

Um Futuro para a Saúde

todos temos
um papel
a desempenhar

COORDENADOR

Lord Nigel Crisp

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Cristina Monteiro
Maria João Pinheiro

TRADUÇÃO

João van Zeller

REVISÃO

Manuel Resende

DESIGN

TVM Designers

IMPRESSÃO

Gráfica Maiadouro, S.A.

TIRAGEM

300 exemplares

EDIÇÃO

Fundação Calouste Gulbenkian
Av. de Berna 45 A
1067-001 Lisboa
Portugal
Tel. (+351 21 782 3000)

Email: pgis@gulbenkian.pt

<http://www.gulbenkian.pt>

©Fundação Calouste Gulbenkian 2014

Para mais informação sobre a iniciativa Health in Portugal: a challenge for the future – The Gulbenkian Platform for a sustainable health system ou para obter o download do Relatório “Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar”, visite:

www.gulbenkian.pt

ou contacte:

Programa Gulbenkian Inovar em Saúde

pgis@gulbenkian.pt

ISBN 978-989-8380-18-0

DEPÓSITO LEGAL 379 935/14

Um Futuro para a Saúde

todos temos
um papel
a desempenhar

Lord Nigel Crisp (Presidente)
Donald Berwick
Ilona Kickbusch
Wouter Bos
João Lobo Antunes
Pedro Pita Barros
Jorge Soares

COLABORAÇÃO:



Health Cluster Portugal

Pólo de Competitividade da Saúde

Nota prévia do Presidente da Fundação Calouste Gulbenkian

A SAÚDE DOS PORTUGUESES alcançou notáveis progressos nas últimas décadas, que nos posicionam em lugar de reconhecimento internacional e que constitui a marca mais positiva dos 40 anos do nosso regime democrático.

Não ignoramos, no entanto, as limitações dos recursos disponíveis e o modo como condicionam as opções a assumir. Hierarquizar a importância dos problemas e o modo como deveremos afetar os nossos recursos constituem áreas de preocupação prioritária de que todos estamos conscientes. Há que decidir com bom senso, com ousadia e coragem.

Os progressos que alcançámos no sistema de saúde devemos-lo às esclarecidas políticas seguidas e também, em parte, aos avanços científicos e à inovação tecnológica. Mas o que ganhámos em tempo de vida não pode deixar de ser acompanhado por um juízo exigente que assegure compromissos justos e duradouros.

Desde o início da sua actividade, a Fundação Calouste Gulbenkian procurou, em cada momento, acompanhar esta evolução, tentando interpretar diferentes sinais e adaptando a sua estratégia de intervenção no domínio da Saúde, ao que entendia, e entende, melhor corporizar um contributo para a qualidade, a acessibilidade e a equidade da prestação dos cuidados de saúde.

Assim, de uma acção supletiva e complementar do Estado – apoiando sobretudo o apetrechamento e modernização tecnológica de unidades de saúde – a Fundação tem vindo, desde finais dos anos 90, a assumir uma atitude mais pró-activa, procurando contribuir para encontrar respostas para novos problemas e para identificar e disseminar “boas práticas”.

A Fundação tem também procurado acompanhar a mudança significativa do paradigma de intervenção no sector da Saúde. Uma abordagem que extravasa as considerações nacionais, que exige a intervenção de um vasto conjunto de actores e de parcerias, que requer análises pluridisciplinares e que pugna por uma ligação estreita entre a investigação e a prática clínica. Temos assim procurado adoptar um papel catalisador de vontades e sinergias, nacionais e também internacionais, que tem subjacente um desígnio de mudança e de adequação a uma nova realidade.

O Projecto “Health in Portugal: a Challenge for the Future”, que mobilizou um conjunto excepcional de personalidades nacionais e estrangeiras para a elaboração

de um relatório sobre a arquitectura dos cuidados de saúde e cujos resultados são divulgados nesta publicação, constituem precisamente a contribuição da Fundação para este desafio.

O Conselho de Administração da Fundação Calouste Gulbenkian agradece, por isso, a contribuição de todos os membros das diferentes estruturas do projecto e que contribuíram para a elaboração deste relatório. Desde logo a Comissão, o Conselho Consultivo, os diferentes grupos de trabalho, o grupo de jovens profissionais, a equipa de apoio mas também todas as instituições, as entidades e as personalidades ouvidas, bem como as sugestões que, por diversos modos, nos chegaram.

Não posso deixar de salientar a total dedicação e extrema competência dos Professores João Lobo Antunes, Pedro Pita Barros e, muito naturalmente, Jorge Soares, Director do Programa Gulbenkian Inovar em Saúde, os quais muito valorizaram os trabalhos realizados.

É devida uma palavra especial de reconhecimento a Lord Nigel Crisp, Chairman da Comissão, pela generosidade com que aceitou pôr a sua qualificada experiência, o seu talento e o seu entusiasmo na liderança deste projecto.

Finalmente, a Fundação assumiu já o compromisso de começar a trabalhar sobre os três “Gulbenkian Challenges” que constituem desafios apresentados pela Comissão do Projecto. Com esta decisão, não se pretende entrar na discussão do imediato, do que é para «amanhã», mas, antes, construir um amplo compromisso global: a visão para o futuro de um Sistema de Saúde reforçado e sustentável, de que possam beneficiar as novas gerações e no qual todos temos um papel a desempenhar.

Artur Santos Silva

Nota prévia da Comissão

Estimado Presidente e estimados Administradores,

Foi um privilégio e um prazer realizar esta investigação a solicitação da Fundação Calouste Gulbenkian. Ao longo deste projecto, fomos bem acolhidos e generosamente apoiados por todas as pessoas com quem contactámos. Isto deve-se, sem dúvida, à reputação e prestígio da Fundação, mas também ao facto de haver muitas pessoas em Portugal empenhadas numa visão duradoura para um sistema de saúde de qualidade e acessível a todos.

Delineámos uma visão simples caracterizada pelo empoderamento dos cidadãos, pela participação activa da sociedade e por uma procura contínua de qualidade, apelando a um novo pacto para a Saúde. Este apoia-se numa nova abordagem da implementação que, literalmente, atribui a todas as pessoas um papel na melhoria da saúde e do bem-estar e na criação e manutenção de um sistema de saúde para o futuro. Este objectivo irá exigir uma liderança visionária e corajosa, capaz de unir as pessoas em torno de um novo pacto para a Saúde, estabelecer a rota a seguir e concitar apoio político e da opinião pública. Estamos convictos de que em Portugal existe uma excelente base sobre a qual construir e de que o país se pode posicionar estrategicamente de forma a tirar vantagem dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos que todos antecipamos nos próximos 25 anos.

Estamos gratos à Fundação, por apoiar os três *Desafios Gulbenkian* que propusemos. Muitas das nossas outras recomendações poderão ser implementadas em 2015 e começarão a ter impacto em 2016. Aguardamos com grande expectativa resultados da sua implementação.

Queremos agradecer às muitas pessoas que nos apoiaram e sobretudo aos elementos dos 4 Grupos de Trabalho, que foram tão competentemente presididos por Maria Céu Machado, José Pereira Miguel, José Carlos Lopes Martins e por Peter Villax. Sentimo-nos especialmente gratos ao director do Projecto, Sérgio Gulbenkian, e à sua equipa, da qual fizeram parte Lucy Irvine, Francisco Cluny, Francisco Wemans e Inês Mascarenhas; e aos Administradores, Isabel Mota e Diogo Lucena. Estamos igualmente muito gratos ao Health Cluster Portugal (HCP) pelo seu apoio e à KPMG pela assistência técnica.

Atentamente

Lord Nigel Crisp (Presidente)	João Lobo Antunes	Pedro Pita Barros
Donald Berwick	Wouter Bos	Ilona Kickbusch
Jorge Soares		

LISTA DE SIGLAS

ACES	– Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	– Administração Central dos Sistemas de Saúde
ARS	– Administração Regional de Saúde
CDT	– Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência
CODU	– Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CSMNI	– Comissão de Saúde Materno-Infantil
DGS	– Direcção Geral da Saúde
DNT	– Doenças Não Transmissíveis
ERS	– Entidade Reguladora da Saúde
EU	– União Europeia
IHI	– Institute for Healthcare Improvement
INE	– Instituto Nacional de Estatística
INEM	– Instituto Nacional de Emergência Médica
INSP	– Instituto Norueguês de Saúde Pública
NHS-UK	– National Health Service-United Kingdom
NICE	– National Institute for Health and Care Excellence
OCDE	– Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
PIB	– Produto Interno Bruto
PROMs	– Patient-Reported Outcome Measures
RNCCI	– Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RSE	– Registo de Saúde Electrónico
SNS	– Serviço Nacional de Saúde
TIC	– Tecnologias de Informação e Comunicação
USF	– Unidade de Saúde Familiar
VIH	– Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice

PONTOS-CHAVE	12
CAPÍTULOS	
1. Um novo pacto para a saúde	16
2. Participação dos cidadãos	38
3. Contribuição dos diversos sectores da sociedade	72
4. A procura permanente de melhoria da qualidade e da aplicação do conhecimento e da tecnologia	100
5. Um sistema de saúde centrado nas pessoas e baseado no trabalho de equipa	128
6. Novas funções e uma liderança reforçada	152
7. Sustentabilidade financeira	166
8. Recomendações	194
9. Os <i>Desafios Gulbenkian</i>	200
APÊNDICES	
1. A Comissão: missão, metodologia e composição	208
2. <i>“Eu e o meu sistema de saúde ideal”</i> do relatório do Grupo de Trabalho 2	215
3. <i>A Aliança de Toda a Sociedade para a Saúde</i> do relatório do Grupo de Trabalho 1	218
4. <i>Transparência</i> do relatório do Grupo de Trabalho 2	222
5. <i>Vias de acesso do cidadão às informações de saúde</i> do relatório do Grupo de Trabalho 2	227
6. <i>A evolução do sistema de saúde português</i> do relatório do Grupo de Trabalho 1	229
7. Análises anteriores sobre o financiamento da saúde	233

Pontos-chave

O PRESENTE RELATÓRIO apela para um novo pacto na saúde, em que todos terão um papel a desempenhar – os cidadãos, os profissionais de saúde, os professores, os empresários, as autarquias e o Governo.

São muitos e diversos os factores que influem na saúde – desde a educação, o meio ambiente e a economia até à qualidade dos serviços e às competências dos seus profissionais –, pelo que, no horizonte dos próximos 25 anos, são de esperar enormes mudanças que resultam da multiforme interação desses factores e que configurarão o futuro.

Essas mudanças e essa complexidade implicam uma aprendizagem e uma adaptação constantes, à medida que as condições futuras se vão concretizando, a fim de tirar proveito das novas oportunidades e evitar as novas ameaças e riscos. Implicam também que todos dêem o seu contributo à promoção da saúde e que em todos os sectores da sociedade se apliquem políticas que contribuam para manter e melhorar a saúde. A saúde não pode ficar entregue exclusivamente aos profissionais do sector ou aos políticos, nem pode ser encarada simplesmente como uma área de negócio ou um serviço do Estado.

Todos temos um papel a desempenhar.

No presente relatório propõe-se uma nova abordagem à promoção da saúde, centrada decisivamente na iniciativa dos cidadãos e da sociedade em geral. Visa-se reduzir a incidência e a duração de doenças crónicas como a diabetes – ambos os parâmetros são mais elevados em Portugal do que na maioria dos países da Europa Ocidental – e mostrar como as metodologias para o incremento da qualidade e um acrescido acesso às evidências científicas (isto é, o melhor conhecimento científico actualizado disponível) melhoram os serviços de saúde e reduzem a despesa.

O relatório propõe uma transição do sistema actual, centrado no hospital e na doença, em que todas as acções têm como objecto e alvo o doente, para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde. O sistema utilizará os conhecimentos e as tecnologias mais actualizados e proporcionará aconselhamento e serviços de elevada qualidade, no domicílio e na comunidade, tal como em hospitais e em centros especializados. Esta visão integra os valores fundadores do Serviço Nacional de Saúde

No presente relatório
propõe-se uma
nova abordagem
à promoção da saúde.

(SNS) e desenvolve-se com base nos pontos fortes do sistema actual, na competência dos profissionais de saúde e nas realizações do passado – mas exige novas abordagens, uma infra-estrutura diferente e uma base de custos mais baixa e mais sustentável.

O relatório identificou 7 elementos-chave necessários para o conseguir:

1.

Um novo pacto para a saúde. Uma mudança a esta escala exige uma liderança visionária e corajosa, capaz de unir as pessoas em torno de um novo pacto para a Saúde, fixar a rota a seguir e concitar apoio político e da opinião pública. Exige ainda um vasto programa de mudança, liderado por uma aliança alicerçada nos diversos sectores da sociedade, com novos sistemas de aprendizagem contínua, avaliação das evidências científicas e implementação das melhorias. Esta mudança tem de ser apoiada por um fundo de transição temporário para financiar o custo da «redundância» de instalações durante o desenvolvimento do novo sistema.

2.

Participação dos cidadãos. A saúde começa em casa – as pessoas terão de intervir muito mais activamente na gestão da sua própria saúde e contribuir para moldar todo o sistema. Os cidadãos terão de estar na posse dos seus registos de saúde, de dispor de informações sobre a qualidade e os custos dos serviços e de participar nos processos de decisão.

3.

Participação de todos os sectores da sociedade. As sociedades modernas promovem activamente o consumo de estilos de vida pouco saudáveis – e os ambientes modernos dificultam a procura de escolhas saudáveis. Para melhorar a saúde são necessárias iniciativas por parte de todos os sectores da sociedade e dos cidadãos, bem como do Governo e das autarquias.

4.

Procura contínua da melhoria da qualidade. Os serviços de tratamento precoce, de qualidade elevada e baseados nas evidências científicas beneficiariam os doentes – e, além disso, reduzem o desperdício e a despesa. A tônica deve estar na melhoria contínua da qualidade, aplicando-se sistematicamente as boas práticas comprovadas, sempre e em toda a parte. Portugal deve posicionar-se para tirar o máximo proveito dos progressos futuros no conhecimento e na tecnologia e desenvolver ainda mais a sua própria investigação biomédica.

5.

Um sistema de saúde centrado nas pessoas e baseado em equipas. São necessários novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos, com especial ênfase em: gestão de doenças crónicas; desenvolvimento de mais serviços de apoio domiciliário e de proximidade; e criação de

redes de especialidades – associadas a centros de referência mas cobrindo todas as regiões do país através da tecnologia e de protocolos partilhados.

6.

Novas funções e uma liderança reforçada a todos os níveis. Os profissionais de saúde estão vocacionados para se tornarem agentes da mudança e da melhoria, mas é necessária liderança nas comunidades e nos serviços de saúde, e os dirigentes deverão cooperar entre si. Todos os profissionais de saúde deverão passar a desempenhar novos papéis – devendo a sua formação ser adaptada nessa conformidade – enquanto os doentes e as organizações da comunidade carecem de apoio para assumir funções acrescidas de liderança.

7.

Sustentabilidade financeira. A principal componente dos custos do sistema de saúde decorre, sobretudo, dos cuidados a pessoas com doenças crónicas de longa duração. Só se alcançará a sustentabilidade financeira pela redução da incidência destas doenças e da morbilidade que lhes está associada, desenvolvendo para elas novos modelos de cuidados de saúde e assegurando que as evidências científicas são aplicadas de forma sistemática em toda a parte e que o desperdício é reduzido ao mínimo. A introdução de novos mecanismos financeiros e de incentivos baseados nos resultados, quando bem geridos, poderá ser útil; mas a viabilidade financeira do sistema irá depender da vontade política para incluir a saúde em todas as políticas, da promoção eficaz da saúde e das iniciativas concertadas dos cidadãos, da sociedade em geral e dos profissionais de saúde.

OS DESAFIOS GULBENKIAN

A Fundação Calouste Gulbenkian, a quem coube a iniciativa da presente análise do Sistema Nacional de Saúde, comprometeu-se a dar a sua contribuição, lançando três *Desafios Gulbenkian* ambiciosos, cada um dos quais exemplifica a abordagem descrita no relatório – mostrar o que poderá ser alcançado –, enfrentando, simultaneamente, alguns dos desafios mais importantes que se apresentam a Portugal. Estes desafios são:

- Baixar a incidência das infeções hospitalares – reduzir para metade as taxas de infeção em 10 hospitais públicos, num período de 3 anos.
- Suster o crescimento da prevalência de diabetes – evitar que em 5 anos 50.000 pessoas desenvolvam a doença.
- Contribuir para que o país se torne líder em matéria de saúde e desenvolvimento da primeira infância – conseguir progressos mensuráveis, a longo prazo, no estado de saúde e no bem-estar das crianças.

Um novo pacto para a saúde



O presente relatório propõe a transição do sistema actual, centrado no hospital e na doença, em que todas as acções têm como objecto e alvo o doente, para um sistema centrado nas pessoas e na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde. O sistema utilizará os conhecimentos e as tecnologias mais actualizados e proporcionará aconselhamento e serviços de elevada qualidade, no domicílio e na comunidade, tal como em hospitais e em centros especializados.

Uma mudança a esta escala exige uma liderança visionária e corajosa, capaz de unir as pessoas em torno de um novo pacto para a saúde, estabelecer a rota a seguir e concitar apoio político e da opinião pública.

UMA NOVA VISÃO PARA A SAÚDE E OS CUIDADOS DE SAÚDE

As directrizes fornecidas à Comissão consistiam em, na perspectiva dos próximos 25 anos, “criar uma nova visão para a saúde e os cuidados de saúde em Portugal, descrever o que isso poderia significar na prática e estabelecer a forma como isso poderia ser alcançado e sustentado”.¹

Criou-se a Comissão porque, apesar de existir um apoio generalizado à preservação de um serviço nacional de saúde equitativo, há também o reconhecimento que, na sua forma actual, o sistema que tão bem serviu o país não pode responder satisfatoriamente às necessidades futuras. Na perspectiva do futuro, pedia-se à Comissão que se centrasse especialmente “na promoção da saúde e prevenção das doenças; na prestação de uma maior variedade de serviços integrados e baseados na comunidade que vão ao encontro das necessidades de um número crescente de pessoas com doenças crónicas de longa duração; na maior participação dos cidadãos e dos doentes; e nos impactos potenciais dos novos conhecimentos e tecnologias”.¹

A abordagem da Comissão à sua tarefa baseou-se no entendimento de que a saúde é determinada pelas mais diversas variáveis – os chamados factores determinantes da saúde – que vão da educação, do comércio e da economia à qualidade dos cuidados de saúde e de outros serviços públicos.² Estes factores interagem de múltiplas e variadas formas, que se alteram ao longo do tempo. Tal nível de complexidade e de mudança obriga a lançar iniciativas nas mais diversas frentes e a um esforço

constante de aprendizagem e adaptação que acompanhe a evolução das circunstâncias. Isto significa também que se torna necessária a intervenção de muitas pessoas – tanto a nível institucional como a título individual – para configurarem e liderarem as mudanças nas suas próprias áreas, sejam estas autarquias, empresas, associações profissionais ou grupos de cidadãos. Todos deverão desempenhar o seu papel.

O trabalho da Comissão foi delineado neste contexto, de forma a ser tão inclusivo quanto possível: realizaram-se encontros com as partes interessadas*, criaram-se grupos de trabalho e órgãos consultivos, organizaram-se conferências e encontros e tirou-se partido do saber-fazer e das evidências científicas disponíveis em Portugal e no estrangeiro, como se mostra na Figura 1. Isto permitiu que o trabalho da Comissão se apoiasse firmemente na experiência e na cultura portuguesas; que desse origem a ideias transversais para abordagens integradas das melhorias a realizar; e contribuisse para fomentar um sentimento de participação no processo e para a criação da dinâmica necessária à mudança.

Figura 1 • **Processo**

PROCESSO

A Comissão adoptou um processo inclusivo:

- Criação de quatro Grupos de Trabalho que abrangiam as seguintes áreas:
 - Grupo de Trabalho 1 – Serviços de saúde e Saúde Pública
 - Grupo de Trabalho 2 – Os cidadãos, os doentes e o SNS
 - Grupo de Trabalho 3 – Recursos humanos
 - Grupo de Trabalho 4 – Aproveitar o conhecimento, as tecnologias e a inovação.
- Criação de um Conselho Consultivo constituído por representantes qualificados das partes interessadas do sector da saúde e por um Grupo Consultivo de Jovens Profissionais
- Encontros com as partes interessadas
- Realização de conferências para debater os relatórios dos Grupos de Trabalho e as boas práticas
- Recolha de dados sobre as políticas e as boas práticas em Portugal e noutros países

Ao elaborar a sua visão prospectiva, a Comissão estava bem ciente da importância de construir a partir do que já existia – sempre que possível, na continuidade das políticas e práticas já existentes –, em lugar de procurar recomeçar do zero. É preciso que haja uma continuidade e um caminho desde a realidade actual até à visão do futuro. Felizmente, Portugal tem uma boa base a partir da qual se pode edificar. Tem um bom SNS, com padrões elevados e serviços geralmente bons, dispõe de uma importante e enraizada tradição ética de serviço público, assim como elevados níveis de qualificação dos profissionais de saúde.

* “stakeholders”

Portugal conta também com um apoio profundo e generalizado à preservação de um serviço nacional de saúde equitativo, acessível a todos os cidadãos e baseado em princípios de solidariedade social. A Comissão subscreve inteiramente estes princípios e integrou os valores do SNS na sua reflexão – com a sua ênfase na universalidade, equidade e solidariedade social. Estes valores, conforme foram publicados no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, estão indicados na Figura 2 e foram incorporados no trabalho e nas recomendações da Comissão.

Figura 2 • Os valores do SNS³

OS VALORES DO SNS

- **Universalidade** – ninguém é excluído dos cuidados de saúde
- **Acesso a cuidados de saúde de qualidade**
- **Equidade** – todos têm igualdade de acesso aos cuidados de saúde e direito aos melhores resultados em saúde, independentemente do género, religião, origem étnica, estatuto social ou capacidade de pagar esses cuidados
- **Solidariedade** – as disposições financeiras do sistema de saúde asseguram que todos têm acesso aos cuidados de saúde

Os debates com as partes interessadas revelaram também um consenso notável tanto relativamente à forma genérica da visão para o futuro como sobre a necessidade de uma mudança radical. Deste modo, a Comissão concluiu que o maior desafio que Portugal enfrenta não é a forma que essa visão deverá assumir, mas sim o modo de a alcançar – como identificar as estratégias fundamentais e as medidas a serem tomadas e como garantir que sejam implementadas.

Muitas análises e reformas na área da saúde começam por abordar as questões financeiras e económicas e os processos internos ao sistema de saúde. A Comissão, porém, não começou deliberadamente pelos aspectos financeiros ou pelo sistema de saúde, mas sim pelos valores subjacentes ao sistema e pela análise do que é necessário aos indivíduos e à população em geral em matéria de cuidados de saúde e de vida saudável, e pela forma como tal poderá ser alcançado. As questões financeiras e os processos internos são abordados num momento ulterior, como parte das ferramentas necessárias para atingir os objectivos desejados.

A abordagem da Comissão é também muito diferente no que respeita à implementação. A complexidade do sistema obriga a adoptar um processo contínuo de aprendizagem e de adaptação, à medida que as políticas vão sendo implementadas e os seus resultados conhecidos. Já não é possível, se é que alguma vez o foi, planear detalhadamente uma política e implementá-la sem ter em conta os seus impactos noutras áreas

do sistema. Esse tipo de pensamento linear, em que cada iniciativa ou intervenção produz um resultado simples, já não fará sentido. Tudo tem impactos múltiplos. A introdução de uma nova prática de trabalho nos cuidados de saúde primários, por exemplo, afecta todo o sistema; e o mesmo acontece com o aumento do desemprego, as mudanças no sistema educativo ou as alterações no comportamento dos consumidores.

A diabetes é um bom exemplo. Trata-se de um desafio especial em Portugal, onde o seu crescimento está associado às mudanças sociais e económicas, ao envelhecimento, aos padrões alimentares e aos hábitos de exercício físico. A inversão desta tendência irá exigir iniciativas integradas numa frente alargada – com a saúde a fazer parte de todas as políticas públicas pertinentes – e, aplicando as evidências científicas quando conhecidas, mas também avaliando e aprendendo à medida que os resultados das intervenções vão sendo conhecidos.

Esta nova abordagem tem tudo a ver com as questões da liderança e da gestão da mudança. Em última análise, o êxito irá depender da participação do maior número possível de pessoas nessa liderança e gestão, enquanto parceiros para um novo pacto para a saúde.

A REALIDADE ACTUAL

Portugal tem bons alicerces sobre os quais pode construir o futuro. No entanto, a Comissão assumiu esta tarefa num momento em que Portugal e o seu sistema de saúde têm atravessado uma fase muito difícil. A maioria da população tem sofrido uma redução do seu nível de vida, com efeitos na saúde e no bem-estar. Apesar de estes impactos não terem sido ainda quantificados, chegaram à Comissão relatos de um aumento de problemas de saúde mental e de toxicodependência, bem como de escolas que permanecem abertas nas férias para assegurar uma alimentação adequada das crianças.

Entretanto, os funcionários públicos, incluindo os profissionais de saúde do SNS, tiveram uma redução no seu vencimento de cerca de 15%, e viram baixar o valor das reformas que terão no futuro. O número de profissionais foi reduzido e, simultaneamente, a procura de cuidados de saúde aumentou. Há enfermeiros desempregados e muitos jovens, assim como alguns profissionais mais idosos, estão a deixar o país e a procurar melhores oportunidades noutros lugares.

Apesar destas grandes pressões, o sistema de saúde tem demonstrado ser extraordinariamente resiliente, mantendo de forma geral os seus serviços e padrões, graças ao esforço e à determinação dos profissionais de saúde em todo o país. A economia está de novo a começar a crescer; no entanto, os problemas dos últimos anos terão consequências a longo prazo. A Comissão está bem ciente de que o país precisa de antecipar e planear a resposta ao acréscimo de necessidades em matéria de cui-

Apesar destas grandes pressões, o sistema de saúde tem demonstrado ser extraordinariamente resiliente, mantendo de forma geral os seus serviços e padrões (...)

dados de saúde, sobretudo nos que foram mais afectados por estes problemas. Portugal não é o único país nesta situação. Um relatório recente elaborado para o Gabinete de Conselheiros de Política Europeia, da Comissão Europeia, prevê que as desigualdades crescentes – em parte consequência da crise financeira – se tornarão o maior desafio a enfrentar pela Europa à medida que a fase mais aguda da crise se dissipar. O relatório defende que, ao planear o futuro, as políticas europeias se deverão centrar na saúde socio-económica muito mais do que na riqueza.⁴

O desenvolvimento e as políticas em Portugal estão intimamente ligados ao desenvolvimento e às políticas europeias e globais, mais amplos, incluindo as acções referidas no *Health 2020 Framework for Action*, da OMS. Por conseguinte, a Comissão situou a sua análise e as suas recomendações no quadro das referidas políticas, delas recolhendo informações e tirando ensinamentos sempre que adequado. Também reconheceu que actualmente estão a ser desenvolvidas ideias e abordagens num âmbito muito mais alargado, com um alcance que não se limita à área da saúde e a Portugal, e que tem a ver com a renegociação e a re-concepção do *estado social* Europeu e dos sistemas de solidariedade social desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial. Isto ficou bem expresso num relatório da OCDE sobre Portugal publicado em 2012, que afirma:

*“As reformas do Estado também iriam contribuir para tornar o Governo mais sensível às necessidades e exigências da população, assegurando que os recursos públicos sejam utilizados de forma mais eficiente, melhorando a qualidade dos serviços públicos e da Administração Pública e assegurando uma partilha mais equitativa dos custos e benefícios do ajustamento. Este reforço da ligação entre os cidadãos portugueses e o seu Governo irá, por sua vez, aumentar o apoio para reformas estruturais de grande alcance”.*⁵

O presente relatório deve ser lido neste contexto mais alargado e como uma contribuição para essas mudanças.

PENSAR O FUTURO NUM HORIZONTE DE 25 ANOS

Foi pedido à Comissão que elaborasse as suas recomendações tomando como horizonte a década de 2040. Obviamente, é impossível prever com alguma certeza como será o futuro daqui a 25 anos. Ocorrerão sem dúvida alterações sociais consideráveis e é possível antecipar grandes mudanças no equilíbrio global do poder, bem como progressos científicos e tecnológicos cujos pormenores não podemos ainda imaginar. Podemos, no entanto, reflectir sobre a forma como as tendências actuais poderão evoluir ao longo deste período; embora reconhecendo que não é

possível prever os acontecimentos fracturantes, as descobertas ou as invenções – os “cisnes negros” – susceptíveis de levar Portugal e o mundo para rumos totalmente inesperados.⁶

Há muitas tendências positivas no que respeita aos cuidados de saúde, tanto a nível global como em Portugal. Os progressos científicos e tecnológicos trazem consigo a promessa de novas terapias, novas técnicas de diagnóstico e imagem, a medicina personalizada e a precisão da robótica e das nanotecnologias. Portugal tem uma boa base de investigação biomédica sobre a qual poderá construir futuro, e incrementou a sua capacidade de investigação nos últimos anos.⁷ Estes desenvolvimentos proporcionam, potencialmente, uma compreensão muito maior da prevenção das doenças e da promoção da saúde.

A comunicação *on-line* permanente dará aos profissionais e aos cidadãos a possibilidade de aceder a estes conhecimentos onde quer que se encontrem, no país ou no mundo. E, como mostra o sistema de protocolos Via Verde, por exemplo, ou a elevada taxa de utilização de telemóveis, Portugal tem facilidade em adoptar precocemente as novas tecnologias. Será possível realizar mais diagnósticos, tratamentos e cuidados de saúde no domicílio ou na comunidade. Estas modificações vão ser acompanhadas pelo aumento dos padrões educacionais da população em geral e por uma maior consciência em matéria de comportamentos saudáveis e de risco. São cada vez mais numerosos os programas para promover a saúde nas cidades e nas escolas, pelo que estas deverão tornar-se mais saudáveis. Haverá mais pessoas capazes de cuidar de si próprias e de apoiar as outras. A nível mundial, os governos estão também a dar maior prioridade à saúde e a tender cada vez mais para combater, quer isoladamente quer em parceria, as ameaças à saúde como é o caso do consumo de tabaco e da resistência aos agentes anti-microbianos.

Por outro lado, há também muitas tendências negativas. Portugal vai confrontar-se com riscos globais partilhados, tais como as alterações climáticas, as infecções resistentes aos antibióticos e as pandemias. Portugal tem em comum com o resto da Europa Ocidental, uma população envelhecida e uma taxa de natalidade em declínio. Há muito desemprego entre os jovens e, como referimos, regista-se um elevado nível de emigração. Existe na Europa a tendência para uma desigualdade crescente, e o maior impacto da crise está a ser sofrido pelos mais pobres. Há forças de mercado influentes que promovem alimentos não saudáveis e, tal como referido no Capítulo 3, a sociedade moderna promove activamente as agressões à saúde. Constatam-se níveis crescentes de obesidade e um grande acréscimo na incidência de doenças de longa duração ou doenças crónicas – sobretudo diabetes, cancro, doenças respiratórias e cardiovasculares – que são debilitantes para o doente, que podem ser, em última instância, incapacitantes, e que afectarão o crescimento económico. A infra-estrutura de base hospitalar existente na maioria dos países ocidentais não é

Figura 3 · **Tendências positivas e negativas para o futuro**

TENDÊNCIAS POSITIVAS	TENDÊNCIAS NEGATIVAS
<ul style="list-style-type: none">• Ciência e tecnologias biomédicas• Tecnologias de informação e comunicação• Melhores evidências científicas para prevenção das doenças• Melhor educação• Maior consciência dos riscos em saúde• Iniciativas governamentais em matéria de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Envelhecimento da população e baixa taxa de natalidade• Agravamento das desigualdades na sociedade• Crescimento das doenças de longa duração• Modelos de cuidados de saúde desactualizados• Custos mais elevados dos cuidados de saúde• Promoção de produtos pouco saudáveis

adequada para a gestão destas doenças, havendo que mudar para um sistema mais assente na comunidade. Nos últimos anos, as novas tecnologias e o aumento das expectativas em relação aos cuidados de saúde e às tecnologias verificado nos países da OCDE suscitaram um aumento dos custos, e é de esperar que a tendência se mantenha no futuro.⁸

Nos próximos capítulos deste relatório analisam-se essas tendências, descritas na Figura 3. São todas comuns aos outros países europeus; no entanto, algumas delas, tal como o envelhecimento da população, o período em que as pessoas são pouco saudáveis ao longo da sua vida e o crescimento da obesidade entre os jovens e da diabetes entre a população em geral, são especialmente acentuadas em Portugal. Como poderá ser constatado no Capítulo 2, Portugal tem cerca de 5,4 milhões de pessoas com uma ou mais doenças crónicas, e as mulheres portuguesas com mais de 65 anos contam em média com apenas mais 6,6 anos de vida saudável. Em contraste, as mulheres norueguesas, por exemplo, contam em média com 15,4 anos. Uma grande parte do que é proposto neste relatório tem como objectivo melhorar estes números.

É possível imaginar os mais diversos cenários a partir da análise destas tendências – desde os muito positivos e optimistas aos negativos e catastróficos. Alguns estudos recentes fizeram-no com o objectivo de demonstrar até que ponto a mudança é necessária.⁹ A abordagem da Comissão consistiu em fazer as seguintes perguntas: **de que forma poderá Portugal assegurar o melhor futuro entre os vários possíveis?** Como poderá evitar o pior? **Quais são os passos que podem ser dados actualmente para colocar o País num caminho que conduza a um futuro com um sistema de saúde equitativo e sustentável, que possa tirar proveito dos novos conhecimentos e tecnologias, promover a saúde tanto para os jovens como para os mais velhos, e ao mesmo tempo controlar os custos?**

O que o debate em Portugal e as observações noutros países ocidentais evidenciam é que são necessárias mudanças de fundo para que Portugal – e os outros países – possam continuar a ter, como até agora, o mesmo tipo de sistema de saúde acessível e com alta qualidade.

SUSTENTABILIDADE

A sustentabilidade do sistema é fundamental. No capítulo 7, analisa-se a sustentabilidade financeira; mas, a Comissão identificou cinco características não financeiras que considera serem condições necessárias para um sistema sustentável no futuro. Essas condições são apresentadas na Figura 4.

As três primeiras condições para a sustentabilidade relacionam-se com a consolidação da resiliência e da robustez dos indivíduos, das comunidades e da sociedade em geral. Um sistema sustentável será, em primeiro lugar, aquele em que as pessoas serão elas próprias saudáveis e robustas, mais capazes de combater as doenças e as incapacidades; em segundo lugar, nele haverá redes sólidas de cuidados de saúde informais – famílias, vizinhos e comunidades – que podem atenuar os encargos que pesam sobre os sistemas públicos; em terceiro lugar, as políticas e as práticas de saúde têm de estar bem integradas nas políticas e práticas dos sectores social e económico, por forma a criar sinergias, reduzir as redundâncias e assegurar uma abordagem equilibrada da qualidade de vida e da despesa pública. É necessário, por um lado, que exista legislação sobre os efeitos prejudiciais do tabaco, da poluição e dos alimentos pouco saudáveis e, por outro, que haja capacidade para prestar serviços de saúde de uma forma integrada.

As duas condições seguintes estão relacionadas com o funcionamento do próprio sistema de saúde. Um sistema sustentável deverá ser bem concebido e adequado aos seus objectivos, funcionando de forma eficiente e com pouco desperdício. Por fim, a sustentabilidade irá também depender da existência de recursos humanos produtivos e de dimensão adequada, devidamente qualificados e apoiados, de molde a poder dar resposta às necessidades da população.

Figura 4 • **Condições de sustentabilidade**

AS CONDIÇÕES DA SUSTENTABILIDADE

Um sistema de cuidados de saúde sustentável, com um custo acessível tanto para o país como para os cidadãos, exige a conjugação de 5 elementos-chave:

1. Uma população saudável
2. Comunidades resilientes com uma boa rede informal de cuidados
3. Políticas e práticas de saúde bem integradas nas outras políticas e práticas sociais e económicas
4. Um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado aos objectivos e que seja eficiente
5. Recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa para prestar cuidados de saúde integrados

Estas condições referem-se a circunstâncias dinâmicas que estão em constante mudança. Quando, por exemplo, as estruturas familiares e as redes sociais informais que apoiam familiares idosos entram em ruptura, esse encargo recai sobre o sistema público. Em contrapartida, quando se criam novas organizações de pessoas com doenças do mesmo tipo, estas podem prestar um apoio que pode contribuir para prevenir episódios agudos e para reduzir a necessidade de uma intervenção clínica.

A necessidade de criar e manter estas condições influenciou a reflexão da Comissão e está patente nos capítulos seguintes e nas suas recomendações.

VISÃO

A Comissão encontrou um grande consenso tanto quanto aos traços gerais da visão para o futuro como quanto à necessidade de reformas radicais. As pessoas ouvidas referiram designadamente: a necessidade de dar maior ênfase à prevenção das doenças; a mudança de um sistema baseado nos hospitais e nos profissionais para um sistema baseado na comunidade e nas pessoas; o empoderamento* dos cidadãos e a literacia da saúde; a telemedicina e a medicina personalizada; as sociedades e os ambientes saudáveis; a transição cultural de um puro paternalismo médico para uma parceria responsável. Muitas pessoas advogaram também a necessidade de melhor informação e maior transparência.

As diversas pessoas transmitiram o seu enfoque particular. O Grupo de Trabalho 2 contribuiu com uma perspectiva dos doentes, transcrita na íntegra no Apêndice 2:

“No meu sistema de saúde ideal, sou saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até à minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família. Tenho muito poucos motivos para interagir directamente com o próprio sistema de uma forma física, para além das medidas preventivas, como as vacinas ou os rastreios, e as doenças agudas intercorrentes, tais como as doenças inevitáveis ou os acidentes. Quando tenho de ir a um centro de saúde para cuidados de saúde proactivos ou a um hospital para um tratamento urgente ou devido a dificuldades de saúde graves, o meu problema é resolvido de forma profissional e humana, tão rapidamente quanto possível”.¹⁰

O Grupo de Trabalho 4 delineou um futuro semelhante em que a tecnologia desempenharia um papel muito significativo e, no mesmo documento, descreveu a forma como tal iria beneficiar tanto os indivíduos como a economia portuguesa:

* “empowerment” (Dic. Academia das Ciências)

*“Para que isto possa acontecer, é fundamental uma mudança de visão – de um sistema centrado nos tratamentos e nos hospitais para um novo sistema orientado para a prevenção e centrado nos cidadãos, apoiado por uma reestruturação do sistema de saúde baseada numa utilização inteligente e racional da tecnologia, especialmente das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC)... Desta forma, o sistema de saúde deixa de ser uma rede de profissionais e de infra-estruturas (nomeadamente hospitais e centros de saúde) onde recorremos quando estamos doentes, para se transformar numa rede mais alargada que inclui cada um de nós enquanto cidadãos (saudáveis e não saudáveis), assim como os profissionais e as estruturas destinadas à prevenção e garantia da saúde”.*¹¹

Acresce que, enquanto o Ministério da Saúde tem sido obrigado a centrar-se nas questões financeiras e nas exigências do Memorando de Entendimento acordado com a *Troika*,¹² o Plano Nacional de Saúde para 2012-2016 contém muitas declarações de intenção e medidas políticas sobre o futuro a longo prazo. Em Março de 2014 foi publicada a secção de implementação deste Plano e afirmada a sua missão:

*“Maximizar os ganhos na saúde através da união em torno de objectivos comuns, integrando os esforços continuados de todos os sectores da sociedade, e implementando estratégias baseadas na cidadania, equidade e acesso, qualidade e políticas sólidas”.*³

Estes temas estão todos em consonância com as ideias que estão a ser desenvolvidas e debatidas noutros países. Estão também em consonância com a ideia de associar a saúde a um conceito mais alargado de bem-estar. Não se trata de uma ideia nova. O preâmbulo da constituição da Organização Mundial da Saúde, de Junho de 1946, afirma que: *“A saúde é um estado de total bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”.*

O conceito de bem-estar foi desenvolvido e alargado nos últimos anos, nomeadamente, através da criação, pela OCDE, de um novo índice de bem-estar que inclui não só a saúde mas também a educação, a riqueza, o bem-estar psicológico e a coesão social.¹³ Ao longo deste relatório, a Comissão refere-se com frequência à saúde e ao bem-estar em simultâneo, a não ser quando seja claro que o contexto incida especificamente na saúde.

O desafio-chave, concluiu a Comissão, não consistia em descrever a visão mas o modo de a alcançar: ou seja, o desafio da implementação. Decidiu assim descrever uma visão para o futuro, apresentada na Figura 5, que tem três elementos, cada um dos quais constituindo por si próprio um factor importante para alcançar as mudanças.

Figura 5 • Visão para o futuro

ESTA VISÃO REFERE-SE A UM FUTURO EM QUE:

1. Os cidadãos estão em condições de desempenhar um papel muito maior em relação à sua saúde e à da sua família, assim como na melhoria da saúde da sociedade
2. Todas as estruturas e sectores da sociedade – educação, ambiente, segurança social, comércio e emprego, assim como a saúde – trabalham em conjunto para promover a saúde e o bem-estar
3. Há um empenhamento para a melhoria contínua da qualidade e para a aplicação sistemática do conhecimento científico e das tecnologias no apoio à saúde e ao bem-estar

Esta visão representa uma transformação do sistema actual, centrado nos hospitais e na doença, em que todas as acções têm por objecto e alvo o doente, para um sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos cuidados de saúde. Este sistema utilizará os conhecimentos e tecnologias mais actualizados para apoiar a promoção e a melhoria da saúde e prestar serviços de elevada qualidade, com fiabilidade, em todo o País

OS FACTORES IMPULSIONADORES DA MUDANÇA

A saúde e o bem-estar da população são influenciados pelos mais diversos factores. É importante, num sistema complexo como este, identificar os factores-chave que acarretarão mudanças positivas em todo o sistema.¹⁴ No contexto aqui descrito, estes são os factores susceptíveis de assegurar que Portugal dará os primeiros passos no sentido de um futuro mais positivo em 2040, e não no sentido de um futuro negativo. No decurso do seu trabalho, a Comissão identificou 7 factores cuja conjugação irá provocar melhorias. Estas são as estratégias-chave para a mudança, estando as primeiras 3 explicitamente incorporadas nesta visão:

1. **Um novo pacto para a saúde.** Uma mudança a esta escala exige uma liderança visionária e corajosa, capaz de unir as pessoas em torno de um novo pacto para a Saúde, fixar a rota a seguir e concitar apoio político e da opinião pública. Exige ainda um vasto programa de mudança de gestão, apoiado por novos sistemas de aprendizagem contínua, avaliação das evidências científicas e implementação das melhorias. Esta mudança tem ainda de ser apoiada por um fundo de transição temporário destinado a financiar o custo das «redundâncias» durante o desenvolvimento do novo sistema.
2. **Participação dos cidadãos.** A saúde começa em casa – as pessoas terão de intervir muito mais activamente na gestão da sua própria saúde e contribuir para modelar todo o sistema. Os cidadãos terão de estar na posse dos seus registos de

saúde, de dispor de informações sobre a qualidade e os custos dos serviços e de participar nos processos de decisão.

3. **Contribuição dos diversos sectores da sociedade.** As sociedades modernas promovem activamente o consumo de estilos de vida pouco saudáveis – e os ambientes modernos dificultam as escolhas saudáveis. Para melhorar a saúde são necessárias iniciativas por parte de todos os sectores da sociedade e dos cidadãos, bem como do Governo e das autarquias.
4. **Procura contínua de melhoria da qualidade.** Os serviços de tratamento atempado, de qualidade elevada e baseados nas evidências científicas beneficiam os doentes – e, além disso, reduzem o desperdício e a despesa. A tónica deve estar na melhoria contínua da qualidade, aplicando-se sistematicamente a evidência de práticas comprovadas, e em toda a parte. Portugal deve posicionar-se para tirar o máximo proveito dos progressos futuros no conhecimento e na tecnologia e desenvolver ainda mais a sua própria investigação biomédica.
5. **Um sistema de saúde centrado nas pessoas e baseado em equipas.** São necessários novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos, com especial ênfase em: gestão de doenças crónicas; desenvolvimento de mais serviços de apoio domiciliário e de proximidade; e criação de redes de especialidades, associadas a centros de referência mas cobrindo todas as regiões do país através da tecnologia e de protocolos partilhados.
6. **Novas funções e uma liderança reforçada a todos os níveis.** Os profissionais de saúde estão vocacionados para se tornarem agentes da mudança e da melhoria, mas é necessária liderança nas comunidades e nos serviços de saúde, e os dirigentes deverão cooperar entre si. Todos os profissionais de saúde deverão passar a desempenhar novos papéis – devendo a sua formação ser adaptada nessa conformidade – enquanto os doentes e as organizações da comunidade carecem de apoio para assumir funções acrescidas de liderança.
7. **Sustentabilidade financeira.** A principal fracção dos custos do sistema de saúde decorre, sobretudo, dos cuidados a pessoas com doenças crónicas de longa duração. Só se alcançará sustentabilidade financeira pela redução da incidência destas doenças e da morbilidade que lhes está associada, desenvolvendo para elas novos modelos de cuidados de saúde e assegurando que as evidências científicas são aplicadas sistematicamente em toda a parte e que o desperdício é reduzido ao mínimo. A introdução de novos mecanismos financeiros e de incentivos baseados nos resultados, se bem geridos, poderá ser útil; mas a viabilidade financeira do sistema irá depender da vontade para incluir a saúde em todas as políticas, da promoção eficaz da saúde e das iniciativas concertadas dos cidadãos, da sociedade em geral e dos profissionais de saúde.

Neste capítulo e nos próximos seis aborda-se cada um desses factores, incluindo recomendações para algumas acções. O Capítulo 8 enumera estas recomendações, e o Capítulo 9 enuncia *três Desafios Gulbenkian*, que contribuirão para acelerar a implementação.

GESTÃO DA MUDANÇA E APRENDIZAGEM CONTÍNUA

Este futuro positivo descrito numa visão caracterizada por cidadãos saudáveis, por uma sociedade promotora da saúde e pela melhoria contínua da qualidade não acontecerá por si próprio, antes tem de ser activamente planeado e gerido. A sua implementação exigirá grandes mudanças, numa evolução que, com o passar do tempo, corresponderá a uma reestruturação de todo o sistema de saúde visando objectivos diferentes e outro funcionamento a todos os níveis, bem como uma infra-estrutura e uma base de custos diferentes. A mudança exigirá muito tempo, mas é urgente iniciá-la agora.

A Comissão está convicta de que é necessário um vasto programa de mudança para levar Portugal a enveredar pela melhor trajectória para o futuro. Obviamente, não é possível planear pormenorizadamente as mudanças dos próximos 25 anos, mas é perfeitamente viável utilizar factores-chave catalisadores para influenciar e moldar o sentido dessas mudanças. A boa gestão da sua aplicação exige apoio político e da opinião pública, assim como uma atitude de liderança por parte das mais diversas organizações e indivíduos. É necessária uma visão partilhada do futuro que se mantenha ao longo dos anos. Será na realidade um novo pacto para a saúde. São também necessárias novas metodologias e algumas infra-estruturas novas. O relatório faz quatro recomendações nesta matéria:

- Um novo pacto para a saúde
- Acesso às evidências científicas e sua utilização
- Melhoria da qualidade e implementação de medidas
- Financiamento do processo de transição

Este futuro positivo descrito numa visão caracterizada por cidadãos saudáveis, por uma sociedade promotora da saúde e pela melhoria contínua da qualidade não acontecerá por si próprio, antes tem de ser activamente planeado e gerido.

UM NOVO PACTO PARA A SAÚDE

Os dirigentes políticos têm um papel de relevo a desempenhar, tanto no Parlamento como no Governo, na criação do enquadramento em que funciona o sistema de saúde, bem como na liderança do SNS. Terão de fixar a rota a seguir pelo sistema nacional de saúde e congregar apoio político e da opinião pública para as mudanças necessárias – de preferência com um apoio partidário tão diversificado quanto possível. A Assembleia da República poderá eventualmente reflectir sobre se deverá dar maior ênfase ao papel da Comissão Parlamentar de Saúde, para que esta possa exercer uma supervisão mais alargada da evolução desta questão.

Não obstante a importância da vontade política e da liderança, o futuro perspectivado neste relatório inclui outros intervenientes, em toda a sociedade, que terão também papéis de fundo a desempenhar. A Comissão está convicta de que é necessário um novo pacto para a saúde que reconheça as grandes mudanças que são necessárias no futuro. Desde a sua fundação, o SNS e o sistema de saúde em geral tiveram um papel extremamente importante nos cuidados de saúde para a população e na prestação de serviços aos doentes. No futuro, tal como defende este relatório, os cidadãos deverão ser parceiros activos na promoção e na protecção da saúde e na prestação e concepção dos cuidados de saúde. O antigo contrato social implícito, segundo o qual a população era o objecto e o alvo de todas as acções, deve ser substituído por um novo pacto para a saúde no qual todos são parte activa.

A Comissão sugere que o Governo dê início à criação de um novo pacto, mas que o Conselho Nacional de Saúde aqui proposto seja incumbido do seu desenvolvimento e funcione como consultor quanto à sua forma final. As características-chave do pacto proposto são delineadas na Figura 6 e descritas nos parágrafos seguintes.

Figura 6 • **Características-chave de um novo pacto para a Saúde**

CARACTERÍSTICAS-CHAVE DE UM NOVO PACTO PARA A SAÚDE

- Os cidadãos como parceiros e parte activa
- Profissionais de saúde que disponibilizam os seus conhecimentos e competências – assegurando a aplicação da evidência e do rigor científicos, bem como funcionando com padrões elevados de qualidade
- Organizações em toda a sociedade que alinham as suas políticas e práticas para promover a saúde e prevenir as doenças
- Criação pelo Governo da estrutura e do enquadramento para um sistema de saúde sustentável e de elevada qualidade
- Conselho Nacional de Saúde – uma aliança de toda a sociedade – que terá a tutela do pacto e da visão para o futuro e providenciará aconselhamento sobre as políticas de saúde

Como parte deste processo, é necessário um novo organismo nacional que possa tutelar o pacto e alinhar a visão para o futuro, ter uma perspectiva de conjunto do sistema e prestar aconselhamento sobre as políticas que se integrem neste pacto e nesta visão. Esse organismo deverá consubstanciar o pacto na sua composição, representando os cidadãos e todos os sectores da sociedade; deverá ainda ser politicamente independente e responder perante a Assembleia da República, o Governo e a população em geral.

Esta ideia desenvolveu-se a partir da recomendação do Grupo de Trabalho 1, que sublinhou a existência de legislação que permite a criação de um Conselho Nacional de Saúde, mas que nunca foi implementada. Sublinhou que, na forma prevista, este Conselho representaria as partes interessadas do sector da saúde, nomeadamente os doentes, mas não incluiria todos os grupos que influenciam e são influenciados pelo sector da saúde e dos cuidados de saúde. Este Grupo de Trabalho destacou:

“A governação para a saúde na elaboração de políticas (de saúde, sociais, educativas, ambientais, económicas e financeiras), estratégias e planos nacionais de saúde, inclui uma participação alargada dos sectores do Governo e da sociedade, permitindo o alinhamento das decisões com as verdadeiras necessidades de saúde da população”¹⁵

O Grupo de Trabalho optou pela proposta de criação de uma Aliança de Toda a Sociedade para a Saúde que poderia reunir todos estes sectores. As suas recomendações constam na íntegra do Apêndice 3.

Ao elaborar esta proposta, a Comissão recomenda que o Conselho Nacional de Saúde seja um organismo consultivo que defenda os valores fundadores do SNS, apoie e aperfeiçoe a visão aqui enunciada e adopte um conjunto explícito de princípios basilares para um sistema de saúde e de cuidados de saúde sustentável e de elevada qualidade. Estes valores, visão e princípios poderão subsequentemente ser utilizados na elaboração das suas recomendações. Na Figura 7 propõe-se uma lista de princípios.

O Grupo de Trabalho optou pela proposta de criação de uma Aliança de Toda a Sociedade para a Saúde que poderia reunir todos estes sectores.

Figura 7 • **Princípios basilares para um sistema de saúde e de cuidados de saúde sustentável e de elevada qualidade no século XXI**

UM SISTEMA DE SAÚDE E DE CUIDADOS DE SAÚDE SUSTENTÁVEL E DE ELEVADA QUALIDADE NO SÉCULO XXI TEM DE:

- **Ter uma base social alargada** – ser construído com base numa visão partilhada que aborde todos os factores determinantes da saúde
- **Ser motivado por valores** – assegurar que abrange toda a população equitativamente
- **Ser inclusivo** – mobilizar todos os sectores da sociedade num novo pacto social para a saúde
- **Ser responsável e responsabilizado** – ser claro quanto às responsabilidades e à autoridade e manter a população informada
- **Ser aberto e transparente** – propiciar que os cidadãos disponham da informação que lhes diz respeito e estejam em condições de aceder à informação sobre a qualidade e o custo dos serviços
- **Estar centrado nas pessoas** – facultar cuidados de saúde compassivos e seguros, integrados e personalizados para cada indivíduo, e fazer com que os doentes participem plenamente nos processos de decisão
- **Funcionar a nível local e de forma acessível** – sempre que possível, com serviços domiciliários e de proximidade e com processos de decisão desenvolvidos tão localmente quanto possível
- **Basear-se em parcerias e equipas** – assegurar a cooperação e a partilha de conhecimentos entre os clínicos e outros profissionais de saúde, os cidadãos e os parceiros
- **Basear-se nas evidências científicas** – divulgar a mais actualizada informação e disseminá-la por todo o sistema
- **Centrar-se na melhoria contínua da qualidade** – e na implementação e aprendizagem
- **Ser expedito e poupado** – utilizar da melhor forma os recursos disponíveis e evitar o desperdício

Esta proposta para criar o Conselho Nacional de Saúde complementa os papéis desempenhados pelo Ministério da Saúde e outras entidades na liderança e gestão do SNS. Uma última recomendação deste relatório apela à clarificação da responsabilização das estruturas de supervisão e gestão do sistema de saúde. É necessário que estes dois elementos – um organismo consultivo que reúna todos estes sectores e uma estrutura executiva que supervisione e realize a gestão – funcionem bem, por forma a proporcionarem a liderança e a orientação necessárias para todo o sistema, concretizando um vasto programa de mudança.

ACESSO ÀS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E SUA UTILIZAÇÃO

No que respeita à importância do acesso às evidências científicas, a Comissão sublinhou o desenvolvimento contínuo de orientações clínicas em Portugal e a necessidade de criar sistemas mais eficazes de avaliação de novas tecnologias e terapias. Estas questões são abordadas de forma mais detalhada no Capítulo 4. A Comissão considera, no entanto, que todos estes elementos deverão ser reunidos num novo organismo, como parte fundamental da nova estrutura necessária para apoiar estas mudanças.

Este organismo, aqui designado SNS-Evidência, seria incumbido de continuar o desenvolvimento e a divulgação de normas de orientação clínica, de avaliar as terapêuticas novas e de reavaliar as existentes. Seria responsável não apenas pelas normas de orientação clínica e pela realização de auditorias, mas também pela divulgação dos resultados junto dos médicos e da população em geral. Esta proposta é enunciada mais detalhadamente no Capítulo 4.

QUALIDADE E IMPLEMENTAÇÃO

No que respeita à implementação, Portugal, à semelhança de outros países, tem posto em prática muitas políticas nos últimos anos e, também à semelhança de outros países, assistiu a muitas alterações com as mudanças de governos e ministros. As realizações mais bem sucedidas, tais como os progressos alcançados na mortalidade perinatal, foram mantidas ao longo do tempo e por sucessivos governos, embora tal procedimento não tenha constituído regra geral. A Comissão está consciente de que muitas políticas ou não foram implementadas na sua totalidade ou não foram avaliadas subsequentemente.

A Comissão sublinhou que, no que respeita à implementação de políticas, não existe em Portugal uma abordagem padrão ou consensual. Normalmente, essa incumbência é entregue a personalidades que se distinguem pelas suas capacidades de liderança e persuasão. A aposta tem sido mais no estabelecimento de boas políticas, na investigação e na educação e formação, do que na intervenção activa. Isto contrasta com a evolução da ciência da implementação que se pratica noutros países. Alguns países e sistemas adoptaram uma abordagem metódica e sistemática da implementação. O País de Gales, por exemplo, definiu uma abordagem que está a ser alargada, na qual todo o plano de mudança, seja ele iniciado a nível nacional ou local, é realizado de uma forma específica.¹⁶ A Kaiser Permanente, nos EUA, tem uma abordagem muito desenvolvida para a introdução de inovações e desafios através dos seus próprios agentes internos de mudança e centros de avaliação, bem como de metodologias amplamente partilhadas.¹⁷

É necessário que Portugal desenvolva uma abordagem partilhada da implementação e assegure a sua adopção por todo o sistema. É fundamental sublinhar que a Comissão concluiu também que é necessário criar um organismo de peritagem para identificar e disseminar as boas práticas e apoiar a sua implementação. Este organismo deverá trabalhar com o Conselho Nacional de Saúde e outras entidades no sentido de criar e certificar metodologias para a melhoria da qualidade e para a sua implementação; formação e ter capacidade para, quando necessário, disponibilizar aconselhamento e apoio técnico. Esta abordagem é mais desenvolvida no Capítulo 4.

FINANCIAMENTO DA TRANSIÇÃO

As questões financeiras e a sustentabilidade financeira são abordadas com algum pormenor no Capítulo 7. No entanto, a gestão da mudança exigirá investimento. À medida que o programa for implementado, será necessário investir na comunidade – em cuidados de saúde de longa duração, em cuidados primários, em cuidados paliativos e noutras áreas. Em princípio, uma grande parte deste investimento deveria ser proveniente da redução dos custos hospitalares. A Comissão admite que haverá sem dúvida atrasos na libertação de recursos e que haverá inevitavelmente um período de «redundância», em que os serviços baseados na comunidade irão duplicar serviços oferecidos pelos hospitais.

Nestas circunstâncias, a Comissão recomenda que o Governo crie um fundo de transição para auxiliar a gestão da mudança. Este fundo terá de ser gerido com muito rigor – com um bom plano de actividades e uma boa gestão de projecto – mas será, a longo prazo, a forma mais eficiente e barata de conduzir a transição que é crucial e que deverá realizar-se ao longo dos próximos 25 anos.

RECOMENDAÇÕES

As quatro recomendações que se seguem foram concebidas para proporcionar a liderança e criar as infra-estruturas necessárias para desenvolver e gerir eficazmente o novo sistema de saúde necessário a Portugal.

Ao fazer estas recomendações, a Comissão está consciente de que não pretende acrescentar novos custos e encargos indirectos ao sistema. Acredita, no entanto, tal como defende no Capítulo 5, que é possível reduzir o número e a dimensão dos organismos nacionais existentes, de uma forma que compense largamente os gastos adicionais para aquele fim.

Figura 8 • **Recomendações**

RECOMENDAÇÕES

1. **UM NOVO PACTO PARA A SAÚDE.** Deverá ser estabelecido um novo pacto na Saúde, que configure as novas interações e os desempenhos necessários para a transformação do sistema actual, centrado no hospital e na doença, em que o doente é objecto e alvo de todas as acções, num sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos respectivos cuidados.
2. **CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE.** O Conselho Nacional de Saúde deverá ser estabelecido como uma aliança de toda a sociedade com a incumbência de tutelar o pacto para a Saúde e definir a visão para o futuro, ter uma perspectiva de conjunto do sistema e funcionar como consultor para as políticas que se integrem nessa visão. Esse organismo deverá ser representativo dos cidadãos e de todos os sectores da sociedade, ser politicamente independente e responsável perante a Assembleia da República, o Ministro da Saúde e a população em geral.
3. **SNS-EVIDÊNCIA.** O SNS-Evidência será um novo organismo que conjugará o programa existente de normas de orientação clínica com novos processos de avaliação das novas tecnologias e terapias, assegurando que o sistema faculta, de forma sempre actualizada e crítica, o melhor conhecimento científico disponível (as evidências científicas). Este organismo deverá divulgar as suas deliberações e os resultados de que disponha junto dos cidadãos para que estes, assim como os médicos e outros profissionais da saúde, possam conhecer essas evidências.
4. **FUNDO DE TRANSIÇÃO.** Criar um fundo de transição que possa ajudar a suportar os custos de «redundância» e outros custos provisórios do desenvolvimento de um sistema de saúde, em que haja melhor gestão das doenças crónicas, mais serviços domiciliários e de proximidade e redes de especialidades cobrindo todas as regiões do país.

TODOS TEMOS UM PAPEL A DESEMPENHAR – OS DESAFIOS GULBENKIAN

Esta abordagem exige formas mais inclusivas de desenvolvimento de políticas, melhores processos de implementação e novos sistemas para aprendizagem, avaliação e adaptação constantes. Exige ainda que todos desempenhem o seu papel. A Fundação Calouste Gulbenkian compromete-se a contribuir para esse desempenho, lançando três *Desafios Gulbenkian*, cada um deles exemplificando esta abordagem – demonstrando aquilo que poderá ser alcançado – e, ao mesmo tempo, enfrentando alguns dos desafios mais importantes que existem em Portugal. Estes desafios são enunciados com maior pormenor no Capítulo 9 e são abaixo destacados na Figura 9.

