



GOVERNAÇÃO

AGENDA POLÍTICA E PROCESSOS DE GOVERNAÇÃO: LEGITIMAÇÃO TÉCNICA E LEGITIMAÇÃO POLÍTICA

A análise da governação da saúde é uma questão delicada.

Para a fazer é necessário distinguir entre a “**agenda política**”, território político associado a opções, valores e princípios específicos e “**processos de governação**” domínio susceptível de uma análise técnica baseada em princípios amplamente aceites de “boas práticas” de governação. Como se refere na introdução existe hoje uma ampla base de conhecimento sobre esta matéria.

O OPSS procura entender, explicitar e descrever a agenda política do governo da saúde, mas não toma posição sobre ela. Analisa os processos de governação da saúde segundo critérios explícitos e fundamentados e emite um juízo sobre os resultados desta análise.

Esta distinção entre agenda política e processos de governação é de uma importância fundamental.

As opções políticas encontram a sua legitimação no processo eleitoral e no programa de governo. A existência de opções políticas alternativas é importante para a clareza das escolhas em presença e portanto para o exercício da cidadania. As opções do actual Ministério da Saúde foram legitimadas, face às alternativas propostas, num processo político-eleitoral recente.

No entanto, a tradução dos diferentes elementos da agenda política (por exemplo a empresarialização incluída no programa do governo), para **soluções técnicas concretas** (no exemplo, 31 empresas públicas, sob um determinado estatuto de sociedade anónima (SA), a partir de 1 de Janeiro de 2003, no actual contexto Português), parte igualmente de uma **legitimação técnica**.

Esta legitimação técnica traduz-se em duas vertentes distintas que, no caso do exemplo acima referido, poderiam ser as seguintes:

- a) **Primeiro nível de legitimação técnica:** em que concepção teórica ou que avaliação de experiências anteriores, nacionais ou internacionais se fundamentam as vantagens do modelo SA (em comparação com modelos alternativos)?
- b) **Segundo nível de legitimação técnica:** uma vez estabelecida esta primeira base do conhecimento é então possível partir para um segundo nível de legitimação técnica que consiste no estudo prospectivo dos impactos sociais e económicos destas medidas, e das metas em termos de acesso, qualidade e eficiência que se propõe atingir a curto, médio e longo prazo e ainda da natureza, validade e precisão dos mecanismos de monitorização, avaliação e publicitação que estarão a ser desenhados.

Esta legitimação técnica é fundamental para as necessárias negociações com os actores sociais e esclarecimento do público sobre a avaliação das soluções técnicas adoptadas.

Naturalmente que a avaliação política da acção do governo não se pode confundir com este nível de legitimação técnica.

Neste contexto, o ponto de vista deste relatório em relação à análise dos processos da governação da saúde em curso, pode ser assim resumida:

- As numerosas medidas tomadas pelo Ministério da Saúde durante o primeiro ano de governo reflectem o teor do programa de governo legitimado politicamente;
- O sistema político português prepara propostas eleitorais e de governo, com uma limitada base técnica – ou seja, os ideários políticos não são acompanhados por estudos detalhados sobre soluções técnicas concretas que deles decorrem;
- O estudo dos processos de governação da saúde nos últimos anos mostra importantes descontinuidades de orientação, mesmo entre governos que tem origem nas mesmas forças políticas. Assim, a opção de adoptar um programa de reformas que se vai implementando incrementalmente durante um mandato de quatro anos - à medida que os estudos técnicos, ensaios sobre o terreno e processos negociais que se vão desenrolando - dissipa, em vez de fortalecer, a sua base política de apoio. Este é um trabalho necessário, mas pouco visível que não substitui a acção sobre o terreno;
- Neste contexto o Ministério da Saúde optou por iniciar uma “reforma da saúde” imediatamente após o início da sua actividade, o que deu origem a uma considerável intensidade governativa durante o primeiro ano do mandato, como se descreve;
- Nestas circunstâncias não é razoável esperar que, durante um tão curto espaço de tempo, tenha sido possível proceder de uma forma aceitável à legitimação técnica das soluções adoptadas;
- Por isso terá de se investir agora fortemente num importante esforço de fundamentação técnica, que permita estabelecer objectivos concretos, avaliá-los, divulgar os resultados e proceder aos ajustamentos necessários;
- Se o governo da saúde não sentir a necessidade de proceder deste modo, poderá perder a capacidade crítica de avaliação objectiva à medida que a força das convicções para gerir um processo de mudança (complexo e duríssimo como este) vai diminuindo a tolerância pela divergência de opinião. Ficaria o teatro político. Perder-se-ia um impulso e uma oportunidade importante para melhorar a governação da saúde.

Nesta perspectiva passaremos aqui em revista, de forma sumária, os principais aspectos da governação da saúde, partindo dos de carácter mais geral de governança até chegar aos mais específicos e operacionais. Referem-se também algumas experiências internacionais que parecem particularmente relevantes.

1. Aspectos gerais da governação da saúde (governança)

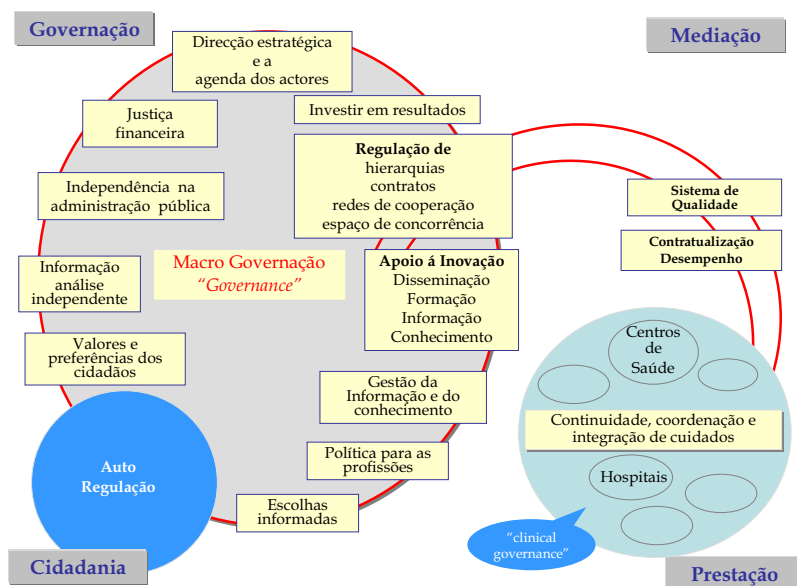
Um dos principais problemas da gestão de mudança em sistemas sociais complexos, consiste na falta de entendimento pelo sistema político, gestores, agentes sociais e comunicação social, da importância das boas práticas da governação (governança). Tudo parece processar-se como se políticas claras, reformas legislativas, vontade política e boas intenções para as implementar, fossem o suficiente. (E no entanto está longe de o ser).

Na breve referência ao contexto do sistema de saúde foi já referida a desvantagem que representa para a reforma da saúde a limitada eficácia e transparência de muitos dos nossos instrumentos de governação (ver **Figura 7**), o baixo nível educativo e a limitada utilização de informação e do conhecimento quando estes elementos são comparados nos países da União Europeia.

É relativamente evidente que, em países com o grau de desenvolvimento social e institucional similar a Portugal, a capacidade de governação é efectivamente limitada. As reformas de saúde têm de tomar em linha de conta este facto.

Para ilustrar a importância que actualmente se concede a esta questão da saúde, seleccionaram-se alguns exemplos de experiência internacional que parecem particularmente ilustrativos (ver **Quadro VIII**).

