



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 1. Há um grande número de bons serviços de saúde em Portugal. Existem inovações significativas na organização dos cuidados de saúde. Faltam no entanto dispositivos reguladores que acompanhem, apoiem e disseminem a inovação.** Sem isso os bons exemplos não confluem, mantêm-se isolados e eventualmente diluem-se com o enfraquecimento dos seus promotores. Existem serviços de saúde onde não há listas de espera, onde os profissionais se organizam de forma a estar facilmente acessíveis e apoiam a aprendizagem dos mais novos. Mas também há outros onde isto não acontece – sem consequências para uma ou outra das situações.
- 2. Na saúde têm predominado as agendas particulares dos actores mais influentes sobre as políticas públicas. Para reformar os serviços de saúde portugueses é preciso reformar, antes, o modelo de governação da saúde.** A análise da última década e meia evidencia uma marcante insuficiência das concepções e instrumentos da governação. Isso tem-se mostrado independente do ciclo político e das pessoas envolvidas. As “derrotas críticas” da governação da saúde em 1990 e 2000, e a marcante assimetria entre a capacidade de análise e direcção estratégica dos actores sociais da área do medicamento, por um lado, e o Estado, por outro, são ilustrações significativas desta realidade.
- 3. Toda a informação recolhida aponta para a insuficiência de enquadramento e acompanhamento do limitado número de novas experiências de gestão em curso. Para o conjunto dos serviços de saúde estas dificuldades são ainda mais sérias. Ao mesmo tempo assiste-se ao desperdício dos investimentos públicos, humanos e técnicos, feitos nos dispositivos de contratualização.** A experiência internacional europeia é fértil em exemplos que apontam para o facto de ser a fragilidade dos mecanismos de formulação de políticas, de regulação e de contratualização os principais obstáculos para as reformas da prestação dos cuidados de saúde.
- 4. As listas de espera cirúrgicas e as questões do financiamento da saúde são exemplos de uma forma de politização dispensável da saúde que necessita, pela sua importância para o “cidadão – contribuinte – cliente”, de um tratamento objectivo.** É possível normalizar a informação (e o sistema de informação que a gere) relativa às listas de espera cirúrgicas, de forma a tornar facilmente acessível informação actualizada (não nominal) sobre a produção de serviços (cirurgias e consultas) em função da capacidade instalada dos serviços que têm listas de espera, assim como os detalhes relacionados com a sua recuperação. O mesmo tipo de normalização e transparência pode ser implementado relativamente à informação sobre o financiamento da saúde.

5. **A questão do medicamento é particularmente preocupante. Os medicamentos são responsáveis por uma fatia demasiado grande dos gastos com a saúde. Os portugueses dependem excessivamente do medicamento. Observam-se padrões de prescrição (como os dos antibióticos) que resultam em importantes desperdícios económicos e sérios riscos para a saúde pública.** Os primeiros sinais positivos da última campanha do genérico já são visíveis. No entanto é necessário dar mais importância aos dados concretos da utilização do medicamento e actuar em conformidade, em vez de considerações genéricas sobre as eventuais virtualidades de instrumentos da política do medicamento (genéricos, preços de referência prescrição, pelo princípio activo).
6. **Os processos de decisão em curso sobre a questão do “consumo do álcool e a condução” e sobre a “co-incineração dos resíduos industriais perigosos” são dois bons exemplos da necessidade de melhorar substancialmente a forma de utilizar a evidência científica nas decisões políticas.** Tem existido, em ambos os casos, importantes limitações na forma de organizar o processo de decisão e a contribuição do sistema político, dos órgãos da administração pública, da comunidade científica, das organizações não governamentais e das comunidades locais. Não há sinais de que as consequências destas insuficiências verificadas no passado tenham já sido apreendidas.
7. **É importante definir a “informação mínima” sobre a saúde e os serviços de saúde a que o “cidadão-contribuinte” tem direito. É possível identificar “variações inaceitáveis” em procedimentos e resultados e actuar.** Começam a existir instrumentos poderosos para informar o cidadão de forma a permitir-lhe escolhas inteligentes. Os sistemas de informação para a gestão tardam a funcionar.
8. **Cerca de 74% dos portugueses - recentemente inquiridos num estudo criteriosamente desenhado para o efeito – consideram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com os seus médicos de família nos Centros de Saúde.** Existem algumas indicações que grande parte dos profissionais dos cuidados de saúde primários acolheria bem uma reorganização dos Centros de Saúde, que melhorasse as suas condições de trabalho e autonomia profissional, num contexto regulador explícito e claro.
9. **Estão criadas algumas das condições para que o sistema hospitalar português possa evoluir nos próximos anos nas formas de organização e gestão.** No entanto a gestão dessa mudança beneficiaria consideravelmente se tivesse em conta a importante base de conhecimentos que sobre esta matéria se tem acumulado em vários países Europeus, particularmente no Reino Unido e Espanha. O OPSS procura contribuir para esse fim (ver “visitas guiadas” [www.observapot.org](http://www.observapot.org)).
10. **É provável que o futuro próximo traga ao sistema de saúde português um cidadão-cliente reforçado e um contexto europeu, e ibérico, progressivamente mais influente.** Será cada vez mais difícil formular políticas de saúde fora deste contexto. Sem investir no ensaio e na investigação dos novos instrumentos de gestão, as assimetrias de capacidade de intervenção já existentes nos espaços europeu e ibérico agravar-se-ão.