

PARTE III – A GOVERNAÇÃO

AGENDA E PROCESSOS DE GOVERNAÇÃO

REGULAÇÃO

FINANCIAMENTO

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

MEDICAMENTO

ACTORES SOCIAIS

UMA POLÍTICA PARA AS PROFISSÕES

CONHECIMENTO E DECISÃO POLÍTICA: Álcool e Co-incineração

AGENDA E PROCESSOS DE GOVERNAÇÃO

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

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

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

Este capítulo aborda selectivamente algumas destas questões.

REGULAÇÃO

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

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

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

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

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

Formular políticas de Saúde - criar “visão”, definir “d direcção”

A forma como são elaborados os “programas de governo” com a conseqüente ausência de metas e indicadores de realização não facilitam a mobilização de uma base de apoio sustentável (baixa efectividade, descontinuidade)

Exercer influência - inclui reorganização de gestão, regulação e contratualização

Sem mecanismos efectivos de exercício de influência as agendas dos principais actores da saúde predominam sobre a da governação:

- Inadequação das estruturas centrais e regionais do SNS
- Fragilidade da regulação e contratualização

Recolha e utilização de informação dirigida (“intelligence”) ao exercício da governação

O exercício da governação requer “inteligência” - informação e conhecimento recolhidos a utilizados para objectivos específicos de governação e disponibilizados ao cidadão. Apesar de alguns processos feitos nesta matéria o “Relatório” ilustra lacunas substanciais.

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

Estratégia da Saúde 2001

Identifica os objectivos nacionais para a saúde e orienta as actividades e o planeamento do Sistema de Saúde para 7-10 anos

Objectivos: ganhos em saúde, equidade, resposta às necessidades em cuidados de saúde, qualidade

Concurso público para a auditoria dos estatutos e funções do Sistema

(aberto em início de 2002 e ainda em curso)

Objectivos: analisar as estruturas actuais, recomendar as modificações necessárias, propor as estratégias para realizar essa modificação no contexto da Estratégia da Saúde 2001

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

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

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

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

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

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

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

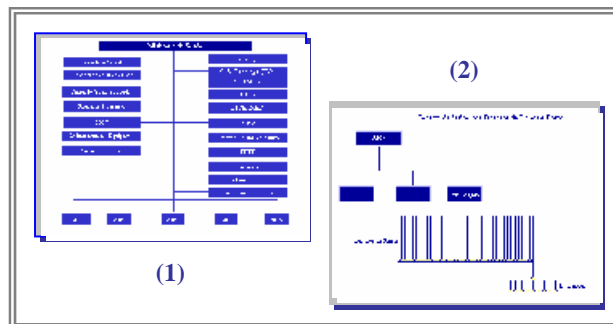
Quadro XII – O desafio da regulação (1)

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

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

Adaptado de: Walshe, BMJ, 2000

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



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

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

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

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






O FINANCIAMENTO DO SNS

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

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

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

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

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

Adaptado de Washe, 2002

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

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

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

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

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

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

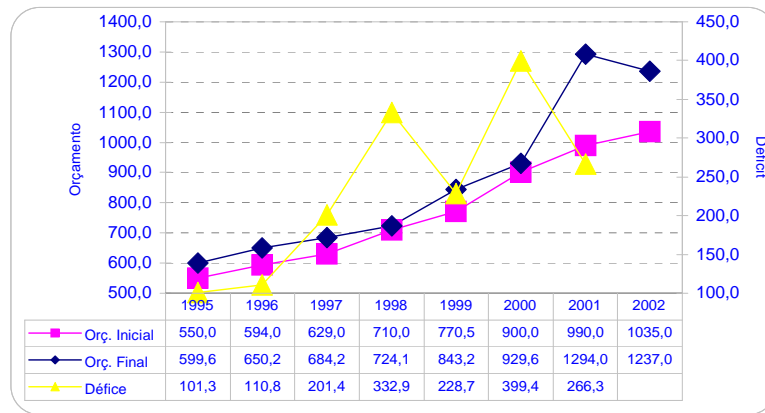
O peso dos gastos dos serviços directamente geridos pelo SNS ao longo do período foi sempre decrescente, passando de 71.5% em 1991 para 67.8% em 2000. Apenas em 2001 esta tendência se inverteu, verificando-se uma ligeira subida para 68.7%. A rigidez da estrutura e a respectiva evolução da despesa, em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