Figura 7 – Governação da Saúde



Legenda: A governação da saúde: complexa, multidimensional, indispensável. A governação de saúde ainda é pouco afectiva em países com o grau de desenvolvimento de Portugal.

- Para além dos aspectos gerais da governação (governança) acima referidos serão seguidamente abordadas algumas das principais questões específicas da governação da saúde: Protecção e Promoção da Saúde, Financiamento, o Medicamento e os Recursos Humanos da Saúde.

Quadro VIII – Boas práticas na governação da saúde

Canadá: *“Building on values”*: Um processo de consulta sobre valores e preferências para o futuro (2002)

www.healthcarecommission.ca

Em 2001 o governo do Canadá nomeou uma Comissão para preparar uma proposta de reforma de saúde baseada em valores e preferências dos canadianos, através de: (i) sessões regionais de “diálogo deliberativo” com canadianos escolhidos aleatoriamente; (ii) fóruns televisivos com peritos em política de saúde; (iii) audições públicas, transmitidas pela televisão; (iv) inquéritos de base populacional sobre valores que se querem ver expressos nas políticas e outros temas específicos. O relatório final foi entregue e tornado público em Novembro de 2002.

Espanha: uma lei consensual sobre a qualificação de governação da saúde (2003)

<http://www.boe.es/>

O parlamento espanhol adoptou com um amplo consenso, a “Lei da coesão e qualidade”.

Esta lei estabeleceu instrumentos essenciais para a boa qualidade da governação da saúde. Entre outros aspectos: (i) reforça a investigação que permite melhorar a base de evidência das decisões políticas; (ii) cria a agência da Qualidade e o Observatório do SNS; (iii) reforça os sistemas de informação e as redes do conhecimento e, (iv) cria um “fundo de coesão da saúde”, que financia a mobilidade dos doentes e a correção das desigualdades.

EUA: *“To Err is Human -Building a Safer System”*(1999)

“Crossing the Quality Chasm- A New Health System for the 21st Century” (2001)

“Priority Areas for National Action: Transforming Health Care Quality (2003)”

<http://www4.nationalacademies.org/TomIom/home.nsf/Pages/Recentiv+Released+Reports>

Estimando que em cada ano morrem cerca de 10.000 cidadãos por erros na prestação de cuidados de saúde e centenas de milhares sofrem danos não fatais, foi elaborado um diagnóstico extenso (1999), tornado mais rigoroso e traçada uma estratégia com soluções (2000), tendo culminado (2003) com um plano de reestruturação em áreas prioritárias para a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde nos próximos 10 anos.

Inglatera: *“Securing our future health”*: cenários sobre o futuro (2002)

http://www.hm-treasury.gov.uk/Consultations_and_Legislation/wanless/consult_wanless_final.cfm

Este trabalho teve como objectivos: 1) examinar a forma como as tendências de desenvolvimento tecnológico, demográfico e médico influenciarão os serviços de saúde nas próximas duas décadas, através da elaboração de três cenários alternativos e, 2) identificar os elementos chave que determinarão a disponibilidade dos recursos financeiros e outros necessários para que o Serviço Nacional de Saúde (NHS) possa prestar equitativamente bons serviços de saúde. Os resultados serviram de base à elaboração de estratégias económicas e fiscais do governo.

PROMOÇÃO E PROTECÇÃO DA SAÚDE

A promoção e a protecção da saúde são dos principais objectivos do sistema de saúde. Neste relatório seleccionaram-se os seguintes temas:

- O “Plano de Saúde” em preparação pelo Ministério de Saúde.
- Álcool e saúde – tema associado aos comportamentos e estilos de vida, particularmente sério em termos de saúde pública
- O tratamento dos resíduos industriais perigosos que, como os anteriores, requer um importante esforço de articulação intersectorial
- A promoção da saúde nas escolas exemplifica também a necessidade de cooperação intersectorial a nível local.

Estes temas ilustram três aspectos fundamentais:

- A importância duma governação e responsabilização horizontal no sector da saúde;
- A necessidade de melhorar substancialmente a utilização do conhecimento nas decisões da saúde;
- A contribuição que uma abordagem estratégica consistente (que o “Plano de Saúde” pode veicular) pode ter para melhorar ambos os aspectos acima referidos.

O processo de consulta que está em desenvolvimento e a disponibilização (www.dgsaude.pt) de um trabalho provisório são já um indício de mudança, de possibilidade de acolhimento de perspectivas diferentes e de abertura à interpretação do que podem ser considerados os interesses dos cidadãos.

O Plano da Saúde pode dar origem a um potente instrumento estratégico para a reforma de saúde ou limitar-se a ser um exercício atraente, situado nas margens dos processos de mudança propostos. Neste momento ainda não parece ter uma posição de destaque no discurso político do Ministério da Saúde.

O enquadramento estratégico de múltiplas “frentes” de acção, que a melhoria da saúde comporta através de um “Plano de Saúde”, pode ser de grande alcance, dada a filosofia da cooperação e coordenação intersectorial que o orienta. Além disto este plano Nacional de Saúde não dirige nem hierarquiza e vem acompanhado de um processo de consulta.

Ainda numa versão preliminar o Plano de Saúde disponibiliza e sistematiza um importante conjunto de informação sobre as principais questões do sistema de saúde português, e, sobre as medidas previstas ou em curso e com elas relacionadas.

ÁLCOOL E SAÚDE: IMPASSE I

Face aos últimos elementos do *World Drink Trends WDT 2003* (*World Advertising Research Center Ltd-WARC, UK Oxfordshire*), com autorização da Commissie Gedistilleerd/Commission for Distilled Spirits, Schiedam, Netherlands (www.pd-cg.nl), dos oito maiores consumidores mundiais, Portugal é o único país com indicação de **dados pouco fiáveis**, nas suas estatísticas relativamente aos consumos de álcool.

Quanto às bebidas espirituosas e ao vinho, os dados existentes baseiam-se em dados estimados, referências que persistem desde 1998. Neste contexto a informação referente a 2001, indica que se manteve uma descida gradual dos níveis comercializados, passando Portugal para o 5º lugar a nível mundial, correspondente a **10,6 litros de etanol per capita** (considerando a população geral), assim distribuídos (entre parêntesis os registos do ano anterior - 2000, que em termos do total foi de 10,9 litros de álcool puro):

- Espirituosas ou destiladas: 1,4 litros de álcool puro (1,5);
- Cerveja: 61,3 litros (62,3);
- Vinho: 50,0 litros (51,7) – Portugal está, com a Itália, em 3º lugar a nível mundial, sendo ultrapassado pelo Luxemburgo (64,4) e pela França (56,9); logo abaixo estão a Suíça (43,1), Espanha (36,2), Argentina e Grécia (34,0) e Uruguai (31,9).

Vários indicadores ajudam a perceber as nefastas consequências sobre a sociedade e a saúde pública destes consumos elevados.

Quadro IX – Alguns indicadores relacionados com o consumo excessivo de álcool e contribuição da produção de bebidas alcoólicas para o PNB da UE (2001).

