Definida
DHD	Dose Diária Definida por 1000 Habitantes/Dia
ESAC	Employment, Social affairs and Equal Opportunities
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ETO	Equipa Técnica Operacional
ENSP-UNL	Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa
CEFAR	Estudos e Avaliação em Saúde da Associação Nacional das Farmácias
EQUIPP	Europe Quitting - European Respiratory Society
EOHSP	European Observatory on Health Systems and Policies
EU	European Union
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
FMI	Fundo Monetário Internacional
GC	Gabinete do Cidadão
GCE	Grupo de Coordenação Estratégica dos Cuidados de Saúde Primários
HAI	Health Action International
HELICS	Hospital in Europe Link for Infection Control Trought Surveillance

IRS	Imposto sobre rendimento de pessoas singulares
IACS	Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
INCS	Infecções Nosocomiais na Corrente Sanguínea
ISEG	Instituto Superior de Economia e Gestão
I&D	Investigação e Desenvolvimento
I+D+I	Investigação, Desenvolvimento e Inovação
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
ME	Memorando de Entendimento
MOU	Memorandum of Understanding / Memorando de Entendimento
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OE	Orçamento do Estado
OGE	Orçamento Geral do Estado
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ORL	Otorrinolaringologia
MPOWER	Pacote de medidas adoptadas pela Framework Convention on Tobacco Control
PEC	Plano de Estabilidade e Crescimento
PNS	Plano Nacional de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNCI	Programa Nacional de Controlo da Infecção
RN	Recém-nascido
RNEBP	Recém-nascido com peso inferior a 1000g
RNMBP	Recém-nascido com peso inferior a 1500g
RNBP	Recém-nascido de Baixo Peso
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RP	Relatório de Primavera
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SAD	Serviços Sociais das Forças Policiais
SAPSII	Simplified Acute Physiology Score
HIV-SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Vírus da Imunodeficiência Humana
SESPAS	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
MRSA	Staphylococcus aureus Meticilina - Resistente
MRSA-CA	Staphylococcus aureus Meticilina - Resistente na Comunidade
EUROSTAT	Statistical Office of the European Communities
Tx	Taxa
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantida
UE15	União Europeia dos 15
UE27	União Europeia dos 27
UAG	Unidade de Apoio à Gestão
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

UMCCI	Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
US	Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde
UN	United Nations
VE	Vigilância Epidemiológica
WHO	World Health Organization

# 1. INTRODUÇÃO

---

## Nota Introdutória

---

O OPSS, este ano, desenvolveu e fundamentou um “modelo de análise prospectiva” ... a análise da governação da saúde em Portugal tem sido essencialmente retrospectiva. ... uma melhoria substancial da qualidade da governação da saúde no país, terá que passar pela introdução de instrumentos fortemente prospectivos e adaptativos ...

---

O OPSS cumpre de novo o compromisso de apresentar anualmente um documento sobre a governação do sistema de saúde português, o Relatório de Primavera (RP), este ano intitulado, **“Da depressão da crise, para a governação prospectiva da saúde”**.

Este trabalho é apresentado num momento muito particular da vida do país.

A crise financeira e económica, mais do que um lugar-comum, tornou-se uma realidade na vida de um número crescente de pessoas através de fenómenos como a diminuição do poder de compra, o desemprego e o conseqüente risco de pobreza com tudo o que lhe está associado. A resposta à crise tornou-se o tema central de todas as discussões, de leigos a especialistas, bem como da agenda do espaço europeu. Neste contexto, Portugal tornou-se um país “intervencionado” através do que se convencionou designar como troika (i.e., Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e União Europeia) e como tal, sujeito a um conjunto de medidas que visam restabelecer a confiança dos mercados e criar as condições para que o país possa honrar os seus compromissos internacionais.

As medidas acordadas com os partidos do “arco da governação”, foram negociadas em plena crise política, com um governo demissionário e o país em clima de campanha eleitoral. As referidas medidas caracterizam-se, genericamente pela imposição de um calendário muito apertado de reformas que atingem todos os sectores de actividade e como tal, também a saúde. Esta é afectada de forma directa (através das medidas que incidem sobre o sector da saúde) e de forma indirecta, através de todas as medidas que de algum modo interfiram com a capacidade de auto-cuidado.

Apesar disso, muitas das medidas acordadas para a saúde foram bem recebidas por vários sectores e entendidas como úteis e necessárias, tendo inclusivamente sido colocada a questão: sendo tão úteis e necessárias, por que razão nunca ninguém as implementou?

Podemos dizer que tudo se irá jogar no modo como as referidas medidas são concretizadas.

É neste contexto que surge o presente RP. É também essa a razão pela qual o intitulámos desta forma. Foi ainda esta a razão que nos levou a introduzir uma alteração substantiva no formato do RP. Enquanto até aqui, o RP tinha essencialmente uma postura de análise retrospectiva, a partir do presente entendemos assumir também uma postura prospectiva. Para o efeito iniciámos o desenvolvimento de um modelo de análise prospectiva que nos permitirá enquadrar e compreender as propostas para o sector da saúde, quer sejam as da troika, do programa do governo ou as decorrentes da negociação do Orçamento Geral do Estado.

Esta perspectiva co-existirá com a análise retrospectiva, uma vez que entendemos como necessário e útil compreender como têm evoluído as diversas reformas e medidas.

Esta alteração de perspectiva assumida neste RP, insere-se num conjunto de iniciativas levadas a cabo pelo OPSS no sentido incrementar a qualidade do trabalho por nós desenvolvido e que só têm sido possíveis pelo apoio que nos tem sido dispensado pela Fundação Calouste Gulbenkian.

De entre essas iniciativas destacamos:

- Incremento das medidas de auditoria interna;
- Participação de auditores externos e independentes no processo de construção do presente RP (aos quais aproveitamos para agradecer publicamente);
- Visita de um perito internacional indicado, este ano, pelo Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (EOHSP), que procedeu à elaboração de um relatório sobre o funcionamento do OPSS.

Estas medidas visam um conjunto de boas práticas que passamos a discriminar:

- Competência, mérito e excelência reconhecida e comprovada ao nível académico para o desenvolvimento rigoroso de estudos, projectos e análises dos sistemas de saúde;
- Rede multidisciplinar;
- Independência e isenção face aos principais *stakeholders* da saúde;
- Critérios explícitos, para os conteúdos prioritários e estratégia de análise;
- Clara distinção entre “agenda política” e “*governance*”;
- Base de conhecimento clara e acessível;
- Estratégias de comunicação efectivas;
- Oportunidade para expressar desacordo relativamente aos conteúdos do relatório;
- Declaração de conflito de interesses dos investigadores;
- Financiamento diversificado;
- Avaliação interna (matriz de boas práticas).

## **2. SISTEMA DE SAÚDE NA ACTUALIDADE – ESTUDOS SECTORIAIS**

---

## **2.1 Estudos sectoriais. Breve introdução**

No seguimento do trabalho desenvolvido no ano anterior, o Relatório de Primavera 2011 acompanhou quatro grandes áreas da política de saúde, nomeadamente, a reforma dos cuidados de saúde primários, a rede nacional de cuidados continuados integrados como resposta às necessidades de cuidados dos idosos, os antibióticos e infecções e o acesso a cuidados ambulatoriais hospitalares.

A reforma dos cuidados de saúde primários continua a ser acompanhada pelo OPSS, dado assistir-se actualmente ao desenvolvimento organizacional, em contraponto à mudança estrutural, que teve lugar inicialmente. Interessa, em grande medida, conhecer os sucessos e os constrangimentos que ainda impedem uma plena concretização do novo modelo organizacional e funcional.

Os cuidados continuados integrados encontram-se, igualmente, em fase de implementação, discutindo-se o impacto que o modelo criado em 2006 tem sobre os cuidados hospitalares e sobre o sistema de saúde, na globalidade. Importa saber, essencialmente, se o modelo tem conseguido dar resposta às necessidades crescentes de saúde e de apoio social da faixa etária mais envelhecida, garantindo a sua sustentabilidade no futuro.

A análise da evolução dos padrões de utilização de antibióticos em Portugal continua a merecer grande atenção do OPSS, dado o reflexo da elevada resistência aos antibióticos e o impacto na sustentabilidade económico-financeira do sistema. O controlo das infecções, estando intimamente ligado à toma de antibióticos e ao funcionamento dos serviços é, igualmente, objecto de destaque este ano.

É dada também continuidade ao Relatório de Primavera do ano anterior, no que diz respeito ao acompanhamento das políticas de saúde referentes ao acesso a cuidados de saúde - estudo do acesso dos doentes referenciados pelos médicos de medicina geral e familiar às consultas das especialidades hospitalares. O Relatório de Primavera 2011 alarga, porém, o âmbito de observação, este ano a outras especialidades médicas e cirúrgicas.

Finalmente, procurou-se compreender o que pensam os portugueses, face ao actual momento de crise económica e, as principais dificuldades sentidas na sua capacidade para adquirir os medicamentos, particularmente os grupos mais vulneráveis (doentes crónicos, crianças e os mais idosos). Nesse processo de avaliação utilizado, fomos ouvir, aqueles que mais directamente estão ligados a esta questão: farmacêuticos, médicos e cidadãos, doentes. Parte das suas respostas são aqui transcritas.

## **2.2 Reforma dos cuidados de saúde primários: da mudança estrutural ao desenvolvimento organizacional**

---

**“As transformações estruturantes da reforma dos CSP estão todas feitas, excepto uma. Falta aos ACES a adequada autonomia de gestão.”**

**Ramos, V., 2011**

---

Em 2010, o processo de reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), iniciado em 2005, entrou numa segunda etapa de desenvolvimento, concluída que estava a fase de delineamento, arranque e implementação das suas vertentes e componentes essenciais.

No entanto, as transformações estruturais que esta reforma preconiza estão ainda incompletas. O Quadro 1 destaca alguns dos aspectos positivos e negativos que ressaltam deste processo.

### Quadro 1. Aspectos positivos e negativos da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Aspectos Positivos
• Número de profissionais de saúde envolvidos (5.755);
• Ganhos de cobertura da população (472.800 novos utentes);
• Maturidade e espírito crítico dos profissionais;
• Melhoria dos cuidados de saúde prestados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde;</li> <li>- Ganhos de eficiência e efectividade;</li> <li>- Satisfação dos utilizadores e profissionais com o modelo organizacional USF;</li> </ul>
• Desenvolvimento de processos de governação clínica e da saúde;
• Início da actividade das UCC;
• Formalização dos Conselhos da Comunidade nos ACES;
• Projectos de investigação em serviços de saúde nos CSP;
• Desenvolvimento de conceitos, metodologias e instrumentos, com apoio multiprofissional, por grupos técnicos do GCE.
Aspectos Negativos
▪ Lacunas e insuficiências do sistema de informação: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Largura de banda insuficiente;</li> <li>- Inexistência de um modelo de gestão do parque informático;</li> <li>- Falta de interoperabilidade entre as novas aplicações informáticas e as já existentes;</li> <li>- Ausência de um plano de contingência relativo a <i>backups</i> dos sistemas de informação;</li> </ul>
• Desenvolvimento insuficiente dos módulos de gestão de informação;
• Desigualdades qualitativas da contratualização a nível regional;
• Falta de autonomia dos ACES em consequência do aumento da centralização de gestão snas ARS;
• Ausência de um modelo de financiamento explícito e responsabilizante;
• Incapacidade de resolução dos problemas da mobilidade de recursos humanos;
• Manutenção de vínculos laborais precários (nomeadamente enfermagem e assistentes técnicos);
• Pouca incorporação da Administração Pública dos exemplos de inovação e transformação da reforma dos CSP.

Nos meses de Junho e Julho de 2010, período seguinte à publicação do último Relatório de Primavera – *Desafios em tempo de crise* – e início do período agora em análise, destaca-se a definição das prioridades para o período de 2010-2011: (1) descentralização da gestão para os ACES; (2) primeiros passos da avaliação de desempenho dos dirigentes; (3) sistema de informação; (4) recrutamento adequado e mobilidade dos profissionais; (5) apoio e contratualização; (6) sistema de qualidade; e (7) governação clínica e de saúde (Portugal, GCE, 2010).

## **Unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde**

---

**“Durante o corrente ano vai ser dado um novo impulso na organização e funcionamento de todas as outras unidades funcionais, que não as USF.”**

**Ana Jorge, Tempo Medicina, 18 de Março de 2011**

---

No que respeita às unidades de saúde familiar (USF), continua-se a observar a criação de novas equipas embora, como seria de esperar, a um ritmo mais lento do que anteriormente. Até ao dia 30 de Maio de 2011, segundo o sítio [www.csp.min-saude.pt](http://www.csp.min-saude.pt), tinham entrado 481 candidaturas, 30 estavam em avaliação pelas Equipas Técnicas Operacionais (ETO), 19 aguardavam a aprovação pelas ARS e estando em actividade 294, envolvendo 5.798 profissionais e correspondiam a um ganho de cobertura de 479.185 utentes e a cerca de 30% do total da oferta de cuidados. Este último valor pode ser considerado excelente pois supera os 20% teoricamente esperados de inovadores espontâneos em processos de mudança em sistemas complexos.

Parece-nos, no entanto, para o futuro, haver necessidade de se pensar em desenhos diferentes para estas unidades de modo a melhor se adaptarem ao contexto populacional e geográficos de muitos ACES, em especial os de meio rural.

Relativamente às unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), é ainda necessário disciplinar a sua organização e funcionamento, prioridade reconhecida pelo Ministério da Saúde desde 2008. Na medida em que o conceito e a metodologia das UCSP carecem actualmente de suporte legal para além do existente no Decreto-Lei nº. 28/2008, de 22 de Fevereiro, torna-se importante a definição de um enquadramento comum de organização e funcionamento de forma a possibilitar que estas unidades possam alcançar resultados tão próximos quanto possível dos que se atingiram com as USF.

Quanto às unidades de cuidados na comunidade (UCC), às unidades de saúde pública (USP) e às unidades de recursos assistenciais partilhados (URAP) tem-se assistido à criação de equipas coesas e, em geral, com forte liderança e empenho. Há, no entanto, ainda a necessidade do desenvolvimento de indicadores de desempenho para o processo de contratualização, assim como, da criação de módulos informáticos a serem integrados nos sistemas de informação das unidades e do investimento em recursos humanos e materiais, para além de formação.

## **Governança integrada, gestão e unidades de apoio**

Os conselhos clínicos (CC) têm como principal tarefa a implementação e a manutenção da governação clínica. Em alguns ACES, esta sua missão tem sido, de algum modo, prejudicada pela impossibilidade dos seus elementos, em especial do seu Presidente, de se dedicar a tempo inteiro a estas funções. Sendo a governação clínica um aspecto vital dos ACES desta reforma, sentimos grande preocupação pela falta de investimento efectivo nesta área.

Nas unidades de apoio à gestão (UAG), apesar de se assistir a algum trabalho inovador, sente-se, no entanto, que há uma necessidade de melhor formação de competências específicas e de resolução de algumas situações de precariedade, nomeadamente a extensa

utilização de estagiários sem garantias de continuidade e a ocupação de profissionais em tempo parcial.

Estes défices produzem consequências imediatas na implementação da contratualização, nomeadamente a interna entre os órgãos de gestões dos ACES e as respectivas unidades funcionais, um dos temas mais discutidos pelos profissionais envolvidos na reforma.

---

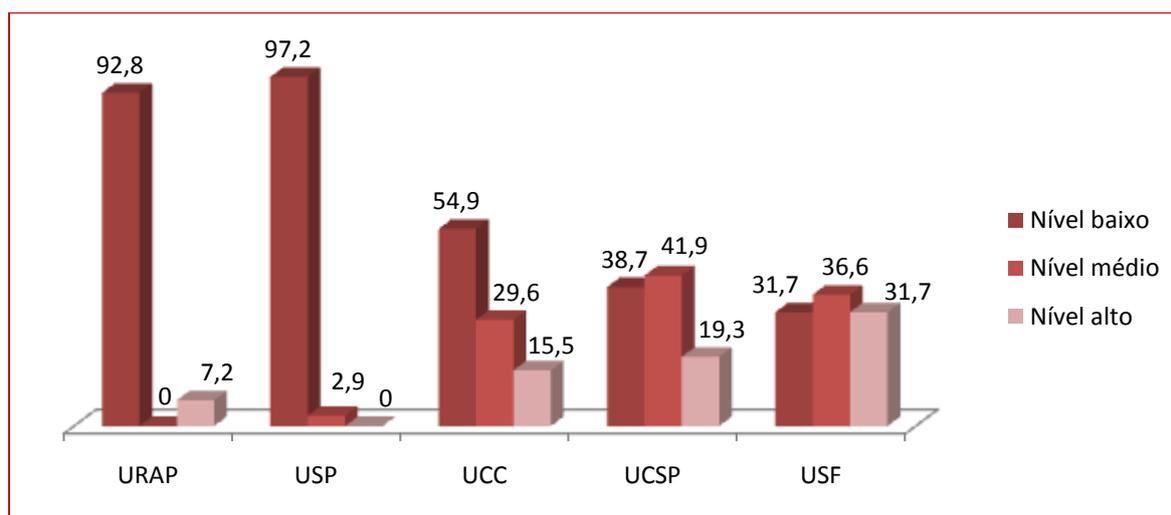
**“A Contratualização é um eixo fundamental da Reforma dos CSP (Cuidados de Saúde Primários), que tem progredido significativamente nos últimos anos mas que sofre ainda de importantes constrangimentos.”**

---

**Comunicado oficial da USF – AN, 15 de Abril de 2011**

---

Num estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública, em parceria com o Grupo de Coordenação Estratégica, solicitou-se a todos os coordenadores das unidades funcionais a sua percepção quanto à avaliação que fazem do processo de contratualização, visto como um processo interno (entre o ACES e as unidades funcionais). De acordo com resultados (Figura 1), nas USF parece ter havido alguma evolução, em relação à forma como este processo decorre, embora esteja ainda longe do que seria considerado ideal.



**Figura 1. Percepção dos coordenadores das várias unidades funcionais, em relação à avaliação do processo de contratualização**

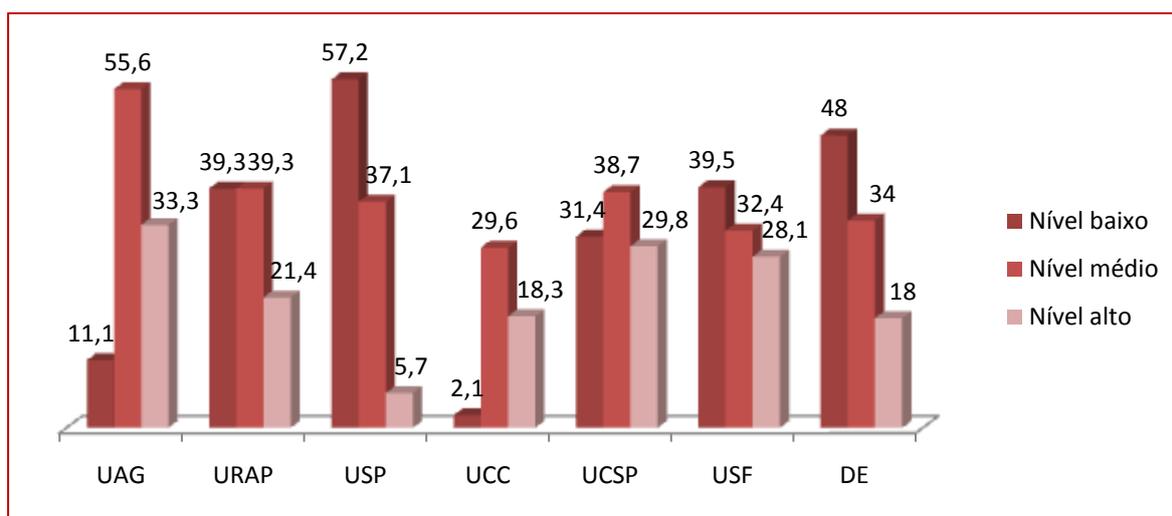
Fonte: [www.csp.min-saude.pt](http://www.csp.min-saude.pt)

Aos directores executivos dos ACES, a pergunta foi colocada em relação ao processo de contratualização interna (com as unidades funcionais) e externa (com as ARS). No que respeita ao processo interno, 14% dos directores executivos atribuiu um nível baixo, 30% um nível médio e 56% um nível alto. Na contratualização externa, 24% classificou o seu desenvolvimento como baixo, 40% como médio e 36% como alto.

Um outro aspecto que tem sido apontado como constrangimento à mudança organizacional é a situação em que se encontram os sistemas de informação. Para ajudar a solucionar este problema foi recentemente criado, pela Coordenação Estratégica, um grupo de trabalho com os objectivos de (1) aprofundar e explicitar orientações para o desenvolvimento integrado dos

sistemas da informação para os CSP; (2) delinear orientações específicas para o desenvolvimento do sistema de informação para a gestão integrada dos ACES (governança clínica e de saúde, gestão do desempenho organizacional e gestão de recursos); e (3) delinear orientações específicas para o desenvolvimento de subsistemas de informação para a monitorização e gestão do desempenho das diferentes unidades funcionais (USF, UCSP, UCC, USP, URAP) centradas nas unidades informacionais essenciais.

Também a perspectiva dos responsáveis de unidades funcionais ou de órgãos de gestão inquiridos, em relação aos sistemas de informação, variou de acordo com o grupo de respondentes (Figura 2).



**Figura 2. Percepção dos directores executivos e dos coordenadores das várias unidades funcionais, em relação ao desenvolvimento e funcionamento dos sistemas de informação utilizados**

Fonte: [www.csp.min-saude.pt](http://www.csp.min-saude.pt)

Para além destes aspectos é frequentemente sentida a necessidade de substituição de equipamento informático obsoleto, o aumento da velocidade de transmissão de dados (largura de banda) e a necessidade de uma mais fácil extracção dos dados e correspondente relação entre variáveis.

### **Envolvimento dos cidadãos**

De entre as funções atribuídas ao gabinete do cidadão (GC) destacam-se as de consulta, em especial a análise das reclamações, exposições e sugestões dos cidadãos e a monitorização da satisfação destes em relação aos cuidados de saúde prestados. De uma forma geral, trata-se de estruturas com uma forte motivação, embora seja sentida a escassez de recursos humanos, em especial administrativos, de apoio jurídico e técnicos de serviço social.

Já o conselho da comunidade (CCom) permite a participação do cidadão quer através de representantes da comunidade quer pelo representante das associações de utentes e do representante do hospital de referência. Embora as primeiras reuniões destes conselhos tenham tido um papel importante na sensibilização de actores normalmente fora da esfera da

saúde, as escolhas dos seus participantes, a sua motivação e a dispersão geográfica de alguns ACES têm condicionado o seu desempenho.

Numa recente análise a nível nacional efectuada pelo Centro de Estudos Sociais (CES) e pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) sobre a implementação e composição destes CCom foi possível questionar directores executivos sobre aspectos relativos ao seu funcionamento, composição e avaliação. Concluiu-se que a maior parte dos CCom está em funcionamento, embora seja ainda limitada a avaliação da sua actividade. As barreiras identificadas no processo de implementação e desenvolvimento destes Conselhos foram, essencialmente, a inércia das entidades na nomeação dos seus representantes, a dispersão geográfica entre os elementos constituintes, a disponibilidade limitada para o cargo, a influência excessiva das autarquias e interesses corporativos dos representantes.

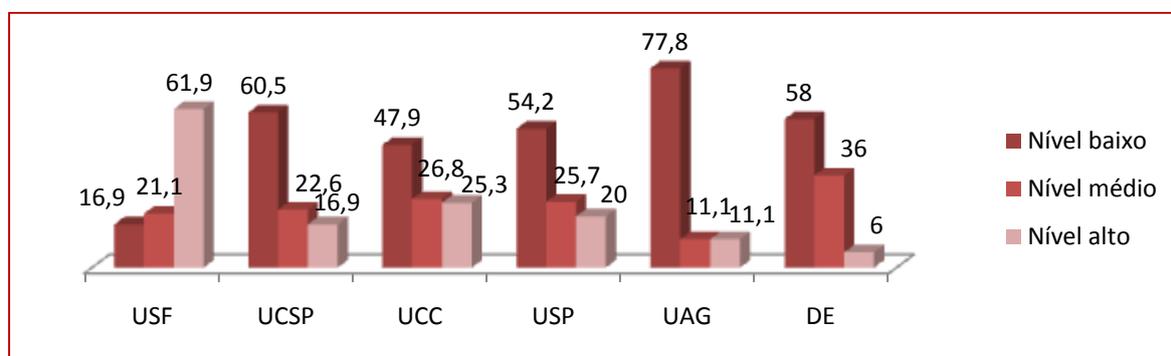
### Recursos humanos

**"A política de recursos humanos nos cuidados de saúde primários vai ser um dos temas "quentes" (...) Deputados de todos os partidos com assento na Assembleia da República (...) em conjunto com os dirigentes da APMCG e médicos de família de todas as regiões do país, debatem um problema que ameaça os CSP, a Medicina Familiar, os utentes e, em definitiva, toda a sociedade portuguesa."**

**Jornal Médico de Família, 28 de Fevereiro de 2011**

No que diz respeito aos recursos humanos, é geralmente sentida pelos profissionais dos ACES a necessidade de uma maior atenção do Ministério da Saúde para com o mapa do pessoal adstrito a cada agrupamento e pelo facto de alguns serviços essenciais ao seu desempenho continuarem a ser realizados por profissionais a tempo parcial ou em situação laboral precária.

Estes aspectos foram confirmados pelo estudo da ENSP atrás referido. De facto, no que respeita à quantidade de recursos humanos, a situação cuja avaliação é mais negativa é a das UAG, seguida das UCSP. O grupo cujas respostas parecem indicar uma situação ligeiramente mais positiva, apesar de ainda não ser a ideal, é o dos coordenadores de USF (Figura 3).



**Figura 3. Percepção dos directores executivos e dos coordenadores das várias unidades funcionais, quanto à quantidade de recursos humanos disponíveis**

Fonte: [www.csp.min-saude.pt](http://www.csp.min-saude.pt)

## **Autonomia**

Quer em relação aos aspectos abordados anteriormente quer em relação a outros factores determinantes para o sucesso da reforma, apesar dos enormes avanços alcançados, muito há ainda a fazer no sentido de um desenvolvimento organizacional dos CSP. É o caso da autonomia de gestão dos ACES, sendo, para isso, fundamental que o desenvolvimento organizacional dos CSP permaneça na agenda política e que não se assista a uma estagnação dos sucessos até agora alcançados.

De um estudo realizado em Fevereiro de 2011 da iniciativa da Associação Nacional das USF observou-se que, de uma forma geral, os regulamentos internos dos ACES não haviam sido realizados e publicados (73,9%); 78,3% referiram que não tinham sido criadas todas as unidades funcionais bem como designados e publicados os respectivos coordenadores; 93,5% indicaram que o conselho executivo (CE) ainda não tinha aprovado, em 2010, os planos plurianuais e anuais das unidades funcionais dos ACES e respectivas dotações orçamentais e o CC não havia dado parecer prévio sobre os mesmos. (USF-AN, Associação Nacional das USF 2011a).

Perante os resultados obtidos, consideramos prioritário, nesta fase, incentivar a definição de modelos para apoio à decisão e um quadro de referência para o desempenho dos ACES, enquanto serviços com autonomia administrativa, para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada local e comunidade. É, portanto, necessário, para terminar efectivamente o processo de reforma e dar início ao desenvolvimento organizacional dos CSP, dotar os ACES de verdadeira autonomia financeira e de gestão – só assim terminará a fase de mudança estrutural, em curso desde 2005.

## **Conclusões**

A reforma dos CSP continua a ser um “acontecimento excepcional”, quer no panorama da saúde quer no da administração pública portuguesa, conjugando princípios de descentralização, auto-organização e responsabilização face aos resultados alcançados. Tem desempenhado um papel fundamental no aumento da acessibilidade aos cuidados de saúde pelos cidadãos, na melhoria da qualidade e do desempenho e na sustentabilidade financeira do SNS. Em 2009, apesar de alguma diminuição dos encargos com recursos humanos, os resultados desta reforma evidenciaram uma diminuição dos custos de €120.000.000 e um valor dos incentivos dos profissionais que não ultrapassou os 10% deste montante (USF-NA, Associação Nacional das USF, 2011b).

A comprovada eficiência e eficácia das USF, que deriva de uma utilização racional dos recursos e de um maior controlo dos custos, foi igualmente reconhecida pelo Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, assinado pelo Governo e pela Comissão Europeia a 17 de Maio de 2011, na medida em que torna patente a necessidade de se constituírem mais USF.

A contratualização é tida como um eixo fundamental da actual reforma dos CSP. Este processo tem progredido significativamente nos últimos anos mas sofre ainda de importantes constrangimentos e transformações. Parecem existir i) disparidades e deficiências nos processos de contratualização, por não existir diferenciação em relação ao contexto

geodemográfico e a outras características e singularidades que possam existir entre unidades; ii) imposição arbitrária de valores das metas, em alguns casos (USF-AN, Associação Nacional das USF, 2011a); iii) inexistência ou insuficiência de instrumentos informáticos que permitam a monitorização permanente do desempenho das equipas (Portugal, MS, ARS, 2010a, 2010b, 2010c; Portugal, MS, GCE, 2011).

Um dos principais obstáculos à melhor e mais rápida concretização da reforma está na questão dos recursos humanos:

- No que diz respeito aos médicos, isso relaciona-se com a falta de uma política de recursos humanos no passado;
- No que diz respeito à integração de um maior número de enfermeiros e à relativa precariedade do estatuto de outras profissões, deve-se às limitações das políticas de recursos humanos mais recentemente;
- Convém acrescentar que uma política de recursos humanos não pode ser feita só no Ministério da Saúde – terá que ser sempre um exercício transversal com as Finanças e a Administração Pública (e isso nunca foi conseguido até agora).

O desfasamento entre os avanços na reforma dos CSP e a não-reforma dos hospitais e dos serviços centrais e regionais do Ministério da Saúde e dos instrumentos de governação que veiculam, constitui também um dos principais obstáculos à mais célere concretização da reforma.

### **2.3 Rede nacional de cuidados continuados integrados como resposta às necessidades de cuidados dos idosos – análise da sustentabilidade**

---

**O envelhecimento populacional, com todos os factores que lhe estão associados (e.g., índice de dependência dos idosos, diminuição da funcionalidade, aumento da necessidade de cuidados), exigirá, nas próximas décadas, um acréscimo de recursos que desafiará a sustentabilidade financeira da RNCCI, em particular, mas também do SNS e do sistema de protecção social na sua globalidade.**

---

#### **Enquadramento**

De acordo com os dados disponíveis, Portugal é um país em acelerado processo de envelhecimento, o que resulta da co-ocorrência de dois fenómenos: o aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de fecundidade e conseqüentemente da natalidade (UN, 2009), que se traduz por uma acentuada inversão da pirâmide etária.

Este aumento da proporção da população idosa, a que está normalmente associada uma redução da funcionalidade, remete para um acelerado processo de envelhecimento e confronta-nos com a necessidade de afectação de recursos adicionais, em número e diversidade, que permitam colmatar adequadamente as múltiplas carências deste grupo populacional. Isto porque importa, não só responder às tendencialmente crescentes necessidades em saúde associadas ao envelhecimento, mas também promover a autonomia nas actividades de vida diária e a participação activa na sociedade, encarando a pessoa idosa numa perspectiva biopsicosocial.

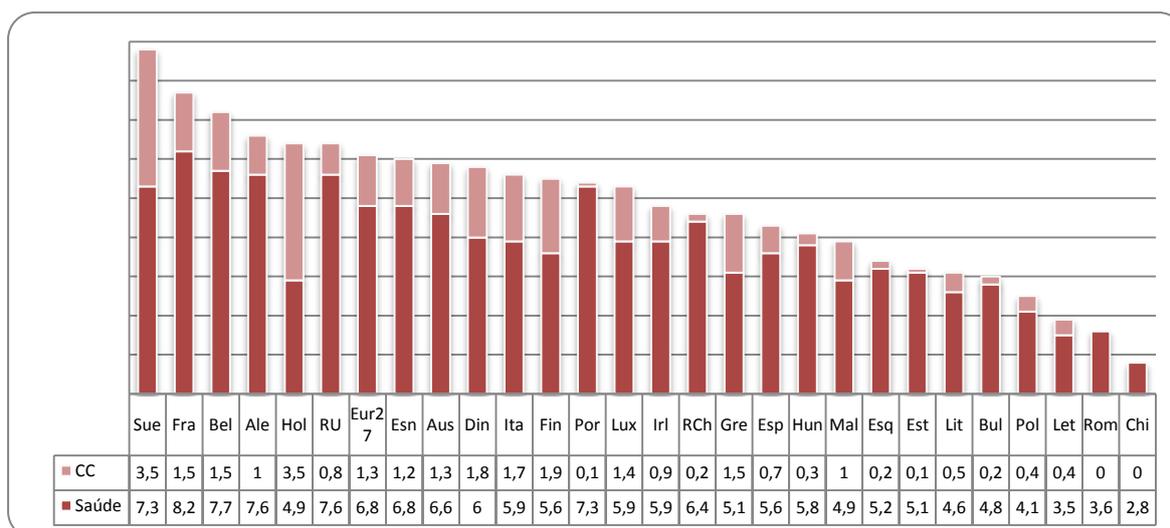
O *mix* de respostas a estas necessidades depende de diversos factores (e.g., organização social e familiar, participação das mulheres no mercado de trabalho, organização do sistema de saúde e de apoio social), sendo certo que o valor que a sociedade atribui aos mais velhos determina fortemente o nível de desenvolvimento e modo de funcionamento das respostas existentes.

De acordo com a OCDE os gastos que os países direccionam para os cuidados com idosos dependentes vai duplicar e, talvez, até triplicar, até 2050 (OCDE, 2005). Segundo aquela organização, é preciso melhorar a gestão do atendimento e os cuidados disponibilizados aos idosos, pois há uma expectativa de que a população de 80 anos ou mais passe dos actuais 4% da população total dos países-membros para 10% até 2050.

**É, assim, inegável que à conquista do aumento da esperança média de vida estão associados custos adicionais, decorrentes do envelhecimento da população. As projecções da Comissão Europeia (2009), que nos custos do envelhecimento inclui as pensões, os cuidados de saúde, os cuidados continuados, a educação e o desemprego, prevêem um agravamento progressivo da despesa pública relacionada com o envelhecimento populacional, principalmente nas pensões, nos cuidados de saúde e nos cuidados continuados. Nestes últimos, as projecções indicam que a despesa atingirá os 0,2% do PIB, em 2050.**

European Commission, 2009a)

Porém, verifica-se que Portugal, que ocupa o meio da tabela no que concerne à percentagem de PIB afecto à saúde, quando comparado com os restantes países, sobretudo os mais desenvolvidos, atribui uma pequeníssima e quase inexpressiva percentagem desses gastos aos cuidados continuados (Figura 4).



**Figura 4. Gastos públicos em saúde e cuidados continuados em 2010 (% PIB)**

Fonte: European Commission (2009)

De sublinhar que a análise destes custos deve ser efectuada à luz dos ganhos que lhes são inerentes, nomeadamente no que respeita ao incremento do total de anos de vida saudáveis e à sustentabilidade e coesão sociais.

Para responder a este desiderato as diversas sociedades têm vindo a organizar-se de diferentes modos. Na grande maioria dos países, o conjunto de cuidados orientados para o envelhecimento inserem-se no que se convencionou designar como cuidados de longa duração (*Long Term Care*). Em Portugal, foi adoptada a designação de Cuidados Continuados Integrados, ainda que conceptualmente mais abrangente, tendo sido criada uma Rede, que se assumiu como mais um nível de cuidados. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrado (RNCCI), dirigida a pessoas em situação de dependência, presta cuidados a uma população maioritariamente de idosos (79.9% dos utentes que lhe foram referenciados em 2010 tinham mais de 65 anos, sendo que 40.3% tem mais de 80 anos) (Portugal, MS, UMCCI, 2011).