Figura 9 • Os Desafios Gulbenkian

OS DESAFIOS GULBENKIAN

- Baixar a incidência das infecções hospitalares – reduzir para metade as taxas de infecção de 10 hospitais públicos num período de 3 anos.
- Suster o crescimento da prevalência de diabetes – evitar que em 5 anos 50.000 pessoas desenvolvam a doença.
- Contribuir para que o país se torne líder em matéria de saúde e desenvolvimento da primeira infância – conseguir progressos mensuráveis a longo prazo no estado de saúde e de bem-estar das crianças.

Referências

- 1 Apêndice 1: A Comissão: missão, metodologia e composição.
- 2 Bambra C *et al.* (2010) «Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews». *J Epidemiol Community Health* 2010, 64: 284-291.
- 3 DGS (2014) *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em: pns.dgs.pt
- 4 Hoorens S *et al.* *An analysis of global societal trends to 2030 and their impact on the EU*; RAND Europe, 2014.
- 5 OCDE (2013) *Portugal: Reforming the State to Promote Growth*. Better Policies Series. OECD.
- 6 Taleb NN (2007) *The Black Swan - the impact of the highly improbable*. Londres: Penguin.
- 7 Health Cluster Portugal (2014) *Translational and Clinical Research Infrastructures Specialisation Platform - Health Cluster Portugal (TRIS-HCP)*. healthportugal.com/tris-hcp
- 8 OCDE (2012) *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
- 9 Fórum Económico Mundial (2013) *Sustainable Health Systems - Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios*. Fórum Económico Mundial.
- 10 Apêndice 2: “Eu e o meu sistema de saúde ideal”, do relatório do Grupo de Trabalho 2.
- 11 Relatório do Grupo de Trabalho 4: *The use of portable devices to support care in the community and at home*.
- 12 Comissão Europeia (2011) *Portugal: Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality*, 17 de Maio de 2011. http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf
- 13 OCDE (2014) *OECD Better Life Index*. oecdbetterlifeindex.org
- 14 Plsek P (2003) *Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care*. National Institute for Health Care Management Foundation.
- 15 Grupo de Trabalho 1, Comissão Gulbenkian: Um Futuro para a Saúde (2013) *Working Group 1: Health Services and Public Health (2nd report)*.
- 16 Public Health Wales e Welsh Government (2013) *1000 Lives Plus Programme*. Disponível em: 1000livesplus.wales.nhs.uk
- 17 Kaiser Permanente (2014) *Kaiser Permanente’s programs focussing on chronic and high-cost conditions*. Disponível em: mtda.com/bu/ka00115.pdf

Participação dos cidadãos



A saúde começa em casa – as pessoas terão de intervir muito mais activamente na gestão da sua própria saúde e contribuir para modelar todo o sistema. Os cidadãos terão de estar na posse dos seus registos de saúde, de dispor de informações sobre a qualidade e os custos dos serviços e de participar nos processos de decisão.

A SAÚDE COMEÇA EM CASA... E NA FAMÍLIA, NA COMUNIDADE E NA SOCIEDADE

Esta afirmação simples diz certamente muito a várias gerações de mães portuguesas que conhecem bem as virtudes de uma sopa caseira e de outros alimentos e sabem como tornar as suas famílias fortes e saudáveis. Também faz enorme sentido para os investigadores contemporâneos, que demonstraram como são vitais os primeiros 5 anos de vida para a saúde futura e como é importante que as crianças tenham as experiências sociais e de desenvolvimento correctas nesses primeiros anos.

A *criação* de saúde é tão importante ao longo da vida como é na infância, e é igualmente relevante para termos adultos saudáveis em idade activa e idosos saudáveis. Estes últimos poderão precisar mais da ajuda dos profissionais de saúde nas doenças, nomeadamente as de longa duração, mas também precisam de continuar a reforçar a sua resistência e a *criar* a sua própria saúde.

OS FACTORES DETERMINANTES DA SAÚDE

O ponto de partida para este capítulo é compreender que há muitos aspectos que se conjugam para determinar a saúde de um indivíduo. A Figura 1 ilustra os principais factores determinantes da saúde – desde as características pessoais representadas no centro da figura aos factores gerais socioeconómicos, culturais e ambientais na sua periferia. Todos desempenham o seu papel na criação da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Esta figura ilustra o trabalho da Comissão e mostra as razões de ter assumido uma perspectiva tão alargada no seu trabalho. Os progressos na saúde poderão resultar de mudanças isoladas em cada um destes factores determinantes, mas serão ainda mais eficazes se forem introduzidas simultaneamente alterações positivas em várias

áreas. É possível que as mudanças no sistema de saúde, por exemplo – apesar de cruciais para os indivíduos em momentos específicos das suas vidas – apenas venham a ter um impacto parcial a longo prazo na saúde de toda a população.

Figura 1 • Os factores determinantes da saúde



Fonte: Dahlgren and Whitehead, 1991

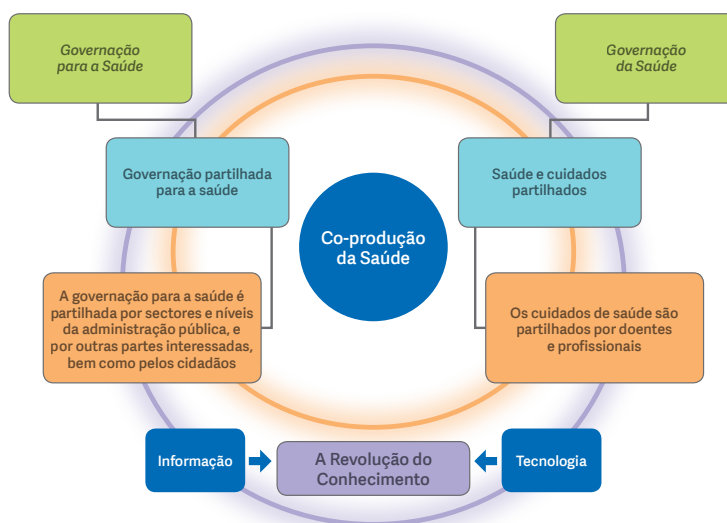
A CO-PRODUÇÃO DA SAÚDE

Este capítulo centra-se na *criação* de saúde e naquilo que os indivíduos e as suas famílias, os cuidadores e os amigos podem fazer. Deverá ser lido em conjunto com o capítulo seguinte sobre *Sociedade Saudável*, que analisa a forma como as estruturas económicas e sociais alargadas da sociedade podem ser realinhadas para conseguir melhor saúde e bem-estar. Estes dois objectivos – que os cidadãos se tornem mais activos relativamente à saúde e que as estruturas e sectores da sociedade colaborem para promover a saúde e o bem-estar – estão no centro da visão que a Comissão tem do futuro. Em conjunto podem *co-produzir* melhor saúde em Portugal.

Os ganhos na saúde e no bem-estar provirão das acções dos cidadãos e das famílias, mas também dependem de a sociedade propiciar condições para concretizar essas acções e possibilitar um ambiente promotor da saúde. As duas vertentes deste processo estão bem representadas no diagrama da Figura 2, que mostra à esquerda a forma como as instituições e organizações devem trabalhar em conjunto para criar

uma sociedade saudável, e à direita a forma como os cidadãos devem cooperar com os seus clínicos e outros profissionais no interior do sistema de saúde.

Figura 2 • **Co-produção para a saúde**¹



A SAÚDE COMEÇA EM CASA

O lema «A saúde começa em casa e na família, na comunidade e na sociedade» resume perfeitamente a abordagem adoptada no presente relatório, segundo a qual tudo deverá partir da ideia de *criar* saúde e desenvolver uma população robusta e resiliente, mais capaz de suportar doenças e agressões. Esta ideia reflecte bem a tradição portuguesa. No decurso dos contactos prévios, houve associações de doentes que lembraram à Comissão a importância da alimentação e do ambiente familiares para reforçar as resistências e combater a doença. Esta abordagem apoia-se tanto nas ciências biomédicas como nas sociais.

A hipótese de Barker (ou do «fenótipo económico», «thrifty phenotype») advoga que o baixo crescimento intra-uterino do feto estará fortemente associado a determinadas doenças crónicas ulteriores, incluindo a doença coronária, a diabetes, a propensão para acidentes vasculares cerebrais e a hipertensão.² Se a mãe viver num ambiente com condições alimentares deficientes – pobreza, escassez de alimentos ou má alimentação – o bebé desenvolver-se-á com tendência para viver em ambientes de poucos recursos, daí resultando o “fenótipo económico”. No entanto, se o bebé crescer num mundo onde tenha de facto uma alimentação adequada (ou uma superabundância de alimentos confeccionados com elevado teor de gordura e açúcar) estará especialmente mal preparado para esse tipo de alimentação. O bebé de “fenótipo

económico”, que cresça actualmente num país rico, estará, por exemplo, mais predisposto para sofrer de diabetes, do que os bebés cujas mães se tenham alimentado bem durante a gravidez. Antes do nascimento, a insulina determina o crescimento do bebé, assegurando a relação entre a rapidez de crescimento e a disponibilidade de alimentos. Quando as mães estão subalimentadas, as células que produzem insulina não funcionam adequadamente, e estão menos aptas a produzir insulina e a enfrentar os desafios da gestão do açúcar corporal, provocando diabetes e outros problemas relacionados, como a obesidade. A hipótese Barker é amplamente (embora não universalmente) aceite, o que significa que, no combate às doenças crónicas, se deverá dar prioridade elevada ao bem-estar, à educação e à alimentação de mulheres jovens e grávidas.

Isto também tem fundamento numa perspectiva social e psicológica. As crianças educadas em ambientes familiares protectores, com atitudes positivas relativamente ao exercício físico, à alimentação saudável e à aprendizagem criativa são mais felizes, mais produtivas e *mais saudáveis* durante a infância e nas suas vidas adultas. Há abundante evidência científica de que os comportamentos em família e os alimentos disponíveis, bem como os média e a influência dos pares, têm impactos significativos na alimentação saudável das crianças e dos jovens adultos.³ Sir Harry Burns (entre outros) chamou a atenção para os efeitos positivos que esforços aparentemente simples, tais como ler às crianças histórias para adormecer, têm nas suas etapas de desenvolvimento.⁴

O impacto em Portugal pode ser apreciado através de dois exemplos, um positivo e outro negativo. O positivo é o modo como Portugal melhorou os seus níveis de mortalidade infantil ao longo dos anos, a ponto de passarem a situar-se entre os melhores da Europa. No próximo capítulo analisar-se-á este êxito, mas, neste ponto, bastará dizer que foi alcançado por meio de um amplo leque de esforços desde os ganhos na saúde materna até à introdução de procedimentos e práticas clínicas mais eficazes. Tratava-se de criar as condições para a sobrevivência perinatal e a manutenção da saúde ao longo da vida. No capítulo que se segue, advogaremos que Portugal deve prosseguir os seus esforços a partir deste êxito, por forma a vir a ser líder mundial em matéria de saúde e bem-estar infantis.

O impacto negativo na saúde por carências na infância reflecte-se actualmente em Portugal na incidência relativamente elevada de cancros do estômago e do intestino entre os idosos, uma herança directa da má alimentação e de outras privações ocorridas na sua fase de crescimento há 50 anos ou mais. O empobrecimento de muitos portugueses no século passado deixou a sua marca a longo prazo na saúde da população.

Como foi já referido, este conceito de *criação* da saúde é tão importante na infância como ao longo da vida, e é igualmente pertinente para a saúde dos adultos em idade activa e dos idosos.

A saúde começa em casa e na família, na comunidade e na sociedade.

A SAÚDE E OS CUIDADOS INFORMAIS

A Comissão quer também destacar a importância dos prestadores de apoio informal e dos membros da família. As mulheres, sobretudo, desempenham actualmente um papel muito importante ao cuidar de familiares e vizinhos, o que as limita profissionalmente e as impede de desempenharem outros papéis na sociedade. Estima-se que o valor da prestação destes apoios, se fosse convertido em dinheiro, atingiria ou excederia os 7,5 milhares de milhões de euros da despesa pública anual do SNS. Estimativas recentes no Reino Unido indicam que os cuidadores informais que acompanham familiares e amigos poupam ao erário público britânico 119 milhares de milhões de libras, quase tanto como o custo do NHS do Reino Unido.⁵ Esta estimativa aumentou consideravelmente em anos recentes, sinal do número crescente de pessoas que está a assumir responsabilidades por cuidados informais.⁶

Este valor elevadíssimo mostra a importância dos cuidados informais como complemento do sistema público de saúde, e a forma como pode aliviar a pressão sobre ele. Se estes sistemas informais deixarem de funcionar, a sobrecarga abater-se-á sobre o sistema de saúde e de prestação de apoio público. A flexibilidade de trabalho é importante tanto para as mães como para os cuidadores informais, permitindo-lhes permanecer na população activa e prover o seu próprio sustento e daqueles a quem assistem. Portugal tem um dos mais baixos níveis de opções de trabalho temporário na Europa, o que quer dizer que os cuidadores informais poderão ter grandes dificuldades em regressar ao trabalho, ou em satisfazer as próprias necessidades.⁷

É também importante que haja boas ligações entre estes sistemas informais e os sistemas de cuidados de saúde e de apoio que são da responsabilidade do Estado. Os primeiros têm de ser vistos como parte mais ampla dos apoios aos doentes. Em algumas regiões, os doentes e os cuidadores informais estão a ser cada vez melhor recebidos, como parceiros, na equipa de cuidados de saúde, em contextos clínicos. É também importante quebrar as barreiras entre serviços de saúde prestados pelo SNS e outros organismos de saúde e de apoio que podem ser prestados pelas autarquias, pelas organizações não governamentais, entre as quais as misericórdias, e por outras organizações de voluntariado. Este relatório referir-se-á com frequência a estas ligações entre saúde e apoios. Para muitas pessoas, especialmente os idosos, ambos precisam de ser bem integrados para ir ao encontro de todas as suas necessidades.

O exemplo português que se segue mostra como um grupo nacional está a trabalhar com pais e parceiros de todos os sectores para dar às crianças um bom princípio de vida, com um foco especial na dieta alimentar.

“Papa bem” – campanha para crianças saudáveis

A campanha “Papa bem” tem por objectivo apoiar as famílias na tarefa de promover o crescimento saudável das suas crianças. Uma equipa da Escola Nacional de Saúde Pública, em colaboração com o Instituto Nacional de Saúde, desenvolveu um conjunto de recursos para o desenvolvimento saudável das crianças. Inclui vídeos na Internet facilmente acessíveis, panfletos educativos e questionários sobre temas como a diversidade de alimentos, o sono e as formas de evitar a obesidade infantil.

Este material foi distribuído pelos profissionais de saúde nas unidades de cuidados de saúde primários e em hospitais, como o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Sintra e o Hospital Prof. Fernando Fonseca, EPE. A próxima fase será promover *workshops* com os funcionários das creches, em colaboração com profissionais de saúde que trabalham na mesma área. Aqueles

poderiam também incluir pais que actuem como coordenadores locais e organizem grupos semelhantes.

O grupo está a desenvolver projectos-piloto, estendendo a iniciativa aos concelhos de Lisboa e Sintra, e à Administração Regional de Saúde do Algarve. Pretende realizar um projecto de investigação-acção com estas populações, em outras regiões de Portugal, para identificar as melhores estratégias de implementação de um programa de promoção precoce de estilos de vida saudáveis – hábitos de alimentação, actividade física, descanso, sono e educação pelos pais. Pais e cuidadores informais têm-se mostrado entusiasmados com as mensagens e a forma como são divulgadas. Houve já cerca de 17.000 visitas ao vídeo do *YouTube* “Como funciona o aleitamento materno”, e 1200 visitas ao vídeo “Obesidade infantil: Prevenir é o melhor remédio”.

OBESIDADE INFANTIL: O que contribui vs O que previne



FAMÍLIA E COMUNIDADE

❌ O que contribui:

- Obesidade da mãe no início da gravidez.
- Ganho de peso excessivo da mãe durante a gravidez.
- Fumo do tabaco durante a gravidez.
- Diabetes não controlada da mãe durante a gravidez.
- Obesidade dos pais.
- Obesidade em familiares próximos.
- Maus hábitos de alimentação e actividade física dos pais e pessoas próximas.
- Falta de conhecimento dos pais e outros cuidadores acerca da alimentação saudável.

✅ O que previne:

- Engravidar com um peso saudável.
- Ter hábitos saudáveis de alimentação e actividade física durante a gravidez.
- Ter um ganho de peso adequado durante a gravidez.
- Não fumar durante a gravidez.
- Fazer os testes para detetar a diabetes gestacional e manter a diabetes controlada durante a gravidez.
- Servir como exemplo de bons hábitos de alimentação e actividade física e incentivar que outros membros da família ou instituição também o façam.
- Aumentar os conhecimentos sobre alimentação saudável.
- Ter momentos agradáveis de actividade física em família.
- Acompanhar o crescimento da criança para detetar sinais de alerta para o risco de obesidade e agir antes que a obesidade se instale.

QUESTÕES CULTURAIS, DE MERCADO E AMBIENTAIS

Este relatório sublinha a importância de os cidadãos assumirem maior controlo e responsabilidade. Reconhece, no entanto, que há questões culturais, de mercado e ambientais que podem levantar dificuldades e constituir barreiras que devem ser ultrapassadas.

Quase todos os contactos prévios da Comissão destacaram estes e outros aspectos com ele relacionados, mas também reflectiram sobre a dificuldade de efectuar esta mudança na prática. A Comissão foi informada de que em Portugal a população é geralmente muito passiva nas suas relações com o sistema de saúde; não se sente capaz de questionar os médicos e utiliza de forma muito limitada as fontes de informação sobre saúde.⁸ Houve muitos apelos para promover uma modificação desta cultura, quer por parte da população, quer por parte dos profissionais. O Grupo 2 da Comissão defendeu uma “*mudança de paradigma, de um sistema paternalista de saúde para um sistema que coloque os cidadãos no seu centro*”.⁹

A Comissão também foi informada de que há, na prática, muito pouca informação disponível para os cidadãos, por exemplo no que respeita à qualidade dos serviços, e à transparência em matéria de dados estatísticos e práticas clínicas. Esta falta de dados estatísticos e de transparência é um problema relevante em Portugal e será referido frequentemente neste relatório.

A cultura não se pode mudar em abstracto, e só se transformará através de acções específicas e à medida que novas práticas se enraizarem. Poderá ser um processo difícil, mas poderá também ocorrer com surpreendente rapidez, como se vê noutras áreas onde, por exemplo, os portugueses adoptaram as novas tecnologias e novas práticas muito rapidamente – na utilização de telemóveis, na utilização de cartões de crédito ou da Internet. Neste capítulo recomenda-se que se empreendam iniciativas práticas específicas que *empoderem* os cidadãos e comecem a mudar esta cultura.

As dificuldades desta mudança cultural não são os únicos problemas. Há também evoluções globais científicas e de mercado que tendem a *retirar* poder à população, transformando as pessoas em consumidores que *compram* a sua saúde, em vez de a *criar* ou *co-produzir*. Grande parte do problema reside no facto de a ciência e a medicina se terem tornado tão sofisticadas – e os sistemas de saúde e de cuidados de saúde tão complexos – que tendem a intimidar e afastar o leigo.

Além disso, há indícios de uma crescente “medicalização da vida quotidiana”, sendo cada vez mais numerosos os comportamentos e necessidades que se considera exigirem soluções médicas complexas – especialmente no que respeita à obesidade e à saúde mental. Vários comentadores criticaram a mais recente publicação do sistema de classificação de perturbações mentais da *American Psychiatric Association*, precisamente devido a esta medicalização excessiva de comportamentos “normais”. Esta entidade enumera 750 afecções em vez das 500 da edição anterior, identificando muitos

síndromas totalmente novos. Os críticos afirmam que assim se identifica a tristeza e experiências humanas comuns, como o luto, com graves síndromas depressivos:

“Transformar desgostos e outras tensões da vida em perturbações mentais representa uma intromissão médica nas emoções pessoais. Induz medicação e custos desnecessários, e desvia a atenção e os recursos daqueles que realmente têm necessidade deles”.¹⁰

Exemplos especialmente controversos surgidos nos últimos anos, incluem a depressão e o alcoolismo. É interessante referir, neste contexto, que Portugal tem um dos mais elevados níveis de utilização de medicação antidepressiva da Europa.¹¹ Ben Goldacre também regista a perturbação de ansiedade social (uma nova utilização de medicamentos antidepressivos), a disfunção sexual feminina (uma nova utilização de Viagra para mulheres), o alargamento dos limites de diagnóstico do “síndrome das pernas inquietas”, e o “síndrome do comer nocturno” (outra tentativa para vender medicação) como *“problemas muito reais, mas que talvez não justifiquem a administração de comprimidos, e talvez nem sempre sejam bem compreendidos numa perspectiva biomédica reducionista”*.¹²

Estas tendências, embora obviamente vantajosas para os fins lucrativos das empresas farmacêuticas e de produtos de saúde, ameaçam a viabilidade financeira de todo o sistema. Frequentemente, esta tendência de medicalização é apoiada pelos media e por atitudes públicas. É mais fácil comprar um tratamento «cura-tudo» do que modificar os factores que levam à constituição de *“um complexo emaranhado de questões sociais e políticas interligadas, incluindo a vida profissional, a situação laboral, a estabilidade social, o apoio familiar, a habitação, o consumo de tabaco, o consumo de drogas e, possivelmente, a alimentação, que estão na origem da falta de saúde nas sociedades actuais”*.¹²

Estas forças e organizações poderosas enquadram limitativamente a questão, restringindo-a a um debate sobre serviços, tecnologias e consumismo, e fazem dos cidadãos consumidores passivos. Estamos também perante forças de mercado poderosas e é necessário limitar o poder de manobra económica das organizações comerciais e dos profissionais de saúde. Se as tarefas forem do foro exclusivo dos profissionais, retira-se poder e autonomia aos doentes e cidadãos, que têm de encontrar novos financiamentos para adquirir estes novos produtos. Além disso, são geralmente os profissionais que ditam os termos da interacção: são eles quem decide que medicamentos são necessários e fazem-se pagar pelo seu fornecimento. São necessárias salvaguardas para os cidadãos, para que possam distinguir o que é eficaz do que é desnecessário.

Trata-se também, fundamentalmente, de riscos pessoais. Como disse o Professor Sir Cyril Chantler:

“A medicina era simples, ineficiente e relativamente inócua. Agora é complexa, eficiente, e potencialmente perigosa. A autoridade mística do médico era essencial na

prática clínica. Agora temos de ter abertura e trabalhar em colaboração com os nossos colegas e com os nossos doentes na prestação dos cuidados de saúde”¹³

Os doentes e os cidadãos têm de estar seguros de que compreendem os riscos e decidir se os recusam ou aceitam. As profissões na área da saúde trouxeram e continuam a trazer extraordinários benefícios à população. Isso, no entanto, conferiu-lhes um grande poder que poderá impedir os cidadãos e os doentes de assumir maior responsabilidade pela sua saúde.

A Figura 3 resume alguns dos factores que podem retirar poder aos cidadãos.

Figura 3 • **Factores que podem retirar poder aos cidadãos**

FACTORES QUE PODEM RETIRAR PODER AOS CIDADÃOS:

- Hábitos culturais e expectativas
- Falta de transparência e de acesso à informação
- *Medicalização* da vida quotidiana
- Complexidade da ciência e da medicina
- Pressões de mercado para “vender” tratamentos e tecnologias médicas
- Poder dos profissionais

O modo como abordamos a medicina nestes últimos 100 ou mais anos, à medida que fomos entregando cada vez mais o controlo aos profissionais, consistiu em procurar obter salvaguardas do Estado através da regulamentação e da fiscalização, confiando nos profissionais, no seu Juramento de Hipócrates e na sua missão social. Esta abordagem já não é por si própria suficiente, e exige maior transparência e uma participação mais activa dos cidadãos e dos doentes na governação dos sistemas de saúde e no apoio e na definição das suas prioridades.

Muitos profissionais de saúde e representantes dos doentes afirmaram à Comissão que é necessário abandonar o paternalismo tradicional dos profissionais e do sistema de saúde, evoluindo para um relacionamento mais equitativo. Isto terá de ser apoiado por alterações na formação profissional e no *curriculum* académico, e exigirá também maiores níveis de literacia da saúde por parte de todos os cidadãos, iniciando-se a educação para a saúde numa fase precoce da vida das crianças.

Esta nova abordagem vai, sem dúvida, suscitar resistências por parte de alguns profissionais de saúde, que foram formados num ambiente diferente e que poderão encará-la como uma ameaça à sua posição e autoridade. Outros, no entanto, vê-la-ão como uma evolução positiva e reconhecerão o potencial de cidadãos melhor informados e dispostos a desempenhar um papel mais abrangente nos seus próprios cuidados de saúde.

A SAÚDE DOS CIDADÃOS PORTUGUESES

Esta evolução da reflexão sobre o papel dos cidadãos tem como pano de fundo um perfil sanitário em mudança. Portugal, e a tendência é comum a outros países, regista um grande incremento na incidência das doenças crónicas de longa duração e tem de mudar a sua atitude tanto para com as pessoas nesta situação – apoiando a sua empregabilidade, por exemplo – como para com os serviços de saúde e de apoio.

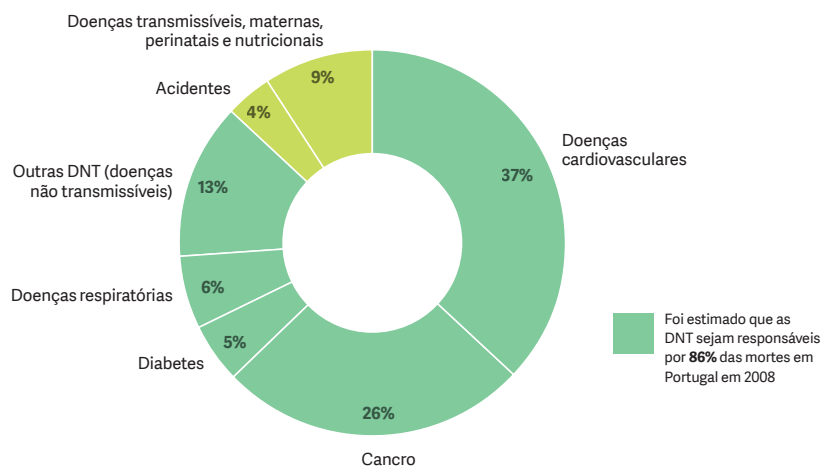
Nos anos mais recentes, os portugueses assistiram a ganhos significativos na saúde, com a esperança de vida a aproximar-se da média europeia, e com excelentes melhorias na saúde infantil. Estas melhorias são atribuídas pelo Observatório Europeu ao *“melhor acesso a uma rede de saúde em expansão, com continuidade do compromisso político, e crescimento da economia, que permitiram melhores condições de vida e o aumento do investimento nos cuidados de saúde”*.¹⁴

Há no entanto áreas preocupantes, sobretudo nas mortes por causas evitáveis, na esperança de vida nos homens, na esperança de vida ajustada a deficiências, e na intensificação dos problemas de alcoolismo e obesidade. Há também diferenças regionais, visto que as zonas rurais, menos prósperas e menos bem servidas pelos serviços de saúde, registam piores resultados em matéria de saúde.

Portugal não foi tão bem sucedido nas medidas de bem-estar.¹⁵ Estima-se que tenha a percentagem mais elevada de pessoas em situação de pobreza absoluta na UE a 15 (a UE na sua constituição antes do alargamento a leste).^{16,17} Quando esta situação se associa ao isolamento geográfico, como em zonas da região sul do Alentejo ou em Trás-os-Montes, os problemas de saúde podem ser extremamente graves. Nos últimos anos, esta disparidade foi minorada por meio de acções orientadas específicas. No entanto, as desigualdades no acesso aos serviços e aos respectivos resultados na saúde não se limitam às zonas rurais e há indícios de que, por exemplo, os imigrantes ilegais são particularmente afectados apesar de terem direito de acesso aos cuidados de saúde.¹⁸

O país tem uma demografia envelhecida e, no futuro, a sua população poderá decrescer em resultado da baixa taxa de natalidade, aumentando assim a percentagem de pessoas dependentes em relação à população activa. Os padrões de doença são em geral semelhantes aos dos países da Europa Ocidental, que têm também uma população envelhecida e que registam um aumento das doenças de longa duração e das doenças crónicas. Em 2011, mais de 70% das mortes em Portugal foram causadas por doenças crónicas, em especial doenças cardiovasculares, cancros, doenças do sistema respiratório e diabetes.¹⁹ Calcula-se que em Portugal 5,4 milhões de pessoas tenham uma ou mais doenças crónicas.²⁰ A Figura 4, que se segue, representa esta situação.

Figura 4 • Mortes em Portugal em 2011



Fonte: WHO, Noncommunicable diseases: Country risk profiles 2011.

No entanto, dentro deste quadro geral, há alguns parâmetros diferenciados. Há uma grande diferença na esperança de vida entre homens e mulheres: 74,9 anos e 81,4 em 2008. Os homens têm uma mortalidade mais elevada devida a doenças cerebrovasculares e neoplasias malignas. Há também uma mortalidade muito mais elevada entre os homens devida a acidentes de viação, sendo Portugal o país com a percentagem mais elevada na UE dos 15.

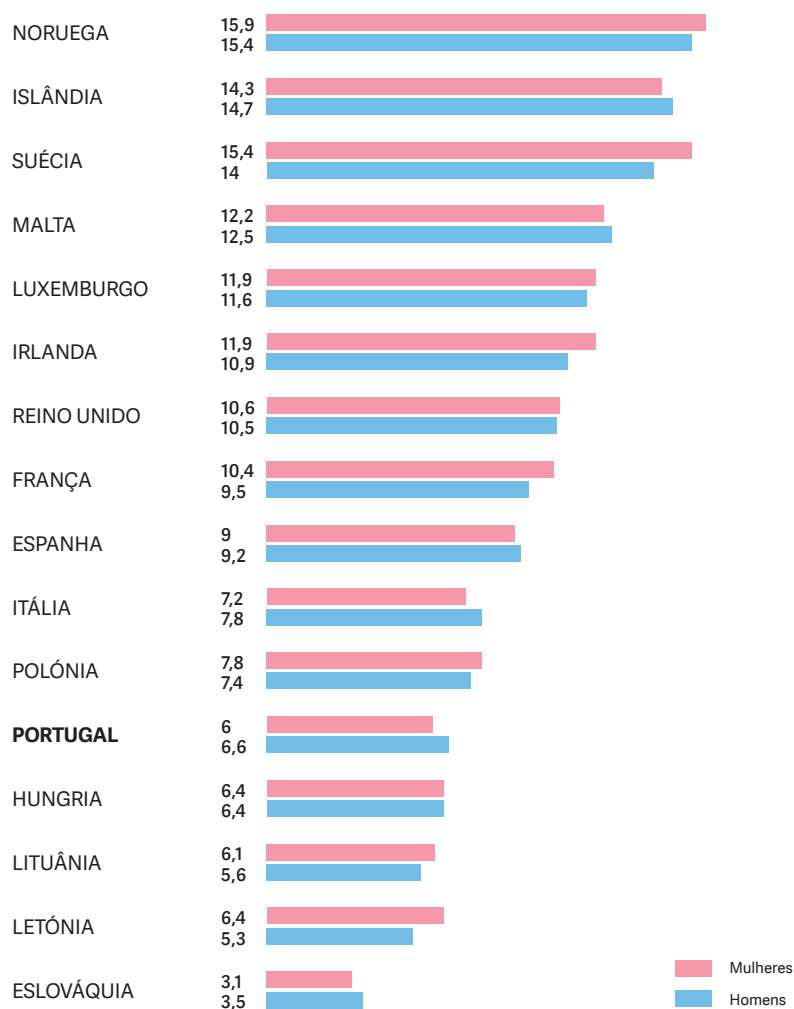
Por outro lado, há também níveis elevados de diabetes, acidentes vasculares cerebrais e VIH/Sida por comparação com outros países europeus ocidentais, destacando-se, com um aumento rápido, a diabetes. De uma forma geral, há níveis elevados de mortes tanto de homens como de mulheres resultantes de doenças para as quais há tratamento (trata-se de doenças em que está provado o impacto das intervenções médicas – como, por exemplo, a redução dos acidentes vasculares cerebrais resultante de intervenções e tratamentos específicos). Um estudo de 2008, incidente sobre 19 países de elevado rendimento, confirmou que Portugal teve a 3ª percentagem mais alta de mortes por esta causa em 1997-1998 e a 2ª em 2002-2003.²¹ Apesar de a descentralização dos serviços de saúde mental em Portugal ter tido um impacto notável, um relatório recente confirmou que estes serviços continuam a sofrer de graves deficiências no que respeita a acessibilidade, equidade e qualidade de cuidados de saúde.²² A saúde mental é uma das prioridades do Ministério e foi estabelecido um Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016).

Este perfil sanitário e de mortalidade reflecte-se nos estudos que mostram que Portugal tem uma esperança de vida ajustada a deficiências inferior à média da UE

dos 15 – ou seja, as pessoas sofrem de incapacidade numa fase mais prematura e vivem mais tempo com problemas de saúde. O quadro seguinte, elaborado pela Comissão Europeia, mostra que os homens e as mulheres portuguesas apenas têm em média, respectivamente, 6 e 6,6 anos de vida saudável depois dos 65 anos, ao passo que os noruegueses têm, respectivamente, 15,9 e 15,4. Esta enorme diferença é um dos desafios-chave com que Portugal se defronta e deve ser enfrentada tanto para obter ganhos na saúde como para reduzir as despesas de saúde.

A redução das doenças crónicas de longa duração, a sua melhor gestão e o aumento do período de vida saudável são questões centrais de todas as iniciativas propostas neste relatório.

Figura 5 • Vida saudável depois dos 65 anos²³



A situação no que respeita à saúde infantil é de uma forma geral mais positiva, com indicadores próximos da média europeia, e a mortalidade infantil abaixo da média europeia (melhor do que esta) em 2008.¹⁵ Está em curso um estudo para identificar os factores que contribuíram para este progresso na mortalidade infantil.²⁴ Há, no entanto, níveis elevados de obesidade infantil e Portugal está mal colocado no que respeita a medidas para o bem-estar das crianças, sendo ambas as questões abordadas no próximo capítulo.

O Quadro 1 mostra como os indicadores de saúde materna e infantil melhoraram nos últimos 40 anos. Revela o elevado nível de mortalidade materna em 1970 e o progresso conseguido desde então, e mostra também que nesse período a taxa de fertilidade se reduziu para metade.

Quadro 1 • Indicadores de saúde materna e infantil, 1970 - 2009 (anos seleccionados)

	1970	1980	1990	2000	2009
Taxa de mortalidade perinatal (por 1000 nados vivos) ^a	-	23.8	12.4	6.4	4.6
Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nados vivos) ^a	-	15.4	6.9	3.4	2.5
Índice de fertilidade ^b	3.0	2.3	1.6	1.6	1.4
Mortes maternas (por 100.000 nados vivos) ^c	73.4	19.0	10.3	2.5	3.8
Taxa de gravidez em adolescentes (idade < 20, por 100 nados vivos) ^b	-	-	-	-	4.2

Fontes: a INE, 2009g; b INE, 2009a; c INE, 2009f, 2009g.¹⁵

Muitas das doenças aqui abordadas estão associadas a condições sociais e comportamentais, assim como ao envelhecimento. Governos sucessivos reconheceram estes problemas e implementaram medidas, organizando o serviço público de saúde. Está a tornar-se cada vez mais importante tratar destas questões, mas não é uma tarefa linear. O crescimento económico que o Relatório do Observatório Europeu reconhece ter contribuído para a melhoria da saúde inverteu-se. Apesar de o consumo de tabaco ter reduzido entre os adultos, aumentou entre os jovens. O consumo do álcool e a obesidade estão a aumentar na população em geral. Portugal teve níveis muito elevados de consumo de drogas ilegais nos anos oitenta e noventa, e a taxa mais elevada da Europa de mortes por Sida relacionada com o consumo de drogas. Tornou-se no primeiro país a descriminalizar o consumo de drogas em 2001, considerando-o uma questão de saúde pública. Posteriormente, esta situação melhorou com a redução do consumo de drogas, bem como das mortes e da incidência de doenças infecciosas relacionadas com a droga.²⁵

DOENÇAS DE LONGA DURAÇÃO OU DOENÇAS CRÓNICAS

A questão mais grave referente a Portugal é o aumento das doenças de longa duração e das doenças crónicas. Estas doenças tendem a necessitar de tratamento prolongado e aumentam os custos de todo o sistema. As doenças do coração podem requerer cirurgia, reabilitação e medicação continuada. A diabetes pode provocar complicações múltiplas. Além disso, muitos idosos têm mais do que uma destas doenças, multiplicando-se dessa forma as suas necessidades. Apesar de esta análise não ter sido realizada em Portugal, os números disponíveis para outros países ocidentais sugerem que cerca de 5% dos doentes absorvem 40% dos recursos de cuidados de saúde e 10% mais de metade.²⁶ Quase todos estes doentes são pessoas com doenças crónicas – no Reino Unido, por exemplo, 70% da despesa total em cuidados de saúde e cuidados sociais corresponde ao tratamento e aos cuidados de saúde de pessoas que sofrem de doenças de longa duração.²⁷

O Capítulo 5, que aborda os serviços de saúde e de cuidados de saúde, descreve a forma como muitos países europeus desenvolveram modelos de gestão de doenças crónicas para apoiar doentes com diferentes níveis de necessidades, desde os indivíduos saudáveis – que precisam de evitar as doenças – até aos doentes com situações clínicas mais complexas e com co-morbilidades múltiplas. A prevenção da doença e a gestão dos próprios cuidados de saúde são uma parte muito importante destas estratégias, no sentido de contribuir tanto para a melhoria da qualidade como para a redução de custos.

A diabetes tem especial impacto em Portugal, que regista a maior prevalência da Europa, com cerca de 14%, e um custo para o país de cerca de 0,8% do PIB, com algumas estimativas apontando para 1%.²⁸ Portugal tem a associação de doentes diabéticos mais antiga do mundo, que está muito activa, oferece serviços à população e mantém registos das estatísticas e dos dados referentes a vários parâmetros da doença em Portugal.

A diabetes é importante devido à sua elevada prevalência e aos custos, mas também devido à elevada co-morbilidade com outras patologias. Os indivíduos com diabetes apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares, tais como enfartes e acidentes vasculares cerebrais, se a doença não for diagnosticada ou se for mal tratada. Têm também riscos elevados de perda de visão, de amputação de pé ou de perna devido aos danos causados nos nervos ou nas vias circulatorias, e de falência renal, obrigando a diálise ou transplante.²⁹ Além disso, os factores de risco da diabetes são comuns a outras doenças crónicas, tais como as doenças cardiovasculares. As políticas de saúde destinadas a reduzir a prevalência da diabetes, através de iniciativas transversais de apoio a um comportamento saudável, deverão ter também impactos positivos num número muito maior de pessoas que sofrem de outras doenças. Esta questão será de novo abordada no Capítulo 9, onde o relatório propõe três *Desafios Gulbenkian*.

“O CIDADÃO ESTÁ NO CENTRO DO SISTEMA DE SAÚDE”

Repetidas vezes, as organizações de doentes, os Grupos de Trabalho e outras partes interessadas afirmaram à Comissão que as pessoas precisam de tomar parte mais activa na resolução dos seus problemas de saúde, ter maior autonomia e poder de decisão na adopção, isolada ou partilhada, de medidas relativas aos seus cuidados de saúde ou tratamento, e ter maior influência na elaboração de políticas de saúde a nível institucional, local e nacional. Em Portugal, tal é assumido como objectivo, pois o Plano de Saúde Nacional de 2012-2016 afirma muito claramente:

“O cidadão é o centro do Sistema de Saúde, significando que o Sistema de Saúde se deve organizar com a missão de responder às suas necessidades, satisfação e legítimas expectativas enquanto indivíduo e enquanto elemento de uma comunidade, e nos seus diversos papéis: activo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade.”³⁰

São utilizadas muitas definições e palavras diferentes para descrever as iniciativas de indivíduos e grupos – *empoderamento, comprometimento, envolvimento* ou, como dizem os norte-americanos, *activação do doente*. A Comissão e os seus Grupos de Trabalho não encontraram nenhuma expressão verbal satisfatória; irão referir-se de uma forma geral a iniciativas do indivíduo ou dos cidadãos, conforme o contexto; só se referirão especificamente aos doentes quando tal for exclusivamente indicado ou na citação de terceiros. O *European Network on Patient Empowerment (ENOPE)* fez um resumo útil de toda esta questão:

«Empoderar os doentes significa facultar-lhes as oportunidades e o ambiente propícios para desenvolverem as competências, a confiança e o conhecimento necessários a evoluir de doente passivo e receptor de cuidados de saúde para um parceiro activo nos próprios cuidados de saúde. Reforçar a literacia da saúde, proteger e promover os direitos dos doentes, assegurar a participação dos doentes e dos cidadãos nos processos de tomada de decisão e prestar apoio para o auto-cuidado são formas para o conseguir.»³¹

Os benefícios desta abordagem são muitos – para os doentes, para os profissionais de cuidados de saúde e para os sistemas de saúde. No entanto, para que isso aconteça, é necessária uma acção conjunta das partes interessadas do sector público, das organizações da sociedade civil, dos grupos profissionais e da academia, na defesa deste esforço, gerando recursos, trocando experiências, encorajando a participação e capacitando as comunidades.»³¹

Tanto o senso comum como a investigação mostram que a participação do doente e o empenhamento do cidadão são necessários para que muitos tratamentos sejam bem sucedidos. Isto é demonstrado em exemplos tão diferentes como a diabetes, em que a auto-monitorização e a autogestão dos problemas de saúde têm de ser a regra, ou nos programas de vacinação, em que os profissionais têm frequentemente de convencer os cidadãos que as vacinas são seguras e do interesse tanto de si próprios como das suas famílias.

BENEFÍCIOS

Actualmente existe um *corpus* cada vez mais volumoso de investigações e de dados estatísticos sobre os benefícios de uma atitude mais activa por parte dos doentes. Um estudo recente do *British Medical Journal* sobre o empoderamento dos doentes demonstrou que o grau em que estes são implicados no seu tratamento faz uma diferença de fundo tanto na qualidade como no custo do tratamento. Concluiu que: “as intervenções destinadas a melhor informar e implicar os doentes nos seus próprios cuidados de saúde mostram que, de uma forma geral... conduzem a melhorias significativas na redução da dependência dos serviços de saúde, na melhor adesão ao tratamento e, em alguns casos, a ganhos de saúde quantificáveis. Ou seja, os doentes bem informados, apoiados e empoderados servem os interesses quer deles próprios, quer do sistema de saúde.”^{32,33}

O Quadro 2, retirado desse estudo, mostra as conclusões de uma análise sistemática de 132 artigos.

Quadro 2 · **Resumo das conclusões de análises sistemáticas sobre a eficácia de estratégias para informar, educar e envolver os doentes no seu tratamento**³²

Questão	Número total de análises encontradas	Efeitos no conhecimento dos doentes	Efeitos na experiência dos doentes	Efeitos na utilização dos serviços de saúde	Efeitos no comportamento de saúde e no estado de saúde
Melhorar a literacia da saúde	25	Registado em 13 análises: 10 positivas, 2 mistas, 1 negativa	Registado em 16 análises: 10 positivas, 5 mistas, 1 negativa	Registado em 14 análises: 9 positivas, 3 mistas, 2 negativas	Registado em 13 análises: 4 positivas, 6 mistas, 3 negativas
Melhorar a tomada de decisões clínicas	22	Registado em 10 análises: 8 positivas, 2 mistas	Registado em 19 análises: 12 positivas, 6 mistas, 1 negativa	Registado em 10 análises: 6 positivas, 4 mistas	Registado em 8 análises: 2 positivas, 1 mista, 5 negativas
Melhorar a gestão dos próprios problemas de saúde e a autogestão de doença crónica	67	Registado em 19 análises: todas positivas	Registado em 40 análises: 24 positivas, 9 mistas, 2 negativas	Registado em 25 análises: 14 positivas, 9 mistas, 2 negativas	Registado em 50 análises: 39 positivas, 15 mistas, 6 negativas
Melhorar a segurança do doente	18	Registado em 4 análises: todas positivas	Registado em 1 análise: positiva	Registado em 3 análises: 2 positivas, 1 negativa	Registado em 17 análises: 8 positivas, 9 mistas

Um estudo recente confirmou muito claramente a relação entre doentes “activados” e custos de tratamento. Mostrou que nos doentes com “baixa activação” os custos sobem 21%, como se pode ver no Quadro 3.

Quadro 3 · **Relação entre o nível de activação do doente e os custos do tratamento**³⁴

Níveis de activação do doente em 2010	Previsão de custos facturados per capita (em dólares)	Rácio de custos previstos em relação ao nível 4 Medida de Activação do Doente (MAP)
Nível 1 (o mais baixo)	966	1.21
Nível 2	840	1.05
Nível 3	783	0.97
Nível 4 (o mais elevado)	799	1.00

Os Quadros 2 e 3 mostram um conjunto de benefícios geralmente positivo; no entanto, é necessária mais investigação, sobretudo sobre o modo como o envolvimento do cidadão é organizado e realizado em todo o sistema de saúde. Um relatório recente do *All Party Parliamentary Group on Global Health*, do Reino Unido, identificou as dificuldades sentidas para avaliar com rigor os benefícios do empoderamento dos doentes:

“Em primeiro lugar, quantificar e comparar é um exercício difícil, ou seja, é difícil dizer-se claramente quem está a agir melhor e como é que o conseguiu.³⁵ Em segundo lugar, os dados resultantes da investigação sobre o empoderamento dos doentes, embora muito robustecidos nos anos recentes, ainda têm importantes lacunas – especialmente no que respeita aos efeitos económicos de iniciativas em grande escala.³⁶ Em terceiro lugar, há os impedimentos práticos, especialmente o tempo limitado de que os profissionais de saúde dispõem para estar com cada doente, e uma preocupação de que os doentes empoderados possam tornar-se mais exigentes e não mais independentes.³⁷

No entanto, a objecção mais forte de todas talvez seja o facto de, na sua maioria, os prestadores de cuidados de saúde acreditarem verdadeiramente que isso é algo que já fazem. A existência de um consenso alargado sobre a importância de empoderar os doentes ainda não resultou na criação de um forte movimento de mudança. E isto apesar de apenas metade dos doentes ingleses hospitalizados afirmarem que participam tanto quanto gostariam nas decisões acerca dos seus cuidados de saúde – uma percentagem que não melhorou na última década.³⁸ Os profissionais também têm tendência para presumir quais são as preferências do doente, em vez de lhas perguntarem

directamente, e frequentemente não comunicam convenientemente os riscos e os benefícios das diversas opções terapêuticas.”^{39,40}

Neste quadro geral – reconhecimento de que são consideráveis os benefícios potenciais, mas também de que há uma mudança a empreender –, passamos a analisar no presente capítulo cinco grupos distintos de iniciativas: os auto-cuidados, as decisões partilhadas, a realização de escolhas, os doentes como especialistas e a educação e a literacia em matéria de saúde. O capítulo conclui com um debate sobre a participação do cidadão na concretização e no planeamento das políticas. Isto leva à análise da governação e do papel da sociedade, tratada no próximo capítulo.

OS AUTO-CUIDADOS – “O CENTRO DE GESTÃO DA PRÓPRIA VIDA”

Os auto-cuidados são, em grande parte, simples senso comum, seja a tratar de problemas de saúde elementares (constipações) ou mais complexos (gripe). Em alguns casos, os doentes têm de actuar a muito longo prazo, tomando medicação regular ou injectando-se a si próprios com insulina, quando necessário. Muitos problemas são obviamente auto-limitativos e não exigem outras acções para além de descanso e recuperação. Os indivíduos normalmente compreendem o seu corpo melhor do que qualquer outra pessoa, e os pais são “especialistas” no que aos filhos respeita.

O Grupo de Trabalho 2 expunha isto claramente ao referir-se aos indivíduos como “os centros de gestão das suas próprias vidas e doenças”.⁹ E prosseguia:

*“A autogestão da saúde, por exemplo nos casos de doença crónica, é actualmente um factor importante de emancipação dos cidadãos e dos doentes e do seu empoderamento para melhor preservarem – ou mesmo melhorarem – a sua qualidade de vida. Como resultado, constata-se benefícios e ganhos de saúde, e um sistema de saúde cada vez mais sustentável.”*⁹

A promoção dos auto-cuidados de saúde não é algo novo. Um relatório de 1997 da OMS enumerava doenças e situações em que a educação para a autogestão da saúde se deveria tornar parte fundamental do tratamento a longo prazo, ou seja, um tratamento mais eficaz e de melhor qualidade.^{41,42} O Grupo de Trabalho 3, no seu relatório sobre os recursos humanos, advoga a necessidade de uma estratégia portuguesa para a autogestão dos problemas de saúde que reconheça esta realidade e a promova juntamente com os cuidados de saúde e os tratamentos prestados por profissionais.

Apesar de o conceito propriamente dito não ser novo, as tecnologias inovadoras permitem frequentemente novas aplicações. Muitas pessoas monitorizam a sua própria saúde com equipamento electrónico que permite identificar os sinais de quando devem recorrer a ajuda profissional. Em Jonköping, na Suécia, os profissionais e

Os indivíduos normalmente compreendem o seu corpo melhor do que qualquer outra pessoa (...).

doentes foram mais longe, criando uma unidade de diálise onde 60% dos utentes se auto-dialisa no hospital, ligando-se a máquinas e monitorizando o tratamento. A grande vantagem é que podem entrar e sair quando lhes convier, utilizando um cartão de identificação electrónico para admissão na unidade, e realizar a diálise a qualquer hora do dia ou da noite. Também melhora a qualidade – evitando o perigo de contaminação infecciosa – e poupa tempo e custos em recursos humanos. Qualquer doente pode decidir ter formação para fazer a sua própria diálise e o número de pessoas que o fazem está progressivamente a aumentar.

DECISÕES E CUIDADOS PARTILHADOS – O QUE É IMPORTANTE PARA SI?

Parte do que já foi analisado neste capítulo pode ser referido como cuidados de saúde partilhados entre clínicos e cidadãos. Na realidade, muitos dos cuidados de saúde no exterior do hospital são partilhados, na medida em que o clínico diagnóstica, muitas vezes com a ajuda do interessado, e receita para que a pessoa execute, frequentemente praticando um tratamento.⁴³ Os dados de investigações realizadas noutros países indicam, no entanto, que estes cuidados partilhados não resultam em 25% a 33% dos casos, pelo facto de as pessoas não seguirem o tratamento aconselhado. Embora não haja informações comparáveis para Portugal, não há motivo para pensar que a situação possa ser muito diferente.

A tomada de decisões partilhada ocorre quando o indivíduo e o profissional de saúde debatem a saúde da pessoa e as opções de tratamento, realizando uma escolha em conjunto. Os profissionais de saúde fornecem a cada indivíduo as informações disponíveis sobre todas as opções de tratamento para o seu problema de saúde, com base na história clínica e nos resultados dos exames analíticos. Os doentes fornecem aos profissionais informações sobre a sua vida e sobre o seu passado de doenças e de tratamentos. Este processo permite que as pessoas se “apropriem” do seu tratamento, aumentando a probabilidade de o seguirem até ao fim, plena e rigorosamente.

A tomada de decisões partilhada foi muito bem descrita por Maureen Bisognano, Presidente do *Institute for Healthcare Improvement*. A primeira pergunta que o clínico faz é: “Qual é o seu problema?”, mas a segunda pergunta deveria ser: “O que é importante para si?”. Esta segunda pergunta é importante em muitas situações, mas é especialmente relevante quando se trata de doenças crónicas, em que há múltiplas questões sobre os sintomas que mais afectam o doente e que ele está mais preocupado em controlar.

Trata-se de uma área em grande desenvolvimento a nível global. A doença de Parkinson é um exemplo fundamental de uma doença em que há múltiplas escolhas. O Professor holandês Bas Bloem criou a *ParkinsonNet* como uma rede partilhada entre doentes e profissionais, através da qual podem comunicar, aprender e partici-

par na tomada de decisões. Esta rede é abordada em maior pormenor no Capítulo 5, como um exemplo pioneiro de como os serviços poderão ser no futuro. Há diversas formas de o realizar. Os três exemplos internacionais que se seguem ilustram sucessivamente: um programa de âmbito nacional para apoiar as pessoas na formulação das

EXEMPLOS INTERNACIONAIS

Campanha Just Ask (DINAMARCA)

A *Danish Society for Patient Safety*, em colaboração com a TrygFonden, criou um conjunto de iniciativas destinadas a envolver os doentes e as suas famílias. O Manual do Doente, por exemplo, é um guia impresso sobre os cuidados hospitalares destinado a facilitar a participação do doente e da família. Estima-se que cerca de 10% das residências na Dinamarca têm um exemplar deste manual. Aquela Sociedade transformou o manual num questionário para os doentes utilizarem junto dos seus prestadores de saúde (*Just Ask*) através da Internet, do telemóvel ou de um formulário em papel. O site permite aos doentes escolher perguntas específicas, acrescentar as suas próprias perguntas, fazer sugestões para outros utilizarem, e imprimir a lista das suas

perguntas. Um estudo mostra que 86% dos cidadãos que receberam e utilizaram a campanha *Just Ask* no seu contacto com os prestadores de cuidados de saúde comunicaram melhor e fizeram mais perguntas. A *Danish Society for Patient Safety* utiliza também estratégias inovadoras de contactos com a comunidade para iniciar conversas com os cidadãos sobre a forma de se tornarem parceiros mais empenhados nos seus cuidados de saúde. Entre os canais de distribuição destes materiais contam-se, nomeadamente, os prestadores de cuidados de saúde, as organizações de doentes, os cabeleiros, os «media», os sindicatos e os estabelecimentos comerciais.

Potenciação da Partilha de Tomada de Decisão (EUA)

O *Health Decision Sciences Centre* no Massachusetts General Hospital está a procurar acelerar a criação de auxiliares de decisão para doentes – ferramentas baseadas na evidência científica que se destinam a informar os doentes sobre os riscos e benefícios de várias opções de tratamento e ajudá-los a chegar a uma “decisão partilhada” com a sua equipa médica. Foi desenvolvido um processo simplificado através do qual os médicos de cuidados de saúde primários e secundários recebem uma formação prática sobre 35 auxiliares de tomada de decisão partilhada para doenças comuns, a que podem aceder através do registo clínico electrónico do doente. O médico está então em condições de aconselhar ao doente um

meio apropriado de informação antes de qualquer decisão importante ser tomada. Isto é anotado no registo clínico para acompanhamento futuro. É entregue aos clínicos um programa de formação para lhes transmitir os benefícios dos auxiliares de decisão e a forma de os utilizar, procurando normalizar a sua utilização.

O Centro trabalha anualmente com 15 consultórios de cuidados de saúde primários (dando assistência a 200 000 pessoas) e com 120 médicos hospitalares. Até à data foram prescritas 16 000 receitas ao abrigo deste esquema. Os resultados iniciais de uma avaliação revelam uma grande aceitação e uma crescente satisfação dos doentes.

perguntas apropriadas e na procura da informação certa; um hospital que desenvolveu um programa para os seus doentes e médicos; um programa de âmbito nacional para desenvolver apoios à tomada de decisão de acordo com as políticas e a cultura da sociedade.

NHS Inglaterra (NHS-UK) – auxiliares de tomada partilhada de decisão

O programa do Reino Unido promove os cuidados de saúde centrados no doente, aumenta as suas possibilidades de escolha e a sua autonomia e envolvimento na tomada de decisões clínicas e tem três objectivos distintos:

- 1. Desenvolver instrumentos que apoiem a tomada partilhada de decisão.** Os auxiliares de decisão dos doentes são recursos de informação que ajudam as pessoas a tomar decisões sobre opções difíceis de cuidados de saúde. Foram criados 36 auxiliares para ajudar os doentes a compreender e a ponderar os prós e os contras de possíveis opções de tratamento, e a fomentar a comunicação entre os doentes e os profissionais de cuidados de saúde. Estão disponíveis na Internet e em formato de papel. Estão a ser formados conselheiros de cuidados de saúde, enfermeiros diplomados com pelo menos 10 anos de prática, para dar apoio telefónico, desenvolvendo a confiança e as capacidades dos doentes para a utilização destes recursos na deliberação sobre as suas opções.
- 2. Incluir a tomada de decisão partilhada nos sistemas e processos do NHS-UK.** Só se pode conseguir que a tomada de decisão partilhada seja uma realidade para os doentes através da simplificação sistemática dos processos de rotina do NHS-UK, evitando procedimentos burocráticos morosos.

A integração da tomada de decisão partilhada passa a ser parte integrante do percurso do doente e do clínico. Os auxiliares de decisão dos doentes têm de estar facilmente acessíveis em plataformas do NHS-UK. A tomada de decisão partilhada está a ser integrada nas políticas, nos sistemas de delegação de competências e nos processos de consentimento.

- 3. Criar uma cultura receptiva à tomada de decisão partilhada.** O maior desafio para incorporar a tomada de decisão partilhada nos cuidados de saúde do NHS-UK consiste em operar uma mudança de paradigma a nível nacional que leve os doentes a esperar serem comprometidos, por sistema, nas decisões sobre os seus cuidados. Isto exige uma mudança na actual dinâmica da relação médico-doente, de forma que os clínicos colaborem com os doentes, encorajando a sua maior participação e dando-lhe resposta, e por seu lado que os doentes tenham maior interesse em participar. Está a ser desenvolvido um programa de formação e educação para prestadores de cuidados de saúde, incluindo enfermeiros, médicos de clínica geral, consultores e gestores do NHS-UK, bem como os promotores destas políticas. Está ainda a ser desenvolvida formação de estudantes e médicos nos internatos sobre o desenvolvimento das capacidades de comunicação e de tomada partilhada de decisão.

ESCOLHAS

As pessoas realizam escolhas sobre saúde e cuidados de saúde por diversas formas. Como vimos, trata-se frequentemente de opções de tratamento e de comportamento ou estilo de vida. Também escolhem a forma como aceder ao SNS, optando muitos por ir aos hospitais e não aos cuidados de saúde primários. Também podem optar por não utilizar o sistema público de saúde, recorrendo ao sector privado ou às terapias alternativas. Como será constatado mais à frente, no debate sobre serviços e questões financeiras, cerca de dois terços de toda a despesa é paga directamente pelo indivíduo «do seu bolso» como resultado de ter escolhido utilizar serviços privados.

Em Portugal, ainda não existem estudos sólidos sobre os efeitos da liberdade de escolher hospitais. Estudos realizados noutros países indicam que as pessoas tendem a interessar-se mais por escolhas de tratamento do que por escolhas de hospital ou de localização geográfica, especialmente nas zonas rurais onde as escolhas são limitadas. Relativamente poucos doentes exercem a sua opção de recorrer a uma instituição que não seja local. No entanto, há indícios de que a perspectiva da escolha – e a concorrência que isso implica – influencia o comportamento dos prestadores de cuidados de saúde quando procuram tornar as escolhas apelativas para as pessoas. Voltaremos ao tema da concorrência no Capítulo 7, onde defenderemos que pode ser útil em alguns casos, muito especialmente nas cirurgias electivas, mas que também há situações em que fragmenta e interrompe a continuidade dos cuidados de saúde e que por isso não deverá ser utilizada.

A Comissão considera que os cidadãos deverão dispor de informação acerca dos diversos serviços e redes, e ter o poder de escolher qual pretendem utilizar. Deverão também ser implicados de forma decisiva na determinação das suas possibilidades de escolha, e quais são importantes para eles. Os dados disponíveis indicam que, na sua interacção com os clínicos, as suas preferências se inclinam para uma maior possibilidade de escolha e de decisão sobre os tratamentos. Em simultâneo, o Ministério da Saúde deverá continuar a avaliar a evidência sobre escolhas, proveniente de outros países, e reagir em conformidade.

Uma área onde a possibilidade de escolha está a crescer rapidamente, sobretudo em Inglaterra, é a prática de atribuir às pessoas com deficiências crónicas de longa duração um orçamento para os seus cuidados de saúde. Esses orçamentos individuais e os pagamentos directos têm sido utilizados nos cuidados sociais em Inglaterra há mais de 10 anos. Têm a finalidade de aumentar a escolha de serviços por parte dos utentes, dando-lhes o controlo do financiamento que seria utilizado para os seus cuidados de saúde e, permitindo-lhes decidir como essa verba poderá ser gasta na satisfação das suas necessidades. Mais de 40% dos utentes do serviço de cuidados sociais em Inglaterra têm agora orçamentos pessoais ou pagamentos directos, e estes

pagamentos estão actualmente a estender-se às pessoas elegíveis para os cuidados continuados do NHS-UK.