Contribuição da produção de bebidas alcoólicas para o PNB da UE	2%
Peso dos problemas derivados do consumo de álcool sobre o PNB da UE	5-6%
Mortes por cancro da mama	1498
Mortes por cancro da próstata	1700
Mortes por acidentes rodoviários	1995
AVPP* por tumores malignos	20.934
AVPP* por acidentes rodoviários	44.263

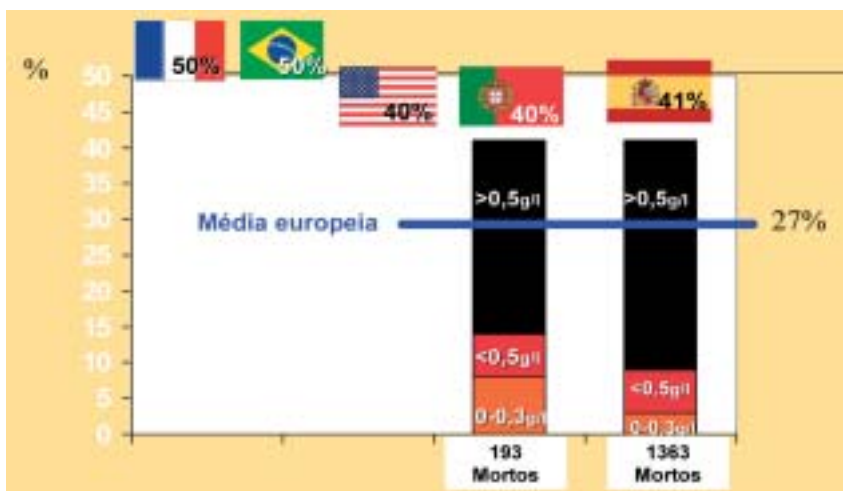
Fonte: Direção-Geral de Viação, com o factor de correcção 1999; Direção-Geral da Saúde, 1999, CCE, 2001 (AVPP, anos potenciais de vida activa perdidos)

Nota: Peso sócio-económico dos acidentes de viação relativamente às doenças oncológicas, cancro da mama, da próstata, e comparação dos Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) por acidentes rodoviários e tumores malignos em Portugal (1999).

Os últimos estudos publicados (Direção-Geral de Viação, 2000) apontam para a probabilidade de nos cruzamos com um condutor muito embriagado (mais de 1,2 g/l) ser de um em cada 34 condutores, ao circularmos nas estradas portuguesas. No entanto, esta probabilidade passa de 1 para 70 se considerarmos condutores assumindo o comando da sua viatura com taxas ilícitas (entre 0,5 e 1,2 g/l).

Quando é alterada a estratégia da fiscalização nas estradas (como aconteceu no primeiro trimestre de 2003) esta situação torna-se mais evidente. Assim, até ao início de Março de 2001, 2000 condutores tinham sido autuados por excesso de álcool no sangue. Em 2002 esse número atingiu os 2500 enquanto que em 2003, em idêntico período, foram autuados 3615 condutores, dos quais 1319 responderam em tribunal por crime de condução em estado de embriaguês. Só em Portugal, e de acordo com o último estudo publicado comparando diversos países, 40% dos condutores mortos tinham álcool no sangue, enquanto que a média europeia apresentava valores próximos dos 27%. (ver **Figura 8**).

Figura 8 - Percentagem dos condutores mortos em cinco países, de acordo com a alcoolémia.



Fonte: Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituto Nacional de Toxicologia, Eurostat, (1998).

No **Quadro X**, resumem-se os principais factores relacionados com a questão “álcool e condução rodoviária”, que reflectem uma situação de impasse.

Quadro X - Ponto da situação sobre a questão “álcool e condução rodoviária”

1. A **regulamentação do PACA** (Plano de Acção Contra o Alcoolismo), mantêm-se incompleta (Dec-Lei 9/2002, de 24 de Janeiro);
2. Não houve qualquer decisão sobre o funcionamento ou composição da Comissão Interministerial nomeada para elaborar a proposta de regulamentação e acompanhar a respectiva aplicação – a última reunião verificou-se no início de Maio de 2001, antecedendo a entrega, no período indicado para o efeito, do (importante e completo) pacote de proposta de regulamentação;
3. Quanto à Comissão Mista (também estritamente técnica) de Acompanhamento da **Regulamentação da Condução sob o efeito do Alcool e de outros Psicotrópicos**, a situação apenas apresenta uma pequena variação em relação à precedente – o actual Secretário de Estado da tutela requereu em Setembro último (com “muita urgência”), uma proposta de revisão da Portaria 1006/98, que aprova e regulamenta, não sendo conhecidas quaisquer decisões sobre esta matéria;
4. Por falta de solicitações da tutela, a Comissão não voltou a reunir, nem foi substituída;
5. Impasse na **fiscalização rodoviária** devido ao envelhecimento e baixa operacionalidade dos meios motorizados da Brigada de Trânsito, prevendo-se que a ausência de verbas orçamentadas para a sua substituição impossibilite, pela 1ª vez, a respectiva participação na Volta a Portugal em Bicicleta! Recorde-se que já no anterior relatório do OPSS se realçava o facto de Portugal ter 1/5 da média das fiscalizações da UE;
6. Mesmo assim de acordo com o “Relatório de Segurança Interna”, divulgado no início de Maio de 2003, os agentes de fiscalização detectaram, no ano transacto, *29 205 automobilistas com alcoolémias ilícitas*;
7. Esses valores correspondem a um aumento de 6,2 % em relação ao ano transacto mas com *menos 81 000 testes* de rastreio concretizados;
8. Na vertente de **investigação epidemiológica e clínica/terapêutica** instalou-se o impasse: nem se conhecem estudos nem a publicação do Dec. Lei 318/2000, de 14 de Dezembro, alterou algo de significativo a nível dos Centros Regionais de Alcoologia ou a prevista criação de unidade funcionais alcoológicas nos departamentos e serviços de saúde mental dos hospitais gerais;
9. A maioria Parlamentar que apoia o actual Governo retomou o **nível de 0,5 gr/l para a taxa de alcoolémia máxima permitida** aos condutores rodoviários e peões, revogando a anterior legislação sem ter constituído previamente a comissão técnico-científica que o diploma sustentava.

RESÍDUOS INDUSTRIAIS PERIGOSOS (RIP) – IMPASSE II

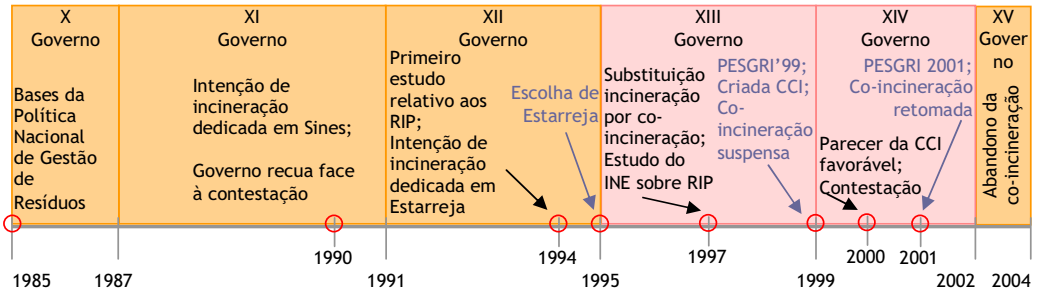
Em Portugal o problema do tratamento dos resíduos tem sido uma história de avanços e recuos. Para além das intenções de solução avançadas pelo Ministério das Cidades, do Ordenamento do Território e do Ambiente (MCOTA) no corrente ano, continua sem solução definitiva para as toneladas de lixo produzido anualmente pelo sector industrial. Entre mudanças de localização, do tipo de solução (incineração dedicada ou co-incineração), várias tentativas de inventariação da quantidade e natureza dos RIP (7), a elaboração de diversos relatórios, é evidente a crescente desconfiança das populações e o desconhecimento das quantidades e origem dos RIP.

