

## MEDIAÇÃO

### CONTRATUALIZAÇÃO

Na segunda metade da década de noventa, Portugal pretendeu instituir um modelo de distribuição de recursos às instituições e serviços do SNS que procurava transferir o centro da decisão da esfera técnico/política das estruturas de planeamento central, para a relação dinâmica (quase) contratual entre os agentes, designado por contratualização. Nesta iniciativa não foi adoptado qualquer instrumento concorrencial, evitando-se a introdução da complexidade da dinâmica de mercado, facto aliás generalizado com maior ou menor extensão em outros sectores, dado que “Está provado que nas funções públicas essenciais, é extremamente difícil estabelecer verdadeiras regras de mercado.”

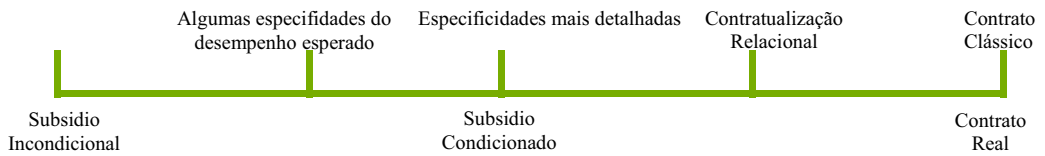
O modelo utilizado divergiu no essencial em relação a outros países, nomeadamente Reino Unido e Espanha, pela manutenção dos prestadores dentro da esfera jurídica da Administração Pública e, consequentemente pela continuidade da existência de laços hierárquicos entre a Administração de Saúde e as instituições prestadoras, justificando-se este desenho organizacional por princípios de prudência na intervenção num sector fundamental e delicado, e pela consciência da exiguidade dos instrumentos de avaliação.

O processo, sumariamente consistiu na criação da primeira agência em 1996 e das restantes em 1997 e 1998 – uma em cada região, tendo o mesmo sido parcialmente consolidado através da definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento, através duma estrutura nacional que integrava todos os intervenientes no processo (Secretariado Técnico das Agências).

A falta de apoio político, essencialmente na transição de década, os conflitos próprios da resistência à mudança de estruturas consolidadas no SNS que viam o seu poder de influência reduzir-se, o ambiente jurídico da Administração Pública e a tibieza dos sistemas de informação concorreram para a impossibilidade de implementar este modelo, sendo que a experiência viria a perder gradualmente importância, tendo no entanto ficado um capital não negligenciável de experiência e instrumentos técnicos.

Segundo OCDE, 1999, o *continuum* da contratualização, num quadro em que o estado financia o fornecimento de bens e serviços, move-se numa linha em que num extremo se situa o subsídio incondicional e no outro os contratos “clássicos”, inteiramente executórios, pouco adequados à área da saúde. À medida que nos movemos nessa linha para a direita, condições adicionais vão sendo impostas ao beneficiário da subvenção. Essas condições criam obrigações no beneficiário e obrigações recíprocas no financiador, que forçam a que o beneficiário só receba caso satisfaça as condições previamente definidas. (ver **Figura 16**).

Figura 16 - O espectro da contratualização do desempenho



**Fonte:** OECD. Performance contracting – Lessons from performance contracting case studies: a framework for public sector performance contracting. Paris: OECD, Head of Publications Service, 1999. <http://www.oecd.org/puma/>

Aqui mais uma vez a especificidade e complexidade do sistema de saúde tem que ser levada em linha de conta. A mistura muito especial entre quantitativo e qualitativo em saúde, faz com que a contratualização relacional ou *soft contracting* tenha aqui um papel de relevo. Esta muitas vezes aproxima-se dum planeamento estratégico conjunto e é habitualmente complementada por elementos do tipo subsídio condicionado e contrato clássico.

Num estudo realizado em 2001/2002 e focalizado em sete Hospitais da ARSLVT (Freitas, Paulo, 2003), com o objectivo de identificar o impacto do processo desenvolvido, concluiu-se pela impossibilidade de detectar efeitos significativos, devido essencialmente ao curto período em que decorreu o processo, ao deficiente apoio político para a transferência do financiamento para este modelo, ao regime jurídico da administração pública e ao deficiente sistema de informação.