### **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – breve caracterização**

A RNCCI foi criada pelo Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho, que define um novo modelo organizacional, situado num nível intermédio de cuidados e serviços de saúde e de apoio social, que se pretendem integrados. Esta Rede surgiu para dar resposta às crescentes necessidades de saúde e de apoio social, decorrentes sobretudo do envelhecimento progressivo da população, procurando assim minimizar, sempre que possível e adequado, o recurso ou permanência prolongada no hospital, por falta de respostas alternativas.

A Rede é coordenada a dois níveis, regional e local, e baseia-se num modelo de intervenção integrada e articulada, concretizado por "*unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social e de cuidados e acções paliativas*". Está centrada nos serviços comunitários de proximidade e abrange os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais (Decreto-Lei 101/2006, de 6 de Junho).

O planeamento estratégico da RNCCI assenta num modelo de desenvolvimento territorial evolutivo, a implementar num período de dez anos e ao longo de três fases. A primeira fase (2006 e 2009) incluía experiências piloto e pretendia alcançar 30% de cobertura. A segunda fase (2009 a 2012) visa atingir 60% de cobertura e na terceira e última fase (2013-2016) pretende alcançar os 100% de cobertura (Portugal, MS, UMCCI, 2009).

### **Financiamento e sustentabilidade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**

O financiamento da RNCCI é essencialmente assegurado pelo Orçamento de Estado. Para este efeito específico, são cativadas verbas dos jogos sociais, explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, que são divididas pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social (34,8%) e da Saúde 16,6% (Decreto-Lei n.º 56/2006). Por último é ainda financiado pela participação dos utentes e/ou agregados familiares na medida dos seus rendimentos. Assim, o financiamento das equipas e unidades da rede obedece ao princípio da diversificação das fontes de financiamento e da adequação selectiva (Artigo 46º do DL 101/2006).

As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados integrados são da responsabilidade dos sectores da saúde e da segurança social, em função da natureza dos cuidados prestados. As restantes tipologias são integralmente da responsabilidade do Ministério da Saúde (Artigo 47º do DL 101/2006).

O modelo de gestão e organização da RNCCI "...incorpora elementos de inovação essenciais no funcionamento de uma administração pública considerada como "moderna" [...] sendo exemplos os instrumentos de gestão e planeamento utilizados" (Costa, 2010).

### **Custos da RNCCI**

Apesar de, com a criação e completa implementação da Rede, se prever a redução dos custos associados ao envelhecimento da população, sobretudo ao nível hospitalar, considera-se relevante verificar como decorreu a execução financeira dos anos 2009 e 2010 (Quadros 2 e 3). De acordo com os Relatórios da UMCCI, observa-se que o orçamento teve um acréscimo de 12,1% de um ano para o outro, o que se deveu totalmente a custos de funcionamento (27,8%), verificando-se uma redução de 18,1% no orçamento de investimento.

Constata-se ainda uma melhoria generalizada nas taxas de execução, sendo ao nível do financiamento que se atingiram as taxas mais modestas em 2010 (78,44%).

Na análise destes dois anos consecutivos destaca-se uma desaceleração dos valores associados a investimento e um acréscimo substantivo dos custos de funcionamento, que decorre de um aumento de cerca *de 26% de utentes assistidos* (Portugal, MS, UMCCI, 2011).

Considerando que a Rede ainda continua em expansão e que algumas tipologias têm taxas de utilização baixas (e.g., ECCI), é expectável que os custos de funcionamento continuem a aumentar.

Nesta análise, devem ser também considerados os custos médios da RNCCI em cada uma das diversas tipologias, pelo que se apresentam em seguida os dados relativos ao primeiro semestre de 2009.

#### **Quadro 2. Custos Médios da RNCCI no 1º semestre de 2009**

<b>Custo médio:</b>	<b>Custo médio (euros)</b>
Por utente referenciado	187
Por utente com condições de ingresso	318
Diário da RNCCI (Custo Acção 2/nº de dias do 1º trimestre) <sup>1</sup>	237.941
De um utente tratado numa unidade prestadora da RNCCI	3.353
De um utente assistido numa ECCI (Custo Acção 2/nº de utentes assistidos numa ECCI)	1.732
Mensal de uma cama de internamento na RNCCI	2.189
Mensal de um lugar domiciliário na RNCCI	216
Diário de uma cama de internamento na RNCCI	82

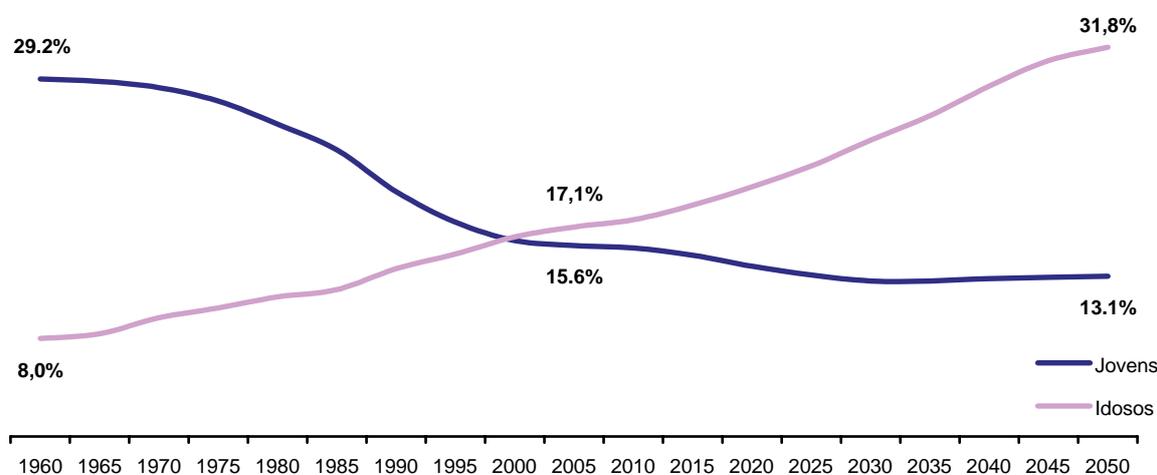
Fonte: Portugal. MS, UMCCI, 2009

<sup>1</sup> Esta acção corresponde à prestação de cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social adequados aos utentes da RNCCI pelas diferentes unidades prestadoras e ECCI.

Desta tabela de destacar ainda que “o custo real médio diário” apurado na RNCCI durante o 1º semestre de 2009 foi de 82 euros, menor que o custo diário médio hospitalar, apurado em 403 euros no ano 2008” (Costa, 2010). É também patente um menor custo médio dos utentes assistidos pelas ECCI, sendo certo que importa apurar, por comparação com o internamento, os recursos que lhes estão afectos, numa perspectiva de interdisciplinaridade, que é um dos princípios fundamentais da Rede.

De referir ainda que, se o dia de uma cama de internamento na RNCCI tem um custo médio de €82 e o custo médio de um dia na RNCCI é de €237.941, os custos associados à referência e controlo são exacerbados face aos da prestação, o que importa analisar detalhadamente no sentido da posterior implementação das correcções necessárias.

Todavia, a maior pressão sobre o aumento dos custos advirá da acentuação do fenómeno de envelhecimento. De acordo com algumas projecções (e.g., Gonçalves e Carrilho, 2007), é expectável que em 2050 a percentagem de idosos seja de cerca de 32%. Por sua vez a percentagem de jovens será de cerca de 13%, o que originará uma dupla pressão: por um lado um aumento percentual do número de idosos onera os custos com os cuidados, por outro, uma diminuição do número de jovens, que se traduz na redução do número total de pessoas em idade activa e a contribuir para a segurança social, invocando-se assim questões de sustentabilidade potencial.



**Figura 5. Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%), Portugal, 1960-2050**

Fonte: Gonçalves e Carrilho, 2007

### **Análise Crítica**

Face ao exposto, pode ser analisado um conjunto de variáveis que designamos como “Determinantes da oferta” e “Variáveis de eficácia do Sistema”.

## **Determinantes da oferta**

### **Evolução dos custos unitários**

Num sistema em desenvolvimento, como a RNCCI, existe a possibilidade de se tirar partido de economias de escala, designadamente ao nível dos custos de organização, administrativos (monitorização e controlo) e de formação. Sendo este um sector de mão-de-obra relativamente intensiva, são também possíveis ganhos de produtividade. O recurso a tecnologias de informação e comunicação (e.g., sistemas de *eHealth*, *telecare*) podem reduzir, por exemplo, os custos das equipas de apoio domiciliário em algumas situações que devem ser devidamente caracterizadas. Por outro lado, comparando os custos unitários por tipologia de prestação de CC (Quadro 2) são evidentes os ganhos financeiros, da passagem de cuidados institucionais para cuidados domiciliários, nos casos em que tal se afigure viável. As estimativas da Comissão Europeia, sugerem que a institucionalização aumente os gastos em média na UE (EC, 2008) em cerca de duas vezes e meia mais que o aumento decorrente da passagem para cuidados formais no domicílio. Por sua vez, a OCDE (OCDE, 2011) diz-nos que cerca de 70% das pessoas dependentes recebem cuidados no seu próprio domicílio, o que é menos oneroso que o cuidado em instituições que, mesmo menos utilizadas, absorvem 62% dos gastos totais. Por fim, uma questão fundamental na eficiência do sistema e na correcção de distorções é a contratualização. Actualmente, o pagamento aos prestadores é efectuado em função de um valor diário, o que pode provocar distorções dificilmente controláveis. Assim, seria desejável que se desenvolvesse um tarifário assente, por exemplo, em tipos de dependência homogêneos, eventualmente baseados em níveis de funcionalidade.

### **Variáveis de eficácia do Sistema**

O *Mutual Information System on Social Protection* determinou, em conjunto com a Comissão Europeia, os três elementos chave de um modelo de cuidados de longa duração, que, independentemente da idade, considera designadamente a escolha, qualidade e integração/coordenação de cuidados, de forma a assegurar o acesso, a qualidade e a sustentabilidade (European Commission, 2009). É, por este motivo, indiscutível a validade da integração de respostas que é potenciada por uma estrutura em rede, como é o caso da RNCCI.

O combate à fragmentação dos serviços é uma das grandes preocupações no panorama internacional, pelo que a promoção do *continuum* dos cuidados tem vindo a constituir uma questão central na definição das novas políticas de saúde em muitos países.

Estes programas correspondem, aliás, às recomendações para a integração de cuidados dirigidos às pessoas idosas, emitidas pelo projeto, financiado pela Comissão Europeia, designado *Care and Management of Services for Older People in Europe Network* (CARMEN). As recomendações centram-se, pois, na delegação de responsabilidades, na integração entre os sistemas formais e informais, no poder de escolha do utilizador, na complementaridade de serviços e em sistemas de regulação (Nies, H., 2004).

Importa, no entanto, compreender se a RNCCI está a conseguir dar resposta às necessidades de cuidados continuados integrados, de forma sustentada e sustentável, sendo que, nesta medida, é conveniente analisar vários aspectos.

Em primeiro lugar, é necessário avaliar o impacto da implementação da RNCCI no sistema de saúde português, mais precisamente, no consumo de recursos hospitalares e na demora média hospitalar. Deverá ser também questionado se a RNCCI está a conseguir retirar doentes da rede hospitalar, prestando-lhes cuidados continuados em estruturas mais adequadas à sua condição de saúde. Para que este desvio do fluxo do doente seja bem sucedido, é necessário promover a referência atempada ao nível dos Cuidados de Saúde Primários e simultaneamente garantir a agilidade da Rede e celeridade na resposta ao nível dos interfaces e dos canais de comunicação entre os diferentes níveis de cuidados.

Segundo Costa (2010) alguns indicadores sugerem tendências, todavia, "(...) existe uma margem considerável de poupança e potencial para a libertação de camas hospitalares no sistema através do aumento do volume de referências para a RNCCI e com maior precocidade, de utentes subsidiários de CCI assistidos em Hospitais" (p. 47). Contudo, num estudo realizado pela ENSP-UNL. (PORTUGAL, MS, UMCCI, 2010), refere-se que os tempos de resposta para admissão na RNCCI são "*bastante elevados*". Esta evidência é reconhecida pela UMCCI (PORTUGAL, MS, UMCCI, 2011), quando se constata que o tempo entre a data hospitalar e de sinalização deveria ser de 48h e a mais baixa é de 6,1 dias. Em algumas regiões (e.g., Alentejo e LVT) esse tempo aumentou de 2009 para 2010 e, a sinalização do utente é "cerca de 14 e 18 vezes mais" (p.37) que o definido como desejável (48horas). Todavia, desde 2010, é referida a necessidade de tornar mais eficiente o sistema de referência de utentes para a RNCCI e de melhoria da articulação entre níveis de cuidados (Costa, 2010).

O acima exposto poderá ser sinalizador de algumas questões ao nível do funcionamento da Rede, que se traduzem em constrangimentos a ultrapassar ao nível dos processos.

É interessante, também, perceber a evolução de redes semelhantes à RNCCI, como é o caso da rede "socio-sanitária" e de saúde mental da Catalunha, onde se verifica um impacto positivo (redução de 60% no peso assistencial no sistema de saúde catalão, nas patologias com maior prevalência, nos internamentos de média e longa duração). De acordo com um estudo catalão, se não existisse a alternativa do internamento *socio-sanitário*, o impacto nos hospitais de agudos representariam um aumento até 60% da demora média destes hospitais (Espanha, Conseil de Sector d'atenció Socio-sanitària, Unió Catalana d'Hospitals, 2010). Alguns outros estudos sugerem o apoio à domiciliacão dos cuidados (Leichsenring, k., 2004), objectivo que tem sido designado como «*ageing in place*» (OECD, 2005). A OCDE (OCDE, 2005 e OCDE, 2011) tem atribuído a estas novas abordagens o aumento significativo da cobertura e do acesso, na área dos cuidados continuados.

## **Conclusão/Recomendações**

O modelo de financiamento adoptado para a RNCCI assume características inovadoras na medida em que envolve uma razoável diversidade de fontes que se complementam. No entanto, este modelo de financiamento tem de ser preparado para responder ao previsível e contínuo aumento dos custos, porque a cobertura ainda não é total, logo a Rede continuará em expansão. Todavia, a maior pressão dos custos advirá da progressão do fenómeno do envelhecimento populacional. Num momento em que a crise económica e financeira é uma preocupação absoluta e que se questiona a sustentabilidade da Segurança Social, as medidas de austeridade poderão ter repercussões neste nível de cuidados. Sendo os utentes desta

Rede essencialmente idosos (aproximadamente 80%), tal significaria que se atingiria um dos grupos sociais mais fragilizados e onde o risco de pobreza é maior (Eurostat, 2010a), pondo assim em causa a sustentabilidade e coesão sociais, apesar da eficácia de tais medidas ser apontada como apenas de curto prazo. Efectivamente, o investimento na RNCCI pode e deve conduzir a uma redução dos custos com a Rede hospitalar, por via da implementação de medidas concretas de reorganização e reestruturação dos hospitais, induzidas, por exemplo, em sede de contrato-programa. Adicionalmente, o investimento na manutenção e/ou recuperação funcional dos idosos conduzirá a um maior número de anos com autonomia, o que terá custos (em sentido lato) mais baixos que o oposto. Recorde-se, a propósito, que Portugal tem uma esperança de vida aos 65 anos comparável com a média da União Europeia, tendo todavia uma esperança de vida saudável razoavelmente inferior à média (Eurostat, 2010b).

Apesar disso e com base nos dados já conhecidos, devem ser introduzidas medidas correctivas quer na RNCCI, quer na articulação desta com os restantes níveis e sectores, com o objectivo de aumentar a sua eficiência e eficácia, incrementando assim a sua sustentabilidade. De entre estas, destacamos:

- Melhorar os sistemas de referenciação e a articulação entre os diferentes níveis de cuidados;
- Melhorar a articulação entre os diferentes sectores envolvidos (e.g., Saúde, Segurança Social, Autarquias), aumentando a eficácia das intervenções e reduzindo os custos;
- Incrementar as taxas de ocupação das tipologias de proximidade (ECCI) e promover a implementação de outras respostas em regime ambulatorio, como sejam as Unidades de dia e promoção da autonomia previstas no DL 101/2006;
- Criar um sistema de contratualização em função de tipos de dependência homogéneos, eventualmente baseados em níveis de funcionalidade, que substitua a actual perspectiva da diária de internamento;
- Equacionar uma maior participação dos cuidadores informais, bem como do uso de novas tecnologias de comunicação e informação.

---

**A sustentabilidade financeira da RNCCI exige que se defina um modelo de financiamento sólido e que se invista fortemente na eficiência da RNCCI, que se crie um sistema de contratualização em função dos níveis de funcionalidade e que se testem novas modalidades (e.g., maior participação dos cuidadores informais, uso de sistemas de eHealth e Telecare).**

---

## 2.4 Antibióticos e Infecções hospitalares

---

**A utilização inadequada de antibióticos é um problema de saúde pública já reconhecido por todos, com reflexos no aumento da morbilidade e mortalidade, bem como nos custos em cuidados de saúde. Este problema é ainda mais dramático uma vez que a disponibilização de novos antibióticos tem sido feita a um ritmo inferior ao da emergência de novas resistências. Num contexto nacional particularmente difícil, como o actual, é crucial que as estratégias desenvolvidas envolvam todos os agentes num objectivo comum: alcançar melhores resultados em saúde, garantindo a sustentabilidade do sistema.**

---

### Utilização dos Antibióticos

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

De acordo com os últimos dados internacionais publicados pelo European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC), existem elevadas diferenças entre os países da Europa quanto aos padrões de utilização de antibióticos (ESAC, 2008)<sup>1</sup>. Alguns dos países analisados apresentam uma tendência geral de crescimento contínuo durante todo o período de vigilância da utilização de antibióticos, como a Itália, Irlanda e Dinamarca, ou de decréscimo no caso de Portugal (ESAC, 2008).

Esta evolução faz com que Portugal passe a ocupar a 10ª posição, em 2008 (descendo mais uma posição relativamente ao ano anterior e após o 7º lugar ocupado em 2006), entre os países com maior utilização. Apesar desta tendência positiva, o nosso país ainda continua acima da média europeia, com uma utilização de 22,6 DDD/1000 habitantes/dia em 2008, destacando-se pela negativa ao continuar a ser o 3º país com maior utilização de Quinolonas (precedido apenas pelo Chipre e pela Itália e em pé de igualdade com a Grécia).

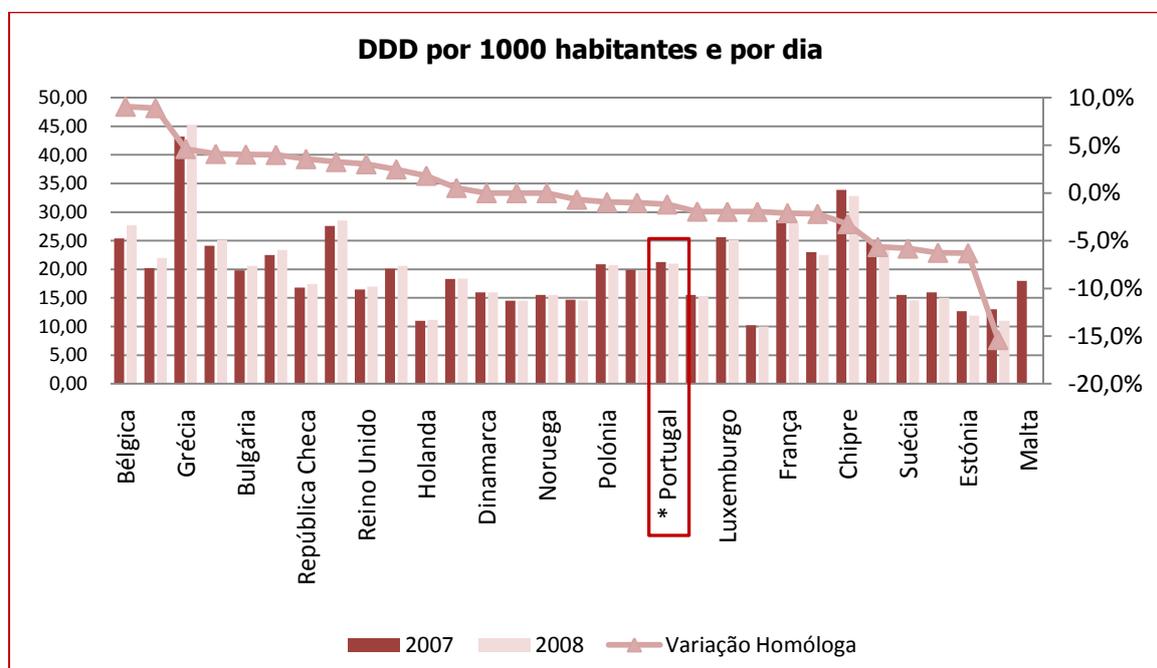
De acordo com o ESAC (ESAC, 2008), as penicilinas são os antibióticos prescritos mais frequentemente em todos os países, variando de 30% (na Alemanha) para 63% (na Dinamarca) no total em ambulatório, e com um aumento de utilização nos últimos anos. De seguida vêm as Cefalosporinas com uma variação na utilização de 0,2% (na Dinamarca) para 21% (na Grécia). As Tetraciclinas reflectem uma maior utilização nos países escandinavos, com diminuição geral nos níveis de utilização ao longo do período observado. Quanto às Quinolonas, a sua utilização variou entre 3% (no Reino Unido) e 19% (na Rússia), com ligeira diminuição durante o início do estudo, e posterior estabilização.

Conforme se observa na Figura 6, dos 30 países europeus com dados entre 2007 e 2008, metade parecem sugerir um crescimento ou estabilização no consumo de antibióticos. Pela

---

<sup>1</sup> ESAC Yearbook 2008. European Surveillance of Antimicrobial Consumption. Disponível em: [www.esac.ua.ac.be](http://www.esac.ua.ac.be).

negativa, destacam-se a Bélgica e Israel, com aumentos de 9,1% e 8,9%, respectivamente. A Dinamarca, a Noruega e a Alemanha mantêm-se com o mesmo nível de utilização destes medicamentos durante estes 2 anos. Os restantes países apresentam uma tendência de decréscimo no consumo de antibióticos – segmento no qual Portugal se inclui, com redução de 1,2%.

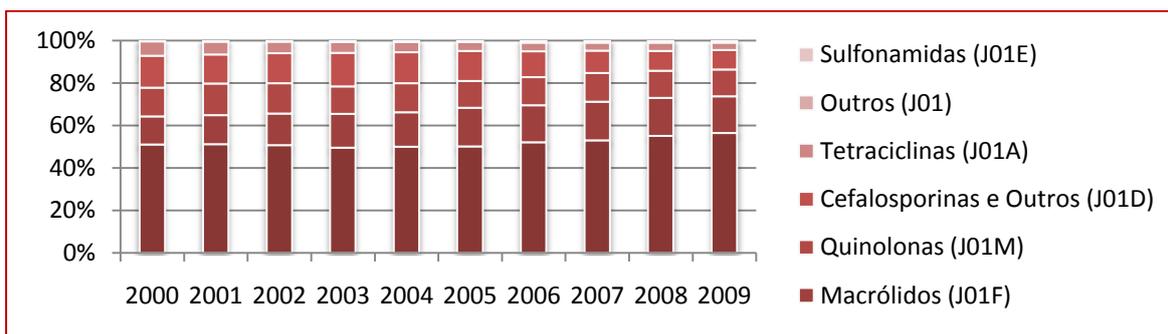


**Figura 6. Utilização de Antibióticos em ambulatório (2007 vs 2008): evolução por país**

\* Portugal: para os dados nacionais foram considerados os valores actualizados pelo INFARMED em Abril de 2011 (entidade que disponibiliza anualmente os dados de ambulatório ao ESAC).

Fonte: ESAC, 2008; PORTUGAL. INFARMED. – Dados de mercado ambulatório do SNS. 2011. Adaptado

Em Portugal, os dados disponibilizados pelo INFARMED relativos a 2010 (mercado ambulatório do SNS) vêm confirmar a tendência decrescente no consumo de antimicrobianos desde 2000. Os antibióticos mais utilizados são as penicilinas que, em 2009, representam 56,5% do consumo total com ligeira subida comparativamente com 55,1% em 2008 (12,0 DDD em 2009). São seguidas pelos macrólidos com 17,3% (3,68 DHD) e que assumem importância em termos absolutos e relativos neste grupo de medicamentos. As quinolonas surgem logo a seguir, representando 12,6% do total de antibióticos (2,67 DHD), com uma evolução positiva (de decréscimo no consumo), seguidas pelas cefalosporinas que constituem 9,2% (1,96 DHD), e que têm vindo a perder peso no total de consumo de antibióticos (Figura 7).

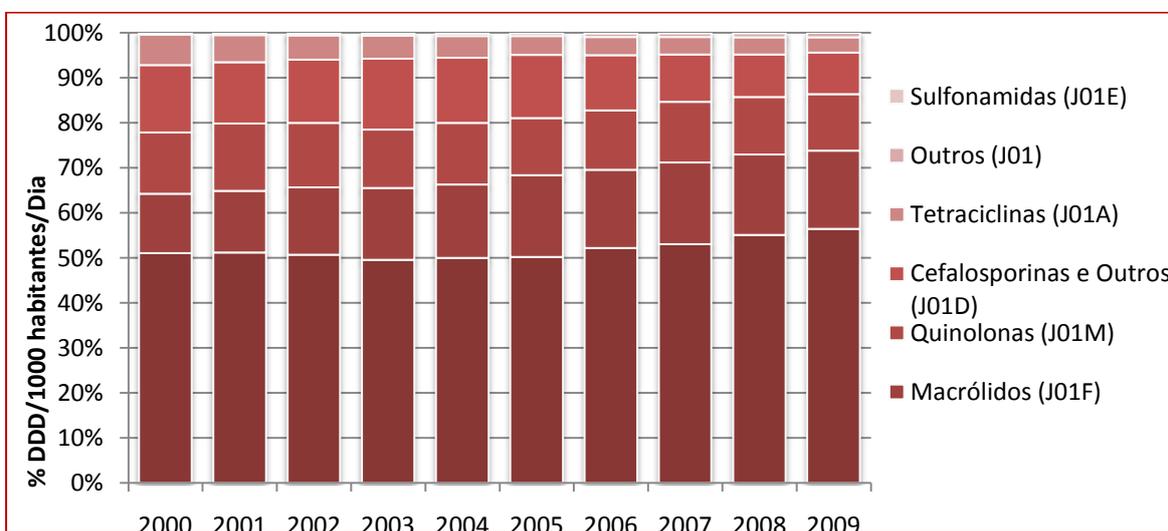


**Figura 7. Evolução em Portugal da Utilização de Antibióticos em ambulatório: % de DDD/1000 habitantes/dia por Classes Terapêuticas (2000 a 2009) no mercado SNS**

Fonte: PORTUGAL. INFARMED. – Dados de mercado ambulatório do SNS. 2011. Adaptado

Em 2009, o mercado ambulatório de antimicrobianos representa já cerca de 93 milhões de euros em valor de vendas e 63 milhões de euros em encargos para o Serviço Nacional de Saúde. Os medicamentos genéricos equivalem a 32% da quota de mercado deste grupo terapêutico, em volume, e a 28% em valor.

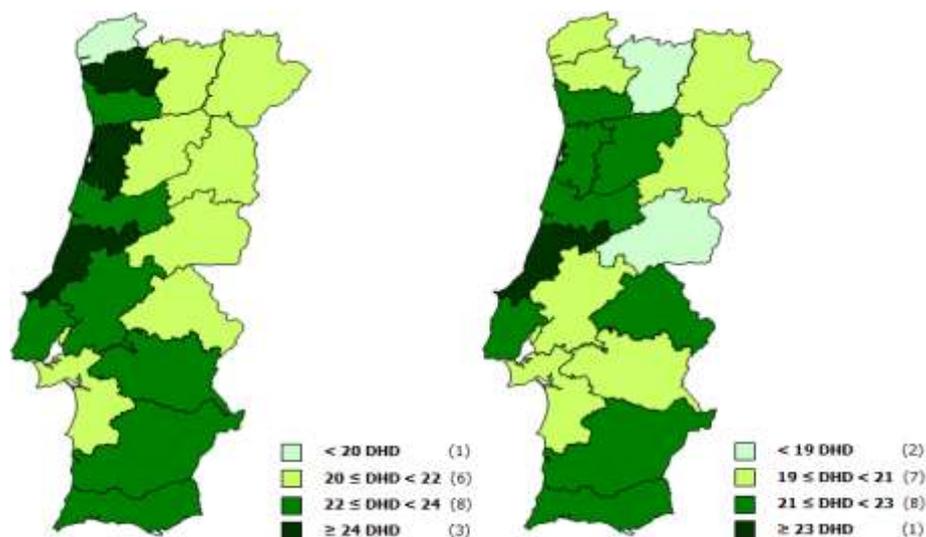
Esta redução não se verifica, no entanto, na classe terapêutica das Penicilinas (de maior consumo). A redução global é conseguida em particular nas classes que incluem os Macrólidos, Cefalosporinas e Tetraciclina, *ie*, que não constituem a primeira linha habitual de terapêutica para as infeções bacterianas mais comuns em ambulatório.



**Figura 8. Evolução em Portugal da Utilização de Antibióticos em ambulatório: DDD/1000 habitantes/dia por Classes Terapêuticas (2007 a 2010) no mercado total ambulatório**

Fonte: Sistemas de Informação Sell-Out Farmácias (SICMED 2 e hmR) / Análise CEFAR, 2011

Em termos regionais, mantém-se a tendência assinalada no relatório do ano passado e que remete para uma diminuição no consumo de antibióticos mais acentuada em determinados distritos, com algumas assimetrias (visíveis na Figura 9) entre o litoral, que apresenta maiores níveis de consumo, e os distritos do interior de Portugal, de acordo com os dados do INFARMED. Em 2009, destaque para o distrito de Leiria com maior utilização por habitante (23,19 DHD) e os distritos de Castelo Branco e Vila Real com menor utilização por habitante (18,33 DHD e 18,99 DHD, respectivamente).



**Figura 9. Mapa de Portugal com a utilização de antibióticos em ambulatório: DDD/1000 habitantes/dia por distrito (2000 vs 2009) no mercado SNS**

Fonte: PORTUGAL. INFARMED. – Dados de mercado ambulatório do SNS. 2011. Adaptado

No seguimento de recomendações de anos anteriores é necessário desenvolverem-se estudos epidemiológicos, que permitam interpretar as causas da distribuição regional dos padrões de prescrição e utilização de antibióticos em Portugal. A correcta implementação de estratégias de intervenção para o uso racional destes medicamentos no nosso país só será possível com base na análise das causas das assimetrias que têm vindo a ser identificadas.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, integra nas suas oito metas específicas na área do medicamento, duas referentes à utilização de antibióticos<sup>1</sup>. Em Dezembro de 2010, foi disponibilizada uma publicação com os valores mais actuais dos Indicadores do PNS, permitindo avaliar a sua evolução e permitindo concluir que os mesmos registaram melhorias no valor percentual de consumo de cefalosporinas e de quinolonas relativamente ao total de antibióticos em ambulatório.

<sup>1</sup> PORTUGAL, MS, ACS. Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010. Dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt>.

## **Controlo da Infecção**

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 dedicou especial atenção à Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), tendo dedicado uma secção ao Programa Nacional de Controlo de Infecção (PNCI).

O PNCI define a IACS como “a infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afectar os profissionais de saúde durante o exercício da sua actividade”. O PNCI definiu “quatro linhas estratégicas de actuação e suporte de programa: a organização; o desenvolvimento individual e organizacional; o registo e monitorização; a comunicação, procurando dotar as unidades de saúde de instrumentos facilitadores da melhoria da organização dos serviços, da prestação de cuidados e da medição de resultados”. O PNCI estabeleceu ainda como finalidade, diminuir, a nível nacional, a incidência das IACS. Um dos objectivos específicos definidos era até ao final do ano de 2009, passar a conhecer a incidência da IACS em 60% das Unidades de Saúde do SNS, o que não aconteceu.

Algumas das metas intermédias que foram definidas para atingir até final de 2009, e das quais não temos conhecimento do seu grau de cumprimento, foram:

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

### ***Vigilância das infecções adquiridas nas UCI, HELICS-UCI***

Os dados das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) dizem respeito a cerca de 55% das camas de UCI, pertencentes a 27 Unidades de 23 hospitais. Salienta-se a existência, desde 2008, de novas entidades a enviar informação contribuindo para um aumento do número total de doentes com informação consolidada na base de dados nacional que conta já com 13.168 (utentes). Na análise dos dados nacionais e comparando com os europeus ajustando-os ao risco (utilização de dispositivos) ou à gravidade (SAPSII) os indicadores nacionais estão abaixo da média europeia.

### ***Vigilância das Infecção do Local Cirúrgico, HELICS-Cirurgia***

Ao nível da evolução das taxas de infecção do local cirúrgico, de 2006 a 2010, não se observam grandes variações. Verificou-se um aumento de registos de infecções detectadas após a alta. (PORTUGAL, MS, DGS, Dados de HELICS-UCI (não publicado), 2009).

Observa-se, contudo, uma fraca participação em relação ao total de serviços de cirurgia existentes nos hospitais pelo que os dados não se podem considerar representativos a nível nacional.

### ***Vigilância das Infecções nas UCI de recém-nascidos***

Em 2008 e 2009 foram englobados 10.174 RN, dos quais 1.676 tinham peso inferior a 1.500g (RNMBP) e 642 peso inferior a 1.000g (RNEBP).

De 2008 para 2009, verificou-se um ligeiro aumento do número de episódios de infecção IACS, mas o número de episódios por doente foi o mesmo. Este aumento pode ter sido devido ao aumento do número de RNMBP e RNEBP que se verificou no ano de 2009 e que resultou num aumento de dias de exposição. Na realidade, houve mais de 1.000 dias de internamento nos RNEBP e mais 1.100 dias nos RNMBP.

### ***Vigilância das Infecções Nosocomiais da Corrente Sanguínea (INCS)***

Em 2010, foi disponibilizada uma aplicação informática *web-based* que permite às unidades participantes o registo *on-line* dos dados e a obtenção de relatórios automáticos em tempo útil. Foi elaborado um protocolo para as unidades participantes, de modo a garantir o registo e análise adequados dos dados. Não nos foram fornecidas taxas de INCS, apesar da VE da INCS fazer parte da estratégia de VE do PNCI desde 2007.

### ***Vigilância Epidemiológica de Microrganismos Epidemiologicamente Significativos***

Segundo informação do PNCI, o HELICS-UCI, não foi desenhado para monitorizar as resistências em UCI, mas antes para avaliar o comportamento de microrganismos alvo com alguns antimicrobianos específicos, mas muito prevalentes nas UCI. Em nosso entender, não existe uma correcta avaliação da pressão antibiótica, uma vez que o consumo dos antimicrobianos não está quantificado em DDD.

O padrão das resistências é em muito influenciado pela actuação pré-UCI, quer pela importação de microrganismos resistentes em doentes provenientes de outros espaços do hospital, quer pela pressão no consumo de antimicrobianos fora da própria unidade. O padrão das resistências nas UCI, apresenta níveis muito elevados para *Staphylococcus aureus*, (embora com ligeira redução nos últimos oito anos) e para *Acinetobacter baumannii*, com crescimento dos níveis de resistência nos últimos cinco anos.