O problema dos RIP tem passado, sem solução, por todos os governos (ver **Quadro XI**):

- 1985-1995 — a escolha é a incineração. Período caracterizado por vários avanços e recuos (incineração dedicada em Sines, reformulação do processo devido às manifestações das populações, incineração dedicada em Estarreja, um estudo sobre os RIP);

- 1995-2002— a escolha é a co-incineração. Período caracterizado por vários avanços e recuos (suspensão da incineração dedicada, escolha da co-incineração, suspensão da mesma devido à contestação das populações, um parecer científico muito contestado (CCI), retoma da co-incineração, cinco estudos sobre os RIP);
- 2002 até a actualidade — suspensão da co-incineração (e da incineração), um estudo sobre os RIP ainda não divulgado, a escolha por centros de redução, reciclagem e tratamento não pondo de lado a exportação dos RIP que não possam ser tratados.

Quadro XI – A evolução do tratamento dos resíduos industriais perigosos (1995-2004)



O Relatório da CCI refere que “em Portugal, como aliás nos países do sul da Europa, não existem informações que permitam conhecer, de uma forma quantitativa, pelo menos, aceitavelmente aproximada, quais as fontes reais de produção e os teores de exposição humanos à generalidade desses contaminantes considerados fundamentais para a saúde humana e o equilíbrio do ecossistema”. De facto, em Portugal, já se fizeram várias tentativas, para tentar inventariar a quantidade e a natureza dos RIP. A última tentativa resultou da assinatura de um protocolo entre o MCOTA e seis universidades em Maio de 2002 da qual ainda se desconhecem os resultados.

É urgente colmatar essa lacuna de conhecimento, para que, de forma fundamentada em evidência, se possa avaliar o impacto de qualquer atitude tomada ou a tomar em matéria ambiental e de saúde. Contudo, este desconhecimento não pode por si só justificar os recuos existentes nestes últimos 13 anos em termos de decisões relativas ao tratamento dos RIP.

PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MEIO ESCOLAR – REDE NACIONAL DAS ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE: DESCONTINUIDADE?

A Rede Nacional das Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS) integra, desde 1994, a Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde, projecto promovido pela Organização Mundial da Saúde, a Comissão Europeia e o Conselho da Europa.

Esta Rede Nacional, orientada tecnicamente por um Centro de Apoio Nacional (CAN), constitui um modelo organizativo e de implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar, numa estratégia de intervenção desenvolvida e sustentada por uma parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, formalizada em 1998 pelos respectivos Ministros através do Despacho conjunto nº 271/98 de 23 de Março. A pertença a esta rede é voluntária e processa-se mediante a assinatura de um contrato de adesão.

No início do ano lectivo 2001/2002, o aumento do número de pedidos de adesão à Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde (RNEPS), por escolas/agrupamentos e centros de saúde (de 1957 escolas em 2000/2001 passou-se para 3407 e de 255 centros de saúde para 265) é revelador do interesse em se associarem a este projecto. O estudo comparativo entre escolas pertencentes à RNEPS e outras do sistema educativo mostra diferenças significativas, bastante mais favoráveis às escolas da RNEPS, no que respeitava às variáveis avaliadas.

No contexto português são conhecidos os riscos que projectos de desenvolvimento progressivo a longo prazo têm quando se observam mudanças políticas e na administração pública. A não realização recente de um fórum previsto para avaliação do projecto e a definição de um novo Plano Estratégico para os próximos três anos e o clima de indefinição que daqui resulta, podem dar origem a uma considerável desmobilização da rede e uma importante perda de capital social dificilmente recuperável a curto prazo.

O FINANCIAMENTO DO SNS

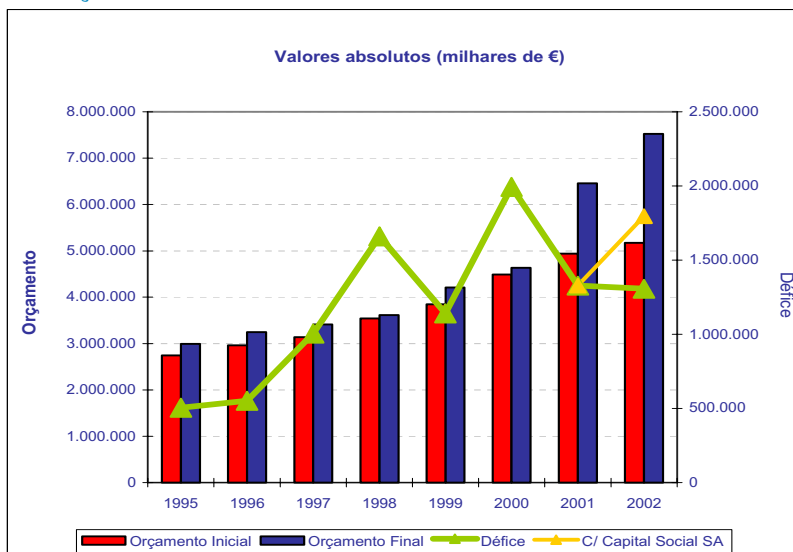
As regras de financiamento do SNS não tiveram em 2002 qualquer alteração, mantendo-se a tendência dos anos anteriores de grande irregularidade na evolução das dotações orçamentais.

No último ano, na sequência do processo de empresarialização de hospitais públicos foi, pela primeira vez, atribuída uma verba de cerca de 900 milhões de euros (mais precisamente 897,836) para dotações de capital aos hospitais S.A.

Não se dispõe ainda de informação sobre o destino dado a estes recursos, embora vários peritos do sector refiram que as dotações de capital estão a ser utilizadas maioritariamente para suportar a despesa corrente dos respectivos hospitais e cobertura de défices.

Os anos de 2002 e 2001 mostram uma elevada prioridade política atribuída à saúde. Embora o Orçamento Inicial tivesse apenas um crescimento de 4,5% face ao ano anterior, a evolução da dotação final mostra acréscimos de 16,4% em relação a 2001 e de 62% em relação ao ano de 2000 (ver **Figura 9**).

Figura 9 – Evolução do Financiamento do SNS



Fonte: IGIF

Verifica-se, no entanto, que estes valores não foram suficientes para impedir a formação de um elevado défice financeiro, pois a despesa manteve também um elevado ritmo expansionista. Apesar da excessiva prioridade do objectivo político de controlo do crescimento da despesa pública, a efectividade na saúde foi muito reduzida, tendo a despesa do SNS (de acordo com a escassa informação disponível nesta data) mantido um padrão de crescimento acima dos 9%. Assim, o acentuado reforço do financiamento público do SNS não conseguiu mais que atenuar ligeiramente o pesado défice acumulado, superior a 1300 milhões de Euros no final de 2002, se não levarmos em consideração o reforço de capital atribuído aos hospitais S.A.

Foi entretanto disponibilizado o relatório referente à “Auditoria à Situação Financeira do SNS” realizada pelo Tribunal de Contas (Maio 2003), que vem reforçar o ponto de vista do OPSS, já expresso nos seus relatórios anteriores, relativamente às flutuações e falta de rigor, quer nos critérios de atribuição, quer na afectação de recursos financeiros às instituições de saúde (ver **Quadro XII**).