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

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

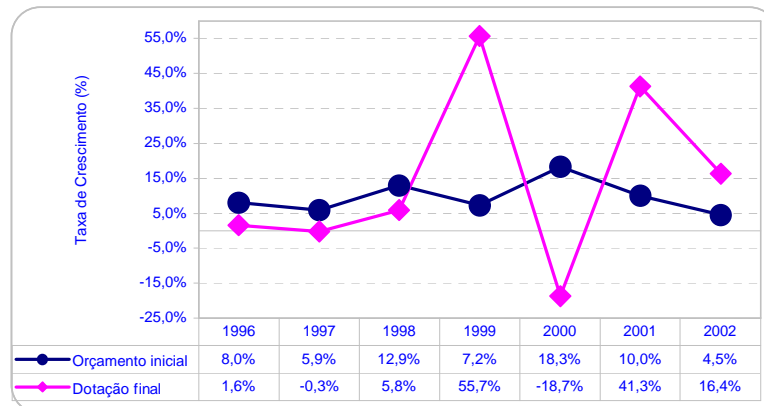
- (a) evolução real dos gastos em saúde;
- (b) despesa *per capita* ao nível regional e local, desagregada pelas principais componentes (medicamentos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, etc.);
- (c) peso das transferências para o sector privado, assentes em contas consolidadas que eliminem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

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



Fonte: Relatórios do IGIFS

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



Fonte: Relatórios do IGIFS

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

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

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

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

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

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

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

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

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

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

(Valores em milhões de contos)

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

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

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

(valores em %)

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

Fonte: Relatórios do IGIF e Orçamentos do SNS

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

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

Nesta matéria dois aspectos merecem um comentário específico:

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

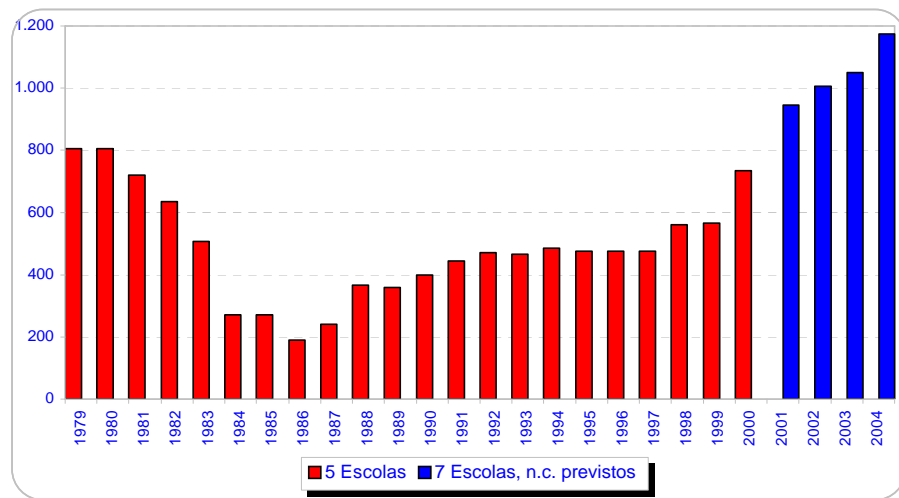
Ao contrário do que foi afirmado na sessão de apresentação, este extraordinário atraso não se deve a “um respiro para resolver questões pendentes” mas a uma prolongada interrupção dos trabalhos resultante da falta de continuidade e coordenação governativa. Esta interrupção afecta também a resolução de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

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

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

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

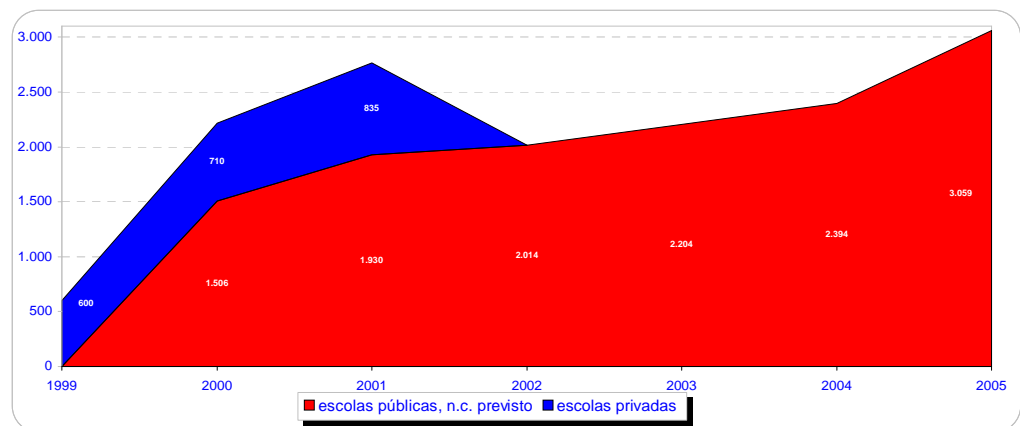
Figura 8 - Evolução do *numerus clausus* de medicina