Foram, no entanto identificados três elementos muito relevantes na informação utilizada nos hospitais: as listas de espera (acessibilidade), a estatística (actividade), e a contabilidade analítica (eficiência e custos), sendo que qualquer deles mereceu fortes reservas na sua capacidade de avaliar e comparar hospitais, nomeadamente as listas de espera.

Um outro estudo, ainda em curso, sobre as condições de implementação da contratualização em Portugal, sugere que, quer os profissionais directamente envolvidos no processo, quer os dirigentes da saúde, entendem que a Agência deveria ter total poder sobre a distribuição dos recursos e que esta função deveria ser o instrumento para uma nova política de saúde orientada para um compromisso explícito no sentido de melhorar o desempenho dos serviços de saúde.

Estes profissionais consideram também que a introdução da contratualização veio trazer alterações no comportamento dos dirigentes da saúde, nomeadamente mais rigor e preocupação no processo de discussão dos resultados, quer institucional, quer intra-institucional.

A tentação de gerir a saúde pela óptica financeira, ligada à consciência da insuficiência dos recursos, conduziu sempre a uma fuga pelo caminho mais fácil da intervenção administrativa, cuja direcção era simultaneamente do agrado de quem resistia à mudança.

Entretanto foram introduzidas mudanças de relevo nos hospitais do SNS, das quais se destacam a possibilidade de adopção de instrumentos jurídicos de direito privado e a criação de hospitais com personalidade jurídica de Sociedade Anónima, ainda que de capitais exclusivamente públicos. Por esta via resolvia-se o problema do ambiente jurídico e simultaneamente, no segundo caso, separava-se o prestador do financiador.

É evidente a necessidade do lançamento, em força, das novas formas de gestão serem acompanhadas por um reforço dos dispositivos de contratualização.

Aguarda-se com expectativa o desenrolar dos acontecimentos, se a inovação se completa recorrendo finalmente à contratualização, e nesse caso parece impossível evitar o papel central das ARS (e das Agências) na condução do processo, ou se a resistência à mudança subsiste, mudando o acessório mas mantendo o essencial.

As hipóteses que se identificam podem alinhar-se pelo risco de uma intervenção abrupta e não sustentada, pagando o país os custos de uma experiência mal sucedida, ou a manutenção da estrutura existente cujos resultados (e custos) são sobejamente conhecidos. Pode ainda optar-se por uma terceira via, consensual,

promovendo finalmente a contratualização, utilizando os recursos disponíveis, com “*know-how*” adequado, no âmbito regional, procurando uma outra forma de fazer as coisas, de forma sustentada.

### QUALIDADE EM SAÚDE

Fazendo uma análise objectiva da situação da qualidade da saúde em Portugal somos forçados a dizer que milhares e milhares de pessoas recebem cuidados de saúde de qualidade. E de ano para ano são melhores. A grande maioria destes cuidados segue padrões de alta qualidade e falhas graves são raras, tendo em conta o grande volume dos cuidados prestados em cada dia nos hospitais e nos centros de saúde.

Isto é particularmente verdade se nos restringirmos às componentes técnicas dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, aliás também confirmada pelos utentes quando questionados em inquéritos de satisfação, como vimos atrás. No entanto, este panorama já não é tão bom se entrarmos nas áreas organizacionais ou da resposta dos serviços de saúde em áreas não directamente de cuidados, isto é, áreas de respeito do sistema pelos cidadãos como pessoas (respeito pela dignidade, confidencialidade, direito à informação e autonomia na participação das escolhas relacionada com a sua saúde) e a forma como estes cidadãos são recebidos enquanto consumidores de cuidados (prontidão no atendimento, amenidades adequadas, acesso a redes de apoio social e liberdade de escolha do prestador e da instituição).