Apesar de a Comissão não defender a adopção imediata desta política em Portugal, tendo em conta as outras prioridades urgentes que o País está a enfrentar, haverá que acompanhar a evolução observada noutros países de forma a compreender como tal estratégia poderá ser concretizada com maior eficácia, diminuindo os riscos de despesas inúteis e maximizando os benefícios a obter. É provável que esta se torne, nos próximos anos, uma área importante das políticas de saúde a nível internacional.

DOENTES «ESPECIALISTAS»

Muito frequentemente, os cidadãos, sobretudo os que têm problemas de saúde de longa duração, são os “especialistas” da sua própria saúde. Poderão não ter a preparação técnica, mas muitos sabem quando algo não está bem e podem frequentemente prever a aproximação de um episódio agudo. De uma forma geral, podemos considerar os doentes “especialistas” como cidadãos que *“estão confiantes e que controlam as suas próprias vidas e as suas doenças, que gerem a sua situação clínica em colaboração com os profissionais de saúde, e que são objectivos acerca da forma como essa situação os afecta, utilizando as suas capacidades e conhecimentos para viver uma vida plena”*.⁴⁴

O *Chronic Disease Self-Management Program* foi iniciado em Stanford, nos Estados Unidos, na década de 1990, como programa de investigação, tendo vindo a ser desenvolvido posteriormente como uma actividade a adoptar de modo generalizado. Consiste numa série de *workshops* em contextos comunitários e inclui temas como técnicas para enfrentar os problemas de frustração, fadiga, dor e solidão; exercício físico; comunicação eficaz com a família, amigos e profissionais de saúde; alimentação; tomadas de decisão; e avaliação de novos tratamentos.⁴⁵ Os participantes deste Programa demonstraram melhorias significativas no exercício físico, na gestão cognitiva de sintomas, na comunicação com os médicos, na auto-avaliação sobre o estado geral de saúde, e nas perturbações de saúde, fadiga e incapacidade. Passaram menos dias no hospital e houve também tendência para menos consultas externas e internamentos.

O *Expert Patients Programme*, desenvolvido a partir da experiência de Stanford, foi iniciado como elemento fundamental na política de gestão das doenças crónicas no Reino Unido. Tem como objectivo apoiar a autogestão da saúde e melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas de longa duração, desenvolvendo competências e melhorando a sua confiança e a sua motivação para

(...) Muito frequentemente, os cidadãos, especialmente os que têm problemas de saúde de longa duração, são os especialistas da sua própria saúde.

que assumam um controlo mais eficaz das suas vidas e doenças.⁴⁶ A investigação indica que os benefícios da autogestão da saúde incluem a redução da gravidade dos sintomas, a diminuição significativa da dor e a melhoria dos níveis de actividade e de satisfação com a vida.⁴⁶ Uma investigação com pessoas que tinham participado no *Expert Patients Programme* concluiu que se sentiam mais confiantes, melhor preparadas para as consultas com os profissionais de cuidados de saúde e que frequentavam menos os seus médicos de clínica geral e as unidades de emergência.⁴⁴

Os doentes também podem ser utilizados como especialistas na educação e na formação dos profissionais de saúde e dos cuidadores. Um relatório da *Health Foundation*⁴⁷ sobre como envolver doentes na formação de profissionais de cuidados de saúde confirmou que em todo o Reino Unido a participação de indivíduos que são doentes, prestadores de cuidados e utentes de serviços de saúde está bem estabelecida em determinados sectores de formação profissional dos prestadores de cuidados sociais e de saúde, especialmente da saúde mental. Noutras áreas como a formação médica e o desenvolvimento profissional continuado, a participação generalizada não é habitual. De uma forma geral, a colaboração do doente/utente na formação dos profissionais de saúde não é uma prioridade da agenda dos peritos de referência nesta área, ao nível institucional ou nacional.⁴⁷

O relatório assinala também que há fortes indícios de que a colaboração do doente/utente gera benefícios a curto prazo para todos os intervenientes, incluindo formandos, educadores, instituições e doentes/utentes, num grande número de áreas, como o conhecimento, as competências, as atitudes e os comportamentos.

Os doentes também podem ser utilizados como especialistas na educação e na formação dos profissionais de saúde (...)

EDUCAÇÃO E LITERACIA EM MATÉRIA DE SAÚDE

É óbvio que o processo que permite aos cidadãos serem muito mais activos em relação à saúde tem como alicerce a educação e a literacia em matéria de saúde. O Grupo de Trabalho 2, sobre os Cidadãos e o SNS, debruçou-se em particular sobre este tema e fez recomendações claras à Comissão.

Este Grupo de Trabalho utilizou como ponto de partida a definição de literacia da saúde do *Institute of Medicine* como:

*“a medida em que os indivíduos têm capacidade para obter, assimilar e compreender a informação básica sobre saúde e serviços necessária para tomar decisões apropriadas para a saúde”.*⁴⁸ *Ser instruído em saúde significa ter conhecimentos básicos sobre a saúde; ser capaz de ler, compreender e avaliar as infor-*

mações sobre a saúde; ser capaz de analisar riscos e fazer opções; e ser capaz de comunicar verbalmente e interagir com os profissionais de saúde.

O Grupo de Trabalho 2 foi de opinião que:

“Um baixo nível de literacia da saúde tem um impacto negativo nas interações dos doentes com os cuidados de saúde, na sua capacidade de orientação nas redes do sistema de cuidados, e na qualidade da comunicação com os profissionais de saúde, aspectos que, em última análise, podem originar maus resultados em saúde. Alguns estudos referiram a incapacidade dos doentes para entenderem as instruções, tais como as relativas à toma de medicação em jejum ou aos formulários normalizados de consentimento em hospitais.”⁴⁹

Sabe-se que indivíduos com reduzida literacia da saúde têm menor conhecimento das suas doenças e dos regimes de tratamento, menos capacidade de autogestão e também não tomam medidas preventivas, tais como vacinação e exames médicos. A pouca literacia está também relacionada com custos de saúde mais elevados, com a maior utilização dos serviços de saúde e a maior frequência de internamentos.⁵⁰ Uma investigação mostrou que a baixa literacia está presente em 45% da população da Europa, sobretudo nos indivíduos com baixos níveis de escolaridade, baixo nível social e baixos rendimentos e também nos idosos (European Health Literacy Group, 2012). No entanto, mesmo indivíduos com uma literacia elevada podem ter dificuldade em obter e compreender informações sobre saúde. As pessoas podem sentir-se diminuídas por não compreenderem as informações, mesmo quando interagem com profissionais de saúde. Em consequência, poderão esconder as suas dificuldades e pedir raramente ajuda.”

O Grupo de Trabalho 2 defende que:

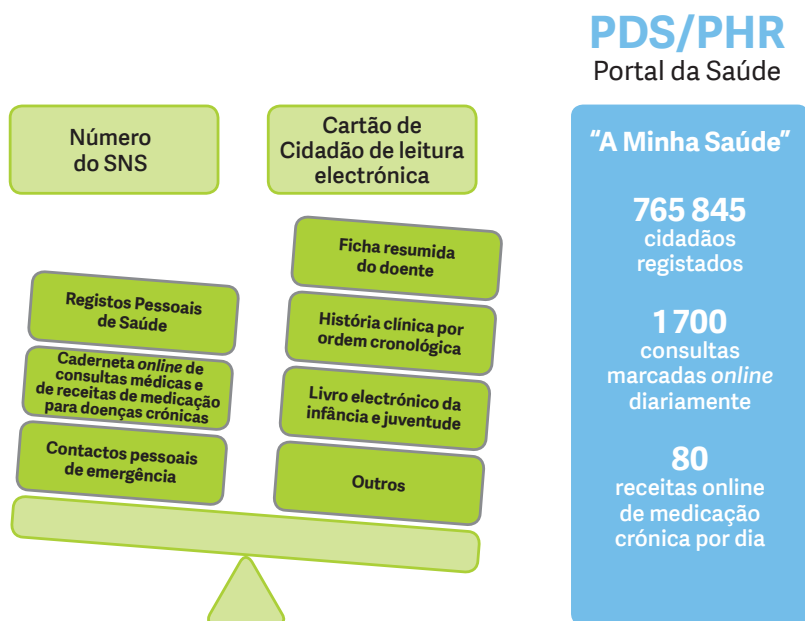
“a implementação de uma política nacional de promoção da literacia da saúde deverá ser uma prioridade para melhorar o estado da saúde em Portugal. Tal deverá englobar uma estratégia intersectorial, que inclua todos os sectores da sociedade a nível nacional, regional e local, numa filosofia de “saúde em todas as políticas”. Esta estratégia deverá resultar de uma avaliação da literacia da saúde dos cidadãos, adoptando metodologias baseadas nas evidências científicas.”

O Grupo de Trabalho 2 insistiu também na importância do acesso a informação de qualidade, utilizando todas as novas tecnologias e canais actualmente disponíveis. As suas propostas incluem a elaboração de um Guia de Saúde dos Cidadãos, para sua orientação no sistema de cuidados de saúde, e que tem semelhanças com o modelo *Just Ask* dinamarquês, mencionado anteriormente. A totalidade das propostas do Grupo nesta área inclui sites de Internet, mHealth, uma loja de saúde e canais

de telefone, televisão e meios de comunicação especializados. Estas propostas estão resumidas no Apêndice 5.

Portugal tem já um Portal da Saúde eficaz, ilustrado na Figura 6, que permite aos cidadãos aceder ao sistema e encontrar informações sobre si próprios e sobre os serviços de saúde.⁵¹ Este Portal poderá ser expandido consideravelmente para ser a fonte autorizada de quase todas as necessidades de informação sobre saúde. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um Registo de Saúde Electrónico poderá permitir às pessoas ter maior controlo sobre os seus próprios dados de saúde, como é referido no Capítulo 4.

Figura 6 • O Portal da Saúde



Os exemplos portugueses seguintes ilustram, em primeiro lugar, a forma como os profissionais de saúde podem participar na educação como parte das suas atribuições e, em segundo lugar, a forma como a campanha de linguagem simples "Português Claro" poderá ajudar a fornecer informações compreensíveis a um maior número de cidadãos.

EXEMPLOS PORTUGUESES

Unidade de Saúde Familiar de Alpha Mouro – Lisboa

Este centro de saúde local situa-se num bairro pobre na periferia de Lisboa e presta serviços a uma população diversificada de famílias de portugueses e de imigrantes.

O centro é um excelente exemplo de trabalho de equipa, inter-profissional, com enfermeiros e médicos a trabalhar em conjunto e em colaboração. Todos os profissionais têm o seu próprio gabinete e todos usam bata branca – existem poucas diferenças. Os enfermeiros recebem formação especializada no tratamento de feridas e da diabetes, e são responsáveis pela triagem, cuidados de saúde e gestão dos doentes crónicos, pela saúde infantil e reprodutiva. O centro está também a trabalhar para melhorar a literacia da saúde entre os seus utentes. A equipa do centro assumiu a tarefa de produzir material pedagógico sobre questões e serviços de saúde. Esta equipa procura ainda, no decurso das consultas, fornecer aos doentes mais



informações sobre as suas doenças. Os doentes registados recorrem quase sempre ao centro antes de se dirigirem aos serviços de emergência ou ao hospital, e afirmam ter uma relação positiva com a equipa.

“Português Claro” – linguagem simples para os cidadãos portugueses

O “Português Claro” introduziu a linguagem simples em Portugal e tem ajudado as empresas e os organismos governamentais a comunicar com clareza desde 2007. Trabalha para melhorar a forma como a informação é apresentada nos documentos públicos, para ajudar os cidadãos na realização de escolhas informadas sobre a sua saúde, educação, bem-estar e direitos civis.

Os níveis gerais de literacia em Portugal ainda são baixos – uma percentagem significativa da população não sabe ler nem escrever, e a maioria tem dificuldade em compreender linguagem técnica ou complexa, como as instruções para tomar medicamentos, os resultados de exames de diagnóstico ou os documentos legais.

PARTICIPAÇÃO DO CIDADÃO NA ELABORAÇÃO E PLANEAMENTO DE POLÍTICAS

As organizações internacionais como a Organização Mundial da Saúde e os governos nacionais em todo o mundo estão a dar cada vez mais prioridade à participação dos cidadãos na elaboração das políticas de saúde,⁵² com o objectivo de conferir à sociedade iniciativa e responsabilidade pela sua própria saúde.⁵³ Os conceitos específicos de empoderamento e participação dos cidadãos nas políticas sociais, incluindo a de saúde, estão estreitamente ligados aos direitos democráticos e aos conceitos históricos e modernos de cidadania. Dizem respeito ao papel da sociedade no sistema de saúde de uma forma mais geral, ao nível da tomada de decisões, da influência sobre os processos políticos, do activismo comunitário e dos direitos e das responsabilidades dos cidadãos em relação à saúde e ao bem-estar de todos.

As formas de empoderamento dos cidadãos variam de sistema de saúde para sistema de saúde, e estão associadas ao contexto político histórico e às instituições democráticas. Em países como o Brasil, a participação dos cidadãos na elaboração das políticas é um direito garantido pela Constituição de 1988, adoptada depois de décadas de ditadura. No Reino Unido, o foco está no empoderamento dos doentes a nível individual e na melhoria da organização dos serviços. Uma diferença fundamental é que enquanto em Inglaterra existe actualmente um *dever* dos serviços de saúde no sentido de envolver a população, no Brasil há um *direito* de representação.⁵⁴ A recente introdução no sistema jurídico português da *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS*⁵⁵ significa que o país está a seguir uma via em que a participação pública nos cuidados de saúde é vista como um direito dos cidadãos, e deverá conduzir à sua maior participação na elaboração das políticas de saúde.

O empoderamento dos cidadãos para a saúde pode ser entendido na mais ampla acepção como referindo-se às actividades da população no sentido da melhoria da sua saúde e do seu bem-estar. A participação e o empoderamento da comunidade estão, por exemplo, no cerne da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS. Neste caso, a participação é definida como “*um processo pelo qual as pessoas são habilitadas a intervirem activa e genuinamente na definição das questões que as preocupam, na tomada de decisões acerca dos factores que afectam as suas vidas, na formulação e implementação de políticas, no planeamento, desenvolvimento e produção de serviços e na realização de iniciativas que concretizem essa mudança*”.⁵⁶

Os direitos dos indivíduos enquanto cidadãos são bem reconhecidos em Portugal. O Plano Nacional de Saúde inclui muitas políticas sobre a participação dos cidadãos e, mais recentemente, a actualização da *Carta*

O empoderamento dos cidadãos para a saúde pode ser entendido na mais ampla acepção como referindo-se às actividades da população no sentido da melhoria da sua saúde e do seu bem-estar.

dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS.⁵⁵ Esta Carta inclui uma vasta gama de direitos e responsabilidades, quer da parte do Estado quer do cidadão.

Os direitos de os cidadãos participarem na tomada de decisões sobre a saúde são também garantidos pela Lei de Bases da Saúde de 1990,⁵⁷ que se destina a assegurar:

- a participação dos indivíduos e da comunidade na definição da política de saúde e no planeamento e controlo dos serviços
- o direito de defenderem os seus interesses através de organizações que os representem
- o direito de constituírem associações para a promoção e protecção da saúde
- a oportunidade de influenciarem a elaboração de políticas, ao mais alto nível, através do Conselho Nacional de Saúde

Estes requisitos não foram ainda totalmente postos em prática. Há pouca representação de leigos nos organismos de saúde e o Conselho Nacional de Saúde ainda não foi constituído.

Em Portugal, a política de participação dos cidadãos é das mais avançadas do mundo, mas a sua implementação ainda está muito aquém da de outros países. A melhoria da governação dos sistemas de saúde passou agora a ser vista por um grande número de decisores políticos, profissionais e académicos como uma das questões-chave que podem conduzir a melhorias na prestação de cuidados de saúde. Estas melhorias implicam sempre chamar os cidadãos e a sociedade civil a participarem plenamente nas estruturas e processos. O relatório da OMS sobre Governação para a Saúde no Século XXI sublinha que *“a governação bem sucedida para a saúde exige co-produção, bem como participação e cooperação dos cidadãos, consumidores e doentes. À medida que a governação se torna mais difundida na sociedade, trabalhar directamente com os cidadãos poderá reforçar a transparência e a responsabilização”*.⁵⁸

Muitos países implementaram mudanças nas leis e nas estruturas. Os representantes dos cidadãos estão presentes nos órgãos de gestão da saúde e dos hospitais, a regulamentação profissional foi aberta aos leigos e as leis da “liberdade de informação” estão a permitir muito maior escrutínio público das decisões. Esta evolução está a ser acompanhada por uma maior abertura, bem como pelo acesso a dados estatísticos e a informações qualificadas.

Muitos dos parceiros consultados pela Comissão sublinharam a necessidade de ter melhor informação e também acentuaram a importância de uma maior transparência e da eliminação de conflitos de interesses. A forma como o sistema de saúde está actualmente estruturado e a falta de informação e abertura são um problema em Portugal – de que muitas das partes interessadas se apercebem. O Grupo de Trabalho 2 escreveu: *“Os conflitos de interesses, o choque entre interesses individuais e interesse*

público, são um problema de todos os sistemas de saúde. O objectivo da transparência é tornar os conflitos de interesses visíveis, de forma a que todos os envolvidos tenham a mesma informação sobre a imparcialidade e a prossecução do interesse público.”

O Governo estabeleceu recentemente novas regras para gerir conflitos de interesses – como resposta a este tipo de preocupações. As suas políticas prometem melhor informação e maior transparência. Há, no entanto, ainda um longo caminho a percorrer. O Grupo de Trabalho 2 escreveu: *“A qualidade, a responsabilidade e a transparência são interdependentes. Recentemente, realizaram-se progressos fundamentais em Portugal, mas mais tem de ser feito, tanto para os cidadãos como pelos cidadãos, e isso não se limita à partilha de informação. Tornar simplesmente a informação disponível não é suficiente para obter transparência. A divulgação ao público em geral de grandes quantidades de informação “em bruto” poderá gerar mais opacidade do que transparência.”*⁵⁹

O Grupo de Trabalho 2 fez uma série de propostas muito importantes para assegurar a transparência, reproduzidas no Apêndice 4. A Comissão recomenda-as ao Governo como um acréscimo importante aos direitos consagrados na Carta dos Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Há uma convicção muito generalizada em Portugal de que os cidadãos devem ser muito mais activos na promoção da saúde e na melhoria dos serviços de saúde e devem utilizar de forma mais ampla os seus actuais direitos. Os benefícios a serem daí retirados são cada vez mais evidentes. Há, no entanto, dificuldades que têm de ser ultrapassadas.

Portugal tem muitas políticas excelentes nesta área; todavia, a sua implementação tem sido irregular e lenta – tem estado limitada a iniciativas em pequena escala que envolveram pessoas que já estavam empenhadas na mudança. O verdadeiro impacto apenas ocorrerá com uma implementação em todo o sistema, que inclua tanto a sua «*vanguarda*» como a «*retaguarda*».⁶⁰ É necessária uma acção decisiva em grande escala, de todo o Governo, no sentido de atribuir aos cidadãos papéis centrais e influentes na melhoria da saúde e do sistema de saúde, e no sentido de os apetrechar para que o possam concretizar.

Este capítulo inspirou-se substancialmente nas deliberações do Grupo de Trabalho 2 e nas contribuições das mais diversas partes interessadas. No seguimento do debate com o Grupo e posterior deliberação, a Comissão decidiu efectuar quatro recomendações.

As quatro recomendações da Figura 5 pretendem disponibilizar as estruturas e o contexto para que esses objectivos sejam possíveis. O aumento da literacia da saúde é essencial e tem de ser promovido de uma forma decisiva e em grande escala. Esse propó-

sito tem de ser apoiado pela disponibilização aos cidadãos da informação sobre a sua própria saúde, tal como consta dos registos oficiais. Ao mesmo tempo, tem de haver melhoria na informação, na transparência e na representação da população nos organismos de saúde.

Estas quatro recomendações ajudarão a criar um novo ambiente e uma nova cultura nos quais os cidadãos sejam “o centro do sistema de saúde”, conforme refere o Plano Nacional de Saúde, e onde possam ser “o centro de gestão das suas próprias vidas”, como sugere o Grupo de Trabalho 2.

Figura 5 • **Recomendações**

RECOMENDAÇÕES

- 5. LITERACIA DA SAÚDE.** Deverá haver um novo programa intersectorial do Governo para a educação e literacia da saúde que prepare, em termos práticos, os cidadãos para se manterem saudáveis e para, quando doentes, participarem na tomada de decisões. Este programa deverá ter grande visibilidade e ser liderado por um grupo de Embaixadores, incluindo personalidades dos meios de comunicação, em coordenação com os Ministérios da Saúde e da Educação.
- 6. PROPRIEDADE DA INFORMAÇÃO PESSOAL SOBRE SAÚDE.** Deverá ser dada elevada prioridade à plena implementação de um registo de saúde electrónico, como base essencial para um serviço integrado de alta qualidade que faculte aos cidadãos, em formato electrónico ou outro, toda a informação sobre a sua saúde.
- 7. ACESSO À INFORMAÇÃO.** Deverá haver uma fonte única de informação acreditada acessível a todos os cidadãos, eventualmente integrada no Portal da Saúde. Conterá informações sobre saúde, prevenção de doenças, serviços prestados e sua qualidade. As organizações de saúde deverão estar obrigadas a fornecer determinadas informações para esse fim e as entidades reguladoras deverão assegurar que os cidadãos têm acesso a elas.
- 8. REPRESENTAÇÃO.** O Ministério da Saúde deverá nomear não-profissionais para representar a perspectiva dos cidadãos e dos doentes perante os órgãos de gestão das instituições de saúde.

Referências

- ¹ Who Europe. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/governance-for-health-in-the-21st-century>.
- ² Hales, C. N., D. J. Barker (1992) «Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus: the thrifty phenotype hypothesis». *Diabetologia*, 35 (7): 595.
- ³ Taylor, J. P., et al. (2005) «Determinants of Health Eating in Children and Youth». *Canadian Journal of Public Health*, S3 v26:20.
- ⁴ Christie, B. (2014) «Harry Burns: the man who shifted Scotland's thinking on health». *BMJ*, 348:g2262.

- 5 Carers UK e University of Leeds (2011) *Valuing Carers 2011: Calculating the value of carers' support*.
- 6 Brindle, D. (2011) «Carers save the country £119bn a year». *The Guardian*, 12 de Maio de 2011.
- 7 OCDE (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care more*.
- 8 Espanha, R., et al. (2012). *Os Portugueses, a saúde e a internet*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- 9 Grupo de Trabalho 2, Comissão Gulbenkian: Um Futuro para a Saúde (2013) *Working Group 2: Citizens and Patients (2nd report)*, p. 18.
- 10 Dowrick, C. e A. Frances (2013) «Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit». *BMJ*, 347:f7140.
- 11 Eurobarómetro (2010) *Special Report on Mental Health*. Bruxelas: TNS Opinion and Social.
- 12 Goldacre, B. (2011) *Bad Science*. Londres: Fourth Estate.
- 13 Chantler, C. (1998) «Reviews». *BMJ*, 317 (7173): 1666.
- 14 Barros, P. P., S. R. Machado e J. Simões (2011) «Portugal: Health System Review». *Health Systems in Transition*, 13 (4): 1-156.
- 15 OCDE (2014) *OECD Better Life Index Portugal*: oecdbetterlifeindex.org/countries/portugal/
- 16 Pereira, A. M. (2012) «Measuring Poverty in Portugal: An Absolute Approach». Tese de mestrado, Lisboa, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- 17 Melo, A. (2009) «Is help really helping? Poverty in Portugal and the effectiveness of State intervention». Tese de mestrado em Economia, Lisboa, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- 18 Barros, P. P. e I. M. Pereira (2009) *Healthcare and Health Outcomes of Migrants: Evidence from Portugal*. *Human Development Research Paper 2009/28*, UNDP.
- 19 Pordata (2013) pordata.pt
- 20 Luís Campos, informação pessoal.
- 21 Nolte, E. e M. McKee (2008). «Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis». *Health Affairs*, 27(1): 58–71.
- 22 Almeida, J. M. (2009) «Portuguese National Mental Health Plan (2007-2016) Executive Summary». *Mental Health in Family Medicine*, 6 (4): 233-244.
- 23 Comissão Europeia (2014) *Indicators: Healthy Life Years*. ec.europa.eu/health/indicators/
- 24 Barreto, X. e J. P. Correia (em curso) *Infant Mortality Trends: An analysis of Portugal's leading position in infant mortality trends*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- 25 Hughes, C. e A. Stevens (2010) «What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?». *British Journal of Criminology*, 1014.
- 26 Conwell, L. J. e J. W. Cohen (2005) «Characteristics of people with high medical expenses in the U.S. civilian noninstitutionalized population, 2002». *Statistical Brief #73*. Março de 2005. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- 27 NHS Confederation (2013) *Tough times, tough choices: An overview of NHS finances*. Março de 2013. nhsconfed.org
- 28 Observatório Nacional da Diabetes (2013) *Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal*, pp. 53-54.
- 29 OCDE (2012) *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
- 30 Plano Nacional de Saúde 2012-2016. DGS. pns.dgs.pt/f
- 31 ENOPE (2014) *European Network for Patient Empowerment: About patient empowerment webpage*: enope.eu/patient-empowerment.aspx
- 32 Coulter, A. e J. Ellins (2007) «Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients». *British Medical Journal* 335:24-7.
- 33 Elwyn, G., et al. (2010) «Implementing shared decision making in the NHS». *BMJ*, 341:5146.
- 34 Hibbard JH, Greene J and Overton V (2013) Patients with lower activation associated with higher costs; delivery systems should know their patients' "scores". *Health Affairs*, 32(2): 216-22.

- 35 International Alliance of Patients' Organisations (2012) *Patient-centred healthcare indicators review*.
- 36 Hibbard, J. e J. Green (2013) «What the evidence shows about patient activation: Better health outcomes and care experiences; fewer data on cost». *Health Affairs*, 32(2)207-214.
- 37 Coulter, A. (2012) *Leadership for patient engagement*. The King's Fund.
- 38 NHS Inpatient Survey 2002-2012 (www.nhssurveys.org accessed 15/2/14)
- 39 Coulter, A. e J. Ellins (2006) *Patient focused interventions: A review of the evidence*. Health Foundation.
- 40 Fischer, M. e G. Ereaut (2012) *When doctors and patients talk: Making sense of the consultation*. Health Foundation.
- 41 Organização Mundial da Saúde (1997) *The World Health Report 1997*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- 42 Organização Mundial da Saúde Europa (1998) *Therapeutic Patient Education: Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases*. Genebra, Organização Mundial da Saúde Europa.
- 43 Organização Mundial da Saúde (2003) *Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action*. Genebra, OMS.
- 44 NHS Choices (2014) *NHS Choices website – The Expert Patient Programme*. nhs.uk/NHSEngland
- 45 Stanford Medical School (2014) *Chronic Disease Management Programme website* patient-education.stanford.edu
- 46 Rogers, A., et al. (2008) «The United Kingdom Expert Patients Programme: results and implications from a national evaluation». *Med J Aust*, 189 (10): 21.
- 47 The Health Foundation (2011) *Can patients be teachers? Involving patients and service users in healthcare professionals' education*.
- 48 Nielsen-Bohlman, L., A. M. Panzer e D. A. Kindig (2004) *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press, p. 345.
- 49 Williams, M. V., R. M. Parker e D. W. Baker (1995) «Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals». *JAMA*, 274(21):1677-82.
- 50 McCray, A. T. (2005) «Promoting Health Literacy». *J Am Med Inform Assoc*, 12:152-163.
- 51 Portal da Saúde (2014) portaldasaude.pt/portal
- 52 Organização Mundial da Saúde (2012) *Empowering patients*. euro.who.int
- 53 Salmon, P. e G. M. Hall (2004) «Patient empowerment or the emperor's new clothes?» *J R Soc Med*, 97(2):53-56.
- 54 Barnes, M. e V. Coelho (2009) «Social participation in health in Brazil and England: inclusion, representation and authority». *Health Expectations*, 12:226.
- 55 Entidade Reguladora da Saúde (2014). *Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do sns*. <https://www.ers.pt/pages/77>
- 56 Organização Mundial da Saúde (2002) *Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques*. European Sustainable Development and Health, Série: 4. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- 57 Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, publicada em *Diário da República* n.º 195, Série I, de 24.08.1990.
- 58 Organização Mundial da Saúde Europa (2012) *Governance for Health in the 21st Century*. Genebra, OMS Europa.
- 59 Transparency Initiative (2013) transparency-initiative.org/about/definitions.
- 60 Rogers, Everett M. (1962) *Diffusion of Innovations*. Glencoe: Free Press.

Contribuição dos diversos sectores da sociedade

3

As sociedades modernas promovem activamente estilos de vida pouco saudáveis e os ambientes modernos tornam também difícil a realização de escolhas saudáveis. São necessárias iniciativas de todos os sectores da sociedade para melhorar a saúde, assim como dos cidadãos, do Governo e das autarquias.

As sociedades “modernas” promovem activamente estilos de vida pouco saudáveis¹

Esta citação extraída de um relatório da OMS revela que há muito para mudar se pretendemos alcançar a nossa visão de uma sociedade promotora de saúde, que possibilite um ambiente gerador de saúde, ou “salutogénico”, e que promova e apoie estilos de vida saudáveis.

Este capítulo aborda as grandes alterações que é necessário realizar em todos os sectores da sociedade para obter ganhos significativos na saúde da população. Estas mudanças implicam abordagens transectoriais à saúde e constituem apenas uma parte das mudanças necessárias para a reforma do Estado social em Portugal.

SOCIEDADE SAUDÁVEL

Em sintonia com o entendimento do impacto dos diversos factores determinantes da saúde, uma sociedade saudável no futuro será aquela:

- Em que as zonas urbanas e todo o meio ambiente físico estejam concebidos para promover um modo de vida saudável; em que a alimentação saudável esteja disponível em toda a parte; e em que a poluição e a utilização do carbono sejam controladas e minimizadas.
- Em que os cidadãos compreendam os seus direitos e responsabilidades, e dêem o seu contributo às redes informais de cuidados para a família, amigos e vizinhos; e em que haja maior inclusão e menos exclusão e desigualdade.
- Em que as autarquias e os organismos do governo, as entidades privadas e as organizações de voluntariado trabalhem em conjunto para concretizar objectivos partilhados; em que os serviços e cuidados de saúde estejam integrados com outros serviços sociais e públicos; e em que os cidadãos contribuam para a gestão das organizações de saúde.

Trata-se de um futuro que, em grande medida, se inspira no passado, quando os líderes, por toda a Europa, construíram as suas versões do “Estado-providência” baseado na “solidariedade social”. É um futuro que está também muito ligado ao presente, em que a nível global se assiste a uma explosão de interesse e de criatividade pela construção de ambientes novos e saudáveis, reduzindo a poluição, praticando uma alimentação saudável e oferecendo aconselhamento sobre estilos de vida – e utilizando nesse processo a biotecnologia e as tecnologias de informação. Em países tão afastados como a China, os Emirados Árabes Unidos e os Estados Unidos, os governos e as organizações privadas estão a planear cidades e espaços residenciais saudáveis e sustentáveis.

Em Portugal, as cidades e comunidades saudáveis também suscitam muito interesse. A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis é uma associação de municípios cuja missão é apoiar a disseminação, implementação e desenvolvimento do projecto Cidades Saudáveis, em autarquias que desejem dar prioridade à promoção da saúde. A rede inclui actualmente 29 cidades em Portugal, abrangendo cerca de 25% da população do país.

O Projecto Cidades do Futuro pretende transformar o Porto num “laboratório vivo”, que irá rastrear na cidade os mais diversos tipos de actividade, através da utilização de tecnologias avançadas para a recolha de dados, utilizando plataformas móveis, tecnologias *wireless* e processamento de informação em grande escala. A iniciativa propiciará apoio à investigação em áreas como a sustentabilidade, a mobilidade, o planeamento urbano e a aplicação das tecnologias de informação e comunicação. Paralelamente, terá um valor inestimável para o sector da saúde, pois contribuirá para evidenciar de que forma o meio ambiente afecta os padrões de comportamento individual e colectivo, e para apoiar, no futuro, o desenvolvimento de ambientes que promovam a saúde.

PORTUGAL NA ACTUALIDADE

A realidade actual é mais problemática. Portugal é uma sociedade moderna sujeita a todas aquelas pressões que levaram o relatório da OMS a concluir que “*As sociedades modernas promovem activamente estilos de vida pouco saudáveis*”. Simplesmente, aquilo que se pretende afirmar é que tudo nas sociedades modernas – desde a fast food e os transportes motorizados, até ao entretenimento no domicílio e à concepção dos edifícios – se conjuga para encorajar uma vida sedentária. Por um lado, o acesso fácil ao álcool, aos alimentos açucarados e, até há pouco tempo, ao tabaco, significa que é demasiado fácil realizar escolhas que não são saudáveis nos nossos hábitos de consumo. Por outro lado, a reduzida literacia da saúde e as informações confusas e contraditórias dificultam a tomada de decisões sensatas sobre o que comemos e bebemos, a quantidade de exercício que fazemos, os medicamentos que consumimos e os conselhos a seguir no que respeita a tratamentos.¹ Algu-

(...) tudo nas sociedades modernas (...)
se conjuga para encorajar uma vida sedentária.

mas destas questões, tais como a literacia da saúde e o acesso à informação serão abordadas nas recomendações do último capítulo, mas outras há que exigem uma abordagem diferente.

Portugal tem também sido afectado pela crise económica, por elevadas taxas de desemprego e por fortes cortes na despesa pública. O Memorando de Entendimento entre o Governo português e a Troika (o comité tripartido constituído pela Comissão Europeia, pelo Banco Central Europeu e pelo Fundo Monetário Internacional), de Maio de 2011, incluía mais de 50 medidas e iniciativas que tiveram ou virão a ter provavelmente impacto nas disposições relativas à saúde. Obviamente, muitas mais o terão nos factores determinantes mais amplos da saúde.^{2,3,4}

O Governo teve de tomar decisões rápidas e a curto prazo e não teve o período de reflexão necessário para investir energia num planeamento a longo prazo. O risco desta situação é afectar o Estado-social e o contrato social que lhe estava implícito nas décadas de 70 e 80 por razões de curto prazo, sem oferecer qualquer alternativa credível. Este momento, em que o país entra num período mais favorável, é a altura certa para uma liderança ambiciosa repensar o sistema e criar um novo contrato social entre os cidadãos e o Estado.

Além disso, há indícios que a coesão social em Portugal surgida no seguimento da Revolução de 1974, acompanhada por uma onda de participação cívica,⁵ começou a desvanecer-se. Quando a sociedade portuguesa se transformou numa democracia, em meados de '70, muitas instituições públicas adoptaram sistemas para promover a participação e a consulta dos cidadãos.⁵ Estão ainda activas várias das instituições de solidariedade mais antigas de Portugal, incluindo as misericórdias, que vêm tendo um papel importante no sector da saúde. No entanto, nos últimos anos, parece verificar-se um declínio na coesão social e na participação em actividades voluntárias.^{6,7}

Numa sociedade coesa, os cidadãos têm um elevado nível de confiança nas suas instituições governamentais e na administração pública. Em Portugal, 43% das pessoas afirmam ter confiança nas instituições políticas, um nível mais baixo do que a média de 56% da OCDE. Um outro índice de confiança dos cidadãos no Governo é a participação nas eleições. Nas eleições nacionais mais recentes, em relação às quais existem dados disponíveis, a participação eleitoral em Portugal foi de 64% dos eleitores registados, contra os 73% da média da OCDE.⁶

Regista-se um sentimento de desilusão entre os sectores mais pobres da população, que consideram as camadas mais ricas da sociedade egoístas e elitistas. O Sistema Nacional de Integridade, recentemente criado, monitoriza e efectua campanhas contra a corrupção em Portugal e tem chamado a atenção para a utilização signifi-

cativa de favores pessoais (“cunhas”) para obter trabalho, promoções profissionais ou benefícios.⁸

À medida que a fase aguda da crise económica se atenua na Europa, é substituída por um aumento das desigualdades, com maiores diferenças entre os que têm empregos seguros e reformas – e um interesse participativo na sociedade – e aqueles que não os têm.⁹ Isto afecta particularmente os jovens em todo o continente europeu, que são atingidos por elevados níveis de desemprego. Em Portugal, muitos deixam o país, receosos quanto ao futuro. O país, com o envelhecimento da população e a baixa taxa de natalidade, não pode permitir-se sofrer este êxodo e precisa de oferecer aos jovens um futuro próspero e dinâmico.

Todos estes aspectos têm impacto na saúde individual, assim como na saúde e coesão da sociedade. Há cada vez mais indicadores de que o apoio social e a coesão da comunidade são benéficos para o nosso bem-estar, sob formas múltiplas e complexas. A frequência dos nossos contactos com os outros e a qualidade das nossas relações pessoais são factores determinantes e essenciais para a nossa saúde.¹⁰ A organização social local desempenha um papel fundamental na promoção de comportamentos saudáveis, como a actividade física, e funciona até certo ponto como um controlo social em relação a comportamentos, como é o caso do consumo de tabaco e do abuso do álcool.¹¹

REFORMULAR O SISTEMA – A CONTRIBUIÇÃO DA SAÚDE

Nenhuma destas tendências vai ser fácil de inverter. Há tendências globais que afectam todos os países desenvolvidos. A OCDE, num relatório recente sobre a reforma do Estado, com o objectivo de promover o crescimento em Portugal, faz recomendações para uma reformulação do sistema, incluindo o SNS.¹² O relatório considera o Estado o actor-chave para a criação de um ambiente que conduza a um maior crescimento e bem-estar em Portugal, o que inclui “*não apenas o papel do Estado na concepção, desenvolvimento, implementação e monitorização das reformas, mas também o seu papel enquanto regulador e prestador de serviços*”.

A saúde é apenas uma parte destas grandes mudanças sociais; mas poderá ter um relevante papel na criação de um futuro melhor. Todas as recomendações da Comissão são pensadas para contribuir para este objectivo social mais alargado. No último capítulo, a Comissão recomenda que se empoderem os cidadãos e os doentes, criando maior abertura e transparência. No presente capítulo, propõe-se uma acção centrada em iniciativas transversais a vários sectores, relacionadas com a saúde e outras áreas sociais, com mudanças na governação e com reforço da saúde pública. Nos capítulos seguintes, recomendar-se-á um empenhamento na melhoria da qualidade e na utilização do conhecimento científico e das novas tecnologias em todo o

seu potencial. Todas estas recomendações irão contribuir para criar uma sociedade diferente e mais inclusiva.

Portugal tem uma boa base de partida – tem, na generalidade, um padrão de vida e um clima invejáveis e uma forte herança cultural. Além disso, tem já experiência na abordagem de grandes questões sociais através da conjugação de recursos dos mais diversos sectores da sociedade para alcançar objectivos comuns.

Os três exemplos seguintes, dois deles de Portugal, demonstram que, no passado, foram tomadas decisões ousadas que trouxeram grandes benefícios. O primeiro é o conhecido sucesso do modo como Portugal reduziu a mortalidade materna e infantil ao longo dos anos, através de iniciativas em todos os sectores da sociedade. Os outros dois exemplos relacionam-se com a contribuição do sistema de cuidados de saúde para objectivos sociais partilhados e alargados, que vão muito além dos domínios da saúde e que trarão benefícios mais amplos a Portugal e à Escócia, respectivamente. Há algo a aprender com todos estes exemplos.

EXEMPLO PORTUGUÊS

Melhorias na mortalidade materna e infantil

Entre 1970 e 2008, Portugal alcançou uma extraordinária redução da taxa de mortalidade infantil (94%), maior do que qualquer outro país europeu, tendo actualmente um dos melhores desempenhos da Europa nesta matéria.

Um relatório da Fundação Francisco Manuel dos Santos¹³ apurou que os maiores impactos resultaram das grandes reformas dos cuidados de saúde materno-infantis propostos pela Comissão de Saúde Materno-Infantil (CSMNI) em 1989, que incluíram a reorganização e a modernização da rede prestadora de cuidados de saúde, e o estabelecimento de redes de referência regionais.

O relatório demonstra também que uma ampla gama de factores sócio-económicos se conjugaram para a melhoria significativa da esperança de vida da criança e da mãe, neles se incluindo os progressos na educação, a literacia e o emprego das mulheres; os investimentos governamentais crescentes na saúde;

a assistência qualificada durante e após o parto e os progressos no saneamento, nas condições de vida e na alimentação. Estas melhorias em toda a sociedade terão implicado um elevado grau de coordenação entre os sectores da saúde, educação, meio ambiente, habitação e outros, e provam que é possível praticar em Portugal abordagens transectoriais.

A CSMNI teve grande apoio político, mas trabalhou de forma autónoma e com liberdade para implementar as reformas. As mudanças foram bem planeadas e assentes em práticas baseadas na evidência científica, e foram comunicadas de forma clara ao público em geral. A avaliação, tanto da implementação da reforma, como dos seus resultados, foi um dos aspectos mais importantes do plano. Este sucesso demonstra que Portugal é capaz de concretizar mudanças a longo prazo, com boa liderança, boa comunicação e com a participação da população e dos profissionais de saúde.

A descriminalização do consumo de droga

Em Julho de 2001, Portugal adoptou uma lei que descriminalizou o consumo, posse e aquisição de todos os tipos de substâncias ilícitas para uso pessoal, definido como o abastecimento para dez dias da substância em causa. A posse continuou a ser proibida pela lei portuguesa e continuam a ser aplicadas sanções penais a quem cultiva, distribui ou trafica droga. Os principais aspectos das mudanças foram o fim das sanções penais para a posse de droga (anteriormente, os infractores sujeitavam-se a multas ou a uma pena de prisão que poderia ir até um ano), e a criação de um sistema de encaminhamento para as Comissões para a Dissuasão da Toxicoddependência (CDT), organismos regionais constituídos por assistentes sociais, assessores jurídicos e médicos.¹⁴ As CDT prevêem soluções direccionadas para os consumidores de droga, que incluem sanções, como a prática de serviço comunitário, multas, suspensão de alvarás profissionais e proibição de frequentar determinados locais. Mas o seu objectivo principal é dissuadir os novos consumidores e encorajar os toxicoddependentes a iniciar tratamento. Na prossecução deste objectivo, procuram distinguir entre os consumidores ocasionais e os toxicoddependentes, de forma a aplicar uma sanção adequada. Não são aplicadas multas a indivíduos considerados

toxicoddependentes. A estes, a CDT poderá recomendar que iniciem um tratamento ou um programa de reeducação em lugar de lhes ser imposta uma sanção.¹⁵

A lei fez parte de uma abordagem estratégica ao consumo de droga que visa centrar os recursos policiais nos indivíduos que lucram com o tráfico de droga, permitindo em simultâneo uma abordagem de saúde pública aos consumidores. Esta abordagem iniciou-se com um período de reflexão e debate que conduziu à adopção, em 1999, de uma Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, com ênfase nos princípios do humanismo, pragmatismo e do direito dos indivíduos que consomem drogas a receberem tratamento. A estratégia nacional conduziu directamente ao aumento das actividades de tratamento e prevenção em Portugal. Acredita-se que houve uma alteração dos padrões de consumo de drogas, com aumento de cannabis e redução de heroína. O aumento do consumo de cannabis é provavelmente menos ameaçador para a saúde pública do que os níveis de consumo de heroína registados anteriormente a 2001. A redução, desde 2001, de mortes e das infecções por vírus transmitidos pelo sangue nos toxicoddependentes sugerem que tem também havido progressos na abordagem deste problema de saúde pública.

O Early Years Collaborative da Escócia¹⁶

O Governo escocês tem a ambição de fazer da Escócia o melhor lugar do mundo para o crescimento na infância, através da redução das desigualdades para todos: os bebés, crianças, mães, pais e famílias em todo o país, assegurando que todas as crianças tenham o melhor início de vida e estejam preparadas para serem bem sucedidas. Envolvendo profissionais e cidadãos “comuns” de todos os sectores da sociedade - cuidados de saúde e assistência social, educação, polícia, voluntariado – que trabalham em colaboração, a Escócia pretende dar passos decisivos no sentido de uma sociedade futura mais saudável.

Os objectivos do Early Years Collaborative são:

- Alcançar melhorias visíveis nos resultados e reduzir as desigualdades entre as crianças vulneráveis da Escócia
- Levar a Escócia a enveredar por um caminho de mudança, alterando a prioridade dos serviços públicos no sentido da intervenção precoce e da prevenção, até 2016
- Manter estas mudanças até 2018 e para além desta data

Eis os objectivos centrais:

- Gravidez positiva: assegurar que as mulheres tenham uma gravidez bem sucedida que leve ao nascimento de bebés mais saudáveis, como é demonstrado por uma redução de 15% nas taxas de nados-mortos (de 4,9/1.000 nascimentos em 2010 para 4,3/1.000 nascimentos em 2015) e de mortalidade infantil (de 3,7/1.000 nados-vivos em 2010 para 3,1/1.000 nados-vivos em 2015)
- Avaliações todos os 27-30 meses: assegurar que 85% das crianças abrangidas por cada Parceria de Planeamento Comunitário atinjam todos os objectivos de desenvolvimento esperados no momento da respectiva avaliação de saúde (27-30 meses), até ao final de 2016
- Entrada bem sucedida na escola primária: assegurar que 90% de todas as crianças abrangidas por cada Parceria de Planeamento Comunitário alcancem todos os objectivos de desenvolvimento no momento em que iniciem a escola primária, no final de 2017.

OS FACTORES DETERMINANTES DA SAÚDE E O SEU IMPACTO EM PORTUGAL

A importância prática da adopção de uma abordagem transectorial à saúde é confirmada por estudos recentes que demonstram que os factores ambientais e sociais são determinantes fundamentais da saúde de um indivíduo e, a não ser em tempos de crise prolongada e aguda, podem ter um impacto maior do que os próprios cuidados de saúde. Esta nova compreensão contribuiu para que os decisores políticos abdicassem da utilização de um modelo puramente biomédico nos seus esforços para melhorar a saúde e prevenir a doença.

Tal como referimos no último capítulo, há uma vasta gama de factores no nosso ambiente social, económico e físico, assim como características e comportamentos

individuais, que determinam a nossa saúde e a saúde da população em geral. Factores físicos como a água potável e a qualidade do ar, os ambientes saudáveis de trabalho, as casas, as comunidades e as estradas seguras, contribuem para a boa saúde.¹⁷ Os benefícios do acesso a uma alimentação nutritiva e adequada, com padrões saudáveis, da higiene alimentar e de outras medidas sanitárias estão abundantemente comprovados.

Os interesses de mercado têm também um grande impacto na saúde. Alguns deles, associados a uma vida saudável, ao exercício físico e a uma boa alimentação, são muito benéficos. Contudo, os elevados níveis de açúcar nos alimentos e refrigerantes são especialmente nocivos e, no entanto, os alimentos e bebidas açucarados são fortemente publicitados em Portugal e em outros países. Investigações anteriores sugeriram que o elevado consumo de açúcar estava relacionado com a obesidade e a diabetes. Mas, há estudos muito recentes que demonstram uma relação directa e independente entre o açúcar e a diabetes.^{18,19} A OMS está actualmente a considerar o reforço das suas orientações sobre o consumo de açúcar tendentes a reduzir os níveis máximos recomendados. Esta é claramente uma área em que a intervenção e regulamentação por parte do Governo poderão ser necessárias como medidas promotoras da saúde.

Muito em especial nas últimas décadas, tem-se verificado uma aceitação crescente da importância que os factores sociais e interpessoais assumem na nossa saúde mental e física. A identificação e investigação destes factores tem sido mais complexa, mas o trabalho realizado pelo Professor Sir Michael Marmot e outros sobre os factores sociais determinantes da saúde demonstrou o papel importante que o stress, a satisfação no trabalho e a auto-estima têm no nosso bem-estar mental, emocional e também físico.^{20,21} Em cada país, existem diferenças consideráveis em matéria de saúde, que estão intimamente ligadas aos níveis de desigualdade social. A Comissão da OMS sobre os “Factores Sociais Determinantes da Saúde” concluiu que estas desigualdades evitáveis na saúde surgem devido às circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem, e aos sistemas desenhados para lidar com a doença.²² As condições nas quais as pessoas vivem e morrem são, por sua vez, moldadas por circunstâncias políticas, sociais e económicas.

Na conferência realizada na Fundação Calouste Gulbenkian, em Fevereiro de 2014, o então Director-Geral de Saúde da Escócia, Sir Harry Burns, analisou o trabalho do sociólogo da medicina Aaron Antonovsky sobre a “salutogénese”, uma abordagem centrada na relação entre a saúde, o stress e a forma de lidar com as situações novas.²³ Antonovsky referiu que a maioria das pessoas sente stress, mas nem todas experimentam uma reacção com impactos negativos para a saúde. Existem recursos para lidar com essas situações, tais como o apoio social e a auto-estima, que ajudam

Os benefícios do acesso a uma alimentação nutritiva e adequada, de padrões saudáveis, da higiene alimentar e de outras medidas sanitárias estão abundantemente comprovados.

os indivíduos a lidar com o stress. Mais importante ainda, existe um “sentido de coerência” (a convicção de que os acontecimentos da vida se sucedem de uma forma regular e previsível e temos competências, recursos e apoio para gerir a nossa vida; e de que o que acontece na vida tem motivos para nos interessarmos pelo que se passa à nossa volta), o que determina se o stress nos é ou não prejudicial.

Burns debateu a pertinência deste trabalho para a população da Escócia, demonstrando a relação que existe entre os níveis de cortisol (a hormona libertada durante o stress), o nível de emprego e o tempo passado em lares de acolhimento. Sugeriu que os níveis muito elevados de problemas de saúde, verificados em algumas zonas de Glasgow, poderiam estar relacionados com condições de trabalho e de vida que deterioraram as redes de apoio social e o investimento pessoal na profissão. Poderão estar a ocorrer processos semelhantes em Portugal e em outros países.

Os grandes ganhos na saúde em Portugal nos últimos 40 anos resultaram em parte dos progressos registados no conjunto da economia e da sociedade. Foram acompanhados por progressos significativos nos níveis de escolaridade e nas taxas de literacia: ambos se aproximam actualmente dos valores da média da OCDE, embora se tenha partido de uma base muito baixa. Os rendimentos subiram, tanto para os indivíduos como para o Estado no seu todo. As condições de habitação também registaram progressos, com mais portugueses a afirmarem que estão satisfeitos com a sua situação actual de alojamento e as condições de vida, um valor acima da média da OCDE.⁶

Embora em Portugal tenham sido realizados grandes progressos na educação e na literacia, quase 20% da população continua a viver perto ou abaixo do limiar da pobreza.²⁴ A pobreza é muito importante como factor determinante da saúde, e estes números destacam a importância da redução da pobreza em Portugal como um dos meios de melhorar a saúde da população.

As secções seguintes analisam a inter-relação entre as condições sociais e a saúde e a forma como aquelas afectam os diversos sectores da população.

AS CRIANÇAS E OS JOVENS

Como atrás se descreveu, registaram-se grandes progressos quanto à mortalidade infantil em Portugal; no entanto, o mesmo não se passou com a saúde das crianças em períodos mais tardios ou nos estudos sobre o seu bem-estar.²⁵ Os níveis de obesidade infantil estão entre os mais altos da Europa. Como nota positiva, o Ministério da Educação informou a Comissão de que um programa-piloto para o aumento da atividade física nas escolas de Oeiras teve, como resultado, não só um melhor desenvolvimento físico dos jovens como, também, o seu melhor desempenho escolar.²⁶ O Ministério informou ainda a Comissão de que as escolas registaram um aumento

significativo no número de crianças com problemas de saúde mental, incluindo problemas comportamentais, e chamou a atenção para o impacto, a vários níveis, do aumento da pobreza no desenvolvimento das crianças e jovens.

Os Ministérios da Educação e da Saúde estabeleceram um protocolo para a criação de uma plataforma nacional para a promoção de estilos de vida saudáveis e activos. Até ao momento, a iniciativa não parece ter sido accionada, mas a ideia proporciona uma base política útil para iniciativas conjuntas. A Comissão constatou também que existe em Portugal um programa - Escolas Saudáveis - que integra a maioria das escolas nacionais, e que estaria em curso uma nova recolha de dados em todas elas que irá disponibilizar informação para identificar áreas problemáticas no que respeita à saúde e ao bem-estar.

Nos grupos etários superiores existe, conforme foi já referido, uma preocupação generalizada entre os jovens quanto às suas perspectivas futuras, sobretudo no domínio do emprego. Nos últimos quatro anos, essas perspectivas deterioraram-se acentuadamente, com o aumento do desemprego e a precariedade contínua do mercado de trabalho.²⁷ Depois de ter atingido 38,6% em 2012, a taxa de desemprego entre os jovens é de 35%, segundo dados de Fevereiro de 2014 – em comparação com o nível de 22,9% da UE dos 28, e mais do dobro da média dos países da OCDE, que é de cerca de 16%.²⁸

Como resultado, cada vez mais jovens procuram trabalho no estrangeiro, com muitos deles a emigrar para o norte da Europa e um número mais reduzido para o Brasil e outros países lusófonos. É provável que esta tendência de emigração à procura de trabalho agrave problemas numa população em que o rácio do número das crianças menores de 14 anos, em relação à população activa, está em declínio acentuado.²⁹

Há indicação que as mulheres jovens estão cada vez mais a adiar a decisão de ter filhos devido às suas preocupações quanto à manutenção do emprego e à viabilidade financeira de constituir uma família. Muitas estão a optar por adiar esse projeto ou a desistir de ter filhos pelo receio de perderem o emprego ou de não conseguirem um novo trabalho após a gravidez. Este fenómeno é demonstrado pela idade cada vez mais avançada em que as mulheres portuguesas têm o primeiro filho, assim como pelo rápido declínio da taxa de natalidade. Em Junho de 2012 registaram-se apenas 6 439 nascimentos, menos 19% do que no mesmo mês no ano anterior, o que constitui o mais baixo registo mensal em mais de 60 anos.³⁰ Portugal teve um declínio acentuado da sua taxa de natalidade, que caiu cerca de 10% ao longo dos últimos dois anos e se situa atualmente em cerca de 90.000 nascimentos, abaixo dos 100.000 necessários para evitar desequilíbrios demográficos etários e decréscimo populacional.³¹ A taxa de fertilidade das mulheres portuguesas é atualmente de 1,32, um valor de entre os mais baixos do mundo.

A existência de uma população activa jovem e saudável é fundamental para o apoio à população envelhecida, tanto em termos de cuidados familiares como para sustentar um sistema fiscal que permita o financiamento da saúde e de outros serviços de apoio social.

OS IDOSOS

Em toda a Europa as pessoas estão a viver mais anos. No entanto, os benefícios da longevidade são limitados, para muitas pessoas, por o envelhecimento acarretar maior risco de isolamento social e de pobreza, o que limita o acesso a serviços sociais e de saúde de qualidade e que tenham custos comportáveis.³² Conforme se referiu no último capítulo, os homens e as mulheres portuguesas vivem longos períodos das suas vidas e, sobretudo nos últimos anos, com problemas de saúde e um certo nível de incapacidade. Em simultâneo, verifica-se um aumento percentual da população com 65 anos ou mais nas comunidades rurais, com 25% da população idosa a residir no interior.³³ Este facto implica uma maior probabilidade de isolamento e de acesso a serviços de proximidade.

É necessário desenvolver uma profunda reflexão e implementar políticas públicas transversais em diversos sectores do Governo para assegurar que as tendências positivas possam ser mantidas e que os benefícios de uma vida mais longa possam

chegar a todos, independentemente do local onde vivem e do grupo socioeconómico a que pertencem. O Governo investiu na promoção da saúde e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que tem como objectivo apoiar pessoas na comunidade e melhorar a autonomia e a interacção social dos idosos. No entanto, como se demonstra no Capítulo 7, que aborda as questões financeiras, Portugal gasta muito menos em cuidados de longo prazo (continuados) do que os outros países da Europa Ocidental e, no futuro, o investimento nesse tipo de cuidados deve constituir, sem dúvida, uma prioridade. Prevenir e adiar problemas de saúde na velhice será, tal como é defendido no Capítulo 7, uma prioridade reforçada para o futuro.

Os idosos não devem, obviamente, ser vistos como um fardo. O relatório da Fundação Calouste Gulbenkian sobre o envelhecimento e a coesão social³⁴ sublinhou que os idosos são frequentemente encarados como um grupo homogéneo, sendo estereotipados, de forma negativa, como beneficiários passivos de cuidados de saúde e de apoio individual. No entanto, os idosos têm uma multiplicidade de interesses e poderão continuar por muito tempo a ter vidas ativas, e a contribuir de forma importante para a sociedade. O Professor Bloom defendeu enfa-

(...) os benefícios da longevidade são limitados para muitas pessoas, por o envelhecimento acarretar maior risco de isolamento social e de pobreza, o que limita o acesso a serviços sociais e de saúde de qualidade e que tenham custos comportáveis.

ticamente que Portugal e outros países não deverão ser “vitimizados pelos nossos preconceitos em relação à velhice, abstendo-se de tomar medidas”.³⁵ Existem, como refere, muitos benefícios resultantes do facto notável que é manter tantas pessoas activas por tanto tempo – sendo um desses benefícios mais importantes a vantagem proporcionada pelo “grande capital social de que eles [os idosos] dispõem, incluindo sagesa, experiência, autoridade moral e liderança”.

OBESIDADE E INACTIVIDADE

A obesidade, uma alimentação desequilibrada e a ausência de actividade física são um problema de saúde mundial e em Portugal afectam todas as idades. A inactividade física está actualmente identificada como o quarto factor de risco para a mortalidade global.³⁶ Portugal tem um problema de obesidade acentuado, sobretudo nas crianças e nos adolescentes, que está a agravar-se rapidamente. As estimativas apontam para que as complicações associadas à obesidade são responsáveis por 10% dos custos em saúde.³⁷ As estatísticas são reveladoras:

- **Crianças** – Segundo o sistema de referência da OMS, a prevalência do peso excessivo e da obesidade são, respectivamente, de 37,9% e de 15,3% nas crianças entre os 6 e os 8 anos, na primeira recolha de dados em Portugal efectuada pela Iniciativa de Vigilância da Obesidade na Infância.³⁸
- **Adolescentes** – Portugal tem o maior nível, dos países da EU24,³⁹ de excesso de peso (incluindo obesidade) entre os jovens de 15 anos. Investigações recentes sobre a obesidade dos adolescentes portugueses indicam uma prevalência ainda maior de peso excessivo do que a registada nas estatísticas nacionais, com 36,6% das raparigas e 38,8% dos rapazes classificados como tendo excesso de peso ou obesidade.⁴⁰
- **Adultos** – Em 1996, 10,3% dos homens adultos portugueses e 11,4% das mulheres adultas tinham um índice de massa corporal (IMC) superior a 30 kg/m²;⁴¹ em 2006, esses valores tinham aumentado para 16% nos homens e para 16,9% nas mulheres, o que representou um acréscimo de 55,3% e 43,9%, respectivamente, num período de dez anos.

Existe um consenso geral de que as causas do crescimento dos níveis de obesidade são complexas e estão relacionadas com factores ambientais, de mercado, sociais, comportamentais e genéticos.³⁹ Na população portuguesa, especificamente, o aumento da obesidade está associado a tendências de consumo excessivo de produtos calóricos, com uma média de 3.747 calorias por pessoa em 2003, a que se associam baixas taxas de actividade física nos tempos livres.¹¹ Um outro estudo concluiu que

Portugal tem um problema de obesidade acentuado, sobretudo nas crianças e nos adolescentes, que está a agravar-se rapidamente.

os baixos níveis de atividade física, assim como os níveis de escolaridade dos pais, são factores determinantes da obesidade infantil e adolescente em Portugal.¹¹ No entanto, o factor mais importante continua a ser o elevado nível de consumo de certo tipo de alimentos, sobretudo o açúcar e os refrigerantes açucarados. Esta ingestão de alimentos de alto teor calórico não é contrabalançada por nenhuma quantidade de exercício físico.

A atividade física na infância e na adolescência tem benefícios múltiplos ao longo da vida. Na população portuguesa, apenas 36% dos inquiridos, com idades entre os 10 e os 11 anos, atingiu os 60 minutos de exercício físico diário recomendados, enquanto que, no que se refere aos adultos, cerca de 70% atingiu os 30 minutos recomendados.⁴² Em todas as faixas etárias, as mulheres e as raparigas fazem muito menos exercício físico do que os homens e os rapazes, o que indica haver uma grande necessidade de estabelecer políticas para incentivar o exercício naqueles grupos.

Em 2004 foi iniciado o Programa Nacional de Combate à Obesidade,⁴³ que tinha objectivos ambiciosos, nomeadamente: a identificação e a promoção de iniciativas transversais a outros sectores da sociedade, como a agricultura, o desporto, o meio ambiente, a educação, as autarquias locais e a segurança social, tendo vista melhorar a alimentação; o desenvolvimento de “ferramentas” electrónicas para apoiar o planeamento de refeições saudáveis e o estabelecimento de redes locais de monitorização das boas práticas de promoção de uma alimentação saudável. Até ao presente, ainda não foi realizada uma avaliação desta iniciativa, e parecem existir dificuldades na sua implementação, sobretudo no que respeita à colaboração entre sectores públicos e à obtenção de financiamento apropriado.