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

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

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



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

MEDICAMENTO

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

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

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

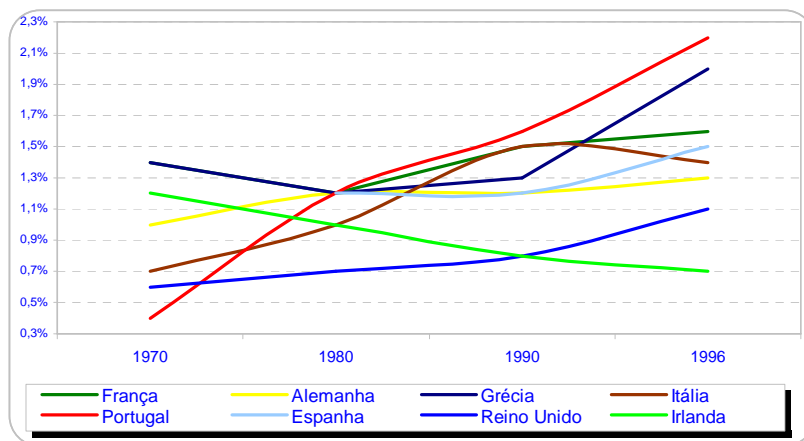
Sendo os medicamentos originários de países com elevados níveis de vida e custos de mão-de-obra, os gastos com medicamentos tendem a constituir uma “*factura mais pesada*” nos sistemas de saúde de países menos desenvolvidos, como são os casos de Portugal e Grécia na União Europeia. Portugal regista,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

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

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

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

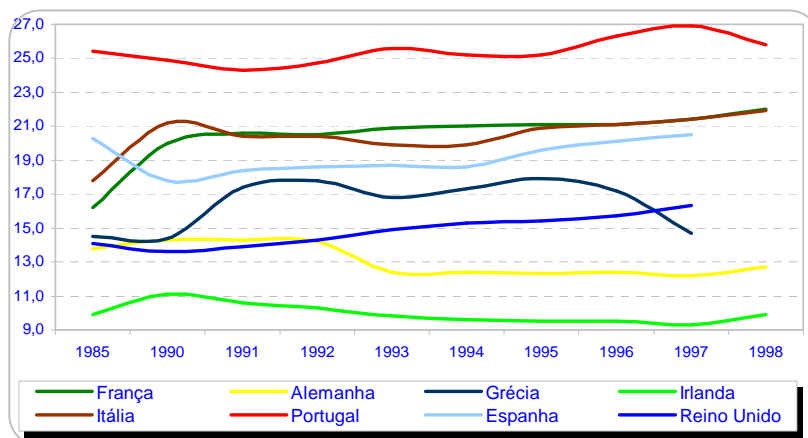
Figura 10- Despesa total em medicamentos (em % do PIB)



Fonte: OCDE Health Data 1998

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

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



Fonte: OCDE Health Data 2001

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

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

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

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

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

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

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

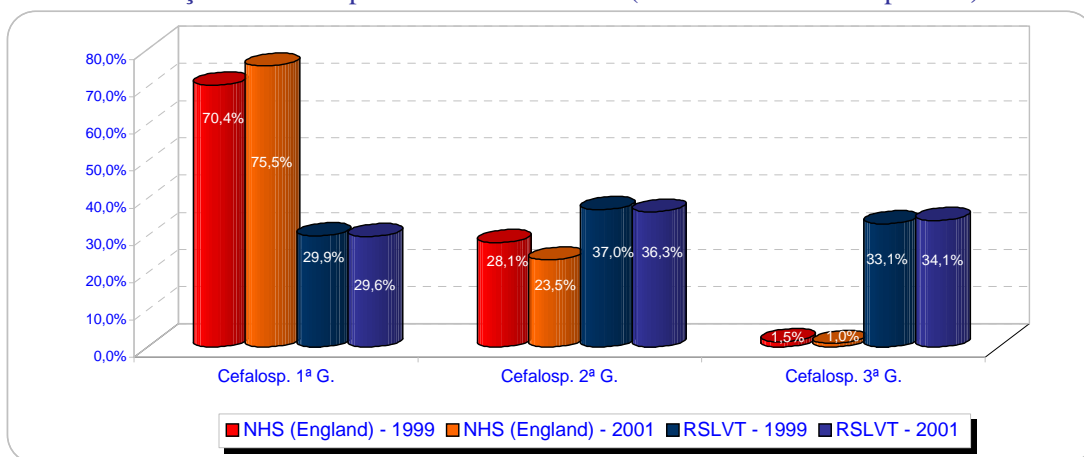
As situações aqui descritas configuram não só um desperdício considerável dos recursos públicos para a saúde, mas também uma séria ofensa à saúde dos portugueses.