Quadro XII- Síntese da Evolução dos Critérios de Financiamento

Anos	Entidades	Critérios de Financiamento	Observações
1998	ARS's	Financiamento "histórico" 1 + 8,3% a atribuir em função da população equivalente para cuidados primários.	
	Hospitais	80% do financiamento "histórico" + 20% do valor da produção.	Os 20% da produção foram calculados com base nos GDH's do internamento
1999	ARS's	84,5% do financiamento "histórico" 1 + ajustamento por grupo etário + ajustamento pela carga de doença.	
	Hospitais	70% do financiamento "histórico" + 30% do valor da produção	Os 30% resultam do somatório de 3 componentes: Internamento+Cirurgia Ambulatória+Ambulatório.
2000	ARS's	70% do financiamento "histórico" + 30% de capitação ajustada.	A componente capitacional contou com os ajustamentos sexo/idade e carga de doença.
	Hospitais	70% do financiamento "histórico" + 30% do valor da produção	Na produção foi considerado Internamento (GDH), Cirurgia Ambulatória, Hospital de Dia e Ambulatório Hospitalar (estes dois últimos foram este ano financiados pela 1ª vez, pela produção).
2001	ARS's	60% do financiamento "histórico" + 38,5% do financiamento do ano com base capitacional + encargo c/ vacinação + encargos com hemodializados.	A capitação ajustada foi definida em partes iguais pelo ajustamento do sexo/idade e pelo ajustamento carga de doença.
	Hospitais	60% do financiamento "histórico" + 40% do valor da produção	Na produção foi considerado o Internamento e Ambulatório Hospitalar (consulta externa, urgência e hospital de dia).
2002	ARS's	50% do financiamento "histórico" + valor capitacional + encargos c/ vacinação obrigatória dos 0 - 14 anos + encargos com hemodializados.	O valor capitacional inclui 50% com a capitação ajustada pelo vector sexo/idade e 50% pela capitação do vector "carga de doença".
	Hospitais	50% do financiamento "histórico" + 50% do valor da produção	Os 50% resultam do somatório do internamento, cirurgia ambulatória, hotelaria e ambulatório.

Notas: 1. Inclui o orçamento inicial do ano anterior + actualização da tabela salarial; 2. Aos valores da ARSLVT há a acrescentar a renda paga por esta ao Hospital Amadora/Sintra e 3. Base capitacional - Com base na população beneficiária do SNS em cada Região, ajustada pela estrutura etária e pela carga de doença.

Qualquer análise que se pretenda fazer, confronta-se assim, tal como explicitado pelo OPSS e igualmente expresso nas recomendações do Relatório do Tribunal de Contas, com falta de disponibilização e de transparência na informação financeira, quiçá agravada no último ano (ver **Quadro XIII**).

Quadro XIII- Resultados do cruzamento de informação e natureza das justificações apresentadas com maior frequência pelas instituições ⁽¹⁾

Em 31/12/2001	Instituições sem divergências	Instituições com divergências	Justificações apresentadas pelas instituições com divergências
Divergências nos valores de receita cobrada entre o Mapa I e o MCEO	42%	58%	Para 87% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de despesa paga entre o Mapa II e o MCEO	51%	49%	Para 88% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de despesa processada entre o MCO e o MCEO	44%	56%	Para 88% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática que resultam na produção de dados pouco fiáveis constantes nos MCEO remetidos à DGO.
Divergências nos valores de receita por cobrar entre o Mapa I, o Mapa III e a listagem de facturas por cobrar	42%	58%	Para 50% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática e, para 35%, em procedimentos contabilísticos incorrectos, na falta de conferência de contas correntes ou em razões desconhecidas.
Divergências nos valores de despesa por pagar entre o Mapa II, o Mapa IV e a listagem de facturas por cobrar	57%	43%	Para 30% das instituições, têm origem em problemas de ordem informática e, para 53%, em procedimentos contabilísticos incorrectos, na falta de conferência de contas correntes ou em razões desconhecidas.

Fonte: Elementos remetidos por 69 instituições e constantes dos processos de prestação de contas de 2001 existentes no Tribunal de Contas (mapa de fluxos financeiros e mapa de controlo orçamental).

Notas: ⁽¹⁾ As instituições onde foram apuradas divergências materialmente irrelevantes, face ao orçamento médio global (inicial) do SNS por instituição foram consideradas como “instituições sem divergências”.

Uma outra questão essencial a referir e igualmente abordada nos Relatórios de Primavera, prende-se com o elevado esforço financeiro realizado pelo Ministério da Saúde nos últimos anos, com recurso a verbas comunitárias, na criação de uma rede informática e no cartão de utente e ainda no desenvolvimento e consolidação das bases de dados existentes, ferramentas fundamentais para a existência de um sistema de informação, rigoroso, transparente e acessível, mas que parece não ter conseguido atingir os seus objectivos.

Lê-se nas Conclusões constantes no Relatório da Auditoria à Situação Financeira do SNS que “As deficiências da informação prestada pelas instituições condicionam o cálculo correcto do valor da receita e da despesa relevada na contabilidade. Não obstante, é com base nesta informação, não validada, que o IGIF procede ao cálculo da “situação financeira do SNS” que comunica à DGO” e “... conclui-se que os dados constantes das demonstrações financeiras das instituições integradas no SNS não são fidedignos, integrais e consistentes, o que implica um juízo desfavorável sobre a informação económico-financeira produzida pelas instituições e consequentemente sobre a informação global, agregada e consolidada, relativa à “situação financeira do SNS” produzida pelo IGIF.”

“Os orçamentos das entidades do SNS não deverão acolher procedimentos de engenharia orçamental que permitam a contracção de encargos com mero cabimento virtual, geradores de dívida administrativa e potenciadores de mecanismos de regularização de situações do passado verdadeiramente desresponsabilizantes da gestão”.

Em síntese, esta situação é agravada pelas deficiências do sistema de informação e informatização existente, que não permite identificar os utilizadores do sistema, impossibilitando a quantificação rigorosa do que se faz, do que se gasta e de como se gastam os recursos da saúde.

A aplicação informática de contabilidade (SIDC) desenvolvida pelo IGIF permite a produção de “outputs” económico-financeiros que, reportando-se a uma mesma data, contêm informação divergente sobre os mesmos elementos contabilísticos. Outras aplicações informáticas disponibilizadas pelo IGIF e cujos dados têm reflexos na informação financeira, designadamente as aplicações relativas aos recursos humanos e ao aprovisionamento, não estão integradas com a aplicação informática de contabilidade, uma vez que os dados não são atualizados “on-line”. Este facto implica desatualização de informação e potencial ocorrência de erros ou omissões”.

Este é um exemplo da limitada eficácia e transparência de um dos instrumentos da política de saúde mais importantes – o Financiamento – que carece de urgente aperfeiçoamento de modo a melhorar a qualidade da governação da saúde.

A POLÍTICA DO MEDICAMENTO

O sector do medicamento está em mudança a nível internacional, nomeadamente por via:

- da globalização;
- do aumento da esperança de vida com o conseqüente aumento dos gastos com medicamentos, designadamente os associados às doenças crónico-degenerativas;
- do domínio do mercado dos EUA, não só por deterem as principais multinacionais do sector, mas também porque, desde 1996, consomem cerca de 60% dos medicamentos disponíveis no mercado.

As mais diversas empresas que se dedicam ao estudo dos mercados de medicamentos apontam para que o mercado europeu, pela sua dimensão e potencialidades, possa vir a ser encarado como um “contra-poder” ao quase monopólio americano.