Para a *Pseudomonas aeruginosa* existe uma evolução em sentido inverso para os carbapenemos (com aumento) e quinolonas (em decréscimo). A *Klebsiella pneumoniae* apresenta valores de crescimento das resistências em forte aceleração (duplicou para as cefalosporinas) enquanto para a *Escherichia coli* assistimos a um decréscimo das resistências em valor significativo. Globalmente, o padrão de resistências é elevado para este grupo de bactérias (ESKAPE11), com cerca de 60% de multirresistentes. Este panorama não é uniforme

---

<sup>1</sup> (ESKAPE) – grupo agregando *Enterococcus spp*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella spp*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp*.

em todas as UCI, existindo variação da ecologia e do padrão de resistências nas várias unidades. Em todo o caso, os dados das resistências nacionais quando comparados com os dados do HELICS-UCI de outros países europeus, revelam um padrão semelhante ao dos países do sul, nomeadamente – Espanha, Itália e França.

Um dos objectivos do PNCI é a colaboração com o Programa Nacional para a Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos para a elaboração de políticas de antibióticos, já que se reconhece que Portugal apresenta taxas elevadas de Microrganismos Multirresistentes, nomeadamente de *Staphylococcus aureus* Meticilina-Resistente (MRSA). A taxa de MRSA é considerada como um indicador da qualidade dos programas de controlo de infecção. Se, por um lado, o seu aparecimento se deve (pelo menos em parte) à pressão selectiva de antibióticos reflectindo assim as práticas na sua prescrição, por outro lado, a sua disseminação (neste caso com taxas de cerca de 50% observadas nos hospitais portugueses) reflecte as deficiências nas práticas de controlo de infecção nomeadamente no isolamento de doentes e no cumprimento das precauções básicas. Não existem dados nacionais sobre MRSA-CA (da comunidade) que se sabe estarem a adquirir importância crescente noutros países. Atendendo aos dados publicados pelo relatório do PNCI, as taxas de resistência dos microrganismos epidemiologicamente significativos nas UCI de adultos em 2009, são as constantes no Quadro 3.

**Quadro 3. Taxas de resistência dos microrganismos epidemiologicamente significativos nas UCI de adultos em 2009**

Resistência	S. <i>aureus</i>	E. <i>faecalis</i>	E. <i>faecium</i>	E. coli	K. <i>pneumoniae</i>	P <i>aeruginosa</i>	A. <i>baumannii</i>
Meticilina	62,7%						
Glicopéptidos		4,8%	16,7%				
Cefalosporinas 3ª G.					32,0%	31,5%	
Quinolonas				26,8%	28,9%	20%	89,2%
Carbapenemos						43,2%	90,0%

Fonte: PORTUGAL, MS, DGS, Dados de HELICS-UCI (não publicado), 2009.

**Realização Periódica de Estudos de Prevalência de Infecção**

De referir também que a taxa de prevalência nacional de IACS subiu de 8,7% em 2003, para, 9,8% em 2009. Aguardamos a divulgação das taxas de prevalência do inquérito realizado em 2010, para avaliar a evolução da taxa de prevalência nacional.

Em suma, e como já exposto no referido no Relatório de Primavera de 2010, consideramos importante acompanhar o grau de execução das metas intermédias inicialmente propostas pelo PNCI, para podermos avaliar o grau de concretização das mesmas e a necessidade de alterar algumas intervenções, para garantir o seu cumprimento.

## Perspectivas Futuras e Recomendações

Apesar de, na generalidade se verificar uma diminuição da utilização de antimicrobianos (confirmada pelos dados do INFARMED e CEFAR), não é possível concluir que existe maior racionalidade na prescrição, nem no consumo destes medicamentos. Para tal, são necessários estudos que permitam, por um lado, correlacionar os padrões de consumo e tipologia das resistências aos antimicrobianos com o perfil de prescrição (que não temos disponíveis) e, por outro lado, identificar os principais factores responsáveis pelos diferentes padrões de utilização e conseqüente adopção de estratégias de intervenção para o uso racional destes medicamentos no nosso país, através de medidas que promovam uma maior qualidade da prescrição e prática da clínica.

Em termos objectivos observa-se um comportamento diferente entre algumas das metas estabelecidas no PNS como a de consumo de cefalosporinas, que foram ultrapassadas e das quinolonas em que o decréscimo não atingiu os objectivos propostos. É pois importante identificar os determinantes desta evolução diferenciada, de forma a ajustar as estratégias e as acções desenvolvidas até aqui.

Relativamente ao problema das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), dos microrganismos epidemiologicamente significativos e ao consumo de AB, seria importante analisar o consumo de AB hospitalar e conhecer a incidência destes microrganismos para analisar eventuais correlações. Como referimos anteriormente a prevalência das IACS em Portugal tem vindo a aumentar e a incidência real de IACS por microrganismos epidemiologicamente significativos é desconhecida. A monitorização e o acompanhamento das taxas de incidência locais, com métodos padronizados que permitam o *benchmarking* nacional é importante para comparar desempenhos e avaliar práticas.

Continua a não existir uma análise adequada sobre a qualidade e segurança dos cuidados de saúde. A monitorização dos resultados dos cuidados de saúde, dos processos clínicos, do erro clínico e da segurança nos serviços de saúde, bem como a segurança no local de trabalho, têm de ser alvo de maior atenção.

---

**Ainda temos um longo caminho a percorrer... No actual contexto, a avaliação do impacte das diferentes medidas adoptadas em Portugal reveste-se de particular importância, pelo que as prioridades devem ser estabelecidas com base em princípios de equidade, eficiência e promoção da saúde, para fomentar a sustentabilidade do sector e, ao mesmo tempo, garantir a acessibilidade dos utentes aos medicamento.**

---

## 2.5 Acesso a cuidados ambulatoriais hospitalares

---

**No universo dos doentes inscritos até 31 de Dezembro de 2010, com consulta já realizada ou ainda em espera, verifica-se que, em 45% dos casos, o tempo máximo de resposta garantido foi excedido.**

---

No relatório de Primavera de 2010, deu-se início ao estudo do acesso dos doentes referenciados pelos médicos de medicina geral e familiar às consultas das especialidades hospitalares. Foi realizado um painel Delphi modificado com a participação dos directores

clínicos dos hospitais da rede do Serviço Nacional de Saúde para seleccionarem de entre as 18 especialidades médicas e 8 especialidades cirúrgicas que constituem o universo das unidades de observação do estudo, aquelas que fossem consideradas mais representativas do desempenho dos hospitais na função “consulta externa”. Seguindo esta metodologia, foram consensualizadas 10 especialidades médicas e 6 especialidades cirúrgicas (Quadro 4).

#### **Quadro 4. Especialidades hospitalares consensualizadas pelo painel Delphi**

Especialidades médicas	Consenso	Especialidades cirúrgicas	Consenso
Gastrenterologia	92%	Oftalmologia	100%
Ginecologia	92%	ORL	96%
Cardiologia	89%	Urologia	96%
Psiquiatria	88%	Cirurgia vascular	89%
Hematologia	85%	Ortopedia	89%
Endocrinologia	83%	Cirurgia geral	81%
Nefrologia	82%		
Infecciologia	78%		
Pediatria	76%		
Obstetrícia	75%		

Fonte: Relatório de Primavera 2010, pp. 13-14. Adaptado.

Naquele Relatório, ficou expresso que o estudo a desenvolver, com a duração de cinco anos (2009-2013), tem como objectivo monitorizar, com periodicidade anual, o grau de aplicação da Lei 41/2007, de 24 de Agosto, na parte que respeita ao cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida (TMRG) pelos hospitais da rede do SNS, no âmbito das solicitações feitas pelos médicos de medicina geral e familiar. Uma vez que os prazos fixados na Portaria 1529/2008, de 26 de Dezembro, se mantiveram em 2010, recorda-se que, para as consultas consideradas muito prioritárias, o TMRG é de 30 dias, de 60 dias para as prioritárias e 150 dias para as normais.

No Relatório deste ano, além da análise do acesso às especialidades de gastrenterologia e oftalmologia, objecto de estudo em 2010, são ainda incluídas as especialidades médicas hospitalares de ginecologia, cardiologia e psiquiatria, e as especialidades cirúrgicas de ORL, urologia e cirurgia vascular.

A gestão do pedido de consulta é um processo que, na sua componente hospitalar, integra três tipos de fluxos: (i) recepção e verificação do pedido e envio do mesmo para a triagem (momento administrativo), (ii) triagem/atribuição do nível de prioridade para marcação da consulta (momento triador), (iii) avaliação da marcação da consulta e realização da consulta (momento clínico). O tempo administrativo no centro de saúde pode considerar-se desprezível, uma vez que a sua duração não ultrapassa, em média, dois dias.

Até 31 de Dezembro de 2010, estavam inscritos nos hospitais do SNS para uma consulta de especialidade hospitalar referenciada pelos médicos de medicina geral e familiar 1.406.555 doentes, dos quais 966.955 inscritos durante 2010 e 439.600 transitados de 2009. Foram realizadas 627.128 consultas, o que corresponde a uma taxa de concretização de 45%, tendo

transitado 613.042 inscrições para 2011, pelo que se presume que, o diferencial de 166.385, são pedidos de consulta, não considerados pelo sistema de triagem.

Relativamente aos doentes que em 31 de Dezembro de 2010 aguardavam consulta hospitalar, o tempo médio de espera segundo a prioridade atribuída variava entre 353,8 dias (ARSLVT) e 636,4 dias (ARS Algarve) para os casos muito prioritários, entre 340 dias (ARS Centro) e 606,2 dias (ARS Algarve) para os casos prioritários, e entre 279,7 dias (ARS Centro) e 495,2 dias (ARS Algarve) para os casos classificados como normais (Quadro 5). Num universo de 497.090 doentes em espera, 62% das respectivas consultas encontravam-se fora dos tempos máximos de resposta garantida, sendo a espera média de 361,5 dias.

**Quadro 5. Tempo médio de espera dos doentes que aguardam consulta, segundo as prioridades atribuídas, por região**

ARS	Prioridade	Total de pedidos não concluídos	Tempo médio de espera	% de doentes fora dos TMRG
<b>Norte</b>	Muito prioritário	3.152	506,7	<b>87%</b>
	Prioritário	18.040	459,5	<b>80%</b>
	Normal	225.772	368,1	<b>63%</b>
<b>Centro</b>	Muito prioritário	1.449	435,9	<b>88%</b>
	Prioritário	6.561	340	<b>77%</b>
	Normal	67.210	279,7	<b>56%</b>
<b>LVT</b>	Muito prioritário	3.417	353,8	<b>88%</b>
	Prioritário	13.818	340,4	<b>74%</b>
	Normal	112.110	283,2	<b>54%</b>
<b>Alentejo</b>	Muito prioritário	616	495,9	<b>91%</b>
	Prioritário	2.570	424,5	<b>82%</b>
	Normal	21.970	429,7	<b>67%</b>
<b>Algarve</b>	Muito prioritário	835	636,4	<b>95%</b>
	Prioritário	3.419	606,2	<b>90%</b>
	Normal	16.151	495,2	<b>76%</b>
<b>Total</b>		<b>497.090</b>	<b>361,5</b>	<b>62%</b>

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010.

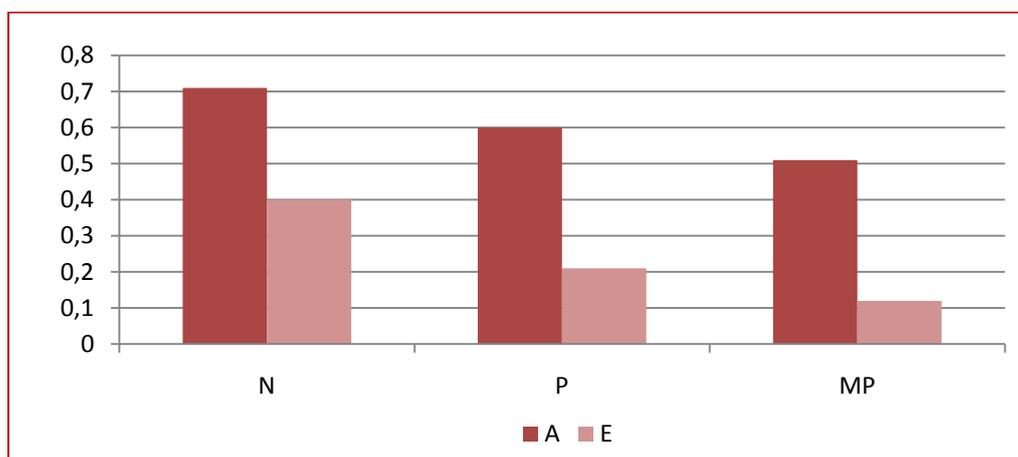
Quanto à percentagem de doentes que foram atendidos dentro do tempo máximo de resposta garantida, variou entre 23% (ARS Algarve) e 56% (ARS Norte) para as consultas classificadas como muito prioritárias, entre 30% (ARS Algarve) e 70% (ARS Alentejo) para as consultas classificadas como prioritárias, e entre 60% (ARS Algarve) e 81% (ARS Alentejo) para as consultas classificadas como normais (Quadro 6). No conjunto de todas as especialidades, de todos os hospitais da rede do SNS e das três prioridades, cumpriram os TMRG 432.233 consultas, correspondentes a 69% do total de consultas realizadas.

**Quadro 6. Percentagem de doentes atendidos dentro dos TMRG, por região**

ARS	Muito Prioritárias	Prioritárias	Normais
Norte	56%	61%	<b>68%</b>
Centro	48%	60%	<b>71%</b>
LVT	50%	63%	<b>77%</b>
Alentejo	43%	70%	<b>81%</b>
Algarve	23%	30%	<b>60%</b>
<b>Total</b>	<b>51%</b>	<b>60%</b>	<b>71%</b>

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010.

Combinando os dados dos Quadros 5 e 6, são as consultas classificadas como muito prioritárias que, comparativamente com as consultas classificadas como normais, apresentam uma situação mais desfavorável tanto nas consultas realizadas como nas consultas em espera (Figura 10).



**Figura 10. Comparação entre as percentagens de conformidade com o TMRG entre os pedidos de consulta atendidos e em espera**

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010.

Legenda: MP - consultas muito prioritárias; P - consultas prioritárias, N - consultas normais. A - pedidos atendidos; E - pedidos em espera

### **O acesso às especialidades médicas hospitalares**

Nas quatro especialidades médicas hospitalares em estudo foram realizadas 85.824 consultas com a seguinte distribuição, segundo o grau de prioridade (Quadro 7).

**Quadro 7. Distribuição das consultas realizadas por especialidade médica hospitalar em estudo e por prioridade**

Prioridade	Gastroenterologia	Ginecologia	Cardiologia	Psiquiatria	Total
<b>Muito prioritário</b>	906	1.258	369	595	<b>3.128</b>
<b>Prioritário</b>	3.604	8.270	2.319	1.851	<b>16.044</b>
<b>Normal</b>	10.937	32.366	13.664	9.685	<b>66.652</b>
<b>Total</b>	<b>15.447</b>	<b>41.894</b>	<b>16.352</b>	<b>12.131</b>	<b>85.824</b>

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010

No conjunto destas especialidades médicas hospitalares e das três prioridades de consulta, foi na ARS do Alentejo que se verificou o maior cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida, nomeadamente em gastroenterologia, ao contrário da ARS do Norte para a mesma especialidade e da ARS do Algarve nas especialidades de cardiologia e psiquiatria. Foi nas especialidades de gastroenterologia e de ginecologia que se verificou maior aproximação aos TMRG (Quadro 8).

**Quadro 8. Comparação dos tempos médios de resposta, por especialidade e por região**

Especialidades médicas	Prioridades	Tempos médios de resposta (dias)				
		ARS Norte	ARS Centro	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
<b>Gastroenterologia</b>	Muito prioritário	97,9	62,3	42,9	<b>27,2</b>	44,3
	Prioritário	100,3	82,2	<b>53,3</b>	<b>49,7</b>	<b>51,1</b>
	Normal	177,4	<b>144,9</b>	<b>101,5</b>	<b>107,9</b>	<b>89,3</b>
<b>Ginecologia</b>	Muito prioritário	84,5	64,2	45,6	<b>26,3</b>	42,3
	Prioritário	88,8	<b>57,6</b>	<b>50,3</b>	79,3	75
	Normal	<b>127</b>	<b>148,6</b>	<b>107</b>	<b>105,3</b>	<b>125,4</b>
<b>Cardiologia</b>	Muito prioritário	46,9	78,7	73,9	74,4	113,5
	Prioritário	65,2	87,1	76,3	<b>43,2</b>	160,9
	Normal	<b>104,2</b>	<b>141,3</b>	<b>86,4</b>	<b>89,6</b>	223,5
<b>Psiquiatria</b>	Muito prioritário	59,1	137,9	95,8	64,1	178,5
	Prioritário	73,1	68,2	74,2	<b>51,5</b>	83,8
	Normal	125,4	100,7	98,4	65,1	170,7

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010.

Considerando as três categorias de prioridades, a consulta de ginecologia foi a que globalmente apresentou maior homogeneidade nos desvios aos tempos máximos de resposta garantida: +33,3 dias nas respostas muito prioritárias, +8,8 dias nas respostas prioritárias e -26 dias nas respostas normais (Quadro 9). Os pontos extremos verificaram-se na consulta de psiquiatria, com +51,3 dias na categoria de muito prioritária, e na consulta de cardiologia com -40,7 dias na categoria de normal.

**Quadro 9. Desvios médios, em dias, relativamente aos TMRG**

Especialidade médica	Muito prioritária (≤ 30 dias)		Prioritária (≤ 60 dias)		Normal (≤ 150 dias)	
	TMR (dias)	Δ	TMR (dias)	Δ	TMR (dias)	Δ
<b>Gastroenterologia</b>	69	+39	79,2	+19,2	138,7	-11,3
<b>Ginecologia</b>	63,3	+33,3	68,8	+8,8	124	-26
<b>Cardiologia</b>	72,9	+42,9	80,2	+20,2	109,3	-40,7
<b>Psiquiatria</b>	81,3	+51,3	73,2	+13,2	115,9	-34,1

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010.

Legenda: TMR – tempo médio de resposta

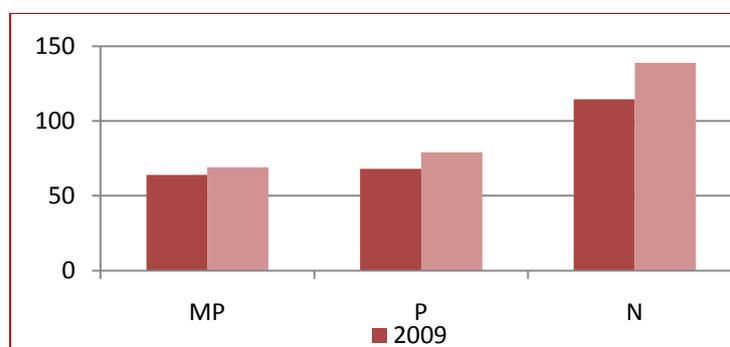
Nas quatro especialidades médicas hospitalares em estudo verificaram-se tempos máximos de resposta muito elevados nas cinco ARS, entre 211 dias em psiquiatria, no hospital de S. Teotónio e, 1.321 dias em ginecologia, no hospital de Santarém (Quadro 10).

**Quadro 10. Tempos máximos de resposta, por especialidade médica hospitalar, em cada ARS**

Tempos máximos de resposta (dias)								
ARS	Gastro.	Hospital	Ginecologia	Hospital	Cardiologia	Hospital	Psiquiatria	Hospital
<b>Norte</b>	1030	S. João	1.030	Braga	1.234	S. João	952	Bragança
<b>Centro</b>	999	S. Teotónio	870	Amato Lusitano	1.056	D. Pedro	950	S. Teotónio
<b>LVT</b>	719	Setúbal	<b>1.321</b>	Santarém	945	S. Marta	676	HSFX
<b>Alentejo</b>	243	Espírito Santo	1.169	Espírito Santo	1.143	J.J. Fernandes	<b>211</b>	J.J. Fernandes
<b>Algarve</b>	767	Barlavento	994	Faro	1.281	Barlavento	1.148	Barlavento

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010.

Comparativamente com 2009, os TMRG verificados nos três níveis de prioridades da gastroenterologia sofreram desvios negativos, sobretudo nas consultas consideradas normais (Figura 11).



**Figura 11. Evolução nos TMRG nas três prioridades da consulta de gastroenterologia**

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010.

Legenda: MP – consultas muito prioritárias; P – consultas Prioritárias; N – consultas normais

Relativamente ao processamento dos pedidos de consulta, verificou-se uma grande homogeneidade no seu tratamento administrativo, em média entre 2,1 dias (cardiologia) e 4,7 dias (ginecologia), variando a triagem entre 9 dias (ginecologia) e 49 dias (cardiologia) e o tempo entre a avaliação médica do pedido e a realização da consulta entre 102 dias (psiquiatria) e 118 dias (cardiologia). Dois terços do tempo de resposta verificado são imputáveis à decisão médica de avaliação do pedido de consulta e da sua realização, variando entre 1% e 5,3% o tempo atribuído ao momento da triagem. Globalmente estes dois momentos avaliativos e de decisão representam entre 67% (ginecologia) e 68,3% (cardiologia) do total de tempo necessário para a realização da consulta referenciada pelos médicos de medicina geral e familiar.

### Acesso às especialidades cirúrgicas hospitalares

Relativamente às quatro especialidades cirúrgicas em estudo, foram realizadas 195.050 consultas com a seguinte distribuição, segundo o grau de prioridade (Quadro 11):

**Quadro 11. Distribuição das consultas realizadas por especialidade cirúrgica em estudo e por prioridade**

Prioridade	Oftalmologia	ORL	Urologia	Cirurgia vascular	Total
Muito prioritário	943	1.233	829	154	<b>2.419</b>
Prioritário	8.270	4.809	4.414	1.274	<b>18.767</b>
Normal	104.482	41.485	18.625	9.272	<b>173.864</b>
<b>Total</b>	<b>113.695</b>	<b>47.527</b>	<b>23.868</b>	<b>10.700</b>	<b>195.050</b>

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010

Comparativamente com as consultas das especialidades médicas hospitalares verificou-se uma maior não conformidade no cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida nas consultas das especialidades cirúrgicas. A ORL e a cirurgia vascular, na categoria das consultas normais e prioritárias, respectivamente, constituíram a exceção, apresentando na maior parte das ARS tempos médios de resposta aquém do TMRG (Quadro 12).

**Quadro 12. Comparação dos tempos médios de resposta, por especialidade e por região**

Tempos médios de resposta (dias)						
Especialidades cirúrgicas	Prioridades	ARS Norte	ARS Centro	ARSLVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Oftalmologia	Muito prioritário	140,3	402,9	197,8	173,9	127,8
	Prioritário	103,3	219,5	119,3	67,8	135,1
	Normal	190,7	230,1	201,4	<b>112,7</b>	199,1
ORL	Muito prioritário	56,6	310,1	71	162,3	-
	Prioritário	94,8	299,9	71,2	200,1	80,7
	Normal	205	<b>126,5</b>	<b>110,8</b>	<b>142,2</b>	<b>90,6</b>
Urologia	Muito prioritário	42,3	34,5	79,8	39,8	162
	Prioritário	61,9	<b>58,6</b>	99,5	64,3	406,9
	Normal	<b>127,3</b>	153,3	151,1	<b>94,6</b>	368,2
Cirurgia vascular	Muito prioritário	32	<b>4,5</b>	<b>30,5</b>	-	-
	Prioritário	86,9	<b>39,1</b>	<b>35,9</b>	<b>56,2</b>	-
	Normal	301,5	41,5	82,7	155	-

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010

Considerando as três categorias de prioridades, e assumindo-se como de maior importância a variação relativamente aos TMRG fixados para as consultas classificadas como muito prioritárias e prioritárias, a consulta de cirurgia vascular foi a que globalmente apresentou maior homogeneidade nos desvios aos tempos máximos de resposta garantida: +0,7 dias nas respostas muito prioritárias e +2,9 dias nas respostas prioritárias (Quadro 13). Os pontos extremos verificaram-se na consulta de oftalmologia, com +173,1 dias na categoria de muito prioritária, e na consulta de urologia com -10,7 dias na categoria de normal.

**Quadro 13. Desvios médios, em dias, relativamente aos TMRG**

Especialidade cirúrgica	Muito prioritária (≤ 30 dias)		Prioritária (≤ 60 dias)		Normal (≤ 150 dias)	
	TMR (dias)	Δ	TMR (dias)	Δ	TMR (dias)	Δ
<b>Oftalmologia</b>	203,1	+173,1	129,8	+69,8	193,7	+43,7
<b>ORL</b>	96,5	+66,5	130,7	+70,7	169,6	+19,6
<b>Urologia</b>	77,1	+47,1	85,8	+25,8	139,3	-10,7
<b>Cirurgia vascular</b>	30,7	+0,7	62,9	+2,9	220,5	+70,5

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010

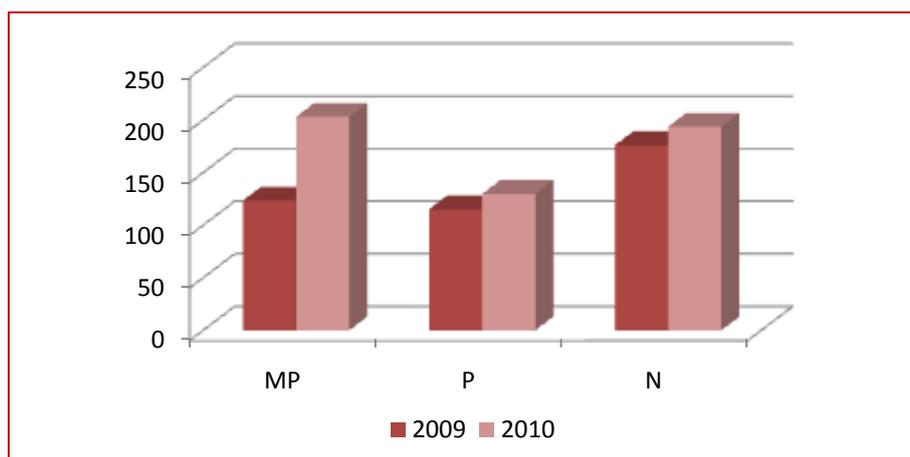
Nas quatro especialidades cirúrgicas em estudo verificaram-se tempos máximos de resposta entre 520 dias em cirurgia vascular, no hospital de S. Teotónio, e 1.288 dias em ORL, no Hospital do Barlavento Algarvio (Quadro 14).

**Quadro 14. Tempos máximos de resposta, por especialidade cirúrgica, em cada ARS**

Tempos máximos de resposta (dias)								
ARS	Oftalmol.	Hospital	ORL	Hospital	Urologia	Hospital	Cir. Vasc.	Hospital
<b>Norte</b>	1036	Braga	1.164	Santo António	1.218	Santo António	1.137	<b>S. João</b>
<b>Centro</b>	1048	CHC	1.111	D. Pedro	895	N <sup>a</sup> Sr <sup>a</sup> Assunção	520	<b>S. Teotónio</b>
<b>LVT</b>	989	Garcia de Orta	1.216	Santarém	804	Egas Moniz	1.233	<b>Santarém</b>
<b>Alentejo</b>	1396	J.J. Fernandes	849	Espírito Santo	750	Espírito Santo	-	
<b>Algarve</b>	1061	Faro	1.288	Barlavento	1.175	Faro	-	

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010

Comparativamente com 2009, os TMRG verificados em oftalmologia, sofreram desvios negativos nos três níveis de prioridades, sendo este agravamento mais significativo nas consultas consideradas muito prioritárias (Figura 12).



**Figura 12. Evolução nos TMRG nas três prioridades da consulta de oftalmologia**

Fonte: PORTUGAL, MS, ACSS. Base de dados da CTH, (não publicado), 2010

Legenda: MP – consultas muito prioritárias; P – consultas prioritárias; N – consultas normais

No que respeita ao processamento dos pedidos de consulta, verificou-se uma menor homogeneidade no seu tratamento administrativo relativamente às consultas médicas hospitalares tendo a amplitude de variação média sido de 4,5 dias, entre 0,7 dias (urologia) e 12,8 dias (urologia), variando a triagem entre 4,6 dias (cirurgia vascular) e 111 dias (ORL) e o tempo entre a avaliação médica do pedido e a realização da consulta entre 78 dias (cirurgia vascular) e 295 dias (urologia). Cerca de 60% do tempo de resposta garantido são imputáveis à decisão médica de avaliação do pedido de consulta e da sua realização, variando entre 7% (cirurgia vascular) e 23% (oftalmologia) o tempo atribuído ao momento da triagem. Globalmente estes dois momentos avaliativos e de decisão representam, em média, 74% do total de tempo necessário para a realização da consulta referenciada pelos médicos de medicina geral e familiar.

### Conclusões e recomendações

Assumindo-se que o sistema de informação da Consulta a Tempo e Horas (CTH) está consolidado e que por esse facto os dados disponibilizados no seu Relatório correspondente ao movimento de 2010 reflectem o desempenho dos hospitais do SNS na sua função de resposta às necessidades dos doentes referenciados pelos médicos de medicina geral e familiar, verifica-se que:

- Os tempos máximos de resposta definidos pela legislação em vigor para os três níveis de prioridade foram cumpridos em 69% das consultas realizadas;
- No universo dos doentes inscritos até 31 de Dezembro de 2010, com consulta já realizada ou ainda em espera, o tempo máximo de resposta garantido tinha sido excedido em 45% dos casos;
- É nas consultas classificadas como muito prioritárias que se constata maior incumprimento, sendo esta situação extensiva tanto aos casos em que o atendimento já se verificou, como às situações em que os doentes aguardam ainda por consulta.

Nas consultas realizadas das especialidades em estudo (gastroenterologia, ginecologia, cardiologia, psiquiatria, oftalmologia, ORL, urologia e cirurgia vascular), a evidência indica que:

- A média dos tempos de resposta verificados, no conjunto das três prioridades e das cinco ARS, teve uma conformidade, face aos TMRG, de 43% nas especialidades médicas e de 25% nas especialidades cirúrgicas, situação atribuível, em qualquer dos casos, sobretudo ao nível de cumprimento nas consultas classificadas como normais;
- Globalmente, os hospitais da ARS do Alentejo apresentaram o melhor desempenho, registando 54% de conformidade, enquanto os hospitais das ARS do Norte e do Algarve alcançaram o valor de 17% de conformidade;
- Em algumas especialidades, a espera média nas consultas classificadas como “muito prioritário” é superior à registada na categoria “prioritário”, salientando-se aqui a psiquiatria, oftalmologia e ORL;
- Verificou-se uma acentuada disparidade entre os desvios referentes aos tempos máximos de resposta garantida das consultas das especialidades médicas e das especialidades cirúrgicas. Nos pontos extremos, a amplitude foi de 122 dias entre as consultas de psiquiatria e de oftalmologia na categoria das consultas classificadas como normais e de 30 dias nas consultas de cardiologia e de urologia na categoria das consultas classificadas como muito prioritárias;
- Comparativamente a 2009, os tempos médios de resposta nas especialidades de gastroenterologia e oftalmologia tiveram uma evolução negativa nos três níveis de prioridade, sendo esta situação particularmente expressiva nas consultas de oftalmologia designadas como muito prioritárias.

Dos 18 hospitais que apresentaram tempos de resposta nas oito especialidades em estudo, o hospital do Barlavento Algarvio, da ARS do Algarve, foi aquele que apresentou um maior número de dias nos tempos máximos de resposta: 1.280 dias em cardiologia, 1.148 dias em psiquiatria e 1.288 dias em ORL.

Face à realidade descrita, é fundamental que os hospitais procedam à análise aprofundada das razões que podem estar na origem do incumprimento dos TMRG, no sentido de identificarem reais oportunidades de melhoria do acesso dos cidadãos às consultas das especialidades hospitalares.

Considerando que mais de 60% do tempo de espera para a realização das consultas das especialidades do estudo é imputável ao processo da decisão médica, reforça-se a necessidade de apurar os determinantes deste valor, que podem ser de ordem vária e reclamar a introdução de diferentes alterações, nomeadamente ao nível da organização do trabalho, da arquitectura do processo, da integração dos sistemas de informação adoptados e eventualmente do recurso a outras TIC.

O reforço da interligação entre os médicos de medicina geral e familiar e os especialistas hospitalares, tendo em vista a progressiva melhoria da adequação da referenciação, representa um investimento indispensável para que os TMRG sejam atingidos em todas as categorias de prioridades.

Paralelamente, importa perceber se a eventual integração do sistema de informação de suporte à CTH nos sistemas de informação hospitalares e dos cuidados de saúde primários, potenciaria a capacidade interna de monitorização *just in time* em cada uma das organizações, por via da possibilidade de cruzamento de diferentes dimensões e variáveis, promovendo-se assim uma maior responsabilização de todos os elementos da cadeia.

## **2.6 A perspectiva do cidadão. Acesso aos medicamentos essenciais**

No actual contexto económico e social, fortemente marcado pela crescente escassez dos recursos, garantir a sustentabilidade futura do SNS torna-se um desafio essencial, na medida em que a garantia do acesso dos cidadãos a cuidados de saúde se torna um factor crítico em qualquer cenário que concilie paz social e recuperação económica.

O acesso aos medicamentos representa um elemento fundamental do direito à saúde (WHO, 2002), mas tal assume importância particular quando se trate de classes sociais mais desfavorecidas e os mesmos se destinem ao tratamento das patologias com maior impacto epidemiológico e económico, contribuindo, assim, para maiores ganhos em saúde e para progresso de outras áreas como a educação e o desenvolvimento económico.

---

**“Cerca de 3,5 milhões de portugueses vêem-se forçados a abdicar de medicamentos essenciais devido à subida dos preços, revelam os dados da segunda vaga do barómetro BOP Health – Os Portugueses e a Saúde (...) Quando questionados sobre as mudanças que o novo regime de comparticipações irá causar na gestão quotidiana do orçamento familiar (...) 39,7% não vão conseguir comprar todos os remédios necessários. Um pessimismo que não é, no entanto, geral. Apesar de a maioria considerar que os preços ainda vão subir, 31,2% acredita que isso não vai causar alterações.”**

**RCM pharma, 7 de Abril de 2011**

---

Os medicamentos essenciais<sup>1</sup> têm um profundo impacto na saúde, pelo que se torna crucial assegurar a sua disponibilização, em quantidades e dosagens adequadas, nos sistemas de saúde, devendo estes garantir simultaneamente a sua qualidade e a comercialização a preços individuais suportáveis pela comunidade, (WHO, 2010c; HAI, 2000).

Apesar do acesso aos medicamentos representar um direito fundamental, milhões de pessoas no mundo ficam sem o tratamento que necessitam (WHO, HAI, 2008; OECD, 2009). Esta afirmação é reforçada pela evidência resultante da aplicação, pela WHO/HAI (2008), de uma série de inquéritos a nível mundial<sup>2</sup>, que demonstra que a disponibilidade e capacidade para

---

<sup>1</sup> Os medicamentos essenciais são os necessários para satisfazer as necessidades prioritárias de uma população, sendo seleccionados de acordo com a prevalência das doenças, evidência da sua eficácia e segurança e de análises de custo-efectividade (WHO, 2010). Actualmente, já existem tratamentos eficazes para as principais doenças (como infecções respiratórias agudas, HIV-SIDA, malária, tuberculose etc.) e para as doenças não transmissíveis (doença cardíaca isquémica e cardiovascular) (WHO, 2002). A disponibilidade destes medicamentos está comprometida, principalmente nos países em desenvolvimento (WHO, 2010).