ACTORES SOCIAIS

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

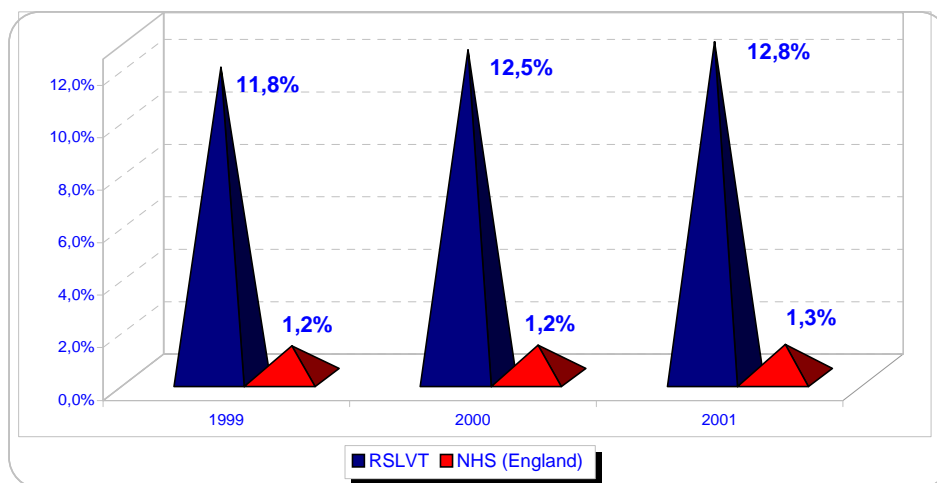
Uma análise, mesmo que sumária, dos sofisticados procedimentos que a indústria farmacêutica usa para promover a adopção de medicamentos (Fig. 14), não permite comparações com o sistema regulador do Estado, no que diz respeito à utilização do medicamento. A mesma assimetria é evidente face à elaborada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

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



Fonte: SI - ARSLVT e NHS (England)

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



Fonte: SI - ARSLVT e NHS (England)