SAÚDE MENTAL E BEM-ESTAR

Num inquérito sobre bem-estar mental, 71% dos portugueses referiram ter, num dia “médio”, mais experiências positivas do que negativas, o que está abaixo do valor de 80% dos países da OCDE.⁶ Portugal tem o nível mais elevado de consumo de antidepressivos na UE, com uma prevalência de 15%, que é o dobro da média da EU.⁴⁴ Os portugueses são também relativamente mais propensos a procurar ajuda profissional para um problema psicológico ou emocional do que as restantes populações europeias. As taxas de suicídio têm aumentado desde 1995, embora permaneçam abaixo da média da EU.³⁹

Verificam-se também preocupações crescentes quanto aos impactos do desemprego e do stress na saúde mental. Apesar de estes afectarem tanto homens como

mulheres, os homens tendem a demonstrar uma maior tendência para a depressão e, geralmente, têm maior relutância em procurar a ajuda de profissionais, de amigos e da família. Há fortes indícios em toda a Europa de que os jovens de sexo masculino são um grupo de risco de suicídio, com taxas a aumentarem desde o início da crise económica.⁴⁵

DESIGUALDADES DE SAÚDE EM GRUPOS MINORITÁRIOS

Portugal tem elevados níveis de desigualdade social e económica, com disparidades significativas na saúde e no bem-estar entre as camadas mais ricas e mais pobres da população. Os relatórios estatísticos da ONU e da OCDE demonstram que Portugal tem o coeficiente mais elevado de desigualdade de distribuição de rendimentos na Europa (medido pelo coeficiente de Gini), o que sugere que se trata de uma das sociedades mais desiguais.⁴⁶ Calcula-se que os 20% mais ricos da população ganhem seis vezes mais do que aquilo que ganham os 20% mais pobres.

Apesar da escassez de dados demográficos fidedignos, os existentes indicam que, nos grupos mais vulneráveis incluem-se os idosos e as crianças em situação de pobreza, os pobres das zonas rurais, as minorias étnicas, os grupos de imigrantes e os desempregados de longa duração.⁴⁷ Estes grupos têm uma propensão bastante maior do que o resto da população para ter problemas de saúde quando atravessam períodos prolongados de pobreza, desemprego e exclusão social. Mais do que simplesmente centrar a atenção nos grupos excluídos, os processos de exclusão devem ser combatidos, sendo esta uma área importante para futuras investigações.

Há também alguns indicadores de que em Portugal as pessoas com incapacidades sofrem uma certa acumulação dos processos de exclusão, sobretudo no que diz respeito ao acesso e à forma de serem encarados pela sociedade em geral e pelas instituições públicas, como vítimas e não como cidadãos de pleno direito.⁴⁸

Portugal é muito avançado no que respeita aos direitos das lésbicas, dos homossexuais, dos bissexuais, dos transgéneros e dos intersexuais (LHBTI). Em 2007, o Código Penal foi modificado para igualar a idade núbil e criminalizar a violência doméstica nas relações entre pessoas do mesmo sexo, equiparando esta situação ao tratamento similar de casais heterossexuais; o casamento entre pessoas do mesmo sexo foi legalizado em 2010.⁴⁹

GÉNERO

Da mesma forma que existem diferenças biológicas entre os sexos, existem também diferenças sociais fundamentais na forma como as mulheres e os homens são considerados, e estas relações de género afectam a saúde a vários níveis.²¹ Portugal

tem demonstrado progressos muito positivos no combate à desigualdade de género. As raparigas têm melhor desempenho académico do que os rapazes: um inquérito de 2009 demonstra que 61,3% das mulheres entre os 20 e os 24 anos terminaram o ensino secundário, ao passo que apenas 50% dos homens o conseguiram,⁵⁰ havendo mais mulheres do que homens que obtêm um diploma universitário. No sistema político, apesar de continuar a haver muitos mais homens do que mulheres no parlamento, há aí uma representação de mulheres maior do que a média europeia. Nas eleições de 2011, as mulheres obtiveram 66 dos 230 lugares na Assembleia da República (28,7%). No entanto, em 2008, apenas 7 mulheres tinham funções executivas nas 20 maiores empresas cotadas na Bolsa Portuguesa (PSI-20), enquanto que havia 116 homens nessas funções (94%).⁵¹

A composição global de género do mercado de trabalho está a evoluir rapidamente, constatando-se aí, primeira vez, mais mulheres do que homens. Apesar disso, há registo generalizado de discriminação no que respeita aos salários.⁵² Portugal tem uma diferença salarial entre géneros acentuadamente maior do que outros países europeus.⁵³

Apesar dos níveis de esperança de vida em Portugal (82,6 para as mulheres e 76,5 para os homens) se aproximarem das médias da OCDE, Portugal tem indicadores comparativamente baixos de anos de vida saudável (56 para as mulheres e 59 para os homens) e tem a maior diferença entre os géneros a favor dos homens, o que

significa que as mulheres portuguesas vivem um período consideravelmente maior com problemas de saúde.³⁹ Um estudo sobre disparidades de género na saúde demonstrou que as mulheres em Portugal tinham maior tendência para assumir que se consideram menos saudáveis, com maior prevalência de hipertensão, dor crónica, cancro e depressão.⁵⁴

A “falta de tempo” é uma barreira específica das mulheres, no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, especialmente para aquelas que trabalham muitas horas, tanto no emprego como em casa. Muitas têm pouco tempo livre para cuidar de si próprias, para fazer check-ups ou exames de rastreio, ou para ampliar os seus conhecimentos sobre questões de saúde.

Os centros de saúde funcionam mais de manhã, altura do dia em que muitas mulheres estão provavelmente a trabalhar. Quase sempre há necessidade de várias consultas mesmo para exames de rotina como uma colpocitologia. Muitas mulheres não têm, assim, acesso facilitado a exames de rastreio os quais poderiam melhorar a deteção e as taxas de intervenção precoce em diferentes patologias.

As principais preocupações no que respeita à saúde dos homens são os níveis relativamente elevados de consumo de álcool e os problemas de saúde e mortali-

Muitas (mulheres) têm pouco tempo livre para cuidar de si próprias, para fazer *check-ups* ou exames de rastreio, ou para ampliar os seus conhecimentos sobre questões de saúde.

dade conexos, tendo por comparação outros países da OCDE.³⁹ Em muitos países da Europa, incluindo Portugal, a mortalidade provocada por acidentes de viação é a principal causa de morte de crianças e jovens, e sobretudo dos adultos do sexo masculino.

DIFERENÇAS REGIONAIS

Como pano de fundo de todas estas outras questões, existem em Portugal diferenças significativas de riqueza e de indicadores de saúde entre as áreas metropolitanas em redor de Lisboa e do Porto e as regiões do interior. Muitos dos residentes nas zonas rurais continuam a viver numa relativa pobreza e podem ter de percorrer grandes distâncias para ter acesso a serviços de saúde de qualidade,⁵⁵ sofrendo de forma desproporcionada as consequências dessa má acessibilidade. Isto verifica-se especialmente no sul (Alentejo), onde se regista uma percentagem muito elevada de famílias numa situação de pobreza extrema.⁴⁷ No entanto, há dados insuficientes sobre os resultados em saúde nestas áreas, o que torna difícil orientar adequadamente as políticas.

ABORDAGENS POLÍTICAS

Uma grande parte das políticas internacionais e nacionais de saúde é actualmente formulada em função do entendimento sobre os factores determinantes da saúde e a necessidade de dar prioridade à promoção da saúde e à prevenção das doenças. Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016⁵⁶ baseia-se nestas premissas e assim como o plano da OMS para 2020;⁵⁷ muitas políticas globais defendem estas abordagens. As estratégias Portuguesa e Europeia incluem referências a abordagens à saúde enquanto “ciclo da vida” e no espírito “saúde em todas as políticas”.

A análise europeia da OMS sobre os factores sociais determinantes²¹ considerou o modelo do “ciclo da vida” como a melhor forma de planear iniciativas em relação aos factores sociais determinantes da saúde, de forma a proteger as gerações atuais e futuras em relação à sua saúde, a promover o seu bem-estar e a reduzir as desigualdades no acesso a cuidados. É uma abordagem que procura ir ao encontro das necessidades dos cidadãos em diferentes fases da vida e criar um pacote de medidas inclusivas: desde bons serviços de saúde reprodutiva e serviços para cuidados na primeira infância, passando pela melhoria dos ambientes de trabalho, até à disponibilização de oportunidades para o exercício físico e as actividades sociais numa fase mais tardia da vida. É um modelo inclusivo, que encoraja a colaboração de um amplo espectro de partes interessadas, abrangendo as especialidades médicas e as ciências sociais e da saúde, cidadãos, académicos e decisores políticos.

(...) a promoção da saúde está cada vez mais associada à sustentabilidade, pois “em muitos casos, as melhores escolhas para a saúde são também as melhores escolhas para o planeta”.

A “Saúde em Todas as Políticas” refere-se à inclusão ou internalização da saúde em outras políticas, que moldam ou influenciam os seus factores sociais determinantes, como é o caso da educação, habitação, transportes, meio ambiente, etc.⁵⁸ O objectivo é integrar a análise da saúde, do bem-estar e da equidade no desenvolvimento, implementação e avaliação das políticas, o que na prática “exige uma nova forma de governação em que se desenvolve uma liderança conjunta no interior do

governo, transversal a todos os sectores e em todos os níveis de actuação política”.⁵⁹

No contexto europeu, esta prática transformou-se numa abordagem de “co-benefícios”, através da qual diferentes sectores beneficiam mutuamente com as políticas respectivas, o que encoraja uma maior colaboração intersectorial e conduz a progressos em toda a sociedade.⁶⁰ Esta perspectiva social global deverá também ir além das instituições governamentais nos seus esforços de colaboração, apoiando iniciativas para a coesão a nível local, encorajando o desenvolvimento de parcerias com a sociedade civil.²¹

Segundo Ilona Kickbusch, a promoção da saúde está cada vez mais associada à sustentabilidade, pois “em muitos casos, as melhores escolhas para a saúde são também as melhores escolhas para o planeta; e as escolhas mais éticas e benéficas para o ambiente são também boas para a saúde”.⁶¹ Com demasiada frequência, a sustentabilidade e a saúde são abordadas em debates e espaços políticos separados. É necessário um maior esforço para interligar estas duas vertentes, de modo a assegurar que os seus objectivos normativos e estratégicos se apoiem mutuamente.

A Declaração de Adelaide,⁵⁹ em 2010, sobre Saúde em Todas as Políticas, dá-nos uma perspectiva global clara sobre esta abordagem:

“Dado que, na resposta aos desafios que se põem às políticas públicas, a boa saúde é um catalisador fundamental e a saúde precária constitui um obstáculo, é necessário que o sector da saúde se articule sistematicamente com todas as áreas de governo e outros sectores da sociedade para enfrentar as dimensões de saúde e bem-estar das actividades neles desenvolvidas. O sector da saúde poderá apoiar outras áreas da governação, contribuindo de forma ativa para as suas políticas de desenvolvimento e para a prossecução dos seus objectivos. Para que seja possível tirar todo o proveito da saúde e do bem-estar, é necessário que os governos institucionalizem processos que valorizam a resolução transversal dos problemas e corrijam os desequilíbrios. Incluem-se aqui a mobilização de lideranças, autoridade, incentivos, compromissos orçamentais e mecanismos sustentáveis

que apoiem a cooperação entre os organismos governamentais no sentido de se alcançarem soluções integradas”.

O conceito foi já introduzido pela Direcção-Geral da Saúde portuguesa no seu relatório de 2007.⁶³ No entanto, os autores sublinharam as dificuldades com que Portugal se confronta nesta área, destacando que a cultura e as tradições político-administrativas não facilitam a promoção da colaboração intersectorial e que as estruturas de gestão do sistema de saúde estão muito fragmentadas.⁶²

IMPLEMENTAÇÃO

Nos últimos anos têm sido desenvolvidas em Portugal políticas sobre os factores determinantes da saúde, mas a sua implementação tem vindo a arrastar-se. Começam a surgir, em muitos países, exemplos de iniciativas transversais com alguma dimensão, bem como orientações sobre o modo de lhes conferir eficácia.⁶³ A legislação e as políticas fiscais poderão ter um papel significativo, por exemplo, reduzindo o consumo do tabaco e aumentando os impostos sobre os produtos pouco saudáveis. Estas políticas poderão ser aprofundadas, tanto para prevenir problemas de saúde como para aumentar receitas – tal como é sugerido no Capítulo 7.

Existem algumas questões muito práticas que dificultam a implementação das iniciativas transversais. Há dificuldade em estabelecer prioridades e orçamentos e em atribuir responsabilidades, e frequentemente surgem problemas de “território” ou pelouro e de “amor-próprio” que têm de ser subsumidos num programa partilhado. O Grupo de Trabalho 1 sublinhou esses problemas ao descrever a dificuldade de: “formulação de políticas construtivas (...) pois apesar de terem sido redigidos vários documentos oficiais sobre a importância da integração dos factores sociais determinantes da saúde e da equidade nas políticas públicas, na prática isso ainda não se verifica”.

O Grupo de Trabalho 1 referiu, no entanto, a existência de algumas iniciativas promissoras nas “comissões interministeriais para questões relevantes de saúde como a literacia, o ambiente, o consumo de tabaco, as radiações (...) avaliações-piloto sobre os impactos na saúde (...)” e escreveu que “algumas redes importantes para este processo estão já desenvolvidas”.⁶⁴

A Comissão considera que as autarquias têm aqui um papel a desempenhar, muito mais alargado do que é tradicional. As comunidades locais são o lugar natural para congregar todos os domínios de actuação das políticas públicas, da educação aos transportes, do desenvolvimento económico à saúde. Municípios de dimensões diferentes têm meios e competências diferentes, mas todos têm um papel a desempenhar. Alguns já o fazem, como é demonstrado nos exemplos seguintes.

Em algumas regiões da Europa Ocidental há muito que a saúde pública é uma competência do poder local. Em alguns países, como a Suécia, a responsabilidade pelos serviços de saúde pertence quase exclusivamente às autoridades locais. A Inglaterra adoptou agora uma nova política através da qual são criados Conselhos de Saúde e Bem-Estar, que funcionam como comités oficiais de nível superior junto das autoridades locais. Foram conferidos novos poderes às autoridades locais, com novos orçamentos, para trabalhar em parceria com o NHS-UK local e com outros parceiros. Mesmo sem beneficiar de poderes e de financiamento adicionais, alguns municípios em Portugal são muito activos na promoção de melhorias no quadro das competências de que dispõem.

UMA GOVERNAÇÃO PARA A SAÚDE

Uma das formas de acelerar o trabalho intersectorial é congregar os representantes dos diversos sectores em estruturas de governação. A Comissão, baseando-se numa proposta do Grupo de Trabalho 1 sobre Serviços de Saúde e Saúde Pública, recomendou a criação, no primeiro capítulo deste relatório, de um Conselho Nacional de Saúde, que seria uma aliança de toda a sociedade. Esta aliança poderia tutelar e construir a visão para o futuro, ter uma perspectiva de conjunto do sistema e funcionar como consultor para as políticas que se integram nessa visão. Este organismo seria representativo dos cidadãos e de todos os sectores da sociedade, politicamente independente e responsável perante a Assembleia da República, o Ministério da Saúde e a sociedade em geral.

Este tipo de estrutura ou aliança de governação é também necessária a nível municipal. A forma exata como isto se concretizaria variaria de região para região, conforme as condições. A Comissão sublinhou que as autarquias realizam já encontros regulares com o “sector social”, que inclui a educação, os serviços de apoio social, a habitação e outros, com o objectivo de planear e executar programas conjuntos.

O SNS e as organizações de saúde não têm por hábito trabalhar em conjunto; no entanto, isso traria benefícios óbvios. Existem muito bons exemplos de autarquias com iniciativas importantes na área da saúde, que trazem grandes benefícios para as suas populações, como é demonstrado pelos dois exemplos mostrados na página seguinte.

Apesar de estas propostas estarem apenas a ser desenvolvidas a nível municipal, os princípios de envolvimento intersectorial e de alianças aplicam-se a todas as instituições de saúde e de cuidados de saúde. A Comissão sugere que estas instituições analisem a forma como poderão trabalhar melhor com parceiros de outros sectores e tenham em conta a eventual necessidade de novas parcerias, estruturas de governação e procedimentos.

EXEMPLOS PORTUGUESES

Concelho de Oeiras – “Mexa-se Mais”

O Concelho de Oeiras, perto de Lisboa, promove actividades desportivas de forma tanto oficial como informal, e grandes eventos que chegam a mobilizar 100 000 pessoas para actividades de lazer, caminhadas, corrida, actividades pedestres – com o lema “Mexa-se Mais!”.

O objectivo do projecto é tornar a população de Oeiras mais activa, intensificando todas as formas de actividade física e desportiva. Os órgãos autárquicos realizam este projeto, informando os cidadãos sobre a importância de um estilo de vida activo, que promove o exercício e a actividade física regulares com a consequente melhoria do bem-estar e da qualidade de vida. Procuram ainda empoderar os cidadãos em relação às decisões sobre o programa, motivando-os para uma utilização eficaz dos espaços disponíveis. Trata-se de um programa pioneiro, que constitui um exemplo, a nível nacional e internacional, de uma boa prática, que se apoia em evidência científica na área da promoção da saúde



e do exercício físico. Um exemplo é o programa de “Actividades de Ar Livre”, dirigido a toda a família, que encoraja as actividades físicas em grupo, em locais de interesse histórico e cultural do Concelho de Oeiras. Um outro exemplo é o programa dirigido à população idosa com o objectivo de promover o envelhecimento activo através do exercício físico regular, incluindo musculação, aulas de ginástica e de natação.

Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis – Gabinete de Promoção da Saúde, Miranda do Corvo

A Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis é uma associação de municípios cuja missão é apoiar a disseminação, a implementação e o desenvolvimento de Cidades Saudáveis. Fundada em 1997, a rede tem como objectivo apoiar e promover o desenvolvimento de estratégias locais para a promoção de estilos de vida saudáveis, e encoraja a cooperação e a comunicação entre autarquias.

O Concelho de Miranda do Corvo criou um “Gabinete de Promoção da Saúde” para promover todos os aspectos de saúde física, mental e social dos jovens.

O objectivo é promover o desenvolvimento de uma relação de proximidade entre a comunidade pedagógica e o Centro de Saúde fomentando comportamentos saudáveis. As áreas prioritárias de intervenção incluem a saúde mental, a saúde oral, a segurança, a prevenção de acidentes e a saúde sexual e reprodutiva, sendo o público-alvo as crianças em idade escolar. O projecto promove que os jovens se reúnam para aceder a informação e para conselhos sobre alimentação e actividades físicas.

A SOCIEDADE CIVIL E AS ORGANIZAÇÕES DE VOLUNTARIADO

A importância da existência de uma sociedade civil forte e de redes informais de cuidados de saúde é destacada tanto no presente capítulo como no último. Essas redes têm, potencialmente, grande impacto em termos de coesão social e sustentabilidade de todo o sistema de saúde.

Os mecanismos atuais das organizações de saúde para a mobilização e o apoio a estas entidades assumem formas muito variadas de local para local. Algumas, como a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, têm tido muita visibilidade e estão bem articuladas com o SNS, enquanto outras atuam de forma totalmente autónoma em relação aos serviços e cuidados de saúde públicos. A Comissão considera que, para maximizar os benefícios, o Ministério da Saúde deverá trabalhar com as autarquias e as organizações de saúde para encontrar melhores formas de promover, apoiar e mobilizar essas organizações em todos os níveis do sistema dos cuidados de saúde.

SAÚDE PÚBLICA

Esta abordagem exige um serviço de saúde pública muito reforçado, com as competências e a compreensão necessárias para obter o maior impacto possível na saúde dos cidadãos.

O Grupo de Trabalho 1 defendeu o reforço da saúde pública no quadro da estratégia de saúde da OMS para a Região da Europa, designado Saúde 2020.⁶⁵ Esta estratégia adoptou a definição de saúde pública proposta por Acheson:

*“Saúde pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde através dos esforços organizados da sociedade”.*⁶⁶

Neste contexto, as atividades fundamentais da Saúde Pública na área da prestação de serviços foram identificadas como sendo:

- A protecção da saúde, incluindo a saúde ambiental, ocupacional, a segurança dos alimentos e entre outros.
- A promoção da saúde, incluindo medidas dirigidas aos factores sociais determinantes da saúde e às desigualdades na saúde.
- A prevenção das doenças, incluindo a sua detecção precoce.

Além disso, é necessário um conjunto de iniciativas no sentido de reunir informações que apoiem estas actividades: vigilância da saúde das populações; preparação para a monitorização da resposta; avaliações de saúde informativas; governação;

profissionais da Saúde Pública em número adequado; financiamento; comunicação e investigação.

A Comissão ouviu muitos comentários sobre a debilidade actual do sistema português de saúde pública. Apesar da existência de algumas instituições e personalidades reconhecidas, o sistema é visto de forma fragmentada, geralmente com deficiente qualidade e sem recursos suficientes. Assim, o Grupo de Trabalho 1 recomendou a realização de uma análise exaustiva das capacidades actuais, antes de serem tomadas decisões sobre o seu reforço. Este tipo de processo tem sido realizado noutros países da Europa por razões semelhantes. O exemplo que se segue mostra a forma como a Noruega reforçou o seu sistema de saúde pública através de nova legislação e novos recursos e competências. Dada a importância da saúde pública para outras áreas da governação, assim como para a saúde em geral, a Comissão considera que deverá iniciar-se um processo alargado de reforço da saúde pública, o que implicará alguns recursos adicionais, mas também irá exigir mudanças na organização e reorientação de alguns profissionais e de recursos existentes.

EXEMPLO INTERNACIONAL

Instituto Norueguês de Saúde Pública

O Instituto Norueguês de Saúde Pública [INSP] é uma entidade dinamizadora da saúde, da qualidade de vida e da protecção jurídica da população. A investigação nacional e internacional e os projectos conjuntos de vigilância da saúde das populações proporcionam-lhe informação valiosa sobre os factores que afectam a saúde pública e a forma como esta poderá ser melhorada. O INSP colabora também nas questões de saúde global com a OMS, a UE, o EEE [Espaço Económico Europeu], instituições congéneres, universidades e autoridades de saúde em países de baixo e médio desenvolvimento. O INSP está directamente subordinado ao Ministério da Saúde e Cuidados de Saúde, juntamente com a Direcção Norueguesa de Saúde, o Conselho Norueguês de Supervisão da Saúde e a Agência Norueguesa de Medicamentos.

A visão desta instituição é muito simples – uma população mais saudável. A sua finalidade é prevenir as doenças. Os seus principais objectivos são:

- estar preparado para as ameaças graves à saúde
- assessorar e prestar serviços que melhorem a saúde pública
- ter uma perspectiva sobre a saúde da população e sobre os factores que influenciam a saúde pública
- obter informação sobre as causas das doenças mais comuns e sobre o que proporciona às pessoas melhor saúde

O INSP baseia as suas recomendações e prestação de serviços na investigação e na vigilância da saúde das populações. O seu trabalho baseia-se nos seguintes valores fundamentais: profissionalismo, fiabilidade, inovação, abertura e respeito.

INFORMAÇÃO E DADOS ESTATÍSTICOS PARA O PLANEAMENTO E ANÁLISE DE POLÍTICAS

O Grupo de Trabalho 1 também defendeu que:

“Precisamos de informação e de dados estatísticos mais fiáveis sobre a sociedade portuguesa e sobre a população, e de análises multidisciplinares das causas complexas dos problemas de saúde abordados neste trabalho. A ausência de dados estatísticos demográficos dificulta a adaptação de modelos políticos normalizados que funcionem no ambiente português. Existem várias bases de dados geridas por decisores políticos, administradores e profissionais de saúde, mas não estão integradas e não são inter-operáveis⁶². É também necessário que os profissionais de saúde e outros especialistas da área da saúde trabalhem em maior proximidade com os seus colegas das áreas das ciências sociais, economia e políticas públicas, no sentido de melhorar a saúde em toda a sociedade, de molde a utilizar na sua plenitude o saber-fazer existente em Portugal “.

Esta é uma matéria recorrente ao longo do relatório. Foi também considerada uma questão relevante na avaliação do sistema de saúde realizada em 2010 pela OMS. O relatório de avaliação afirmava:

“No decurso desta avaliação de desempenho, foi identificada uma série de lacunas de informação sobre saúde que poderão limitar a capacidade de desenvolvimento, análise e monitorização da eficácia das opções políticas, bem como dificultar a formulação de uma avaliação de desempenho em algumas áreas importantes. É também necessário dispor de um bom sistema de informação sobre saúde para facilitar a transparência e a responsabilização no interior do sistema. A título de exemplo, existem poucos dados estatísticos sobre as medidas de segurança e a qualidade dos cuidados de saúde. É também difícil avaliar e monitorizar o grau de desigualdades socioeconómicas na saúde e no acesso a cuidados de saúde”.

É necessário resolver este problema de fundo melhorando sistemas, bem como através de maior abertura e transparência.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os argumentos a favor de iniciativas intersectoriais para melhorar o sistema de saúde e alcançar outros objectivos sociais são convincentes. Poderão contribuir para uma reconfiguração do Estado social em Portugal e para a criação de uma maior coesão e inclusão sociais.

Esta evolução faz parte de um movimento global. A nível mundial, verifica-se já o desenvolvimento de cidades e locais de trabalho saudáveis, escolas saudáveis, alimentação saudável e, em alguns sectores da população, boas condições para o exercício físico. É agora preciso que tal se faça numa escala muito maior, para que venha a ter um impacto significativo na saúde da população.

O presente capítulo inspirou-se fortemente nas deliberações do Grupo de Trabalho 1 e nas contribuições de muitas partes interessadas. No seguimento dos debates com o Grupo e de deliberações subsequentes, a Comissão decidiu efetuar 3 recomendações nesta área, que se destinam a criar a liderança, o saber pericial e as competências necessárias para as mudanças.

Figura 1 • **Recomendações**

RECOMENDAÇÕES

9. **AUTARQUIAS.** As autarquias, algumas das quais desempenham papéis de liderança no bem-estar das populações que representam, devem incluir a saúde e as organizações de saúde nas suas parcerias locais de assistência social e apoiar o trabalho e o planeamento intersectoriais.
10. **SOCIEDADE CIVIL.** As autarquias, as organizações de saúde, as organizações do mercado e os ministérios adequados devem trabalhar em conjunto para encontrar melhores formas de promover, apoiar e envolver no sistema de saúde e de prestação de cuidados, as organizações de voluntariado e as redes informais de cuidadores.
11. **SAÚDE PÚBLICA.** O Governo, os ministérios em causa, o SNS e as instituições e associações de saúde pública devem trabalhar em conjunto para reforçar a intervenção da saúde pública a todos os níveis e em todo o sistema de saúde. Informação e competências em saúde pública devem ser fortalecidas na formação e qualificação de todos os profissionais de saúde. Poderão ser necessários novos modelos e enquadramentos legislativos em Saúde Pública para alcançar esse propósito.

Referências

- ¹ WHOEurope (2013) Health Literacy: The Solid Facts. Geneva: World Health Organization.
- ² Portugal (2011) *Portugal – Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality*, 17 de Maio de 2011. Disponível em: ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf
- ³ Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2012) *Relatório de Primavera 2012: Crise & Saúde - Um país em sofrimento*. OPSS.
- ⁴ Oxfam (2013) *The True Cost of Austerity and Inequality: Portugal Case Study*. oxfam.org
- ⁵ Pinto, A. C. (2011) *Contemporary Portugal: Politics, Society and Culture*. 2.^a edição. Nova Iorque: Columbia University Press.
- ⁶ OCDE (2014) *OECD Better Life Index Portugal*: oecdbetterlifeindex.org/countries/portugal/
- ⁷ Tervonen-Gonçalves, L. e J. Lehto (2004) «Transfer of Health for All Policy – What, how and in which direction? A two-case study». *Health Research Policy and Systems*, 2 (8).
- ⁸ *Sistema Nacional de Integridade* (2013) integridade.transparencia.pt
- ⁹ Hoorens, S., et al. (2014) *An analysis of global societal trends to 2030 and their impact on the EU*. RAND Europe.
- ¹⁰ Stansfeld, S. A. (2009) «Social support and social cohesion». In *Social Determinants of Health*, coord. M. Marmot e R. Wilkinson, Oxford: OUP.
- ¹¹ Santana, P., et al. (2009) «The link between local environment and obesity: A multilevel analysis in the Lisbon Metropolitan Area, Portugal». *Social Science and Medicine*, 68: 601-608.
- ¹² OCDE (2013) *Portugal: Reforming the State to Promote Growth*. Better Policies Series, OECD.
- ¹³ Fundação Francisco Manuel dos Santos (2011) *A Mortalidade Infantil em Portugal no período 1988 a 2008: Evolução dos indicadores e factores associados*.
- ¹⁴ Hughes, C. e A. Stevens (2007) *The Effects of Decriminalisation of Drug Use in Portugal*. The Beckley Foundation. beckleyfoundation.org
- ¹⁵ Moreira, M., F. Trigueiros e C. Antunes (2007) «The evaluation of the Portuguese drug policy 1999-2004: the process and the impact on the new policy». *Drugs and Alcohol Today*, 7(2).
- ¹⁶ Governo da Escócia (2014) *Early Years Collaborative*. scotland.gov.uk
- ¹⁷ Organização Mundial da Saúde (2014) *World Health Organization: The determinants of health website*. who.int/hia/evidence/doh/en/
- ¹⁸ Weeratunga, P., et al. (2014) «Per capita sugar consumption and prevalence of diabetes mellitus – global and regional associations». *BMC Public Health*, 14:186.
- ¹⁹ Basu, S., P. Yoffe, N. Hills e R. H. Lustig (2013) «The Relationship of Sugar to Population-Level Diabetes Prevalence: An Econometric Analysis of Repeated Cross-Sectional Data». *PLoS ONE*, 8(2): e57873.
- ²⁰ Marmot, M. (2005) «Social determinants of health inequalities». *Lancet*, 365:1099.
- ²¹ Marmot, M., et al. (2012) «WHO European Review of social determinants of health and the health divide». *Lancet*, 380: 1011.
- ²² Commission on the Social Determinants of Health (2008) *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- ²³ Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress and Coping*. São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- ²⁴ Eurostat (2012) *Eurostat News Release: At risk of poverty or social exclusion in the EU27*. epp.eurostat.ec.europa.eu

- 25 UNICEF Innocenti Research Centre (2012) «Measuring Child Poverty: New league tables
of child poverty in the world's rich countries». *Innocenti Report Card 10*. Itália: UNICEF
Innocenti Research Centre.
- 26 Sardinha, L. B., A. Marques, S. Martins, A. Palmeira e C. Minderico (aguarda publicação)
Fitness, Fatness, and Academic Performance in Seventh-Grade Elementary School Students.
27 Social Europe Journal (2012) *The Challenges of Youth Unemployment in Portugal Against
Recession and Austerity Policies*. social-europe.eu
- 28 OCDE (2014) *OECD Skills: Portugal*. skills.oecd.org
- 29 Banco Mundial (2012) *World Bank: Age Dependency Ratio*. ata.worldbank.org
- 30 CIA *The World Factbook: Birth rate (2013)*. cia.gov/library/publications/the-world-
-factbook/
- 31 Direcção-Geral da Saúde, Portugal (2012) *Main Health Indicators for Portugal*. dgs.pt
- 32 Organização Mundial da Saúde Europa (2013) *WHO Europe: Healthy Aging*. Genebra: Orga-
nização Mundial da Saúde.
- 33 Direcção-Geral da Saúde, Portugal (2007) *Health in Portugal 2007*. Lisboa: DGS.
- 34 Fundação Calouste Gulbenkian (2012) *Aging and Social Cohesion Programme: Lessons
learnt and consultation on future work*.
- 35 Bloom, D. E. *The Health and Wealth of Portugal*; Acta Med Port 2013 Julho-Agosto; 26(4):303-
-311.
- 36 Organização Mundial da Saúde (2010) *Global recommendations on physical activity for
health*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- 37 Pereira, J. e C. Mateus (2003) «Custos indirectos associados à obesidade em Portugal». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 3: 65-80.
- 38 Rito, A., et al. (2012) «Prevalence of obesity among Portuguese children (6-8 years old) using
three definition criteria: COSI Portugal, 2008». *Pediatric Obesity*, 7(6): 413-22.
- 39 OCDE (2012) *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing.
- 40 Valente, H., et al. (2010) «Sugar-sweetened beverage intake and overweight in children from
a Mediterranean country». *Public Health Nutrition*, 14 (1): 127-132.
- 41 OCDE (2006) *Health data 2006*. Paris: OECD.
- 42 Baptista, F., et al. (2012) «Prevalence of the Portuguese Population Attaining Sufficient
Physical Activity». *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 44(3): 466-73.
- 43 Plataforma contra a Obesidade (2013) plataformacontraaobesidade.dgs.pt
- 44 Eurobarómetro (2010) *Special Report on Mental Health*. Bruxelas: TNS Opinion and Social.
- 45 De Vogli, et al. (2013) «Strong evidence that the economic crisis caused a rise in suicides in
Europe: the need for social protection». *J Epi Community Health*, 67(4): 298.
- 46 PNUD (2011) *United Nations Income Gini Coefficient Index*. data.undp.org
- 47 Santana, P. (2002) «Poverty, social exclusion and health in Portugal». *Social Science and
Medicine*, 55: 33-45.
- 48 Fontes, F. (2008) «Early current approaches to disability in Portugal: a brief overview». In
Disability Studies: emerging insights and perspectives, coord. T. Campbell, et al., Leeds: The
Disability Press: 77-92.
- 49 Governo de Portugal (2010) *Lei n.º 9/2010 de 31 de Maio* - Permite o casamento civil entre
pessoas do mesmo sexo.
- 50 Comissão Europeia (2009) *Gender pay gap: Portugal fact sheet*. ec.europa.eu/justice/
gender-equality/
- 51 Queiroz, M. (2008) *Portugal: Women executives still a rarity*. Inter Press Service. ipsnews.net
- 52 Bastos, A., G. L. Fernandes e J. Passos (2004) «Estimation of Gender Wage Discrimination in
the Portuguese Labour Market». *Notas Económicas* 19: 35-48.
- 53 Comissão Europeia (2011) *Female labour market participation*. ec.europa.eu/europe2020/

- 54 Perelman, J., et al. (2012) «Gender disparities in health and healthcare: results from the Portuguese National Health Interview Survey». *Cadernos de Saúde Pública*, 28(12): 2339-2348.
- 55 Barros, P. P., S. R. Machado SR e J. Simões (2011) «Portugal: Health System Review». *Health Systems in Transition*, 13 (4): 1-156.
- 56 *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Alto Comissariado da Saúde de Portugal. pns.dgs.pt
- 57 Organização Mundial da Saúde (2013) *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and wellbeing*. Genebra, Organização Mundial da Saúde.
- 58 McQueen, D. V., et al. (2012) *Intersectoral Governance for Health in All Policies: Structures, actions and experiences*. WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- 59 Organização Mundial da Saúde e Governo da Austrália Meridional (2010) *Adelaide Statement on Health in All Policies*. who.int/social_determinants/
- 60 Organização Mundial da Saúde (2011) *Policy briefings: health co-benefits of climate change mitigation*. Organização Mundial da Saúde, Genebra.
- 61 Kickbusch, I. (2010) *The Food System: a prism of present and future challenges for health promotion and sustainable development*. Health Promotion Switzerland.
- 62 Asensio, M. e E. Mendez (2011) «Inter-sectoral Health Policy in Portugal: Competition, Cooperation and Control». Comunicação apresentada na 19.ª Conferência Internacional Health Promoting Hospitals and Health Services, Turku, Finlândia, 1-3 Junho de 2011.
- 63 Kickbusch, I. e T. Behrendt (2013) *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- 64 Grupo de Trabalho 2, Comissão Gulbenkian: Um Futuro para a Saúde (2013) *Working Group 2: Citizens and Patients (2nd report)*. (parágrafos 41-43)
- 65 Organização Mundial da Saúde (2012) *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde.
- 66 Acheson, E. D. (1988) *Public Health in England. Report of the Committee of Enquiry into the Future Development of the Public Health Function*. Londres: HMSO.

A procura
permanente
de melhoria
da qualidade
e da aplicação
do conhecimento
e da tecnologia



Tratamentos em tempo apropriado, serviços com qualidade elevada e práticas baseadas nas evidências científicas beneficiam os doentes – e, além disso, reduzem o desperdício e a despesa. A tónica deve colocar-se na melhoria contínua da qualidade, aplicando-se, de forma sistemática, a evidência de práticas comprovadas, sempre e em todos os domínios. Portugal deve posicionar-se para tirar a maior vantagem dos progressos futuros da ciência e da tecnologia.

PORTUGAL DEVE POSICIONAR-SE PARA TIRAR A MAIOR VANTAGEM DOS PROGRESSOS FUTUROS DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA

A qualidade dos cuidados de saúde, a segurança do doente e a necessidade de assegurar que os tratamentos são baseados nos conhecimentos mais actualizados são questões-chave, tanto para os profissionais de saúde como para os doentes. A cada ano que passa, os avanços da ciência e da tecnologia biomédicas proporcionam novas oportunidades de melhoria dos cuidados e serviços de saúde. Ao mesmo tempo, a compreensão dos métodos para melhorar essa qualidade tem resultado em grandes progressos nos cuidados prestados e, nomeadamente, na identificação dos tratamentos e tecnologias mais eficazes e apropriados.

A Comissão não procurou antecipar os progressos que poderão vir a ser realizados nos próximos 25 anos; no presente, concentra-se, antes, na forma como Portugal poderá posicionar-se melhor para tirar a maior vantagem dos avanços que a ciência e a tecnologia trarão. Para isso, propõe as quatro estratégias seguintes:

- Assegurar que em todo o sistema de saúde se adopta a abordagem da melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e de garantir que os novos progressos científicos e tecnológicos são sistematicamente integrados e implementados de forma generalizada.
- Criar um novo serviço público – SNS-Evidência – para assegurar que as novas tecnologias e terapêuticas serão correctamente avaliadas e que as evidências científicas estarão sempre disponíveis em todo o sistema e a qualquer momento, tanto para os profissionais como para os cidadãos.

- Implementar na totalidade o Registo de Saúde Electrónico como base essencial de um serviço integrado e de alta qualidade, e articulá-lo a aplicações que veiculem o fluxo da informação e o acesso às evidências científicas.
- Desenvolver uma colaboração eficaz entre o SNS, a comunidade científica e a indústria da saúde

Estas quatro vertentes são abordadas sucessivamente neste capítulo.

QUALIDADE

Nos últimos anos, houve um desenvolvimento significativo nas metodologias de melhoria contínua da qualidade, bem como na sua aplicação à saúde em geral e aos cuidados de saúde. Este desenvolvimento melhora a qualidade, mas a Comissão está convicta de que poderá também desempenhar um papel fundamental na implementação bem sucedida de políticas e na utilização das evidências científicas no interior do sistema. A questão crítica é que dispor de uma boa política ou de boas evidências não significa, necessariamente, conseguir a sua implementação na prática.

A implementação exige clareza de objectivos, responsabilização, avaliação, compreensão de como funciona o sistema e uma metodologia partilhada. A abordagem da qualidade e da sua melhoria proporciona todos estes componentes.

No que respeita à qualidade em geral, Portugal tem sólidos alicerces sobre os quais construir. Tem formação e práticas profissionais no domínio da qualidade e muito foi feito nestes últimos anos para avaliar e para melhorar a qualidade e a segurança do doente e para aplicar directrizes adequadas. No entanto, a compatibilidade da informação é reduzida, as avaliações são realizadas de forma diferente de área para área, as novas tecnologias e terapias não são avaliadas de um modo sistemático e as práticas variam muito entre os médicos, as instituições e as regiões, sem que haja uma compreensão ou explicação para tal.

Os teóricos da qualidade, como Joseph Juran, estabelecem a distinção entre “controlo de qualidade” (o nível em que um produto ou serviço específico corresponde a determinada norma), “melhoria de qualidade” (processos e métodos de gestão através dos quais o funcionamento de um produto ou serviço melhora ao longo do tempo), e “planeamento da qualidade” (métodos através dos quais os novos produtos ou serviços são descobertos ou inventados, e introduzidos de forma segura e eficaz). Os três aspectos

(...) Portugal tem sólidos alicerces sobre os quais construir. Tem formação e práticas profissionais no domínio da qualidade e muito foi feito nestes últimos anos para avaliar e para melhorar a qualidade e a segurança do doente e para aplicar directrizes adequadas.

são importantes para quem é o foco dos serviços prestados (os “clientes”) e todos têm de ser acompanhados por um sistema global de gestão da qualidade.

Aquilo que relaciona o controlo da qualidade, a melhoria e o planeamento é uma noção unificada da natureza da própria “qualidade”. De um modo simplificado, “qualidade” é, na perspectiva moderna, “o grau em que um produto ou serviço corresponde ou excede os requisitos das pessoas a quem se dirige – os clientes. No mundo dos negócios, as organizações têm sucesso quando fornecem valor aos clientes, e insucesso se não o fizerem. No último quarto de século, os cuidados de saúde em todo o mundo começaram a adoptar este conceito de qualidade, que tem vindo paulatinamente a substituir os conceitos anteriores, centrados nos profissionais, conceitos segundo os quais, nas palavras do sociólogo Eliot Friedson, “*as profissões são grupos de trabalho que se outorgam o direito de definir a qualidade do seu trabalho*”.¹ Esta transição (da perspectiva da qualidade centrada nos profissionais para a qualidade centrada nos consumidores) é um desafio que ainda não foi concluído, mas que é cada vez mais aceite como oferecendo maiores benefícios aos doentes e à sociedade em geral. Este é um tema-chave que está presente em todo este relatório.

Em termos globais, a história dos cuidados de saúde regista resultados de qualidade que não são uniformes. Por um lado, houve notáveis progressos nos resultados em saúde, com melhorias marcadas na duração e na qualidade da vida. Por outro lado, há falhas perturbadoras na segurança dos doentes, nos cuidados centrados no doente, e na confiança nos cuidados de saúde e nos seus resultados. Como afirmou o Grupo de Trabalho 1:

*“Foi com grande surpresa que as sociedades modernas constataram que, frequentemente, os sistemas de saúde não prestam cuidados de saúde com a qualidade desejada.”*²

As estatísticas sobre a segurança dos doentes começaram por se tornar um motivo de preocupação a nível mundial, quando, no início da década de ‘90, se descobriu que o “peso” de doenças e de mortes resultantes de erros médicos (os chamados “acontecimentos adversos” preveníveis) era surpreendentemente elevado. Apesar de haver uma atenção muito maior em relação à segurança dos doentes, as estimativas indicam que, a nível mundial, um em cada dez doentes (e mesmo segundo algumas delas, um em cada três) sofre danos físicos evitáveis quando é submetido a cuidados de saúde em contexto hospitalar, mesmo em unidades bem financiadas e que dispõem de tecnologia avançada. Esse “peso” deverá ser ainda maior em contextos de poucos recursos.³

Em 2004, a OMS lançou um programa de segurança do doente, sublinhando a importância desta como uma questão universal dos cuidados de saúde.³ A segurança do doente ou a “*isenção de danos acidentais*” em contexto de cuidados de saúde⁴ é

frequentemente, hoje em dia, o objectivo principal dos programas de melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, como tem sido o caso em Portugal. A nível mundial, as campanhas têm-se centrado na utilização de mensagens simples mas muito eficazes, em programas para melhorar a higiene das mãos, e em promover a utilização de listas de verificação para assegurar que as cirurgias se realizam com segurança. Grande parte destes progressos tem-se baseado em conhecimentos recolhidos em metodologias de segurança e em práticas que foram desenvolvidas originalmente fora do âmbito dos cuidados de saúde, sobretudo em indústrias e atividades de risco elevado.

Os doentes identificam este problema. Mas, se por um lado, há inquéritos de 2011⁵ que mostram o seu reconhecimento, com mais de metade (57%) dos inquiridos que visitaram recentemente um hospital a afirmar-se satisfeitos com a qualidade dos cuidados de saúde prestados, por outro lado, as queixas e reclamações estão a aumentar.⁶

A melhoria da qualidade exige uma actuação generalizada em todo o sistema. Implica quer a clareza quanto aos objectivos a atingir, quer o domínio dos métodos para os conseguir. O Grupo de Trabalho 1 ilustrou-o desta forma:

“Deverão ser identificadas as situações prioritárias e desenvolvidas estratégias, objectivos e planos de acção de forma a conseguir melhorias substanciais em todas elas. Para colocar em prática estas prioridades, recomenda-se um conjunto de iniciativas: as práticas devem basear-se nas evidências científicas e os cuidados de saúde devem ser coordenados em função das necessidades dos doentes; a qualidade e a execução devem ser medidas e avaliadas e as informações comunicadas aos prestadores de cuidados de saúde de maneira simples; as tecnologias da informação e os mecanismos de pagamento devem apoiar e não dificultar estes esforços.

Pelo menos algumas das estruturas e processos de funcionamento dos profissionais de saúde e das organizações deverão ser modificados. Quatro áreas estão identificadas: a aplicação das evidências científicas à prestação de cuidados de saúde; a utilização das tecnologias da informação; o alinhamento das políticas de remuneração com a melhoria da qualidade e a preparação dos profissionais.”²

Este relatório abordará todas estas questões no presente Capítulo e nos seguintes.

Os métodos modernos de melhoria de qualidade têm sido até agora vastamente aplicados aos serviços e aos cuidados de saúde, mas não tanto a áreas como a promoção e a protecção da saúde. No entanto, os princípios de melhoria aqui descritos, que são provenientes de outros sectores, podem ser aplicados a qualquer actividade. Estes princípios devem ser compreendidos e amplamente utilizados por todo o sis-

Deverão ser identificadas as situações prioritárias e desenvolvidas estratégias, objectivos e planos de acção de forma a conseguir melhorias substanciais em todas elas.

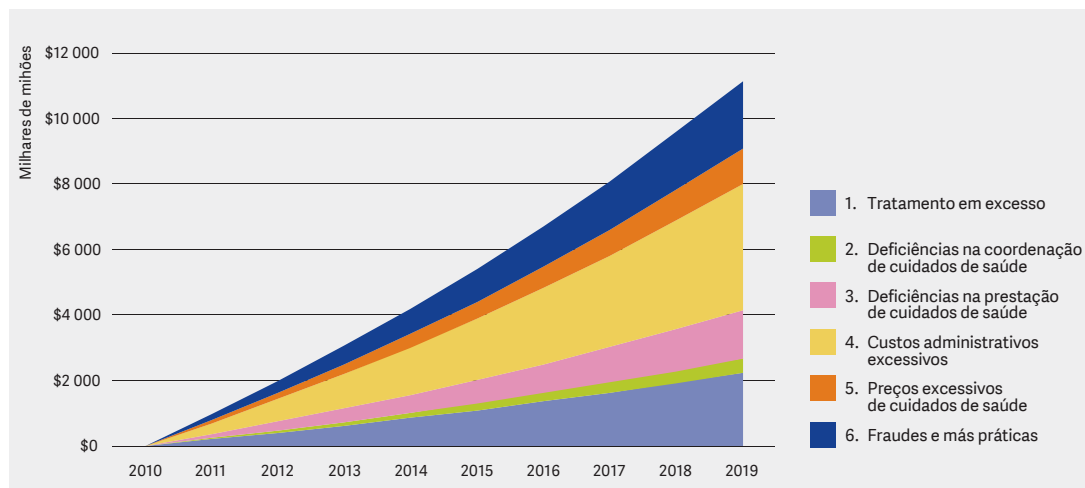
tema de saúde e por outros sectores com ele relacionados. Deverão ser também parte integrante de todo o reforço da saúde pública descrito no Capítulo 3.

OS CUSTOS DA QUALIDADE DEFICIENTE

A deficiente qualidade dos cuidados de saúde não é apenas má para os doentes, já que é também muito cara. Por exemplo, análises ou tratamentos que não foram realizados com boa qualidade na primeira vez têm de ser repetidos. Fazer os utentes esperar para serem atendidos tem custos financeiros elevados e pode provocar maior sofrimento e exigir cuidados de saúde adicionais por problemas agudos poderem tornar-se crónicos. A má coordenação entre profissionais de saúde origina despesa. Os doentes que desenvolvem escaras ou infecções hospitalares receberam possivelmente cuidados de saúde de qualidade deficiente e requerem mais meios do SNS do que os doentes que são corretamente tratados. Estes exemplos demonstram que melhorar a qualidade não corresponde automaticamente a um aumento de custos. Em muitos casos, a melhor qualidade reduz esses mesmos custos. O Professor Noriaki Kano elaborou uma classificação útil para identificar três tipos de melhoria:

1. Reduzir deficiências. Entre os exemplos de deficiências nos cuidados de saúde incluem-se as infecções adquiridas durante a sua prestação, as complicações resultantes da medicação, os incidentes cirúrgicos e os longos tempos de espera.
2. Reduzir o custo de produção, mantendo ou melhorando os resultados e a experiência do doente. Nos cuidados de saúde, isto equivale a evitar análises duplicadas, reduzir os tratamentos desnecessários, e eliminar a complexidade administrativa e o número de documentos escritos. Incluem-se ainda a reformulação dos serviços para maior utilização da tecnologia, a alteração dos modelos de gestão dos recursos humanos e a maior utilização de cuidados ambulatoriais e na comunidade.
3. Acrescentar uma nova característica ou um novo produto ou serviço. Nos cuidados de saúde são exemplos as novas terapêuticas, as inovações nos testes e análises para diagnóstico e os novos serviços.

Os dois primeiros tipos de qualidade reduzem geralmente os custos – frequentemente através da eliminação de desperdícios – enquanto o terceiro quase sempre faz aumentar os custos. Na maioria dos sectores, procura-se assegurar que os custos do terceiro tipo sejam cobertos pelas poupanças realizadas nos dois primeiros. Parece haver muitas oportunidades para isso ocorrer nos cuidados de saúde. Um estudo proveniente dos EUA sugere que 30-40% da despesa nacional em cuidados de saúde constitui desperdício, conforme pode constatar-se na Figura 1. Isto representa despesa acumulada no valor de cerca de 11 milhares de milhões de dólares entre 2010 e 2019.

Figura 1 • Desperdícios no sistema de saúde dos EUA⁷

Desperdício Teórico do Sistema de Cuidados de Saúde dos EUA (Desperdício Agregado 2011-2019)

Este estudo identificou seis categorias de desperdício. Ainda não houve uma investigação semelhante para os cuidados de saúde em Portugal, mas a experiência poderá sugerir que há muito desperdício a ser eliminado, pelo menos nas três primeiras categorias: tratamentos em excesso, deficiências na coordenação e deficiências na prestação de cuidados de saúde.

Em muitos aspectos, a reunião dos conceitos da redução de custos e da melhoria de qualidade atingiu a sua expressão máxima no chamado “Processo de produção da Toyota” ou “produção otimizada”. Lançada pela Toyota na segunda metade do século XX, a produção otimizada orienta a gestão, o conhecimento e o esforço dos trabalhadores, o planeamento e a concepção em conjunto, para a eliminação permanente do desperdício em todas as fases do processo de produção. Nesta perspectiva, “desperdício” abrange todo um conjunto de actividades e investimentos que não acrescentam valor à experiência do cliente. Os exemplos incluem má gestão de *stocks*, espaço não utilizado, sucata, atrasos, ideias dos profissionais que não foram utilizadas, excesso de produção (manufatura de produtos que as pessoas não querem nem necessitam), duplicação, barreiras administrativas, entre outros. Actualmente, em muitas indústrias, a estrutura da sua sobrevivência depende de uma redução agressiva e permanente de todas as actividades que não acrescentam valor à produção.

Na década passada, um número crescente de organizações de cuidados de saúde com visão de futuro descobriu, adaptou e utilizou métodos de “produção otimizada” com o objectivo de reduzir custos, melhorando simultaneamente os cuidados de

saúde, por vezes com resultados notáveis. Nesses exemplos incluem-se a Organização de Saúde de Denver, o Centro Médico de Virginia Mason e o ThedaCare, nos EUA e as suas histórias foram relatadas como estudos de caso.⁸ A adopção generalizada das metodologias de “produção otimizada” e dos respectivos métodos de gestão poderiam resultar numa poupança de grande escala nos recursos, em Portugal tal como noutros países.

MELHORIA DA QUALIDADE

A melhoria da qualidade na saúde transformou-se numa “ciência” e num conjunto de procedimentos sistemáticos, sobretudo através da ação do Institute for Healthcare Improvement (IHI), que adaptou e desenvolveu ensinamentos adquiridos em outros sectores, aplicando-os aos cuidados de saúde. Quatro princípios fundamentais ficam aqui registados:

1. A “qualidade” é sempre multidimensional e não é um parâmetro único.

A clareza acerca das suas dimensões pode contribuir para orientar o controlo, a melhoria e o planeamento eficazes. O Grupo de Trabalho 1 propôs que Portugal adoptasse as seis dimensões do processo da qualidade propostas pelo Institute of Medicine em 2001:

- a. Segurança – Evitar danos aos doentes causados pelos cuidados de saúde.
- b. Eficácia – Alinhar os cuidados de saúde pelo melhor da ciência médica.
- c. Foco no doente – Adaptar os cuidados de saúde às necessidades, recursos, valores e conhecimentos para cada doente individual e cuidador.
- d. Atendimento atempado – Evitar atrasos desnecessários para doentes e clínicos.
- e. Eficiência – Reduzir desperdícios em todas as suas formas.
- f. Equidade – Eliminar desigualdades raciais, étnicas e outras nas condições e cuidados de saúde.

2. Estabelecer objectivos ambiciosos para a melhoria. A melhoria é acelerada quando os dirigentes definem objectivos claros, mensuráveis e ambiciosos. Nos cuidados de saúde, estes objectivos poderão ser a redução das readmissões ao hospital, a redução de erros de medicação, ou a redução das escaras ou das infecções hospitalares. A situação à partida e os métodos de avaliação devem ser claros, objectivos, transparentes e fiáveis.

3. Encarar a produção como um sistema. A qualidade é sempre o resultado de uma série de factores causais diferentes e interactivos. A procura da excelência exige que se preste atenção a essas dinâmicas de sistema e, obviamente, às mudanças no sistema. As companhias aéreas atingiram elevados níveis de

segurança, verificando e tornando a verificar as áreas problemáticas – “*portas em manual e verificação cruzada*”; este procedimento de prioridade à segurança geralmente não se verifica nos cuidados de saúde. Ocorrem problemas porque o sistema não foi formatado para os evitar. Nas palavras utilizadas com frequência pelo IHI: “*Cada sistema é perfeitamente concebido para alcançar os resultados que obtém*”. Quem desejar novos resultados deve procurar um novo sistema.

- 4. Todos as melhorias são mudanças – embora nem todas as mudanças sejam melhorias.** O sucesso das melhorias sustentáveis exige mudanças adequadas aos diferentes níveis dentro de um sistema de saúde; desde a consulta do doente até aos processos de organização e às políticas nacionais. Uma determinada melhoria que uma equipa clínica pretenda realizar nos cuidados a prestar a um certo doente, por exemplo tratá-lo no seu domicílio e não no hospital, pode não ser eficaz, a menos que os modelos de organização e os meios financeiros sejam também alterados para permitir que tal aconteça. Da mesma forma, não valerá a pena iniciar uma nova política nacional se não ocorrerem mudanças conexas nos procedimentos dos profissionais de saúde e das organizações, a nível local.

Donald Berwick descreveu a necessidade de coordenação de esforços em todo o sistema como uma “Cadeia de Causa e Efeito” funcionando a quatro níveis – na experiência do doente, no interior do próprio serviço, no interior da organização de cuidados de saúde e no interior do ambiente de cuidados de saúde em sentido lato, incluindo todos os elementos de financiamento, regulação, acreditação, educação e política social.⁹

METODOLOGIAS DE MELHORIA

O controlo de qualidade, a melhoria e o planeamento modernos assentam num vasto leque de bases científicas colhidas na estatística, na engenharia operacional, na psicologia humana e organizacional e noutras disciplinas. Destas ciências, emergem técnicas eficazes que podem ser utilizadas pelas organizações, incluindo as instituições de cuidados de saúde, a fim de obterem progressos no seu desempenho ao incrementarem e difundirem melhorias, quer no seu interior, quer no relacionamento entre si. O que é comum a todas estas abordagens modernas é o facto de a melhoria já se não apoiar, como antes ocorria, na observância e na fiscalização de normas, mas sim na aprendizagem contínua, na generalização do conhecimento, e na participação dos profissionais envolvidos.

Eis alguns exemplos de métodos modernos:

Figura 2 · O modelo da melhoria¹²



- O “**modelo de melhoria**” que se pode ver na Figura 2 orienta as pessoas através de quatro passos (três perguntas e um teste) que devem ser seguidos para a melhoria de um determinado processo:
 - › Definir um objectivo de melhoria (“O que pretendemos conseguir?”)
 - › Estabelecer medidas (que podem ser quantitativas ou descritivas) (“Como poderemos saber se uma mudança é uma melhoria?”)
 - › Identificar uma mudança de sistema que valha a pena testar (“Que mudança podemos introduzir de forma a produzir uma melhoria na perspectiva do cliente?”)
 - › Testar a mudança a uma escala reduzida e informativa. (Utilizando o ciclo designado *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) para aprender com o teste.)

Estes quatro passos de ensaio e aprendizagem são actualmente, sob diversas formas, quase universais nas abordagens modernas da melhoria em qualquer sector. Confrontados com um problema, como por exemplo a necessidade

de melhorar os cuidados aos doentes que chegam a uma Unidade de Emergência e Trauma na sequência de um ataque cardíaco, os profissionais directamente envolvidos são solicitados para *planear* as modificações que possam ser úteis, para as implementar com rapidez (*executar*), para *estudar* o que acontece, e para *actuar* em conformidade com base no que apreenderam. A evidência clínica sobre os passos a dar pode ser muito clara; esta abordagem permite implementá-los eficazmente no ambiente de trabalho. Este ciclo de aprendizagem pode ser repetido vezes sem conta, de forma a que a confiança e as competências aumentem com o passar do tempo e à medida que cada mudança é aperfeiçoada e adaptada.

Este ciclo pode ser utilizado regularmente, a todos os níveis de uma organização, de forma a tornar-se num “Sistema de Aprendizagem de Cuidados de Saúde” capaz de alcançar melhoria contínua.^{10,11}

- **A abordagem “Breakthrough Series Collaborative”** para aprendizagem partilhada: iniciada pelo Institute for Healthcare Improvement em meados dos anos 90, estabelece projectos de cooperação entre organizações que estejam a procurar melhorar o mesmo processo ou processos semelhantes, produtos, ou serviços. Trabalhando em conjunto e em permanente contacto, pode-se aprender mais depressa e partilhar informação. (O mote

para a “Breakthrough Series Collaborative” é “Tudo Ensinar – Tudo Aprender”).¹³ Esta abordagem é hoje utilizada em todo o mundo para alcançar uma melhoria acelerada. O exemplo que se segue demonstra a forma como foi usada em Inglaterra para melhorar os cuidados de saúde a doentes com ataque cardíaco.

- **A abordagem “Improvement Campaign”:** também iniciada pelo IHI no início dos anos 2000, procura ampliar a escala da melhoria de cooperação, apoiando uma arquitectura potenciada de comunicação, de apoio social, de apoio no terreno e de avaliação, que associa literalmente milhares de organizações ou indivíduos num esforço intensivo e partilhado. O exemplo que se segue descreve o primeiro destes projetos do IHI, a “Campanha das 100 000 Vidas”. Esta Campanha procurou, em 18 meses, mobilizar 3 000 hospitais dos EUA para adoptarem seis práticas destinadas à segurança dos doentes, baseadas em evidência científica, com o objectivo de reduzir em 100 000 o número de óbitos nesses hospitais durante aquele período de tempo. Outras campanhas de melhoria foram desde então adoptadas e adaptadas em numerosos países, incluindo a Suécia, o Japão, a Dinamarca, a Escócia, a Nova Zelândia, o País de Gales. Ver o terceiro exemplo, que se segue.

EXEMPLO INTERNACIONAL

Utilização do modelo Breakthrough Collaborative para melhorar os cuidados de saúde às vítimas de ataque cardíaco em Inglaterra

O NHS-UK utilizou o modelo *Breakthrough Collaborative* para melhorar os níveis de sobrevivência dos doentes com ataque cardíaco. Vários hospitais adoptaram para o efeito procedimentos tão simples como, por exemplo, assegurar que os fármacos para tratamento de afecções coronárias agudas se encontram junto às rampas de chegada das ambulâncias em pequenos equipamentos móveis, e melhorar, por

meio de *pagets*, os sistemas de comunicação com os cardiologistas. Ao longo do tempo, através de iniciativas complementares, enfermeiros diplomados receberam formação adicional, profissionais das ambulâncias foram treinados em cuidados pré-hospitalares e foi-lhes atribuída autoridade técnica para injectar drogas destinadas à lise de coágulos sanguíneos, de acordo com protocolos de atuação bem estabelecidos.