<sup>2</sup> Desde a sua primeira edição, em 2003 - Medicine prices – a new approach to measurement – foram realizados mais de 50 inquéritos sobre o preço e disponibilidade dos medicamentos em todas as regiões do mundo, tendo sido expostos

comprar medicamentos se apresentam como um problema universal, sendo sobretudo os mais pobres quem paga verdadeiramente, quer a nível económico, quer com a sua saúde (WHO.HAI, 2008).

A WHO e HAI (2008) revelam que um terço da população mundial não tem acesso aos medicamentos necessários (WHO, 2004 citado por WHO.HAI, 2008), sendo que estes simplesmente não existem para mais de 50% da população de alguns países mais pobres, de África e da Ásia.

Ao nível dos países da OCDE, também se verificam algumas lacunas no acesso efectivo a medicamentos. Muito embora se verifique uma variação considerável entre países relativamente à disponibilidade dos medicamentos no mercado, as suas implicações no acesso dos cidadãos aos mesmos são ainda pouco claras. Neste contexto, é salientado que, para evitar que o acesso fique comprometido pela incapacidade dos cidadãos para pagar, na maioria dos países da OCDE, verifica-se uma forte subsidiação sobre os medicamentos, quer através da comparticipação pública e de seguros privados, quer por via da realização de acordos de partilha de custos razoáveis, da definição de isenções para grupos de doentes vulneráveis e da definição de tectos nos gastos associados a pagamentos directos. Os riscos mais graves advêm de lacunas no modelo de comparticipação, que se revela inadequado para parte da população de alguns países, na medida em que não consegue garantir o acesso aos medicamentos prescritos a preços comportáveis (OCDE, 2009).

No panorama nacional, de acordo com Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) os medicamentos essenciais são definidos como um valor fundamental do sistema de comparticipação de medicamentos (INFARMED, 2008 citado por Vogler e Leopold 2009).

No entanto, o Instituto de Investigação Austríaco ÖBIG Forschungs-und Planungsgesellschaft mbH (ÖBIG FP), que, a pedido da organização europeia de defesa dos doentes Health Action International (HAI), analisou o sistema de comparticipação português concluiu, entre outras coisas, que, embora aquele esteja bem definido, seja sustentável e garanta o acesso aos medicamentos essenciais, os cidadãos têm de suportar gastos elevados, que podem impedir o acesso aos medicamentos mais dispendiosos (Vogler, Leopold, 2009).

---

**“O aumento da despesa com medicamentos não foi repartido de forma equitativa entre a comparticipação suportada pelo SNS e pelos cidadãos. Nos últimos dez anos é notória uma tendência para que a proporção dos encargos com medicamentos suportados pelos utentes seja cada vez maior.”**

**Vaz et al., 2010**

---

---

muitos problemas em relação ao acesso aos medicamentos, nomeadamente o facto de as pessoas terem que trabalhar quinze dias ou mais para poder comprar um mês de tratamento para uma doença crónica, ou o facto de os governos não permitirem aos seus cidadãos a aquisição de medicamentos a preços mais baixos (WHO.HAI, 2008).

---

O mesmo estudo, acima referido, identifica algumas áreas a melhorar, de entre as quais se destaca a recomendação de redução dos co-pagamentos e, caso tal não seja possível, de redução dos preços, através da aplicação de um sistema de controlo que permita o acesso da população aos medicamentos necessários, sobretudo aos mais desfavorecidos.

---

**“Um inquérito realizado pela DECO, em 2007, a cinco mil consumidores, revelou que apesar de ser um sistema de comparticipação universal, cerca de 40% das pessoas tiveram alguma dificuldade em comprar os medicamentos e, outros 12% não compraram todos os medicamentos prescritos por serem demasiado caros.”**

**Vogler e Leopold, 2009**

---

Perante esta conjuntura, e sendo o medicamento um bem essencial e uma importante ferramenta terapêutica, com responsabilidade na melhoria da qualidade e na expectativa de vida da população, constata-se que uma utilização desadequada pode ter consequências, tanto ao nível da saúde das populações, como nos custos.

---

**Observa-se que, face à actual crise económica, emerge uma pobreza escondida e envergonhada que sofre em silêncio, atingindo todas as classes, sobretudo os mais idosos, os doentes crónicos e as crianças. Estes padecem, muitas vezes sós e sem recursos ou possibilidade de acesso às terapêuticas...**

---

Deste modo procurou-se entender o que sentem os portugueses, face ao actual momento de crise económica, e quais as dificuldades sentidas na sua capacidade para comprar os medicamentos, nomeadamente os grupos mais vulneráveis (doentes crónicos, crianças e os mais idosos).

No processo de observação utilizado, quisemos ouvir, aqueles que mais directamente estão ligados a esta questão: farmacêuticos, médicos e cidadãos, doentes...

«...falar desta crise...e de como ela pode influenciar... a forma como os doentes fazem a sua terapêutica e até a regularidade com que vêm às consultas...é uma questão difícil, porque existem vários tipos de comportamentos nestes doentes...»

«...a dificuldade que eu tenho é que encontro tudo sempre mais caro...é os medicamentos mais caros...e com uma reforma como eu tenho não dá para viver.»

«...os medicamentos são mais baratos...mas a comparticipação não mudou, então o doente vem comprar uma coisa que à partida será mais barata e paga mais...e revoltam-se contra nós...»

«...uma coisa que não se pagava nada...pagar dez, quase vinte euros...é uma diferença muito grande...»

«...a minha sorte ainda é que eu tenho muitos genéricos, que antigamente não se pagavam e agora já são pagos os genéricos mas são muito mais baratos...já me ajuda bastante...»

«...tinha alguns comprimidos que tinham direito à portaria e agora já não têm...dos nervos...tenho de comprar os medicamentos à minha conta»

«...aqui na zona de Chelas...um bairro essencialmente carenciado, o impacte já se começou a notar o ano passado...começa a haver muito desemprego e as pessoas deixam de comprar a receita completa...no princípio do mês levam um medicamento, a meio do mês levam outro e ao fim do mês levam outro...medicamentos crónicos, mesmo assim, há alguns que tentam até ao máximo comprar os medicamentos...»

«...eu deixar de comprar propriamente não deixei, compro... e em vez de tomar todos os dias, não tomo... vou alternando...hoje sim e amanhã não...»

«...nota-se que deixaram algumas terapêuticas, porque elas eram gratuitas... e, a comparticipação era a 100% em muitos dos produtos...e...depois com aquele corte, a partir de Janeiro...notou-se que eles deixam de comprar a receita»

«...houve uma redução sobretudo daqueles medicamentos que não são vitais...um diabético continua a comprar os seus medicamentos para os diabetes...mas já...as estatinas são caríssimas...e apesar de todo o perigo...a falta de tomar o medicamento das estatinas não lhes dá uma diminuição no modo de viver de tal maneira que se sintam mal, então não compram...»

### **3. GOVERNAÇÃO DA SAÚDE EM TEMPO DE CRISE – PRESENTE E FUTURO**

---

### **3.1 Crise económica, financeira e social. Determinantes e implicações**

Nos próximos anos, a evolução do sistema de saúde será, certamente, o resultado de um vasto conjunto de factores de elevada complexidade:

- (i) A actual "estrutura" do sistema de saúde português e os factores que historicamente a determinaram;
- (ii) Transformações recentes, susceptíveis de determinar dinâmicas de mudança com importantes repercussões num futuro próximo;
- (iii) O impacte da actual crise na economia do país, na saúde dos portugueses e no seu sistema de saúde;
- (iv) A política de saúde que o novo Governo adoptar e os constrangimentos externos e internos a essas políticas.

Os próximos 12 meses são de importância crítica – o debate sobre o "orçamento da saúde 2012" (2012-2014) e a monitorização e a avaliação (aos 6 e 12 meses) da realização dos compromissos externos assumidos no contexto das políticas de saúde do país, constituem "acontecimentos" de especial relevância.

É, naturalmente, muito importante estudar o impacte da actual crise económica, financeira e social na saúde e no sistema de saúde dos portugueses, e a forma como os seus inconvenientes podem ser superados. Para esse efeito, é relevante entender os determinantes globais, europeus e nacionais, da crise em curso, ainda que tal apenas possa ser aqui abordado de uma forma muito resumida.

A actual situação do país e as suas repercussões no futuro do sistema de saúde português requer não só uma análise retrospectiva rigorosa, mas também uma atitude essencialmente prospectiva.

Este é o principal desafio que o Relatório de Primavera 2011 do OPSS propõe.

Para poder assumir esse desafio, o OPSS está a desenvolver um "quadro de referência" que lhe permite adoptar uma abordagem analítica prospectiva.

- Em relação ao passado, particularmente, o passado próximo, tratar-se-á, de uma forma sumária, da crise económica, financeira e social e do seu impacte sobre a saúde;
- Quanto ao presente, merecerá especial destaque o chamado memorando de entendimento com a "troika" e aquilo que, eventualmente, se poderá extrair de interesse dos programas eleitorais dos principais partidos políticos;
- Por fim, esboçam-se "cenários" que permitem acompanhar, prospectivamente, a evolução do sistema de saúde português, num futuro próximo.

### 3.1.1 Crise económica e financeira

#### 3.1.1.1 Europa

Segundo o Eurostat, no seu último relatório anual, salienta-se a importância de procurar respostas adequadas, ao nível nacional e europeu, para a pior crise financeira e económica que se vivencia desde os anos 30. Mais se refere que, existindo sinais de que a recessão iniciada em 2008/2009 tenha atingido o seu ponto mais alto em alguns países, as suas consequências, em termos sociais, demorarão meses ou até anos a manifestar-se na sua plenitude (Eurostat, 2010b).

Com efeito, o período de 2008-2009 representou, na Europa dos 27, o início de uma inversão da tendência de crescimento que tinha vindo a assinalar-se em anos anteriores. Em 2008, a economia europeia desacelerou o crescimento do PIB, apresentando uma taxa de 0,7% em relação ao ano anterior, enquanto entre 2007 e 2008, esse crescimento se apresentou relativamente robusto (2,9%). Nesse mesmo período, na zona Euro, a dívida pública em relação ao PIB passou de um *ratio* de 66,0% para 69,3%, resultados que evidenciam as consequências na economia real e nas finanças públicas de uma grave crise nos mercados financeiros mundiais.

---

**Como impacte social da crise assinala-se (i) a diminuição do poder de compra de grande parte das famílias, (ii) desemprego crescente e suas consequências materiais e psicossociais e, (iii) menor capacidade de resposta das redes de protecção social.**

---

As previsões da primavera do Banco de Portugal (BdP) para a Europa apontam para uma maior recuperação na Zona Euro, influenciadas pela aceleração do investimento em equipamentos e das exportações.

Em termos médios anuais, prevê-se um crescimento do PIB de 1,6% na Zona Euro e de 1,8% na UE durante este ano, e de cerca de 2%, em ambas, no ano de 2012.

### 3.1.2 Economia portuguesa

Diferentes países têm reacções e assumem comportamentos distintos perante as novas condições e constrangimentos de índole económica-financeira, incluindo-se Portugal no conjunto de países mais expostos à actual crise, face às debilidades estruturais que, desde há longos anos, não tem sido capaz de resolver.

---

**“O quadro macroeconómico que se antevê para o futuro próximo é particularmente severo (...) sendo que (...) o programa de ajustamento económico e financeiro contempla uma recessão em 2011, de magnitude elevada, que persistirá em 2012.”**

**Banco de Portugal, 2011**

---

*O nosso país enfrenta um dos maiores desafios da sua história recente*, refere o BdP no seu mais recente relatório anual de 2010. Com efeito, no seguimento de um agravamento da crise

da dívida soberana na área do euro, as condições de acesso aos mercados financeiros deterioraram-se, acentuadamente, ao longo de 2010 e primeiros meses de 2011.

---

**“Esta recessão prolongada, será acompanhada de uma contracção sem precedentes do rendimento disponível real das famílias e de novos aumentos da taxa de desemprego.”**

**Banco de Portugal, 2011a**

---

O FMI, no seu Regional Economic Outlook Europe, de Abril de 2011, assinala que, em 2011 e 2012, a Economia Portuguesa entrará em recessão económica, com uma quebra do PIB em termos reais de -1,5% e -0,5%, respectivamente.

Mais recentemente, a Comissão Europeia assinala um decréscimo de -2,2% em 2011 e -1,8% em 2012, prevendo-se, ainda, o crescimento das exportações acima da sua média histórica, em 2011 e 2012, mas que ainda assim se revela insuficiente para compensar a contracção muito significativa da procura interna de 5,7%, em 2011, e de 4,7%, em 2012.

Em termos de inflação, prevê-se um acréscimo de 3,6 % em 2011, perante os 1,4% de 2010, antecipando-se que, em 2012, possa voltar a valores mais baixos, cerca de 2%, ainda assim superiores aos de 2010. No entanto, a evolução do preço do petróleo e dos bens alimentares no mercado internacional poderá vir a alterar esta previsão, penalizando a taxa de inflação prevista para valores mais elevados com impacte nos salários reais e nas condições de vida, em geral, da população portuguesa.

As expectativas quanto ao défice em Portugal, ainda de acordo com o BdP, são de 5,9% do PIB em 2011 e 4,5% do PIB em 2012, coincidindo com os valores fixados no memorando de entendimento.

Por seu turno, as medidas de consolidação orçamental deverão afectar a evolução do rendimento disponível real das famílias, indicando as projecções do BdP para uma quebra em 2011 de 3,4%, seguida, no ano seguinte, de um aumento de 1,1 por cento.

Uma redução da massa salarial no sector público, por quebra do emprego e dos salários nominais, a desaceleração das transferências públicas para as famílias, bem como um aumento dos impostos directos, explicarão as quebras no rendimento que as famílias dispuseram em 2010.

No relatório anual do BdP refere-se, ainda, que existem riscos da contracção da actividade económica poder vir a ser superior à agora projectada, face à eventual fragilidade na recuperação da economia mundial e necessidade de se realizar um ajustamento mais forte nos balanços dos agentes económicos, quer públicos, quer privados (Banco de Portugal, 2011a).

### Quadro 15. Projecções do Banco de Portugal 2011-2012 (Tx. de variação anual em %)

	2010	2011	2012
Produto Interno Bruto	1,4	-1,4	0,3
Consumo Privado	2,0	-1,9	-1,0
Consumo Público	3,2	-6,6	-1,0
Formação Bruta de Capital Fixo	-4,8	-5,6	-1,3
Procura Interna	0,8	-3,6	-1,0
Exportações	8,7	6,0	6,5
Importações	5,3	-1,6	2,0
Balança Corrente e de Capital (%PIB)	-8,7	-8,9	-8,3
Balança de Bens e Serviços (% PIB)	-6,5	-5,5	-3,7
Índice Harmonizado de Preços no Consumidor	1,4	3,6	2,0

Fonte: Banco de Portugal, 2011a

Face ao quadro descrito, a economia portuguesa não deverá acompanhar, nos próximos anos, o ciclo de recuperação da actividade económica a nível europeu, agravando o nosso diferencial económico face à economia europeia, mas podendo no entanto dele beneficiar pelo impacte que pode gerar nas nossas exportações.

Há que destacar duas consequências sociais da crise económica, pelas suas implicações na saúde das pessoas e no sistema de saúde do país: o desemprego e o empobrecimento.

#### 3.1.3 Mercado de trabalho e desemprego

O mercado de trabalho reflecte as difíceis condições que a economia portuguesa atravessa. Em 2010, verificou-se uma redução de 1,5% no emprego, sendo que as actuais projecções do BdP (Banco de Portugal, 2011) apontam para a manutenção dessa tendência, estimando-se que o emprego baixe 0,9 % em 2011 e 0,3 % em 2012.

O aumento do desemprego é, actualmente, um dos maiores problemas ao nível económico e social da sociedade portuguesa. Em Janeiro de 2011, segundo o Eurostat (2011), Portugal apresentava uma taxa de desemprego de 11,2%, em linha com o que havia registado em Dezembro de 2010, mas com um agravamento de 0,7 pontos percentuais face ao mesmo mês do ano anterior. Estima-se que no primeiro mês do ano de 2011, cerca de 619.000 pessoas estavam desempregadas. Nos 27 países da União Europeia, a taxa de desemprego, em Janeiro de 2011, fixou-se nos 9,5%, apresentando o mesmo valor relativamente ao mesmo mês em 2010 e ligeiramente inferior ao mês de Dezembro de 2010. As últimas previsões apontam para que a taxa de desemprego em Portugal possa atingir os 13% em 2012 e 2013.

O FMI sublinha que as consequências da subida do desemprego em consequência da crise revelam-se mais graves em Portugal, Irlanda, Grécia e Espanha do que na média da Zona Euro. As desigualdades sociais agravaram-se cinco vezes mais nestes países, caindo 10 pontos percentuais, enquanto nas restantes desceu dois pontos percentuais.

### 3.1.4 Desigualdades na distribuição do rendimento e o risco de pobreza em Portugal

O último Relatório sobre a Situação Social na União Europeia (2010) coloca Portugal no conjunto de países com piores indicadores no que respeita à desigualdade na distribuição do rendimento. No nosso país, em 2007, a parcela auferida pela faixa dos 20% da população com rendimentos mais elevados era 6,5 vezes superior à auferida pelos 20% da população com rendimentos mais baixos. Só a Roménia e a Bulgária apresentavam níveis de desigualdade mais elevados.

Outro indicador utilizado nesta dimensão social, o coeficiente de Gini<sup>7</sup>, coloca, igualmente, Portugal numa posição indesejável, com um valor de 37, para um valor médio de 30 dos 25 países da UE. Só a Roménia, com um coeficiente de Gini de 38, apresentava um indicador pior que Portugal. Esta situação tem sido persistente na sociedade portuguesa ao longo da última década.

Segundo Carmo et al. (2010), Portugal surge como um dos países mais desiguais da Europa, no que se refere à distribuição de rendimentos e no qual o risco de pobreza, apesar da ligeira diminuição ocorrida nos últimos anos, continua a afectar de forma muito significativa os indivíduos com baixa escolaridade, os desempregados, as famílias monoparentais e aquelas com um número elevado de filhos e indivíduos que vivem sós.

Em Portugal, a taxa de risco de pobreza, após efectuadas as transferências sociais, estabilizou desde 2005. Em 2007, a percentagem de população portuguesa que se encontrava em risco de pobreza era de 25%, valor idêntico ao que se verificava em termos médios na UE. No nosso país, as transferências sociais permitem reduzir este indicador em 7 pontos percentuais, atingindo os 18%.

---

**A crise económica, financeira e social que o país atravessa actualmente, tem importantes causas internas, mas também determinantes externas, igualmente muito significativas. É necessário compreender cada uma destas dimensões, para se encontrarem as soluções necessárias.**

---

Considerando os objectivos deste trabalho, as origens da actual crise serão necessariamente abordadas de uma forma muito sumária.

---

<sup>7</sup> Coeficiente de Gini - Indicador sintético de desigualdade na distribuição do rendimento que assume valores entre 0 (quando todos os indivíduos têm igual rendimento) e 100 (quando todo o rendimento se concentra num único indivíduo). O coeficiente pode também variar entre 0 e 1. A desigualdade/assimetria na distribuição dos rendimentos é tanto mais forte quanto maior for o valor assumido pelo coeficiente. O coeficiente de Gini mede a extensão até à qual a distribuição de rendimentos (ou, em alguns casos as despesas de consumo) entre indivíduos ou agregados familiares inseridos numa economia, se desvia de uma distribuição perfeitamente igual. Este coeficiente mede a área entre a curva de Lorenz e a linha hipotética de igualdade absoluta, expressa na percentagem da área máxima abaixo da linha.

### 3.1.5 Determinantes externos da crise

Os determinantes externos da crise em curso situam-se a dois níveis – o sistema financeiro global e a situação europeia.

As responsabilidades do sistema financeiro global (incluindo de uma forma muito visível o sector bancário) são bem conhecidas – assumiram-se riscos imprudentes para se obterem benefícios sem correspondência na economia real, face à permissividade dos “sistemas reguladores” aos quais competia evitá-lo.

Quando esses processos financeiros anómalos se tornaram insustentáveis, uma grave crise financeira desencadeou-se a partir dos países mais desenvolvidos, tendo originado o rápido colapso de importantes instituições financeiras e a contaminação do sistema financeiro de “produtos tóxicos”, que afectaram gravemente muitas poupanças individuais e familiares. O recurso a fundos públicos para evitar o colapso dos sistemas financeiros e o aumento acelerado do endividamento público e privado atingiram particularmente as economias mais frágeis (de entre aquelas mais fortemente integradas no sistema financeiro internacional). Este foi o caso de Portugal.

O facto de não ter sido possível identificar e responsabilizar as instituições e os agentes financeiros que desencadearam a actual crise – incluindo as denominadas “agências de notação”, contribuiu, em grande medida, para dificultar a obtenção de mais amplas bases sociais de apoio e, conseqüentemente, atenuar as suas conseqüências reais na vida das pessoas.

Um segundo nível de análise dos determinantes da actual crise situa-se na Europa e muito particularmente na União Europeia.

É importante analisar o grau e as modalidades de desgoverno europeu que facilitaram o desencadear das crises nacionais mais graves da zona do Euro, aquelas que atingiram de forma mais intensa a Grécia, a Irlanda e Portugal (mas também outros países europeus), uma vez que responsabilizam as instituições europeias, mas também o conjunto dos seus estados membros.

Resumem-se, de seguida, algumas das principais anomalias europeias associadas à crise em curso e ao seu agravamento:

- Uma união monetária, particularmente arriscada para os “países periféricos” da zona do Euro, na ausência de mecanismos efectivos para uma governação económica conjunta;
- Tolerância para o incumprimento, nomeadamente, por parte da Alemanha e da França, das metas do PEC Europeu nos primeiros anos da última década;
- Licença para um endividamento extraordinário em 2008, como paliativo da crise financeira, sem cuidar de antecipar e prevenir as suas conseqüências;
- Tolerância extrema para a “divergência explosiva” das taxas de juro sobre as dívidas dos vários países da “união monetária” e dos mecanismos especulativos que lhes deram origem;

- Passividade face aos conflitos de interesse que tornam pouco transparentes os comportamentos das “agências de notação” (e da sua difícil responsabilização), dado o facto das suas actividades estarem estatutariamente definidas como “não profissionais”;
- Impreparação (e portanto resposta tardia) para fazer face oportuna e eficaz à crise grega, não detendo assim o “efeito da contaminação dos mercados”;
- Não reconhecimento das vantagens que os países mais desenvolvidos têm tirado da “união monetária” e dos benefícios que as entidades credoras neles sediadas têm tido dos empréstimos aos países periféricos (e a conseqüente tolerância para com atitudes de “superioridade moral” de uns em relação a outros).

As tensões criadas no seio da União Europeia, especialmente na sequência dos resgates financeiros a três dos seus membros, têm dado origem a situações susceptíveis de debilitar consideravelmente o processo de construção europeia: por um lado, uma tendência para a re-nacionalização do espaço (por parte dos “países credores”), por outro, uma percepção de desapossamento da pertença europeia (por parte dos países “devedores”). As questões das “fronteiras interiores” suscitadas, principalmente, pela Dinamarca e pela França, o avanço eleitoral de movimentos nacionalistas e as atitudes perante os pequenos países periféricos do Euro e as pressões de curto prazo (governar pelas sondagens; “mais bombeiros que arquitectos”, segundo Delors) são algumas das manifestações desta situação.

Também no domínio da saúde observamos uma Europa igualmente impreparada: a intenção de analisar as várias políticas europeias sectoriais quanto ao seu impacte na saúde, aquilo que tem sido expresso pelo desígnio da “saúde em todas as políticas”, não tem tido qualquer expressão nas actuais circunstâncias.

### **3.1.6 Determinantes internos da crise**

O endividamento tem constituído uma “solução” já muito antiga para os problemas do país, desde a Monarquia à primeira República – e foram precursores de movimentos políticos importantes.

As crises financeiras do final da década de 70, início de 80, foram essencialmente ajustamentos decorrentes do processo de democratização do país e dos seus múltiplos incidentes. A possibilidade de desvalorizar a moeda e de utilizar prerrogativas aduaneiras permitia uma saída relativamente célere da crise.

Havia a expectativa que os programas de apoio ao desenvolvimento da UE e a integração no Euro, com os critérios de “estabilidade e crescimento” inerentes, seriam capazes de proteger o país da recorrência das crises financeiras do passado.

Assim não aconteceu. Se é verdade que nem tudo correu bem na Europa neste domínio, é igualmente verdade que o país não foi capaz de tirar partido da integração europeia, dinamizar a sua economia e modernizar as suas instituições.

De particular relevo, é o incipiente crescimento económico da última década (pior só a Itália e o Haiti). Isto contribui para o facto de Portugal ter tido, em 1985, um PIB de cerca de 50% da

média Europeia para, 25 anos depois, essa percentagem ter subido tão-somente 10 pontos percentuais, situando-se actualmente nos 60% (Amaral, L., 2010).

As razões são múltiplas e estão com frequência envolvidas em polémicas de conveniência:

- Razões económicas, como o facto de na maior parte dos 15 anos anteriores a 2000, as “ajudas comunitárias” terem sido canalizadas para a promoção de bens “não transacionáveis”, investindo-se relativamente pouco na qualificação das pessoas e das instituições, no reconhecimento do mérito, na promoção de um tecido empresarial inovador, empreendedor, competitivo e independente do poder político;
- Razões institucionais, como ilustra a administração pública portuguesa “tradicional”, ainda pouco diferenciada face às suas múltiplas funções, sem condições para atrair as competências necessárias para o seu adequado desenvolvimento, pouco inclinada a comunicar com as pessoas e a inclui-las nos seus processos de decisão, imersa numa cultura que não preza propriamente o cumprimento das regras do jogo;
- Razões culturais, com um sistema estruturado de trocas entre agentes económicos e sociais influentes com benefícios mútuos e, em prejuízo do conjunto da sociedade.

---

**Em Portugal, 45,1% dos indivíduos entre os 15 e os 34 anos, após a saída da escola encontram o primeiro emprego graças à família e amigos. Entrada dos Jovens no Mercado de Trabalho – 2009.”**

**INE, 2010**

---

### **3.2 Saúde em tempos de crise. O impacte da crise na saúde. O que é possível saber sobre o tema**

Há um conjunto substancial de conhecimentos que apontam para o facto de uma crise económica poder afectar a saúde física e mental das populações, através dos efeitos sociais e comportamentais que induz (Catalano, 2009; Marmot, 2009; SESPAS, 2011).

A dificuldade em obter, de forma consistente, resultados positivos no estudo da relação entre “crise económica” e “saúde”, resulta das diferenças e especificidades com que aquela se manifesta em diferentes países e regiões, do contexto social e económico, bem como da qualidade da resposta que os sistemas de protecção social oferecem (Chan, 2009).

A crise económica, associada à perda de emprego e ao aumento da pobreza, contribuem para taxas mais elevadas de doença e morte devido à maior exposição a factores de stress (Falagas, 2009), diminuição de coesão social, menor acesso às necessidades básicas de vida (como a alimentação adequada) e um acesso mais limitado aos cuidados de saúde como cuidados médicos e medicamentos, entre outros (AER, 2010; Stuckler, 2009). Os grupos populacionais mais vulneráveis são, naturalmente, os mais susceptíveis de serem afectados por estas condições adversas (Marmot, 2009; WHO, 2010b9).

A maioria dos investigadores tende a concluir que a perda involuntária de emprego aumenta o risco de perturbações mentais e das respectivas consequências somáticas. (Catalano, 2009; Murphy, 1999). As consequências negativas do desemprego sobre a saúde mental tendem a concentrar-se nas pessoas que perdem o subsídio de desemprego. Entre os jovens, a perda de emprego tem um efeito similar àquele que ocorre quando se muda para um trabalho com menores qualificações. Também existem razões que indicam que quem mantém o seu emprego é negativamente afectado pela situação de desemprego dos seus colegas, não só por acréscimo de trabalho, mas também pelo aumento da incerteza sobre o seu próprio futuro laboral (Economou & Nikolaou, 2007; SESPAS, 2011; Stuckler, 2009).

Um grupo especialmente vulnerável é constituído pelas crianças que, em consequência de uma situação de risco social, vêem agravada a predição de desigualdade na idade adulta com particular incidência no estado de saúde (SESPAS, 2011).

Em situações de crise económica há pelo menos um estudo que aponta para a diminuição das actividades programadas (associadas à prevenção da doença e à promoção da saúde), a favor do atendimento de situações de doença aguda (Catalano, 2003).

São ainda de considerar algumas "experiências naturais", cuja evidência deve ser cautelosamente transponível. Nos anos 90, o sudeste asiático sofreu uma importante crise económica que não teve o mesmo impacto na saúde da população da Malásia, da Tailândia e da Indonésia; às duas últimas foram aplicadas as recomendações do FMI para reduzir a despesa com a protecção social, tendo a Malásia ignorado essas orientações. Na mesma época, na Finlândia, bastião do "estado de bem-estar", apesar de ter sido afectada por uma crise económica, não foram identificados efeitos negativos na saúde, ou ao nível das desigualdades em saúde (SESPAS, 2011).

A relação entre o bem-estar material (independentemente do rendimento) e a doença foi evidenciada pelo "*English Longitudinal Study of Ageing*", onde o primeiro se mostrou como um potente preditor do segundo, não tendo, contudo, ficado esclarecido o papel dos níveis absolutos do bem-estar económico. Na Rússia, a seguir ao colapso da União Soviética, a esperança de vida caiu abruptamente, tendo voltado a cair com a crise do rublo, em 1998. Estudos realizados em Inglaterra, nas décadas de 70 e 80, mostraram que os desempregados tinham um acréscimo de mortalidade de 20% a 25% em relação à média do correspondente grupo socioeconómico (Marmot, 2009).

Também no que se refere à mortalidade, um estudo recente da OCDE em 15 países da Organização sugere uma relação inversa entre o investimento em protecção social e a mortalidade. A transposição para países em situações de crise económica, com reduções bruscas do investimento, deve ser prudente, mas não deixa de fazer sentido (SESPAS, 2011).

Em países num estágio ainda baixo ou moderado de desenvolvimento, a mortalidade infantil é particularmente sensível a condições sociais desfavoráveis. Classicamente, a componente neonatal é considerada mais sensível a mudanças na prestação de cuidados, enquanto o componente pós-neonatal reflecte as condições socioeconómicas (Young, 1998).

### 3.3 Resposta à crise na saúde

---

**Não temos – não existem – sistemas de saúde preparados para responder aos tremendos desafios que resultam de uma crise económica, financeira e social destas dimensões.**

---

Esta afirmação aponta a necessidade de um processo rápido de aprendizagem, necessariamente difícil e exigente, sobre como responder aos efeitos desta crise no domínio da saúde. Essa aprendizagem requer a análise possível daquilo que foi feito recentemente.

Mas exige, também, antecipar a forma como as medidas previstas no memorando de entendimento vão ser implementadas, assim como os seus prováveis efeitos, além daquelas que irão constar do programa do próximo governo e no OGE para 2012.

Assinala-se, portanto, que a situação actual exige uma nova atitude prospectiva na governação da saúde. Neste contexto, podem prever-se 5 momentos críticos na resposta à crise na saúde nos próximos 12 meses:

- Discussão e aprovação do programa do novo governo;
- Discussão e aprovação do OGE (saúde) para 2012 (13/14);
- Três momentos de avaliação nos primeiros 6 meses, 9 meses e 12 meses de implementação do memorando de entendimento.

O acompanhamento destes momentos críticos para o sistema de saúde português não pode ser feito, exclusivamente, pelo sistema político e pelos seus parceiros internacionais – deve envolver, da forma mais extensa e profunda possível, o conjunto da sociedade portuguesa.

Talvez se possa dizer que será a extensão e qualidade desse envolvimento que sinalizará a capacidade do país de responder positivamente aos desafios que tem que enfrentar e, eventualmente, transformar esta crise numa oportunidade.

Neste âmbito, o Relatório de Primavera que se apresenta constitui também uma viragem prospectiva do OPSS face aos desafios da governação da saúde – procurar antecipar o que poderá acontecer nos próximos 12 meses, com base nos elementos actualmente disponíveis, desenvolvendo um quadro de referência analítico capaz de acompanhar e partilhar amplamente o desenrolar dos acontecimentos.

Este objectivo é, em grande parte, facilitado pelo grau de detalhe e concretização das medidas incluídas no memorando de entendimento, e será ainda mais favorecido se o próximo programa de governo adoptar um figurino similar.

Interessa finalmente acrescentar, que o sistema de saúde pode ter um papel particularmente importante na evolução da presente crise. Primeiro, porque é socialmente sensível (e mais ainda em tempos de crise social e económica), envolve múltiplos sectores da economia do país e é facilmente associado ao gasto público. Segundo, porque a competência, imaginação, transparência e cultura (ou sua ausência) com que se vierem a abordar os desafios da saúde terá consequências visíveis no bem-estar dos portugueses, mas também será um "indicador" muito revelador sobre a forma como o país, no seu conjunto, responde a esta crise.

### **3.3.1 Aspectos críticos da governação da saúde em tempo de crise – modelo para uma análise prospectiva**

Com a finalidade de identificar e analisar as principais medidas a adoptar pela governação da saúde, em especial durante os próximos 12 meses, procedeu-se à conceptualização, desenvolvimento e validação de um “quadro de referência” analítico (modelo), com base numa revisão extensa de um conjunto de trabalhos sobre política de saúde, de âmbito internacional e nacional, seleccionados em função da sua idoneidade técnico-científica e actualidade.

A abordagem adoptada, quer no âmbito internacional, quer nacional, foi a de seleccionar uma obra de referência (em termos de fonte, amplitude da abordagem e actualidade) e complementá-la com contribuições de âmbito geralmente mais restrito, mas que abordam com maior profundidade temáticas particularmente relevantes.

Para facilitar esta exposição optou-se por apresentar, em primeiro lugar, o modelo analítico adoptado e, tendo por base esse quadro de referência, resumir as principais contribuições dos trabalhos seleccionados para análise.

#### **Modelo de análise adoptado**

Adoptaram-se duas representações distintas do modelo analítico. A primeira dessas representações, pela sua relativa simplicidade, será aquela que vai ser mais frequentemente utilizada no decurso de presente trabalho. A segunda destas representações, também aqui referida, destina-se essencialmente, a aprofundar o trabalho analítico posterior.

#### **Representação 1 do modelo analítico da governação da saúde em tempo de crise**

A primeira representação do modelo analítico procura (i) mapear uma tipologia relativamente simples daquilo que são as principais medidas de política de saúde, nas actuais circunstâncias, e (ii) focar a relação (e transição no tempo) entre: as medidas conjunturais, com efeitos a curto prazo, e as medidas mais estruturantes de longo prazo, e que, por isso, necessitam de ser implementadas de forma (quase) simultânea.