Além disto, só conhecendo o contexto em que o sistema se desenvolve é que é possível discutir-se com honestidade qualidade em saúde. E em Portugal, a ausência de estratégias duradouras em saúde, algum défice de cultura democrática que ainda induz a necessidade de colocar pessoas politicamente mais dóceis – independentemente da sua competência – nos locais da administração em saúde, fazendo concomitantemente com que o aspecto político prevaleça sobre o técnico, constitui um fermento pouco rico para seriamente falarmos de qualidade em saúde.

Embora a governação em saúde possa geralmente ser vista como positiva e de desenvolvimento, pode também ser encarada como uma forma de lidar com as preocupações existentes sobre a qualidade dos cuidados. De entre estas, e em relação a Portugal, salientamos as seguintes:

- défice organizacional dos serviços de saúde;
- falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão;
- insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica; e
- incipiente cultura de qualidade no sistema de saúde.

Criado pela Portaria 288/99 de 27 de Abril, o IQS pretende ser reconhecido como a instituição de referência no desenvolvimento da qualidade em saúde, assumindo-se como parceiro privilegiado, centro de recursos e de conhecimento e como pólo dinamizador da política da qualidade em saúde. Os seus valores são a transparência nos processos de decisão, o desempenho norteado pela competência técnico-científica, o compromisso com a melhoria contínua e o respeito pelos princípios éticos de integridade, participação e confidencialidade.

Em relação à qualidade organizacional dos serviços de saúde a actividade do IQS nesta vertente tem-se centrado no desenvolvimento de quatro projectos, o primeiro dos quais é a acreditação de hospitais, projecto iniciado há três anos ao abrigo do protocolo com o *King's Fund Health Quality Service* e que abrange neste momento 20 hospitais distribuídos pelas cinco regiões de saúde do Continente e da Região Autónoma da Madeira. No ano de 2003 estima-se o lançamento de mais cinco hospitais, possuindo já acreditação total os hospitais Fernando Fonseca, Amadora -Sintra (Março de 2002) e Pedro Hispano em Matosinhos (Agosto de 2002) e acreditação provisória os hospitais Dr. José Maria Grande em Portalegre (Janeiro de 2002) e São Teotónio em Viseu (Dezembro de 2003). O desenvolvimento deste projecto exige, no entanto, a criação de um organismo acreditador independente.

O segundo projecto que lida com a qualidade organizacional é o denominado MoniQuOr para os centros de saúde iniciado há já cinco anos. Tendo partido de um processo voluntário de monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, evoluiu após dois ciclos de auto-avaliação para um processo de avaliações cruzadas, isto é, cada centro de saúde avalia outro, sendo avaliado por um terceiro. A sua natural migração para um sistema de qualificação de centros de saúde está prevista iniciar-se ainda em 2003.

O terceiro projecto nesta área é o QualiGest que, tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), produz critérios de auto-avaliação permitindo aos órgãos de gestão das unidades de saúde e às ARS diagnosticar e quantificar os seus avanços e/ou desvios em relação a uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total.

Por fim, um outro projecto orientado para a definição de procedimentos de gestão da qualidade é o que tem permitido criar os denominados Manuais de Qualidade na Admissão e Encaminhamento de Utentes. Com este programa, os profissionais de saúde em estreita cooperação com as administrações podem controlar e gerir o processo de admissão, atendimento e consequente encaminhamento de utentes, desde o seu primeiro contacto com a instituição. Tendo sido já concluídos 38 manuais correspondentes a 20 instituições e emitidas, por auditor externo, as declarações de conformidade de 18 dos serviços envolvidos (4 das quais já renovadas), prevê-se para 2003 o alargamento do projecto para mais serviços das mesmas instituições e para novas instituições, assim como a atribuição de algumas certificações de conformidade.