A campanha das 100 000 vidas nos EUA

A campanha das 100 000 vidas¹⁴ do IHI foi realizada a nível nacional nos hospitais dos Estados Unidos da América. Teve início em 2004, e identificou 6 intervenções baseadas na evidência científica que, a serem aplicadas em permanência, de forma rigorosa e universal, poderiam salvar 100 000 vidas em 18 meses. Estas intervenções eram as seguintes:

- Organização de equipas de resposta rápida que permitam tratar os doentes antes da ocorrência de uma paragem cardíaca e que promovem a sua rápida transferência para unidades de cuidados intensivos.
- No enfarte agudo do miocárdio, prestar cuidados fiáveis baseados na evidência científica mais atual.
- Prevenir efeitos adversos pela “reconciliação” de fármacos.

- Prevenir infecções dos acessos endovenosos por meio de um pacote de cuidados («care bundle») simples (um «bundle care», conceito elaborado pelo IHI, é uma série de passos de tratamento, claramente definidos, obrigatórios e interdependentes, baseados na evidência científica e nas práticas clínicas comprovadas e essenciais para o êxito de uma terapia).
- Prevenir infecções da ferida cirúrgica por meio de orientações de procedimento para os cuidados pré- e pós-operatórios e para uma utilização adequada dos antibióticos.
- Prevenir a pneumonia associada à ventilação assistida, através da utilização de apropriadas normas de orientação clínica.

A campanha teve muito sucesso e esta abordagem tem sido utilizada noutros países à escala nacional.^{15,16}

A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

Em Portugal, são em número significativo as organizações e os profissionais com conhecimentos nestas metodologias e que as aplicam nas respetivas áreas. Existe actualmente uma rede portuguesa de investigação de qualidade em saúde que reúne muitos investigadores e instituições de todo o país. Além disso, têm havido várias iniciativas nacionais sobre a temática da qualidade em saúde. Como afirma o Grupo de Trabalho 1:

“Portugal tem tido desde há alguns anos uma estratégia nacional para assegurar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. A estratégia inclui uma componente de acreditação, e as actividades recentes têm também incluído a produção e a implementação de um grande número de linhas de orientação baseadas na evidência científica e de um sistema para comunicar acontecimentos adversos. No entanto, a transposição deste objectivos nacionais para o terreno tem sido difícil”²

As dificuldades atrás referidas relacionam-se com a existência de três sistemas diferentes e incompatíveis de acreditação em vigor, e com os diversos métodos de recolha de informação acerca de acontecimentos adversos. É por isso difícil obter em Portugal uma definição de qualidade. Além disso, apesar de muitas normas de orientação clínica terem sido definidas, aparentemente não existem dispositivos para verificar se estão ou não a ser implementadas, e muito menos, não existem quer incentivos para assegurar a sua implementação quer penalizações por ausência das mesmas.

O Grupo de Trabalho 1 relata que:

“Mais recentemente, e em parte como tentativa para resolver estas dificuldades, foi determinado pelo Ministério da Saúde que todos os prestadores de cuidados de saúde devem dispor de uma estrutura responsável pela garantia da qualidade e os processos da sua melhoria, e todos os serviços de saúde também devem ter uma estratégia consistente a esse nível, alinhada com a estratégia nacional actualizada.”

A Comissão verificou, no entanto, que existem presentemente três entidades com responsabilidades em relação às questões da qualidade, o que parece constituir não só um desperdício, como será mesmo contraproducente:

- A Direcção Geral de Saúde, que delineou uma estratégia de dez anos para a melhoria da qualidade em saúde no País, a qual se encontra em processo de revisão.
- A Entidade Reguladora da Saúde, que estabeleceu em 2012 um modelo de análise comparativa para avaliar a segurança e a qualidade nos hospitais e está a publicar os primeiros resultados da iniciativa.
- O Ministério das Finanças, que tem a responsabilidade de publicar os indicadores de desempenho dos hospitais públicos e neles recentemente incluiu uma série de indicadores de qualidade, nomeadamente números de readmissões e taxas de infecção.

Estas várias iniciativas ainda não produziram resultados substantivos, não geraram uma dinâmica significativa de melhoria, nem se tornaram uma prioridade importante no interior do sistema de saúde. Os elementos do Grupo de Trabalho 1 e outros dirigentes portugueses nesta área concluíram ser necessária uma abordagem mais sistemática e integrada para promover a melhoria da segurança e da qualidade.¹⁷

CONHECIMENTO

O conhecimento é, e sempre foi, um elemento vital na medicina e nos cuidados de saúde. Nos últimos 20 anos, os conhecimentos disponíveis expandiram-se a um ritmo extraordinário, de tal forma que actualmente estão identificadas mais de 7 000 formas de doença e, por exemplo, cerca de 6 000 procedimentos operativos. Os clínicos actuais não podem ser um repositório de toda esta informação, mas têm de poder aceder a esses conhecimentos de uma forma expedita. Da mesma forma, os cidadãos e os doentes esperam que os cuidados de saúde que recebem ou venham a receber sejam os mais actualizados possível e reflectam os conhecimentos e as evidências científicas mais recentes.

Os profissionais de saúde e os decisores políticos em todo o mundo estão a responder a este desafio de diversas formas. A primeira e a mais óbvia consiste em assegurar que as evidências estão disponíveis em todos os contextos clínicos, através do acesso a bases de dados e aos resultados de investigação. Na sua maior parte, no entanto, as evidências e os resultados da investigação têm de ser interpretados e transpostos pelos clínicos para formas práticas de tratamento do doente que têm diante de si. Isto levou à adopção de três abordagens complementares e importantes que estão a ser seguidas nos países desenvolvidos de todo o mundo: a elaboração de orientações («guidelines») para o tratamento; o estudo e a compreensão de variações nas práticas clínicas; e a avaliação permanente de novas terapias.

Portugal está a desenvolver normas de orientação clínica sob a orientação do Director-Geral da Saúde e com a participação da Ordem dos Médicos. Este processo foi temporariamente suspenso devido a discordâncias acerca do mecanismo de validação dessas normas. Além disso, Portugal ainda não se encontra na situação de outros países europeus onde a aplicação deste tipo de directrizes é monitorizada, procurando compreender-se as razões de qualquer divergência. Este facto tem poten-

cialmente consequências relevantes. Por exemplo, foi relatado à Comissão, por associações de doentes, que mais de 30 hospitais no país praticam cirurgias mamárias, mas que cerca de um quarto não tem profissionais com a preparação necessária para realizar todas as modalidades de tratamentos. Não obedecem, assim, às normas de orientação clínica em vigor, mas no entanto nada foi feito quanto a esta omissão grave em relação à qualidade. Esta questão será abordada no Capítulo 5, ao tratar da criação de redes de especialidades.

Um estudo português, que se encontra em preparação, constatou a existência de uma considerável variação em duas situações: nos resultados das revascularizações e das cirurgias do joelho realizadas em diferentes regiões do país e procurou anali-

Nos últimos 20 anos, os conhecimentos disponíveis expandiram-se a um ritmo extraordinário, de tal forma que actualmente estão identificadas mais de 7 000 formas de doença e, por exemplo, cerca de 6 000 procedimentos operativos.

sar as razões de tal ocorrência.¹⁸ As suas observações coincidem com as de estudos efetuados noutros países, que mostram grandes variações nas boas práticas clínicas. Algumas variações podem ser explicadas de maneira satisfatória, por exemplo, por diferenças na demografia, ou pela incidência de doenças específicas em determinadas áreas, ou então pela ausência de evidências convincentes sobre as boas práticas. No entanto, outras variações poderão não ter uma explicação satisfatória e terão de ser excluídas do sistema.

Há um aumento exponencial no número de novas aplicações informáticas, tecnologias e terapêuticas em todo o mundo. Recentemente, participantes numa conferência realizada na Índia sobre telemedicina e saúde *online* tiveram a oportunidade de verificar mais de 100 exemplos. Curiosamente muito poucos foram avaliados ou foram alvo de investigação objectiva sobre os seus benefícios e insucessos. Os cidadãos, países, compradores e fornecedores de saúde confrontam-se com o dilema de identificar os mais eficientes e rejeitar os que não têm utilidade, num contexto em que surgem no mercado novas aplicações das tecnologias da saúde a um ritmo acelerado.

Muitos países têm actualmente processos de avaliação de novas terapias e tecnologias para aferir não só a sua segurança – uma responsabilidade do Infarmed ou da Agência Europeia de Medicamentos, no que respeita aos medicamentos – mas também a sua eficácia em comparação com as terapias e tecnologias já existentes. Não é de surpreender que as empresas que as desenvolveram e estão a comercializar procurem destacar as vantagens do seu novo produto. Previsivelmente os compradores – a maioria das vezes os governos, em representação dos respetivos sistemas nacionais de saúde – pretendem provas independentes para apoiar as suas decisões. Portugal não tem ainda um processo consistente, que abranja todo o sistema, para avaliar novas tecnologias, terapias e dispositivos médicos, semelhante ao exemplo internacional referido mais à frente.

A perspectiva da Comissão é que os cidadãos deverão poder ter a expectativa que os tratamentos que recebem se orientam pela mais recente e melhor evidência científica disponível a nível mundial, e que qualquer desvio em relação a essa situação deverá ter uma explicação fundamentada. Acredita que, à medida que os conhecimentos se expandem e se tornam mais acessíveis aos cidadãos, a utilização de orientações («guidelines»), a gestão dos desvios e a avaliação das terapêuticas será cada vez mais importante. Concluiu a Comissão que o Governo deverá instituir um novo organismo independente – designado SNS-Evidência – para congregar, numa só entidade, o desenvolvimento e a disseminação das orientações clínicas e a avaliação das novas terapias e tecnologias médicas. Este é o tema de uma recomendação no Capítulo 1. Este organismo seria responsável não só pela elaboração dessas normas e pela realização de avaliações, mas também pela divulgação dos resultados junto dos cidadãos e dos profissionais.

O National Institute for Health and Care Excellence (Inglaterra)

O Instituto Nacional para a Excelência dos Cuidados de Saúde (NICE) é uma instituição pública não oficial do *Department of Health* (Ministério da Saúde) do Reino Unido. Foi fundado em 1999, e mais recentemente assumiu a responsabilidade pelos cuidados sociais, na sequência do *Health and Social Care Act* de 2012. O NICE efectua avaliações dos regimes de tratamento mais apropriados para as diversas doenças, tendo em conta os resultados clínicos desejados e o custo-benefício dos diversos tratamentos.

O papel do NICE é melhorar os resultados para os utentes do NHS-UK e de outros serviços públicos de saúde e sociais, da seguinte forma:

- Produzir orientações («guidelines») baseadas na evidência científica e aconselhamento dos profissionais de saúde, saúde pública e cuidados sociais;
- Estabelecer normas de qualidade e medidas de desempenho para os prestadores e agentes da saúde, da saúde pública e dos serviços de cuidados sociais;
- Fornecer um conjunto de informações aos agentes, prestadores de cuidados de saúde e gestores sobre todo o espectro dos cuidados de saúde e dos cuidados sociais¹⁹.

O NICE publica linhas de orientação em quatro áreas: tecnologias da saúde no interior do NHS-UK (a utilização de novos medicamentos, tratamentos e procedimentos clínicos), práticas clínicas (orientação sobre o tratamento e os cuidados de saúde adequados para pessoas com patologias e situações específicas), orientação para os trabalhadores do sector público na promoção da saúde e na prevenção da doença, e orientação para os serviços de cuidados sociais e para os utentes.

Estas acções de orientação e aconselhamento, baseados na evidência, assumem várias formas. **As orientações clínicas («clinical guidelines»)** fornecem aconselhamento, ao NHS-UK e outros, sobre a gestão

de situações individuais. São normas sistematicamente desenvolvidas para apoiar as decisões dos profissionais e dos doentes sobre os cuidados adequados em circunstâncias clínicas específicas. São elaboradas em colaboração com os *Royal Medical, Nursing e Midwifery Colleges*. As **avaliações tecnológicas («technological appraisals»)** ponderam a eficácia clínica e o custo de tecnologias de saúde, tais como novos produtos farmacêuticos e bio-farmacêuticos, mas incluem também processos, equipamento e modalidades de diagnóstico. As **orientações de procedimentos de intervenção («interventional procedures guidance»)** avaliam se certos procedimentos, como os tratamentos com laser para patologias oculares determinadas ou a estimulação profunda do cérebro para tratar dores crónicas, são suficientemente eficazes e seguros para serem utilizados no NHS-UK. As **orientações de saúde pública («public health guidance»)** abrangem a prevenção da doença, a melhoria da saúde e a protecção da saúde e têm influenciado as políticas e práticas do NHS-UK e dos poderes locais em relação a muitas das grandes questões da sociedade contemporânea, tais como o consumo de tabaco, a obesidade, o exercício físico, o abuso do álcool e a prevenção de acidentes de tráfego.¹⁹

O NICE tem um processo transparente de consulta através do desenvolvimento de normas de orientação e qualidade que permitem aos indivíduos, grupos de doentes, organizações de solidariedade social e indústria comentar as suas recomendações. Inclui um Conselho dos Cidadãos, o primeiro órgão de aconselhamento do Reino Unido composto inteiramente por elementos da sociedade civil.

O NICE é reconhecido internacionalmente pela forma como desenvolve as suas recomendações, um processo rigoroso que utiliza as melhores evidências científicas disponíveis e inclui as opiniões de especialistas, doentes e prestadores de cuidados, bem como da própria indústria da saúde.

CIÊNCIA E TECNOLOGIA

A ciência e a tecnologia estão a mudar rapidamente o mundo, com progressos na biologia e das tecnologias de informação e comunicação até à micro-engenharia e à nanotecnologia. A Comissão não procurou fazer um levantamento da actual situação da ciência biomédica em Portugal ou sequer a nível mundial, mas reconhece plenamente o grande impacto que terá nos anos vindouros. Alguns dos progressos contribuirão para identificar portadores e evitar as doenças, e propiciarão apoio com terapêuticas e cuidados de saúde “personalizados” e melhorados. As tecnologias poderão ter o potencial de prolongar enormemente o tempo de vida saudável. Trarão também muito provavelmente custos adicionais – a discussão no Capítulo 7 mostra que, nos últimos anos, a nível global, a tecnologia tem constituído um dos principais factores do aumento dos custos dos cuidados de saúde. Além disso, como foi atrás referido, a explosão de desenvolvimentos científicos e tecnológicos coloca desafios no que respeita à distinção entre o que é útil e o que não o é, o que é ético e o que coloca objeções a esse nível.

O Grupo de Trabalho 4, que se ocupou do aproveitamento e da utilização dos conhecimentos, das tecnologias e da inovação, passou esta área em revista e concentrou-se em três aspectos em que considerou poder haver muitos ganhos a curto prazo, e que posicionariam Portugal numa situação mais vantajosa a longo prazo. Esses aspectos são o desenvolvimento do Registo de Saúde Electrónico, como base a partir da qual os doentes e os médicos poderão interagir mais eficazmente; a utilização de telemóveis para monitorizar e aconselhar os doentes nas suas próprias casas e na comunidade; e o desenvolvimento e introdução de um novo e mais flexível enquadramento regulador para novos equipamentos médicos e terapêuticas.

A segunda área – a utilização de equipamentos móveis – foi já referida no Capítulo 2 na discussão sobre cuidados partilhados e será de novo abordada no Capítulo 5, onde se debatem os serviços a prestar aos doentes. A Comissão recomenda que se considere uma terceira área – a criação pelo Governo de enquadramentos reguladores mais flexíveis. Trata-se de uma questão importante. A regulação excessiva pode resultar em grande perda de tempo e em custos, e pode dificultar a inovação. Os actuais sistemas português e europeus foram desenhados numa época em que a evolução técnico-científica era menos veloz e havia menos organizações deles dependentes. Actualmente existe, sem dúvida, uma margem maior para acelerar estes sistemas, sobretudo quando a colaboração entre a indústria privada e os organismos do Estado permite um melhor direccionamento dos desenvolvimentos para áreas mais necessitadas e assegura maior abertura na partilha e na avaliação dos resultados dos ensaios clínicos.

REGISTO DE SAÚDE ELECTRÓNICO

O Registo de Saúde Electrónico é a base de cuidados de melhor qualidade, da generalização do conhecimento e do desenvolvimento e utilização de novas tecnologias. O Registo de Saúde Electrónico de um dado doente é um registo integrado de todas as informações relacionadas com a sua saúde – uma descrição dos seus diversos contactos com o sistema de saúde, tal como estes ficaram arquivados nos diferentes registos médicos ou de doentes, e mantidos por diversos prestadores de serviços de saúde, incluindo os médicos de clínica geral, os vários especialistas, os hospitais, os laboratórios e as farmácias.

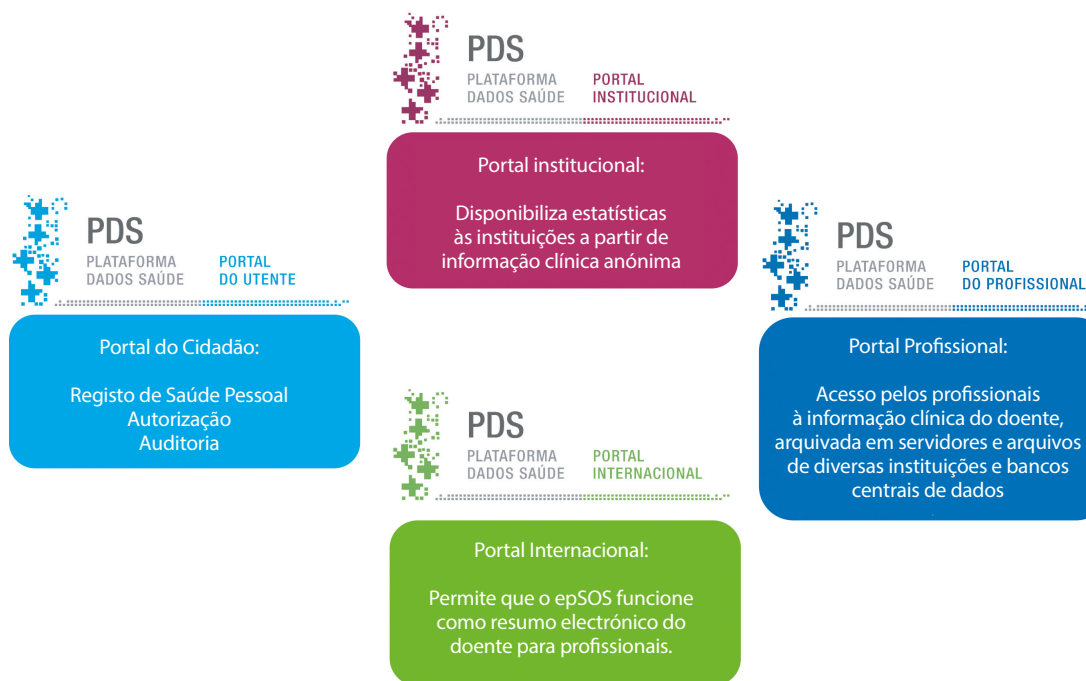
Os Registos de Saúde Electrónicos permitem aos diversos profissionais de cuidados de saúde conhecer com rapidez toda a história clínica do doente, e avaliar a forma como os tratamentos já recebidos podem interagir com outros que estejam a ser ponderados. Reduzem a burocracia, permitindo que os médicos e os enfermeiros disponham de mais tempo para os doentes, e podem melhorar a recolha de informação, os cuidados de saúde e o conhecimento biomédico. São essenciais para um sistema de cuidados de saúde eficiente e integrado.²⁰ Permitem aos doentes ter uma informação global da sua história clínica e, na medida em que o desejem, compreender os tratamentos que receberam, partilhar a informação com a família e os prestadores de cuidados e fazer uma gestão dos próprios cuidados de saúde.

O Grupo de Trabalho 4 explorou a criação e a implementação de um registo de saúde electrónico normalizado em Portugal. Verificou que há uma grande necessidade de ser integrado e universal – no presente, os dados de um sistema não podem ser utilizados por outro, e os que são necessários em situações de emergência não são acedidos por não estarem disponíveis em arquivo. Verificou também que Portugal está muito bem colocado para desenvolver um registo electrónico universal, tendo já grande parte da infra-estrutura instalada e um sólido enquadramento de políticas.

Um resumo dos progressos iniciados, efectuado no âmbito da avaliação de qualidade por parte da OCDE, em Junho de 2014, mostrou que estavam a realizar-se desenvolvimentos com base em princípios claros – tais como a necessidade de construir o registo a partir dos sistemas “herdados” do passado; a importância de pontos de acesso partilhados para todos os profissionais; a adaptação da informação adequando-a aos diversos departamentos e profissões; e as ligações a protocolos e a sistemas de registo.

O papel fundamental previsto para o registo de saúde electrónico português está ilustrado na Figura 3, que mostra a forma como este poderá fornecer acesso, adaptado a cada caso, aos cidadãos, aos profissionais de saúde, servir para a recolha de dados estatísticos para as instituições e permitir mesmo a sua utilização internacional.

Figura 3 • O Registo de Saúde Electrónico Português²¹



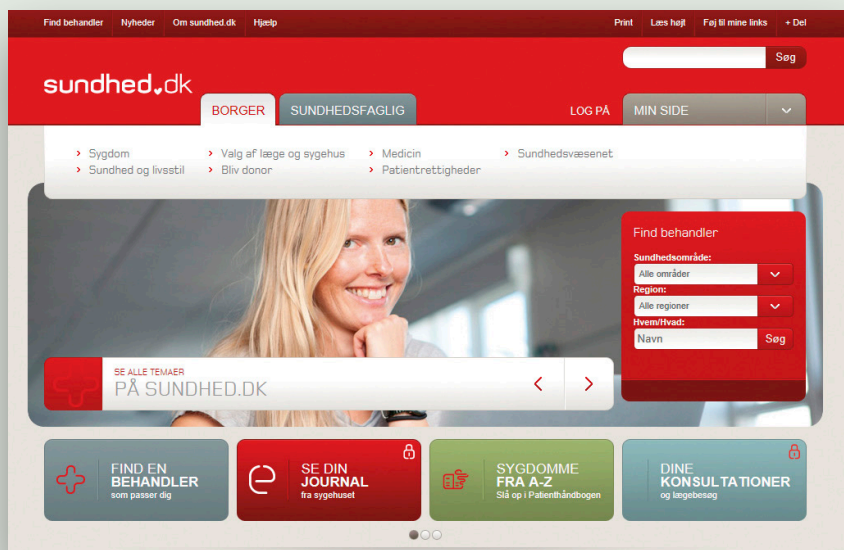
O Grupo de Trabalho concluiu que Portugal poderia desempenhar um papel destacado no desenvolvimento e definição de normas para a interoperabilidade que possam ser utilizadas em toda a Europa e propôs a *Doutrina de Lisboa* como base para concretizar esse projecto. A Comissão apoia decisivamente a introdução do registo electrónico de saúde e reconhece a importância da sua implementação sob uma forma compatível com os países vizinhos de Portugal, dadas as novas disposições para a prestação transfronteiriça de cuidados de saúde e a importância da partilha de conhecimentos e de progressos a nível internacional. O Grupo de Trabalho recomendou também vivamente que os cidadãos tenham a propriedade dos seus próprios registos.

A Comissão levantou já esta questão no Capítulo 2, a propósito da discussão sobre o papel dos cidadãos. Recomendou que fosse dada elevada prioridade à criação do registo electrónico e que os cidadãos deveriam estar na posse da sua própria informação, quer dentro do sistema electrónico quer num âmbito mais geral. Recomenda também ao Governo a proposta da criação da *Doutrina de Lisboa*.

Há muitas oportunidades para a partilha de experiências entre países, bem como para protocolos de desenvolvimento conjuntos. A experiência dinamarquesa, que se descreve em seguida, propõe outro exemplo para criar um registo nacional.

EXEMPLO INTERNACIONAL

Dinamarca – Registo de Saúde Electrónico



O Sundhed.dk é um portal de eSaúde estabelecido entre todas as autoridades de saúde pública na Dinamarca. O portal foi iniciado em 2003 e faz parte da infra-estrutura comum do sector de cuidados de saúde. O cidadão pode obter acesso a informações gerais e pessoais e os profissionais têm acesso a uma série de serviços e aos seus próprios registos. O Ministério do Interior e da Saúde e os seus vários organismos constituem a autoridade para a tomada de decisões em relação às normas nacionais e à própria infra-estrutura. As regiões e os municípios são responsáveis pela gestão dos seus próprios projectos e pela observância da estrutura e dos requisitos estabelecidos a nível nacional. A Dinamarca tem uma infra-estrutura comum sob

a forma do Registo Nacional de Doentes (DNRP), que serve como base de dados para os contactos hospitalares desde 1977. Trata-se de um registo único que inclui documentação geral de longo prazo, a nível individual. O serviço designado “Resumo da Minha Saúde” está disponível na Dinamarca através do portal de eSaúde “Sundhed.dk”. É dirigido aos cidadãos e permite que os utentes, devidamente identificados, tenham uma melhor e mais rápida visão de conjunto das suas próprias informações de saúde. Uma vez ligados ao portal de saúde através da sua assinatura digital, os utentes podem aceder a informações provenientes dos vários serviços e cuidados de saúde. A Dinamarca é reconhecida a nível mundial como

pioneira nos registos electrónicos de saúde. O seu sucesso é atribuído a uma série de factores:²²

- Um identificador pessoal de características únicas é fornecido à nascença a todos os cidadãos dinamarqueses e existe uma assinatura digital que é amplamente utilizada.
- As bases de dados da saúde são conservadas por mais de 30 anos.
- Uma população conhecedora das tecnologias de informação: a implantação de banda larga está entre as mais elevadas da Europa – 95% da população tem acesso à Internet.
- Nos últimos anos, alterações à lei estabeleceram um acesso mais alargado por parte dos médicos aos dados pessoais de saúde.
- A população da Dinamarca é de 5,5 milhões de cidadãos, o que facilita a implementação da tecnologia.
- Rápida aceitação clínica dos RSE (Registos de Saúde Electrónicos), desenvolvidos em estreita colaboração com os médicos, e não impostos por um organismo superior.
- O governo disponibilizou também incentivos financeiros – o custo é frequentemente uma barreira para a aceitação – e pagou apoio técnico, incluindo o envio de equipas de consultores informáticos aos consultórios médicos.

Todos os médicos dinamarqueses de cuidados primários de saúde atuam como supervisores e coordenadores de cuidados, e utilizam um dos diversos sistemas interoperáveis de RSE (Registo de Saúde Electrónico), que lhes permite acrescentar as suas próprias anotações, e também possibilita que tais registos possam servir de repositório central de informação que pode ser difundida para fora dos consultórios. Os doentes podem consultar dados

seleccionados através do RSE, mas também registos hospitalares, através do portal nacional de saúde (sundhed.dk) e, mais recentemente, através do portal dinamarquês do cidadão (borger.dk). Nestes sites podem contactar médicos, ou mesmo mudar de médico.²³ A utilização do RSE aumentou muito a eficiência, poupando aos médicos de cuidados primários de saúde uma média de 50 minutos por dia, através da redução da burocracia e da maior rapidez das comunicações. Em termos de trabalho, permite-lhes ver mais 10% de utentes.²³ O sistema emite lembretes sobre saúde e faz avisos aos prescritores sobre as interações potencialmente perigosas com outros medicamentos anteriormente receitados. Outra vantagem importante é o registo mais veloz de dados importantes (o tempo médio de recepção dos resumos das altas hospitalares baixou de quatro semanas para dois dias).

Além destas aplicações óbvias, os dados acumulados estão também a ser aproveitados para melhorar resultados clínicos em certas patologias crónicas. Em todos os contextos clínicos, pode observar-se a evolução dos doentes, comparando-a com indicadores regionais e nacionais. Isto permite a fácil identificação dos que recebem um tratamento de menor qualidade, e indica as áreas que precisam de melhoria. A base de dados está também a começar a ser utilizada para investigação, com o objectivo de analisar as boas práticas.

A Dinamarca não tem actualmente um sistema nacional único de dados clínicos – a solução tem sido criar sistemas que possam trabalhar em conjunto. A Medcom, um projecto cooperativo financiado pelo Governo, tem funcionado como coordenador de dados estatísticos para assegurar a sua interoperabilidade.

TELEMEDICINA, eSAÚDE E mSAÚDE

Em Portugal, os planos de registos electrónicos de saúde incluem a utilização de telemedicina, de eSaúde e de mSaúde, como modalidades para a recolha e partilha de informações. Juntamente com o registo propriamente dito, desempenharão um papel importante no desenvolvimento da rede de especialidades médicas referida no Capítulo 5.

Um estudo recente publicado pela Fundação Calouste Gulbenkian analisou o estado actual da telemedicina em Portugal.²⁴ Descreve as redes existentes, tais como a rede de cardiologia pediátrica sediada em Coimbra e dá a conhecer o potencial e as dificuldades de desenvolvimento futuro. A Comissão não pretende repetir ou resumir aqui esse trabalho importante e abrangente, mas sublinha que as suas conclusões vão no sentido de que seja delineada uma abordagem estratégica para a expansão futura da telemedicina – com base nos desenvolvimentos parcelares que têm sido realizados por clínicos pioneiros nesta área – e para a criação de políticas e de um ambiente cultural, profissional, físico e financeiro adequado para que a telemedicina possa concretizar os seus benefícios potenciais.

PARCERIAS E APOIOS PARA A INOVAÇÃO

Deve destacar-se que a investigação biomédica teve progressos notáveis em Portugal na última década, devido a uma intervenção intensiva na educação científica, nomeadamente através de doutoramentos internacionais e da criação dos chamados “Laboratórios Associados” do Ministério da Ciência. No entanto, a articulação entre a investigação básica e a investigação aplicada e a promoção de uma “medicina de translação” mais eficaz ainda não se concretizaram de forma satisfatória. Por outro lado, o declínio generalizado do chamado “médico-cientista” poderá afectar a colaboração entre os investigadores e os clínicos. Além disso, deverá ser dada maior atenção ao desenvolvimento de programas de investigação no interior das unidades de cuidados de saúde, em especial nas áreas clínica e de saúde pública. Como este relatório demonstrou, há necessidade de promover investigação epidemiológica e socioeconómica para uma abordagem adequada, com vista à implementação das políticas para os cuidados de saúde. Todos estes objectivos deverão conseguir ter maior desenvolvimento através de parcerias entre os sectores público e privado, entre outros meios.

A visão descrita neste relatório assenta na reformulação e na inovação, recorrendo à criatividade e às capacidades de todos os sectores da população e da sociedade. A indústria, a academia e o SNS têm capacidades relevantes para a investigação e o desenvolvimento de novas terapias, e meios que podem beneficiar a saúde e os

cuidados de saúde. Como afirmou o Grupo de Trabalho 4, a implementação de equipamentos móveis para apoiar os cuidados de saúde num contexto não hospitalar e não só:

“melhora a qualidade de vida do cidadão e promove a actuação do Sistema Nacional de Saúde... tanto na prevenção como no apoio da prestação de cuidados de saúde”. Também *“utilizará o melhor conhecimento das ciências médicas e tecnologias da saúde (especialmente as TIC, a nanotecnologia, e os biomateriais), e deverá resultar numa redução acentuada dos custos em saúde.”*

O Grupo de Trabalho 4 defendeu também que a indústria portuguesa poderá desempenhar um papel que conduza a *“melhorias na saúde, no acesso adequado e em tempo útil dos doentes a cuidados de saúde mais diferenciados e no fomento da economia através da criação de novas empresas e na expansão das existentes, o que dará origem a postos de trabalho para novas gerações de profissionais altamente qualificados.”*

Em Portugal, o sector da indústria da saúde está bem organizado, através do Pólo de Competitividade da Saúde (Health Cluster Portugal – HCP), criado em 2008 como uma organização privada sem fins lucrativos com o objectivo de:

“transformar Portugal num parceiro competitivo na investigação, concepção, desenvolvimento, fabrico e comercialização de produtos e serviços relacionados com a saúde, em mercados seleccionados e em nichos tecnológicos, tendo como referência os mercados internacionais mais exigentes e relevantes, baseando-se no reconhecimento da sua qualidade, nível tecnológico e competência nas áreas de inovação”.²⁵

Este Cluster é composto por mais de 120 entidades, incluindo hospitais, empresas e instituições científicas e tecnológicas. As suas actuais áreas de interesse estratégico incluem a saúde e o envelhecimento activo, a medicina personalizada, o turismo de saúde e a e-Saúde. O Health Cluster Portugal sugeriu à Comissão que se pode conseguir uma melhor colaboração através da:

- Promoção da participação das universidades e dos hospitais, colaborando entre si e com empresas, em projectos de investigação e de desenvolvimento nacionais (ex.: Portugal 2020) ou transnacionais (ex.: Horizon 2020), em áreas seleccionadas de especialização. Esta linha de orientação inclui, por exemplo: i) identificação e disseminação de oportunidades de candidatura em concursos internacionais e em parceria; ii) apoio à formação de consórcios e dos processos de candidatura; iii) assistência a autoridades/organismos públicos na definição e implementação de estratégias para incentivar as empresas a empregar doutorados, como forma de facilitar uma melhor interacção entre universidades/hospitais e empresas e, desta forma, a promover a colaboração em projetos comuns.
- Promoção de iniciativas destinadas a conseguir que as infra-estruturas de investigação, a especialização e as tecnologias de universidades e hospitais sejam

mais acessíveis a investigadores externos e a empresas, incentivando-se assim a transferência de conhecimentos/tecnologias, bem como a contratação de empresas de serviços de investigação e de desenvolvimento de ensaios clínicos. Isto inclui iniciativas como a Plataforma de Infra-estruturas de Especialização de Investigação Translacional e Clínica – Health Cluster Portugal (TRIS-HCP), bem como a integração de universidades e hospitais portugueses em plataformas europeias de tecnologia e em consórcios de infra-estruturas de investigação (ex.: EATRIS ERIC).

- Melhoria dos níveis de qualificação e formação de recursos humanos / equipas a trabalhar em universidades e hospitais portugueses, no desenvolvimento de projectos de investigação translacional e clínica, bem como na gestão de inovação, propriedade intelectual, transferência de tecnologia e empreendedorismo.

A Comissão acredita que é importante para Portugal aproveitar as oportunidades representadas por este tipo de iniciativas, o que tem de ser concretizado no quadro dos acordos público-privados propostos no Capítulo 5, com base numa visão, em valores e em princípios partilhados. Além disso, a Comissão está convicta de que seria possível juntar a indústria, a academia e o Serviço Nacional de Saúde numa série de centros de excelência, promovendo colaboração em torno de objectivos específicos de alta prioridade como, por exemplo, a monitorização de patologias no domicílio, o desenvolvimento da criança, ou as necessidades de pessoas com demência. Estes centros poderiam também dedicar-se a colaborar na promoção de uma regulamentação mais flexível de novos produtos. Em Inglaterra, os Centros e Redes Académicas de Ciências da Saúde funcionam segundo um modelo que poderá ser considerado para adopção.

EXEMPLO INTERNACIONAL

Academic Health Sciences Centres and Networks (Inglaterra)

Os Centros e Redes Académicas de Ciências da Saúde são parcerias entre as universidades, a indústria e os prestadores de cuidados de saúde, que trabalham em colaboração na investigação, na educação, na formação e nos serviços, com o objectivo de aplicar os resultados da investigação à prática, visando progressos que resultem em benefícios clínicos directos para os doentes. Os AHSC foram criados no Reino Unido em 2007.

Existem actualmente sete destes centros em actividade e outros mais estão a ser planeados. Os AHSC têm como objectivo a resolução de problemas de acesso, de qualidade não garantida e custo elevado, não só através do desenvolvimento de novos medicamentos, equipamentos e outras tecnologias, mas também através de uma nova forma de divulgar, junto dos cidadãos, estratégias de prevenção e de tratamentos de custo reduzido.²⁶

Também há margem de manobra para ampliar as parcerias entre o SNS e as universidades nas áreas da investigação e do desenvolvimento de produtos. O exemplo seguinte diz respeito a França e mostra como universidades e hospitais estão a trabalhar em conjunto para desenvolver medicamentos concebidos para tratar tipos específicos de tumores. Mostra também a vantagem de dispor de uma rede de especialistas como meio de melhorar os tratamentos e a sua aplicação.

EXEMPLO INTERNACIONAL

Terapias contra o cancro em França

Em 2005, o Governo francês assumiu que pagaria o tratamento a todos os doentes com certas patologias para as quais se demonstrasse o benefício de fármacos especificamente direccionados. O Instituto Nacional do Cancro criou, nos hospitais universitários e nos centros de tratamento de cancro, laboratórios de investigação para testes genéticos, para onde são enviadas biópsias de tecido cancerígeno de doentes provenientes de toda a França. Se a amostra de tecido doente indicar que o tumor é sensível a determinados medicamentos, o tratamento é aplicado. Actualmente, em França, os medicamentos dirigidos a alvos terapêuticos em certos tipos de cancro representam 57% do orçamento destinado aos tratamentos oncológicos. Segundo os analistas, este modelo parece estar a funcionar bem. “Até à data, as plataformas francesas

*testaram amostras de tecido tumoral de 15.000 pessoas com cancro do pulmão para detectar alterações moleculares do EGFR (“epidermal growth factor receptor”). Em um pouco mais de 1.700 doentes, a detecção de alvos moleculares sensíveis a terapêutica direccionada levou à administração de terapia específica até se verificar resistência (média de 38 semanas). Este procedimento o custou ao orçamento público francês 35 milhões de euros. Se a medicação tivesse sido administrada durante oito semanas à totalidade dos 15.000 doentes (e não só os que eram positivos para o marcador genético) para perceber quais reagiriam favoravelmente ao tratamento, tal representaria um custo adicional de 69 milhões de euros – sem nenhum benefício para a maioria dos doentes”.*²⁷

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os quatro eixos referidos no início deste capítulo foram concebidos para auxiliar Portugal a beneficiar plenamente dos futuros progressos na ciência e na tecnologia. Nos capítulos 1 e 2, a Comissão já fez recomendações sobre:

- A criação do SNS-Evidência como um novo organismo que conjugará o programa existente de orientações clínicas com um mecanismo de avaliação das tecnologias e terapias inovadoras, assegurando que a evidência científica estará disponível dentro do sistema, acessível em toda a parte e a qualquer momento. O organismo deverá disponibilizar as suas conclusões para que os médicos e os cidadãos as possam conhecer e compreender.
- A elevada prioridade na implementação do Registo de Saúde Electrónico como base essencial de um serviço integrado e de alta qualidade, permitindo que os cidadãos estejam na posse de toda a informação sobre si próprios, seja em formato electrónico ou outro.

No presente capítulo, a Comissão faz recomendações sobre outros dois eixos de orientação:

- Melhoria contínua da qualidade.
- Colaboração eficaz entre o SNS, a comunidade científica, os cidadãos e a indústria.

Em conjunto, estas intervenções ajudarão a criar em Portugal um ambiente de aprendizagem no qual a melhoria contínua se tornará prática normal.

Figura 4 • **Recomendações**

RECOMENDAÇÕES

- 12. MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE.** Todos os parceiros no sistema de saúde, desde o Ministério e os cidadãos até aos vários organismos do SNS, municípios, universidades e indústria têm de assegurar que a abordagem à melhoria contínua da qualidade é adoptada em todo o sistema de saúde como meio de promover a sua qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado.
As competências para a melhoria da qualidade devem fazer parte dos programas de formação e treino de todos os profissionais de saúde. Para este fim, deverá ser criado um organismo de peritagem responsável por promover a melhoria da qualidade, identificar e disseminar as boas práticas e apoiar a sua implementação. Deve articular-se com outros organismos, na saúde e em outras áreas da governação, para criar modelos para a implementação da melhoria da qualidade, promover o treino, conselho e apoio, o que deve ser acompanhado pela normalização dos processos de acreditação, registo e reporte.
- 13. COLABORAÇÃO DO SNS COM A INVESTIGAÇÃO E A INDÚSTRIA.** Os dirigentes do SNS, da comunidade científica e da indústria devem colaborar para a criação de centros nacionais que, trabalhando em conjunto com os cidadãos, promovam o desenvolvimento de novas práticas, tecnologias e serviços.

Referências

- 1 Freidson, E. (1970) *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Nova Iorque: Dodd Mead.
- 2 Grupo de Trabalho 1, Comissão Gulbenkian: Um Futuro para a Saúde (2013) *Working Group 1: Health services and public health (2nd report)*.
- 3 Organização Mundial da Saúde (2013) *World Health Organization – Patient Safety Campaign*. who.int/patientsafety/en
- 4 Kohn, L. T., J. M. Corrigan e M. S. Donaldson, coord. (2000) «Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine». *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC, EUA: National Academies Press.
- 5 Deloitte (2011) *2011 Survey of Health Care Consumers in Portugal Key Findings, Strategic Implications*.
- 6 Campos, A. (2014) «Queixas contra serviços de saúde públicos aumentaram em 2013». *Público*, 1/4/12.
- 7 Berwick, D. M. e A. D. Hackworth (2012) «Eliminating Waste in US Healthcare». *JAMA*, 307(14):1513-1516.
- 8 Woodward-Hagg, H. e I. Bar-On (2013) «Large System Transformation within Healthcare Organizations utilizing Lean Deployment Strategies». Actas da 31.ª Conferência Internacional System Dynamics Society, Cambridge, MA.
- 9 Berwick, D. M. (2002) «A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report». *Health Affairs*, 21(3): 80-90.
- 10 Institute of Medicine (2011) *Patients Charting the Course: Citizen Engagement in the Learning Health System - Workshop Summary*. iom.edu
- 11 Institute of Medicine (2012) *Digital Data Improvement Priorities for Continuous Learning in Health and Healthcare – Workshop Summary*. iom.edu
- 12 Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP (2009) *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance* (2nd edition). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- 13 IHI (2003) *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- 14 Berwick, D. M., D. R. Calkins, C. J. McCannon e A. D. Hackbarth (2006) «The 100,000 Lives Campaign: Setting a goal and a deadline for improving healthcare quality». *JAMA*, 295(3):324-327.
- 15 Public Health Wales e Governo do País de Gales (2013) *1000 Lives Plus Programme*. Disponível em: www.1000livesplus.wales.nhs.uk
- 16 Healthcare Improvement Scotland (2013) *The Scottish Patient Safety Programme*. scotishpatientsafetyprogramme.scot.nhs.uk
- 17 Sousa, P., et al. (2009) «The patient safety journey in Portugal». *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- 18 Mateus, C., et al. *Portugal Report for OECD. 2014*.
- 19 NICE (2014) *NICE – What do we do?* nice.org.uk
- 20 Doupi, P., et al. (2010) *E-Health Strategies, Country Brief: Denmark*. European Commission, DG Information Society & Media. ehealth-strategies.eu
- 21 Ministério de Saúde (2014) *Plataforma Dados Saúde: Portal do Utente*. servicos.min-saude.pt/acesso/
- 22 Hansen, P. E. (2014) *The development of the electronic health record in Denmark*. Comunicação apresentada na Fundação Gulbenkian, Lisboa, Portugal. 3/2/14

- ²³ The Economist Intelligence Unit (2011) *Future-proofing Western Europe's Healthcare: A study of five countries*. The Economist Intelligence Unit. reforminghealthcare.eu
- ²⁴ Matos, R., et al. (2014) *Telemedicina em Portugal – Onde Estamos?* Fundação Calouste Gulbenkian.
- ²⁵ Health Cluster Portugal (2014) healthportugal.com
- ²⁶ Dzau, V. J., et al. (2010) «The role of academic health science systems in the transformation of medicine». *Lancet*, 375:949.
- ²⁷ Editorial (2011) «Getting personal». *Nature*, 473: 253.

Um sistema
de saúde centrado
nas pessoas
e baseado
no trabalho
de equipa

5

O sistema de saúde deve evoluir progressivamente para ser mais centrado nas pessoas e basear-se no trabalho de equipa. São necessários novos modelos de serviços que prestem cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos, com especial ênfase na gestão de doenças crónicas, a criação de mais serviços de apoio domiciliário e de proximidade e o desenvolvimento de redes de especialidades associadas a centros de referência, que abranjam todas as regiões do país, com recurso à tecnologia e a protocolos partilhados.

CUIDADOS DE SAÚDE INTEGRADOS PARA TODOS OS INDIVÍDUOS

A integração dos serviços e a personalização dos cuidados de saúde são temas recorrentes neste relatório. Estes temas tornam-se ainda mais importantes à medida que a população envelhece e que mais pessoas sofrem de doenças crónicas e de co-morbilidades. É fundamental que os cuidados de saúde para todos os indivíduos sejam bem planeados e coordenados, e não fragmentados e incongruentes. Neste capítulo aborda-se a forma como se podem desenvolver cuidados de saúde verdadeiramente integrados e centrados nas pessoas, por meio de três grupos principais de acções estratégicas:

- Criação de novos modelos de prestação de serviços
- Reestruturação do sistema de saúde
- Parcerias no planeamento e na prestação de serviços

O SISTEMA DE SAÚDE

Portugal, à semelhança de outros países da Europa Ocidental, iniciou o desenvolvimento de medidas de segurança social do Estado no final da década de 1940; no entanto, apenas em 1971, o Governo assumiu a responsabilidade da prestação de serviços de saúde à população. O SNS foi estabelecido como um sistema universal e financiado por impostos em 1979. No Apêndice 6 apresenta-se a história da sua evolução disponibilizada pelo Grupo de Trabalho 1.

Para atingir o objectivo fixado, o Governo pode actuar tanto pela prestação directa de serviços de saúde pelo SNS, como através da contratação de prestadores privados. Segundo o Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, as polí-

ticas de saúde devem promover a igualdade no acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, independentemente da sua situação económica e localização geográfica, e devem assegurar equidade na distribuição de recursos e na utilização dos serviços de saúde.¹ Os imigrantes têm acesso ao SNS nas mesmas condições dos cidadãos portugueses e o SNS não pode recusar tratamento com base na nacionalidade, na condição de imigrante ilegal ou na falta de meios financeiros.

Nos últimos anos, a União Europeia começou a exercer uma maior influência sobre a política de saúde portuguesa com, por exemplo, a Directiva do Tempo de Trabalho (sobre as horas que os profissionais podem trabalhar),² as Políticas de Concorrência,³ os regulamentos sobre contratos públicos⁴ e, mais recentemente, a directiva sobre os fluxos transfronteiriços de bens e serviços.⁵ Esta influência deverá aumentar com o passar do tempo. Portugal manteve também relações estreitas com a Região Europeia da OMS e, de uma forma geral, acompanhou os desenvolvimentos e as tendências observadas na Europa no que respeita a políticas e prestação de serviços de saúde.

Neste contexto, os portugueses têm acesso a uma vasta gama de cuidados que vão do aconselhamento sobre a promoção da saúde aos tratamentos especializados diferenciados. É obrigatório o registo junto de um médico de clínica geral no local de residência ou de emprego (médico de família) e o primeiro ponto de contacto, a não ser em casos de emergência, deverá ser o serviço local de cuidados primários de saúde. Estes disponibilizam muitos serviços, incluindo cuidados médicos gerais, cuidados de saúde reprodutiva e infantil, vacinas e conselhos de saúde, mas desempenham também um papel orientador, encaminhando os utentes para tratamentos especializados. Desde 2007, os cidadãos têm também acesso a uma linha telefónica de ajuda, a Saúde 24.

Os doentes podem recorrer a cuidados primários de saúde, assistência ambulatória e serviços de diagnóstico prestados por unidades do SNS, por grupos e indivíduos com e sem fins lucrativos ou por grupos de profissionais contratados pelo SNS. Os cuidados dentários no âmbito do SNS são limitados, de forma que as pessoas recorrem normalmente ao sector privado. Na maioria dos casos, as receitas têm de ser dispensadas em farmácias das zonas de residência, apesar de terem sido recentemente criadas farmácias hospitalares, autorizadas a fornecer medicamentos ao público. Os medicamentos sem receita obrigatória estão actualmente disponíveis em alguns estabelecimentos especializados bem como nas farmácias, e os preços já não são fixos.

Os serviços de cuidados secundários especializados e terciários são sobretudo prestados nos 189 hospitais existentes, 77 dos quais pertencem ao SNS. O acesso que se não faça através de serviços de urgência realiza-se geralmente por indicação dos cuidados primários de saúde. A maioria dos hospitais com maior dimensão e

especialização pertence ao SNS, e as unidades mais pequenas, incluindo as Misericórdias, que não têm fins lucrativos, pertencem ao sector privado e social. A saúde mental baseia-se em serviços específicos com equipas multidisciplinares de profissionais de saúde mental, serviços ambulatoriais nos cuidados primários de saúde e serviços de internamento e de emergência prestados nos hospitais. No entanto, os cuidados de saúde mental são ainda muito dominados pelo atendimento em hospitais, apesar de terem surgido estratégias recentes que procuram inverter esta situação. Nesta área, os serviços são também disponibilizados por uma combinação de prestadores públicos e privados.

Portugal tem um serviço de emergência médica integrado, coordenado pelo INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), uma entidade gerida indirectamente pelo Ministério da Saúde. Tem a responsabilidade de dar resposta às chamadas de emergência através do número de telefone 112, de prestar os primeiros socorros no local, auxiliar com o transporte para o serviço adequado e assegurar a coordenação entre todos os intervenientes no sistema. O serviço é prestado de forma gratuita. No seguimento da entrada em pleno funcionamento do centro de coordenação CODU em todo o país, entre 2004 e 2009, tem havido um grande aumento das chamadas recebidas e das deslocações efectuadas por ambulâncias.

Estas alterações nos serviços de emergência estão entre as muitas reformas e iniciativas realizadas nos últimos anos com o objectivo de melhorar e ampliar os serviços. Quatro das principais alterações relacionaram-se, respectivamente, com os cuidados primários de saúde, a saúde pública, os cuidados de saúde continuados e de longo prazo, e os cuidados hospitalares.

A prestação de cuidados de saúde primários tem sido realizada de forma pouco integrada e irregular em termos de qualidade, recursos e distribuição. Muitos cidadãos não têm, na realidade, um médico de família. Mesmo quando estão registados junto de um médico de família, muitos preferem recorrer directamente ao serviço de urgência do seu hospital local quando sentem necessidade, em lugar de se dirigirem ao seu serviço de cuidados primários ou ao hospital através deste. Daí que cerca de 25% dos utentes dos serviços de urgência não necessitam de tratamento imediato.⁶ As comparações internacionais revelam que o recurso aos serviços de urgência é proporcionalmente o dobro do observado em Inglaterra e 50% mais elevado do que em França.

Como resposta a estes problemas, o Ministério da Saúde criou, em 2006, novas estruturas administrativas e de prestação de serviços e uma Missão para os Cuidados Primários de Saúde com o objectivo de orientar o desenvolvimento global do serviço. Ao nível mais local, os cuidados primários de saúde foram agrupados em Unidades de Saúde Familiar – USF, que reúnem 6 a 8 médicos com um número semelhante de enfermeiros e um pequeno grupo de outros funcionários, para prestar serviços a

uma população de 4.000 a 14.000 pessoas. As USF têm uma relativa autonomia e são financiadas através de um contrato que premeia a produtividade, a acessibilidade e a qualidade.

Noutro patamar, existem 75 Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES, que proporcionam orientação, coordenação e apoio aos serviços primários e comunitários. Têm a incumbência de assegurar que os serviços estejam disponíveis para a população da respectiva zona, que poderá ir de 50.000 a 200.000 pessoas. Assumem ainda a responsabilidade de integrar a saúde pública no sistema mais amplo de cuidados de saúde. Aos médicos foi dada a opção de integrarem ou não as novas estruturas, efectuando um novo contrato de trabalho. Como resultado, os ACES abrangem cerca de metade do país, continuando o território restante como anteriormente, com serviços prestados através da actuação de profissionais ou grupos de profissionais com qualidade e capacidade variáveis, e funcionando sem a nova estrutura de prémios e incentivos.

A saúde pública teve sempre dificuldades quer quanto à imagem quer quanto à capacidade. O Plano Nacional de Saúde de 2004 procurou reforçá-la, ao proporcionar melhores ligações entre os serviços de saúde e atribuir aos médicos de saúde pública um papel mais amplo. As estruturas locais de saúde pública estão agora sob a alçada dos ACES, juntamente com os cuidados primários de saúde e ambulatórios, mantendo, no entanto, os seus vínculos centrais à Direcção-Geral da Saúde e aos programas de educação, promoção e protecção da saúde. A necessidade de reforçar a saúde pública numa escala muito superior foi debatida no Capítulo 3.

Em Portugal, a responsabilidade pela prestação de cuidados continuados tem pertencido tradicionalmente às famílias e às instituições de solidariedade, tendo as instituições públicas desempenhado nesta área um papel menor,⁷ o que se reflete em níveis relativamente baixos de prestação de cuidados continuados no país. Em 2011, apenas 1% da população com mais de 65 anos beneficiava de cuidados de saúde em instituições, havendo ainda 0,4% que recebia cuidados de saúde em casa. Estes números estão muito abaixo das médias da OCDE, com 4% a beneficiar de cuidados de saúde institucionais e 7,9% a receber cuidados de saúde domiciliários. Neste período, Portugal gastava cerca de 0,1% do seu PIB em cuidados continuados, um valor bem inferior à média de 1,6% da OCDE.⁸ Os cuidados paliativos estão ainda relativamente pouco desenvolvidos e são prestados frequentemente por instituições de solidariedade com algum apoio do Governo. Os municípios de maior dimensão empregam assistentes sociais com um financiamento parcial do Ministério da Segurança Social.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI – foi criada em 2006 para desenvolver esta área negligenciada e coordenar os diversos prestadores de cuidados de saúde em hospitais, autarquias locais, misericórdias e no sector privado, no interior de redes locais. Esta situação é ilustrada no exemplo seguinte.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI

Esta rede proporciona reabilitação a curto prazo, assim como cuidados continuados e paliativos, através de equipas multidisciplinares de profissionais que trabalham na comunidade, bem como nos centros de saúde e nos hospitais. São estabelecidas parcerias entre o sector público, o terceiro sector e o sector privado segundo modelos de cooperação e de financiamento partilhado.

- A rede é gerida e monitorizada de forma central, com equipas regionais e locais que coordenam serviços e implementam políticas a esses níveis
- Proporciona a avaliação de cuidados multidisciplinares para doentes que necessitam de recuperação na sequência de uma patologia aguda, bem como os que carecem de cuidados continuados
- Organiza o reencaminhamento entre as equipas de alta hospitalar, os cuidados de saúde na comunidade e os serviços de apoio domiciliário
- Utiliza um sistema informático de gestão de dados

com o objectivo de responder à necessidade de avaliação e monitorização permanentes dos beneficiários dos cuidados de saúde, com análise comparativa dos resultados⁸

- As equipas de coordenação definem padrões de qualidade e de segurança para as instalações e para os profissionais
- Modelo de financiamento desenvolvido para a distribuição de recursos financeiros intersectoriais – orçamentos baseados em programas, que transferem a tónica dos recursos para os resultados

Embora o programa nacional tenha terminado em 2012, as redes locais continuam a prestar cuidados na convalescença, cuidados de média duração e de reabilitação, cuidados paliativos e centros de dia. Desenvolveram-se novos protocolos e parcerias e o número de camas disponíveis subiu de 3 173 em 2007 para 5 900 em 2012.⁹

Os hospitais têm listas de espera para intervenções cirúrgicas electivas e têm muitas camas ocupadas por doentes que só necessitam de cuidados continuados. O desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados foi concebido em parte para dar uma contribuição nesta área, mas houve também reformas positivas no sector hospitalar. Estas incluíram a atribuição de uma maior autonomia aos hospitais do SNS e a criação de uma cisão efectiva entre entidades prestadoras e entidades pagadoras. Na sua maioria, os hospitais do SNS estão actualmente estruturados como Entidades Públicas Empresariais (Hospitais EPE) e um pequeno número mantém-se como empresas públicas (Hospitais SPA, do Sector Público Administrativo), e são financiados através de um processo de contratação anual. Nove de entre eles assumiram a responsabilidade tanto dos serviços como dos cuidados de saúde, tendo um âmbito de funcionamento que ultrapassa a distinção entre cuidados primários e cuidados secundários.⁷

Não existe um método normalizado para a recolha e análise de índices de satisfação dos doentes, apesar de terem sido realizados alguns estudos nesse âmbito. Os

resultados são muito desiguais. O Relatório do Observatório Europeu refere que os portugueses estão bastante satisfeitos com a prestação de cuidados primários de saúde:

“Mais de 70% dos entrevistados estavam muito satisfeitos com o seu médico e o envolvimento deste nos processos de decisão respeitantes à sua saúde. Contudo, colocam-se algumas questões no que respeita à organização dos serviços, pois 55% dos entrevistados referiram a existência de tempos de espera excessivos e dificuldade em comunicar com o médico de família”.

No entanto, o inquérito aos consumidores realizado pela Deloitte em 2011¹⁰ referiu que:

“A satisfação geral é baixa: 13% dos consumidores estão satisfeitos com o desempenho do sistema de cuidados de saúde; 22% não estão de todo satisfeitos. Os consumidores estão insatisfeitos com os tempos de espera (70%), as formas de acesso (39%), a incapacidade de dar prioridade a um atendimento centrado no doente (37%) e no bem-estar (34%). Os consumidores estão satisfeitos com a tecnologia moderna (41%), a inovação (40%) e as instalações (29%)”.

NOVOS MODELOS DE SERVIÇO

Portugal tomou muitas medidas no sentido de integrar serviços; por exemplo, promoveram-se os cuidados primários de saúde como núcleo em que se procura integrar as necessidades dos cidadãos; criaram-se mais unidades na comunidade de serviços integrados e de tratamento de doenças agudas, com capacidade para deslocar profissionais e funcionamento para além dos limites do hospital e da comunidade; estabeleceram-se protocolos de Via Verde para a doença coronária e os acidentes vasculares cerebrais, concebidos para a gestão dos cuidados de saúde transpondo fronteiras organizacionais e assegurando, para todos os doentes, um tratamento rápido e baseado nas evidências científicas. A criação do Saúde 24 e do Portal da Saúde complementam esta abordagem.

Um relatório recente destacou a importância da integração de serviços e insistiu que existem neste âmbito diversos fatores a ter em conta, incluindo: a dimensão clínica; os incentivos financeiros; as questões administrativas e as relacionadas com a gestão das organizações, como a criação de estruturas para promover a integração e o reforço de uma cultura de integração organizativa.¹¹

Muitos destes elementos têm ainda de ser postos em prática em Portugal e noutros países. Por exemplo, os sistemas financeiros dos países ocidentais incentivam predominantemente as iniciativas confinadas ao interior de “compartimentos” organizativos e não as que os ultrapassam. Portugal não é exceção a esta regra. Diversas alterações destinadas a promover uma maior integração não foram ainda totalmente

postas em prática. A título de exemplo, as alterações nos cuidados primários de saúde apenas abrangem metade do país; as Via Verde são utilizadas apenas em 30 a 40% dos doentes; e os serviços hospitalares e comunitários integrados não foram devidamente avaliados.

Nas páginas que se seguem, aborda-se o novo tipo de serviços necessários para o futuro, ilustrando-os com alguns exemplos do que está já a ser feito e poderá ajudar a construir esse futuro. Os auto-cuidados e os cuidados partilhados foram abordados no Capítulo 2. Por sua vez, este capítulo trata dos seguintes temas:

- A gestão das doenças crónicas.
- Os cuidados prestados na comunidade e no domicílio, que incluem os cuidados primários, continuados e paliativos.
- A saúde mental.
- Os serviços para tratamento de doenças agudas e os serviços de especialidades médicas.

GESTÃO DAS DOENÇAS CRÓNICAS

O aumento da incidência das doenças crónicas e o consequente impacto na vida das pessoas e nos custos para a sociedade foi já abordado no Capítulo 2. Destacam-se três aspectos: estima-se que o número de pessoas com doenças crónicas é de 5,4 milhões e está a aumentar rapidamente com o envelhecimento da população; verificam-se níveis elevados de obesidade nas crianças, o que as tornará futuramente mais suscetíveis a desenvolverem doenças; muitos portugueses passam maiores períodos da sua vida com problemas de saúde do que os seus contemporâneos da Europa Ocidental.