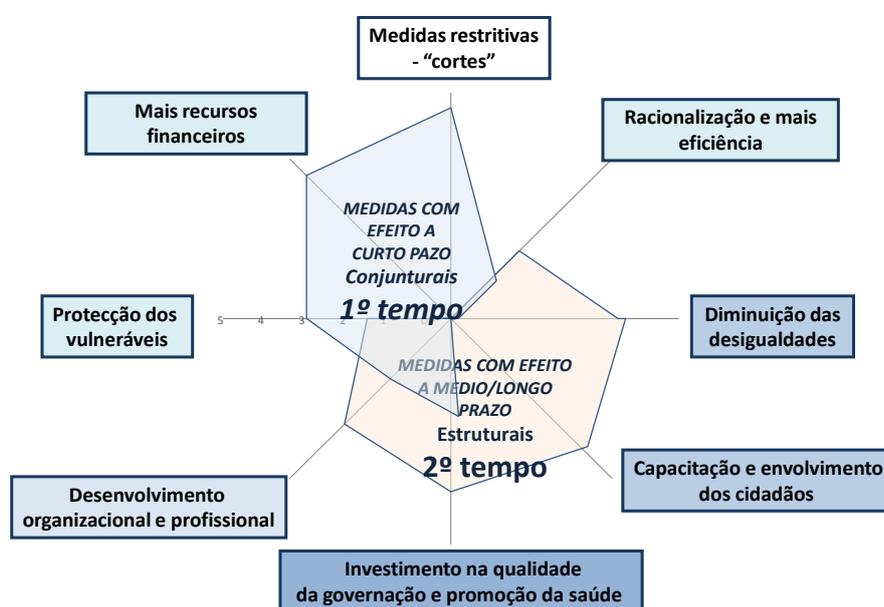
**Figura 13. Modelo analítico prospectivo para a governação da saúde – Representação 1**

<b>COMPONENTES DO MODELO ANALÍTICO</b>	<b>DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEÚDOS</b>
Medidas restritivas – “cortes”	Conjunto de acções de “comando e controlo” que permitem conter, no imediato, o crescimento da despesa no sector da saúde – incidem no volume de recursos financeiros, humanos e materiais, nas remunerações e nos preços.
Mais recursos financeiros	Recursos necessários para financiar o acesso das pessoas a serviços de saúde de qualidade e para proteger e promover a saúde das pessoas. Podem mobilizar-se através de impostos, co-pagamentos ou seguros complementares.
Protecção dos mais vulneráveis	Formas de proteger de imediato as populações mais vulneráveis – melhor protecção financeira, acesso facilitado aos cuidados de saúde, acções de protecção e promoção da saúde específicas.
Racionalização e correcção de ineficiências	Abordagens para combater expressões de menor racionalidade e ineficiência em diversos sectores do sistema de saúde – actuando sobre a oferta, a procura ou a utilização dos recursos e serviços de saúde.
Desenvolvimento organizacional e profissional	Capacidade de reconhecer e analisar as necessidades de mudança face às novas realidades do sistema de saúde, consolidando as reformas já realizadas e desenvolvendo novos instrumentos de gestão e de governação clínica e organizacional – assegurar acesso, qualidade e segurança no SNS, a integração de cuidados e a satisfação dos profissionais e utilizadores.
Mistura público-privado e mercado	Avaliação da evolução dos sectores público e privado (Estado e mercado) – dos instrumentos de direcção estratégica aos mecanismos concorrenciais.
Conhecimento e inovação	Cultura do conhecimento, da inovação e do empreendedorismo – gestão translacional a favor da qualidade das decisões, promoção e disseminação da inovação, saúde como um sector da economia.
Capacitação dos cidadãos	Cidadania activa, pessoas informadas e capacitadas, disponíveis para um envolvimento argumentativo nas questões que lhes dizem respeito – informação, literacia em saúde e sistemas de saúde, participação dos cidadãos como subscritor do seu contrato social da saúde, escolha informada.
Protecção e promoção da saúde	Saúde pública moderna – gestão de riscos, ganhos em saúde, estratégias/planos de saúde com envolvimento das pessoas, cooperação entre o sector da saúde e outros sectores, “saúde em todas as políticas”.
Diminuição das desigualdades	Informação e acção sobre as desigualdades em saúde – determinantes de saúde, estado de saúde, acesso e financiamento de cuidados de saúde.
Qualidade da governação da saúde	Investimento significativo na melhoria da qualidade da governação da saúde – governação prospectiva e adaptativa baseada no conhecimento, realização dos objectivos do sistema, transparência na informação e decisões, enquadramento dos actores sociais e inclusão das pessoas.

A sustentação do modelo está detalhadamente expressa nos trabalhos referidos e sumarizados nas páginas seguintes. Trata-se de uma primeira aproximação ao desenvolvimento de um modelo para a análise prospectiva da evolução do sistema de saúde, em período de crise, que beneficiará progressivamente de aperfeiçoamentos resultantes de uma avaliação contínua do seu desempenho (ver Anexo sobre validação do modelo analítico).

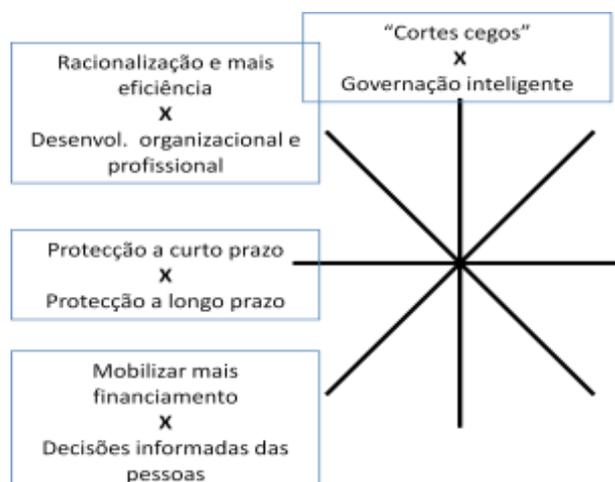
### Representação 2 do modelo analítico da governação da saúde em tempo de crise.

Esta segunda representação permite acrescentar mais uma possibilidade face à representação anterior, isto é, visualizar os equilíbrios ou *trade-offs* entre as medidas "situadas" na extremidade de cada eixo.



**Figura 14. Modelo analítico prospectivo para a governação da saúde – Representação 2**

Legenda dos eixos:



## **Contribuição para o modelo analítico dos estudos seleccionados**

### ***“Health System Priorities when money is tight” (OECD, 2010).***

Como principal referência de âmbito internacional, adoptou-se um trabalho elaborado no âmbito da OCDE, decorrente de uma reunião com os ministros da saúde dos países membros, e publicado com o sugestivo título *“Health System Priorities when money is tight”* (OECD, 2010). Deste relatório, destacam-se os seguintes pontos:

- Políticas de curto prazo: restrições na despesa assentes numa estratégia de regulação de comando e controlo (top-down):
  - Vantagem: permitem resultados imediatos;
  - Desvantagem: não são sustentáveis a longo prazo e podem ter fortes efeitos contraproducentes.
- Políticas de longo prazo: melhorar a eficiência através de incentivos para utilizadores, prestadores e reguladores:
  - Vantagem: permitem melhorias qualitativas de carácter estrutural nos sistemas de saúde;
  - Desvantagem: necessitam de algum tempo para manifestar os seus efeitos.

As medidas de curto prazo representam um conjunto de acções de “comando e controlo” que permitem conter, no imediato, o crescimento da despesa no sector da saúde.

No entanto estas medidas têm um impacto nulo ou reduzido sobre os factores que explicam o acréscimo da despesa no médio e longo prazo. Daí que, podem acabar por constituir factores de crescimento dessa despesa num futuro próximo e poderão não ser sustentáveis, por não constituírem estratégias direccionadas para os factores que, na realidade, conduzem ao aumento das despesas em saúde.

Os grandes desafios no sector da saúde assentam numa resposta de longo prazo.

Esta deve assegurar um aumento do “valor em saúde”, podendo situar-se em dois planos distintos: (i) sobre os padrões de doença e, (ii) sobre os cuidados de saúde, incentivando os indivíduos, prestadores e pagadores à prática de cuidados de saúde eficientes e de qualidade.

Respostas com efeitos mais duradouros passam pelo investimento nas competências dos cidadãos.

É preciso atribuir importância aos auto-cuidados e reforçar processos de decisão partilhados no binómio médico-doente, nas políticas de prevenção e na coordenação dos cuidados de saúde.

É importante inovar nas formas de financiamento e organização dos serviços.

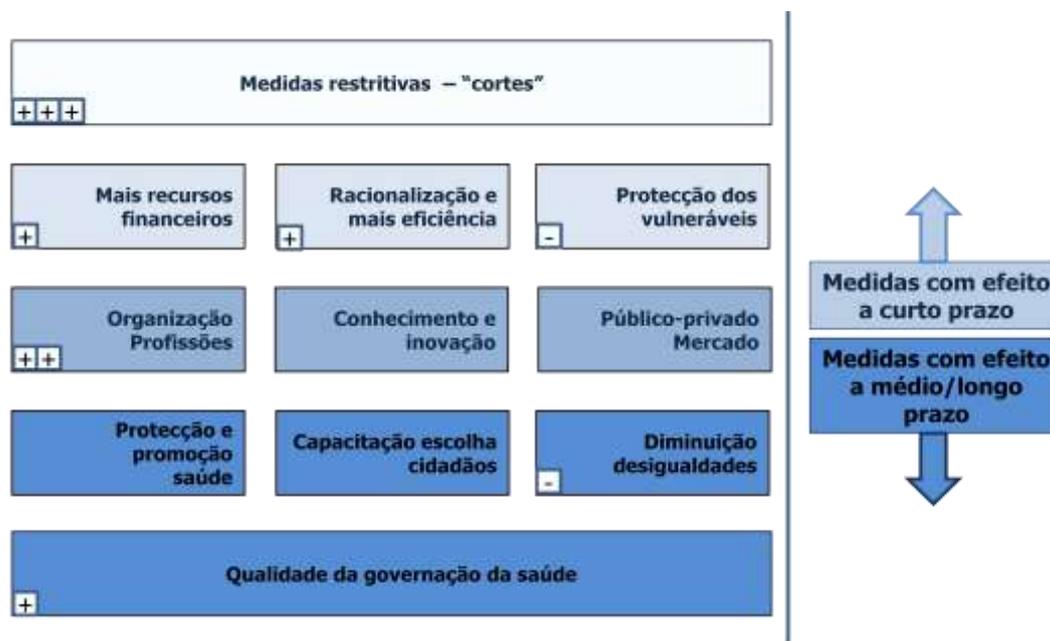
Trata-se de criar novas dinâmicas entre o financiador e o prestador, de forma a melhor assegurar os objectivos do sistema prestador de cuidados de saúde.

Melhorar os sistemas de distribuição de recursos e o desempenho das organizações de saúde é uma prioridade.

Esta prioridade pode beneficiar da utilização mais inteligente das tecnologias biomédicas (incluindo o medicamento) e das tecnologias de informação e comunicação.

Uma parte importante da lógica e conteúdo do modelo analítico adoptado pelo OPSS baseia-se neste trabalho da OCDE, como se pode ver na figura seguinte. Em cada caixa, assinalam-se sinais positivos e negativos que correspondem, de certo modo, à

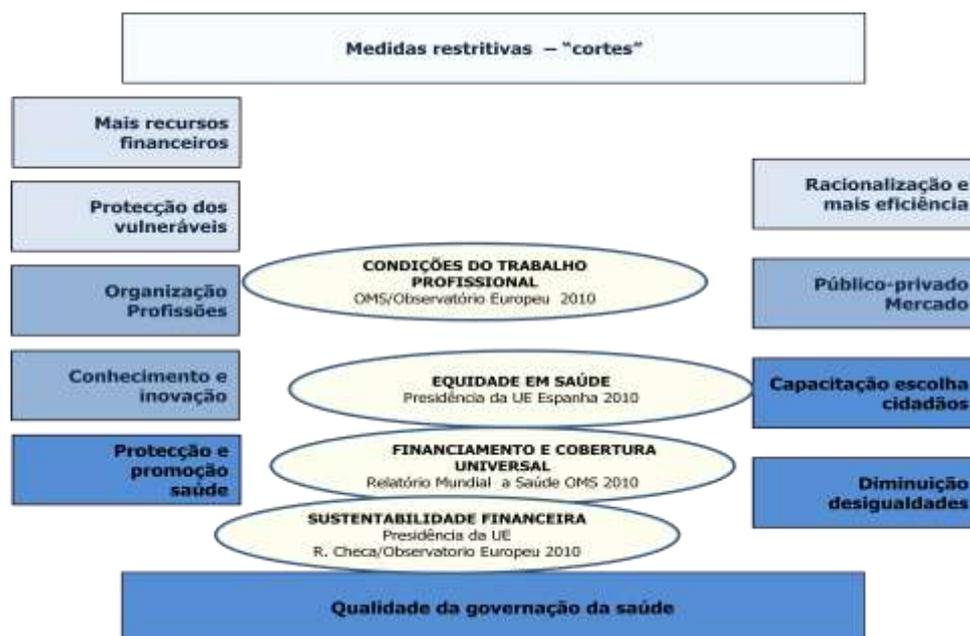
intensidade do contributo do documento em relação a cada uma das dimensões destacadas.



**Figura 15. Leitura do documento da OCDE, “Health System Priorities when money is tight”, à luz do modelo prospectivo de análise**

Outras fontes foram, entretanto, consultadas, permitindo reforçar alguns aspectos menos valorizados neste trabalho da OCDE. Assim, dada a importância dos princípios de equidade em saúde, da cobertura universal em cuidados de saúde e da sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, considerou-se necessário reforçar e complementar a análise da OCDE com as contribuições de outras quatro iniciativas internacionais igualmente idóneas, a saber, o Relatório Mundial da OMS 2010 (WHO, 2010), o relatório da Conferência Ministerial da Presidência Checa da União Europeia sobre sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde europeus (Thomson, 2009), o relatório de peritos sobre equidade na saúde, desenvolvido no âmbito da Presidência Espanhola da União Europeia (Espanha, Ministry of Health and Social Policy 2010), e o documento intitulado “Como criar um ambiente de trabalho atractivo e de apoio para profissionais de saúde” (Wiskow, 2010).

O enquadramento do modelo analítico prospectivo do OPSS em relação a cada um destes documentos está graficamente apresentado na Figura 16.



**Figura 16. Outros contributos internacionais para o modelo analítico prospectivo para a governação da saúde**

Seguidamente, destacamos os aspectos mais relevantes de cada um dos documentos referidos anteriormente.

### **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal – Relatório Mundial da Saúde da OMS, 2010**

Muitas das formas de promover e manter a saúde ficam fora dos limites do próprio sector. As “circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem - educação, habitação, alimentação e emprego – influenciam a forma como as pessoas vivem e morrem”. Mas o acesso atempado a cuidados de saúde – uma combinação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação – também é de importância crítica. Tal não será atingido, excepto para uma minoria da população, sem um sistema de financiamento de saúde que permita às pessoas utilizar os serviços de saúde quando deles precisam.

Três problemas fundamentais e interligados, limitam a agenda da “cobertura universal”:

- O primeiro é a disponibilidade de recursos.  
Nenhum país, independentemente do grau de riqueza, foi capaz de assegurar que todas as pessoas tenham acesso imediato a todas as tecnologias e intervenções que podem melhorar a sua saúde ou prolongar a sua vida.
- A segunda barreira à cobertura universal é uma dependência excessiva dos pagamentos directos no momento em que as pessoas necessitam de cuidados.  
A obrigação de pagar directamente pelos serviços no momento da necessidade impede milhões de pessoas de receber cuidados de saúde quando deles necessitam. Para aqueles que procuram tratamentos, pode resultar em sacrifícios financeiros ou mesmo empobrecimento.

- O terceiro obstáculo a uma aproximação mais rápida à cobertura universal é o uso ineficiente e desigual dos recursos da saúde.

Numa estimativa conservadora, 20% a 40% dos recursos de saúde são desperdiçados.

### **Relatório da Conferência Ministerial da Presidência Checa da União Europeia sobre sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde europeus (Thomson, 2009)**

Se o objectivo é o equilíbrio fiscal, a sustentabilidade financeira passa a ser um fim em si próprio e independentemente de qualquer outro objectivo do sistema de saúde. Assim, cortar nas despesas revela-se uma solução aparentemente atraente.

Contudo, cortar nas despesas sem poder contar com instrumentos de gestão que reduzam, simultaneamente, as múltiplas causas de ineficiência no conjunto do sistema de saúde, não só pode reduzir o acesso das pessoas aos cuidados de saúde, como também aumentar a regressividade do financiamento da saúde e criar novas ineficiências.

Em vez de considerar o equilíbrio fiscal como um objectivo em si, em termos da política de saúde, é mais útil vê-lo como uma condição que é necessário respeitar. Esta formulação permite pensar como realizar da melhor forma possível os objectivos do sistema de saúde (melhor saúde, resposta adequada em cuidados de saúde e, maior justiça social nas contribuições financeiras para a saúde), no quadro estrito de um desejável equilíbrio orçamental.

A questão não deve ser “quanto pode o governo pagar para cuidados de saúde”, mas sim “que nível de desempenho se pode obter nos sistemas de saúde” com aquilo que as pessoas estão dispostas a pagar.

### **Relatório de peritos sobre equidade na saúde desenvolvido no âmbito da Presidência Espanhola da União Europeia (Espanha, 2010)**

O principal objectivo deste relatório é o de contribuir para a base do conhecimento necessária para melhorar a equidade na saúde actuando sobre os seus determinantes sociais, abordando assim várias áreas.

- **Desigualdades nas crianças.**  
Existem consideráveis disparidades na saúde das crianças europeias, segundo o seu nível socioeconómico, naquilo que diz respeito quer à mortalidade, quer à incidência de diversas situações de saúde de considerável importância. Ao mesmo tempo, observa-se na UE27 uma significativa falta de dados sobre estas desigualdades (incluindo elementos relativos às populações migrantes), o que limita uma acção efectiva neste domínio. É necessário corrigir esta situação. O acesso universal ao serviço de saúde, particularmente aos cuidados de saúde primários, de todas as crianças é uma das formas mais efectivas de reduzir as desigualdades na saúde das crianças. Igualmente importante neste contexto, é a redução das disparidades sociais no insucesso escolar.
- **Condições de trabalho e desigualdades na saúde.**  
Dificuldades de emprego e más condições de trabalho na Europa contribuem significativamente para as desigualdades na saúde. Acções dirigidas a melhorar os níveis de

emprego e as condições de trabalho são necessárias para melhorar a saúde da população adulta na Europa.

- **Exclusão social e desigualdades estruturais na saúde.**

As diferentes dimensões estruturais das desigualdades na saúde estão fortemente interligadas: pessoas com menores recursos socioeconómicos têm também menos recursos sociopolíticos e institucionais, e sofrem também de mais deficientes condições materiais de vida, discriminação e outros aspectos de exclusão social que as acabam por prender numa condição multidimensional de pobreza. Políticas de discriminação positiva e financiamento público progressivo são necessários para proteger aqueles grupos populacionais que se perdem nas imperfeições do "acesso universal".

Uma das questões particularmente importantes nas políticas de saúde, incompletamente tratadas nos trabalhos revistos até aqui, tem a ver com as condições e o ambiente do trabalho dos profissionais de saúde. O estudo que se resume a seguir preenche esta lacuna.

### **Como criar um ambiente de trabalho atractivo e de apoio para profissionais de saúde (Wiskow, 2010)**

As condições deficientes de trabalho ameaçam a disponibilidade dos recursos humanos da saúde e a qualidade dos cuidados de saúde.

Dada a complexidade do ambiente do trabalho na saúde, as respostas aos problemas existentes têm que ser multidimensionais, transversais e inclusivas, e a prioridade deve ser atribuída às questões organizacionais locais, e respectivo contexto legislativo e regulamentar. Dois exemplos relevantes nesta matéria são a promoção de um equilíbrio saudável entre a vida profissional e a vida pessoal/familiar e a protecção da saúde dos trabalhadores da saúde.

No sentido de estimular o interesse dos empregadores da saúde para estas questões, é necessário promover a elaboração e implementação de programas de avaliação da qualidade do ambiente de trabalho dos profissionais de saúde.

Como a resposta a muitas destas questões vai para além do sector da saúde, a interface entre as políticas de saúde e do trabalho precisa de ser reforçada. Este é um domínio onde a capacidade de manter um "diálogo social" sustentado entre os vários actores da saúde é de crucial importância.

Finalmente, naquilo que diz respeito à análise no âmbito internacional, faz-se uma referência especial ao trabalho de natureza prospectiva, preparado e publicado pela revista *The Economist*, provavelmente mais lido por uma audiência influente que muitos dos trabalhos acima referidos (The Economist, 2011).

### **O futuro dos cuidados de saúde na Europa (The Economist, 2011)**

Até 2030, a Europa terá que redesenhar os seus sistemas de saúde, de forma a assegurar que cumprem os objectivos para que foram criados.

Ou seja, que terão de ser repensados numa base mais sólida de financiamento para poder responder à crescente pressão resultante do envelhecimento da população europeia.

Contudo, em 2011, não existe na Europa qualquer modelo para esta transformação. Existem muitas teorias e recomendações sobre a crise fiscal nos cuidados de saúde, mas nenhum consenso óbvio sobre qual é a melhor solução para o futuro.

A incapacidade de desenvolver um plano coerente de acção está associada a problemas profundamente enraizados no sistema de saúde.

Os sistemas de saúde são, simultaneamente, muito extensos e fragmentados e os seus participantes defendem intensamente os seus próprios interesses, sempre que possível. Os médicos lutam para manter a sua liberdade para prescrever os medicamentos e tratamentos que entendem. Outros profissionais de saúde procuram elevar o seu próprio estatuto e adquirir alguns desses direitos. A indústria da saúde move-se para defender os seus investimentos. Os "intermediários pagadores" procuram gastar menos. As pessoas suspeitam que os seus sistemas públicos de saúde não asseguram os benefícios que deveriam garantir, apesar da escalada dos custos.

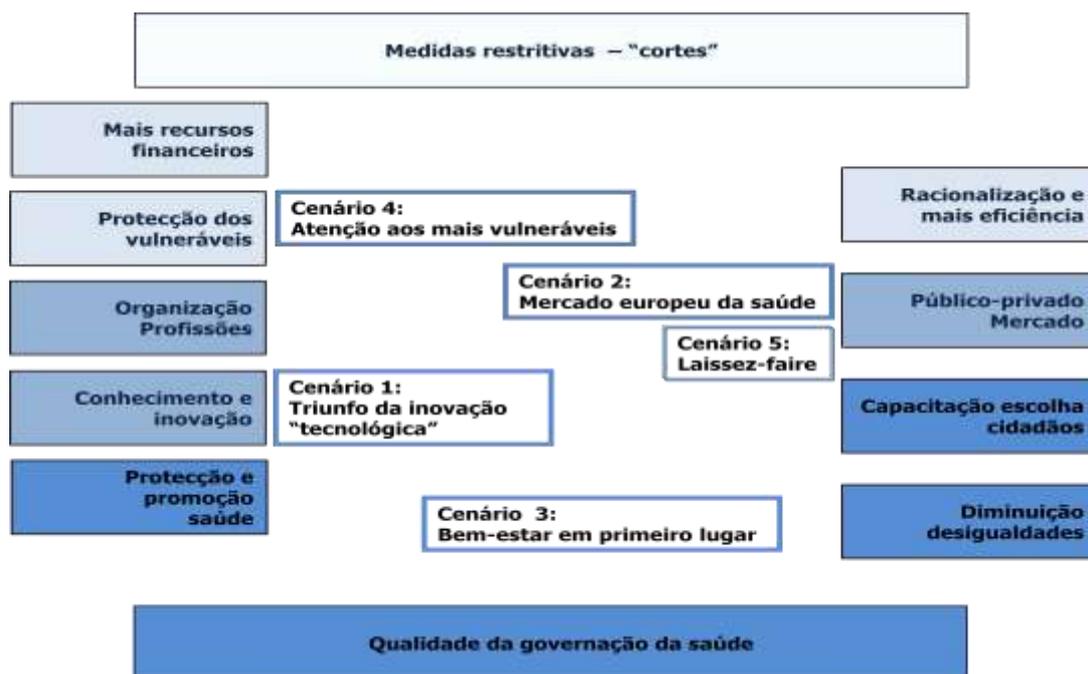
Apesar destas limitações e dificuldades, virtualmente, todos estão de acordo que uma cobertura universal e igualitária de cuidados de saúde constitui um objectivo adequado e que é necessário encontrar uma forma de o fazer de forma sustentável.

Os sistemas de saúde europeus podem ter limitações e serem financeiramente instáveis, mas ainda são apreciados pela promessa que encerram – que todos possam contar com uma "rede de segurança" em cuidados de saúde a um preço comportável.

O trabalho desenvolvido pelo "The Economist" desenvolveu cinco cenários, cada um deles representando o essencial das "escolas de pensamento diferentes sobre a reforma dos sistemas de saúde". A intenção foi a de utilizar estes cenários como "plataformas neutras", a partir das quais seria possível estabelecer um certo tipo de compromisso sobre as orientações futuras dos sistemas de saúde. Os cinco cenários desenvolvidos estão descritos de seguida:

- Cenário 1: Triunfo da inovação tecnológica;
- Cenário 2: Mercado europeu da saúde;
- Cenário 3: Bem-estar em primeiro lugar;
- Cenário 4: Atenção aos mais vulneráveis;
- Cenário 5: Laissez-faire.

A Figura 17 representa, estes cinco cenários no enquadramento no modelo analítico prospectivo para a governação da saúde.



**Figura 17. Cenários de compromisso para orientações futuras dos sistemas de saúde**

Estas foram as principais referências no âmbito internacional para enquadrar o modelo analítico prospectivo para a governação da saúde. Em termos nacionais, como principal referência, adoptou-se um trabalho elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) por solicitação do Alto Comissariado da Saúde, com o objectivo de desenvolver uma análise do desempenho do sistema de saúde português (complementado por uma avaliação paralela do Plano Nacional de Saúde 2004-2010) (WHO, 2010b).

Os principais objectivos desta avaliação passaram por facultar, aos decisores políticos e vários actores sociais da saúde, um conjunto de recomendações tendentes à melhoria do desempenho do sistema de saúde.

### **Avaliação do desempenho do sistema de saúde português (WHO, 2010)**

Este documento aborda, essencialmente, os seguintes tópicos:

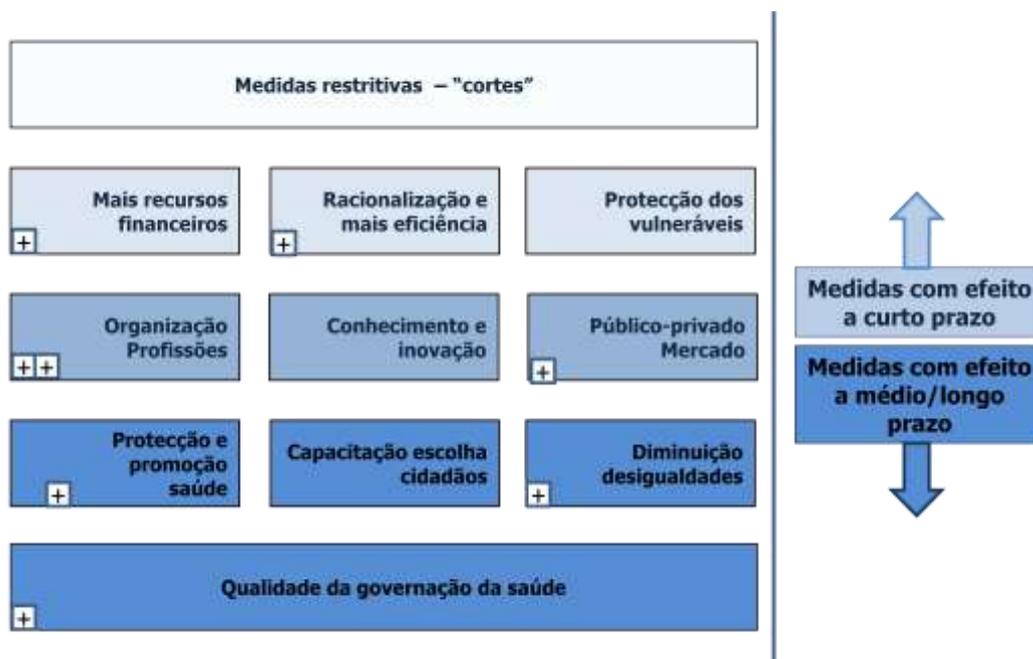
- **Promoção da saúde e da literacia em saúde.**  
Investindo-se na promoção de estilos de vida saudáveis e na partilha de decisões de saúde com os cidadãos, como veículo para a obtenção de futuros ganhos em saúde.
- **Resposta às necessidades e expectativas da população.**  
Inclui não só cuidados de saúde em tempo oportuno, com segurança e qualidade, mas também o respeito pela dignidade e autonomia das pessoas e o direito à escolha, privacidade e confidencialidade. São necessários dados objectivos sobre a satisfação dos cidadãos sobre os cuidados de saúde a que têm acesso.
- **Maior equidade - menos disparidades indesejáveis na saúde.**  
Um sistema de saúde que aposte na equidade em saúde pretende assegurar que as pessoas com menores rendimentos não sofram de pior saúde.

- **Melhor qualidade e segurança nos cuidados de saúde.**  
É necessário superar a actual fragmentação na abordagem da qualidade, adoptando “normas de boas práticas” a todos os serviços de saúde, públicos e privados, e promover uma cultura de melhoria contínua da qualidade. Para isso, é necessária uma melhor informação sobre a qualidade dos cuidados de saúde e a segurança nos serviços de saúde portugueses.
- **Cuidados de saúde primários – a necessidade de um financiamento mais adequado ao seu desenvolvimento.**  
Muito embora a evidência sugira que os sistemas de saúde centrados nos cuidados de saúde primários sejam mais custo-efectivos, em Portugal, a percentagem de despesa dedicada aos CSP não aumenta desde 2001, tendo, aliás, a despesa pública decrescido.
- **Controlo dos gastos e eficiência na prestação de cuidados de saúde hospitalares.**  
A estadia média hospitalar situava-se em 1995 ligeiramente abaixo da mediana dos 15 países da UE, mas, em 2007, passou a ser a quinta mais elevada entre esses países – passou de uma média de 7 dias em 2003 para 7.3 em 2008.
- **Fortes iniquidades no financiamento da saúde.**  
A percentagem das despesas privadas no total das despesas para a saúde situa-se entre as três mais elevadas da UE15, entre 27 e 29 (20–23% *out-of-pocket*), enquanto que, para a maior parte da Europa dos 15, essa percentagem é menos de 17%, sendo que a OMS recomenda um máximo de 15% se o objectivo é proteger as pessoas de “gastos catastróficos” com a saúde. Na Europa dos 15, só a Grécia tem um nível inferior de gasto público, e apenas a Alemanha e a Suécia não aumentaram o gasto público entre 2000 e 2007, uma vez que tinham, à partida, uma percentagem de gasto público de cerca de 80%. Isto faz com que o modelo de financiamento português seja um dos mais regressivos da União Europeia, o que é ainda agravado por mais dois importantes factores: as deduções fiscais para pagamentos directos de cuidados de saúde (€500 milhões por ano) e as transferências do Orçamento para a ADSE que representam 8% da despesa pública de saúde, sendo que este subsistema cobre cerca de 8% da população, a qual tem, no entanto, um risco inferior ao da população em geral.
- **Melhorar a qualidade da prescrição e da utilização dos meios complementares de diagnóstico – diminuir gastos com medicamentos.**  
O sistema de saúde português, comparado com outros países da UE15, apresenta um consumo de níveis elevados de prescrição de medicamentos, gastos consideráveis relativamente ao rendimento médio, e um forte peso de co-pagamentos. Durante a última década, o gasto médio em medicamentos *percapita* aumentou de cerca de 50%. O número de unidades de ressonância magnética e de tomografia computadorizada situa-se próximo da mediana da Europa dos 15, apesar de Portugal se situar significativamente abaixo dos valores médios desses países (média em rendimento per capita).
- **Necessidade de uma política de recursos humanos.**  
Esta política seria dirigida a corrigir os desequilíbrios actuais e a clarificar o papel dos distintos profissionais de saúde e das suas organizações, para além de reforçar formas de colaboração entre eles. O número e a distribuição dos médicos de clínica geral é motivo de preocupação. O *ratio* enfermeiro/médico nos cuidados hospitalares é de 1,5 e permanece assim desde o ano 2000 (só a Grécia tem uma situação pior). A percentagem da despesa associada aos recursos humanos tem sido relativamente elevada, consequência da considerável proporção de pagamentos de horas extraordinárias.
- **Definir melhor o papel do sector privado.**

É importante definir o papel do sector privado através de normas e de regulação apropriada, garantindo que cumprem os mesmos requisitos de qualidade do sector público, assegurando regras transparentes no que respeita ao duplo emprego e aos mecanismos de remuneração pelo desempenho em ambos os sectores.

- A melhoria da qualidade da governação, nos seus múltiplos aspectos é igualmente importante:
  - A promoção da investigação em serviços e sistemas de saúde e a avaliação do impacte de tecnologias e programas são medidas de apoio à boa governação na saúde;
  - O desenvolvimento de políticas sociais que vão no sentido de melhorar a articulação interministerial e de incorporar a saúde em todas as políticas;
  - A descentralização da gestão e do planeamento de saúde para as ARS e para o nível local;
  - A melhor distinção entre o financiador e prestador e a aposta nos processos de contratualização, investir em resultados, não só nos efeitos directos de ganhos em saúde, mas também através da qualidade da força de trabalho na economia do país, aliviando os gastos com a saúde e as reformas precoces devido a problemas de saúde;
  - Superar a fragmentação actual dos sistemas de informação de saúde, no sentido de permitir decisões inteligentes a todos os níveis do sistema.

Na Figura 18 está representado de que modo a lógica e o conteúdo do modelo analítico adoptado pelo OPSS se enquadra neste documento da OMS.

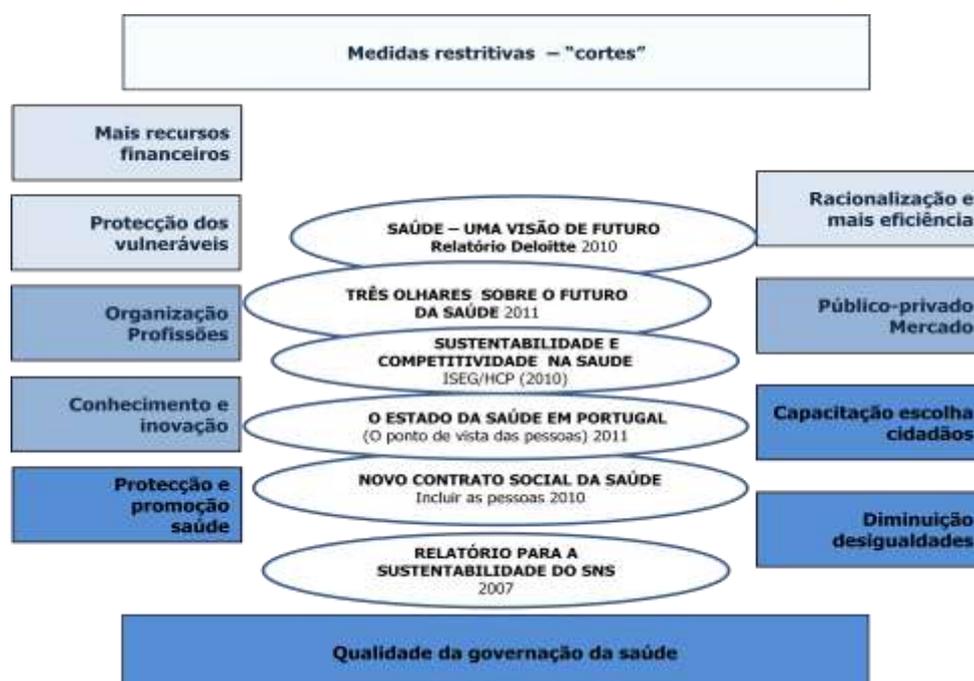


**Figura 18. Leitura do documento da OMS, "Avaliação do desempenho do sistema de saúde português", à luz do modelo prospectivo de análise**

Também importa acrescentar a este trabalho de avaliação do desempenho do sistema de saúde português, outros aspectos que complementam algumas das suas limitações ou que evidenciam pontos de discordância que convém esclarecer. Por conseguinte, foram analisados vários documentos, dos quais destacamos: o Relatório para a sustentabilidade financeira do SNS (Simões et al., 2007), o relatório "Saúde em análise - Uma visão para o

futuro” (Deloitte, 2011), o livro “Novo contrato social da saúde” de Sakellarides (2010), o livro “Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal” (Campos Fernandes, A. et al, 2011), o estudo sobre a sustentabilidade e a competitividade na saúde em Portugal realizado pelo Instituto Superior de Economia e Gestão para o Health Cluster Portugal (ISEG, 2010) e, por fim, o trabalho “O Estado da Saúde em Portugal” (Cabral e Alcântara, 2009).