No âmbito da criação de indicadores de desempenho e de apoio à decisão, o IQS, em colaboração com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) tem estado a promover a realização de avaliações de satisfação aos utilizadores dos hospitais que integram o programa nacional de acreditação. Também em relação aos centros de saúde está concluído e divulgado o maior estudo até agora efectuado a nível nacional (opiniões de 4714 utentes de 194 centros de saúde), funcionando as suas conclusões como um auxiliar da gestão das organizações de saúde.

Para apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica constitui como uma das frentes prioritárias do IQS a criação das Normas de Orientação Clínica (NOC). Estão já publicadas as NOC para o tratamento do uso e dependência do tabaco, prevendo-se ainda em 2003 a elaboração e divulgação de novas NOC, em parceria com as Sociedades Científicas, a criação e o desenvolvimento de NOC sobre actividades de prevenção em cuidados primários de saúde e a tradução, adaptação e divulgação de NOC elaboradas a nível internacional por organizações técnico-científicas credíveis.

Desde a sua criação, o IQS tem publicado com regularidade a revista *Qualidade em Saúde* e vários boletins informativos. Tem também mantido uma página na *internet* ([www.iqs.pt](http://www.iqs.pt)).

De notar, no entanto, que não está ainda definida uma política integrada para o sector da saúde.

## INFORMAÇÃO EM SAÚDE

### O eEUROPE 2005 E A SAÚDE ON-LINE NA EUROPA

Na sequência do plano de acção *eEurope* 2002 aprovado pelo Conselho Europeu da Feira em Junho de 2000 foi elaborado o plano de acção *eEurope* 2005 no âmbito do Conselho Europeu de Sevilha realizado em Junho de 2002.

O *eEurope* 2005 tem com objectivo proporcionar um ambiente favorável ao investimento privado e à criação de emprego, impulsionar a produtividade, modernizar os serviços públicos e oferecer a todos a oportunidade de participarem na sociedade mundial da informação.

Em linhas gerais o *eEurope 2005* definiu as seguintes estratégias a serem alcançadas:

**Em 2005, a Europa deve ter (do lado da oferta):**

- Serviços públicos modernos *on-line*:
  - Administração pública *on-line*;
  - Serviços de ensino *on-line*;
  - Serviços de saúde *on-line*;
- um ambiente dinâmico de negócios electrónicos;

**e, como elementos determinantes para estes (do lado da procura):**

- Disponibilidade generalizada de acesso em banda larga a preços competitivos;
- Uma infra-estrutura da informação segura.

No que respeita à saúde o *eEurope 2005* prevê uma série de medidas a serem implementadas pelos países membros, partindo de uma avaliação feita sobre a evolução do *eEurope 2002* e de acordo com as necessidades e exigências actuais do sector no contexto europeu. (ver **Figura 17**)

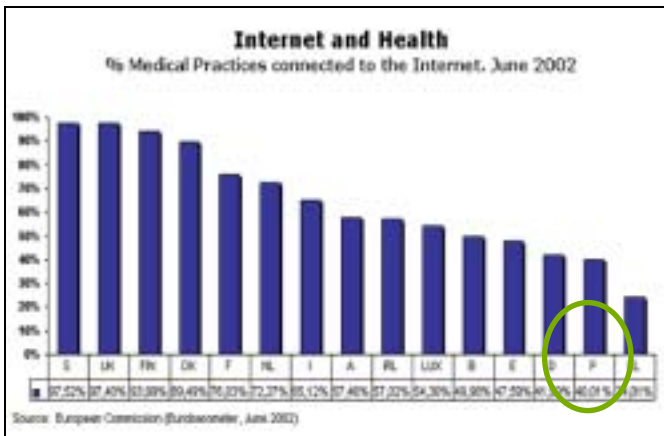
Como ponto de partida para as linhas orientadoras da Saúde *on-line* o *eEurope 2005* considera que:

- o trabalho dos médicos está a tornar-se, a todos os níveis, mais informação-intensivo, à medida que se vai generalizando a utilização de equipamentos médicos e aplicações informáticas sofisticados;
- aumentam as solicitações orçamentais dos cuidados de saúde, face aos progressos médicos e científicos, a uma população que envelhece e à mudança de expectativas dos doentes;
- as tecnologias digitais estão a tornar-se mais importantes na gestão da saúde, tanto a nível de cada médico como a nível nacional e regional;
- a Internet é cada vez mais utilizada pelos cidadãos para obter informações médicas.