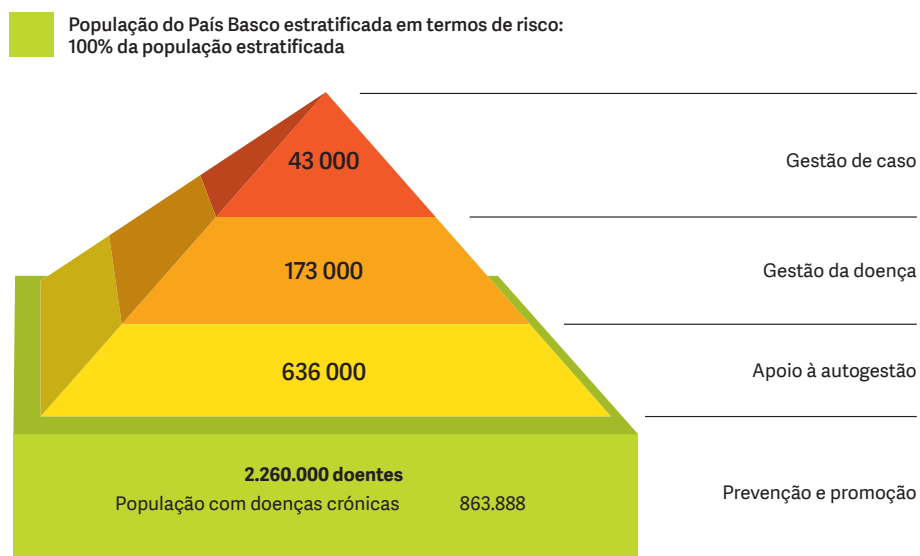
A redução destes níveis elevados de morbilidade deverá constituir uma prioridade para Portugal, não apenas para melhorar a vida das pessoas mas também, como a Comissão irá propor no Capítulo 7, como uma das estratégias principais para conseguir um sistema de saúde financeiramente sustentável.

A nível internacional, muitos países desenvolveram métodos bastante sofisticados para a segmentação da sua população em termos do risco de necessitar de cuidados por parte do sistema de saúde, com o objectivo de estabelecer formas de dar resposta às necessidades de cada um desses segmentos da população. A Figura 1, abaixo publicada, refere-se à população do País Basco, e demonstra o modo como o Governo criou uma “*Pirâmide Kaiser*” – uma designação que tem origem na empresa Kaiser Permanente, onde essa abordagem foi desenvolvida – para ilustrar o número de cidadãos que se encontra em cada um dos quatro segmentos da pirâmide, de modo a planear a forma de melhor os acompanhar. O pequeno grupo no topo da pirâmide é constituído sobretudo por pessoas com doenças crónicas múltiplas e complexas, que requerem atenção do seu “gestor de caso”; o segundo grupo, com maior dimensão,

corresponde a indivíduos que têm, na sua maioria, uma ou duas doenças e deverá receber cuidados de saúde por parte das especialidades adequadas, em articulação com os cuidados primários de saúde; no terceiro e o quarto grupos, de muito maior dimensão, as pessoas beneficiam sobretudo de apoio para a autogestão e a promoção da saúde e de serviços de prevenção de doenças.

Estes segmentos podem também ser correlacionados com a previsão de custos do sistema. Assim, por exemplo, em muitos países ocidentais, cerca de 5% da população (neste exemplo o grupo no topo) utiliza cerca de 40% dos recursos dos cuidados de saúde, enquanto 10% (os dois grupos de cima) utilizam cerca de 70%. Uma análise recente realizada no norte de Inglaterra sugere que quando são tidos em conta os custos da totalidade dos serviços de saúde prestados, incluindo os de apoio no domicílio, que não são cobertos pelo orçamento da saúde, cerca de 3% da população utiliza aproximadamente 2/3 do orçamento total.

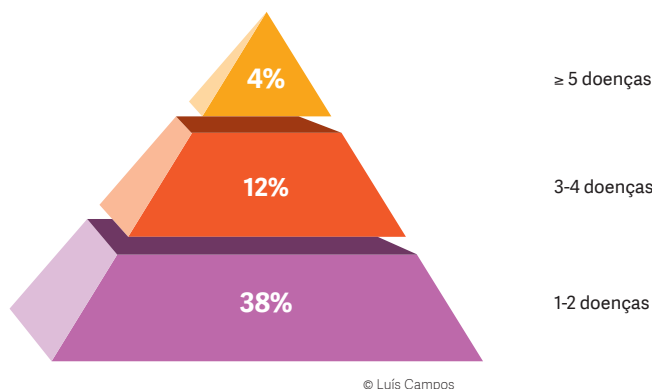
Figura 1 • Gestão das doenças crónicas no País Basco¹²



Luís Campos realizou uma análise semelhante em Portugal, baseada nos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Calculou que a percentagem da população portadora de uma ou mais doenças crónicas seria a que se mostra na Figura 2. Tal significaria, em Portugal que, 5,4 milhões de pessoas têm pelo menos uma doença crónica. Não foi possível calcular os custos totais do que tal implica, mas estimou-se que o grupo de 5% das permanências mais prolongadas nos hospitais portugueses é responsável por 31% dos dias com ocupação de cama nas instituições hospitalares.¹³

Figura 2 • Percentagens da população portuguesa com uma ou mais doenças crónicas

Pirâmide da necessidade de cuidados dos doentes crónicos da Kaiser Permanente aplicada à população portuguesa (INS 2005-2006).



Estas análises demonstram a importância de criar os melhores modelos de serviços para lidar com as doenças crónicas, tanto em termos da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde para o doente, como em termos da gestão de custos do sistema. A figura 1 dá-nos uma dupla lição: a importância da prestação do tipo adequado de serviço para cada grupo de doentes e, em segundo lugar, mas igualmente importante, a importância da prevenção e da promoção da saúde para manter as pessoas tão perto da base da pirâmide quanto possível.

CUIDADOS NA COMUNIDADE, NO DOMICÍLIO E PRIMÁRIOS

Nos próximos 25 anos, vai ocorrer uma grande transição, evoluindo-se de um serviço de saúde baseado nos hospitais para outro modelo em que a maioria dos cuidados será prestada na comunidade – frequentemente cuidados partilhados entre os cidadãos e os seus médicos. É um futuro em que os cuidados serão sobretudo prestados aos doentes nos locais onde residam, em vez de terem de recorrer ao hospital, distante e frequentemente muito sobrecarregado. A ciência e sobretudo a tecnologia, como se refere no Capítulo 4, irão contribuir de uma forma muito importante para que tal aconteça.

Por motivos relacionados tanto com a qualidade como com os custos, as políticas nacionais e internacionais estão a evoluir neste sentido. Todos os Grupos de Trabalho da Comissão defenderam esta abordagem, tendo o Grupo de Trabalho 4 sublinhado as possibilidades abertas pela:

“adoção, em grande escala, de dispositivos móveis num ambiente não hospitalar, tanto em termos de prevenção como de apoio à prestação de cuidados de saúde.”

Por seu lado, o Grupo de Trabalho 1 recomendou que os cuidados primários de saúde devem estar no centro de todo o sistema:

“Todos os cidadãos ou famílias têm a oportunidade de aceder a uma equipa de Cuidados Primários de Saúde ao nível local. Esta equipa tem como objectivo coordenar a gestão das necessidades de saúde das pessoas.”

Tal como foi referido anteriormente, nos últimos anos têm-se verificado melhorias nos cuidados primários de saúde, para os quais foi criada uma nova organização. No entanto, foi repetidamente referido à Comissão persistirem problemas nos quais se incluem a frequência com que os utentes ainda recorrem aos hospitais em lugar de procurarem o médico de família. Registaram-se preocupações sobre o financiamento e os recursos humanos, sobre a comunicação entre cuidados primários e secundários, e sobre os comportamentos dos utentes. São problemas com relevância para um tipo de serviço que deverá ser a base de todo o sistema no futuro.

Em Portugal, os cuidados primários de saúde não tiveram ao longo dos anos o mesmo investimento e desenvolvimento de outros países europeus. Em Inglaterra, por exemplo, os médicos de clínica geral têm uma retribuição remuneratória idêntica à dos médicos hospitalares e recebem incentivos para prestar serviços anteriormente realizados em hospitais. O Governo tem-lhes também atribuído orçamento próprio para contratualizar serviços hospitalares para os seus utentes, pelo que, no presente, desempenham um papel verdadeiramente central no sistema de saúde.

À medida que noutros países se desenvolveu a transição de serviços, de hospitais para a comunidade, os cuidados primários sofreram pressões crescentes, e os modelos tradicionais, baseados num pequeno número de médicos de clínica geral funcionando num determinado local de atendimento começaram a parecer antiquados. Um estudo recente realizado, pelo King's Fund e pelo Nuffield Trust, constatou que não existe um modelo organizativo que seja ideal para todas as situações, propondo-se, em vez disso, um conjunto de princípios fundadores para o futuro.¹⁴ Concluiu que os cuidados primários de saúde ir-se-ão provavelmente constituir como um conjunto diversificado de unidades, ligadas entre si em rede, e desenvolvendo parcerias para aumentar a sua escala, âmbito e capacidade organizativa. Esta abordagem verifica-se noutros países, tais como a Nova Zelândia, a Holanda, o Canadá e os Estados Unidos.¹⁴

Em Portugal, os Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES – são em muitos aspectos um bom exemplo desta tendência. Estão concebidos para fornecer orientação, coordenação e apoio aos cuidados primários e comunitários e, deste modo,

Em Portugal, os cuidados primários de saúde não tiveram ao longo dos anos o mesmo investimento e desenvolvimento de outros países europeus.

parecem adequar-se bem a esse papel. Estes Agrupamentos foram desenvolvidos numa base voluntária e apenas se encontram em funcionamento em metade do país. Dada a dimensão dos problemas e a importância atribuída à criação de uma nova relação dos serviços de apoio domiciliário e de cuidados primários de saúde, há a necessidade óbvia em estender este modelo a todo o país.

A Comissão considera ser também necessário um conjunto de novas ideias numa área em que as tecnologias ainda não foram verdadeiramente exploradas, e em que parecem existir estruturas e práticas de recursos humanos bastante rígidas. Sugere, por isso, que esta é uma área onde deverá haver mais diversidade e experimentação, o que poderia incluir o apoio a novas categorias de profissionais, tais como o enfermeiro de família referido no capítulo 6; ligações mais estreitas dos cuidados primários de saúde aos serviços comunitários, ênfase na saúde pública; monitorização e formas de tratamentos domiciliários inovadoras, parcerias entre os diversos sectores, incluindo os grupos privados e não governamentais; maior desenvolvimento de modelos para a continuidade do tratamento de doenças agudas nos serviços comunitários.

A Comissão entende que Portugal poderia ponderar uma abordagem “baseada nos meios existentes”, que está em voga em alguns países. Esta abordagem traduz-se na utilização, por parte dos profissionais de saúde e dos prestadores, dos meios disponíveis na comunidade para fornecer cuidados e promover a saúde e o bem-estar.¹⁵ Não se trata de um conceito novo (em ambientes de poucos recursos, as pessoas sempre improvisaram e inovaram desta forma) mas tem atraído cada vez mais interesse no Ocidente à medida que os recursos se tornam mais limitados.^{16,17} Esta abordagem “baseada nos meios existentes” é um bom exemplo do trabalho intersectorial defendido no Capítulo 3. Todos têm um papel a desempenhar na melhoria da saúde e dos cuidados de saúde.

A Comissão reconhece o excelente exemplo por parte de diversos ministérios, do SNS e dos municípios que, em 2006, criaram concertadamente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. É um exemplo de trabalho conjunto e ilustra também os esforços que cada vez mais há que fazer para permitir que as pessoas mantenham a sua independência à medida que ficam progressivamente mais limitadas pela incapacidade e pela idade. Esta irá sem dúvida tornar-se uma área de investimento prioritária se, e quando, houver financiamento disponível.

Os cuidados paliativos constituem outra área que necessita ser desenvolvida globalmente, tendo sido, nesse sentido, objecto de uma resolução da Assembleia Mundial de Saúde em 2014. Em Portugal, à semelhança de outros países, foi em grande parte implementada por profissionais com uma paixão por esta área, e atualmente carece

de ser incrementada de um modo generalizado. Existe investigação recente tanto sobre os níveis de necessidade de cuidados paliativos¹⁸ como sobre o modo como os cuidados paliativos poderão ser prestados por cuidadores não especializados.¹⁹

Investigação recente também demonstrou que em Portugal, 25% a 40% dos doentes admitidos em hospitais morrem no prazo de um ano, e 60% dessas mortes verifica-se em hospitais de agudos, apesar de muitos doentes expressarem desejo de morrer em casa.²⁰ É, portanto, necessário desenvolver cuidados paliativos em contexto domiciliário. O exemplo seguinte mostra a forma como esse objetivo está a ser concretizado no Nordeste do País, que poderá constituir-se num exemplo a ser disseminado noutras regiões.

EXEMPLO PORTUGUÊS

Cuidados paliativos em Trás-os-Montes

Desde 2009, a Fundação Calouste Gulbenkian tem apoiado um programa-piloto de cuidados paliativos domiciliários no Planalto Mirandês, em Trás-os-Montes. De aldeia em aldeia, um médico, enfermeiros e outros profissionais de saúde ajudam dezenas de doentes de diversas idades e circunstâncias sociais e familiares a passarem o final das suas vidas da forma mais digna e adequada. O âmbito desta iniciativa ampliou-se

no apoio à criação de 6 Unidades Domiciliárias de Cuidados Paliativos (UDCP) em zonas rurais e urbanas do norte e do sul do país e ao seu funcionamento, em parceria com entidades locais (Misericórdias e outras instituições de solidariedade, municípios, unidades locais de saúde) são apoiadas por um período de três anos, para assegurar a sua sustentabilidade e a ulterior integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

SAÚDE MENTAL

Na última década a saúde mental tornou-se uma prioridade fundamental para a saúde em Portugal, tendo sido estabelecido um Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. As investigações que antecederam a publicação do documento mostraram que os serviços de saúde mental apresentam lacunas graves no tocante à acessibilidade, à equidade e à qualidade dos cuidados prestados.²¹ Apenas uma pequena percentagem das pessoas com problemas de saúde mental tem acesso a serviços especializados. A maioria dos recursos continua a estar concentrada em Lisboa, Porto e Coimbra, e os profissionais nos centros urbanos. A hospitalização continua a absorver a maioria dos recursos (83%), apesar de toda a evidência científica demonstrar que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas, são muito mais eficazes e são valorizadas e têm a preferência dos doentes e das famílias.^{22,23}

Neste aspecto, a Comissão considera que os programas em curso devem ser alargados, para que no futuro seja possível prestar serviços de saúde mental de qualidade e baseados em intervenções na comunidade.

Um relatório recente sobre os factores sociais determinantes da saúde mental, publicado conjuntamente pela Fundação Calouste Gulbenkian e pela OMS, destaca a importância de abordar a saúde mental ao longo de toda a vida, e sublinha também a necessidade de dar a todas as crianças o melhor início de vida possível – para seu benefício, mas também para benefício da sociedade em geral.²⁴ Esta é uma questão importante que será novamente abordada no capítulo final deste relatório.

SERVIÇOS DESTINADOS AO TRATAMENTO DE DOENÇAS AGUDAS E SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Apesar de ser necessário expandir os serviços comunitários e de apoio domiciliário e diversificar a forma como são prestados, os serviços para tratamento de doenças agudas e os serviços especializados têm de ser mais concentrados e, em muitos aspectos, mais padronizados, fixando processos e protocolos para o efeito.

Em Portugal, os serviços dedicados ao tratamento de doenças agudas e os serviços de especialidade são normalmente muito considerados. No entanto, tal como é referido no último capítulo, existem grandes variações quanto à sua prática, resultados e qualidade. Muitas partes interessadas (*stakeholders*) afirmaram à Comissão que é necessário realizar mudanças para concentrar os serviços especializados e criar redes de especialidades que interliguem instituições atuando em zonas alargadas do país, por forma a melhorar os níveis de qualidade. Esta decisão teria também, como efeito, libertar verbas e profissionais para incrementar serviços comunitários.

No passado, esta foi uma questão especialmente controversa e geradora de oposições. Os médicos e os doentes defensores desta solução eram motivados pela vontade de melhorar a qualidade e a segurança. Destacaram a necessidade de concentrar as competências e sublinharam os riscos de se realizarem determinadas intervenções especializadas em instalações relativamente mal equipadas, que não dispõem de uma vasta gama de competências e serviços de apoio, comprometendo assim quer a qualidade quer a segurança. A Comissão tomou também conhecimento de organizações onde estas mudanças estão já a ocorrer, através da cooperação de hospitais que prestam serviços especializados numa grande cidade ou numa região geográfica com uma razoável dimensão.

Estas mudanças, que implicarão o encerramento de serviços hospitalares e, em alguns casos, mesmo o encerramento de hospitais, têm quase sempre a oposição do público em geral – que as vê simplesmente como “cortes” e como reduções nos serviços – e de alguns profissionais de saúde cujos interesses são afectados. A Comissão

sublinha que o Ministério da Saúde publicou recentemente uma carta hospitalar para o país que descreve o papel que cada hospital irá desempenhar no futuro. Considera, no entanto, ser fundamental que a distribuição dos serviços especializados seja analisada em termos de qualidade e de segurança e que sejam criadas redes de especialidades que ponham em articulação os clínicos nas zonas mais remotas com os centros académicos especializados. As recomendações anteriores da Comissão sobre a problemática da qualidade, a utilização dos conhecimentos científicos como base das boas práticas e a necessidade de haver maior abertura e transparência irão contribuir para que tal se concretize.

O exemplo da *ParkinsonNet* aqui referido é, sob muitas formas, um modelo para a prestação de serviços especializados no futuro. Estrutura-se em torno de redes assentes nas tecnologias, que envolvem tanto doentes como profissionais de saúde, é multidisciplinar e solidamente baseado na evidência científica. É um modelo que poderia ser replicado noutras especialidades. O segundo exemplo descreve redes de tratamento de cancro no Reino Unido que, apesar de não fazerem participar os doentes tão marcadamente como a *ParkinsonNet*, mostram a forma como especialistas e médicos de clínica geral, nos hospitais e nos cuidados de saúde primários, podem trabalhar em conjunto através de protocolos e processos partilhados para prestar em cada caso cuidados baseados na melhor evidência científica.

Um aspeto fundamental a considerar é o facto de estas redes abrangerem a totalidade dos países referidos e requererem um alto nível de cuidados de saúde. .

EXEMPLO INTERNACIONAL

A ParkinsonNet na Holanda

A *ParkinsonNet* desenvolveu comunidades regionais de cuidados constituídos por profissionais de saúde especializados na doença de Parkinson e pelos próprios doentes. Os profissionais que participam nesta rede são selecionados e continuamente treinados para a utilização de linhas orientadoras baseadas na evidência científica e apoiados na sua comunicação e colaboração. Além disso, a *ParkinsonNet* investe na investigação e desenvolve orientações de prática clínica. As pessoas com doença de Parkinson podem entrar em contacto com os especialistas através de um motor de busca no *site* da *ParkinsonNet*. Podem ainda

informar-se sobre todas as evidências e orientações e consultar as informações e os dados estatísticos sempre que o desejarem. Esta rede baseia-se nos cuidados partilhados e nos processos partilhados de decisão entre profissionais e cidadãos.

Através da reorganização dos cuidados de saúde, a *ParkinsonNet* alarga os conhecimentos dos profissionais de saúde e promove a qualidade dos cuidados e da saúde do doente, reduzindo ainda os custos sociais. Em 2010 conseguiu-se na Holanda a cobertura nacional, através de 66 redes originais e multidisciplinares.

Cancer networks

Os *Cancer Networks* são um exemplo organizativo para os serviços de tratamento de cancro, tendo sido criadas no Reino Unido em 2002 ao abrigo do Plano para o Cancro. Esta rede de cuidados de saúde inclui desde unidades de cuidados simples, onde se realiza o tratamento de cancros mais comuns e a avaliação e o diagnóstico de cancros menos frequentes, até centros oncológicos, onde são tratados os cancros mais raros e são realizados tratamentos altamente especializados de radioterapia, transplante de medula óssea, etc. Estas redes congregam responsáveis do sistema de saúde (autoridades de saúde, grupos de cuidados de saúde primários e *trusts*) e prestadores (cuidados de saúde primários, comunitários e hospitalares), o sector do voluntariado e autoridades locais. Cada rede serve normalmente uma população de um a dois milhões de pessoas.²⁵ Através dos *Cancer Networks*, os serviços podem ser planeados ao longo de todo o percurso de cuidados

para doentes com cancro, e os recursos orientados para onde são mais necessários, para dar resposta às necessidades de tratamento da população de uma dada região – que poderá não corresponder ao hospital local. É encorajada a continuidade dos cuidados e poderão ser desenvolvidas acções combinadas que contribuam para a diminuição do risco de cancro, através de uma actuação nas áreas do consumo de tabaco e da alimentação.

Os *Cancer networks* revelaram já a sua eficácia em várias regiões – nomeadamente as nove redes envolvidas no *Cancer Services Collaborative*. Mais recentemente, em Janeiro de 2014, os dirigentes do NHS-UK iniciaram um novo plano quinquenal destinado a transformar os serviços oncológicos da capital do país por forma a ir ao encontro das necessidades de um número crescente de doentes locais, sobreviventes de cancro.²⁶

ORGANIZAÇÃO

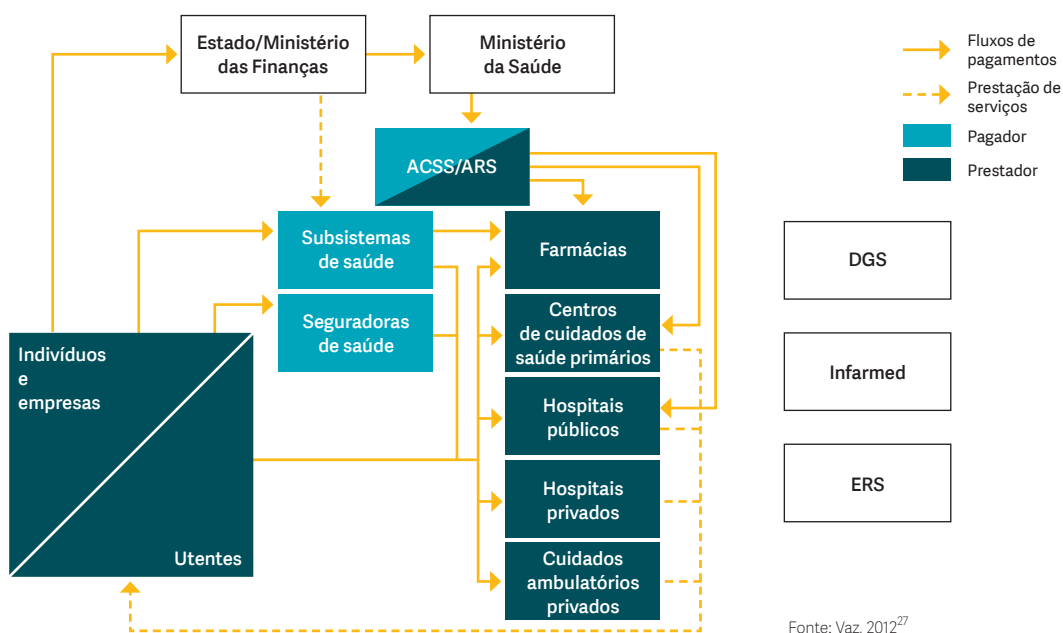
Esta grande reconfiguração dos serviços irá mudar a tipologia das infra-estruturas de cuidados de saúde em todo o país. Com o passar do tempo, haverá menos hospitais, estes serão mais especializados, e haverá muitos mais serviços prestados localmente e mais recurso ao uso de meios informáticos. Trata-se de um grande programa de transição, que demorará vários anos a concluir, e tem de ser adequadamente planeado, gerido e monitorizado.

Este tipo de planeamento, a gestão e a monitorização tem duas partes. Em primeiro lugar, pertencem ao Ministério da Saúde a liderança global do SNS e a responsabilidade pelo desenvolvimento e manutenção de todo o sistema de saúde que dispõe dos meios para realizar as mudanças necessárias. Em segundo lugar, a Comissão propôs no Capítulo 1 a criação de um Conselho Nacional de Saúde, enquanto aliança de toda a sociedade, que poderia tutelar e orientar a visão para o futuro, ter uma perspectiva de conjunto do sistema e funcionar como consultor para as políticas que se integram nessa visão. Esse organismo deverá ser representativo dos cidadãos e de

todos os sectores da sociedade, politicamente independente e responsável perante a Assembleia da República, o Conselho de Ministros (através do Ministro da Saúde) e a sociedade em geral.

O SNS português, que, como qualquer outro serviço de saúde, cresceu e foi modificado várias vezes ao longo de 40 anos, é simultaneamente complexo e específico do país. A Figura 3 dá uma perspectiva simplificada do sistema e ilustra as suas características principais.

Figura 3 • Estrutura actual do sistema de cuidados de saúde português



Fonte: Vaz, 2012²⁷

O Ministério da Saúde é responsável pelas políticas do SNS e regulamenta o conjunto do sector de saúde. Efectua muitas funções de planeamento, regulamentação e gestão, tanto directamente, através dos seus representantes, como indirectamente, através de institutos e empresas públicas. A sua administração directa inclui a Direcção-Geral da Saúde, responsável por todos os programas de saúde pública, pela qualidade, pela vigilância epidemiológica, pelos estudos e estatísticas da saúde; a Inspecção-Geral das Actividades em Saúde, que presta serviços de auditoria; a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, que efectua a coordenação e o apoio técnico; e a Autoridade para os Serviços de Sangue e de Transplantação.

A lei de 1979, que criou o SNS, estipulou que deverá haver um controlo centralizado mas com uma gestão descentralizada, e a governação directa é realizada através de duas instituições públicas: a Administração Central do Sistema de Saúde e as Administrações Regionais de Saúde, que são referidas na Figura 3 como ACSS e ARS.

A ACSS é responsável pela gestão de recursos financeiros e humanos, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias de informação. É também responsável pela definição das políticas, regulamentação e planeamento da saúde e pelo trabalho com a ARS nas contratações de serviços de saúde.

As cinco administrações regionais de saúde – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve – têm um conselho responsável perante o Ministério da Saúde, e gerem o SNS a nível regional. Estão incumbidas da gestão estratégica da saúde, da supervisão e do controlo dos hospitais, e têm uma responsabilidade directa de gestão no que respeita aos cuidados e aos centros de saúde. São responsáveis pela implementação, a nível regional, dos objectivos das políticas nacionais de saúde, e pela coordenação, a todos os níveis, dos cuidados de saúde, incluindo a realização de acordos e protocolos com entidades privadas e a sua articulação com órgãos do Governo. As regiões autónomas dos Açores e da Madeira têm os seus próprios sistemas regionais de saúde.

Os serviços são prestados, tal como é mostrado na Figura 3, por uma combinação de organismos do SNS e de organizações privadas com e sem fins lucrativos. Os vários órgãos centrais – identificados no lado direito da Figura 3 pela Direcção-Geral da Saúde – DGS, a entidade reguladora dos serviços farmacêuticos Infarmed e a Entidade Reguladora da Saúde – ERS – também desempenham diversas funções reguladoras e de relação com os diversos prestadores de serviços.

A Figura 3 mostra, no canto inferior esquerdo, a forma como é realizado o financiamento do sistema, através dos cidadãos e das empresas na forma de impostos, prémios de seguros e taxas moderadoras. O Ministério das Finanças recorre em mais de 70% aos impostos para financiar o Ministério da Saúde, enquanto os subsistemas são subsidiados directamente a partir do orçamento de Estado. Por seu lado, o Ministério da Saúde financia as administrações central e regionais, que juntamente com os subsistemas, financiam os prestadores de serviços.

Com a concorrência crescente nos cuidados de saúde e uma maior descentralização do SNS, a Entidade Reguladora da Saúde foi criada, em 2003, como organismo independente do Ministério da Saúde, responsável pelas políticas de concorrência e funcionando como entidade reguladora de prestação de cuidados de saúde. Foi modificada em 2009 e, actualmente, tem como objectivo assegurar que os prestadores de serviços cumprem os requisitos de qualidade, garantir o acesso aos cuidados de saúde, os direitos dos doentes e zelar pelo cumprimento das regras da concorrência entre os prestadores de serviços.

Segundo a Constituição da República Portuguesa, o Ministério da Saúde tem a obrigação de elaborar um plano para o SNS, e estabeleceu, pela primeira vez em 1998, uma estratégia nacional de saúde e uma política de cuidados de saúde com objectivos quantificados e metas. Mais recentemente, em 2004, as prioridades do SNS foram reunidas num Plano Nacional de Saúde (2004-2010) e, em 2005, foi nomeado um Alto-Comissário para a Saúde incumbido de assegurar a sua implementação.²⁸ A isto seguiu-se o actual Plano para 2011-2016, sendo extinto o Alto-Comissariado. As prioridades identificadas pelo Ministério da Saúde em 2012 foram a nutrição, o cancro, as doenças cardiovasculares, a diabetes, as doenças respiratórias, a saúde mental, o combate ao tabagismo e o VIH/Sida. Subsequentemente, as infecções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos agentes anti-microbianos foram acrescentadas como novas prioridades.

UMA NOVA CONCEPÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PARA RESPONDER ÀS NECESSIDADES DO FUTURO

O SNS é um sistema complexo que foi-se expandindo ao longo dos anos com novas disposições organizativas acrescentadas às já existentes. Como resultado, é difícil tanto tomar decisões como discernir claramente quem é, em última instância, responsável por cada área. A existência de três entidades que aparentemente se sobrepõem na responsabilidade da supervisão da qualidade do sistema foi referida no Capítulo 4. A Comissão ouviu muitas queixas de partes interessadas sobre os processos administrativos, a falta de tomada de decisões e a pouca clareza em relação a responsabilidades e funções. A Comissão apercebeu-se também de aspetos que a levam a concordar com o comentário de vários stakeholders que afirmaram: “*em Portugal não existe falta de políticas... apenas falta de implementação*”.⁷

A Comissão não propõe uma mudança total do sistema, em parte porque essa mudança seria muito negativa, levaria muito tempo e seria muito cara; mas também porque grande parte do sistema atual funciona razoavelmente bem. São necessárias, no entanto, algumas mudanças estratégicas para melhorar o seu desempenho. Sobretudo, a Comissão considera que actualmente é fundamental avaliar e esclarecer responsabilidades e sistemas de prestação de contas e simplificar todo o sistema. Isto é especialmente importante tendo em vista as mudanças já introduzidas e as que são propostas neste relatório. Esta avaliação deverá ter como objectivo a criação de um sistema de saúde capaz de enfrentar os desafios do futuro, aproveitando todos os princípios basilares enumerados no Capítulo 1, e reproduzidos abaixo na Figura 4.

Figura 4 · **Princípios basilares para um sistema de saúde e de cuidados de saúde sustentável e com elevada qualidade no Século XXI**

UM SISTEMA DE SAÚDE E DE CUIDADOS DE SAÚDE SUSTENTÁVEL E COM ELEVADA QUALIDADE NO SÉCULO XXI PRECISA DE:

- **Ter uma base social alargada** – ser construído com base numa visão partilhada que aborde todos os factores determinantes da saúde.
- **Ser motivado por valores** – assegurar que abrange toda a população equitativamente.
- **Ser inclusivo** – mobilizar todos os sectores da sociedade num novo pacto social para a saúde.
- **Ser responsável e responsabilizado** – ser claro quanto às responsabilidades e à autoridade e manter a população informada.
- **Ser aberto e transparente** – disponibilizar aos cidadãos a informação que lhes diz respeito, e o acesso às informação sobre a qualidade e o custo dos serviços.
- **Estar centrado nas pessoas** – facultar cuidados de saúde compassivos e seguros, integrados e personalizados para cada indivíduo, e fazer com que os doentes participem plenamente nos processos de decisão.
- **Funcionar a nível local e ser acessível** – sempre que possível, com serviços prestados no domicílio ou na comunidade local e com processos de decisão também aí desenvolvidos.
- **Basear-se em parcerias e equipas** – assegurar a cooperação e a partilha de conhecimentos entre os médicos e demais profissionais de saúde bem como entre estes, os cidadãos e os parceiros.
- **Basear-se nas evidências científicas** – divulgar a informação científica e disseminá-la por todo o sistema.
- **Centrar-se na melhoria contínua da qualidade** – e na sua implementação e aprendizagem.
- **Ser expedito e económico** – utilizar da melhor forma os recursos disponíveis e evitar o desperdício.

Todos estes aspectos são relevantes; no entanto, a Comissão pretende ressaltar a importância da responsabilização e transparência e a necessidade de promover processos de decisão locais e estabelecer regras claras para que indivíduos e instituições possam prestar contas. Isto deverá ser acompanhado por uma transparência muito maior quanto aos dados estatísticos, aos processos de funcionamento e ao desempenho das organizações. A Comissão verificou que, apesar das mudanças ocorridas nos últimos anos, algumas pessoas continuam a sentir que há demasiada informação que é mantida reservada e que demasiadas nomeações podem estar associadas a influências políticas. Seja qual for a verdade que esteja na base dessas convicções, é imperativo dar-lhes resposta através da disponibilização dos dados estatísticos e de

um amplo conhecimento dos processos de funcionamento para haver um escrutínio aberto das decisões tomadas.

Esta avaliação deverá conduzir a uma redução do número de organismos nacionais dentro do sistema e a uma redução das despesas globais. A Comissão não procurou quantificar possíveis poupanças mas, baseando-se em avaliações análogas em outros países, não ficaria muito surpreendida se a poupança no número de organizações e nos custos não correspondesse pelo menos a 25%, e até mesmo a valores superiores a este. O financiamento obtido desse modo poderia ser reinvestido quer no serviço SNS-Evidência já proposto, quer no organismo para coordenar a implementação da qualidade no sistema quer no reforço da saúde pública.

Esta análise deverá ser efectuada em consonância com os princípios basilares da Figura 4 e, tendo em conta três premissas:

1. Promoção da responsabilidade local, delegando mais autoridade e competências nas organizações locais do SNS e reduzindo o peso da regulamentação e da supervisão que sejam desnecessárias ou consideradas duplicadas.
2. Transferência de financiamento das funções de supervisão e regulação para as entidades que apoiam a implementação e a prestação de serviços.
3. Melhoria da responsabilização e dos processos de decisão, beneficiando assim o funcionamento e a eficiência de todo o sistema.

PARCERIAS NO PLANEAMENTO E NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A importância das parcerias no planeamento e na prestação de serviços foi abordada em capítulos anteriores, de acordo com os princípios basilares descritos na Figura 4. Grande parte deste debate tem incidido no desenvolvimento de parcerias com outros sectores do Governo, municípios, organizações de doentes e instituições de solidariedade social. Estas são questões normalmente isentas de polémica, mas no entanto verifica-se alguma discordância no que respeita ao envolvimento de organizações privadas com fins lucrativos no SNS, seja através da criação de novas unidades ou da prestação de serviços numa base contratual.

Muitos dos argumentos em relação a esta questão são políticos e ideológicos – havendo pessoas que vêem o sector privado como o potencial salvador do SNS e outras que o vêem como o potencial destruidor. A perspectiva da Comissão é prática e pragmática. Baseada na experiência e na evidência de outros sistemas de saúde, concluiu que as organizações privadas podem desempenhar um papel significativo trazendo novas competências, recursos e espírito de iniciativa ao SNS. No entanto, a sua intervenção deve ser realizada no interior de um enquadramento claro a nível nacional, e como parte de um sistema integrado que minimize os riscos e maximize esses benefícios.

A concorrência entre as organizações do SNS e o sector privado é abordada no Capítulo 7. Levantam-se aqui dois conjuntos principais de questões. O primeiro é sobre os valores e objectivos e sobre a forma de assegurar que as iniciativas são direccionadas para o benefício da população e dos doentes e não apenas para os proveitos do sector privado. O segundo é operacional, sobre a forma de assegurar que o envolvimento de organizações privadas não resulte numa “procura motivada pela oferta” – em que a capacidade instalada é utilizada simplesmente porque já existe ou é induzida por razões não científicas (comerciais ou outras) – e garantir que os serviços não se segmentam, podendo pelo contrário ser utilizados com sucesso por todos os indivíduos.

A Comissão recomenda que se lide com estes dois conjuntos de questões através da criação de um Acordo Público-Privado que estabeleça o enquadramento para a participação das organizações do sector privado no sistema nacional de saúde. Este enquadramento teria de incluir todos os aspectos referidos na Figura 4 – abrangendo, por exemplo, os valores partilhados e a transparência – estabelecendo, para as organizações do sector privado as mesmas exigências operacionais das organizações do SNS.

Esta proposta vai ao encontro das recomendações de 2010 da OMS, quando sublinhou que Portugal deveria “*esclarecer o papel do sector privado através de um enquadramento político coerente; regulamentar e assegurar o cumprimento das exigências de informação pública, padrões de qualidade e segurança, regras para o duplo emprego e mecanismos de preços e de pagamento*”.²⁹

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Um sistema de saúde para o futuro tem de estar centrado nas pessoas e ter capacidade para prestar cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos, o que implica grandes mudanças. Estas mudanças proporcionam a oportunidade para uma grande criatividade no desenvolvimento de novos modelos de serviços e para uma nova concepção do sistema de saúde, por forma a ir ao encontro das necessidades do século XXI. Tal como este capítulo mostrou, Portugal tem já muitas das características-chave que lhe irão permitir a melhoria dos serviços e dos sistemas. São precisas, no entanto, algumas medidas imediatas para acelerar e consolidar as mudanças necessárias.

Este capítulo baseou-se, em grande parte, nas deliberações do Grupo de Trabalho 1 e nas contribuições de diversas partes interessadas. No seguimento das discussões com este Grupo e das deliberações que se seguiram, a Comissão decidiu efectuar três recomendações nesta área.

Um sistema de saúde para o futuro tem de estar centrado nas pessoas e ter capacidade para prestar de cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos, o que implica grandes mudanças.

RECOMENDAÇÕES

14. **NOVOS MODELOS PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE.** Os decisores políticos, os responsáveis pelo planeamento e os prestadores de serviços devem trabalhar em conjunto para criar serviços de cuidados integrados, com especial ênfase nos que se destinam à gestão de doenças crónicas, à disponibilização de mais cuidados domiciliários e de proximidade e à criação de redes de especialidades – associadas a centros de referência e cobrindo todas as zonas do país através da tecnologia e de protocolos partilhados.
15. **RESPONSABILIZAÇÃO E CUSTOS ADMINISTRATIVOS.** As responsabilidades precisam de ser bem estabelecidas em todo o sistema e é necessária uma análise sobre o número e as funções de muitos organismos públicos associados à saúde e respectivos cuidados, reduzindo o seu número e respectivos custos em pelo menos 25%, com isso libertando financiamento para investimentos noutras áreas.
16. **ACORDO PÚBLICO-PRIVADO.** Deve ser estabelecido um acordo público-privado como enquadramento para a contratação de serviços privados pelo SNS, salvaguardando o interesse público e trazendo, em simultâneo, novos recursos e potenciais inovações ao sistema de saúde.

Referências

- 1 Portugal (2005) *Constituição da República Portuguesa* (5.ª Revisão).
- 2 Parlamento Europeu (2003) «Directive 2003/88/EC of the European Parliament and of the Council of 4 November 2003 concerning certain aspects of the organisation of working time». *OJ L 299*, 18/11/2003: p9-19.
- 3 Comissão Europeia (2010) «An Integrated Industrial Policy for the Globalisation Era Putting Competitiveness and Sustainability at Centre Stage». *Communication from the Commission*, COM(2010) 614.
- 4 Parlamento Europeu (2014) «Directive 2014/24/EU of the European Parliament and of the Council of 26 February 2014 on public procurement and repealing Directive 2004/18/EC Text with EEA relevance». *OJ L 94*, 28/03/2014, pp. 65-242.
- 5 Parlamento Europeu (2006) «Directive 2006/123/EC of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006». *OJ L 376/36*.
- 6 Bentes, M., et al. (2004) *Healthcare systems in transition: Portugal*. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde. Centro Regional para a Europa em representação do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde.
- 7 Barros, P. P., S. R. Machado e J. Simões (2011) «Portugal: Health System Review». *Health Systems in Transition*, 13 (4): 1-156.
- 8 OCDE (2013) *Country note: Portugal – A Good Life in Old Age*. OCDE/Comissão Europeia, Junho de 2013.
- 9 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2012) *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Julho 2012.
- 10 Deloitte (2011) *2011 Survey of Health Care Consumers in Portugal Key Findings, Strategic Implications*.

- 11 Grupo de Trabalho (2014) *Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental*. portaldasaude.pt
- 12 Gobierno Vasco (2010) *A strategy for tackling the challenge of chronicity in the Basque country*. July 2010: Table 1.1, 31.
- 13 Estimativas de Luís Campos a partir da base de dados GRD de 2012, abrangendo 693.993 doentes.
- 14 Smith, J., et al. (2013) *Securing the future of general practice: New models of primary care*. King's Fund and Nuffield Trust, Julho de 2013.
- 15 Glasgow Centre for Population Health (2011) *Briefing Paper: Asset based approaches for health improvement: redressing the balance*. Glasgow Centre for Population Health. gcp.h.co.uk
- 16 Crisp, N. (2010) *Turning the World Upside Down: The search for global health in the 21st century*. Londres: CRC Press.
- 17 Omaswa, F., N. Crisp, coord. *African Health Leaders – making change and claiming the future*; OUP 2014.
- 18 Clark, D., et al. (2014) «Imminence of death amongst hospital inpatients – prevalent cohort study». *Palliative Medicine*, 22.
- 19 Weissman, D., et al. (2011) «Acute hospitals – Identifying Patients in Need of a Palliative Care Assessment in the Hospital Setting – A Consensus Report from the Center to Advance Palliative Care». *Palliative Medicine*, 14 (1).
- 20 Gomes, B., et al. (2013) «Epidemiological study of place of death in Portugal in 2010 and comparison with the preferences of the Portuguese population». *Acta Med Port*, 26(4): 327-334.
- 21 Almeida, J. M. C. (2009) «Portuguese National Mental Health Plan (2007-2016) Executive Summary». *Mental Health in Family Medicine*, 6 (4): 233-244.
- 22 Marshall, M., et al. (2011) «Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n.º 12.
- 23 Semrau, M., et al. (2013) «Lessons learned in developing community mental health care in Europe». *World Psychiatry*, 10(3): 217-225.
- 24 Fundação Gulbenkian e Organização Mundial de Saúde. *Social determinants of Health*; 2014.
- 25 Department of Health (UK) (2000) *The NHS Cancer Plan: a plan for investment a plan for reform*. webarchive.nationalarchives.gov.uk
- 26 NHS England (2014) *Five year Cancer commissioning strategy for London*.
- 27 Vaz, I. (2012) Levels of Public Service Provision, Economic Impacts and Adjustment Paths: the case of Health. Espírito Santo, Saúde. Lisboa, 19 de Janeiro de 2012.
- 28 Ministério da Saúde (2004) *National Health Plan 2004 to 2010*. Vol. I. Priorities. Lisboa, Ministério da Saúde.
- 29 Organização Mundial da Saúde (2010) *Portugal: Health system performance assessment*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, p. 11.

Novas funções
e uma liderança
reforçada



Os profissionais de saúde estão vocacionados para se tornarem agentes da mudança e da melhoria, mas é necessária liderança nas organizações e nos serviços de saúde, e os dirigentes deverão cooperar entre si. Todos os profissionais de saúde deverão passar a desempenhar novos papéis – devendo a respetiva formação ser adaptada a esse objetivo – enquanto os doentes e as organizações da comunidade vão necessitar de apoio para assumir funções de liderança acrescidas.

LIDERANÇA A TODOS OS NÍVEIS

Os profissionais de saúde têm um papel especial a desempenhar no sentido de contribuírem para modelar os serviços, aconselharem políticas, treinarem os colegas e liderarem através do exemplo. Frequentemente, a liderança nos cuidados de saúde tem de ser partilhada entre profissionais que podem conjugar diversas experiências e especialidades e ser activo em diferentes áreas. Os serviços e organizações bem sucedidos são sempre caracterizados por um bom trabalho de equipa e pelo facto de os seus diversos dirigentes – a nível do sector dos médicos, de enfermagem e administrativo – partilharem uma visão, agirem em conjunto, e cada um se assegurar de que ele e a sua equipa desempenham o papel que lhes cabe. Este tipo de liderança colectiva, ou coligação de lideranças, poderá ter um grande impacto futuro.

Em capítulos anteriores abordou-se a importância da criação de lideranças cruzadas transectoriais através, por exemplo, da proposta para criar um Conselho Nacional de Saúde e para promover a participação dos cidadãos nos órgãos de gestão das organizações do SNS. De forma mais alargada, a liderança é necessária a todos os níveis: na enfermaria e no bloco operatório, assim como no Governo; nos municípios e nas escolas, assim como nos centros de saúde; entre os cidadãos e voluntários, assim como entre os profissionais com maior formação. Quase todos têm qualquer papel a desempenhar na liderança, e quase toda a liderança no mundo complexo da saúde precisa de ser exercida em conjunto com outrem.

O presente capítulo aborda especificamente os recursos humanos da saúde e debruça-se sobre as mudanças necessárias no futuro, num mundo em que cidadãos e doentes desempenharão papéis com muito maior impacto, e sobre a forma como estas mudanças poderão ser realizadas. Analisa sucessivamente:

- Os profissionais da saúde – agentes da mudança
- A formação profissional
- O desenvolvimento de funções novas e mais amplas

A REALIDADE ACTUAL

O sistema de saúde assenta nas competências dos profissionais e de outros profissionais de saúde e prestadores de cuidados que efectuem os tratamentos, são responsáveis pelo ensino e pela investigação e apoiam os cidadãos e os doentes nas suas necessidades. São os recursos humanos que geram os maiores benefícios nos cuidados de saúde, mas são também eles que originam os maiores encargos, que, em Portugal como noutros países, correspondem a mais de 60% dos custos totais do SNS. A visão do futuro que aqui apresentamos, com a nova ênfase na iniciativa dos cidadãos e da sociedade, acarreta quer roturas quer oportunidades estimulantes. Por um lado, práticas há muito utilizadas terão de mudar e terão de ser criadas novas relações profissionais. Por outro, as parcerias mais ligadas aos doentes e o potencial das novas tecnologias criarão possibilidades novas.

Todas estas mudanças chegam num momento em que muitos dos profissionais de saúde se encontram sob uma grande pressão para manterem os serviços a funcionar. Muitos foram afectados pessoalmente, tendo visto os seus salários reduzidos e prevendo cortes nas futuras pensões e benefícios. A Comissão tomou também conhecimento de que os profissionais mais jovens estão muito preocupados com as suas perspectivas de emprego futuro. Os estudantes de enfermagem e de medicina enfrentam o risco de escassez de postos de trabalho uma vez terminados os cursos respetivos. Os cursos de licenciatura têm, no geral, demasiados alunos, com um professor a ter de ensinar uma vintena de estudantes nas suas visitas às enfermarias. A concentração da formação e da educação nos aglomerados urbanos significa que os profissionais de saúde em treino preferem estudar e estagiar nas cidades, aumentando as carências nas áreas rurais.

As mudanças que os jovens profissionais de saúde podem antecipar para os próximos 25 anos serão enormes em termos do relacionamento com os doentes, das competências que terão de desenvolver e da forma como deverão exercer a sua profissão.

Tendo em conta estas pressões e preocupações, a Comissão considera que o entusiasmo dos profissionais de saúde portugueses e a sua determinação em prol das melhorias no sistema é testemunho da sua dedicação. Pode tornar-se difícil sentir entusiasmo com o futuro quando não estamos certos de, pessoalmente, nos poderemos adequar a ele. Constitui um desafio para todos os dirigentes no sistema:

- Ser aberto e honesto com os colegas partilhando os conhecimentos e assumindo as responsabilidades pelas próprias decisões
- Disponibilizar espaço amplo para que todos possam assumir como suas as mudanças que os afetam e contribuir para as modelar

As recomendações da Comissão relativas à transparência, à governação e à responsabilização poderão contribuir para o primeiro destes desafios; o desenvolvimento e a utilização dos métodos de melhoria de qualidade – que encorajam os profissionais ativos a intervir nesse sentido – podem, sem dúvida, contribuir para concretizar o segundo desafio. No entanto, o mais importante é a necessidade de identificar e apoiar os líderes da saúde que podem contribuir com a sua visão e inspiração para motivar toda a força de trabalho.

As mudanças que os jovens profissionais de saúde podem antecipar para os próximos 25 anos serão enormes em termos do relacionamento com os doentes, das competências que terão de desenvolver e da forma como deverão exercer a sua profissão. A Comissão foi informada por quase todos os envolvidos, incluindo os organismos profissionais e os quatro Grupos de Trabalho, da necessidade de promover alterações na formação e nas funções dos profissionais. O Grupo de Trabalho 2 descreveu essa necessidade na perspectiva do doente e, à semelhança dos outros, insistiu na importância do trabalho em equipa:

“O papel principal do profissional de saúde está habitualmente associado à análise dos sintomas do doente, ao diagnóstico e à prescrição terapêutica; o que é, resumindo, insuficiente. Actualmente, espera-se que os profissionais de saúde controlem as doenças e sejam proactivos relativamente à prevenção de episódios agudos e possíveis complicações. Cerca de 80% dos indivíduos que recorrem a cuidados primários de saúde sofrem de doenças crónicas.

Os profissionais de saúde estão habituados a falar com os doentes sobre as suas doenças; no entanto, não lhes ensinam a gerir na vida quotidiana a sua situação clínica. Para poderem ensinar e monitorizar os seus doentes, os profissionais de saúde precisam de os compreender melhor e de saber qual a relação que eles têm com a saúde e as doenças. Mais do que técnicos de saúde, têm de ser pedagogos, psicólogos, sociólogos e antropólogos. Finalmente, as equipas de trabalho têm de ser multidisciplinares, o que irá enriquecer, completar e apoiar o conhecimento dos cidadãos e das suas condições de saúde.”¹

Os outros Grupos de Trabalho sublinharam também a necessidade de mudanças e de haver profissionais de saúde melhor formados em saúde pública e em processos de melhoria da qualidade, e bem preparados para um tempo em que haverá maior utilização das tecnologias de informação e comunicação.

Estes desafios são comuns a todos os países da Europa Ocidental, onde os sistemas de saúde estão a ter de responder a novas necessidades e a um ambiente diferente. O relatório da OCDE sobre Portugal aconselhou o país, numa declaração que podia aplicar-se igualmente a muitos outros países, a:

“Assegurar a existência do número necessário de profissionais de saúde com a combinação das competências necessárias para responder às necessidades actuais e futuras da população, especialmente das pessoas com doenças crónicas e com necessidades de cuidados de longa duração, formando mais enfermeiros e prestadores de cuidados de saúde e promovendo a partilha de tarefas entre os diversos profissionais.”²

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os profissionais de saúde portugueses têm algumas características específicas. O Quadro 1 mostra as mudanças observadas no número de grupos-chave de profissionais no SNS ao longo das duas últimas décadas. Neste contexto de aumentos generalizados, destacam-se alguns aspectos.

- Tem havido um grande aumento do número de profissionais de enfermagem, a partir de uma base quantitativa muito baixa. Portugal tem proporcionalmente mais médicos e médicos dentistas do que a média da Europa dos 27, mas apesar disso tem menos enfermeiros e um baixo rácio enfermeiro/médico.
- Portugal é auto-suficiente no que respeita a médicos, com um número pequeno de profissionais estrangeiros – 1.903 ou cerca de 5%, em 2007 – e possui capacidade suficiente para a formação de médicos e de enfermeiros de modo a tornar-se exportador.
- Calcula-se que cerca de metade dos médicos do SNS trabalha também no sector privado – assim como um número significativo de enfermeiros – enquanto muitos médicos do sector privado trabalham também, sob contrato, no SNS.
- Muitos dos dentistas e farmacêuticos trabalham exclusivamente no sector privado e essa tendência tem crescido nos últimos anos.

Quadro 1 - **Profissionais de cuidados de saúde, 1990-2012 (anos seleccionados)**³

	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
Médicos	28 016	29 353	32 498	36 183	41 431	42 796	43 863
Enfermeiros	28 154	34 225	-	48 155	62 433	64 478	65 404
Dentistas	667	1 411	3 321	5 056	6 972	7 366	7 533

Quase todos os profissionais do SNS são funcionários públicos, mas há algumas diferenças de estatuto entre, por exemplo, os médicos hospitalares e os médicos de clínica geral. Enquanto nos últimos 10 anos os médicos hospitalares têm habitualmente contratos a termo, com parte da sua remuneração a ser estabelecida pela instituição, os médicos de clínica geral têm, frequentemente, contratos permanentes, estabelecidos a nível nacional. Houve tentativas para introduzir maior número de contratos indexados ao desempenho, mas estes não se generalizaram.

Embora não haja estudos sistemáticos internacionais disponíveis, há observações circunstanciais que indicam que as funções dos enfermeiros têm sido relativamente pouco alargadas, em comparação com outros países da Europa Ocidental; possivelmente, tal deve-se em parte à percentagem relativa de enfermeiros no sistema. A Comissão verificou que existe uma disposição na lei para a nomeação de um Director-Geral de Enfermagem para o país, mas que o cargo nunca foi preenchido. Da mesma forma, parece ter havido poucas iniciativas no sentido da reformulação de cargos ou admissões de novos profissionais, como aconteceu em alguns países europeus.

Os médicos em actividade têm obrigatoriamente de estar inscritos na Ordem dos Médicos, entidade que atribui licenças para o exercício da profissão; realiza a acreditação e a certificação da formação especializada; e aplica o código deontológico. Há também organizações equivalentes de enfermeiros, farmacêuticos, médicos dentistas e psicólogos, que representam as suas profissões e, à semelhança da Ordem dos Médicos, são regularmente ouvidas pelo Ministério.

AGENTES DE MUDANÇA

Recentemente, têm sido publicados muitos relatórios internacionais sobre a mudança e o futuro papel dos médicos e de outros profissionais da saúde. A Comissão Lancet sobre *Profissionais da Saúde para um Novo Século* considera que, no futuro, os

profissionais da saúde têm de ser “*agentes de mudança*”.⁴ Coloca isso num contexto histórico, referindo que a primeira vaga de formação médica que se seguiu ao relatório Flexner de 1910 proporcionou uma base científica à medicina, e a segunda vaga de “aprendizagem baseada em problemas” trouxe uma orientação mais clara para a compreensão da doença no contexto de um determinado doente. Defende que a formação médica deveria ser não só científica e “baseada em problemas”, mas também realizada na compreensão dos sistemas e da forma como a medicina e a saúde interagem com o mundo em geral.

Afirma que os médicos devem ser treinados não apenas como especialistas de elevada formação científica, mas como profissionais aptos para cuidarem dos doentes. Os médicos do futuro necessitam de ter características de liderança, com capacidade para se tornarem líderes transformadores ou “*agentes de mudança*”, de modo a poderem melhorar a saúde através da compreensão do funcionamento dos sistemas e orientando equipas para a concretização de melhorias.

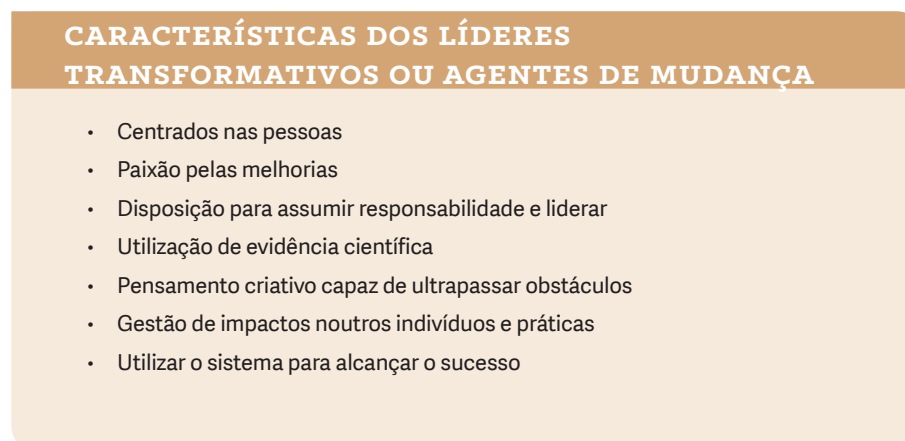
A visão da Comissão da Lancet tinha características globais e ia para além da formação médica, incluindo todos os profissionais de saúde com funções clínicas e não clínicas:

“Todos os profissionais de saúde, em todos os países, deverão ser formados para a mobilização do conhecimento e para se envolverem na reflexão crítica e nas questões éticas, de forma a serem capazes de participar em sistemas de saúde centrados no doente e na população, como elementos de equipas com capacidade de resposta local e que estão interligadas de forma global.”⁴

Não se trata apenas de uma visão daquilo que os profissionais de primeiro plano podem realizar no futuro: é também, para alguns, uma realidade actual. A Comissão ouviu a opinião de três líderes médicos que preconizam estas transformações, numa conferência que ocorreu em Fevereiro de 2014 com a finalidade de ter uma visão das práticas mais avançadas em outros países. Todos e cada um compartilhavam determinadas posições, nomeadamente: o foco no indivíduo ou doente; a paixão por melhorar o respectivo serviço; a preparação para assumir a responsabilidade de o mudar; o planeamento da mudança com base na evidência científica, mesmo que isso possa ir contra a prática corrente; a procura de soluções novas e criativas que ultrapassem as barreiras tradicionais; a gestão dos impactos das mudanças noutros profissionais e noutros sectores do sistema. Essencialmente, compreenderam – ou aprenderam – como utilizar e adaptar um sistema mais vasto para atingir os seus objectivos. Estas características encontram-se na Figura 1.

Dois dos seus relatos estão incluídos, como exemplo, neste relatório: o *Early Years Collaborative* da Escócia, no Capítulo 2, e a *ParkinsonNet*, no Capítulo 5.

Figura 1 • Características dos líderes transformativos ou agentes de mudança



LIDERANÇA E GESTÃO

Há também líderes inspiradores e bem sucedidos em Portugal. A questão importante é como os apoiar ainda mais no futuro. Embora Portugal tenha uma tradição de dirigentes e líderes que foram pioneiros de novas ideias, desenvolveram serviços e melhoraram muito a vida dos seus concidadãos, a capacidade de liderança não é sistematicamente desenvolvida nem apoiada de forma generalizada em Portugal.

Têm de ser desenvolvidos mais programas de liderança no interior do sistema de saúde e estes deverão ocorrer a par do desenvolvimento da liderança junto da população em geral. Os profissionais de educação, os cidadãos e os dirigentes autárquicos, por exemplo, poderão contribuir para melhorias na saúde e no bem-estar. Todos, incluindo os profissionais de saúde, poderão também contribuir para melhorias mais vastas na sociedade.

É também necessário que haja melhores capacidades de gestão em todo o sistema. Apesar de os principais gestores poderem ter as competências e a experiência necessárias para o desempenho das suas funções, são geralmente os gestores de nível intermédio e elementar, envolvidos nas decisões do quotidiano, que afectam o serviço que é efectivamente prestado aos doentes. A abordagem da melhoria de qualidade descrita no Capítulo 4 necessitará da participação desses gestores, a quem sejam dados poderes de decisão, bem como de profissionais de saúde qualificados e abertos à mudança. Além disso, é também preciso que mais médicos tenham capacidades de gestão e assumam um papel reforçado na organização dos seus serviços.

A Comissão não fará uma recomendação especial nesta área mas considera que mais tem de ser feito para o desenvolvimento dos programas de liderança e gestão já existentes, de forma a reforçar as capacidades nesta área, tanto para os próprios como para permitir a implementação bem sucedida das mudanças aqui propostas.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

O Grupo de Trabalho 2, que se debruçou sobre os recursos humanos do sistema, elaborou três relatórios para a Comissão sobre a formação profissional, a mudança do conjunto de competências e o planeamento de recursos humanos, os quais continham propostas significativas e radicais. Passam a referir-se as suas recomendações nucleares.

Nos três casos, o pensamento subjacente foi influenciado tanto pela experiência em Portugal como pela de outros locais. A sua análise da formação profissional inspirou-se no já referido relatório Lancet, entre outras fontes. A Comissão verificou que as recomendações faziam também eco das preocupações comunicadas por estudantes de medicina. Destacou-se a preocupação por o *curriculum* médico pré-graduado não incluir conteúdos de que os licenciados irão ter mais tarde necessidade. Estes *curricula*, definidos por cada Faculdade e Universidade, parecem não estar suficientemente relacionados com as políticas de saúde e os desenvolvimentos actuais da sociedade.

O Grupo de Trabalho 3 elaborou cinco propostas sobre a reforma da formação profissional:⁵

1. Promoção de uma abordagem conjunta do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde para o planeamento da formação a nível da licenciatura, sobretudo em relação ao *numerus clausus*, que é unilateralmente fixado pelo Ministério da Educação. Será necessário abordar o problema da existência de excesso de licenciandos, o que resultará provavelmente em elevados níveis de desemprego entre os médicos do futuro, e que deverá ter-se em conta considerando que a preparação de licenciandos tem actualmente custos muito elevados. O Grupo reconheceu que esta abordagem seria impopular junto das universidades, que perderiam potenciais estudantes e financiamento.
2. Reforma do modelo clássico de formação que se baseia na preparação teórica para as competências nucleares, ministrada pelas universidades, e seguido de formação clínica, sobretudo em hospitais. Esta reforma teria em conta o facto de cada vez mais cuidados de saúde terem de ser prestados no exterior dos

hospitais; os cuidados primários de saúde serem agora reconhecidos como a base de sustentabilidade do SNS; e haver actualmente dificuldade em atrair e manter profissionais no contexto da medicina geral e familiar. O Grupo reconheceu a amplitude das mudanças necessárias neste domínio e sublinhou que os centros de saúde e os médicos de clínica geral teriam de se reorganizar para apoiar a formação dos estudantes tendo por base a comunidade e desenvolver iniciativas educativas específicas e dirigidas à prática de cuidados primários de saúde.