O enquadramento do modelo analítico prospetivo do OPSS em relação a cada um destes documentos de âmbito nacional, está graficamente apresentado na Figura 19. Seguidamente, destacamos, também, os aspectos mais relevantes de cada um dos referidos documentos.



**Figura 19. Outros contributos nacionais para o modelo analítico prospetivo para a governação da saúde**

### **Relatório para a sustentabilidade financeira do SNS (Simões et al., 2007)**

Este relatório de 2007, elaborado, a pedido do Ministério da Saúde, por um grupo de trabalho que incluía os mais qualificados economistas da saúde, enunciou as seguintes recomendações:

- Manutenção do sistema público de financiamento do SNS, como garantia do seguro básico público, universal e obrigatório;
- Maior eficiência na prestação de cuidados de saúde, traduzida quer por uma menor despesa, quer por uma menor taxa de crescimento da despesa pública em saúde;
- Utilização abrangente de mecanismos de avaliação clínica e económica para definição dos limites da cobertura de intervenções asseguradas pelo SNS;

- Revisão do regime vigente de isenções das taxas moderadoras, com uma redefinição das isenções baseada em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde;
- Actualização do valor das taxas moderadoras como medida de disciplina da utilização excessiva do SNS, de valorização dos serviços prestados e de contributo para o financiamento do SNS;
- Redução dos benefícios fiscais associados com as despesas em saúde declaradas no IRS, aproximando a realidade portuguesa da observada na generalidade dos países da OCDE;
- Retirar do espaço orçamental os subsistemas públicos, sendo evoluções possíveis a sua eliminação ou a sua auto-sustentação financeira.

Como recomendação excepcional, se se vier a constatar a incapacidade do Orçamento de Estado em realizar as transferências para o SNS e como solução de último recurso, os autores deste relatório defendem que poderá ser equacionada a imposição de contribuições compulsórias, temporárias, determinadas pelo nível de rendimento, utilizando o sistema fiscal e direccionando as verbas obrigatoriamente para o SNS.

### **Saúde em análise - Uma visão para o futuro (Deloitte, 2011)**

Este relatório aborda essencialmente os seguintes aspectos:

- Principais problemas do sector da saúde.  
Mantêm-se, apesar dos muitos progressos realizados: a insustentabilidade financeira do sistema, a falta de planeamento estratégico para o sector e os elevados níveis de ineficiência.
- Necessidade de reformas estruturantes – não as adiar por mais tempo.  
Os desafios que se colocam tornam-se ainda mais prementes num período de crise como o que Portugal atravessa. A garantia de sustentabilidade a prazo e com um bom nível de cuidados à população, requer dos vários *stakeholders* uma actuação que vise mudanças estruturantes, mais do que medidas avulsas com efeitos de curto prazo. Estas são medidas exigentes em vários domínios, como a articulação entre intervenientes, a redefinição de funções das entidades, a avaliação e responsabilização pelas práticas de gestão e as mudanças culturais.
- Reorganização e regulação do sistema de saúde.  
A redefinição de papéis e funções entre as instituições do sector com vista à eliminação de duplicações traria ganhos óbvios, não só em termos de eficiência do sector, como no foco de todos os agentes naquele que é afinal o objectivo último do sistema – a satisfação das necessidades de saúde dos cidadãos.
- Reorganização da oferta de cuidados.  
Três questões são essenciais para combater a ineficiência e os problemas crónicos de insustentabilidade financeira: (i) maior alocação de recursos financeiros para a prevenção e para os cuidados de saúde primários, (ii) revisão do modelo de financiamento das instituições e (iii) responsabilização dos gestores.
- Papel fundamental do planeamento estratégico – a importância de um amplo debate na sociedade portuguesa.  
Baseado no conhecimento real das necessidades em saúde das populações – sem ele as organizações tendem a seguir caminhos próprios e desarticulados, mais uma vez elevando os custos do sistema e agudizando a sua sustentabilidade. Sem sistemas de informação clínica e de gestão, disponíveis de forma abrangente, será impossível fazer um bom planeamento

estratégico. É necessário um amplo debate na sociedade portuguesa, de modo a incluir o cidadão, para que haja mudanças significativas no sector. Um sistema de saúde que dê tudo a todos não será sustentável a prazo. Devemos ter um sistema de saúde que a sociedade portuguesa possa pagar e que distribua os fundos de forma eficaz e eficiente.

### **Novo contrato social da saúde (Sakellarides, C. 2010)**

Os desafios que os sistemas de saúde hoje enfrentam, configuram no futuro três cenários possíveis:

- O primeiro destes cenários é do “contratualismo residual”. Este corresponde ao “Estado Social” conservador e defensivo, cujas instituições fragilizadas, já mal adaptados ao mundo de hoje, perderam há muito o “contacto” com os autores do contrato social que deviam ajudar a realizá-lo. Representa o “Estado mal-amado”, a que, indevidamente, se reduziu a substância do contrato social da saúde. Produz uma governação sem instrumentos para gerir a mudança.
- O segundo cenário é do “pós contratualismo”. Este cenário concretiza-se pela progressiva perda de coesão social, já patente no contratualismo residual. O seu destino é o de “um país, dois sistemas de saúde” a que correspondem claramente dois níveis distintos de qualidade. O nível mais elevado, para aqueles que o podem pagar, directamente ou através de um seguro privado, com um acesso mais ágil a certo tipo de cuidados, tende a beneficiar também de um financiamento público complementar através de deduções fiscais. O nível baixo, é para aqueles outros portugueses aos quais restará um Serviço Nacional de Saúde, tradicionalmente sub financiado, “obrigado” pelos brandos costumes a ineficiências evitáveis, alvo preferencial dos grandes “cortes” dos planos de austeridade.
- O terceiro cenário é do “novo contrato social para a saúde”. Este é uma alternativa viável quer ao “velho contrato social” com uma presença crescentemente residual no actual sistema de saúde, quer às fortes pressões pós contratualistas que se fazem sentir actualmente na sociedade portuguesa. O novo contrato social da saúde (i) procurará realizar os valores da solidariedade”, “previdência” e “coesão social” no contexto das realidades do Século XXI”, ii) será simultaneamente compatível com as exigências do crescimento económico e as do “bem-estar, (iii) centrar-se-á na qualificação, capacitação e envolvimento das pessoas para se assumirem como subscritores do seu contrato social e, (iv) resultará de uma governação prospectiva e adaptativa que promoverá a inovação e beneficiará do conhecimento.

### **Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal (Campos Fernandes, A. et al, 2011)**

Com base em conversas em diversos momentos sobre o sector da saúde, na diversidade de experiências e de pontos de vista, os autores propõem três olhares sobre o sector da saúde, três visões próximas e complementares mas nunca totalmente coincidentes. Fazem um convite para se elaborarem plataformas de negociação e de entendimento através de conversões construtivas. Resumidamente, são abordados os seguintes aspectos:

- **Enfoque no planeamento e na organização.**  
É fácil dizer que o principal problema da saúde em Portugal é o financiamento, mas o mais importante é o planeamento e a organização.
- **Articulação entre as “peças” do sistema.**  
A articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares terá que ser motivada ou por integração funcional ou por “preços” associados a decisões de referenciação e ao recurso excessivo às urgências.
- **Valores fundacionais, inovação e desenvolvimento.**  
O sistema de saúde deve ser capaz de honrar os valores fundacionais garantindo os princípios de universalidade e equidade e promovendo a integração de cuidados num quadro de transparência e de responsabilidade social. Além disto, deve congrega ciência, informação, conhecimento, tecnologia e inovação, ao mesmo tempo que responde pela sua qualidade assistencial.

### **Sustentabilidade e competitividade na saúde em Portugal (ISEG, 2010)**

Da apresentação actualmente disponível – este estudo não foi ainda publicado, extraem-se as seguintes conclusões:

- **Sistema de saúde.**  
Adopção sistémica/estratégica de um conjunto de medidas reformistas visando o reforço continuado da eficiência, produtividade, eficácia, qualidade e sustentabilidade financeira do Sistema de Saúde Português, salvaguardando a equidade.
- **Hospitais.**  
Aprofundamento da reforma, racionalização, integração e modernização tecnológica (via TIC e dispositivos médicos custo-eficientes) do sistema hospitalar, com aumento da sua eficiência global e aperfeiçoamento da resposta ao problema do envelhecimento e das doenças que lhe estão associadas.
- **Papel do Estado.**  
Mudança para um novo paradigma de financiamento do nosso sistema de saúde, clarificando o papel do Estado enquanto prestador, financiador e regulador de cuidados de saúde, e procurando, por essa via, alcançar a sustentabilidade do SNS. Financiamento público da procura substitui o financiamento público da oferta; Estado financiador da procura e regulador da oferta (qualidade e preço) substitui Estado prestador de serviços de saúde, via privatização/concessão/contratualização.
- **Medicamentos.**  
Adopção de uma nova (e estável) política do medicamento baseada em critérios de custo-eficiência e em mecanismos que favoreçam a reorientação dos modelos de negócio das farmacêuticas a actuar em Portugal no sentido da I+D+I;
- **Desenvolvimento e inovação.**  
Racionalização, redimensionamento e qualificação da “rede” nacional de instituições de I&D ligadas à saúde, favorecendo a criação de massa crítica, a excelência pela especialização, a complementaridade e a emergência de sinergias, com definição de prioridades claras em matéria do esforço nacional de I+D+I; Promoção da valorização da I&D na saúde em Portugal

e do seu contributo para a sustentabilidade do SNS, quer pela via da investigação clínica e de translação, quer da investigação epidemiológica e de natureza sócio-profissional e económica;

- **Empreendedorismo e internacionalização.**  
Reforço da integração internacional do Cluster da Saúde Português, nomeadamente pela ligação a grandes players globais, alicerçada na especialização em fases do processo de I+D+I, aproveitando a sua fragmentação global crescente; Promoção do empreendedorismo de base tecnológica no Cluster da Saúde Português e potenciação do crescimento e afirmação internacional das novas empresas dele resultantes, capitalizando sobre o alargamento do conceito de Saúde a outros domínios da saúde preventiva e bem-estar.
- **Estratégia de incentivos.**  
Desenvolvimento de um modelo estratégico de definição, gestão e concessão de incentivos financeiros e fiscais ao esforço de I+D+I na saúde em Portugal, num quadro mais global de promoção da diversificação dos modelos de financiamento das empresas e instituições de I&D do cluster como um todo.
- **Reforço da clusterização na saúde em Portugal.**  
Com maior cooperação entre empresas e destas com as infra-estruturas de suporte e de I&D, e afirmação efectiva e progressiva, neste contexto, do Health Cluster Portugal enquanto plataforma de excelência de eficiência colectiva.

### **O estado da saúde em Portugal (Cabral e Alcântara, 2009)**

Neste documento, é analisado o sistema de saúde português e a sua evolução entre 2001 e 2008, ao nível do acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa. Como principais conclusões, destacam-se as seguintes.

- Entre 2001 e 2008, a utilização do SNS apresenta um acréscimo significativo no acesso aos cuidados públicos de saúde, nomeadamente, os centros de saúde e consultas hospitalares tornou-se mais difícil – a exigência aumentou mais do que a oferta (maior utilização, com maior espera). No que diz respeito às famílias com filhos menores, passaram a aceder mais frequentemente ao SNS, particularmente aos cuidados de saúde primários, em detrimento do sector privado, avaliando os cuidados recebidos de forma mais positiva em 2008 do que em 2001.
- O funcionamento dos centros de saúde é avaliado de forma mais positiva pelos utilizadores efectivos em 2008, persistindo no entanto uma avaliação negativa em relação aos tempos de espera para as consultas (nota: estes resultados correspondem a uma fase ainda precoce da actual reforma dos cuidados de saúde primários em curso).
- Quanto às restrições económicas, observou-se uma maior dificuldade dos inquiridos em aceder a determinados cuidados de saúde – idas ao dentista, ou determinados bens como óculos (nota: estes dados são anteriores ao agravamento da situação económica do país).
- Em termos individuais, observou-se uma maior preocupação com os hábitos de saúde.
- Os inquiridos pensam, de forma reforçada em 2008, que o sistema de saúde é o sector mais importante onde o governo deveria empregar os seus recursos, sobretudo através da diminuição da despesa noutros sectores do Estado.
- Quanto às mudanças que haveria de fazer para melhorar o SNS, só uma pequena minoria da população pensa "que o serviço de saúde funciona tão mal que precisa de ser completamente

refeito” (13,1%), sendo que 30% pensam que “funciona bem, mas poderia melhorar com algumas pequenas mudanças”.

- Continuam a existir múltiplos mecanismos que afectam negativamente a equidade na saúde em Portugal, não só no estado e hábitos de saúde, como também no acesso.

## Relatório de Primavera 2010

Em 2010, o Relatório de Primavera já dedicou uma parte importante da sua análise aos “Desafios em tempos de crise”.



“Para além das repercussões ao nível da já visível degradação das condições socioeconómicas de uma grande parte da população, que tende a acentuar-se, a crise económico-financeira mundial e o escasso crescimento das economias de muitos países fazem prever que, num futuro muito próximo, os governos se vejam obrigados a introduzir mecanismos adicionais de contenção, particularmente ao nível da despesa pública, com eventuais implicações na alocação de recursos para o sector da saúde”. RP 2010

### 3.3.2 As restrições orçamentais e as medidas do Ministério da Saúde

O quadro de forte restrição orçamental, já anunciado para 2010 e significativamente agravado em 2011, condicionou significativamente a actuação do Ministério da Saúde.

No entanto, e apesar disso, foi possível continuar a implementar as reformas dos cuidados de saúde primários e a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) são as medidas que mantêm uma implementação consistente.

A ausência de uma autonomia efectiva da gestão dos ACES foi um dos principais constrangimentos na prossecução da reforma dos CSP, em conjunto com as dificuldades existentes relativas aos recursos humanos, sistemas de informação e processo de contratualização (Portugal, GCE, 2011).

Pouco esperada foi a incapacidade de ultimar o Plano Nacional de Saúde (2011-2016). Dado o tempo disponível e os consideráveis recursos disponíveis para o efeito, seria de esperar que o PNS estivesse finalizado, pelo menos seis meses antes do início da sua implementação em 2011 – um ano de atraso é dificilmente aceitável.

Desde 2010, que a elaboração dos Planos de Estabilidade e de Crescimento (PEC) indicam medidas restritivas para o sector da saúde. Se o PEC 1 apresentava uma série de medidas de longo-prazo, cuja implementação efectiva foi pouco sentida, já o PEC 2 e o PEC 3 previam, essencialmente, medidas de efeito imediato na redução da despesa.

O ano de 2011 é particularmente exigente para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, pois o Orçamento de Estado de 2011 apresenta uma diminuição de financiamento de

cerca de 13%, para o Ministério da Saúde. Nestas circunstâncias e, segundo este Ministério, o SNS terá de, com os recursos disponíveis, garantir os actuais níveis de acesso, eficiência e qualidade e, continuar a responder às necessidades de saúde dos cidadãos ao nível da prestação de cuidados. Dir-se-á que, face à quebra de financiamento enunciada, estamos perante um desígnio muito ambicioso que implica a adopção de fortes medidas em diversos domínios, a começar numa gestão mais eficiente dos recursos existentes.

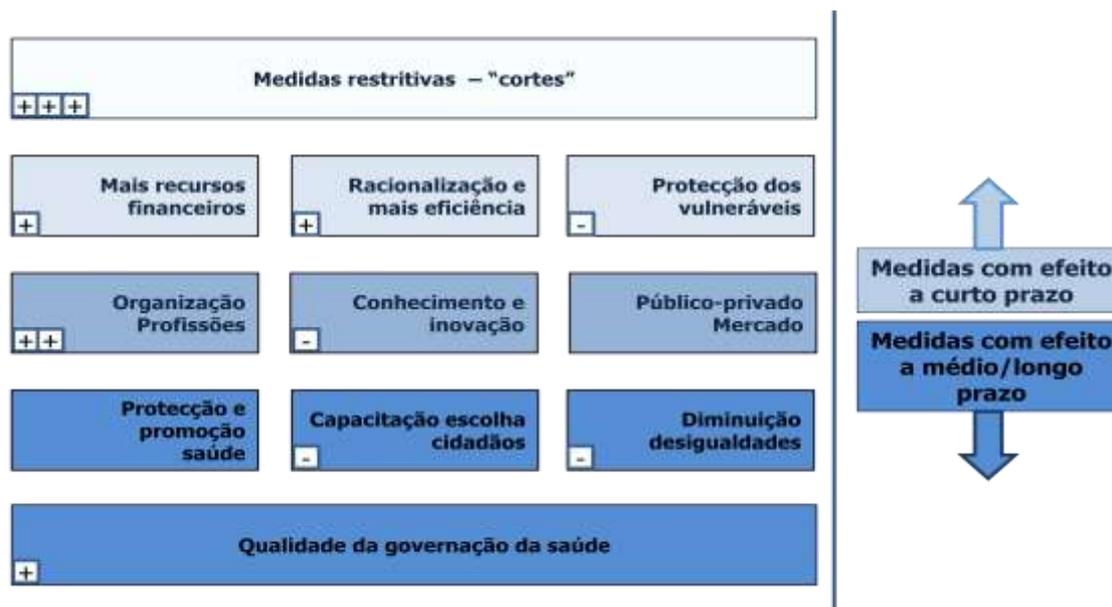
O Orçamento de Estado para 2011 reforça as medidas sobre o controlo do orçamento do Ministério da Saúde, nomeadamente através do controlo exigente das despesas hospitalares, das despesas com medicamentos e das despesas com MCDT, para além do generalizado corte nos vencimentos dos funcionários públicos. Ordena, ainda, uma melhor afectação de recursos e um controlo estrito dos orçamentos, a par da necessidade de obter reduções efectivas dos custos com pessoal, do controlo dos consumos e dos fornecimentos de serviços externos.

Grande parte destas medidas, implementadas ou em implementação ao longo de 2010 e de 2011, enquadram-se numa lógica de medidas conjunturais de efeito imediato (ver Figura 20).

Neste quadro de forte restrição orçamental, é necessário apontar para o facto de existirem consideráveis riscos, que devem ser avaliados, relativamente ao impacto negativo, no SNS, de algumas destas medidas, nomeadamente nos seguintes aspectos:

- Alterações introduzidas na política do medicamento e no transporte não urgente de doentes, o que pode gerar a incapacidade de determinados utentes para adquirem os medicamentos ou acederem às consultas ou tratamentos de que necessitam. Para além de se pôr em causa o princípio da equidade e a descontinuidade de tratamento, por parte do utente, que poderá gerar no médio prazo custos acrescidos para o SNS;
- A redução dos salários, num sector de factual escassez de recursos médicos, poderá, nesta fase promover uma fuga dos médicos para os hospitais do SNS geridos em PPP ou mesmo para o sector privado. Pode haver um incentivo à aposentação dos médicos e à realização de actividade cirúrgica, no âmbito do SIGIC no sector privado, uma vez que aí a sua remuneração não será afectada.

Na realidade, no último ano, o Ministério da Saúde tem estado mais focado na implementação de medidas, que permitam uma rápida redução da despesa de forma a atingir as metas previstas no Orçamento de Estado, do que a tomar novas iniciativas que promovam significativamente o valor em saúde, a equidade e a própria sustentabilidade, a médio ou longo prazo, do SNS.



**Figura 20. Leitura das medidas do Ministério da Saúde, à luz do modelo analítico prospectivo do OPSS**

As ponderações incluídas na figura são de carácter meramente indicativo, pois não foi ainda desenvolvida uma métrica adequada para lhes proporcionar a necessária consistência.

As medidas tomadas pelo Ministério de Saúde, no actual contexto de crise económica, financeira e social, odem resumir-se do seguinte modo:

### **Redução dos gastos – “cortes”**

- Redução da despesa em fornecimentos e serviços externos dos hospitais
- Autorização prévia, do Gabinete da Ministra, para contratação de profissionais, no caso dos hospitais que apresentaram resultados negativos
- Redução das horas extraordinárias
- Redução do número de administradores das EPE
- Extinção da Estrutura de Missão das Parcerias da Saúde
- Criação de Centros Hospitalares
- Redução das despesas com consultoria
- Redução do preço das análises clínicas e da imagiologia
- Redução do preço compreensivo em hemodiálise e inclusão de serviços adicionais
- Redução do preço das tiras de controlo da glicemia
- Redução do preço em 6% dos medicamentos comparticipados
- Alteração do cálculo do preço de referência dos medicamentos: passa a corresponder à média dos cinco medicamentos mais baratos existentes no mercado que integrem cada grupo terapêutico
- Redução da comparticipação no regime especial do complemento solidário para idosos
- Alteração, do escalão B para o escalão C, na comparticipação de antiácidos, antiulcerosos e anti-inflamatórios não esteróides
- Redução da comparticipação prevista para o escalão A no regime geral
- Revisão do regime de comparticipações especiais dos medicamentos: redução da comparticipação para o conjunto dos escalões
- Descomparticipação de todos os medicamentos não sujeitos a receita médica

- Redução do preço dos medicamentos biológicos
- Revogação da Portaria dos antidepressivos e neurolépticos
- Negociação do preço dos medicamentos hospitalares com o apoio da SPMS, EPE
- Simplificação da entrada em mercado dos genéricos
- Preço dos novos genéricos a participar terá de ser inferior em 5% relativamente ao medicamento genérico comercializado de preço mais baixo, do mesmo grupo
- Acordo do MS com a APIFARMA que permite conter a despesa com medicamentos nos 1.440 M€ previstos no OE de 2011
- Novo regulamento de acesso ao transporte não urgente de doentes e utentes abrangidos pelo SNS
- Redução dos programas verticais
- Redução dos salários em 5% (medida para a função pública)

#### **Mais recursos financeiros**

- Aumento das taxas moderadoras
- Aumento das taxas "sanitárias"
- Alienação de imóveis não afectos à prestação de cuidados de saúde ou outros serviços imprescindíveis

#### **Racionalização e maior eficiência**

- Accionamento dos SPMS, EPE, como central de compras
- Revisão e alargamento da lista de medicamentos não sujeitos a receita médica à venda nas parafarmácias
- Prescrição electrónica

#### **Organização e profissões**

- Continuação das reformas dos cuidados primários
- Continuação das reformas dos cuidados continuados
- Contratação de médicos originários de outros países

#### **Público/privado e mercado**

- Acordo com a Fundação Champalimaud

#### **Promoção e Protecção da Saúde**

- Programa de luta contra acidentes
- Continuação da Plataforma contra a Obesidade
- Implementação dos novos sistemas de informação em saúde pública
- Avaliação da gripe pandémica
- Avaliação da lei do tabaco

#### **Qualidade da governação**

- Sistema de informação sobre a prescrição de medicamentos e MCDT
- Criação da unidade de detecção de fraude no Centro de Conferências de Facturas
- Novas iniciativas no sistema da qualidade da saúde

### **3.3.3 Acordo com UE/FMI e suas implicações**

*Análise do Impacte das medidas de política na área da Saúde, previstas no quadro do Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades da política económica (ME) estabelecido entre o Governo Português e a Troika (Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional), no âmbito do pedido de ajuda externa do Estado Português.*

O ME subscrito entre a Troika e o “arco de governação” tem fortes implicações para o sistema de saúde português e a sua implementação enfrentará, previsivelmente, inúmeras dificuldades.

As medidas que fazem parte do ME têm uma forte incidência financeira no sector da saúde. É importante notar que estas medidas incidem sobre um sector que já sofreu uma redução de cerca de 13% no seu orçamento de 2011.

Não seria razoável esperar que um documento elaborado, negociado e acordado nas circunstâncias em que este o foi, viesse acompanhado de uma fundamentação explícita e detalhada sobre a selecção das medidas adoptadas e a omissão de outras (parece evidente que algumas das fontes acima referenciadas na elaboração do modelo analítico adoptado pelo OPSS, influenciaram a elaboração do ME). Há momentos em que é necessário actuar com aquilo que parece conhecer-se, no entanto, a questão da fundamentação do conjunto de medidas incluídas no ME não vai deixar de ser levantada, especialmente à medida que as dificuldades associadas à sua implementação se tornem mais evidentes. Isto inclui, naturalmente, a respectiva densa calendarização.

O objectivo expresso deste acordo é o de “melhorar a eficiência e efectividade do sistema de saúde, induzindo uma racional utilização de serviços e controlo de gastos”. Na prossecução deste objectivo, deu-se particular importância a uma redução substancial dos gastos com medicamentos e à necessidade de promover uma diminuição, igualmente significativa, dos gastos operacionais do sector hospitalar.

Em síntese, e utilizando o modelo de análise prospectiva da governação (e a ampla bibliografia que o fundamenta e sustenta), atrás descrito, pode resumir-se, de uma forma não exaustiva, este acordo da seguinte forma:

### **Medidas restritivas a curto prazo – “cortes” (exemplos)**

- Reduzir os gastos operacionais dos hospitais em 200 milhões de Euros, em 18 meses;
- Cortar as deduções fiscais para a saúde em 2/3;
- Reduzir os custos com os transportes de doentes em 1/3;
- Diminuir os gastos do SNS em meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), com os prestadores privados em 10% em 2011, e mais 10% em 2012;
- Reduzir em, pelo menos, 10% os gastos com horas extraordinárias em 2012 e mais 10% em 2013;
- Reduzir as transferências orçamentais para os subsistemas de saúde em 30% em 2012 e mais 20% em 2013.

### **Medidas de racionalização e melhoria da eficiência**

- Redução dos atrasos nos pagamentos do SNS a fornecedores;
- Prosseguir a reorganização e racionalização da rede hospitalar;
- Reduzir os obstáculos à utilização de medicamentos genéricos e induzir a prescrição generalizada de genéricos, quer nos serviços públicos, quer no sector privado;
- Maior competição entre prestadores privados, no sentido de reduzir (metas concretas) os gastos do SNS com prestadores privados de MCDT.

### **Mobilização de novos recursos financeiros**

- Revisão, aumento e indexação das “taxas moderadoras”, promovendo uma diferenciação entre cuidados de saúde primários, hospitais e serviços de urgência – a muito curto prazo;
- Assegurar o aumento de concorrência entre prestadores privados.

### **Desenvolvimento organizacional e profissional**

- Aumentar o número de USF (*Unidades de Saúde Familiares*) contratualizadas com as ARS, utilizando um sistema de remuneração misto (salário e remuneração pelo desempenho);
- Assegurar uma melhor distribuição de médicos de clínica geral no país;
- Transferir algumas especialidades de ambulatório hospitalar para as unidades de cuidados primários;
- Finalizar e operacionalizar o “registo de saúde electrónico”;
- Definir “boas práticas” para a prescrição de medicamentos e MCDT e, partilhar regularmente os resultados da sua aplicação com os profissionais de saúde;
- Continuar a publicar “orientações clínicas” e estabelecer um sistema de auditoria para apoiar a sua implementação.
- Melhoria da governação da saúde;
- Produzir um plano orçamental de médio prazo (3 a 5 anos);
- Melhorar e tornar mais transparente a selecção e nomeação das chefias dos hospitais.
- Estabelecer um sistema de indicadores para comparar desempenhos hospitalares e promover a respectiva publicação e publicitação;
- Desenvolver uma política de recursos humanos, preparando e publicitando planos de médio prazo para a distribuição dos recursos da saúde, introduzindo regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde e gestão do pessoal mais efectivas, que permitam reduzir as horas extraordinárias. Actualizar os inventários dos recursos humanos da saúde;
- Centralizar e tornar mais eficientes os mecanismos de compras para o SNS;
- Rever regularmente os pagamentos a prestadores privados, no sentido de reduzir o custo de serviços com mais elevada “maturidade”;
- Promover uma ampla reforma ao nível dos subsistemas públicos de saúde – ADSE, ADM e SAD.
- Melhorar a interoperabilidade dos sistemas de informação dos hospitais, permitindo a sua efectiva monitorização mensal pelos ministérios da Saúde e Finanças.

A análise deste importante documento para o desenvolvimento do nosso sistema de saúde será aqui resumido, essencialmente, em cinco pontos:

- (i) Porque motivo estas medidas não foram tomadas antes?
- (ii) Como é que as medidas acordadas serão geridas num futuro próximo? – riscos previsíveis;

- (iii) Limitações, omissões e articulação com o programa do governo;
- (iv) Ponto controverso;
- (v) Perspectiva horizontal e contexto europeu e global.

### **(i) PORQUE MOTIVO ESTAS MEDIADAS NÃO FORAM TOMADAS ANTES?**

De uma forma geral, as medidas da saúde do Memorando de Entendimento foram relativamente bem recebidas, quer no sector da saúde, quer pela opinião pública.

---

**“Há alguns pontos nas propostas da Troika que podem ser discutíveis, de mais difícil ou discutível aplicabilidade, mas parece-nos possível e necessário atingir os objectivos propostos» ... desde que haja um «maior rigor e exigência do nível de gestão do SNS.”**

**José Manuel Silva, Tempo Medicina, 16 de Maio de 2011**

---

De facto, o “programa da saúde” que consta do Memorando não tem padecido de críticas substantivas, de carácter político ou técnico – grande parte das medidas que o integram parecem necessárias e úteis (o que não quer dizer que não haja outras medidas, igualmente importantes, que não estejam no memorando).

Com efeito, algumas das suas medidas mais destacadas estavam já previstas no Relatório sobre a Sustentabilidade do SNS (2007), atrás referido. Face a esta constatação, nos dias que seguiram à publicitação do Memorando, uma pergunta circulou insistentemente – dado que uma parte considerável das medidas anunciadas são de grande importância e reconhecidamente aceites como necessárias, porque é que não foram tomadas antes?

A resposta a esta pergunta assume particular relevância para o futuro do sistema de saúde português.

Assinalam-se, essencialmente, três razões para que os vários governos, que têm exercido o poder nas últimas décadas, não tenham tomado muitas destas medidas, ainda que as tenham reconhecido como importantes e necessárias:

- Baixa qualidade dos dispositivos e instrumentos da governação da saúde;
- Densa estruturação dos interesses particulares – económicos e profissionais – que se sobrepõem muito frequentemente ao interesse geral;
- Ausência de uma cidadania activa – pessoas informadas e capacitadas, disponíveis para um envolvimento argumentativo nas questões que lhes dizem respeito.

Estas três “causas” estão amplamente documentadas na sociedade portuguesa – a razão porque, apesar disso, são tão frequentemente ignoradas, pode fundamentar-se no facto de, eventualmente, não ter existido no passado uma resposta política, social e cultural capaz de atingir causas tão profundas.

A resposta à pergunta formulada, suscita uma segunda questão, porventura ainda mais difícil e delicada do que a primeira: há razões para acreditar que a “intervenção externa”

representada pelo Memorando de Entendimento será de tal forma determinante que superará as dificuldades acima referidas?

Pode argumentar-se que, caso a forma como estes três factores têm influenciado a evolução do sistema de saúde não se modificar de forma significativa, dificilmente as medidas subscritas no Memorando serão implementadas com sucesso.

Há que considerar também que a implementação do Memorando no sector da saúde, vai ter lugar num contexto em que a razoabilidade do conjunto das medidas vai ser posta, frequentemente, em causa, em especial naquilo que diz respeito à possibilidade do país responder aos exigentes compromissos assumidos numa situação de prolongada recessão económica. Isto suscita outra interrogação importante: como evitar que estas dúvidas, somadas às esperadas resistências na implementação de medidas úteis e necessárias ao desenvolvimento do sistema de saúde português, possam enfraquecer a capacidade de as levar a bom porto?

---

**“As medidas impostas pela ‘troika’ ao sector da saúde não poupam nenhum ‘player’ e são de aplicação quase imediata.”**

**Diário Económico, 10 de Maio de 2011**

---

## **(ii) COMO É QUE AS MEDIDAS ACORDADAS SERÃO GERIDAS NUM FUTURO PRÓXIMO – RISCOS PREVISÍVEIS**

A natureza e extensão das medidas acordadas significam um tremendo desafio à governação da saúde nos próximos anos. Existem, pelo menos, dois riscos previsíveis face às esperadas dificuldades em actuar sobre os três obstáculos à mudança, acima identificados:

O primeiro refere-se à substituição de algumas destas medidas por outras de mais fácil aceitação. Como é possível constatar, existe um considerável número de medidas que confrontam actores influentes no sistema de saúde. Para obviar as dificuldades inerentes à aplicação dessas medidas haverá, eventualmente, tendência de as substituir por outras aparentemente mais fáceis de implementar, mas bastante mais onerosas para as pessoas – diminuir o acesso aos serviços públicos e aumentar as contribuições financeiras.

---

**“Este plano, quase unanimemente consensual entre os partidos do chamado “arco da governação”, nunca seria tão preciso, detalhado e coerente nos objectivos de correcção estrutural se fosse feito sem ajuda externa. E não o seria porque esses partidos há muito se comportam com centrais de interesses.”**

**João Marcelino, DN, 7 de Maio de 2011**

---

O segundo risco passa por redireccionar o diagnóstico da situação subjacente ao ME, para questões menos determinantes e mais controversas. O diagnóstico subjacente às medidas do memorando é relativamente claro por estar suficientemente explicitado: maior eficiência e efectividade do sector público, melhor regulação e maior concorrência entre prestadores

privados. Este diagnóstico não inclui nenhuma alteração substancial no actual equilíbrio entre os sectores público, social e privado. No entanto o Memorando obriga o programa de governo, mas está longe de o preencher. Existem muitas questões importantes em política de saúde que não contempla e que têm que ser decididas aquando da preparação, discussão e aprovação do programa de governo, numa Assembleia da República recentemente legitimada pelo voto popular. Neste contexto o governo terá de decidir de que forma quer enquadrar o Memorando no seu programa, e de que modo quererá conciliar o amplo acordo conseguido (requerido) pelo Memorando com opções políticas próprias – onde quer um amplo acordo para as reformas necessárias e onde optará por erguer uma “fronteira ideológica”.

### **(iii) OMISSÕES, LIMITAÇÕES E ARTICULAÇÃO COM O PROGRAMA DO GOVERNO**

Os conteúdos do Memorando de Entendimento são dirigidos para aquelas questões mais directamente relacionadas com a obtenção de resultados de curto prazo e que, ao mesmo tempo, pudessem ter impactes estruturais mais duradouros. Nestas circunstâncias, e atendendo também ao tempo muito reduzido previsto para a implementação das medidas enunciadas, existem nos conteúdos do Memorando importantes limitações e omissões no que diz respeito a aquilo que é necessário fazer para uma reforma significativa do sistema de saúde português (mencionando-se aqui somente as mais significativas). A Figura 21 apresenta o enquadramento deste Memorando no modelo de análise prospectiva da governação.