Há algum consenso europeu sobre as estratégias e medidas a tomar, não só na perspectiva da globalização, mas igualmente na contenção de gastos em medicamentos.

Em Portugal a política do medicamento tem sido orientada nos últimos anos por uma forte preocupação no controlo do crescimento da despesa e objecto dos mais diversos planos. Há consenso quanto à necessidade de conter o crescimento dos gastos com medicamentos e ao facto de que constitui uma área onde se verificam significativos desperdícios.

Como é patente na **Figura 10**, a evolução da legislação, há de facto uma concentração de medidas e acções nos últimos anos, mas é evidente a concentração das medidas e acções internacionalmente recomendadas no ano 2002 com os conseqüentes resultados. Saliente-se nesta análise temporal que as diferentes medidas tomadas ao longo deste período foram sucessivamente potenciando as seguintes.

A legislação sobre genéricos com referência obrigatória da entidade produtora (como forma de minimizar as resistências de algumas associações médicas), a formação do preço dos genéricos - 35 % abaixo do preço do produto de referência, a comparticipação acrescida em 10%, a obrigatoriedade de prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), as campanhas de informação sobre as vantagens económicas e a segurança na garantia de qualidade, bem como as acções de promoção dos genéricos junto dos médicos prescritores realizadas por técnicos de informação médica da autoridade pública do medicamento (INFARMED), o apoio técnico e político à instalação em Portugal das grandes empresas especializadas no mercado de genéricos, e o estímulo à indústria nacional, são exemplos da acção desenvolvida pelo Ministério da Saúde desde 1998 e do já citado efeito potenciador.

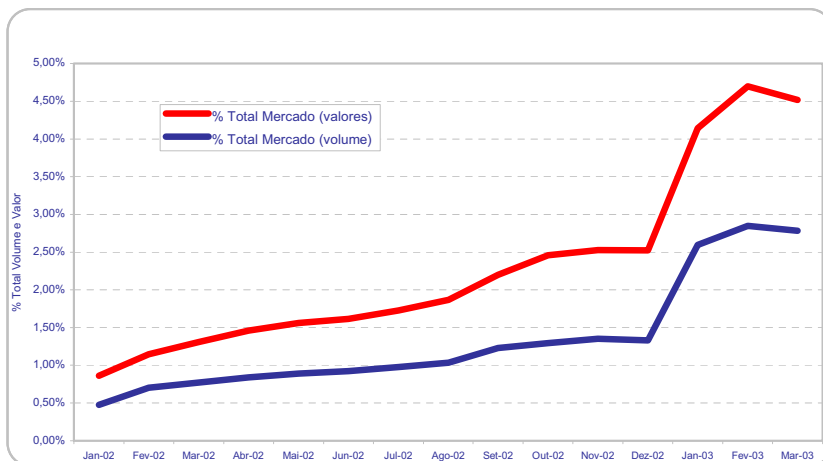
Os preços de referência (em vigor desde Março de 2003), embora apenas aplicáveis aos produtos com apresentações genéricas disponíveis no mercado, contribuíram já para uma substancial redução do preço de um conjunto importante de medicamentos.

Para além da adopção e implementação das directivas da União Europeia - viradas essencialmente para a uniformização das garantias de qualidade e segurança - as restantes medidas têm a ver essencialmente com a contenção de custos que assumiram gradualmente um papel preponderante no défice crónico do SNS.

Nesta perspectiva, são pouco perceptíveis as vantagens na denúncia do Protocolo com a APIFARMA – que permitiu poupar em 1997 e 1998 cerca de 6 milhões de contos e em 1999 cerca de 9 milhões. Relativamente ao novo Acordo com a ANF não foram ainda suficientemente explicitadas as respectivas vantagens. De igual modo, uma medida anteriormente iniciada e com algum significado neste contexto de contenção, terá sido descontinuada – a descomparticipação de medicamentos de eficácia terapêutica não demonstrada cientificamente.

A introdução dos genéricos no mercado é uma realidade cada vez mais consensual, como se poderá verificar pela **Figura 11**. Os primeiros representam cerca de 64% do total do volume de vendas na Dinamarca, mas o seu custo representa apenas 37% dos gastos totais. Existe portanto ainda um enorme potencial de crescimento deste tipo de medicamentos em Portugal.

Figura 11 – Evolução do Mercado Medicamentos Genéricos (volume e valor)



Fonte: IMS, Health

Os medicamentos genéricos, apesar de introduzidos/disponibilizados no mercado, apenas começaram a assumir algum significado no total da prescrição para o SNS a partir do momento em que entraram em vigor, quase em simultâneo, várias das medidas preconizadas pela evidência internacionalmente reconhecida.

A implementação das medidas legislativas no que se refere aos medicamentos genéricos, preços de referência, novo modelo de receita médica, prescrições por DCI e possibilidade de substituição do medicamento pelo farmacêutico alterou significativamente a situação do mercado farmacêutico, designadamente no sector de ambulatório (que representa cerca de 80% do mercado global).

As perspectivas quanto à evolução futura do mercado são igualmente encorajadoras, sendo desejável que não ocorra nenhum acidente de percurso quanto à qualidade (há casos exemplificativos e paradigmáticos a nível internacional) que possa desacreditar esta antevisão optimista.

Como se poderá verificar, a evolução até 31 de Março tem sido francamente positiva e animadora, embora se possa perceber um abrandamento no ritmo de crescimento no mês de Março que poderá não ter significado dada ainda a instabilidade do mercado dos genéricos e a fase de adaptação a que estão sujeitos, todos os “actores”.

Sugestiva dessa instabilidade e adaptação é o facto da percentagem de valor ser ainda superior à do volume, ao contrário do que acontece na maioria dos países em que o mercado dos genéricos já tem alguns anos de existência e um “peso” muito mais elevado no respectivo mercado (ver **Figura 11 e Quadro XIV**)

Quadro XIV- Penetração Medicamentos Genéricos, em valor e volume, 2001(%)

País	Valor (PVP)	Volume (Embalagem)
Alemanha	27,0%	40,0%
Reino Unido	18,0%	50,0%
Dinamarca	37,0%	64,0%
Holanda	12,0%	40,0%
Outros	3,0%	7,0%
EUA	21,0%	50,0%

Fonte: EGA- European Generic Medicines Association/Atkinson-URCH, 2002; IMS Health Data, 2001

Até final do 1º trimestre de 2003 cerca de 95% da facturação em medicamentos genéricos teve origem em 3 das empresas multinacionais deste sector, sendo de salientar o que já veio noticiado nos meios de comunicação - a APIFARMA contesta a promoção pública dos medicamentos genéricos sem qualquer contrapartida para o Estado.

A implementação efectiva dos medicamentos genéricos terá sido das medidas mais eficazes e com maior evidência científica de entre as medidas tomadas no último ano na área da saúde.

Com efeito, de entre as medidas essenciais para a implementação da introdução/aumento, com sucesso, do mercado de medicamentos genéricos recomendadas por peritos internacionais, são consensuais as seguintes:

- legislação e regulação de suporte;
- garantia de qualidade assegurada;
- aceitação dos profissionais e dos utentes;
- incentivos económicos.