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

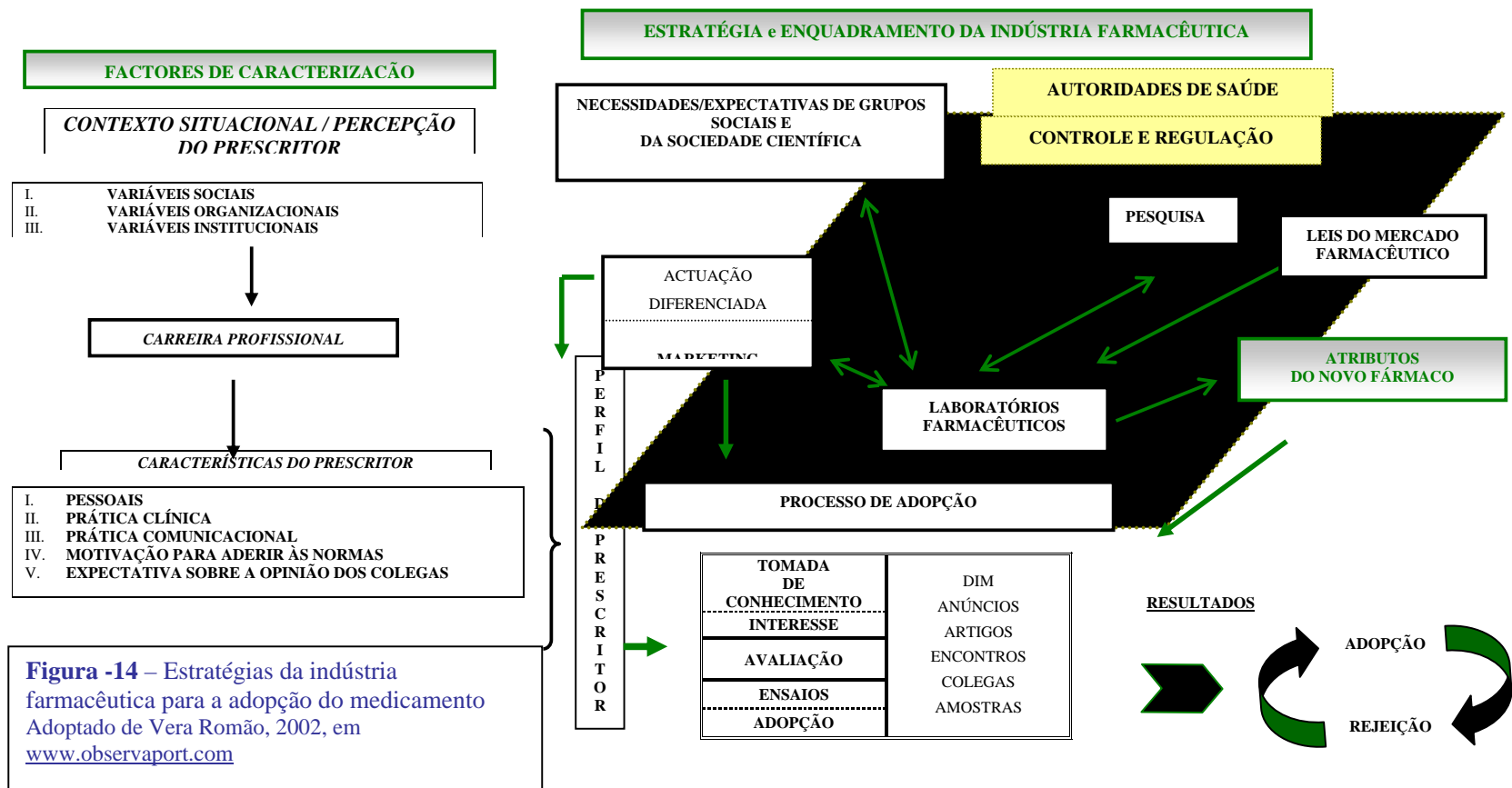


Figura -14 – Estratégias da indústria farmacêutica para a adopção do medicamento
 Adoptado de Vera Romão, 2002, em www.observaport.com

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

Expansão e Qualificação

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

Verticalização

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

Posicionamento

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

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

UMA POLÍTICA PARA AS PROFISSÕES

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

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

CONHECIMENTO E DECISÃO POLÍTICA

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

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

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

Quadro XVII - Directores clínicos: eleição, nomeação

1977, eleição

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

1988, nomeação

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

1996, nomeação precedida de consulta eleitoral

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

2002, regresso da nomeação

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

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

Álcool

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

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

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

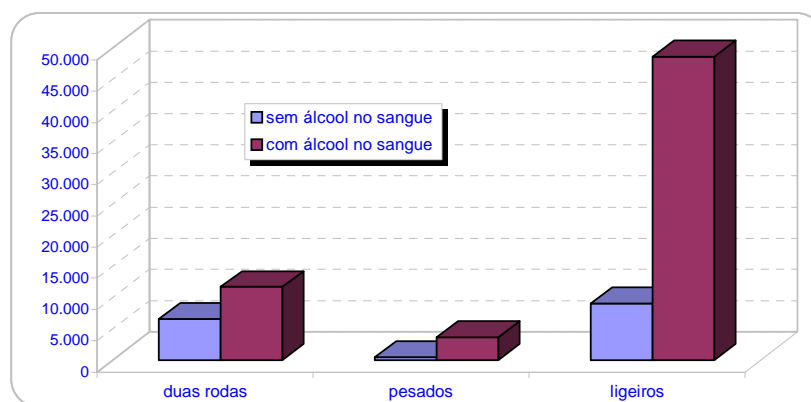
A questão de descida da taxa permitida de alcoolémia nas rodovias, de 0,5 para 0,2 gr./l, proposta para integrar o novo Código de Estrada, pode ser discutida a dois níveis:

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

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

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

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



Fonte: Direcção Geral de Viação, 1999

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

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

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

Fonte: Direcção Geral de Viação, 1999

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Decorre entretanto o período de 10 meses.

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

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

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

CO- INCINERAÇÃO

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

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

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

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

Podem assim enumerar-se pelos menos os seguintes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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