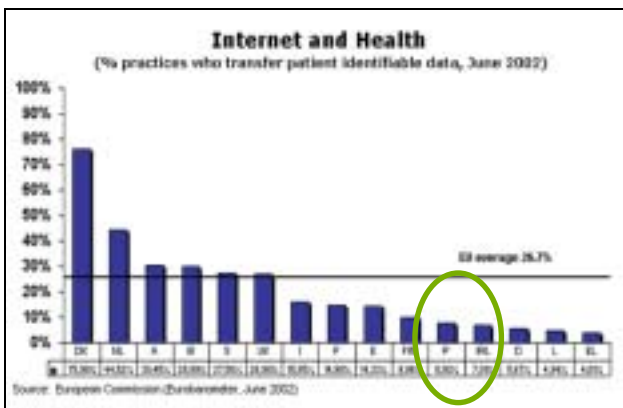
Assim, o *eEurope 2005* propõe três acções a serem implementadas de forma a contribuir para a evolução do sistema na área da Saúde *on-line*:

1. **Cartões de saúde electrónicos** – um cartão europeu de seguro de saúde irá substituir os formulários em papel necessários para tratamentos noutro Estado-Membro. A Comissão tenciona apoiar uma abordagem comum de identificadores dos utentes e de uma arquitectura de registos electrónicos de saúde através da normalização e apoiará o intercâmbio de boas práticas relativas a outras eventuais características funcionais, como dados de emergências médicas e acesso seguro aos dados de saúde pessoais;
2. **Redes de informação de saúde** – No final de 2005, os Estados-Membros devem desenvolver redes de informação de saúde entre pontos de prestação de cuidados (hospitais, laboratórios e lares) com conectividade em banda larga, quando adequado. Paralelamente, a Comissão tenciona criar redes pan-europeias de informações de saúde pública e coordenar acções com vista a uma reacção pan-europeia rápida a ameaças para a saúde;

Figura 17 – Utilização da Internet na prática clínica nos diversos países da UE. (2002)



*Os actuais indicadores nesta área deixam transparecer o impacto ainda reduzido das políticas de Saúde on-line em Portugal, no contexto europeu.*



*Nos próximos anos alguns desses indicadores servirão para monitorar e avaliar a aplicação das políticas de Saúde on-line preconizadas pelo eEurope e pelos respectivos governos dos Estados-membros.*

3. **Serviços de saúde on-line** – A Comissão e os Estados-Membros garantirão que, no final de 2005, sejam fornecidos aos cidadãos serviços de saúde on-line (p. ex., informações sobre uma vida saudável e prevenção de doenças, registos electrónicos de saúde, teleconsultas, reembolso electrónico).

Simultaneamente, foram definidos, com base no *eEurope 2002*, os “Critérios de Qualidade para Websites em Saúde”, para que seja possível oferecer garantias para a sua utilização no futuro pelos cidadãos, que passamos a enumerar: (i) **Transparência e Honestidade** na prestação da informação; (ii) **Autoridade** que pressupõe credenciais e competências para prestar informação; (iii) **Privacidade e Protecção de dados**; (iv) **Actualização da informação**; (v) **Responsabilização** pelos conteúdos e serviços prestados e (vi) **Acessibilidade**.

Por último, entre os diversos indicadores definidos pelo “*eEurope 2005: Benchmarking Indicators*” que servirão para monitorar a evolução dos serviços públicos on-line, destacam-se dois especificamente na área da Saúde on-line:

- Percentagem da população (acima de 16 anos) que utiliza a Internet para obter informação em Saúde para si e outros;
- Percentagem dos clínicos gerais que utilizam registos electrónicos dos doentes.