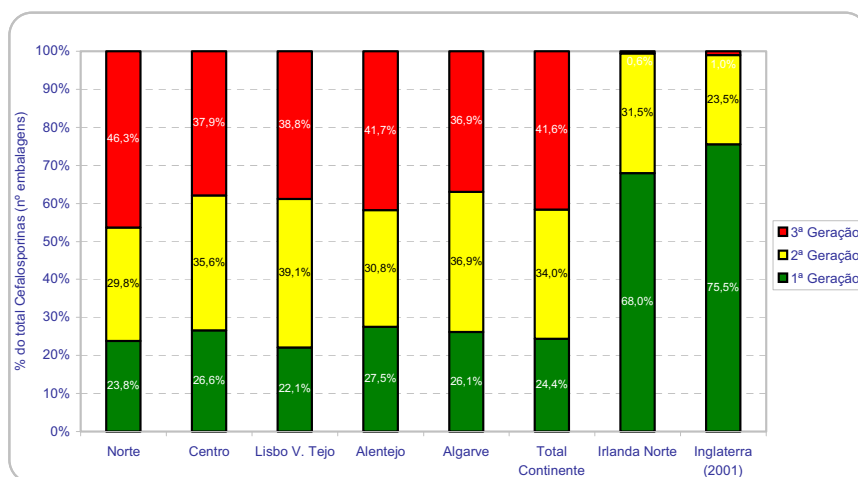
Destes quatro requisitos apenas a garantia de qualidade não está assegurada, uma vez que o Laboratório de Qualidade está ainda em fase de apetrechamento devido a restrições orçamentais.

Pretendeu-se formalmente um uso mais racional da utilização de medicamentos, mas pouco tem sido feito para promover uma mais efectiva, segura e rigorosa prescrição do ponto de vista técnico-científico. Portugal continua a ser dos poucos países da Europa ainda sem orientações/"guidelines" baseadas na evidência técnico-científica para os principais grupos nosológicos.

O aumento do "peso" relativo dos medicamentos genéricos será uma boa e reconhecida medida instrumental, mas não será desejável que essa e as outras medidas de contenção constituam a essência duma política global do medicamento.

Esse "pacote" de medidas, aparentemente bem sucedidas, não contempla acções, igualmente efectivas, na área do rigor e qualidade da prescrição apesar dos alertas lançados pelos Relatórios de Primavera de 2001 e 2002 e da crescente pressão pública e técnico-científica internacionais entretanto tornadas mais acessíveis através da Internet. Essa ausência de orientações quanto à necessidade absoluta de se promover maior rigor prescritivo poderá explicar a evolução que se continua a observar no sector específico da antibioterapia que o OPSS tem vindo a acompanhar e que se ilustra, mais uma vez, nas **Figuras 12 e 13**.

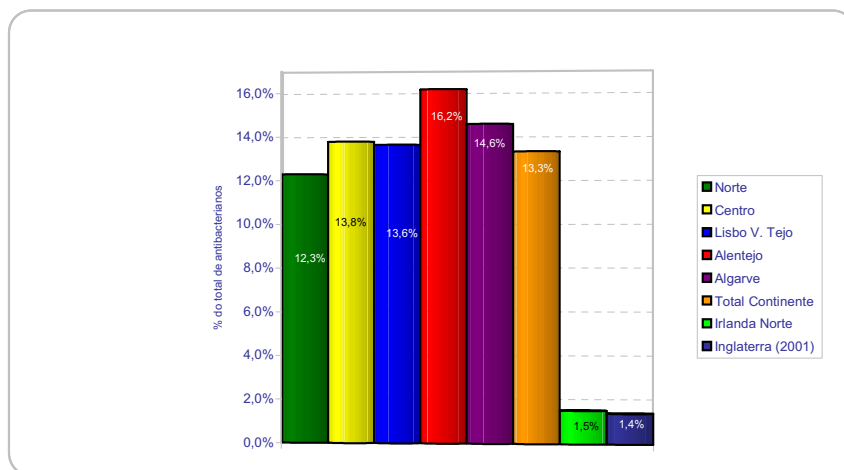
Figura 12 – Prescrição de Cefalosporinas em Ambulatório



Fonte: INFARMED

Os dados acima apresentados referem-se à situação observada nas diferentes regiões do País relativamente à prescrição de anti bacterianos em ambulatório (Hospitais, Centros de Saúde e todos os restantes prescritores com receituário do SNS) no ano de 2002.

Figura 13 – Prescrição de Quinolonas em Ambulatório -2002



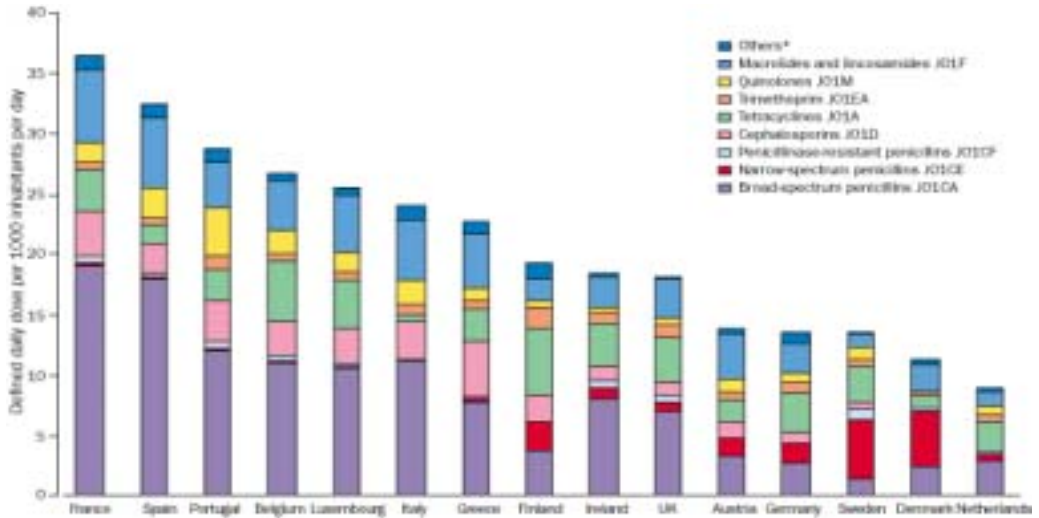
Fonte: INFARMED

Se a situação observada em 2000 e 2001, apesar de representar apenas a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, era já preocupante – pelas implicações para a saúde pública do ponto de vista das resistências bacterianas e consequente perda de eficácia terapêutica neste importante grupo farmacológico - a análise da prescrição de anti bacterianos nas restantes Regiões de Saúde obriga a uma reflexão mais profunda e urgente sobre este tema.

Para também melhor contextualizar a realidade da prescrição portuguesa na Europa reproduz-se o gráfico da **Figura 14**, relativa a uma análise publicada na revista Lancet - Volume 357, nº 9271 de Junho de 2001 e que, de certa forma, valida a informação contida nas análises de anos anteriores e a respeitante a 2003.

Figura 14 - Out patient antibiotic Sales in 1997 in the European Union

Outpatient antibiotic sales in 1997 in the European Union



Source: Lancet: Volume 357, Number 9271 09 June 2001

Neste gráfico são apresentadas as vendas de antibióticos, distribuídas pelos vários grupos terapêuticos (classificação ATC) em termos de unidades transformadas em doses diárias por 1.000 habitantes e por ano nos 15 países da União Europeia.

Portugal é o país que, em termos relativos, mais utiliza o subgrupo das Quinolonas - quase o dobro do 2º maior utilizador destes fármacos - a Espanha. De salientar ainda que apesar de ser bastante significativo (neste gráfico) o uso de penicilinas de largo espectro, as aminopenicilinas representavam, em 2001, apenas cerca de 11% do total dos anti bacterianos prescritos em ambulatório e as benzilpenicilinas apenas cerca de 5%.