3. Promover a formação inter-profissional como meio de eliminar a actual compartimentação das profissões, reforçando em simultâneo as relações cooperativas e não hierárquicas em equipas eficazes. O Grupo defende que os profissionais de saúde devem trabalhar em colaboração, em equipas totalmente funcionais, para que o sistema nacional de cuidados de saúde possa dar resposta às necessidades dos doentes. A colaboração e o trabalho em equipa podem ser melhor conseguidos se começarem cedo, com os estudantes das diversas profissões a participarem numa aprendizagem interactiva. Os cuidados de saúde prestados em equipa são mais eficientes e eficazes. O Grupo reconheceu a escala e a complexidade das mudanças, quer do ponto de vista educativo quer administrativo, e propôs que se começasse a elaborar um *curriculum* com conteúdos comuns para estudantes de medicina, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos e outros técnicos de saúde.
4. Deverá ser exigida aos trabalhadores a recertificação e a revalidação profissionais, porque há um crescente afastamento entre competências profissionais e as necessidades de saúde, devido em parte a *curricula* fragmentados, e também a uma formação contínua desactualizada. O Grupo propõe abordagens inovadoras à formação contínua, de maneira a reforçar a sua eficácia. Sugere que a educação seja integrada na prática clínica quotidiana, utilizando a aprendizagem auto-dirigida como método principal. Deverá promover-se a avaliação de competências pelos próprios e pelos pares; e o processo deverá juntar médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, em apoio ao trabalho de equipa.
5. Estabelecimento de aprendizagem “transformativa” de forma a desenvolver competências de chefia e a produzir os *agentes de mudança inspiradores* referidos no relatório Lancet. O Grupo propõe que isto inclua o estabelecimento de formação pós-graduada com base na reflexão crítica que promova a capacidade de pesquisa, de análise, de avaliação e de síntese de informações

para a tomada de decisões; a criação de novas qualificações profissionais com competências para um trabalho de equipa eficaz nos sistemas de saúde; a adaptação dos modelos educativos às necessidades e aos recursos, de forma a ir ao encontro das prioridades locais; a criação de incentivos institucionais; e a inclusão do trabalho de equipa e da formação para a liderança como conteúdos essenciais de cada *curriculum*.

Trata-se de propostas de longo alcance e a sua implementação demorará algum tempo. Desempenharão, no entanto, um papel importante na criação dos recursos humanos necessários para o futuro da saúde. As modificações da formação deverão ser acompanhadas por mudanças nas funções e papéis que os profissionais irão desempenhar nesse futuro.

AS FUNÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A MUDANÇA DO CONJUNTO DE COMPETÊNCIAS

Os papéis desempenhados pelos diversos profissionais de saúde estão a mudar em todo o mundo à medida que os cidadãos e as comunidades assumem responsabilidades mais amplas e que a ciência e tecnologia progridem. Nas circunstâncias indicadas e com a formação adequada, algumas tarefas que noutros tempos eram realizadas exclusivamente por profissionais podem agora sê-lo, com segurança, pelos doentes, e papéis que eram apenas desempenhados por médicos podem também sê-lo por outros profissionais. Há cada vez mais evidência sobre como e onde concretizar este objetivo de uma forma eficaz.⁶ O Grupo de Trabalho 3 fez algumas propostas nesta área.^{5,7}

Defendeu:

6. O estabelecimento de um grupo de trabalho para avaliar a combinação de competências dos recursos humanos portugueses da saúde.

Sublinhou que a evidência internacional sugere que, em circunstâncias específicas e com a formação adequada, pode haver uma mudança de tarefas, melhorando o acesso e a satisfação do utente sem perda de qualidade e da segurança. Reconheceu que havia razões convincentes para o fazer, incluindo as mudanças dos perfis das doenças, o papel da tecnologia no apoio aos profissionais de saúde e as pressões demográficas e económicas. Destacou também que haveria resistência às mudanças por parte de algumas partes interessadas, mas acredita que estas serão ultrapassadas – tal como o foram noutros países – contratando médicos como líderes e desenvolvendo uma abordagem equilibrada e baseada na evidência científica.

7. A introdução imediata de duas novas funções:

- Um enfermeiro de família. A criação desta função foi já aprovada pelo Governo num decreto de 19 de Junho de 2014. A literatura científica refere o grande potencial dos enfermeiros generalistas com competências múltiplas na resposta às exigências das mudanças nos sistemas de saúde em toda a Europa. O Grupo sublinhou que, formalmente, a função já tendo existência legal ainda não foi implementada; há um ambiente colaborante no contexto dos cuidados primários de saúde das Unidades de Saúde Familiares; há um reconhecimento da necessidade urgente de reforçar a prestação de cuidados saúde de primários; e há uma carência de médicos generalistas, que estão sobrecarregados com tarefas básicas.
- Um papel mais amplo do farmacêutico da comunidade. O Grupo afirmou que o farmacêutico desempenha um papel importante na aceitação da medicação e na prevenção e detecção de problemas relacionados com a toxicodependência com resultados positivos do ponto de vista clínico, económico e humano. Os farmacêuticos da comunidade estão idealmente situados para colaborar nas actividades de promoção da saúde e de prevenção da doença. O Grupo verificou também que há cada vez mais consciência do custo dos medicamentos e que os doentes nem sempre os tomam; há também uma nova ênfase no empoderamento do doente; e que a proximidade das farmácias da comunidade aos cidadãos permite intervenções oportunas.

O Grupo de Trabalho defendeu também uma nova abordagem ao planeamento dos recursos humanos.⁵ Sublinhou a importância de prever e planear para conciliar a oferta e a procura nas diferentes categorias de profissionais de saúde, tanto a curto como a longo prazo. O planeamento no sector da saúde é particularmente importante, dado o tempo que é necessário e o custo da formação dos profissionais de saúde. O Grupo defendeu que o planeamento das equipas de profissionais é indispensável não só para orientar as decisões sobre políticas de acesso aos programas

de formação desses profissionais, como também para avaliar o impacto de possíveis reorganizações na prestação de serviços, de forma a responder melhor às mudanças nos cuidados de saúde.

O desafio essencial identificado foi o alinhamento das prioridades nacionais de saúde com os sectores da educação e da investigação biomédica. A política actual da UE sobre a mobilidade dos profissionais dá maior importância à recolha de dados estatísticos exactos sobre os recursos humanos da saúde, incluindo os que decorrem dos fluxos migratórios. Como referiu

O planeamento no sector da saúde é particularmente importante, dado o tempo que é necessário e o custo da formação de profissionais.

o Grupo de Trabalho, o benefício de formar adequadamente médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais é reduzido se estes depois emigrarem para outros países, por o mercado de trabalho não os conseguir integrar ou por as condições de trabalho não serem suficientemente atrativas.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A Comissão reconhece a existência de grandes pressões no sentido das mudanças que estão a afectar os recursos humanos e sublinha especialmente a importância de uma boa liderança dos profissionais de saúde na condução das melhorias.

Este capítulo, como já foi referido, recorreu substancialmente às deliberações do Grupo de Trabalho 3 e às contribuições das mais diversas partes interessadas. Na sequência dos debates com o Grupo e subsequentes deliberações, a Comissão decidiu efectuar duas recomendações, estando convicta de que ambas terão impactos estratégicos a longo prazo.

RECOMENDAÇÕES

17. **FORMAÇÃO PROFISSIONAL.** Os Ministérios da Educação e da Saúde deverão estabelecer um projecto global para revisão da formação profissional à luz dos desenvolvimentos actuais e futuros da saúde e assegurar que essa reformulação inclui as novas necessidades de parceria com os doentes, de melhoria da qualidade e de reforço da saúde pública.
18. **ENFERMAGEM.** Em Portugal, o estatuto dos enfermeiros deverá ser promovido através da nomeação de um Director-Geral de Enfermagem, reforçando o papel destes profissionais nas organizações e, tanto quanto o orçamento permita, aumentando o seu número. No seguimento da introdução da nova figura proposta de “enfermeiro de família”, deverá também haver uma reflexão sobre o alargamento do papel dos enfermeiros e de outros profissionais em outras áreas.

Referências

- ¹ Grupo de Trabalho 2, Comissão Gulbenkian: Um Futuro para a Saúde (2013) *Working Group 2: Citizens and Patients (2nd report)*, p. 14.
- ² Conceição, C., J. S. Ribeiro, J. Pereira e G. Dussault (2011) *Portugal: Mobility of Health Professionals*. Associação para o Desenvolvimento da Medicina Tropical. Instituto de Higiene e Medicina Tropical Universidade Nova de Lisboa.
- ³ Pordata (2014) pordata.pt
- ⁴ Frenk, J. e L. Chen (2010) «Lancet Commission: Health professionals for a new century – transforming education to strengthen health systems in an interdependent world». *Lancet*, 376 (9756): 1923-1958.
- ⁵ Grupo de Trabalho 3, Comissão Gulbenkian: Um Futuro para a Saúde (2013) *Working Group 3: Staffing the Service (2nd report)*.
- ⁶ Organização Mundial de Saúde (2008) *Task shifting. Global recommendations and guidelines*. who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf
- ⁷ All Party Parliamentary Group on Global Health (2013) *All the Talents – how new roles and better teamwork can release potential and improve health services*. Julho de 2013.

Sustentabilidade financeira



A maior componente dos custos do sistema de saúde provém dos cuidados às pessoas com doenças crónicas de longa duração. Só se alcançará a sustentabilidade financeira através da redução da incidência destas doenças e da morbilidade que lhes está associada, desenvolvendo para elas novos modelos de cuidados, assegurando que as evidências científicas são aplicadas de uma forma sistemática em toda a parte, e que o desperdício é reduzido ao mínimo. A introdução de novos mecanismos financeiros e de incentivos baseados nos resultados em saúde, se bem geridos, poderá ajudar à sustentabilidade; mas a viabilidade financeira do sistema irá depender da vontade política para incluir a saúde em todas as políticas, da promoção eficaz da saúde e da intervenção concertada dos cidadãos, da sociedade em geral e dos profissionais de saúde.

SAÚDE, CIDADÃOS E SOCIEDADE

Ao longo do presente relatório, os Comissários reconhecem que para melhorar a saúde deve pôr-se o acento tónico na saúde ela mesma, nos cidadãos e na sociedade em geral, mais do que no próprio sistema de saúde. As questões financeiras foram abordadas segundo a mesma perspectiva. A Comissão sugere a adopção de uma visão de longo prazo no que respeita às questões financeiras e à sustentabilidade – um horizonte de 25 anos – em lugar de procurar somente soluções de curto prazo, para os problemas financeiros do presente.

Há algumas características da saúde em Portugal que se destacam:

- Existência de elevados níveis de diabetes e de outras doenças crónicas de longa duração.
- Os idosos em Portugal apresentam níveis mais elevados de incidência de doenças crónicas e períodos mais prolongados de morbilidade associada (má saúde e incapacidade) do que noutros países da Europa.
- Há grandes variações nos serviços que são prestados e nos resultados obtidos.

Todos estes aspetos não só afetam negativamente a qualidade de vida dos indivíduos como também agravam os custos da saúde, visto que os maiores encargos que recaem no sistema de saúde têm origem nas pessoas com múltiplas doenças de longa

duração. Por isso, é necessário desenvolver serviços domiciliários e comunitários, bem como estimular a promoção da saúde e programas de literacia para lidar com aqueles problemas graves da saúde.

Faz assim sentido, tanto em termos financeiros como de saúde, actuar sobre os serviços e os custos associados em três áreas: a redução da morbilidade devida a doenças crónicas; a aplicação da evidência científica e do conhecimento para melhorar a qualidade e reduzir os desperdícios de uma forma sistemática, e a alteração da infraestrutura da prestação de cuidados.

Esta abordagem tem de ser apoiada por melhorias na responsabilização e na eficiência bem como pela introdução de instrumentos financeiros adequados para obter essas melhorias. À semelhança de outros países, Portugal começou a desenvolver e a experimentar as mais diversas medidas para gerir os custos crescentes, nomeadamente: alteração dos incentivos, introdução de concorrência, introdução da contratualização de serviços, aumento das receitas provenientes de taxas pagas pelos utentes, impostos e outras fontes. A experiência internacional mostra que estas medidas poderão trazer alguns benefícios se forem bem implementadas e introduzidas nas circunstâncias adequadas; mas poderão ser muito prejudiciais se forem mal aplicadas e em circunstâncias erradas. Como não existem quaisquer indicadores de que, em termos globais, essas medidas poderão ter um impacto positivo com suficiente escala para tornar um sistema de saúde sustentável, são necessários outros instrumentos financeiros apropriados a este objetivo.

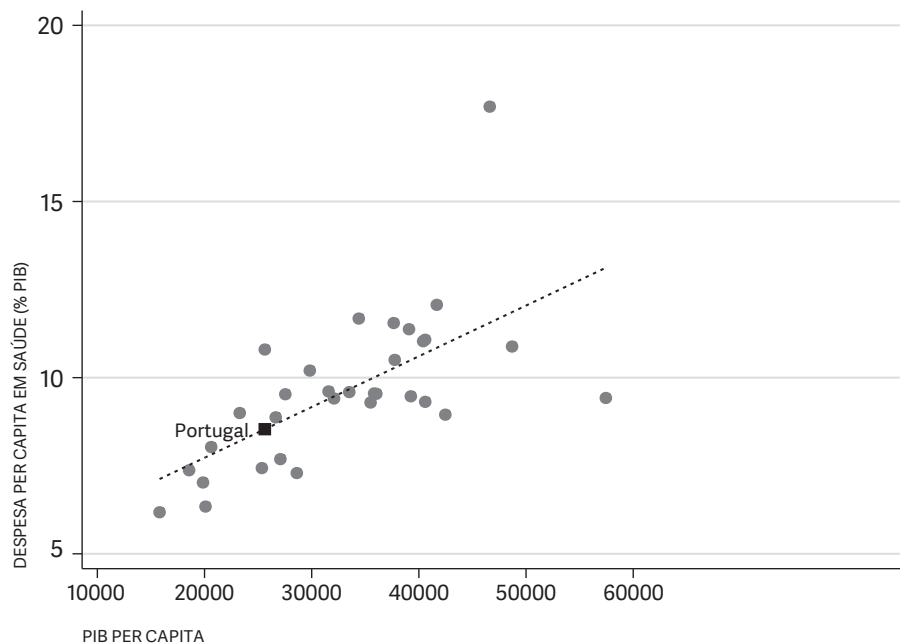
O que este argumento implica é que a viabilidade financeira do sistema de saúde não resultará da criação de incentivos e de mecanismos financeiros sofisticados, que se convertam no elemento central da política. A sustentabilidade financeira do sistema dependerá sobretudo da vontade política para incluir a saúde em todas as políticas, bem como da acção dos cidadãos e da sociedade, assim como dos profissionais de saúde e dos gestores que, para melhor tratar os doentes, aplicam as evidências científicas a novos modelos de serviços. O Governo tem a responsabilidade de proporcionar as condições para que tal possa acontecer.

Este Capítulo trata destas questões em maior pormenor, começando por comparar Portugal com outros países.

COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS

Portugal tem uma despesa com cuidados de saúde, enquanto percentagem do PIB e *per capita* (medido em paridades do poder de compra), muito aproximado do dos outros países da Europa Ocidental. A Figura 1 mostra que Portugal se situa precisamente “na linha de tendência”, quando se compara a despesa total em saúde como percentagem do PIB com o PIB *per capita*. Outras análises mostram que, por exemplo, a despesa total da saúde em Portugal em percentagem do PIB se situa na média daqueles países.

Figura 1 • Total das despesas de saúde em Portugal como percentagem do PIB em relação ao PIB per capita, comparado com outros países da OCDE em 2011



Fonte: OECD Health Data 2013

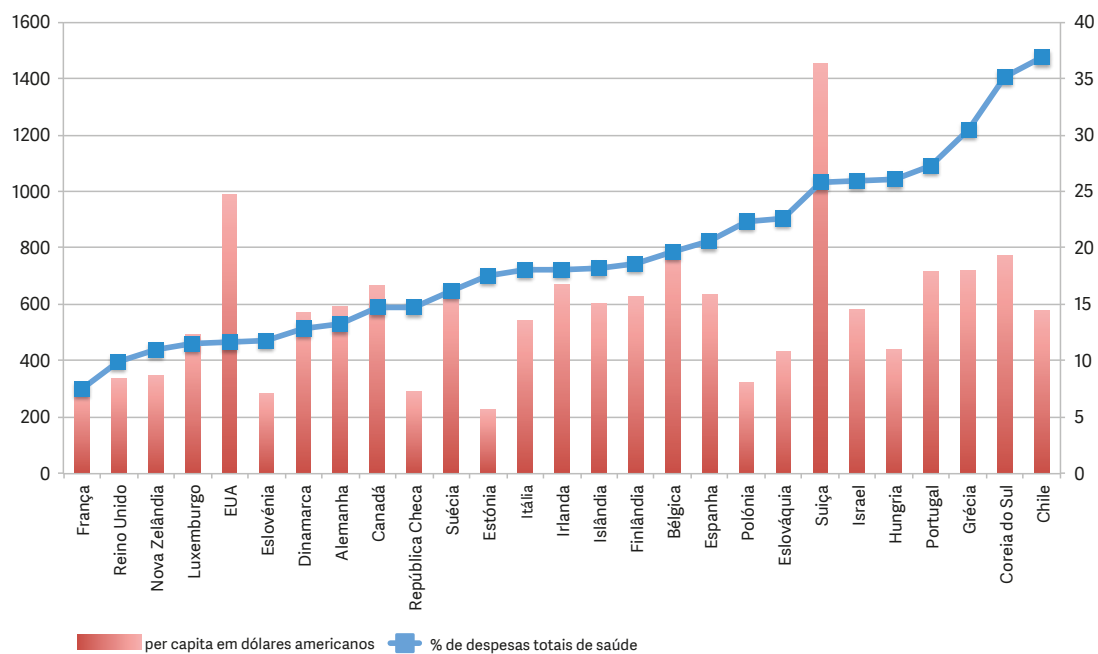
A comparação da despesa só mostra parte da questão e tem de ser complementada com dados sobre o que se conseguiu com a despesa – ou seja, os resultados em saúde e a qualidade de vida da população. Considerando indicadores agregados, como as taxas de mortalidade, Portugal está também dentro dos parâmetros normais. No entanto, como foi já referido, Portugal tem níveis significativamente mais elevados de morbilidade noutras áreas, especialmente no que respeita aos idosos.

As outras diferenças importantes a registar, residem no facto de Portugal ter um nível mais baixo da despesa pública em saúde, quando esta se compara com a da maioria dos países, e ter um nível correspondente mais elevado de despesa privada. A grande diferença aqui é o nível muito grande de despesas pagas directamente pelo utente em Portugal, onde é pouco significativo o volume de seguros privados de saúde. Há também, e comparativamente, gastos públicos inferiores com cuidados de longa duração.

No que respeita às despesas pagas directamente no momento de recurso a cuidados de saúde, os gastos privados no sistema de saúde português são dos mais elevados entre os países da OCDE, tanto como percentagem da despesa total de saúde,

como em dólares americanos *per capita* (em paridades do poder de compra). A Figura 2 mostra a despesa total paga directamente pela população e que não provém dos seus impostos ou seguros. Evidencia ainda que os utentes portugueses pagam, de forma direta, cerca de 700 dólares por ano – o que, em termos absolutos, é superior ao que é pago pelos franceses (250 dólares), pelos britânicos (350 dólares) e pelos alemães (500 dólares). A figura mostra também que, em proporção do total das despesas com cuidados de saúde, os portugueses pagam diretamente – e não através de impostos ou de prémios de seguros – aproximadamente o dobro daquilo que é pago pelos cidadãos norte-americanos.

Figura 2 • Despesas pagas directamente pelo utente numa selecção de países da OCDE em 2013



Comparação internacional de despesas pagas directamente pelo utente, com dados estatísticos retirados da base de dados da OCDE e referentes a 2013 (data da recolha dos dados: 3.Mai.2014)

A despesa privada da saúde é dominada pelos elevados co-pagamentos associados à cobertura pelo SNS de produtos farmacêuticos e de análises e exames laboratoriais. Na sua maioria, os debates e as controvérsias públicas acerca das participações estão relacionados, atualmente, com as taxas moderadoras pagas na utilização dos serviços do SNS, e não com custos com medicamentos. Estas taxas dizem sobretudo respeito às consultas em centros de cuidados primários e em serviços de emergência médica. O valor total dessas taxas, depois do seu aumento para o dobro em 2012, é

inferior a 2% do financiamento total do sistema de saúde, verificando-se que mais de 55% da população está isenta desse pagamento.

Em relação à despesa com os cuidados de longa duração: a OCDE calcula que, em 2010, Portugal apenas gastou 0,1% do seu PIB nesta área.¹ Como está descrito no Capítulo 5, os cuidados de longa duração em Portugal têm vindo a ser prestados maioritariamente pelas famílias e pelas instituições de solidariedade social, e só recentemente o Estado desenvolveu uma rede de prestadores (RNCCI). A responsabilidade pelo financiamento dos cuidados de longa duração e cuidados sociais é partilhada pelos Ministérios da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. O Ministério da Saúde paga os cuidados paliativos tanto no hospital como no domicílio. Os dois Ministérios partilham os custos da reabilitação de médio e longo prazo, que também inclui uma comparticipação dos doentes, baseada nos rendimentos próprios ou da sua unidade familiar. Os cuidados sociais são pagos, consoante os casos, pelos Ministérios da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, pelos municípios, pelas instituições de solidariedade e pelos próprios indivíduos.

Não é possível dispor de números pormenorizados sobre a despesa com esta diversidade e complexidade de elementos. As comparações entre países tornam-se difíceis, porque nem todos publicam informações sobre despesa, tal como pode haver diferenças nos critérios de classificação dessas despesas. No entanto, tudo indica que, em Portugal, a despesa com os cuidados de longa duração está abaixo da média da despesa de outros países. Entre 2003 e 2011, a análise da percentagem de toda a despesa anual realizada com cuidados de longa duração, mostra que Portugal apresenta valores muito inferiores – 5, 10 e mesmo 20 vezes menos – do que outros países da Europa Ocidental.²

TENDÊNCIAS FUTURAS

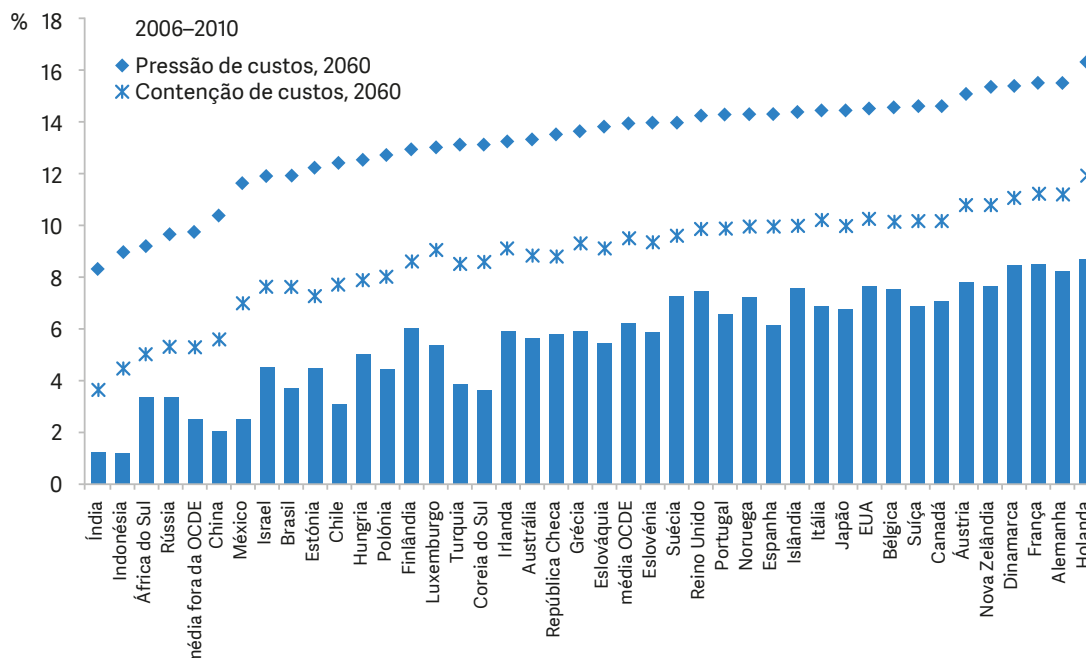
Até há pouco tempo, todas as tendências de despesa iam no sentido do crescimento; no entanto, isso mudou nos últimos 3 anos. Os dados de 2011 e 2012 mostram que, nos países da OCDE, a despesa está agora estabilizada ou a ser reduzida.³ É cedo demais para afirmar se esse facto é simplesmente o resultado de medidas de curto prazo, conjunturais, não sustentáveis ou se é uma verdadeira alteração de tendência e de longo prazo. De qualquer forma, a análise das tendências recentes é eloquente.

O relatório da OCDE de 2013, intitulado *What Future for Health Spending?*, faz uma projecção das despesas de saúde e cuidados de longa duração entre 2010 e 2060, que se baseia na análise dos 15 anos anteriores.¹ Aborda tanto as despesas com a saúde como com os cuidados de longa duração e inclui o valor pago através do financiamento público. Em 2010, esse valor atingiu em Portugal, 7% do PIB, enquanto que os cuidados de longa duração corresponderam apenas a cerca de 0,1% do PIB.

O estudo mostra que, entre 1995 e 2009, a despesa pública com a saúde e com os cuidados de longa duração aumentou anualmente, em média, cerca de 2% mais rapidamente do que o PIB dos países da OCDE. Calcula-se que apenas 0,5% resultou do aumento da população idosa. O maior componente deveu-se ao que designou por *desvio à tendência* – uma combinação da utilização crescente da tecnologia e dos aumentos de custos com as políticas e iniciativas institucionais. Em muitos países da Europa este *desvio à tendência* resultou em grande parte dos governos terem realizado grandes investimentos na saúde durante aquele período (1995-2009), com acréscimo de custos em recursos humanos, que se refletiram nos preços e na maior utilização de tecnologias ditas inovadoras.

O estudo referido apresenta dois cenários: um de *pressão de custos*, que é simplesmente a continuação da tendência atual, e outro de *contenção de custos*, baseado na presunção de que houve políticas específicas para a redução de despesas. A Figura 3 mostra estas projecções para os países da OCDE e para o grupo de países BRIC (Brasil, Rússia, Índia e China). Portugal está perto da média da OCDE e essas projecções sugerem, para 2060, um aumento da despesa pública com a saúde de 7% do PIB atual para cerca de 10% num cenário de *contenção de custos*, e para cerca de 14 % num cenário de *pressão de custos*.

Figura 3 • Total da despesa de saúde pública e de cuidados de longa duração em relação ao PIB % do PIB



Source: OECD – What future for Health Spending? 2013

Esta análise é baseada nos valores observados até 2010 e parece sugerir que Portugal está a enfrentar cada ano, na despesa pública com a saúde e com cuidados de longa duração, pressões de custos 2 a 4% acima da inflação, consoante o cenário que se adopte. Isto corresponde a 120 a 170 milhões de euros anuais, a preços correntes. Tais projeções devem ser consideradas com cautela, sobretudo devido às recentes estabilizações e reduções da despesa. Mostram, contudo, os impactos importantes sobre a despesa que têm as políticas governamentais em recursos humanos e tecnologia. Todos esses componentes precisam de ser geridos com muita prudência.

SUSTENTABILIDADE

As condições não financeiras da sustentabilidade foram descritas no Capítulo 1 como parte do reforço da resiliência dos cidadãos e da sociedade em geral, para criar um sistema de saúde e de cuidados eficiente e adequado aos seus objectivos, e com um número apropriado de profissionais com boa qualificação. Apesar de não existir uma definição para a sustentabilidade financeira de um sistema de saúde e de cuidados de saúde, a questão-chave num país como Portugal, em que a saúde depende sobretudo de um sistema público, é saber se os fundos obtidos através de impostos e outras contribuições conseguem cobrir as despesas.

O primeiro aspecto a observar é que a população, através dos políticos que a representam, pode escolher quais as áreas de intervenção e os resultados que pretende para o seu sistema de saúde, e quanto está disposta a pagar para esse fim, através de impostos e de outras contribuições. A Comissão não definiu o montante que seria ajustado, mas partiu do princípio que o objectivo seria manter os níveis atuais da despesa, de cerca de 10% do PIB com 7% provenientes de impostos, e preservar os valores fundadores do SNS – assegurar um acesso equitativo a serviços de elevada qualidade para todos os cidadãos e assegurar serviços e resultados idênticos ou mesmo melhores. Deve sublinhar-se que aqueles números não constituem objetivos ou limites em si mesmos e que a questão-chave não é a quantia despendida, mas o valor obtido com essa despesa.

Há quem defenda níveis de despesa maiores ou menores, bem como propostas para alterar as fontes de financiamento, por exemplo através do aumento dos impostos ou de pagamentos individuais directos. Este assunto será abordado adiante.

É importante referir, embora isso não conste do presente relatório, que há relações importantes entre a saúde e a prosperidade – uma população saudável e o sector da saúde prestam múltiplas e significativas contribuições à economia cujo crescimento aumenta as disponibilidades para gastar na saúde. A pouca saúde afecta a produtividade e aumenta os pagamentos da segurança social, ao passo que a boa saúde pode melhorar a produtividade. Tal como foi defendido pelo *Health Cluster*

Portugal, as indústrias relacionadas com a saúde podem contribuir substancialmente mais para a economia do que acontece actualmente.⁴

É difícil fazer projecções sobre como o investimento na saúde pode contribuir para melhorar a economia, embora se possam quantificar alguns aspectos, como, por exemplo, a redução dos dias de trabalho perdidos por doença ou o número de postos de trabalho criados. De qualquer modo, aumentar o impacto que a boa saúde tem noutros sectores e na economia em geral deverá constituir um objetivo político para todo o Governo.

No imediato deverá pôr-se a tónica na gestão da despesa e no controlo dos custos, mantendo ou melhorando simultaneamente os resultados. Nos últimos 3 anos, Portugal tem reduzido a despesa à semelhança de outros países europeus, o que tem sido conseguido sobretudo através da redução do número de profissionais e de custos com medicamentos, em conjunto com o aumento dos pagamentos diretos por parte dos utentes. Neste momento, é muito precoce dizer-se quais são as medidas que representam ganhos de eficiência a longo prazo e não apenas adiamento das despesas de curto prazo.

A Comissão concorda com um relatório de 2013 do Fórum Económico Mundial sobre a sustentabilidade quando afirma:

“Grande parte do debate actual sobre o futuro da saúde é caracterizado por um pensamento compartimentado e de curto prazo e por posições intransigentes. Uma visão de curto prazo encoraja soluções com resultados imediatos mas desencoraja o debate sobre as mudanças de fundo que só poderão dar frutos a longo prazo. A ausência de diálogo entre as partes interessadas dificulta que se encontrem soluções fora das abordagens convencionais à problemática dos cuidados de saúde.”⁵

A sustentabilidade a longo prazo poderá ter duas abordagens:

- O enfrentar dos problemas que são objeto de análise neste relatório:
 - a. A prevenção das doenças e a redução do tempo em que estas afetam as pessoas.
 - b. A aplicação eficaz das evidências científicas e a utilização da melhoria contínua da qualidade para reduzir o desperdício.
 - c. A mudança da infra-estrutura do sistema de saúde.
- A arquitectura e a operacionalidade do sistema.

Não existe um modelo único ideal para um sistema de saúde; no entanto, os modelos de estilo europeu que se baseiam na solidariedade são geralmente melhores do que outros comparáveis, e isso vem exemplificado na última avaliação do Com-

monwealth Fund, que coloca o Reino Unido, a Suíça e a Suécia entre os 3 melhores, por esta ordem.⁶ No entanto, a evidência internacional sugere que há alguns pontos fulcrais a ter em consideração quando se analisam os custos e a eficiência de qualquer sistema, pontos esses que estão representados na Figura 4. São variações sobre o tema da utilização desnecessária dos cuidados e serviços de saúde ou sobre as deficiências do mercado, e revelam a importância de ter um enquadramento nacional claro para moldar e desenvolver o sistema, de forma a prestar cuidados de saúde quando e onde forem necessários. Estes aspectos influenciaram todas as análises que se seguem neste Capítulo.

Figura 4 · Pontos fulcrais a evitar na concepção de um sistema de saúde

PONTOS FULCRAIS A EVITAR NA CONCEPÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE

- Ter reservas sobre a *procura induzida pela oferta* – criar novos serviços fará aumentar a sua procura, sejam eles necessários ou não – mesmo quando quem os produz não os promove ativamente.
- Evitar modelos de pagamento por acto praticado – que irão incentivar actividades em vez de resultados e, com isso, aumentar os custos – isto aplica-se tanto a pagamentos das pessoas como das organizações.
- Ser prudente em relação à introdução de quaisquer direitos específicos como *check-ups* regulares – porque estes serão consumidos sejam ou não necessários.
- Ser céptico em relação ao “tecno-otimismo” – acreditar que novas tecnologias ou abordagens do tipo da *medicina personalizada* irão solucionar problemas importantes pois haverá sempre custos e consequências.

Deve sublinhar-se que se a arquitetura financeira não garante, por si só, a viabilidade do sistema de saúde, uma deficiente arquitetura financeira poderá levá-lo a destruição.

O SISTEMA PORTUGUÊS

Nos debates com as partes interessadas, a Comissão não se deparou praticamente com ninguém que manifestasse interesse em mudar, na sua totalidade, o modo de financiamento e outras disposições financeiras essenciais do SNS. Parece existir uma concordância generalizada a favor de que o SNS continue a ser essencialmente financiado pelos impostos e acessível de forma equitativa e universal a toda a população. Isto está em consonância com as propostas feitas em seis avaliações sobre o financiamento da saúde que foram realizadas nos últimos 22 anos. Os resultados relevantes dessas avaliações estão resumidos no Apêndice 7.

Dado que houve tão pouco apoio para a modificação radical do modelo de financiamento, a Comissão não considerou, na sua reflexão, alternativas tais como a adopção de um sistema totalmente privado, mas faz notar que a sua implementação seria muito dispendiosa e que os benefícios seriam incertos. No entanto, se várias partes interessadas pretendem que o sistema se aproxime mais de um mercado aberto, outras pretendem aumentar os encargos para os doentes e algumas exprimiram mesmo opiniões contrárias a estas duas posições. Muitos defenderam também a necessidade de melhorias na gestão financeira e no processo de atribuição de fundos. Outros ainda, chamaram a atenção dos membros da Comissão para as diferenças regionais no financiamento e aprovisionamento. A Comissão decidiu, por isso, centrar esta parte do relatório em quatro grupos de questões:

- Origem do financiamento.
- Estabelecimento de prioridades, planeamento e aquisição de serviços.
- Concorrência, escolha e sector privado.
- Governo, responsabilização e gestão financeira.

Obviamente, todas estas sugestões precisarão de ser implementadas em simultâneo com mais investimento na promoção da saúde, na prevenção das doenças e na saúde pública, tal como é referido em capítulos anteriores.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Há três formas principais de conseguir mais dinheiro para o sistema de saúde – através da fração dos impostos que é destinada ao SNS; os co-pagamentos e as taxas pagas pelos utentes; e os subsistemas e os sistemas privados de seguros de saúde. Passamos a analisar estas três formas sucessivamente.

Como já se referiu, em Portugal, a fracção das despesas em saúde e em cuidados de saúde proveniente de fundos públicos é mais reduzida do que na maioria dos restantes países europeus e da OCDE. A Comissão reconhece, todavia, que num futuro previsível não há margem para aumentar os impostos gerais por forma a aumentar as receitas, e não considerou essa opção.

Em contrapartida, a Comissão observa que há uma margem considerável para aumentar os impostos sobre produtos pouco saudáveis, o que não só aumentaria a receita como iria contribuir para melhorar a saúde. Alguns já existem, mas poderiam ser ainda aplicados impostos mais elevados ao consumo de álcool e de tabaco – o maior factor de doença em Portugal – e o Governo deverá ponderar também estabelecer um preço mínimo para as bebidas alcoólicas e o lançamento de impostos sobre bebidas não alcoólicas com elevado teor de açúcar, os alimentos pouco saudáveis, os veículos poluentes e outros. A Comissão não apresenta uma recomendação sobre os

níveis tributários nestes artigos mas pensa que o Conselho Nacional de Saúde, cuja formação propôs, deverá ponderar estas questões e fazer as correspondentes recomendações ao Governo.

Existe também margem para criar incentivos financeiros para comportamentos saudáveis através do sistema fiscal. Alguns países relacionam actualmente os benefícios da segurança social com as actividades de promoção de saúde, como seja assegurar que todas as crianças são vacinadas ou que as mulheres grávidas frequentem aulas de formação pré-natal. Provavelmente, estas políticas de “transferência condicional de dinheiro” e outros esquemas de incentivos fiscais irão ser um instrumento cada vez mais utilizado a nível global nos próximos 25 anos. O Conselho Nacional de Saúde, atrás sugerido, poderá também

Em contrapartida, a Comissão observa que há uma margem considerável para aumentar os impostos sobre produtos pouco saudáveis, o que não só aumentaria a receita como iria contribuir para melhorar a saúde.

ter isso em consideração, eventualmente propondo que uma parte dos fundos obtidos através de impostos mais elevados sobre produtos prejudiciais à saúde possa servir para financiar incentivos a comportamentos saudáveis, tal como já acontece noutros países.

O Governo poderá também ponderar a consignação específica à saúde de uma parte da sua receita fiscal geral. Isto poderia ter a vantagem de tornar explícito aos cidadãos quanto estão a pagar pelo seu sistema de saúde. Não há indicadores fiáveis sobre se essa visibilidade dos custos teria algum efeito sobre o comportamento dos cidadãos, e portanto a Comissão não toma uma posição sobre esse tema. Sublinha,

no entanto, que não será uma boa ideia indexar o financiamento da saúde a uma percentagem específica do PIB, porque este pode variar significativamente de ano para ano.

O Quadro 1 analisa a estrutura de financiamento em maior detalhe, mostrando uma parte da complexidade do sistema. Ilustra a forma como o financiamento do SNS constitui apenas um pouco mais de metade da totalidade do financiamento do sistema nacional de saúde, e que as despesas pagas directamente pelo utente – que incluem co-pagamentos pagos ao SNS – correspondem a cerca de 30%. Os seguros privados, sejam eles seguros privados voluntários de saúde ou subsistemas de saúde privados – seguros de grandes empresas, nalguns casos incluindo também uma componente de cuidados de saúde – constituem menos de 6% do total do financiamento, apesar de a Associação Portuguesa de Seguradores afirmar que dá cobertura a 2,2 milhões de pessoas através algum tipo de seguro de saúde.

Quadro 1 • A estrutura de financiamento do sistema português de saúde⁷

	2000	2006	2011
Seguro privado	1,36%	2,37%	3,22%
Subsistemas privados de saúde	2,17%	2,40%	1,85%
Outros financiamentos privados	0,72%	0,56%	0,64%
Serviço Nacional de Saúde	57,88%	53,56%	54,00%
Subsistemas de saúde pública	5,91%	6,84%	3,75%
Outros financiamentos públicos (incluindo créditos fiscais)	4,40%	6,30%	3,52%
Gastos privados dos agregados familiares	26,3%	28,63%	31,65%
Segurança Social	1,20%	1,16%	1,38%

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde.

Nas análises anteriores mostrou-se que os portugueses já pagam directamente muitas despesas com cuidados de saúde. Estas despesas têm vindo a crescer com o tempo. Os pagamentos feitos pelos utentes duplicaram em 2012 e a recente redução nos benefícios fiscais relacionados com despesas privadas de cuidados de saúde aumentou ainda mais os co-pagamentos individuais em 2012 e 2013. Isto leva a pensar que é difícil colocar a hipótese de propor subidas ainda maiores.

Os co-pagamentos têm potencialmente duas funções. A primeira é controlar a utilização sem critério e excessiva dos cuidados de saúde. A segunda é financiar os próprios cuidados de saúde. As evidências disponíveis um pouco por todo o mundo indicam que a imposição de custos para o acesso aos cuidados de saúde dá origem a uma redução da utilização desses mesmos cuidados, tanto a necessária como a inadequada, e tem um efeito negativo na saúde dos mais pobres, que são frequentemente os que apresentam maiores taxas de doença.^{8,9} Na generalidade, os co-pagamentos são por natureza regressivos.

Há também objecções de fundo na utilização dos co-pagamentos para aumentar receita dado que, na prática, o resultado que se obtém é escasso. Se o co-pagamento é elevado, têm de ser criados níveis amplos de isenção e os utentes com capacidade financeira para satisfazer co-pagamentos muito possivelmente optarão por realizar um seguro de saúde privado. Se o co-pagamento for baixo a receita gerada é também de pequeno volume, se considerarmos os custos administrativos associados ao processo de pagamento dos utentes.

Níveis relativamente elevados de pagamentos diretos implicam um risco maior de as famílias se confrontarem com custos de cuidados de saúde catastróficos, que as conduzam abaixo de um certo limiar de pobreza, pondo em perigo a sua subsistência

e o seu futuro. Este perigo tem sido substancialmente atenuado ao longo do tempo, mas continua a existir o risco, que é superior a 1 em 20, de os custos de saúde arrastarem algumas pessoas para a pobreza e terem um efeito devastador nas pessoas mais pobres.¹⁰

A outra grande fonte de financiamento potencial são os subsistemas e os esquemas de seguros. O Quadro 1 mostra que correspondem, respectivamente, a 5,6% e a 3,2% do financiamento global do sistema. Em Portugal, os subsistemas de saúde prestam serviços a grupos específicos de trabalhadores. Foram criados antes do SNS e não foram eliminados quando este entrou em funcionamento. São financiados em parte pelo empregador e pelo beneficiário. Até Maio de 2014, o maior subsistema, que tem a seu cargo os funcionários públicos, a ADSE, recebia um subsídio do Governo. Este subsídio foi eliminado e os beneficiários pagam agora o seu custo total. A principal vantagem deste subsistema para o utente é que ele poderá recorrer diretamente ao sector privado e a médicos especialistas através do pagamento de uma pequena quantia, sem que seja necessária a aprovação prévia por parte do subsistema. As evidências disponíveis, indicam que isto resulta em maior utilização de recursos mais do que em melhor qualidade dos mesmos, tal como é afirmado pelos próprios doentes.

Os subsistemas e planos de seguros trazem mais fundos para os cuidados de saúde; no entanto, pela sua própria natureza, os subsistemas apenas estão ao alcance de pessoas com garantia de emprego e os planos de seguros apenas estão disponíveis para quem tenha meios suficientes para pagar os respetivos prémios. Os maiores problemas de saúde encontram-se entre as pessoas mais velhas e mais pobres, que poderão não ter emprego e que, em geral, não podem suportar os custos de um seguro privado. Por estas razões, a Comissão não defende a promoção dos subsistemas ou dos seguros privados como forma de aumentar significativamente o financiamento e melhorar os cuidados de saúde.

ESTABELECEM PRIORIDADES, PLANEAR E ADQUIRIR SERVIÇOS

Em capítulos anteriores, foram já tratados muitos aspetos relativos ao planeamento. Existe já uma experiência acumulada com a elaboração de Planos Nacionais de Saúde para quatro anos que fixam prioridades e políticas. A Comissão considera que, nas futuras versões, se deverá dar maior ênfase à obtenção de sustentabilidade, através das três áreas anteriormente identificadas:

- a. Prevenir as doenças e reduzir o tempo de enfermidade.
- b. Aplicar eficazmente as evidências científicas e utilizar a melhoria contínua da qualidade para evitar o desperdício.
- c. Mudar a infra-estrutura física e profissional do sistema de saúde.

Estas medidas implicam adotar as várias abordagens novas ou em instalação, que estão referidas em Capítulos anteriores, como é o caso do modelo para gestão da doença crónica abordado no Capítulo 5 ou a utilização alargada dos processos para a melhoria contínua qualidade, descrita no Capítulo 4.

A Comissão propôs também, no Capítulo 5, uma simplificação das estruturas administrativas do sistema de saúde e a clarificação dos modelos, sua governação e responsabilização. Deve incluir-se aqui a clarificação e o aperfeiçoamento da forma como os serviços são planeados e adquiridos. Nos últimos anos em Portugal, e noutros países, estabeleceu-se uma separação entre quem planeia e encomenda ou contrata os serviços e quem os presta. Estes processos têm de ser objecto de desenvolvimento contínuo, o mesmo valendo para as aptidões dos responsáveis pelos processos de contratação e aquisição de serviços de saúde. O subsistema da ADSE transitou para o Ministério da Saúde e debate-se agora internamente a forma de o integrar. Isto representa uma oportunidade promissora para se poderem utilizar no futuro as suas competências em benefício do SNS.

A Comissão tomou conhecimento de muitas queixas quanto à forma como os financiamentos foram atribuídos, tendo por base critérios de continuidade que não reconheciam as diferenças regionais nem as necessidades na mudança. Verificou que a base para a afetação de recursos começa a orientar-se no sentido de ser fundamentada nas necessidades ou na capitação ponderada, e considera que esta é a orientação correcta para o futuro.

A nível internacional, grande parte da intervenção dos serviços de planeamento e aquisição de bens centra-se no desenvolvimento dos resultados e das compras baseadas no valor criado, bem como na identificação e na utilização das unidades de medida mais adequadas e dos incentivos conexos. Ambas as abordagens de certo modo sobrepõem-se e estão relacionadas com a contratação e o pagamento de serviços a prestadores de cuidados de saúde, baseados em resultados, na implementação das boas práticas ou na obtenção de um nível predefinido de valor.

Portugal começou a desenvolver uma abordagem para premiar as boas práticas de serviços altamente especializados. Este “preço global” refere-se a cinco ou seis procedimentos, aos quais devem corresponder indicadores específicos de qualidade para que os hospitais possam receber bonificações. Esta abordagem é semelhante à adoptada em Inglaterra, onde os prestadores de cuidados de saúde não recebem um bónus por aplicar as boas práticas mas, em contrapartida, apenas recebem 90% do preço estabelecido se não as aplicarem. Isto tem o efeito de tornar claro que as boas práticas devem constituir a norma e que a incapacidade de as aplicar deve ser penalizada.

O NHS-UK começou também a utilizar as *Patient-Reported Outcome Measures* (PROM) para complementar as medidas de qualidade e de melhoria de desempenho que já existiam. As PROM são uma série de questões estruturadas que interrogam

Portugal tem a vantagem de ter médicos “generalistas”, especializados em medicina interna nos hospitais do SNS, numa altura em que os seus equivalentes “hospitalistas” estão a ser reinventados nos Estados Unidos da América e noutros países.

os doentes sobre os resultados da sua saúde, segundo o seu ponto de vista. A partir de 2009, o Departamento de Saúde inglês exigiu avaliações de rotina, utilizando as PROM para quatro procedimentos cirúrgicos, mas está a decorrer o processo de extensão destas medidas a doenças crónicas, incluindo a diabetes, os acidentes vasculares cerebrais, a doença pulmonar obstrutiva crónica e a asma. O NHS-UK tem por objec-

tivo avaliar tudo o que se “produz” em termos de *ganhos na saúde e resultados*, e não em termos de produção de *cuidados de saúde* e de níveis de actividade.¹¹ Os resultados testemunhados pelos doentes isto é, a apreciação por parte do doente do sucesso do tratamento administrado, são, neste contexto, uma parte essencial.

O Professor Michael Porter, da Harvard Business School, está a utilizar o conceito de cuidados de saúde baseados “em valor” para refletir sobre o planeamento e a prestação de cuidados de saúde ao nível organizativo. A sua equipa está a realizar investigações para definir resultados e valor.¹² Defende que em qualquer sector, a atuação e a responsabilização dependem da existência de um

objetivo partilhado – mas nos cuidados de saúde as partes interessadas têm inúmeros objetivos, por vezes discordantes (incluindo o acesso aos serviços, a rentabilidade, a qualidade elevada, a contenção de custos, o foco no doente e outros). A falta de clareza sobre estes objetivos levou a um progresso lento na melhoria do desempenho. Em alternativa, Porter advoga que alcançar um valor elevado para os doentes se deve tornar o objetivo primordial da prestação de cuidados de saúde – sendo esse valor definido como os resultados em saúde obtidos a partir da uma determinada quantia despendida. Este objetivo é importante para os doentes, unifica o interesse de todos os intervenientes e deverá definir o enquadramento da melhoria do desempenho.

Esta abordagem pode ser vista como funcionando bem para doentes portadores de uma só patologia, como por exemplo prótese da anca, mas tem sido criticada por não lidar de forma adequada com doentes com co-morbilidades e situações complexas. Pode também dar demasiada importância às especialidades e aos tratamentos da fase aguda, e subestimar a importância dos cuidados mais gerais e, naturalmente, a prevenção. O teste último consistirá em verificar se esta ênfase nos especialistas se poderá integrar com a intervenção dos médicos generalistas e até que ponto poderá refletir as necessidades do doente, tais como maior independência e melhor qualidade de vida.

Portugal tem a vantagem de ter médicos “generalistas”, especializados em medicina interna nos hospitais do SNS, numa altura em que os seus equivalentes “hospitalistas” estão a ser reinventados nos Estados Unidos da América e noutros países.

A evidência sugere que os melhores cuidados de saúde são prestados por médicos com uma formação generalista, como ocorre na medicina interna, e fazendo parte de equipas multidisciplinares alargadas, que envolvem doentes e prestadores de cuidados de saúde. Com médicos que têm uma formação generalista nos cuidados de saúde primários e nos hospitais, Portugal está tão bem colocado como qualquer outro país para desenvolver formas eficazes de interligar esta abordagem vertical para as demais especialidades com a integração horizontal dos serviços em redor do doente, debatida no Capítulo 5.

Estas abordagens estão concebidas para incentivar a utilização das boas práticas e dependem de avaliações certas das atitudes certas no momento certo. Actualmente em Portugal, à semelhança de outros países, a avaliação é frequentemente de baixa qualidade e os critérios utilizados para avaliação e pagamento poderão gerar incentivos perversos. Estão a ocorrer esforços para assegurar que os sistemas de pagamento refletem o desenvolvimento das boas práticas para que, por exemplo, um prestador de cuidados de saúde possa ser pago por uma consulta de telemedicina, em vez de uma consulta presencial. No entanto, o sistema está em transição. O exemplo mais marcante de incentivo perverso que foi relatado à Comissão diz respeito às infecções hospitalares. Actualmente, um prestador de cuidados de saúde é pago pela patologia primária pela qual o doente foi admitido no hospital, por exemplo uma cirurgia, e adicionalmente pelo tratamento de infeção adquirida no próprio hospital. Isto precisa de ser corrigido, de forma que o prestador de cuidados de saúde suporte o custo da infeção hospitalar e de quaisquer outras complicações evitáveis.

Há considerações semelhantes em relação aos cuidados primários. Como foi referido no Capítulo 5, apenas metade do país está coberta pelo novo modelo de agrupamentos de centros de saúde e, conseqüentemente, apenas metade dos cuidados primários funciona num regime de contratualização de serviços. Este modelo deve estar em permanente atualização de modo a fornecer mais incentivos pela prevenção e cuidado holístico do doente e a eliminar quaisquer incentivos perversos.

A contratualização nos cuidados de saúde baseada nos resultados e no valor dos serviços prestados ainda não se encontra completamente desenvolvida nem aplicada em grande escala. No entanto, há expectativa de que venha a sê-lo, como parte de uma evolução que assegure que as evidências científicas serão aplicadas de um modo sistemático e que as experiências e percepções dos doentes sejam plenamente consideradas. A Comissão entende que Portugal deverá continuar a promover os processos de aquisição de serviços baseados nos respetivos resultados e valor, assim como a desenvolver formas adequadas para conseguir soluções flexíveis nos critérios de contratação. Deverá manter-se ao corrente e ajudar a desenvolver boas práticas a nível global, mas não deve aguardar benefícios significativos no curto prazo. Estes

desenvolvimentos deverão seguir a par com as mudanças na prestação de serviços e reforçar e incentivar as melhores práticas.

Estas disposições recompensarão, a longo prazo, os bons prestadores e penalizarão os que o não são. Será necessário desenvolver esforços para melhorar o nível dos maus prestadores para que possam atingir os padrões normais. No entanto, estes novos processos destinados à aquisição de serviços em simultâneo com a evolução para mais cuidados domiciliários e na comunidade, irão comprometer o futuro de alguns hospitais. Os problemas serão mais acentuados se estes hospitais pertencem ao sector público, pois não existem mecanismos para identificar e lidar com esses insucessos e, quando necessário, substituir gestores, encerrar serviços, promover a fusão de hospitais que tenham melhor desempenho e, em último recurso, encerrar a unidade deficiente. Estes processos têm de ser postos em prática pois, de contrário, Portugal terá de continuar a pagar pela duplicação de serviços desnecessários e/ou de qualidade deficiente.

CONCORRÊNCIA, ESCOLHA E O SECTOR PRIVADO

A concorrência na saúde e nos sistemas de cuidados de saúde pode situar-se a dois níveis diferentes: concorrência entre entidades seguradoras e concorrência entre prestadores de cuidados de saúde. Há exemplos de ambas em diversos países, alguns dos quais introduziram o sistema de concorrência muito recentemente. A Holanda, por exemplo, nomeou em 2006 cinco companhias de seguros privadas para a contratualização de cuidados de saúde, pagos por fundos públicos e em regime de concorrência umas com as outras. Os doentes podem inscrever-se em qualquer um dos cinco fundos, embora possam estar localizados em qualquer das cinco regiões do país. A Inglaterra introduziu em 2002 um sistema de concorrência entre as organizações do NHS-UK e destas com prestadores privados. Todos os países que têm concorrência entre as entidades seguradoras, como é o caso da Holanda, Estados Unidos da América e Suíça, têm também concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde.

novos processos destinados à aquisição de serviços em simultâneo com a evolução para mais cuidados domiciliários e na comunidade, irão comprometer o futuro de alguns hospitais.

Há um estudo internacional que analisou os pré-requisitos necessários para que a concorrência entre as entidades seguradoras possa conduzir a resultados mais eficientes. van de Ven *et al.* propõem dez pré-condições para a concorrência e avaliam o seu cumprimento em cinco países.¹³ São as seguintes: 1) escolha livre da entidade seguradora por parte do consumidor; 2) informação ao consumidor e transpa-

rência do mercado; 3) riscos suportados por contratados e contratantes; 4) mercados sem barreiras – fácil entrada e saída; 5) liberdade de contratação e de integração; 6) regulação eficaz da concorrência; 7) subsídios cruzados, a existirem, não devem criar incentivos para selecção de riscos (escolha por parte das entidades seguradoras dos indivíduos mais saudáveis); 8) subsídios cruzados, a existirem, não devem gerar oportunidades para comportamentos oportunistas (procura de cuidados de saúde desnecessários por terem custo direto para o utilizador nulo ou muito baixo); 9) eficiente qualidade da supervisão; 10) acesso garantido aos cuidados básicos.

A conclusão final de van de Ven *et al.* é que mais de uma década depois das reformas pró-mercado, alguns aspectos das pré-condições ainda estão longe de estar completamente estabelecidos, nomeadamente a informação aos consumidores relativamente à qualidade dos cuidados de saúde. A supervisão eficaz da qualidade continua a ser um importante desafio. Mesmo condições como a fácil entrada e saída no sistema e a regulação eficaz da concorrência estão a funcionar apenas num dos cinco mercados (a Holanda), que também enfrentou uma subida custos dos cuidados de saúde.

A Comissão constatou que a introdução de modelos de concorrência entre as entidades seguradoras acarreta custos de reorganização ou de “peso morto” resultantes do desmantelamento dos sistemas existentes e da criação de uma nova infra-estrutura – em Inglaterra, em 2000, esses custos foram estimados em mil milhões de libras – com benefícios incertos. A recente introdução do sistema de concorrência na Holanda deverá ser devidamente estudada. No entanto, a experiência até à data é que, apesar de os preços unitários por intervenção clínica terem baixado, os respectivos volumes e custos globais aumentaram. Não há ainda dados quanto ao impacto nos resultados em saúde.

A concorrência entre prestadores de cuidados de saúde é bastante diferente. Em Portugal tem havido concorrência desde há muito tempo, na medida em que os utentes podem optar por complementar os serviços do SNS recorrendo a prestadores privados, através de subsistemas de saúde ou pagando a totalidade em regime particular. A grande maioria dos pais, por exemplo, opta por levar os seus filhos a pediatras privados embora tenham acesso, através do SNS, a pediatras que são frequentemente os mesmos. O Quadro 2 mostra que o sector público é apenas responsável por pouco mais de 40% da prestação de serviços de saúde, enquanto o sector privado contribui com quase 60%. Este quadro requer alguma interpretação: na sua maioria, as consultas do sector privado são em especialidades de cardiologia, estomatologia, ginecologia e oftalmologia e uma percentagem significativa dos restantes custos com prestadores privados é constituída pelas despesas com medicamentos.¹⁴

Quadro 2 • **A repartição sector público/sector privado do financiamento e da prestação de serviços em 2011**

		Financiamento	
		Público	Privado
Prestação	Pública	39,53%	1,68%
	Privada	26,00%	32,79%

Fonte: INE, Conta Satélite da Saúde.

Há indicadores em toda a Europa de que a concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde pode levar a melhorias na qualidade e nos tempos de espera dos serviços escolhidos. Pode haver benefício em facultar aos doentes informações acerca da qualidade e dar-lhes a possibilidade de escolher o prestador de cuidados de saúde. Mas, na prática, são relativamente poucos os doentes que recorrem a outro médico quando para isso têm de percorrer grande distância. O impacto faz-se sentir sobretudo na forma como os prestadores se comportam, já que a ameaça de concorrência é frequentemente tão eficaz como a concorrência ela própria.

No entanto, para serviços que exigem continuidade de cuidados e a participação de diversos prestadores, a cooperação e colaboração pode ser prejudicada pela fragmentação induzida pela concorrência. Neste caso, a evidência sugere que é mais adequado desenvolver redes de cuidados de saúde que interliguem os prestadores.

Além disso, a forma como a concorrência é utilizada é relevante, como se demonstra através de dois exemplos portugueses. A utilização correcta dos instrumentos é essencial para que uma concorrência eficaz produza os resultados esperados. Um exemplo é o dos concursos para a concessão de farmácias nas instalações dos hospitais. A utilização de leilões no processo de adjudicação é um mecanismo que normalmente dá bons resultados. Neste caso, não foram descartadas na avaliação das propostas as licitações irrealistas efetuadas por alguns candidatos como, por exemplo, propor o pagamento à instituição arrendatária de uma margem superior à que é autorizada nos produtos farmacêuticos de receita obrigatória. Ao fim de algum tempo, a incapacidade para sustentar financeiramente o negócio levou à falência e ao encerramento dessas farmácias intra-hospitalares. Este exemplo tem sido por vezes citado como um insucesso na utilização dos mecanismos de concorrência. No extremo oposto, para demonstrar as vantagens da concorrência, citam-se as medidas introduzidas no mercado farmacêutico posteriores a Outubro de 2010, que originaram uma tendência de descida no preço dos genéricos, gerada

unicamente pelos mecanismos de concorrência. O dito tradicional de que “o diabo está nos detalhes” aplica-se à criação de situações para uma concorrência efetiva nos sistemas de cuidados de saúde.

Tudo isto aponta para que Portugal favoreça uma abordagem pragmática e baseada nas evidências que defenda a utilização da concorrência nas áreas em que já se conhece a sua eficácia e, ao mesmo tempo, promover redes de colaboração noutras áreas, em domínios distintos que têm de ser definidos. Os doentes deverão dispor de informação sobre os diversos serviços e redes de prestação de cuidados para poderem escolher os que desejam utilizar – no entanto, não deverão presumir impactos significativos com este tipo de opções, mas justifica-se propor, tal como foi feito em capítulos anteriores, que deve haver uma maior participação dos doentes nas escolhas e nas decisões acerca dos seus tratamentos na relação com os seus médicos assistentes. O Governo deverá também preocupar-se em assegurar que a disponibilização de informação é objetiva, e não é vista como uma oportunidade para os prestadores promoverem os seus serviços – aumentando uma procura de cuidados de saúde induzida pela oferta. Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde deverá continuar a avaliar a evidência científica proveniente de outros países e reagir em conformidade.

A concorrência do financiamento do SNS com o do sector privado levanta outras questões. Como pode ser constatado pelos números atrás indicados, o sector privado já está a ser extensivamente utilizado na prestação de cuidados, o que pode gerar conflitos de interesse entre organizações mas, também, entre profissionais que trabalhem em ambos os sectores. Há regras antigas para a gestão desses conflitos. A Comissão acredita – como é referido no Capítulo 5 – que é imperioso dispor de um amplo enquadramento ou acordo público-privado que inclua regras e regulamentos, e que também defina as condições em que os fundos do SNS podem ser utilizados no sector privado e estabeleça exigências de transparência para as organizações e para os utentes.