Estes indicadores provenientes de cada Estado-Membro e agregados a nível europeu de 2003 a 2005 avaliarão o impacto da aplicação das políticas inerentes ao Plano de Acção *eEurope* 2005.

**OS ACTUAIS INDICADORES NESTA ÁREA DEIXAM TRANSPARECER O IMPACTO AINDA REDUZIDO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE ON-LINE EM PORTUGAL, NO CONTEXTO EUROPEU.**

A Unidade de Missão Inovação e Conhecimento (UMIC), directamente vinculada à Presidência do Conselho de Ministros do Governo Português gere a participação de Portugal no Plano de Acção *eEurope* 2005.

O Governo considera a iniciativa uma oportunidade para alterar as relações entre os cidadãos e o Estado, para reinventar a organização do Estado, orientando-o para os cidadãos e para reforçar a competitividade económica, com destaque para o sector de tecnologias de informação e comunicação.

Esta Unidade apresentou oficialmente o seu plano de acção em Fevereiro de 2003, onde não é possível observar uma presença marcante da Saúde, quando comparada com outros sectores: o novo “Portal do Cidadão”, os serviços de ensino on-line com a criação dos “Campus Virtuais”, o ambiente dinâmico de negócios electrónicos com um programa específico e um “Plano Nacional de Compras Electrónicas”, entre outros. (ver **Figura 18**)

Levando em conta as acções na área da Saúde on-line propostas pelo *eEurope* 2005 que deveriam reflectir-se a nível nacional, as seguintes questões parecem particularmente relevantes:

1. Como promover a criação e disseminação de um **cartão de saúde electrónico europeu** quando, no contexto da realidade nacional actual, o Cartão de Utente do SNS enfrenta dificuldades na emissão de novos cartões e na sua manutenção sem duplicações desde o final de 2001, apesar da cobertura da população ser referenciada como extremamente grande?
2. Como criar e expandir **redes de informação de saúde** quando é considerado como dado adquirido desde 2001, pelos próprios gestores das redes informáticas do SNS, a insuficiência de meios e recursos técnicos para dar resposta às necessidades existentes e emergentes, no que diz respeito, tanto aos cuidados primários quanto aos especializados e restantes serviços correlacionados, bem como nas áreas do Medicamento ou da Saúde Pública?
3. Como fornecer **serviços de saúde on-line**, em Portugal, quando ainda não existe um levantamento formal, acompanhamento ou sistema de avaliação da prestação destes serviços, seja na área das comunicações mais tradicionais como os serviços de informação e aconselhamento face a face ou através de atendimento telefónico e os *call centers*, seja na área das novas tecnologias como os sites e portais de saúde e os *contact centers*?

Figura 18 – Saúde e “Sociedade da Informação”



*Havendo um objectivo Estratégico de Actuação previsto para melhorar o acesso aos serviços de saúde (I), não se identifica ainda um programa específico para a área da Saúde no Plano Geral de Operações da Unidade de Missão Inovação e Conhecimento (II).*

**Fonte:** Apresentação pública das grandes linhas de acção nos domínios da Sociedade de Informação, do Governo Electrónico e da Inovação, 19 de Fevereiro de 2003

Acresce a isto que, segundo os resultados do Inquérito à Utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação pela População Portuguesa de Dezembro 2002 (UMIC), existe uma disposição acrescida nas áreas relacionadas com a Saúde por parte dos utilizadores destas tecnologias, já que:

- 81% dos especialistas das profissões intelectuais e científicas utilizam a Internet, valor muito acima da média nacional actual que é de 32%, o que reflecte as competências existentes por parte dos profissionais de saúde para a utilização destas tecnologias que não estão a ser estimuladas ou aproveitadas;
- 33% dos indivíduos que utilizam a Internet o fazem com a intenção de adquirir informação e aconselhamento em Saúde, sendo que o Estado, como maior fornecedor de serviços de saúde, não possui ainda uma estratégia de implementação alargada nesta área voltada para o cidadão;