Transcreve-se, a este propósito, o seguinte extracto do Prontuário Terapêutico on-line *acedido em 7 Maio de 2003*: *“A selecção do anti-microbiano deverá basear-se na sua eficácia e segurança e ainda num custo aceitável. Ao avaliar a eficácia e segurança de um anti microbiano é importante considerar os efeitos resultantes de uma terapêutica de largo espectro na ecologia bacteriana - aumento do risco de infecção devida a microorganismos resistentes para o próprio doente e emergência de estirpes bacterianas com novos padrões de resistência no próprio meio, quer hospitalar quer na comunidade. O anti microbiano eficaz de menor espectro de actividade deverá ser sempre o fármaco de primeira escolha, devendo os clínicos adoptar uma atitude restritiva de entre os vários grupos de anti microbianos eficazes (um ou dois fármacos de cada grupo). Os novos anti microbianos deverão ser sempre avaliados tendo como referência os já existentes e prescritos apenas quando claramente superiores.”.*

Neste contexto, espera-se que os recentemente criados departamentos de Gestão do Risco, Epidemiologia e Observatório do Medicamento do INFARMED, possam vir a compensar a ausência de acções concretas e efectivas para uma melhoria da base analítica das políticas do medicamento.

A POLÍTICA DOS RECURSOS HUMANOS

Uma política de recursos humanos da saúde deverá ser consequente a uma declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos, para responder às expectativas de saúde, presentes e futuras e que resulta num conjunto de valores, princípios e estratégias que contemplam, ao longo de toda a vida, o bem-estar e o desempenho das pessoas que trabalham no sistema de saúde. Envolve a determinação de necessidades em profissionais de saúde, a garantia de qualidade do seu desempenho, as medidas que levam à articulação interministerial e de organizações no âmbito da sua formação e desenvolvimento (inclui certificação, recertificação, carreiras, avaliação de capacidades formativas, estabelecimento de *numerus clausus*), o recrutamento, selecção, sistemas de pagamento, incentivos e retenção de profissionais para cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e regulação de todos estes aspectos em todos os sectores do sistema de saúde português.

Uma política de recursos humanos valoriza as pessoas, a história das suas profissões, as suas expectativas e motivações adequando instrumentos de incentivo a diferentes grupos de interesses, expectativas e motivações identificadas. Continua a não haver uma política de recursos humanos e pensamento estratégico nesta matéria. Três aspectos merecem um destaque especial:

1. A ausência de planeamento deu origem à necessidade de promover o recrutamento de profissionais de saúde de outros países. Em 2000 cerca de 93% destes profissionais eram médicos ou enfermeiros. Para além da discriminação negativa que isto representa, em termos de oportunidade de formação e realização profissional para uma geração de portugueses, o elevado recrutamento entre profissionais de saúde dos PALOP (países africanos de língua oficial portuguesa) representa uma falha na obrigação de protecção dos serviços de saúde de países em vias de desenvolvimento. Dever-se-ia ser capaz de resolver internamente os problemas de escassez de profissionais sem acentuar as já gravíssimas carências desses países, utilizando os seus profissionais para colmatar as nossas necessidades. (ver **Quadro XV**)

Quadro XV- Recursos humanos estrangeiros a trabalharem no Serviço Nacional de Saúde, por país de origem

País	1994		2000	
	Nº	%	Nº	%
EU total	47	15	1832	63
Espanha	26	8	1710	59
PALOP total	127	41	727	25
Angola	56	18	327	11
Cabo Verde	21	6.7	84	2.9
Guiné-Bissau	27	8.6	148	5.1
Moçambique	4	1.3	92	3.2
São Tomé e Príncipe	19	6.1	76	2.6
Total	313	100	2909	100

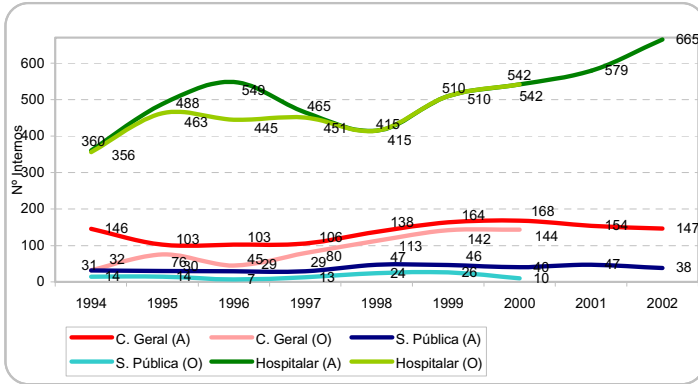
Manifesta falta de planeamento de recursos de saúde, acaba por discriminar negativamente os jovens portugueses no acesso às profissões de saúde e os serviços de saúde dos países em vias de desenvolvimento.

Fonte: Recursos humanos estrangeiros no Ministério da Saúde, DRHS, 2000. Adaptado de Rodrigues L. Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Edições Colibri, 2002

2. Dos médicos estrangeiros a trabalhar no Serviço Nacional de Saúde em Portugal, a maioria está na carreira de clínica geral. Nos discursos políticos, os cuidados de saúde primários sempre foram mencionados como a base do sistema de saúde e uma prioridade política. Porém, os números evidenciam tendências contrárias a tais declarações: os recursos humanos cresceram muito mais no sector hospitalar que nos cuidados de saúde primários. Por outro lado, a avaliar pelo número de vagas de formação (internato complementar) abertas nos últimos anos, a distribuição dos médicos em

função de necessidades de saúde ou de modelos de prestação assumidos politicamente continua a não ser encarado. (ver **Quadro XV e Figura 15**)

Figura 15 - Números de vagas ocupadas nos concursos de ingresso nos internatos complementares



O número de vagas abertas faz prever que os desequilíbrios entre especialidades se vai acentuar e o seu preenchimento mostra uma maior preferência da carreira hospitalar para os jovens médicos

Fonte: Grupo de missão, resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 de 4 de Dezembro. Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde. Dezembro de 2001.

Legenda: C Geral – carreira médica de clínica geral; S. Pública – carreira médica de saúde pública; Hospitalar – carreira médica hospitalar; A - nº vagas abertas; O - nº vagas ocupadas

3. As reformas de gestão em curso não foram acompanhadas de qualquer espécie de estudo de impacto sobre os profissionais de saúde. As carreiras públicas, nomeadamente médica e de enfermagem, são as estruturas conhecidas, até ao momento, que asseguram a existência de marcos de avaliação da qualidade técnica do trabalho desenvolvido para permitir passar a patamares de responsabilização técnica e de remuneração superiores e permitem algum grau de hierarquia técnica entre os profissionais.

Para os utilizadores dos serviços de saúde não são ainda visíveis os mecanismos que garantirão a qualificação técnica dos profissionais após a licenciatura. Há indícios que esta instabilidade possa estar a levar à saída precoce do Serviço Nacional de Saúde, por pedido de reforma, de profissionais que não serão facilmente substituídos, pelo menos em saber e experiência.

Alguns passos foram dados nos últimos anos para o desenvolvimento de um plano estratégico de formação na área da saúde (ver relatórios de Primavera 2002), mas continua por definir, como se determinarão as necessidades face à actual escassez de recursos humanos (reformas, etc.) e ao previsível *turnover* (hospitais novos e de substituição) num quadro de coexistência de diferentes estatutos profissionais e de maior procura.