- Nada se refere em relação à necessidade de proteger urgentemente as populações mais vulneráveis e assegurar que a aplicação destas medidas não agrava, mas antes procura minorar, as iniquidades que afectam o sistema de saúde português;
- Não faz referência a medidas destinadas a melhorar a protecção e promoção da saúde dos portugueses, sabendo-se que estas são questões determinantes em períodos de crise económica, financeira e social;
- Naquilo que respeita a medidas de desenvolvimento organizacional, não se menciona a importância dos cuidados continuados e praticamente ignora-se a necessidade imperiosa de uma mais efectiva integração de cuidados. Também limita excessivamente os cuidados de saúde primários às USF e as profissões de saúde à profissão médica;
- Não faz qualquer referência à capacitação das pessoas em relação às decisões sobre a sua saúde e ao “seu” sistema de saúde;
- Não atribui a necessária importância ao conhecimento e à inovação, sendo que as menções dirigidas à questão crítica dos sistemas de informação de saúde surgem limitadas e fragmentadas;
- Propõe uma redução dos gastos com os transportes, mas não pondera o facto desta questão das acessibilidades ser uma questão social mais ampla, cuja responsabilidade não deveria ser atribuída ao Ministério da Saúde, com excepção dos transportes de emergência medicalizados;
- O investimento proposto para melhorar a qualidade da governação é manifestamente insuficiente.

Estas omissões e limitações são mais importantes do que pode parecer à primeira vista, uma vez que podem resultar num desenvolvimento desequilibrado do sistema de saúde.

Mas, ao contrário do que se tem por vezes afirmado, o Memorando de Entendimento não é um programa de governo. Caberá, assim, ao programa de governo, por um lado enquadrar e, por outro, articular-se e complementar as medidas enunciadas.

---

**“As medidas propostas no Memorando de Entendimento não se limitam a procurar obter poupanças de curto prazo. Existe uma preocupação subjacente em estabelecer mecanismos que assegurem um maior controlo das despesas com saúde no futuro. Esses mecanismos envolvem avaliação de desempenho, utilização de mecanismos de concorrência no aprovisionamento público e, criação de boas práticas de transparência e informação.”**

**Pedro Pita Barros, Mundo Português, 23 de Maio de 2011**

---

**(iv) PONTO CONTROVERSO**

Um Um aspecto certamente controverso e tecnicamente inadequado é o de mencionar as “taxas moderadoras” sob a rubrica do “financiamento” e tratá-las efectivamente como co-pagamentos, ou seja, pagamentos acrescidos do utilizador na hora de aceder aos cuidados de saúde, para além do que já pré-pagou de acordo com o seu rendimento (por vezes durante várias décadas), como contribuinte do Orçamento Geral do Estado (que segundo os preceitos constitucionais, constitui-se de facto como um “seguro publico” de saúde).

A alteração que substituiu no texto constitucional a expressão “gratuito”, (já de si infeliz, na medida que se sugere a noção do “Estado que oferece” em vez de “Estado” gestor daquilo que as pessoas que pagam e recebem, segundo certas regras) por “tendencialmente gratuito”, fez-se para permitir a introdução de taxas moderadoras, mas não de “co-pagamentos indexados de acordo com a capacidade de pagar”.

Sabendo que o financiamento privado em Portugal é já substancialmente superior ao dos outros países Europeus e na medida em que se reconhece que estes “pagamentos directos” aumentam a natureza já de si regressiva do financiamento da saúde em Portugal, este é certamente um ponto controverso.

A taxa moderadora serve para moderar. Justifica-se enquanto é possível encontrar a difícil arquitectura que faz com que um pagamento sirva para efectivamente moderar os realmente imoderados, sem dificultar o seu acesso aos cuidados de saúde que efectivamente necessitam.

É importante acrescentar que o governo em funções em muito tem contribuído para o hábito pouco estimável de “disfarçar” co-pagamentos em taxas moderadoras.

**Quadro 16. Síntese do memorando de entendimento "Troika", 2011**

ÁREAS	MEDIDAS	ELEVADA RESISTÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO	2011		2012	
			3T	4T	1T	2T
FINANCIAMENTO	3.50. Rever e aumentar as taxas moderadoras do SNS através de:					
	i. Revisão substancial das categorias de isenção existentes (inc. aferição da capacidade económica);		(Set)			
	ii. Aumento (principalmente, nas consultas especialidade e urgências);		(Set)			
	iii. Indexação automática à taxa de inflação;			X		
	3.51. Corte substancial nas deduções fiscais (incl. seguros privados);		X			
	3.52. Alcançar um modelo auto-sustentável nos subsistemas públicos;	X		X		
	3.53. Elaborar um plano estratégico consonante com enquadramento orçamental.			X		
DEFINIÇÃO DE PREÇOS E COMPARTICIPAÇÃO DE MEDICAMENTOS	3.54. Definir o preço máximo do 1º genérico introduzido no mercado em 60% do medicamento de marca com a substância activa similar.	X	X			
	3.55. Rever o actual sistema de preços de referência com base nos praticados internacionalmente;			X		
PRESCRIÇÃO E MONITORIZAÇÃO DA PRESCRIÇÃO	3.56. Obrigatoriedade de prescrição electrónica de medicamentos e de meios de diagnóstico nos sistemas de comparticipação pública;		X			
	3.57. Melhorar o sistema de monitorização da prescrição de medicamentos e meios de diagnóstico, implementando um sistema de avaliação sistemática por médico (incl. sistema de consequências)		X			
	3.58. Sensibilizar os médicos para a prescrição de medicamentos genéricos e medicamentos de marca menos dispendiosos	X	X			
	3.59. Estabelecer regras claras para a prescrição de medicamentos e de MCDT, tendo por base as directrizes internacionais sobre a matéria.	X		X		
	3.60. Remover todas as barreiras à entrada efectiva de medicamentos genéricos			X		
SECTOR FARMACÊUTICO	3.61. Implementar de forma efectiva a legislação que regula a actividade das farmácias.			X		
	3.62. Alterar o cálculo das margens de lucro para instituir uma margem comercial regressiva e um valor fixo para as empresas distribuidoras e farmácias, recorrendo à experiência de outros Estados-Membros.	X		X		
	3.63. Caso o novo sistema das margens de lucro não produza as poupanças estimadas nos lucros de distribuição, deverá introduzir-se uma contribuição, na forma de um desconto médio (reembolso), que será calculado sobre a margem de lucro.	X			X	
COMPRAS E APROVISIONAMENTO CENTRALIZADO	3.64. Definir o quadro legislativo e administrativo para adopção de um sistema de aprovisionamento centralizado tendente à aquisição de dispositivos médicos no SNS (SPMS)		X			
	3.65. Finalizar e manter actualizado um sistema uniforme de codificação e adoptar um registo comum de fornecimento de material médico desenvolvido pelo INFARMED e pelos SPMS, com base na experiência internacional.			X		
	3.66. Adoptar as medidas necessárias para aumentar a concorrência entre prestadores privados	X		X		

ÁREAS	MEDIDAS	ELEVADA RESISTÊNCIA DE IMPLEMENTAÇÃO	2011		2012	
			3T	4T	1T	2T
	3.67. Implementar o aprovisionamento centralizado de produtos médicos através dos recém-criados SPMS				X	
	3.68. Introduzir uma revisão periódica dos preços pagos a prestadores privados	X			X	
	3.69. Avaliar o cumprimento das regras de concorrência europeias na prestação de serviços no sector privado e garantir um incremento da concorrência entre os prestadores privados.				X	
<b>CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS</b>	3.70. Reforço da prestação de cuidados de saúde primários:					
	i. Aumento do número de USF		X			
	ii. Garantir a presença de médicos de família em áreas carentes e induzir uma distribuição mais uniforme dos médicos de família no país.	X		X		
<b>CUIDADOS HOSPITALARES</b>	3.71. Estabelecer um calendário vinculativo e ambicioso para pagamento das dívidas aos fornecedores e evitar o ressurgimento das dívidas.		X			
	3.72. Apresentar uma descrição detalhada das medidas destinadas a alcançar uma redução nos custos operacionais dos hospitais (concentração e racionalização)		X			
	3.73. Continuar a publicação de normas de orientação clínicas e instaurar um sistema de auditoria à sua aplicação.		X			
	3.74. Melhorar os critérios de selecção e adoptar medidas para garantir uma escolha mais transparente dos membros das administrações hospitalares.			X		
	3.75. Estabelecer um sistema de benchmarking para comparar o desempenho hospitalar				X	
	3.76. Assegurar a plena interoperabilidade dos sistemas de tecnologia de Informação nos hospitais				X	
	3.77. Continuar com a reorganização e racionalização da rede hospitalar por meio da especialização e concentração de serviços hospitalares e de urgência e da gestão conjunta dos hospitais					X
	3.78. Transferir alguns serviços ambulatoriais dos hospitais para as USF.					X
	3.79. Actualizar anualmente o inventário de todos os médicos no activo.		X			
	3.80. Preparar relatórios periódicos anuais apresentando os planos para a afectação de recursos humanos e reafecção de funcionários qualificados e de apoio no SNS.		X			
	3.81. Introduzir regras para aumentar a mobilidade dos profissionais de saúde	X			X	
<b>SERVIÇOS TRANSVERSAIS</b>	3.82. Finalizar a criação de um sistema electrónico de registos médicos de doentes.					X
	3.82. Reduzir os custos com o transporte de doentes	X	X			

Fonte: PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS. Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica, 2011, adaptado.



**Figura 21. Enquadramento do Memorando de Entendimento no modelo de análise prospectiva da governação – Representação 1**

**(v) PERSPECTIVA HORIZONTAL E O CONTEXTO EUROPEU E GLOBAL**

O que se passa na saúde está intimamente relacionado com que se passa na economia e noutros sectores sociais. O que ocorre em Portugal tem muito a ver com o que acontece na Europa e neste mundo globalizado. Não é completamente convincente uma abordagem estritamente vertical das questões da saúde, sem uma visão conjunta das relações entre a economia e o bem-estar, nos desafios do desenvolvimento.

Da mesma forma, não se pode esquecer que a par das responsabilidades intrínsecas ao país na crise em curso, ela teve origem e foi alimentada por importantes disfunções globais e da UE que, a não serem devidamente equacionadas, não só comprometem a recuperação das economias e dos sistemas de protecção social dos países "mais periféricos", como os deixam também vulneráveis a crises semelhantes no futuro.

No âmbito da saúde é já possível identificar iniciativas europeias nesse sentido, ainda que de carácter muito embrionário (Quadro 17). É importante que o país se prepare para intervir, neste domínio, de uma forma activa, participada e esclarecida no quadro das instituições europeias da saúde.

## Quadro 17. Resumo das conclusões do Conselho da Saúde da UE 6 de Junho de 2011

### O Conselho da Saúde da UE convida os Estados Membros a:

- Reforçar o compromisso em desempenhar um papel mais activo no desenvolvimento de políticas de saúde mais efectivas, no sentido de responder adequadamente aos desafios macroeconómicos, de saúde e sociais;
- Assegurar que a Saúde é adequadamente abordada no âmbito dos programas de reforma nacionais submetidos pelos estados membros no quadro da "Estratégia EU 2020";
- Reposicionar a percepção sobre a política de saúde, tornando-a mais visível como um contributo para o crescimento económico, quando estão naturalmente em causa problemas macroeconómicos;
- Considerar abordagens inovadoras e novos modelos de prestação de cuidados que respondam aos desafios actuais e desenvolver estratégias de longo prazo para o sector da saúde, particularmente no que respeita à mudança de paradigma de sistemas hospitalocentricos para sistemas de cuidados integrados, promovendo a equidade no acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade e reduzindo iniquidades;
- Reforçar a componente de promoção da saúde e prevenção das doenças de forma integrada;
- Promover a avaliação nas tecnologias da saúde e garantir uma utilização mais inteligente de soluções de *e-health* para assegurar a criação de valor e benefícios acrescidos para a saúde e sistemas de saúde;
- Utilizar de forma mais inteligente os programas financeiros da UE, incluindo, nomeadamente, os fundos estruturais.

### O Conselho da Saúde convida os estados membros e a Comissão a iniciar um processo de reflexão, no âmbito do Grupo de Trabalho da Saúde Pública (de alto nível), com os seguintes objectivos:

- Promover a adequada representação do sector da saúde no quadro da Estratégia Europa 2020 e no processo do Semestre Europeu;
- Partilhar e analisar experiências e boas práticas, de forma a identificar factores críticos de sucesso necessários para uma efectiva utilização dos fundos estruturais dirigidos aos investimentos na área da saúde;
- Partilhar experiências, boas práticas e conhecimento no sentido de compreender e responder de forma adequada às crescentes necessidades da população, designadamente no que respeita ao envelhecimento, delineando de maneira eficiente e efectiva investimentos para o sector da saúde;
- Cooperar na avaliação e monitorização da efectividade dos investimentos na saúde.

### 3.3.4 Cenários para o Futuro - acompanhamento prospectivo da resposta à crise

As circunstâncias em que o país se encontra e as implicações que isso tem para o sistema de saúde, a intervenção extraordinariamente incisiva e detalhada que as instituições europeias e o FMI estão a ter na governação do país, para além da tomada de posse de um novo governo com a necessidade e a possibilidade de "começar de novo", criam as condições para uma atitude prospectiva em relação à evolução do sistema de saúde português, nos próximos anos.

---

**Que cenários, serão possíveis elaborar, que permitam acompanhar, de uma forma útil, a evolução do sistema de saúde português nos próximos anos?**

---

Para facilidade de exposição optou-se por adoptar dois cenários extremos, que balizam um conjunto de situações intermédias possíveis, umas mais próximas de um destes cenários, outras mais próximas do outro. Por outras palavras, a pergunta a que se procurará responder nos tempos mais próximos é “a qual destes cenários a evolução do sistema de saúde, se parece estar a aproximar?”.

Em termos puramente analíticos estes dois cenários extremos dão, desdobrados, pelo menos mais dois cenários intermédios (um mais próximo do cenário mais desejável e outro mais perto do cenário menos desejado). No entanto, uma tal apresentação, pela sua complexidade, seria demasiado disfuncional em termos comunicacionais no contexto deste relatório, pelo que se optou por se apresentar aqui a versão simplificada.

A construção destes “cenários” está baseada no “modelo analítico prospectivo para a governação da saúde” (atrás referido) e na análise dos conteúdos do ME e da sua articulação com o programa do governo para a saúde. Para este efeito é importante recuperar duas questões acima formuladas, de grande importância para o futuro próximo:

- Há razões para acreditar que a “intervenção externa” representada pelo memorando da troika, será de tal forma determinante que superará as dificuldades acima referidas?  
Dada a importância crítica desta questão, parece fazer sentido que os cenários a construir para analisar prospectivamente a evolução do sistema de saúde português, nos tempos mais próximos, se centrem exactamente nas diferentes respostas que esta pergunta possa sugerir.
- De que forma vai o programa do governo articular-se com o Memorando de Entendimento, superar as suas omissões e limitações, manter ou não o relativo consenso que a maior parte destas medidas suscitam?  
Naturalmente que a resposta a esta pergunta estará em parte na formulação do programa de governo e, também, na forma como este programa será implementado.

Os dois cenários elaborados para balizar a evolução do sistema de saúde nos tempos mais próximos foram denominados (1) “Crise como oportunidade” e (2) “Pagar cada vez mais por cada vez menos”.

### **Cenário 1: Crise como oportunidade**

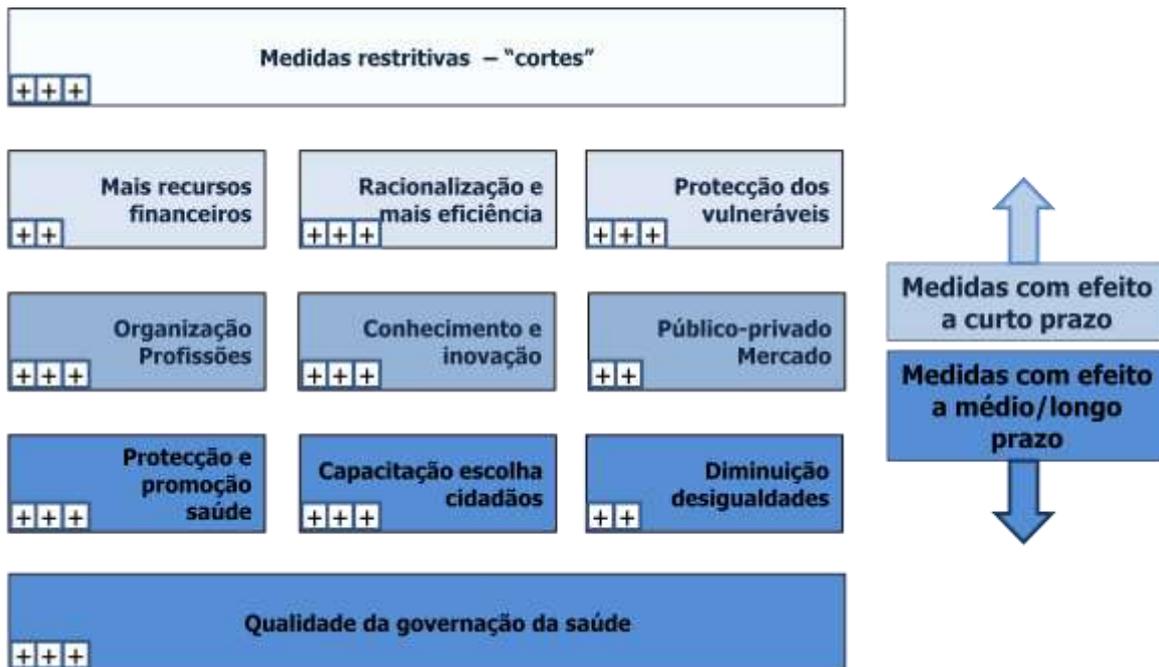
Dada a seriedade da actual situação, ao mesmo tempo que se tomam medidas de efeito imediato, é muito importante investir simultaneamente e de uma forma determinada numa rápida melhoria da qualidade da governação da saúde, exemplificado no Quadro 18 por cinco pontos essenciais.

## **Quadro 18. Boa governação da saúde - Prospectiva, adaptativa, transparente, solidária e participada**

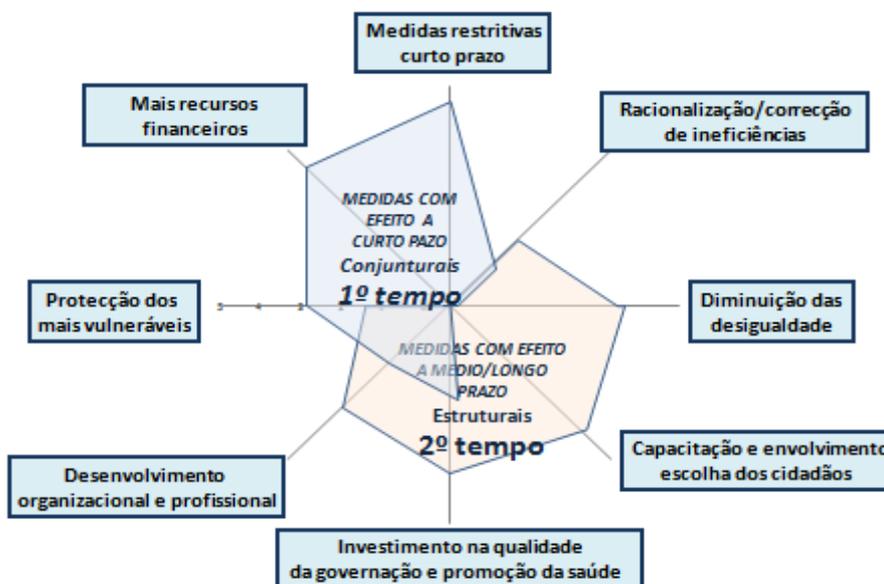
<b>Base de conhecimento das decisões políticas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mecanismo para incluir o conhecimento nas decisões políticas</li><li>• Aprender com a experiência - avaliações independentes do desempenho — enfoque nos resultados</li></ul>
<b>Governação prospectiva e adaptativa</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Instrumentos e recursos para análise e direcção estratégica</li><li>• Determinantes e incertezas associadas – incluindo o contexto global e europeu</li><li>• Cenários</li><li>• Monitorização e ajustamentos</li></ul>
<b>Realizar os objectivos do sistema de saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Melhor saúde</li><li>• Melhor resposta em cuidados de saúde</li><li>• Maior justiça na contribuição financeira</li></ul>
<b>Transparência na informação e nas decisões</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Orçamento da saúde</li><li>• Desempenho do sistema regulador</li></ul>
<b>Enquadramento dos actores sociais</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Agenda</li><li>• Influência e impacte nas políticas</li></ul>
<b>Inclusão das pessoas</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Capacitação, envolvimento argumentativo e escolha</li><li>• Aposta no conhecimento e na inovação</li></ul>

Um investimento na qualidade da governação é necessário não só para assegurar o sucesso e a sustentabilidade das medidas com efeito a curto prazo, mas também para assegurar que estas não condicionam, mas antes favorecem, o desenvolvimento de reformas mais profundas, a prazo.

Neste aspecto haverá que assegurar a realização oportuna de grande parte das medidas incluída no Memorando de Entendimento, mas será igualmente necessário acrescentar um vasto conjunto de outras incitativas destinadas a fortalecer a qualidade da governação da saúde (Figuras 22 e 23).



**Figura 22. Cenário 1a: Crise como oportunidade**



**Figura 23. Cenário 1b: Crise como oportunidade**

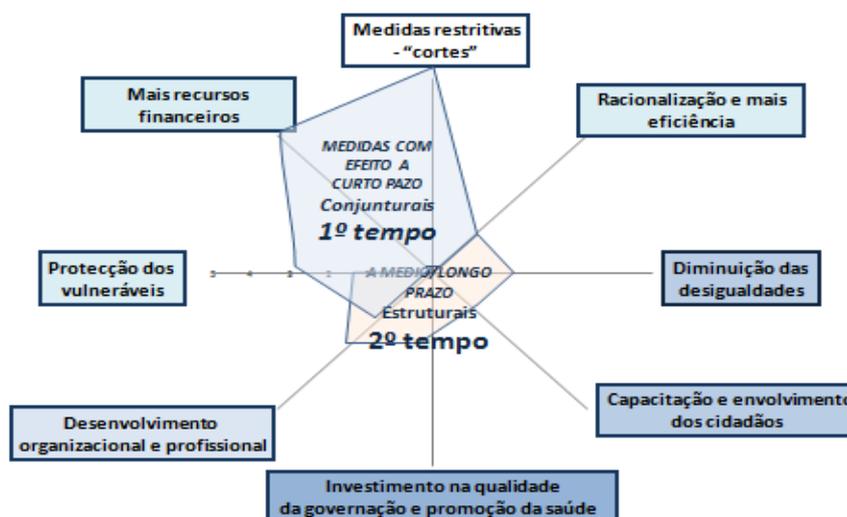
**Cenário 2: Pagar cada vez mais por cada vez menos**

Os factores que cronicamente impediram uma gestão de mudança na saúde, continuaram a operar. As múltiplas resistências à aplicação das medidas propostas, resultará na sua parcial substituição por outras, politicamente mais “fáceis”, com resultados financeiros aproximadamente equivalentes. Esta “substituição compensatória” far-se-á no sentido de continuar a aumentar a contribuição das pessoas (impostos e co-pagamentos), ao mesmo tempo que se verificará uma diminuição acrescida da oferta pública em cuidados de saúde.

Este tipo de solução não estimulará particularmente uma melhoria substancial na qualidade da governação da saúde e dos factores que lhe estão associados – como uma maior capacitação e envolvimento das pessoas na melhoria do seu estado de saúde e no desenvolvimento do sistema de saúde, e uma diminuição nas desigualdades em saúde – nem permitirá um grau satisfatório do desenvolvimento organizacional e profissional dos serviços de saúde. O acesso e a qualidade destes deteriorar-se-á progressivamente. As Figuras 24 e 25 representam graficamente este segundo cenário.



**Figura 24. Cenário 2a: Pagar cada vez mais por cada vez menos**



**Figura 25. Cenário 2b: Pagar cada vez mais por cada vez menos**

Como se disse atrás, estes dois cenários são extremos e permitem apenas balizar a situação do sistema de saúde português nos próximos anos.

### **3.3.5 Análise prospectiva da governação da saúde - perspectivas imediatas: preparação do orçamento 2012**

Os problemas acumulados e a urgência das respostas necessárias requerem uma atitude prospectiva imediata em relação à implementação das medidas do “memorando de entendimento” e aquelas que constarão do programa do governo. Para além da aprovação deste programa proximamente pelo Parlamento, é desde já possível identificar, para os próximos 12 meses alguns “momentos críticos” que deverão merecer uma atenção muito especial. Estes podem resumir-se da seguinte forma:

- Preparação e adopção do orçamento da saúde de 2012 (no contexto de uma estratégia orçamental de médio prazo) – terá lugar entre Julho e Novembro de 2011.
- Avaliação do grau de implementação do memorando de entendimento, aos 2º, 3º e 4º trimestres – que corresponderá, respectivamente aos meses de Janeiro, Abril e Julho de 2012.

Este relatório só fará referência ao primeiro destes momentos – a preparação do orçamento da saúde 2012.

Ninguém entende verdadeiramente o orçamento da saúde, tal como apresentado e adoptado anualmente pela Assembleia da República. Na sua versão habitual, é constituído por um texto introdutório, que não explicita nem fundamenta as opções de política orçamental tomadas, e de um conjunto de quadros de feição contabilística de carácter muito genérico, pouco ou nada esclarecedores.

Nos sistemas de saúde financiados directamente pelas contribuições de empregados e empregadores, gerido através de um seguro de saúde público (social), verificam-se algumas condições que asseguram o sentido de pertença das pessoas ao “seu sistema de saúde”:

- A “entidade mediadora” (seguro público) é claramente identificável pelo contribuinte como tal – é o “seu” seguro público;
- Alterações nas contribuições para o seguro público de saúde, são uma questão política de primeira grandeza;
- Insatisfação pelos cuidados recebidos (financiados através do seguro público) pode ser “tratada” através deste interlocutor.

A transição deste modelo de financiamento, para um outro, em que as contribuições directas (dedicadas) foram substituídas pelo conjunto das contribuições que alimentam o Orçamento Geral do Estado, teve como consequência que o Estado passasse ele próprio a funcionar como um “seguro público” de saúde. Esta transição teve boas razões macroeconómicas – evitar que o financiamento da saúde pesasse exclusivamente sobre os rendimentos do trabalho – mas teve também um conjunto de inconvenientes nunca compensados.

Um dos mais importantes desses inconvenientes é a perda do sentido de pertença por parte do cidadão contribuinte ao seu sistema de saúde (como subscritor do contrato social da saúde). Esta perda de sentido de pertença e dos respectivos direitos e responsabilidades, deixou-nos uma concepção assistencialista do Estado, que “dá-nos o que pode”, enquanto as

peças e os múltiplos actores sociais da saúde queixam-se do “pouco que lhes dão e pedem mais”.

Se as mudanças necessárias requerem a colaboração, o envolvimento e a responsabilização das pessoas, então é também necessário que o Estado assuma as suas responsabilidades perante as pessoas.

A preparação, discussão e aprovação do Orçamento Geral do Estado, é um dos momentos mais importantes e propícios para que os representantes eleitos e o Estado assumam essas responsabilidades.

---

**Ninguém entende o Orçamento Geral do Estado, nem mesmo os especialistas em finanças públicas .... Estas “contas” devem ser claras para todos ... tal como as contas de um condomínio são entendíveis pelos condóminos...**

**João Duque, Presidente do ISEG, Antena 1, 12 de Junho 2011**

---

É por essas razões que, no momento em que se pedem aos portugueses inúmeros sacrifícios, é absolutamente necessária uma discussão aberta e transparente (entendível pelos contribuintes) e política (cada força política deve explicitar e fundamentar as suas opções alternativas que defende) do Orçamento da Saúde.

Não faltam referências tecnicamente idóneas sobre aquilo que deveria ser um “orçamento da saúde” (e as grandes opções de política de saúde e política orçamental que lhe estão subjacentes), capaz de cumprir a sua importantíssima função social. O problema tem sido que estas referências têm sido sistematicamente ignoradas.

No actual contexto existem todas as razões para isto não continuar assim.

É necessário conseguir um amplo acordo social sobre um conjunto explícito e claro de “boas práticas” para a apresentação e discussão do orçamento da saúde, e mobilizar fortemente a sociedade portuguesa para participar activamente nesse processo.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

## Principais conclusões

1. **Saúde e crise:** a crise financeira, económica e social, particularmente o desemprego e o empobrecimento, têm um impacto negativo sobre a saúde (páginas 42 a 50). A resposta à crise – restrições para conseguir os recursos necessários para fazer face ao endividamento público e privado, acrescentam novas dificuldades; o estatuto de “país intervencionado” por instituições internacionais desafia a auto-estima dos portugueses. **Não basta cumprir as “obrigações internacionais” – é necessário superá-las, fazendo da crise uma oportunidade, mobilizando o melhor do país para esse efeito;**
2. **Antecedentes imediatos (2010-11):** a acção do Ministério da Saúde durante os últimos 17 meses foi **altamente condicionada pelo agravamento da situação financeira do país**, que se manifestou por uma diminuição de cerca de 13% no orçamento da saúde para 2011. Adoptaram-se um amplo conjunto de **medidas de poupança** (muitas das quais anteciparam o que consta do “memorando de entendimento” (páginas 79 a 80) ao mesmo tempo que se procuraram **manter as reformas em curso** – nomeadamente as dos cuidados de saúde primários e continuados. No entanto, o **pouco investimento feito na qualidade da governação da saúde limitou os progressos possíveis:** nas boas práticas em saúde (antibióticos e infecção hospitalar – páginas 20 a 27), no acesso aos cuidados de saúde (incumprimento das garantias em relação ao acesso aos cuidados hospitalares – páginas 27 a 36) e na sustentabilidade financeira dos cuidados continuados (páginas 12 a 19). Particularmente notória a **incapacidade de completar o PNS** (seria razoável que estivesse ultimado pelo menos 6 meses antes do início do seu período de vigência 2011-2016), dado o amplo tempo e consideráveis recursos disponibilizados para o efeito;
3. **Memorando de entendimento – a grande questão:** havendo um amplo consenso que, em relação à saúde, muitas das medidas lá contidas são úteis e desejáveis **porque é que não se fizeram antes**, pelos vários governos que tiveram ocasião para isso? Há poucas dúvidas que isso se deve essencialmente a três factores (para os quais o OPSS apontou insistentemente durante a última década): baixa qualidade dos dispositivos e instrumentos da governação da saúde; densa estruturação dos interesses particulares – económicos e profissionais – que se substituem muito frequentemente ao interesse geral; ausência de uma cidadania activa – pessoas informadas e capacitadas, disponíveis para um envolvimento argumentativo nas questões que lhes dizem respeito (páginas 73 a 76). Neste contexto, a pergunta verdadeiramente crítica é: **Há razões para acreditar que, na actual situação do país, a “intervenção externa” representada pelo memorando da troika, será de tal forma determinante que superará as dificuldades acima referidas?**
4. **Memorando de entendimento – controvérsia:** este documento coloca sob a rubrica “financiamento”, o aumento das taxas moderadoras, a sua indexação à inflação e a sua aplicação associada à capacidade de pagar! (páginas 78 a 80) As “taxas moderadoras” destinam-se por definição a moderar a utilização imoderada de cuidados de saúde pré-pagos. Por isso as modalidades da sua aplicação devem ser decididas de acordo com aquilo que é a sua função – evitar a utilização excessiva dos cuidados de saúde, sem limitar o acesso àqueles que são necessários. Aquilo, a que o Memorando se refere, são co-pagamentos, ou seja os pagamentos directos de uma percentagem do custo dos cuidados de saúde (à hora de os receber) para além daquilo que é pré-pago através dos impostos. A discussão de um eventual papel de co-pagamentos no financiamento do SNS, é importante em termos da concepção que se pretende adoptar para o sistema de saúde

português, e deve ser feita. **Disfarçar sob a forma de “taxas moderadoras”, aquilo que são de facto co-pagamentos, não pode ser considerado um equívoco menor**, mesmo considerando que o governo ainda em funções o tem também praticado extensamente;

5. **Memorando de entendimento e programa do governo:** O Memorando obriga o programa de governo, mas está longe de o preencher. Existem muitas questões importantes em política de saúde que não contempla (páginas 52 a 54), e que têm que ser decididas aquando da preparação, discussão e aprovação do programa de governo, numa Assembleia da República recentemente legitimada pelo voto popular. Neste contexto o governo terá de decidir de que forma quer enquadrar o Memorando no seu programa, de que modo quererá conciliar o amplo acordo conseguido (requerido) pelo Memorando com as opções políticas próprias – onde quer um amplo acordo para as reformas necessárias e onde optará por situar uma “fronteira ideológica”. Um dos aspectos que estará em evidência neste domínio tem a ver com a **mistura entre o público e o privado no sistema de saúde português**. A maior parte das análises credenciadas, nacionais e internacionais, sobre o sistema de saúde português, não identifica a dimensão relativa dos sectores público e privado na actualidade como um problema significativo no sistema de saúde do país. As propostas do Memorando de Entendimento subscrevem também este ponto de vista;
6. **Modelo de análise prospectiva da governação da saúde em tempo de crise:** A análise da governação da saúde em Portugal tem sido essencialmente retrospectiva. Tal como uma melhoria substancial da qualidade da governação da saúde no país terá que passar pela introdução de instrumentos fortemente prospectivos e adaptativos, assim a sua análise requer também um **modelo analítico que permita acompanhar a evolução da situação a partir de cenários pré-definidos**. Tendo isso em conta, o OPSS desenvolveu e fundamentou um “modelo de análise prospectiva”, apresentado neste relatório com a respectiva **fundamentação** (páginas 52 a 59). Mas, para além disso, o OPSS está a trabalhar no sentido de assegurar que essa **análise prospectiva se possa fazer comparativamente com a evolução da situação na Grécia e na Irlanda;**
7. **Cenários para o futuro: “crise como oportunidade” ou “pagar cada vez mais por cada vez menos”:** com base no modelo analítico adoptado, elaboraram-se dois cenários “extremos” para o futuro:
  - Cenário 1: “crise como oportunidade”** – O governo e o conjunto da sociedade portuguesa serão capazes de tirar o país desta crise modernizando as suas instituições. Isso passará por **grande investimento na qualidade da governação:** melhorar a base de conhecimento das decisões políticas; desenvolver instrumentos prospectivos e adaptativos; ser capaz de enquadrar as agendas dos actores sociais mais importantes e minimizar a resistência à mudança; realizar de forma harmónica os princípios objectivos do sistema de saúde; apostar na transparência da informação e das decisões; capacitar e envolver os cidadãos e apostar na inovação;
  - Cenário 2: “pagar cada vez mais por cada vez menos”** - Os factores que têm evitado que muitas das medidas que constam do Memorando de Entendimento tenham sido implementadas no passado, persistirão. Face às resistências encontradas, o governo proporá a substituição de algumas das mediadas previstas por outras, com similar impacte na poupança, mas que implicarão

mais “pagamentos directos” por parte das pessoas, e menor disponibilidade de serviços públicos de saúde.

Estes são propositadamente, para simplificação da exposição, cenários extremos. A realidade aproximar-se-á mais a cenários intermédios, mais perto de um ou de outro dos cenários acima descritos (páginas 82 a 86).

8. **Desafio próximo - orçamento da saúde 2012 (2012-15) transparente e amplamente debatido:** Ninguém verdadeiramente entende o orçamento da saúde, tal como é apresentado e adoptado anualmente pela Assembleia da República.

Na sua versão habitual, é constituído por um texto introdutório, que não explicita ou verdadeiramente fundamenta as opções de política orçamental tomadas e, de um conjunto de quadros de feição contabilística, de carácter muito genérico, pouco ou nada esclarecedores.

A preparação, discussão e aprovação do Orçamento Geral do Estado, é um dos momentos mais importantes e propícios para que os representantes eleitos e o Estado assumam as suas responsabilidades perante as pessoas (páginas 87 a 88).