Por outro lado, existem preocupações com sectores da população que devem ser equacionadas aquando da execução de uma estratégia de implementação de tais instrumentos, já que, segundo os dados do mesmo inquérito, a introdução natural destas tecnologias de comunicação e informação aumentam os problemas relacionados com a equidade no acesso à informação em Saúde:

- A utilização da Internet encontra-se positivamente correlacionada com o nível de instrução, colocando os estratos sociais menos capacitados em desvantagem ao mesmo tempo que são aqueles que necessitam de maior e melhor informação e educação em saúde;
- A utilização da Internet encontra-se inversamente correlacionada com a idade, desfavorecendo as populações idosas que são normalmente as mais carentes de cuidados de saúde de forma contínua.

### A EXPANSÃO DOS CALL CENTERS EM SAÚDE EM PORTUGAL

No Relatório da Primavera de 2002, do OPSS, foi possível realizar um mapeamento das estruturas denominadas *call centers* existentes na área da saúde em Portugal, de acordo com as características que compõem cada atendimento existente.

Pode verificar-se que, apesar da diversidade e profusão de linhas telefónicas na área da saúde em Portugal, não existe uma rede formalizada de gestão articulada de serviços nesta área, existindo apenas iniciativas no âmbito individual das instituições que as promovem, sendo poucos os exemplos específicos de “*Call Centers* em Saúde” que efectivamente fazem uma gestão da procura das populações por eles assistidas.

Destes serviços, aqueles que mais se destacam, no contexto do sistema de saúde, são o *call center* de emergência médica CODU (Centros de Orientação de Doentes Urgentes), do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) pela sua importância na assistência em saúde à população e o *call center* pediátrico “Saúde 24”, pela função estratégica que esta experiência adquiriu no sistema de saúde português. Uma consequência da importância e da necessidade sentida destes serviços é a sua franca expansão nos últimos tempos.

A expansão do CODU tem ocorrido de forma sistemática e contínua e mais intensamente desde 2002, de forma a cobrir o território nacional até 2007, sendo que se pretende alcançar uma 1ª fase de cobertura em 2004 de forma a dar uma resposta geográfica adequada as necessidades do campeonato de futebol Euro 2004.

Por outro lado, a partir de Junho de 2002, o Saúde 24 Pediatria expandiu a sua área de influência a todo o território nacional, já que estava condicionado desde 1999 às áreas de Lisboa, Setúbal, Santarém, Faro e Coimbra.

### A INTEGRAÇÃO DOS CALL CENTERS NO SISTEMA DE SAÚDE

Alguns resultados de investigações realizadas em Portugal indicam, de uma forma convergente, que os serviços de *call centers* mencionados preenchem um espaço necessário em termos de assistência, demonstrando um bom nível de eficácia interna na prestação do serviço que prestam. No entanto, ainda são questionadas a qualidade e a continuidade dos cuidados efectivamente prestados na sequência destes atendimentos, dentro de um sistema integrado de cuidados de saúde ao qual estas estruturas pertencem.

Muitas potencialidades deste instrumento estão a ser sub utilizadas devido a um trabalho ainda não desenvolvido da administração de saúde no que diz respeito ao planeamento estratégico e gestão integrada do sistema, bem como à implementação de um processo de mudança organizacional a nível dos serviços de saúde.

Estas descontinuidades do sistema demonstram a necessidade de implementação de uma gestão dos processos e regulação transversal do sistema através de instrumentos e organismos adequados e investidos de autoridade para tal, que ainda não foram desenvolvidos.

O caso a seguir indicado representa um bom exemplo de nível central, da dinâmica de saúde *on-line*, em Portugal:

### Home page do Site da Direcção Geral da Saúde

O Site da Direcção Geral de Saúde <http://www.dgsaude.pt> desempenha um papel importante em assuntos críticos sobre a saúde em Portugal divulgando informação simples, útil e apresentada com simplicidade, procurando actualizar os cidadãos e profissionais sobre os desenvolvimentos mais recentes, nomeadamente a Síndrome Respiratória Aguda (SRA):