É necessário conseguir um amplo acordo social sobre um conjunto explícito e claro de “boas práticas” para a apresentação e discussão do orçamento da saúde e, mobilizar fortemente a sociedade portuguesa para participar activamente nesse processo.

9. **Dimensão internacional: o que é feito da “saúde em todas as políticas”?**

A par das responsabilidades intrínsecas ao país na crise em curso, esta teve origem e foi alimentada por importantes disfunções globais e da UE, que a não serem devidamente equacionadas, não só comprometem a recuperação das economias e dos sistemas de protecção social dos países “mais periféricos”, mas deixam-nos também vulneráveis a crises semelhantes no futuro.

No âmbito da saúde já é possível identificar iniciativas europeias nesse sentido, mas ainda de carácter muito embrionário. **É importante que o país se prepare para intervir de uma forma activa, participada e esclarecida no quadro das instituições europeias da economia e da saúde.**

10. **Instituições equidistantes dos poderes políticos, económicos e profissionais:**

O país necessita de instituições, capazes de olhar para a realidade nacional e internacional, através de modelos analíticos, adequadamente fundamentados e validados - instituições independentes, capazes de amortecer as tensões entre distintos pontos de vista e poderes (políticos, económicos e profissionais) e entre diferentes hierarquias de valores; instituições que promovam o respeito pela qualidade e pela competência, dispostas a “ver” para além dos interesses imediatos, capazes de estimular a capacitação dos cidadãos e o seu envolvimento argumentativo nas questões de interesse geral.

A independência e competência não se reclamam - constroem-se e documentam-se.

**Será a sociedade portuguesa capaz de elaborar este tecido institucional, capaz de assegurar no futuro um sistema de saúde de qualidade e acessível em condições aceitáveis a todos os portugueses?**

## **5. BIBLIOGRAFIA**

---

ASSEMBLY OF EUROPEAN REGIONS. - The Impact of The Economic Crisis On Health Inequalities. In Assembly of European Regions Conference in Health Inequalities, Bruxelas, 7 e 8 de Outubro de 2010. Bruxelas : Assembly of European Regions, 2010.

AMARAL, L. - Economia portuguesa: as últimas décadas. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2010.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR. - A Contratualização e a Reforma dos CSP – Pela Evolução da Cultura de Negociação. [em linha]. Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar, 2011a. [Consultado em 23 Maio de 2011]. Disponível em <http://www.box.net/shared/z08opsra0v>.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR. - Notícias sobre o Relatório de Progresso 2 da Reforma dos CSP e Áreas de Trabalho e Objectivos para 2011. [em linha]. Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar, 2011b. [Consultado em 23 Maio de 2011]. Disponível em <http://www.box.net/shared/puv1v2dl14>.

BANCO DE PORTUGAL. - Boletim Económico da Primavera 2011, Vol.17, Número 1. Lisboa, 2011.

BANCO DE PORTUGAL. – Relatório do Conselho de Administração: Relatório e Contas 2010. Lisboa, 2011a.

BARBOSA, P.; SANTANA, R.; COSTA, C. - Cuidados de saúde primários: descrição da sua evolução histórica e actual processo de reforma. In COSTA, C.; SANTANA, R.; LOPES, S. Pode a organização, a gestão e o financiamento das organizações de saúde em Portugal produzir resultados diferentes em termos de eficiência? Relatório IV/2011 – cuidados de saúde primários. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2011.

BARROS P.P.; NUNES L.C. - 10 Anos de Política do Medicamento em Portugal. Lisboa: GANEC, Universidade Nova de Lisboa, 2011.

BRIDGEHEAD INTERNATIONAL. EQUIPP: Europe Quitting: progress and pathways. London, 2011.

CABRAL, M.V.; ALCÂNTARA, P. - O estado da saúde em Portugal – Acesso, avaliação e atitudes da população portuguesa. Lisboa : Instituto de Ciências Sociais, 2009.

CARMO, R.M. et al - Desigualdades Sociais 2010: estudos e indicadores. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Instituto Universitário de Lisboa, 2010.

CATALANO, R. - Health, Medical Care, and Economic Crisis. [em linha].New England Journal Of Medicine. 360: 8 (February 2009) 749-751. [Consultado em 12 Abril 2011]. Disponível em <Http://Www.Nejm.Org/Doi/Pdf/10.1056/Nejmp0809122>.

CHAN, M. - Impact Of Financial Crisis On Health: A Truly Global Solution Is Needed. [em linha].Organização Mundial de Saúde. April 2009. [Consultado em 12 Abril 2011]. Disponível em [Http://Www.Who.Int/Mediacentre/News/Statements/2009/Financial\\_Crisis\\_20090401/En/Index.Html](Http://Www.Who.Int/Mediacentre/News/Statements/2009/Financial_Crisis_20090401/En/Index.Html).

COSTA, A. (coord.) - Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. [em linha]. Ministério da Saúde, 2010

[Consultado em 19 de Abril de 2011]. Disponível em [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3\\_anos\\_RNCCI.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/3_anos_RNCCI.pdf)].

DECRETO-LEI n.º 101/2006. D. R. Iª Série A. 109 (2006-06-06) 3856-3865.

DECRETO-LEI n.º 56/2006. D. R. Iª Série A. 53 (2006-03-15) 1913-1915.

DELOITTE. - Saúde em análise: uma visão para o futuro. Lisboa, 2011.

ECONOMOU, A.; NIKOLAOU, A. - Are Recessions Harmful To Health After All? Evidence from the European Union. J Econ Studies 35: 5 (March 2007) 368-84.

ESPAÑA. CONSEIL DE SECTOR D'ATENCIÓ SOCIOSANITÀRIA. UNIÓ CATALANA D'HOSPITALS. – Evolució de la complexitat assistencial en atenció sociosanitària d'internament. Barcelona: Unió Catalana d'Hospitals. Conseil de Sector d'Atenció Sociosanitària, Mars 2010.

ESPAÑA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA - Comunicado de la Sociedad Española De Salud Pública Y Administración Sanitaria: El Impacto en la Salud de la Población de la Crisis Económica Y las Políticas para Abordarla. Barcelona: SESPAS, 22 De Febrero De 2011.

ESPAÑA. MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL POLICY. - Moving forward equity in health: monitoring social determinants of health and the reduction of health inequalities. An independent expert report commissioned through the Spanish Presidency of the EU. Espanha, 2010.

EUROPEAN COMMISSION - Employment, Social Affairs and Equal Opportunities DG.eu report: long-term care in the European Union. [em linha]. European Commission, April 2008. [Consultado em 29 de Maio de 2011]. Disponível em <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=768&langId=en>.

EUROPEAN COMMISSION. - Sustainability Report 2009. European Economy. 9/2009. [em linha] 2009 a. [Consultado em 19 de Abril de 2011]. Disponível em [http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication15998\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication15998_en.pdf).

EUROPEAN SURVEILLANCE OF ANTIMICROBIAL CONSUMPTION. - Yearbook 2008. [em linha]. European Surveillance of Antimicrobial Consumption, 2008. [Consultado em 21 de Maio de 2011]. Disponível em: [www.esac.ua.ac.be](http://www.esac.ua.ac.be).

EUROSTAT - Basic Figures On The EU, First Quarter 2011. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

EUROSTAT - Healthy life years statistics. [em linha]. Data from October 2010, most recent data: further Eurostat information, main tables and database. 2010b. [Consultado em 29 de Maio de 2011]. Disponível em [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Healthy\\_life\\_years\\_statistics#Further\\_Eurostat\\_information](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthy_life_years_statistics#Further_Eurostat_information).

EUROSTAT - Population and social conditions - Statistics in focus. [em linha]. Eurostat, 9/2010, 2010a. [Consultado em 29 de Maio de 2011]. Disponível em [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-10-009/EN/KS-SF-10-009-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-10-009/EN/KS-SF-10-009-EN.PDF).

EUROSTAT- The Social Situation In The European Union 2009. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2009.

FALAGAS, M.E. [et al.] - Economic Crises and Mortality: a review of the literature. *International Journal Of Clinical Practice*. 63: 8 (August 2009) 1128-1135.

FERNANDES J.V.; BARROS P.P.; FERNANDES A.C. - Três olhares sobre o futuro da saúde em Portugal. Lisboa: Príncípa Editora, 2011.

GONÇALVES, C.; CARRILHO, M.J. - Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. [em linha]. *Revista de Estudos Demográficos*, 40, 21: 37. Lisboa: INE, 2007. [Consultado em 29 de Maio de 2011]. Disponível em [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=5993008&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=5993008&att_display=n&att_download=y).

HEALTH ACTION INTERNATIONAL - Drug Pricing and Access to Essential Medicines. [em linha]. In HEALTH ACTION INTERNATIONAL. - Statement by health action international.europe for the dg trade and civil society health issue. Group Meeting. Brussels, 26 June 2000. [Consultado em 1 de Junho 2011]. Disponível em [http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2005/april/tradoc\\_122213.pdf](http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2005/april/tradoc_122213.pdf).

HEALTH ACTION INTERNATIONAL EUROPE - Access for all - Making medicines affordable in Portugal. [em linha]. The Netherlands : Health Action International, 2009. Issue fact sheet. [Consultado em 1 de Junho de 2011]. Disponível em <http://haieurope.org/wp-content/uploads/2011/02/21-Sep-2009-Issue-Factsheet-Medicines-Reimbursement-Portugal-English.pdf>.

LEICHSENRING, K. - Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 41:18 (2004).

LIKERY, R. - A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology* 140: pp. 1-55, 1932.

MARMOT, M. - How Will The Financial Crisis Affect Health? *BMJ*. 338: 1 (April 2009) B1314.

MURPHY G.C.; ATHANASOU J. A. - The Effect of Unemployment on Mental Health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 72: 1 (March 1999) 83-99.

NIES, H.- Managing effective partnerships in older people's services. *Health & Social Care in the Community*, 14(5), 391: 399 (2004). Retrieved from EBSCOhost.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Chapter 5: paying for long-term care: current reforms and issues for the future in long-term care for older people. Paris : The OECD Health Project. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Health system priorities when money is tight, OECD health ministerial meeting, 7-8 October. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT - Pharmaceutical pricing policies in a global market- executive summary. [em linha]. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Division, 2009. [Consultado em 1 de Junho de 2011]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/36/2/41303903.pdf>.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT- Help wanted? Providing and paying for long-term care. [em linha].Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, May 2011. [Consultado em 29 Maio de 2011].

PORTUGAL. INFARMED – Dados de mercado ambulatorio do SNS. 2011. [Consultado em 1 de Junho de 2011]. Disponível em [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO\\_DO\\_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE\\_MENSAL\\_MERCADO/MEDICAMENTOS\\_SNS\\_MESES\\_ANTERIORES/2011/Rel-SNS-201102-Net\\_0.pdf](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/MEDICAMENTOS_SNS_MESES_ANTERIORES/2011/Rel-SNS-201102-Net_0.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DAS FINANÇAS. Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica, 2011. [Consultado em 1 de Junho de 2011]. Disponível em [http://www.min-financas.pt/inf\\_economica/MoU\\_PT.pdf](http://www.min-financas.pt/inf_economica/MoU_PT.pdf)

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. - Base de dados da Consulta a Tempo e Horas (não publicado), 2010.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO – Cuidados de Saúde Primários: relatório de avaliação 2009 – unidades de saúde familiar: análise 2007-2009. [em linha]. Lisboa: Departamento de Contratualização. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Ministério da Saúde, 2010a. [Consultado em 23 Maio de 2011]. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/ARSLVT/EstruturaOrganica/Documents/Relat%C3%B3rio%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20USF%202009.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO – Cuidados de Saúde Primários. Contratualização com Unidades de Saúde Familiar – Relatório de 2009. [em linha]. Lisboa: Departamento de Contratualização. Administração Regional de Saúde do Norte. Ministério da Saúde, 2010c. [Consultado em 23 Maio de 2011]. Disponível em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio\\_2009\\_Contratualizacao.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_2009_Contratualizacao.pdf).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE. - Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010. [em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde, 2010. [Consultado em 23 Maio de 2011]. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Dados de controlo de infecção (não publicado), 2011.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Dados de HELICS-UCI (não publicado), 2009.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE. - Relatório INFOTABAC. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2011.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS - Tempos Decisivos - da necessidade de um novo modelo de governança para a reforma dos cuidados de saúde primários. [em linha]. Lisboa: Grupo Consultivo para a reforma

dos cuidados de saúde primários, Ministério da Saúde, 2010. [Consultado em 23 Maio de 2011]. Disponível em <http://www.mgfamiliar.net/RelatorioGRCRSP2010.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO DE COORDENAÇÃO ESTRATÉGICA - A reforma e o desenvolvimento organizacional dos cuidados de saúde primários numa perspectiva sistémica integrada. [em linha]. Lisboa: Grupo de Coordenação Estratégica, Ministério da Saúde, 2011. [Consultado em 23 Maio de 2011]. Disponível em [http://www.csp.min-saude.pt/Imgs/content/article\\_7090/gape\\_do\\_ms\\_proposta\\_201120042027.pdf](http://www.csp.min-saude.pt/Imgs/content/article_7090/gape_do_ms_proposta_201120042027.pdf).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO DE COORDENAÇÃO ESTRATÉGICA -Trabalhos em curso e documentos em elaboração. Lisboa : Grupo de Coordenação Estratégica, Ministério da Saúde, Novembro de 2010.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - Guia da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). [em linha]. Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Setembro de 2009. [Consultado em 19 de Abril de 2011]. Disponível em [http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia\\_RNCCI.pdf](http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Guia_RNCCI.pdf).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. - Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2010. [em linha]. Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Março, 2011. [Consultado em 28 de Maio de 2011]. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. - Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) 2011. [em linha]. Lisboa: Unidade de Missão de Cuidados Continuados Integrados. Ministério da Saúde, Março de 2011. [Consultado em 21 de Abril de 2011]. Disponível em <http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualRNCCI2010VersaoFinal.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DO CENTRO. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO - Cuidados de Saúde Primários: relatório de avaliação 2009 – contratualização com unidades de saúde familiar. [em linha]. Lisboa: Departamento de Contratualização. Administração Regional de Saúde do Centro. Ministério da Saúde, 2010b. [Consultado em 23 Maio 2011]. Disponível em [http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/RA%202009\\_FINAL.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Contratualizacao/Documents/RA%202009_FINAL.pdf).

RAMOS, V.- Entrevista. Revista Saúde e Sociedade. 4 (Março a Junho de 2011).

SAKELLARIDES, C. - Novo contrato social da saúde: incluir as pessoas. Lisboa: Diário de Bordo Editores, 2010.

SIMÕES, J.; BARROS P.P.; PEREIRA J.- A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

STUCKLER, D., [et al.] - The Public Health Effect Of Economic Crises And Alternative Policy Responses In Europe: An Empirical Analysis. The Lancet. 374: 9686 (July 2009) 315-323.

THE ECONOMIST - The future of healthcare in Europe. The Economist Intelligence Unit Limited, 2011.

THOMSON, S.; F OUBSTER, T.; FIGUERAS, J.; KUTZIN, J.; PERMANAND, G.; BRYNDOVÁ, L. - Addressing financial sustainability in health systems. Policy summary prepared for the Czech European Union Presidency, Ministerial Conference on the Financial Sustainability of Health Systems in Europe. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies, 2009.

UNITED NATIONS - World Population Ageing, 2009. [em linha]. New York : Department of Economic and Social Affairs, 2009. [Consultado em 17 de Abril de 2011]. Disponível em [http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009\\_WorkingPaper.pt](http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pt).

UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA. INSTITUTO SUPERIOR DE ECONOMIA E GESTÃO - Sustentabilidade e competitividade na saúde em Portugal. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão, Universidade Técnica de Lisboa, 2010.

VAZ, A. F. [et al.] - Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde. [em linha]. Estudo especializado, no âmbito da elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Novembro 2010. [Consultado em 12 de Maio de 2011] Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/PM1.pdf>.

VOGLER, S.; LEOPOLD, C. - Access to essential medicines in Portugal. [em linha]. Health action international Europe, öbig Forschungs- und Planungsgesellschaft mbH, July 2009. Versão traduzida. [Consultado em 1 de Junho de 2011]. Disponível em <http://haieurope.org/wp-content/uploads/2010/12/31-Aug-2009-OEBIG-Report-Access-to-essential-medicines-in-Portugal-PT.pdf>.

WISKOW, C.; ALBREHT, T.; DE PIETRO, C. - How to create an attractive and supportive working environment for health professionals? Policy Brief. [em linha]. European Observatory on Health Systems and Policies and the Health Evidence Network of WHO/Europe, 2010 [Consultado em 10 de Junho de 2011]. Disponível em [http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Draft\\_Policy\\_Brief\\_working\\_environments.pdf](http://www.healthworkforce4europe.eu/downloads/Draft_Policy_Brief_working_environments.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Portugal health system performance assessment. Copenhagen: World Health Organization, 2010b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Medicines: essential medicines. fact sheet n°325. [em linha]. World Health Organization and Health Action International, June 2010c. [Consultado em 1 de Junho de 2011]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/en/index.html>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - MPOWER: a policy package to reverse the tobacco epidemic. Geneva: World Health Organization, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. HEALTH ACTION INTERNATIONAL – Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd edition. [em linha]. World Health Organization and Health Action International, 2008. [Consultado em 01 de Junho de 2011]. Disponível em [http://www.who.int/medicines/areas/access/OMS\\_Medicine\\_prices.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/access/OMS_Medicine_prices.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - The world health report 2000 - Health systems: improving performance. [em linha]. World Health Organization, 2000 [Consultado em 1 de Junho de 2011]. Disponível em <http://www.who.int/whr/2000/en/>.

Young, T. – Population Health - Concepts and Methods. New York: Oxford University Press, 1998.

## **ANEXOS**

---

## ANEXO 1. Anexo metodológico - Auditoria

O objectivo primordial do OPSS é o de proporcionar a todos os *stakeholders* do sector da saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos factores que determinam essa evolução, com a finalidade de facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.

Para documentar e argumentar os seus resultados e conclusões, o OPSS faz a sua análise a partir de fontes de conhecimento disponíveis que utilizam informação primária e secundária. Em áreas consideradas particularmente importantes e onde existam fortes lacunas de conhecimento, são promovidas iniciativas específicas para superar essas falhas. Na ausência frequente deste tipo de fontes de conhecimento, o OPSS recorre a fontes de conhecimento menos rígidas mas com um adequado nível de qualificação. Os critérios de qualificação e a sua aplicação são explicitamente consensualizados pela rede OPSS, com recurso a contributos externos sempre que necessário.

Para a análise da governação em saúde, o OPSS recorre a um conjunto de boas práticas, que passam por:

- Competência, mérito e excelência reconhecida e comprovada ao nível académico para o desenvolvimento rigoroso de estudos, projectos e análises dos sistemas de saúde;
- Rede multidisciplinar;
- Independência e isenção face aos principais *stakeholders* da saúde;
- Critérios explícitos, para os conteúdos prioritários e estratégia de análise;
- Clara distinção entre "agenda política" e "governance";
- Base de conhecimento explícita e acessível;
- Estratégias de comunicação efectivas;
- Oportunidade para expressar desacordo com os conteúdos do relatório;
- Declaração de conflito de interesses dos investigadores;
- Financiamento diversificado;
- Avaliação interna (matriz de boas práticas).

O OPSS tem vindo a apostar também no desenvolvimento da avaliação externa (auditoria), na medida em que considera que este processo contribui para a transparência e para a imparcialidade das suas análises, beneficia a qualidade do produto final e reforça a credibilidade do projecto, na óptica dos diferentes actores sociais.

Foi instituído o recurso a uma comissão de avaliação externa, constituída por investigadores independentes com competências reconhecidas na análise de sistemas de saúde, integrando, sempre que possível, um perito internacional. O objectivo desta auditoria é o de avaliar a isenção e profundidade das abordagens efectuadas, o rigor metodológico do documento e a consistência do projecto na sua globalidade. Deverá ser emitido um relatório final de avaliação.

O perito internacional indicado, este ano, pelo Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (EOHSP) para este fim foi Mark Leys, que esteve em Lisboa nos dias 19 e 20 de Maio de 2011, para a realização desta avaliação. Mark pertence à Vrije Universiteit Brussel, é consultor daquele Observatório e integra entre outros, o grupo de peritos que desenvolve o Projecto Bridge - Scoping Study of Approaches to Brokering Knowledge and Research Information to Support the Development and Governance of Health Systems in Europe - cujo coordenador científico é Josep Figueras, da Organização Mundial de Saúde e do Observatório Europeu. O objectivo deste projecto é o de realizar um mapeamento acerca das iniciativas, mecanismos e práticas de intermediação existentes nos 27 países da União Europeia e nos quatro membros da EFTA (Associação Europeia do

Comércio Livre) e, identificar as experiências que têm apresentado bons resultados, bem como as soluções inovadoras a este nível. A participação de Portugal neste projecto reveste-se de particular interesse, na medida em que permitirá descrever a realidade nacional e, simultaneamente, constituirá um contributo para o aumento do conhecimento nesta área.

Com o objectivo de enquadrar a avaliação externa, foi previamente disponibilizado um conjunto de informação de base (em inglês, assim como um resumo do último relatório de primavera – 2010), que se sintetiza de seguida:

Documento	Conteúdos
<b>Documento explicativo do OPSS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição geral do OPSS;</li> <li>• Tradução dos títulos dos 10 relatórios de primavera (2001-2010);</li> <li>• Filosofia e missão dos relatórios de primavera;</li> <li>• Desafios chave do OPSS;</li> <li>• Foco principal – qualidade da governação em saúde, analisada com base nos seguintes tópicos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Base da evidência das decisões políticas;</li> <li>○ Necessidade de referenciar boas práticas;</li> <li>○ Avaliar, reportar e aprender com a experiência do passado (com base nas decisões políticas do passado);</li> <li>○ Transparência da informação e da decisão;</li> <li>○ Padrões de envolvimento e influência dos actores sociais da saúde;</li> <li>○ Existência de estratégias de análise e centros de gestão;</li> <li>○ Determinantes da qualidade da governação em saúde.</li> </ul> </li> </ul> <p>Este documento referia ainda a necessidade de melhorar a capacidade de comunicar questões complexas, de uma forma válida e precisa, e a necessidade de melhorar a forma como a comunicação social utiliza a informação divulgada pelos Relatórios de Primavera, no sentido de evitar um centralismo exagerado nas mensagens negativas.</p>
<b>Documento com estratégia de melhoria metodológica</b>	<p>Apresentação dos seis pontos em discussão para o período 2011-2012, em termos de melhoria na abordagem metodológica, e que dizem respeito à preparação, disseminação e avaliação do RP 2011 e preparação do RP 2012</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificação dos temas-chave a incluir nos relatórios 2011 e 2012;</li> <li>2. Mecanismos de revisão (internos e externos);</li> <li>3. Melhoria do processo de comunicação;</li> <li>4. Minimização do ambiente de adversidade;</li> <li>5. Auto-avaliação (princípios de boas práticas e explicitação de conflito de interesses);</li> <li>6. Avaliação do impacte do RP 2011.</li> </ol>
<b>Questões de ponto de partida para a auditoria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De que forma é possível comparar, em termos gerais, a experiência do OPSS a outras experiências internacionais similares?</li> <li>• Comentários e recomendações acerca das abordagens metodológicas preconizadas pelo OPSS.</li> <li>• Comentários e sugestões sobre alguns aspectos específicos da abordagem geral do OPSS:           <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação dos temas-chave;</li> <li>- Mecanismos de revisão;</li> <li>- Melhoria da comunicação;</li> <li>- Minimização do ambiente de adversidade;</li> <li>- Auto-avaliação;</li> <li>- Avaliação do impacte.</li> </ul> </li> </ul>

A auditoria realizou-se através da leitura dos documentos acima referidos, de um conjunto de entrevistas de grupo entre o auditor, elementos da rede de investigadores e *stakeholders* da área da saúde (sem a presença dos elementos da coordenação do OPSS, por uma questão de total transparência) e ainda, através de entrevistas individuais ao representante da principal entidade financiadora, FCG e a jornalistas e políticos.

Foi enviado posteriormente o relatório de avaliação, cujo resumo se apresenta:

<b>O OPSS numa perspectiva internacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidade no que diz respeito à massa crítica, recursos humanos e financeiros;</li> <li>- Uma força potencial é a relação explícita com a academia (multidisciplinaridade);</li> <li>- Dificuldade no acesso à informação (em parte devido à cultura da administração pública);</li> <li>- Baseia-se demasiado num evento público e no papel da comunicação social;</li> <li>- Necesita de maior envolvimento com redes internacionais semelhantes;</li> <li>- Pode ser desenvolvida uma agenda que introduza gradualmente uma metodologia de trabalho baseada na evidência.</li> </ul>
<b>A necessidade de um observatório</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É reconhecida a necessidade da sua existência entre os stakeholders e os colaboradores, mas atravessa uma fase de algumas dúvidas;</li> <li>- Os RP são vistos como um instrumento importante para promover o debate político;</li> <li>- O OPSS, ou os RP são vistos como tendo o papel de advertir os decisores políticos, acerca da evolução do sistema de saúde;</li> <li>- Os actuais financiadores financiam o OPSS como um projecto e não estruturalmente como uma instituição;</li> <li>- O OPSS é visto como necessário, e deve continuar a desempenhar o seu papel, pela inexistência de uma alternativa credível;</li> <li>- Para reflectir:</li> <li>- (Que modelo estratégico e operacional será utilizado para responder à necessidade de um OPSS no contexto nacional e internacional? Um estudo – com visitas incluídas - a experiências similares a outros países, é uma iniciativa que implica recursos limitados e pode auxiliar no desenvolvimento de um modelo organizacional, assim como estímulo à criação de conhecimento e ao desenvolvimento de uma rede internacional).</li> </ul>
<b>Missão</b>	<p>Pontos fortes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forte foco na independência e na capacidade de realizar análises independentes;</li> <li>- Clareza no ponto principal de interesse: questões de governação em saúde; ao nível das políticas de saúde.</li> </ul> <p>Para reflexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A missão e a “identidade” não é clara para os <i>stakeholders</i>, internos e externos;</li> <li>- As declarações relativas à missão são demasiado genéricas, correndo o risco de ter várias e diferentes interpretações;</li> <li>- O OPSS, são os relatórios de primavera? Podem existir actividades diferenciadas?</li> <li>- Definir, com mais clareza, as audiências alvo pode auxiliar na definição da missão.</li> </ul>
<b>Modelo organizacional e recursos</b>	<p>Pontos fortes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaboração voluntária, não por interesses particulares, mas assumindo um compromisso com a necessidade da existência deste tipo de actividade;</li> <li>- Compromisso dos voluntários numa área de trabalho sem recursos financeiros;</li> <li>- Investigadores académicos seniores em combinação com jovens investigadores;</li> <li>- Integração de actividades científicas;</li> <li>- Trabalho participativo, colaborativo e interactivo.</li> </ul> <p>Para reflexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como pode o OPSS garantir o compromisso dos investigadores, em regime de voluntariado?</li> <li>- Estratégias de financiamento (é temporário, enquanto o OPSS desenvolve um modelo de auto-sustentação);</li> <li>- Não existem estratégias claras para angariação de outro financiamento, incluindo internacionais.</li> </ul>
<b>Aspectos metodológicos</b>	<p>Pontos fortes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10 anos de experiência no desenvolvimento dos RP;</li> <li>- Processo interno de revisão;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recurso a grupos focais como forma de validação externa;</li> <li>- Necessidade de desenvolver um método para a elaboração das conclusões, sempre baseadas na imparcialidade.</li> </ul> <p>Para reflexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O discurso de independência traduz-se no trabalho prático?</li> <li>- A informação e as análises baseiam-se verdadeiramente na evidência?</li> <li>- Como melhorar a transparência na selecção dos temas a abordar nos RP?</li> <li>- Como guiar os colaboradores externos, no sentido de que as suas contribuições sigam o "espírito" do OPSS;</li> <li>- Os colaboradores mais jovens definem-se mais como peritos que como colaboradores, em parte porque as suas actividades de investigação são desenvolvidos num contexto externo ao OPSS;</li> <li>- Como poderá o OPSS dedicar-se a uma análise mais geral do panorama nacional, e menos a tópicos previamente seleccionados?</li> <li>- Considerar, a auto avaliação retrospectiva, sistemática, acerca da evolução dos RP, incluindo análise de conteúdo dos relatórios como parte de uma experiencia de organização aprendente.</li> </ul>
<b>Estratégias de disseminação</b>	<p>Pontos fortes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evento anual de apresentação do RP;</li> <li>- Relatório relativamente pequeno, não demasiado técnico;</li> <li>- Site disponível com informação adicional ao relatório;</li> <li>- Importância da rede informal de contactos dos elementos, sénior.</li> </ul> <p>Para reflexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como poderá o OPSS melhorar a divulgação da informação, recorrendo a uma combinação de recursos disponíveis (mensagens chave, sumários executivos);</li> <li>- De que forma os RP se podem tornar em sínteses da informação disponível?</li> <li>- Que recursos humanos seriam necessários para desenvolver o OPSS?</li> <li>- Os colaboradores produzem textos demasiado longos e não adaptados aos relatórios. Como estimular competências de edição?</li> </ul>
<b>Impacte</b>	<p>Pontos fortes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RP é um produto conhecido, apresentado num evento anual;</li> <li>- Acompanhamento dos media, que induzem o debate político;</li> <li>- RP utilizado como fonte de informação sobre o sistema de saúde português (sobretudo por alunos, investigadores e jornalistas).</li> </ul> <p>Para reflexão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O OPSS tem uma estratégia de marketing clara e desenvolvida?</li> <li>- Como implementar estratégias para a criação de redes nacionais e internacionais?</li> <li>- Como melhorar o efeito duradouro dos RP, de modo a torna-lo menos num "evento singular"?</li> <li>- Está-se a atingir o público-alvo?</li> <li>- De que forma está o OPSS a avaliar o seu impacte?</li> <li>- Existem mecanismos para compreender as necessidades do público-alvo?</li> <li>- De que forma é que as actividades do OPSS podem atrair mais contributos científicos?</li> </ul>
<b>Conclusões</b>	<p>O documento foca-se mais em aspectos sobre os quais é necessário reflectir que propriamente numa análise das forças e fraquezas do OPSS</p>

Ainda no contexto da avaliação externa ao OPSS e seus produtos, realizou-se, na manhã do dia 5 de Maio de 2011, uma reunião de peritos, utilizando a metodologia de Focus Group, onde, além de um conjunto de colaboradores do Observatório, estiveram presentes os peritos abaixo referidos, aos quais se agradece publicamente os importantes contributos na validação dos conteúdos do Relatório de Primavera 2011:

- José Reis, Economista;
- Pedro Pita Barros, Economista da Saúde;
- Manuel Carvalho da Silva, Sociólogo e Dirigente Sindical;
- José Carlos Lopes Martins, Administrador Hospitalar.

A avaliação externa, em complementaridade com a avaliação interna, desenvolvida através da aplicação de uma matriz de boas práticas, enriquecida com os contributos do Projecto Bridge, servirá como um reforço à apreciação crescentemente positiva por parte dos agentes políticos e sociais do papel do OPSS, ao entendimento dos investigadores sobre a responsabilidade social que o mesmo foi gradualmente adquirindo na sociedade portuguesa e, porque a Fundação Calouste Gulbenkian decidiu associar-se a este projecto, desde 2009, foi possível manter esta análise anual e desenvolver a abordagem metodológica e comunicacional, consideradas necessárias para uma evolução satisfatória dos exercícios de observação e comunicação sobre a governação da saúde em Portugal.

## ANEXO 2. Avaliação Interna – Matriz de Boas Práticas

No âmbito da auditoria que se pretende adoptar como instrumento de avaliação geral e validação dos conteúdos desenvolvidos, exige-se também uma apreciação interna do processo de produção do Relatório de Primavera 2011.

Assim, após ter sido dado começo ao processo de planeamento, preparação, produção e apresentação do Relatório de Primavera, iniciou-se também o aperfeiçoamento do método de avaliação interno. Para o efeito, preparou-se uma grelha de avaliação, recorrendo-se a uma Escala de Likert, com cinco níveis de resposta (de não conseguido a totalmente conseguido) e, deu-se início à recolha das respostas, solicitando-se a todos os colaboradores o preenchimento da proposta, complementada com a justificação das suas respostas. O processo encontra-se ainda em fase de desenvolvimento.

	Não conseguido				Totalmente conseguido
	1	2	3	4	5
Redes academicamente certificadas de investigadores das áreas relacionadas com os sistemas de saúde					
Equipas multidisciplinares, independentes dos principais <i>stakeholders</i>					
Explicitação das prioridades e dos critérios de selecção de conteúdo dos relatórios					
Atitude positiva relativamente à mudança					
Esforço para identificação de boas práticas					
Base de conhecimento acessível e explícita					
Estratégias efectivas de comunicação					
Auditoria Externa					
Oportunidades de expressar opiniões "contraditórias"					
Declaração de conflito de interesses					
Avaliação explícita dos relatórios					
Financiamento independente					

## ANEXO 3. Relatórios de Primavera anteriores



**RP2001**

***Conhecer os Caminhos da Saúde***



**RP 2006**

***Um Ano de Governação: Sentidos e Significados***



**RP 2002**

***O estado da Saúde e a Saúde do Estado***



**RP 2007**

***Luzes e Sombras. A Governação da Saúde***



**RP 2003**

***Saúde - que rupturas?***



**RP 2008**

***Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas***



**RP 2004**

***Incertezas... gestão da mudança na saúde***



**RP 2009**

***10 / 30 Anos: Razões para continuar***



**RP 2005**

***Novo Serviço Público de Saúde - Novos desafios***



**RP 2010**

***Desafios em Tempos de Crise***

## **ANEXO 4. Colaboradores e Conflito de Interesses**

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

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

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

Na elaboração do Relatório de Primavera 2011, procurou-se, no entanto, evitar que as pessoas envolvidas directamente em trabalhos no Ministério da Saúde tivessem influência no juízo do OPSS sobre essas mesmas matérias.

### **Contribuíram para a realização deste relatório:**

#### **Coordenação Executiva:**

Ana Escoval  
Manuel Lopes  
Pedro Lopes Ferreira

#### **Coordenação Científica:**

Constantino Sakellarides

#### **Equipa Técnica:**

Filipe Rocha  
João Pedro Jesus  
João Marques Figueira  
Marta Lopes Martins

#### **Investigadores**

Ana Isabel Santos  
Ana Rita Pedro  
Ana Tito Lívio  
Carla Sandra Pereira  
César Fonseca  
Cipriano Justo  
Fátima Bragança  
Inês Teixeira  
João Marques Figueira

José Aranda da Silva  
Luís Saboga Nunes  
Maria Etelvina Lima  
Marta Cristina Costa  
Marta Lopes Martins  
Mauro Serapioni  
Patrícia Antunes  
Patrícia Barbosa  
Pedro Beja Afonso  
Pedro Sá Moreira  
Rita Tinoco  
Rute Simões Ribeiro  
Suzete Cardoso  
Suzete Gonçalves  
Teodoro Briz  
Vanessa Nicolau

#### **Agradecemos a colaboração especial de:**

Elaine Pina  
Jorge Correia Jesuíno  
José Carlos Lopes Martins  
José Reis  
José Melo Cristino  
Manuel Carvalho da Silva  
Paulo Espiga  
Pedro Pita Barros  
Suzete Cardoso  
Tânia Matos

#### **E das organizações que nos forneceram dados essenciais:**

ACSS  
ARS Algarve  
DGS  
INFARMED

## **ANEXO 5. Investigadores Fundadores do OPSS**

Ana Escoval

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Jorge Correia Jesuíno

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Briz

Vasco Reis

Vítor Ramos