A Comissão está convicta de que neste aspeto, assim como no que se refere à concorrência, Portugal deverá adoptar uma perspectiva pragmática e baseada na evidência, fazendo participar o sector privado, com fins lucrativos e não lucrativos, na sua missão de proporcionar serviços de alta qualidade para todos nas situações em que tal faça sentido. Sempre que o sector privado for implicado desta forma, as exigências devem ser as mesmas que as do sector público, no que respeita à qualidade, transparência, recolha de informação estatística, e devem respeitar os mesmos valores.

Há indicadores em toda a Europa de que a concorrência entre os prestadores de cuidados de saúde pode levar a melhorias na qualidade e nos tempos de espera dos serviços escolhidos.

GOVERNAÇÃO, RESPONSABILIZAÇÃO E GESTÃO FINANCEIRA

A análise efectuada nos capítulos anteriores fez sobressair a importância da governação e da responsabilização, defendendo que:

- Os cidadãos têm de ser melhor informados sobre os serviços disponíveis e os respetivos custos.
- Em última instância, é aos cidadãos que cabe, através dos seus representantes políticos, decidir quanto querem gastar na saúde e nos cuidados sociais e quais são as respetivas prioridades.
- Tem de haver dispositivos de governação a todos os níveis para mobilizar as partes interessadas (“stakeholders”), incluindo os cidadãos, e que permitam assegurar transparência e responsabilização.

Estes dispositivos de governação e responsabilização são fundamentais para uma boa gestão financeira. A Comissão acrescenta mais duas recomendações pensadas para melhorar a eficiência e a gestão financeira: a criação de um Fundo de Estabilização do SNS e a criação de auditorias independentes sobre custo-benefício.

Os responsáveis pelo planeamento e as unidades de cuidados de saúde do SNS necessitam de um financiamento estável para que se possa planear e organizar a prestação adequada de cuidados, e para efetuar as mudanças necessárias, as quais se irão inevitavelmente repercutir em orçamentos sucessivos. O financiamento do SNS é fixado anualmente mas, como mostra o Quadro 3, as despesas efetivas (reais) e despesas orçamentadas são, frequentemente, valores muito diferentes, havendo transferências do Ministério das Finanças para o SNS que se prolongam por vários anos.

Nesta questão, verificam-se pressões contraditórias. A pressão para conter os défices do orçamento do Estado transforma-os em cortes orçamentais para o SNS em anos de recessão. Ao mesmo tempo, a prestação de cuidados de saúde do SNS está a evoluir no sentido da adotar regras empresariais, o que implica a criação de planos estratégicos e a responsabilização da gestão, o que é difícil de conciliar com mudanças anuais significativas nos orçamentos. Assim, é necessário utilizar um mecanismo diferente para que o financiamento do SNS seja previsível. Sugere-se a criação de um fundo de estabilização, com regras muito claras e rigorosas, que receba transferências anuais relacionadas com o PIB, mas que tenha capacidade para gerir flutuações através da acumulação de activos durante os períodos de maior crescimento, os quais serão utilizados nos períodos de fraco crescimento, com o objetivo de estabilizar o orçamento do SNS.

Existe já um mecanismo com uma filosofia semelhante para as pensões asseguradas pelo sistema público, o Fundo de Estabilização Financeira da Segurança Social. Uma forma possível de estruturar esse mecanismo seria estabelecer uma orientação

para gastos futuros em cuidados de saúde (limites de gastos), e rever todos os anos essa orientação para os cinco anos seguintes; esta orientação teria de ser consistente com os planos estratégicos das instituições do SNS e com os orçamentos que lhes estão atribuídos. Desta forma, as transferências do orçamento do Estado para o SNS passariam a ser contribuições para um fundo de estabilização, através do qual é atribuído o orçamento do SNS. As transferências poderiam ser estabelecidas como uma percentagem do PIB previsto (não o real), com uma pequena margem de segurança. As regras de constituição do fundo e a sua gestão e utilização têm de ser claramente definidas, para evitar qualquer intervenção oportunista do Governo (por exemplo, a redução de transferências para forçar a utilização do fundo).

Quadro 3 • Orçamentos e despesas do SNS 2006-2014

	Orçamento SNS	DGO – Execução Orçamental		
	Orçamento inicial	Transferência para o SNS	Receitas totais	Despesas totais
2006	7636,7	7631,9	7673,4	8031,2
2007	7674,8	7673,4	8241,1	8131,6
2008	7900,0	7900,0	8395,5	8519,0
2009	8100,0	8200,0	8708,6	8925,3
2010	8698,7	8848,7	9167,9	9527,7
2011	8140,0	8251,8	8583,9	8859,1
2012	7498,8	9735,5	10136,3	8275,1
2013	7801,2	7837,6	8325,2	8325,2
2014	7582,1			

Notas: 2013 e 2014 - Previsões do Governo. A partir de 2010 inclui-se despesa que deixou de ser facturada a subsistemas públicos (ADSE, MAI, MD), no valor de 548,7 milhões de euros.

A gestão financeira também pode ser melhorada através de melhores dispositivos de avaliação e auditoria. Não há actualmente qualquer inspecção regular das unidades ou serviços do SNS em termos de custo-benefício. Cada uma dessas inspeções debruçar-se-ia sobre uma questão específica, como, por exemplo, o controle das infeções ou a cirurgia da mama e observaria, por todo o SNS, se os cuidados respeitam uma boa relação custo-benefício, respeitando normas de orientação clínica, e fazendo-o de forma eficiente. Existem em Inglaterra e em outros países, modelos para estas auditorias, em que o processo é conduzido por uma entidade governamental que responde diretamente perante o Parlamento. Estes modelos poderiam também ser adaptados para Portugal.

A Comissão observou, no Capítulo 4, que várias entidades públicas têm algum tipo de supervisão na área da qualidade e propôs a sua simplificação como parte da proposta de revisão dos custos funcionamento. Um organismo de saúde poderia tornar-se responsável por estas auditorias como parte de funções mais abrangentes. No entanto, a Comissão recomenda que estas auditorias sejam realizadas por uma entidade independente ligada quer ao Ministério da Saúde quer ao Ministério das Finanças, a qual faria relatórios com recomendações para a Comissão Parlamentar de Saúde e para o Conselho Nacional de Saúde.

CUSTOS DE TRANSIÇÃO

A Comissão considerou os custos de implementação das medidas propostas neste relatório e da gestão das mudanças que nele se recomendam.

Determinadas recomendações da Comissão terão custos adicionais a curto prazo, porque se relacionam com novas organizações, nomeações e actividades:

- O estabelecimento do Conselho Nacional de Saúde.
- A criação do SNS-Evidência e do organismo para a melhoria da qualidade.
- A nomeação de um Diretor-Geral de Enfermagem.
- A gestão de um Fundo de Estabilização do SNS e de auditorias de custo-benefício.

A Comissão considera que estes custos iniciais poderiam ser cobertos por poupanças superiores a 25% que seriam feitas como parte da adoção dos modelos de responsabilizações e custos de administração (“overheads”) propostos no Capítulo 5. No entanto, ao longo do tempo, todas estas actividades deverão melhorar a eficiência e/ou libertar fundos.

Um conjunto de outras recomendações destina-se a reforçar ou desenvolver actividades existentes, pelo menos em parte já financiadas:

- A campanha de literacia da saúde.
- O desenvolvimento do Portal da Saúde e do Registo de Saúde Electrónico.
- O reforço da saúde pública.

Estas áreas irão também gerar eficiência a longo prazo. Todo o tipo de investimento de curto prazo terá de ser encarado como parte do processo de planeamento normal do Ministério da Saúde. No entanto, a possibilidade de incorporar financiamentos parciais de outros ministérios e proveniências será também de considerar enquanto parte de um compromisso para a inclusão da promoção da saúde nas respectivas políticas. Na Alemanha, por exemplo, existe actualmente um debate sobre se os planos de seguros sociais deverão contribuir para a promoção da saúde, a preven-

ção das doenças e mesmo outras actividades em saúde. Deverá também recorrer-se, como foi anteriormente referido, ao financiamento a partir de impostos sobre produtos e comportamentos de consumo pouco saudáveis.

Os novos encargos, com maior volume financeiro, resultarão sem dúvida da necessidade de investir na comunidade – em cuidados de longa duração, em cuidados primários de saúde, em cuidados paliativos e outros. Em princípio, muito deste investimento deverá resultar na diminuição da despesa com encargos hospitalares. A Comissão reconhece que haverá demora na libertação desses fundos e que haverá inevitavelmente um período de “redundância”, em que os serviços criados na comunidade duplicarão serviços atualmente inseridos em hospitais.

Nestas circunstâncias, a Comissão recomendou, no Capítulo 1, que o Governo crie um fundo de transição para ajudar a gerir a mudança. Este fundo deverá ser governado muito parcimoniosamente – com um bom planeamento económico e uma boa gestão de projecto – mas deverá, a longo prazo, tornar-se a forma mais eficiente e barata de gerir a transição, que é crucial e tem de ocorrer nos próximos 25 anos.

NECESSIDADES FUTURAS DE FINANCIAMENTO

A discussão efetuada neste capítulo demonstrou, com base em dados estatísticos até 2010, que Portugal enfrenta cada ano pressões de despesa pública em saúde de 2 a 4% acima do valor da inflação, o que corresponde a valores anuais de 120 e 170 milhões de euros. Como as despesas foram reduzidas nos últimos 3 anos, é possível que o crescimento dos custos possa ser menor no futuro.

O objectivo da estratégia de sustentabilidade proposta é dar resposta às necessidades de saúde, libertar fundos para serviços existentes e reduzir o crescimento futuro da despesa. A Fundação Calouste Gulbenkian concordou em disponibilizar algum financiamento para os três *Desafios Gulbenkian*. Estes desafios são descritos com maior pormenor no Capítulo 9. Dois deles irão começar a libertar fundos nos próximos 5 anos. A Comissão fez uma estimativa dos benefícios financeiros que provavelmente deles irão resultar, e que podem servir como um indicador dos níveis de financiamento

Os novos encargos, com maior volume financeiro, resultarão sem dúvida da necessidade de investir na comunidade – em cuidados de longa duração, em cuidados primários de saúde, em cuidados paliativos.

A Fundação Calouste Gulbenkian concordou em disponibilizar algum financiamento para os três *Desafios Gulbenkian*. (...) Dois deles irão começar a libertar fundos nos próximos 5 anos.

que poderão ser libertados através da estratégia mais alargada de sustentabilidade que aqui é proposta.

Passamos a analisar sucessivamente cada um desses desafios:

- O **Desafio das Infecções** (reduzir para metade as actuais taxas de infecções hospitalares) poderá poupar até 140 milhões de euros por ano. Uma estimativa muito citada do número de dias adicionais de internamento hospitalar devido a infeções secundárias sugere que o seu custo total anual é cerca de 280 milhões de euros.¹⁵ A maior parte desta poupança estaria disponível assim que as taxas de infecção fossem reduzidas.
- O **Desafio da Diabetes** (evitar que 50 000 pessoas desenvolvam a doença) poderia poupar custos adicionais de 45 milhões de euros por ano ao fim de 5 anos e, partindo do princípio que o programa continuará depois dessa data, 18 milhões adicionais de forma cumulativa cada ano. Estes números são conservadores e baseiam-se na redução para metade da estimativa do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, que refere que cada pessoa com diabetes tem um custo de 1.800 euros por ano. A Comissão reconhece que nem todo este montante poderá ser poupado e que, provavelmente, haverá custos mais elevados nos últimos anos de vida, à medida que o doente envelhece e as complicações se desenvolvem.¹⁶
- O **Desafio das Crianças** (de Portugal se tornar líder na saúde e bem-estar infantil) terá um efeito a longo prazo. A extrapolação de um estudo norte-americano, com uma estimativa muito conservadora das poupanças (1/3 daquilo que esse estudo americano calculou), sugere que um trabalho de prevenção com crianças entre os 0 e os 5 anos poderia poupar 80 milhões de euros cada ano, ao longo das duas vidas.¹⁷

O futuro é obviamente incerto e Portugal, juntamente com outros países, irá confrontar-se com muitos desafios novos e desconhecidos nos próximos 25 anos. A Comissão está convicta de que a melhor forma de procurar assegurar um sistema sustentável e de elevada qualidade, que preserve os valores fundadores do SNS, é através da abordagem aqui defendida. Os *Desafios Gulbenkian* reflectem essa abordagem e, como pode ser constatado acima – apesar de os números aqui referidos deverem ser encarados com alguma prudência – têm o potencial de contribuir de forma muito significativa para esse objetivo.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os vários mecanismos financeiros e de gestão discutidos neste Capítulo irão ajudar a controlar os custos. No entanto, o seu maior impacto apenas resultará de mudanças nas práticas dentro do próprio sistema de saúde e cuidados de saúde. A Comissão propõe, por isso, três recomendações que contribuirão para concretizar essas mudanças e produzir os correspondentes benefícios.

Figura 6 • **Recomendações**

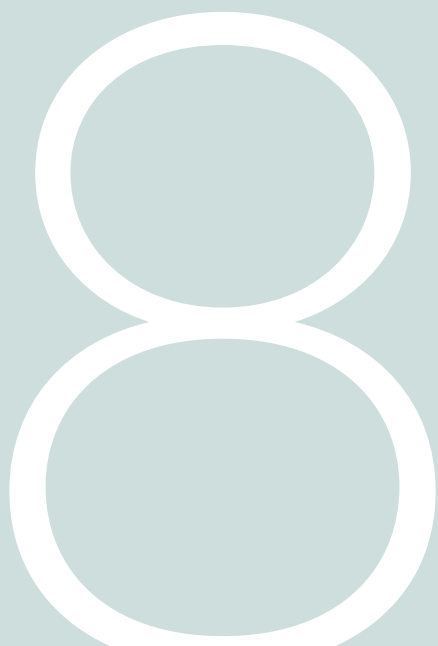
RECOMENDAÇÕES

19. **ESTRATÉGIA DE SUSTENTABILIDADE.** Adotar uma estratégia de sustentabilidade para melhorar a qualidade e reduzir os custos, baseada em:
 - a. Definição de três áreas principais de mudança:
 - Redução da morbidade – prevenção das doenças e diminuição do tempo de enfermidade.
 - Aplicação eficaz das evidências científicas e adoção da melhoria contínua da qualidade, com o objetivo de diminuir o desperdício em saúde.
 - Mudança da infra-estrutura do sistema de saúde.
 - b. Desenvolver o processo de contratualização e contratação: centrar as medidas nos resultados; analisar continuamente a experiência internacional associada à introdução de concorrência; e assegurar flexibilidade suficiente desses mecanismos para fazer face às exigências da evolução dos cuidados de saúde, através de novos métodos e formas de prestação.
20. **GESTÃO FINANCEIRA.** Melhorar a gestão financeira, adotar uma melhor governação, disponibilizar amplamente a informação de dados estatísticos e reforçar a responsabilização. Propõe-se ainda um fundo de manio de 5 anos – o Fundo de Estabilização do SNS – que funcionará como apoio ao planeamento, e estabelecer auditorias independentes para avaliar serviços, na perspetiva da relação benefício-custo (“*value for money*”), que responderão perante o Parlamento e o Conselho Nacional de Saúde.

Referências

- 1 OCDE. *What Future for Health Spending?* 2013.
- 2 <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, p. 187, quadros 8.9.1- 8.9.3
- 3 <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5qnf5-en> <http://dx.doi.org/10.1787/5k4dd1st95xv-en>
- 4 Health Cluster Portugal (2014) *Health Cluster Portugal homepage*: www.healthportugal.com
- 5 Fórum Económico Mundial. *Sustainable Health Systems: Visions, Strategies, Critical Uncertainties ND Scenarios*. Janeiro de 2013.
- 6 The Commonwealth Fund: scorecard 2014.
- 7 Barros, Pedro Pita (2013) *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*, 3.ª edição, Almedina.
- 8 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf
- 9 <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/health-insurance-premiums-and-cost-sharing-findings-from-the-research-on-low-income-populations-policy-brief.pdf>
- 10 Borges, A. *Catastrophic health care expenditures in Portugal between 2000-2010: Assessing impoverishment, determinants and policy implication*. Disponível em: <http://run.unl.pt/handle/10362/11592>
- 11 The Kings Fund (2010) *Getting the Most Out of PROMs: Putting health outcomes at the heart of NHS decision-making*. www.kingsfund.org.uk/publications/getting-most-out-proms
- 12 Porter, M. (2010) «What is Value in Health Care?» *NEJM*, 363: 2477.
- 13 van de Ven, Wynand, et al. (2013) «Preconditions for efficiency and affordability in competitive health care markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?». *Health Policy*, 105(3): 226-245.
- 14 Inquérito sobre a Saúde Nacional 2005/2006, como referido no Relatório da Comissão para a Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde.
- 15 Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE8E5FAD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf
- 16 Observatório Nacional da Diabetes (2013) *Diabetes: Factos e Números 2012 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Portugal*, p. 53.
- 17 Guyer, B., et al. «Early Childhood Health Promotion ad its Life Course Health Consequences». *Academic Pediatrics*, vol. 9, n.º 3, Maio-Junho de 2009, p. 142 ff.

Recomendações



A Comissão preparou sete grupos de recomendações destinadas a colocar Portugal no caminho da criação do futuro de um sistema de saúde sustentável e de elevada qualidade.

CAPÍTULO 1

UM NOVO PACTO PARA A SAÚDE

- 1. Um novo pacto para a Saúde.** Deverá ser estabelecido um novo pacto na Saúde, que configure as novas interações e os desempenhos necessários para a transformação do sistema actual, centrado no hospital e na doença, em que o doente é objecto e alvo de todas as acções, num sistema centrado nas pessoas e baseado na saúde, em que os cidadãos são parceiros na promoção da saúde e nos respectivos cuidados.
- 2. Conselho Nacional de Saúde.** O Conselho Nacional de Saúde deverá ser estabelecido como uma aliança de toda a sociedade com a incumbência de tutelar o pacto para a Saúde e definir a visão para o futuro, ter uma perspectiva de conjunto do sistema e funcionar como consultor para as políticas que se integrem nessa visão. Esse organismo deverá ser representativo dos cidadãos e de todos os sectores da sociedade, ser politicamente independente e responsável perante a Assembleia da República, o Ministro da Saúde e a população em geral.
- 3. SNS-Evidência.** O SNS-Evidência será um novo organismo que conjugará o programa existente de normas de orientação clínica com novos processos de avaliação das novas tecnologias e terapias, assegurando que o sistema faculta, de forma sempre actualizada e crítica, o melhor conhecimento científico disponível (as evidências científicas). Este organismo deverá divulgar as suas deliberações e os resultados de que disponha junto dos cidadãos para que estes, assim como os médicos e outros profissionais da saúde, possam conhecer essas evidências.
- 4. Fundo de Transição.** Criar um fundo de transição que possa ajudar a suportar os custos de «redundância» e outros custos provisórios do desenvolvimento de um sistema de saúde, em que haja melhor gestão das doenças crónicas, mais serviços domiciliários e de proximidade e redes de especialidades cobrindo todas as regiões do país.

CAPÍTULO 2

PARTICIPAÇÃO DOS CIDADÃOS

5. **Literacia da saúde.** Deverá haver um novo programa intersectorial do Governo para a educação e literacia da saúde que prepare, em termos práticos, os cidadãos para se manterem saudáveis e para, quando doentes, participarem na tomada de decisões. Este programa deverá ter grande visibilidade e ser liderado por um grupo de Embaixadores, incluindo personalidades dos meios de comunicação, em coordenação com os Ministérios da Saúde e da Educação.
6. **Propriedade da informação pessoal sobre saúde.** Deverá ser dada elevada prioridade à plena implementação de um registo de saúde electrónico, como base essencial para um serviço integrado de alta qualidade que faculte aos cidadãos, em formato electrónico ou outro, toda a informação sobre a sua saúde.
7. **Acesso à informação.** Deverá haver uma fonte única de informação acreditada acessível a todos os cidadãos, eventualmente integrada no Portal da Saúde. Conterá informações sobre saúde, prevenção de doenças, serviços prestados e sua qualidade. As organizações de saúde deverão estar obrigadas a fornecer determinadas informações para esse fim e as entidades reguladoras deverão assegurar que os cidadãos têm acesso a elas
8. **Representação.** O Ministério da Saúde deverá nomear não-profissionais para representar a perspectiva dos cidadãos e dos doentes perante os órgãos de gestão das instituições de saúde.

CAPÍTULO 3

CONTRIBUIÇÃO DOS DIVERSOS SECTORES DA SOCIEDADE

9. **Autarquias.** As autarquias, algumas das quais desempenham papéis de liderança no bem-estar das populações que representam, devem incluir a saúde e as organizações de saúde nas suas parcerias locais de assistência social e apoiar o trabalho e o planeamento intersectoriais.
10. **Sociedade civil.** As autarquias, as organizações de saúde, as organizações do mercado e os ministérios adequados devem trabalhar em conjunto para encontrar melhores formas de promover, apoiar e envolver no sistema de saúde e de

prestação de cuidados, as organizações de voluntariado e as redes informais de cuidadores.

- 11. Saúde pública.** O Governo, os ministérios em causa, o SNS e as instituições e associações de saúde pública devem trabalhar em conjunto para reforçar a intervenção da saúde pública a todos os níveis e em todo o sistema de saúde. Informação e competências em saúde pública devem ser fortalecidos na formação e qualificação de todos os profissionais de saúde. Poderão ser necessários novos modelos e enquadramentos legislativos em Saúde Pública para alcançar esse propósito.

CAPÍTULO 4

A PROCURA PERMANENTE DE MELHORIA DA QUALIDADE, DA APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO E DA TECNOLOGIA

- 12. Melhoria contínua da qualidade.** Todos os parceiros no sistema de saúde, desde o Ministério e os cidadãos até aos vários organismos do SNS, municípios, universidades e indústria têm de assegurar que a abordagem à melhoria contínua da qualidade é adoptada em todo o sistema de saúde como meio de promover a sua qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado. As competências para a melhoria da qualidade devem fazer parte dos programas de formação e treino de todos os profissionais de saúde. Para este fim, deverá ser criado um organismo de peritagem responsável por promover a melhoria da qualidade, identificar e disseminar as boas práticas e apoiar a sua implementação. Deve articular-se com outros organismos, na saúde e em outras áreas da governação para criar modelos para a implementação da melhoria da qualidade, promover o treino, conselho e apoio, o que deve ser acompanhado pela normalização dos processos de acreditação, registo e reporte.
- 13. Colaboração do SNS com a investigação e a indústria.** Os dirigentes do SNS, da comunidade científica e da indústria devem colaborar para a criação de centros nacionais que, trabalhando em conjunto com os cidadãos, promovam o desenvolvimento de novas práticas, tecnologias e serviços.

CAPÍTULO 5

UM SISTEMA DE SAÚDE CENTRADO NAS PESSOAS E BASEADO NO TRABALHO DE EQUIPA

14. **Novos modelos para os cuidados de saúde.** Os decisores políticos, os responsáveis pelo planeamento e os prestadores de serviços devem trabalhar em conjunto para criar serviços de cuidados integrados com especial ênfase nos que se destinam à gestão de doenças crónicas, à disponibilização de mais cuidados domiciliários e de proximidade e à criação de redes de especialidades – associadas a centros de referência e cobrindo todas as zonas do país através da tecnologia e de protocolos partilhados.
15. **Responsabilização e custos administrativos.** As responsabilidades precisam de ser bem estabelecidas em todo o sistema e é necessária uma análise sobre o número e as funções de muitos organismos públicos associados à saúde e respectivos cuidados, reduzindo o seu número e respectivos custos em pelo menos 25%, com isso libertando financiamento para investimentos noutras áreas.
16. **Acordo público-privado.** Deve ser estabelecido um acordo público-privado como enquadramento para a contratação de serviços privados pelo SNS, salvaguardando o interesse público e trazendo, em simultâneo, novos recursos e potenciais inovações ao sistema de saúde.

CAPÍTULO 6

NOVAS FUNÇÕES E UMA LIDERANÇA REFORÇADA

17. **Formação profissional.** Os Ministérios da Educação e da Saúde deverão estabelecer um projecto global para revisão da formação profissional à luz dos desenvolvimentos actuais e futuros da saúde e assegurar que essa reformulação inclui as novas necessidades de parceria com os doentes, de melhoria da qualidade e de reforço da saúde pública.
18. **Enfermagem.** Em Portugal, o estatuto dos enfermeiros deverá ser promovido através da nomeação de um Director-Geral de Enfermagem, reforçando o papel destes profissionais nas organizações e, tanto quanto o orçamento permita, aumentando o seu número. No seguimento da introdução da nova figura proposta de “enfermeiro de família”, deverá também haver uma reflexão sobre o alargamento do papel dos enfermeiros e de outros profissionais em outras áreas.

CAPÍTULO 7

SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA

- 19. Estratégia de sustentabilidade.** Adotar uma estratégia de sustentabilidade para melhorar a qualidade e reduzir os custos, baseada em:
- a. Definição de três áreas principais de mudança:
 - Redução da morbidade – prevenção das doenças e diminuição do tempo de enfermidade
 - Aplicação eficaz das evidências científicas e adoção da melhoria contínua da qualidade, com o objetivo de diminuir o desperdício em saúde
 - Mudança da infra-estrutura do sistema de saúde
 - b. Desenvolver o processo de contratualização e contratação: centrar as medidas nos resultados; analisar continuamente a experiência internacional associada à introdução de concorrência; e assegurar flexibilidade suficiente desses mecanismos para fazer face às exigências da evolução dos cuidados de saúde, através de novos métodos e formas de prestação.
- 20. Gestão financeira.** Melhorar a gestão financeira, adotar uma melhor governação, disponibilizar amplamente a informação de dados estatísticos e reforçar a responsabilização. Propõe-se ainda criar um fundo de maneiço de 5 anos – o Fundo de Estabilização do SNS – que funcionará como apoio ao planeamento, e estabelecer auditorias independentes para avaliar serviços na perspetiva da relação benefício-custo (“*value for money*”), que responderão perante o Parlamento e o Conselho Nacional de Saúde.

IMPLEMENTAÇÃO

A Comissão está convicta de que muitas destas recomendações podem começar a ser implementadas em 2015 e a ter impacto em 2016. Sugeriu, por isso, à Fundação Calouste Gulbenkian que avalie os progressos alcançados no final de 2016 e faça publicar um relatório sobre essa avaliação no início de 2017.

A Comissão está grata à Fundação Calouste Gulbenkian por esta apoiar os *Desafios Gulbenkian* descritos no capítulo 9, os quais irão contribuir para desenvolver a metodologia necessária para uma implementação bem sucedida destas recomendações, iniciando o processo de transição para o futuro de um sistema de saúde sustentável e de elevada qualidade.

Os Desafios Gulbenkian



A abordagem descrita neste relatório exige formas mais inclusivas no desenvolvimento de políticas, melhoria dos processos de implementação, novos sistemas para aprendizagem, avaliação e adaptação contínuas. Apela ainda para que todos desempenhem o seu papel. A Fundação Calouste Gulbenkian compromete-se a assumir o seu, lançando três Desafios Gulbenkian, cada um dos quais exemplificando esta abordagem – demonstrar aquilo que poderá ser alcançado e, ao mesmo tempo, enfrentar alguns dos desafios mais importantes que se colocam a Portugal.

UM AMBIENTE DE APRENDIZAGEM EM QUE TODOS TÊM UM PAPEL A DESEMPENHAR

Levará bastante tempo até que a sociedade comece a sentir os efeitos das recomendações constantes deste relatório. A Fundação Calouste Gulbenkian decidiu, por isso, disponibilizar algum financiamento para iniciar três *Desafios Gulbenkian*. São três grandes projetos, ambiciosos mas realizáveis, que podem mostrar o que pode ser feito, em maior escala e em todo o país, utilizando as abordagens descritas neste relatório – e que, como se refere no Capítulo 7, podem ter um impacto significativo na sustentabilidade de todo o sistema.

Estes *Desafios* foram concebidos para apoiar o SNS e o Ministério da Saúde nas suas importantes e exigentes responsabilidades. Cada um deles dirigir-se-á a um problema de grande relevância para o sistema de saúde, terá grande visibilidade para o público, será liderado por um grupo próprio e necessitará de patronos (“*champions*”) tanto profissionais como leigos. Todos eles contribuirão para gerar energias e para que os cidadãos em Portugal vejam o seu sistema de saúde não apenas como uma estrutura que lhes presta serviços, mas como algo que é também seu, em que participam e podem ajudar moldar o futuro.

Contribuirão para criar um ambiente de aprendizagem de saúde em Portugal – em que todos têm um papel a desempenhar.

Os Desafios Gulbenkian

Os três desafios são, respetivamente:

1. Um objectivo imediato e de curto prazo incide nas infeções hospitalares, uma área em que Portugal tem uma das piores taxas da Europa. O *Desafio* consistirá em

demonstrar que, em 3 anos, um grupo de instituições do SNS é capaz de reduzir para metade a taxa de infeções hospitalares, atuando como percussores de um processo que, em moldes idênticos, virá a abranger os restantes hospitais.

2. Um objectivo a médio prazo tem por objetivo a prevenção da diabetes, doença em que Portugal tem a mais elevada prevalência na Europa. O *Desafio* consistirá em apoiar a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e parceiros nos esforços para evitar que 50 000 indivíduos com risco elevado de adquirir diabetes desenvolvam a doença num prazo de 5 anos.
3. Um objectivo de mais longo prazo é dirigido à saúde e bem-estar infantil. Apesar das taxas de mortalidade perinatal serem muito baixas, as crianças portuguesas são menos saudáveis e têm níveis de bem-estar inferiores às de outros países. O *Desafio* consistirá em juntar dirigentes dos setores da saúde e da educação com parceiros da sociedade civil, da indústria alimentar e da comunidade, para que Portugal possa vir a ser um país líder na saúde e no bem-estar das crianças.

Os 3 desafios estão delineados na Figura 1.

Figura 1 • Os *Desafios Gulbenkian*

OS DESAFIOS GULBENKIAN

- Reduzir a incidência das infeções hospitalares – baixar as taxas atuais para metade em 3 anos, em 10 hospitais.
- Sustentar o crescimento da incidência de diabetes – em 5 anos, evitar que 50 000 pessoas desenvolvam a doença.
- Ajudar o país a tornar-se um exemplo na saúde e no desenvolvimento dos primeiros anos de infância – com melhorias quantificáveis nos indicadores de saúde e bem-estar das crianças.

O Desafio das Infeções

As infeções hospitalares são uma fonte de grande preocupação para os doentes e afetam tanto a qualidade dos cuidados que recebem como os custos do tratamento. Portugal tem, no presente, uma das piores taxas de infeção hospitalar da Europa. O *Desafio das Infeções* consiste em baixar para metade o número de infeções hospitalares, poupando, segundo estimativas do Ministério da Saúde, 280 milhões de euros cada ano. Um outro estudo de Fiorentino e Barros (2014) aponta para poupanças potenciais próximas dos 340 milhões de euros anuais. A maior parte do valor de despesa poupado estaria disponível à medida que fossem diminuindo as taxas de infeção hospitalar. Ambas estimativas baseiam-se nos custos das infeções por via sanguínea, e existe alguma incerteza no modo como podem ser comparados com os de outras formas de infeção hospitalar.

A Fundação Calouste Gulbenkian propõe-se apoiar 10 hospitais em todo o país com o objetivo de alcançar a redução das infeções hospitalares em 50% no período de 3 anos. Este objetivo utilizará as metodologias para a melhoria da qualidade mencionadas no Capítulo 4, em que cada hospital aprende, nesse processo de reduzir as infeções hospitalares, tanto com a experiência de outros hospitais como com a dele próprio. Esta metodologia tem tido sucesso noutros países, nomeadamente a Inglaterra e a Escócia, onde se verificou uma redução de 85%, de modo a que o problema deixou de constituir uma preocupação para a população em geral.

É de prever que o rápido progresso alcançado nos hospitais envolvidos possa ser seguido por melhorias ainda mais rápidas em outros, à medida que a metodologia e os resultados vão sendo divulgados.

Este Desafio ajudará Portugal a reduzir também outras infeções e a combater o problema da resistência aos agentes anti-microbianos, prestando a sua contribuição para as iniciativas da Organização Mundial da Saúde e da UE sobre estes problemas importantes à escala global.

O Desafio da Diabetes

O Desafio da Diabetes pretende sustentar o aumento contínuo da frequência de diabetes, o problema de saúde pública com mais rápido crescimento em Portugal. Estima-se que o país tenha a mais alta prevalência desta doença na Europa, e que a diabetes tenha custado ao orçamento da saúde mais de 1 200 milhões de euros em 2011, o que corresponde a aproximadamente 0,8 % do PIB.¹ Em Portugal, todos os anos, 60 000 pessoas são diagnosticadas com a doença e irão necessitar de cuidados de saúde e de tratamento para o resto das suas vidas.¹ É, assim, uma das questões de saúde mais urgentes que o país enfrenta.

É preciso abordar este problema quer através da prevenção primária – por exemplo, reduzir o modo fácil como podem ser obtidos de alimentos pouco saudáveis e promover ambientes saudáveis – quer através da identificação das pessoas que têm risco elevado da doença. As duas abordagens são essenciais. A nível internacional, existe evidência sólida sobre o que pode ser feito em Portugal para prevenir a doença em pessoas com risco elevado e, em certos casos, poder até reverter esse risco. Como se demonstrou em estudos científicos, é possível reduzir para metade o aumento de novos casos de diabetes tipo 2, no espaço de 3 a 5 anos, através de intervenções relativamente simples baseadas na alimentação e no exercício físico.^{2,3,4}

O Desafio Gulbenkian dirige-se a pessoas portadoras de risco elevado de diabetes, pretendendo baixar em 50 000 o número dos que evoluem para doença diagnosticada em 5 anos, a partir de 2015. É sabido que são registados aproximadamente 60 000 novos casos de diabetes cada ano. O objetivo consistiria em reduzir essa taxa para 40 000 em 2020, evitando a 50 000 indivíduos desenvolver critérios da doença nesse período de

tempo. Entretanto, os esforços já iniciados em matéria de prevenção primária virão a ser reforçados com a acumulação de evidência do impacto dos alimentos com elevado teor de açúcar na diabetes e com a previsão de novas e mais restritivas orientações por parte da Organização Mundial da Saúde.

O *Desafio da Diabetes* dirigido a evitar que 50 000 pessoas com risco elevado de diabetes venham a desenvolver a doença, poderia poupar custos adicionais de 65 milhões de euros anuais em 5 anos, ou um valor líquido atual de 110 milhões de euros ao longo dos 5 anos do projeto. Assumindo a sua continuidade, seria possível obter poupanças adicionais de 27 milhões de euros, de forma cumulativa, nos anos subsequentes. Estes valores são estimativas conservadoras, que têm por base a redução para metade dos valores contidos no Relatório Anual do Observatório da Diabetes de 2013. Nele refere-se que a despesa de saúde de cada pessoa com diabetes é 1963 euros anuais, custo esse que tem aumentado cerca de 5% cada ano. Reconhecem-se, contudo, limites àquela poupança, pois são mais elevados os custos nos últimos anos de vida, à medida que o doente envelhece e as complicações da doença surgem.

A Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, em parceria com os municípios e o SNS, irá liderar a nível local, as Coligações da Diabetes no combate a este problema, tendo apoio dos profissionais de saúde, do Ministério da Saúde, de escolas e de empresas. Irão ser estabelecidos contactos com organizações similares em outros países, para partilhar planos inovadores nesta área.

Apesar dos estudos sólidos realizados noutros países, será a primeira vez que se procurará a redução da taxa da doença, a nível de um país inteiro. Portugal será, nessa medida, pioneiro e dará um contributo importante, a nível mundial, na criação de modelos de combate a doenças não transmissíveis, o que é uma recomendação da OMS e outras entidades. Este *Desafio* ajudará a demonstrar que atividades intersectoriais, que usam evidências colhidas em estudos de elevada qualidade académica e que são lideradas por uma associação de doentes, podem obter, a longo prazo, resultados importantes com valor local e global.

O Desafio das Crianças

Portugal tem uma intervenção de que se orgulha na redução da mortalidade perinatal, que atingiu um dos níveis mais baixos da Europa; todavia, as crianças portuguesas têm uma das taxas mais elevadas de obesidade e um dos mais baixos níveis de bem-estar. Em Portugal, a percentagem de crianças a viver com níveis de pobreza ou de quase pobreza é superior à observada nos outros países da Europa Ocidental. Todos estes problemas irão provavelmente afetar a sua saúde no futuro, podendo ser melhor combatidos nas primeiras fases da vida da criança.

Este é, dos três *Desafios Gulbenkian*, o de mais longo prazo e procurará ajudar o país a tornar-se líder na saúde e no desenvolvimento na primeira infância, com melho-

rias mensuráveis nos parâmetros que avaliam a saúde e o bem-estar das crianças. A Fundação Calouste Gulbenkian propõe convocar todos os sectores da sociedade – Educação e a Saúde em primeiro lugar – para fixar planos e estabelecer ações para alcançar os objetivos.

As medidas a implementar como indicadores de melhoria e de sucesso do *Desafio*, serão construídas pelos participantes. Discussões preliminares apontam para incluir indicadores de desenvolvimento para crianças menores de 5 anos, indicadores relativos à obesidade e também do rendimento educativo no final do período escolar. Estes indicadores estarão baseados nos critérios da UNICEF sobre os diversos fatores que avaliam o bem-estar das crianças, e na proposta da OMS sobre os determinantes sociais, que têm um especial foco no desenvolvimento da primeira infância.⁵

Os participantes neste *Desafio* poderão aprender com as experiências de outros países que estabeleceram objetivos ousados e nelas também participar – nomeadamente, a experiência da Escócia com o *Early Years Collaborative*, que se descreve no Capítulo 3. Este *Desafio* pode demonstrar que pode ser alcançado considerável progresso com modelos de trabalho intersectorial e que usam metodologias rigorosas de melhoria.

O ambiente de aprendizagem

A Comissão recomendou no Capítulo 1 a criação de um organismo qualificado para promover a melhoria da qualidade, a identificação e divulgação das boas práticas e o apoio à sua implementação, como parte da infra-estrutura que é essencial no futuro para um sistema de saúde sustentável e de alta qualidade. Se esta proposta for considerada e criado esse novo organismo, ele estará na melhor posição para aproveitar os ensinamentos destes três *Desafios* e partilhá-los dentro de todo o sistema de saúde, ajudando assim a estabelecer um verdadeiro ambiente de aprendizagem em Portugal.

Portugal irá não só melhorar a saúde e o bem-estar dos seus cidadãos como, ao fazê-lo, irá constituir um exemplo para o mundo. Portugal tem a capacidade e as condições para o fazer.

Referências

- ¹ Observatório Nacional da Diabetes (2012) *Diabetes: Factos e Números*. Observatório Nacional da Diabetes.
- ² NIDDK (2008) *Diabetes Prevention Programme*. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. diabetes.niddk.nih.gov
- ³ Lindström, J., et al. (2006) «Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study». *Lancet*, 368 (9548): 1673-1679.
- ⁴ NICE (2012) *The NICE guidelines: Preventing type 2 diabetes – risk identification and interventions for individuals at high risk*, (PH38) Londres: National Institute for Health and Care Excellence.
- ⁵ UNICEF Office of Research (2013) *Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview*. Innocenti Report Card 11. UNICEF Office of Research, Florença.

Apêndices

1. **A Comissão: missão, metodologia e composição**
2. ***“Eu e o meu sistema de saúde ideal”***
do relatório do Grupo de Trabalho 2
3. ***A Aliança de Toda a Sociedade para a Saúde***
do relatório do Grupo de Trabalho 1
4. ***Transparência***
do relatório do Grupo de Trabalho 2
5. ***Vias de acesso do cidadão às informações de saúde***
do relatório do Grupo de Trabalho 2
6. ***A evolução do sistema de saúde português***
do relatório do Grupo de Trabalho 1
7. **Análises anteriores sobre o financiamento da saúde**

Apêndice 1

A Comissão: missão, metodologia e composição

MISSÃO

A Fundação Calouste Gulbenkian constituiu a Comissão para “*criar uma nova visão para a saúde e cuidados de saúde em Portugal, descrever o que é que isto significaria na prática e estabelecer a forma como poderia ser realizado e mantido.*”

Foi pedido à Comissão “*que se centrasse na promoção da saúde e na prevenção da doença; na prestação de mais e variados serviços integrados e baseados na comunidade, para dar resposta às necessidades de um número crescente de pessoas com doenças de longa duração; na maior participação de cidadãos e doentes e nos impactos potenciais dos novos conhecimentos e tecnologias.*”

A Comissão centrou-se em Portugal, mas com a expectativa do seu trabalho ter relevância e ressonância globais. Portugal enfrenta muitos problemas análogos aos de outros países, do aumento de doenças não transmissíveis às duras restrições financeiras, e os seus resultados em saúde e despesa estão em conformidade com as tendências internacionais.

METODOLOGIA

Processo

O processo adoptado pela Comissão foi considerado útil para criar “ambiente” para consenso futuro e para construir a motivação para a mudança, a energia e a dinâmica para a concretizar, ultrapassando os obstáculos inevitáveis. Pretendeu-se que o processo fosse aberto e mobilizador, procurando recolher ideias e realizar consultas junto de todos os sectores da sociedade, e recorrendo à experiência e às evidências científicas internacionais.

Apesar de o trabalho da Comissão assentar na história de sucesso dos últimos 40 anos, procurou-se ter em conta uma série de propostas tão vasta quanto possível, provenientes de Portugal e de todo o mundo – por mais radicais que fossem – submetê-las a uma análise rigorosa e tratá-las junto das partes interessadas.

Embora a presidência e 3 dos 6 outros elementos da Comissão pertencessem a países estrangeiros, o estudo propriamente dito envolveu uma grande maioria de cidadãos portugueses e foi solidamente baseado na cultura portuguesa. Na sua essência, foi um estudo nacional com implicações globais; facilitado a partir do exterior mas com profundas raízes em Portugal.

Estrutura

1. A Comissão propriamente dita, que tinha o controlo geral do estudo e aprovou o relatório final para a Fundação.

A Comissão concentrou-se no formato geral – na visão, no contrato social, no enquadramento e na governação – e em congregar as experiências dos Grupos de Trabalho num conjunto coerente. Dedicou-se aos aspectos práticos da gestão da mudança e da sua implementação, identificou as questões-chave que seria necessário abordar e elaborou propostas em conformidade.

A Comissão era constituída por um Presidente e 6 elementos. Os 3 Comissários portugueses contribuíram com os seus conhecimentos e experiência do actual sistema de saúde e com um conhecimento especializado de aspectos e sectores específicos. O Presidente e os 3 Comissários estrangeiros contribuíram com o conhecimento de outros sistemas e abordagens, bem como com os conhecimentos e experiência na gestão de grandes sistemas em outras áreas.

2. Os Grupos de trabalho estabelecidos pela Comissão para analisar questões em áreas específicas e fazer recomendações à Comissão.

Estes grupos dedicaram-se a um nível de actividades mais local, debruçando-se sobre a realidade, sobre a forma como os problemas específicos afectam a saúde e o acesso da população e das famílias portuguesas aos serviços e sobre as inovações e mudanças que poderão ter um impacto mais benéfico. Foi-lhes pedido que examinassem cuidadosamente a sua área de responsabilidade e identificassem as propostas de alteração com maiores probabilidades de sucesso.

Cada Grupo era constituído por um presidente e pelo menos 6 elementos com percursos profissionais diferentes e em fases diferentes das suas carreiras, contribuindo para esta tarefa com as suas perspectiva e especialização. Abrangiam as seguintes áreas:

1. **Serviços de saúde e saúde pública:** análise da concepção, prestação e melhoria da qualidade dos cuidados – quebrar as barreiras existentes entre as organizações, serviços e sectores onde fosse necessário, para dar resposta às necessidades de saúde e apoiar uma sociedade saudável.
2. **Cidadãos e serviço nacional de saúde:** analisar os papéis, direitos e responsabilidades dos doentes, cidadãos e outros, bem como as questões financeiras, de governação e de regulação – e procurar criar as bases para um novo consenso nacional e para recriar o sistema existente.
3. **Recursos humanos,** incluindo o pessoal, a gestão, a formação e a educação profissionais e não profissionais, bem como a gestão dos próprios problemas de saúde – explorar a forma mais eficaz e eficiente de utilização do tempo dos profissionais, das suas motivações e capacidades.

4. **Aproveitar os conhecimentos, as tecnologias e a inovação:** análise dos académicos, da indústria e dos prestadores de serviços de saúde da melhor utilização dos conhecimentos e das tecnologias – procurando criar um ambiente favorável à inovação, reforçando a competitividade nas indústrias relacionadas com a saúde e promovendo a internacionalização para benefício dos doentes e cidadãos portugueses.

Houve alguma sobreposição das questões debatidas pelos Grupos e alguns temas comuns, tais como o envolvimento dos doentes, a qualidade e o financiamento, por serem questões transversais. A Comissão analisou-os com os grupos no decurso do processo e determinou qual seria a melhor forma de os abordar.

3. Um Conselho Consultivo, composto por representantes de alto nível das partes interessadas do sector de saúde, foi ouvido pela Comissão no início do projecto, no debate sobre relatórios intermédios e, novamente, antes da publicação do relatório final. No decurso do processo, foi instituído um Conselho constituído por jovens profissionais, com o objectivo de trazer novas perspectivas. A Comissão reuniu 2 vezes com este Conselho e estabeleceu um contacto regular através de *e-mail*.
4. Uma equipa de apoio ao Presidente da Comissão, com competências para encomendar e realizar análises, apoiar a logística de todo o processo e promover a sua comunicação. Parte do seu papel consistiu em assegurar que a Comissão tivesse acesso às informações sobre boas práticas a nível mundial, bem como ajudar à compreensão da realidade portuguesa. Uma outra função igualmente importante foi a gestão do projecto, de forma a assegurar que todo o processo decorresse sem sobressaltos e a comunicação e as consultas fossem realizadas de forma eficaz.

COMPOSIÇÃO

Comissão

Presidência – Lord Nigel Crisp – Membro independente da Câmara dos Lordes e ex-CEO do NHS-UK, Secretário Permanente do Ministério da Saúde do Reino Unido.

Donald Berwick – Ex-Administrador dos Centros de Medicare e Medicaid Services (EUA). Ex-Presidente e CEO do Institute for Healthcare Improvement.

Ilona Kickbusch – Directora do Global Health Programme do Graduate Institute of International and Development Studies, Genebra.

Wouter Bos – Presidente da Direcção do Centro Médico da Universidade Vrije (Holanda). Ex-Vice-Primeiro Ministro da Holanda e Ministro das Finanças.

João Lobo Antunes – Ex-Chefe do Serviço e Professor de Neurocirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Fundador e Presidente do Instituto de Medicina Molecular.

Jorge Soares – Director do Programa Gulbenkian Inovar em Saúde da Fundação Calouste Gulbenkian. Ex-Professor de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pedro Pita Barros – Professor de Economia e Vice-Reitor da Universidade Nova de Lisboa. *Research fellow* no Centre for Economic Policy Research, em Londres.

Grupos de Trabalho

1 – Serviços de Saúde e Saúde Pública

José Pereira Miguel (Presidente) – Professor de Medicina Preventiva e Saúde Pública na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Ex-Presidente do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Adalberto Campos Fernandes – Presidente da Comissão Executiva na SAMS. Professor da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Manuel Caldas de Almeida – Director Clínico, Hospital Residencial do Mar, Lisboa.

Maria da Conceição Bento – Presidente da Escola Superior de Enfermagem, Coimbra.

Miguel Gouveia – Professor de Economia na Católica-Lisbon School of Business and Economics.

Paulo Boto – Professor da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Raul Mascarenhas – Vice-Presidente da WeDo Technologies. Ex-Presidente da Direção de Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Víctor Ramos – Professor da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Especialista em Medicina Geral e Familiar.

Isabel Loureiro – Professora da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Rui Portugal – Director Executivo do Plano Nacional de Saúde, Direcção-Geral da Saúde.

2 – Os Cidadãos, os Doentes e o SNS

José Carlos Lopes Martins (Presidente) – Membro do Conselho de Administração da José de Mello Saúde.

José Manuel Boavida – Director do Programa Nacional para a Diabetes da DGS.

Lynne Archibald – Presidente da Associação Laço (Associação de doentes para a Prevenção e Diagnóstico Precoce do Cancro da Mama).

Paula Martinho da Silva – Ex-Presidente da Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Vítor Neves – Presidente do Europacolón (Associação de Luta Contra o Cancro do Intestino).

Luís Campos – Presidente do Conselho Nacional para a Qualidade em Saúde.

Isa Alves – Responsável de Comunicação e Marketing no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Universidade Nova de Lisboa.

3 – Recursos Humanos

Maria do Céu Machado (Presidente) – Directora do Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria e Professora de Pediatria, Universidade de Lisboa.

Carlota Vieira – Responsável pelo Núcleo de Planeamento Estratégico e Avaliação. Direcção-Geral da Saúde.

Casimiro Dias – Technical Officer, WHO Regional Office for Europe, Dinamarca.

Ema Paulino – Presidente da Secção de Lisboa da Ordem dos Farmacêuticos.

Manuel Areias Sobrinho Simões – Professor de Hematologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Maria Augusta Sousa – Ex-Bastonária da Ordem dos Enfermeiros.

Marta Temido – Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares.

Ponciano Oliveira – Vogal da Administração Regional de Saúde do Norte.

4 – Aproveitar o conhecimento, as tecnologias e a inovação

Peter Villax (Presidente) – Vice-Presidente da Hovione. Vogal da Direcção do Health Cluster Portugal.

Daniel Bessa – Director da COTEC – Associação Empresarial para a Inovação.

Pedro Noronha Pissarra – Presidente e CEO da Biotecnol SA.

Maria João Queiroz – Directora da Eurotrials.

António Portela – Presidente do Grupo Farmacêutico Bial.

Manuel Heitor – Professor no Instituto Superior Técnico – Universidade de Lisboa.

Joaquim Cunha – Director Executivo do Health Cluster Portugal.

Carlos Faro – Director do Biocant Ventures, Portugal.

Nuno Sousa – Professor na Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Minho.

Conselho Consultivo

Luís Portela (Presidente) – Presidente da Farmacêutica Bial e Presidente do Health Cluster Portugal.

Isabel Vaz – CEO do Grupo Espírito Santo Saúde.

Manuel Rodrigues Gomes – Professor Jubilado de Cirurgia Cardiorácica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Manuel Sobrinho Simões – Presidente do IPATIMUP, Professor de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

António Coutinho – Presidente do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia de Portugal e Professor de Imunologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Jorge Simões – Presidente da Entidade Reguladora da Saúde, Professor do Departamento de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro.

Grupo de Jovens Profissionais

Ana Carlota Dias

Ana Costa

Cláudia Reis

Daniel Simões

Diogo Medina

Gonçalo Martins

João de Almeida Pedro

Liliana Laranjo

Mara de Sousa Freitas

Ricardo Fernandes

Ricardo Mexia

Rute Borrego

Sandra Duque Maurício

Equipa de apoio

Sérgio Gulbenkian (Director do Projecto) – Director Adjunto da Fundação Calouste Gulbenkian (Programa Gulbenkian Inovar em Saúde). Professor Auxiliar de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Lucy Irvine – Investigadora e Analista de Políticas de Saúde.

Francisco Cluny Rodrigues – Analista de Economia da Saúde, Banco de Portugal.

Francisco Wemans – Estagiário da Fundação Calouste Gulbenkian.

Inês Pinto Mascarenhas – Técnica, Fundação Calouste Gulbenkian.

Apêndice 2

“Eu e o meu sistema de saúde ideal”

GRUPO DE TRABALHO 2

No meu sistema de saúde ideal, serei saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até à minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família. Terei muito poucos motivos para interagir directamente com o próprio sistema de uma forma física, para além das medidas preventivas, como as vacinas ou os rastreios, e as doenças agudas intercorrentes, tais como as doenças inevitáveis ou os acidentes. Quando tiver de recorrer a um centro de saúde para cuidados de saúde proactivos ou a um hospital para um tratamento urgente ou por razões de saúde graves, o meu problema será aí resolvido de forma profissional e humana, tão rapidamente quanto possível.

Os meus pais terão conhecimentos e recursos para me alimentar de forma saudável e eu terei acesso a parques infantis e a locais de recreio ao ar livre. A segurança será uma prioridade na minha escola e a minha segurança e saúde, em geral, estarão protegidas pelos requisitos legais em vigor – tais como as barreiras circundando os lagos, as cadeiras regulamentares para crianças nos automóveis, os capacetes para as actividades desportivas e a proibição de fumar em locais públicos. Quando for para a escola, a cantina servirá refeições saudáveis e a *junk food* não fará parte da minha vida. A minha escola terá um psicólogo que estará atento às crianças em risco e fará a coordenação com os serviços sociais e com o meu supervisor de saúde, e em casos extremos com a polícia. O *curriculum* de todos os níveis escolares, do 1º ao 12º ano, incluirá matérias de saúde em todos os períodos e a maioria das escolas terá oradores convidados de ONGs para falar sobre diversas questões. O programa de educação física incluirá jogos de equipa regulares, mas estarão previstas actividades individuais. Os meus pais levar-me-ão regularmente a consultar o meu supervisor de saúde (um especialista pediátrico até aos 18 anos) e, se necessário, o meu supervisor estabelecerá contacto com o médico de família dos meus pais. Receberei todas as vacinas na altura disponíveis. Os meus pais receberão mensagens a recordar-lhes as datas das minhas consultas. Terei um registo de saúde na Internet ao qual os meus pais terão acesso, e eu também quando for suficientemente crescido. Receberão *e-mails* com informação especialmente dedicada a mim, adaptada à minha classe etária e ao meu género e receberei directamente, através do telemóvel, informações pertinentes e sobre os interesses específicos de saúde que eu tenha. Quando tiverem dúvidas, podem encontrar a maior parte da informação na Internet, como também eu poderei.

Como adulto, continuarei a receber lembretes úteis e novas informações por SMS e o meu registo na Internet será transferido para o meu novo “supervisor de saúde” de adulto. No trabalho, receberei um bónus por não utilizar os meus dias de licença por doença. Irei de bicicleta para o trabalho a não ser que esteja mau tempo. A minha empresa terá aulas de yoga antes e depois do trabalho e na vizinhança haverá muitos restaurantes com alimentos saudáveis e frescos ao almoço. Em todos os estabelecimentos de restauração, haverá na ementa informação disponível sobre cada prato.

Quando se puser uma questão específica sobre a minha saúde, enviarei uma mensagem para o telemóvel do meu supervisor de saúde (ou então um *e-mail*, no caso de ser algo que necessite de uma explicação mais extensa) e terei a resposta no mesmo dia. Poderão pedir-me que envie mais informações para diagnóstico através do meu telemóvel. Dar-me-ão então uma resposta que resolva o problema ou marcarão uma consulta com o supervisor ou com alguém mais capaz de resolver o meu problema no prazo de uma semana.

No caso de uma marcação, chegarei a horas ao Centro de Saúde financiado e gerido pelo Estado, que terá parque automóvel, transportes públicos e acessos para cadeiras de rodas. Este espaço, situado na minha zona de residência, encarregar-se-á de todos os actos ambulatorios: vacinas, rastreios, cuidados pré-natais e exames de diagnóstico, incluindo os exames imagiológicos. O Centro de Saúde empregará toda uma série de profissionais de cuidados de saúde, incluindo profissionais da área de enfermagem, parteiras, optometristas, psicólogos, nutricionistas, técnicos de laboratório, dentistas, oftalmologistas, pediatras, ginecologistas, médicos de família e de clínica geral. Tratar-me-ão com respeito e sensibilidade. Sempre cheios de sorrisos. Uma das razões porque sorrirão é porque serão bem pagos e muito respeitados. O Centro servirá suficientes doentes para se tornar financeiramente viável, mas não mais do que isso, de forma a que se possam desenvolver relações pessoais. O Centro não será luxuoso mas terá recursos suficientes para garantir que os doentes sejam bem tratados. Arranjar um emprego nos Centros de Saúde será difícil, devido aos salários elevados, ao excelente ambiente de trabalho e às relações que mantem com os doentes.

Participarei na direcção deste serviço como representante não profissional voluntário. A direcção reunirá uma vez por trimestre e tomará decisões sobre as questões referentes a problemas locais, recursos humanos e orçamentos. Também participarei como voluntário uma vez por mês no Programa de Idosos, que estabelece contactos entre voluntários e utentes idosos do centro com problemas de mobilidade. Este programa será gerido em conjunto com uma ONG nacional. O Centro abrirá cedo 2 manhãs por semana e ficará aberto até tarde 2 noites por semana, para encorajar a utilização dos serviços preventivos, especialmente dos serviços de planeamento

familiar, por parte dos adultos trabalhadores. Os jovens a partir dos 12 anos poderão vir sozinhos se assim o quiserem.

No caso de uma emergência, contactarei o meu supervisor de saúde por telemóvel para que saiba o que está a acontecer e onde me dirijo para ajuda de emergência. Quando chegar ao hospital, este estabelecimento terá acesso aos meus registos de saúde e ao meu supervisor de saúde. Terei de esperar, pois situações de risco de vida terão sempre prioridade. Se o meu problema puder ser resolvido no momento (pontos, gesso), esperarei ter alta nesse dia e terei em seguida uma consulta de cuidados de saúde que será logo marcada com o meu supervisor no Centro de Saúde. Se necessitar de uma cirurgia de emergência, é natural que seja internado.

Dados os hábitos de saúde da minha mãe enquanto estava grávida de mim, e o meu estilo de vida saudável desde muito nova, espero não ter nunca uma doença crónica ou uma doença grave. Se isso acontecer, gostaria de ser um parceiro activo no meu próprio tratamento e fazê-lo tanto quanto possível como doente externo, realizando a base do meu tratamento através da auto-gestão dos cuidados de saúde. O meu supervisor de saúde deverá ser um especialista na minha doença e assim, embora eu permaneça ligado ao meu Centro de Saúde, a maior parte da minha interacção será através do meu coordenador de doença crónica/doença grave.

À semelhança de uma visita ao balcão “Carteira perdida” da Loja do Cidadão, ninguém quer ter necessidade de cuidados de saúde, mas darei valor a este excelente serviço quando precisar dele! De uma forma geral, o sistema de cuidados de saúde funcionará como pano de fundo da nossa vida, e apenas recorrerei a ele quando verdadeiramente for necessário, e então a experiência será agradável e eficiente.

Lynne Archibald, 2013

Apêndice 3

A Aliança de Toda a Sociedade para a Saúde

GRUPO DE TRABALHO 1

MELHOR GOVERNAÇÃO PARA A SAÚDE ATRAVÉS DA ALIANÇA DE TODA A SOCIEDADE PARA A SAÚDE

O Grupo de Trabalho propõe a criação de uma estrutura para promover uma melhor Governação da Saúde – através de uma Aliança de Toda a Sociedade para a Saúde (ATSS). Esta teria em conta todas as questões abaixo enumeradas e criaria sinergias a partir do que já existe nos diversos e mais relevantes sectores da sociedade, inspirando-se na evidência das boas práticas em Portugal e a nível internacional.

NATUREZA E MISSÃO

- A ATSS é um organismo científico independente e consultivo que responde perante o Parlamento e o Governo. A sua actividade será desenvolvida com autonomia técnica e científica.
- A missão da ATSS é promover a disseminação do conhecimento e a co-responsabilização de outros sectores e das partes interessadas (“stakeholders”) na melhoria da saúde pública. Deverá ser estabelecida uma estratégia de coordenação com os diversos sectores e partes interessadas.
- A ATSS apoia a definição e implementação de políticas de saúde e estratégias a nível nacional e local através de um processo de participação. Funciona em ligação com os serviços de saúde pública existentes, estimulando o trabalho intersectorial para a saúde.
- A ATSS proporciona a coordenação de estratégias de saúde e do seu planeamento, implementação e avaliação. Contribui para a definição de áreas e programas prioritários, promovendo, a coordenação interdepartamental, especialmente entre os sectores do sistema de saúde, da protecção social, da educação, do ambiente e dos transportes.
- A ATSS fornece aconselhamento no planeamento das políticas de saúde e da sua implementação e na avaliação dos seus impactos na saúde. Contribui para a definição de áreas prioritárias através da promoção da coordenação interdepartamental de políticas, especialmente nos sectores da saúde, protecção social e educação.

- A ATSS actua por solicitação específica do Parlamento ou do Governo, por iniciativa própria ou por solicitação de outras entidades como autarquias, organizações de saúde e ONGs.

RESPONSABILIDADES

A ATSS defende e promove a participação do conjunto do Governo e do conjunto da sociedade na melhoria da saúde e do bem-estar. Promove a qualidade da organização em todos os sectores, como, por exemplo, as redes de serviços, sociais, de educação e outras.

A ATSS coordenará, a nível regional e local, acções conduzidas por organizações que estão em funcionamento, promovendo uma abordagem de “bottom up”, apoiando a participação e a representatividade dos cidadãos:

- Através de um diagnóstico participante e de uma definição de estratégias a nível local, a ATSS contribui para identificar áreas prioritárias na saúde em que ocorrerá a intervenção de diversos sectores. Isto resultará num Plano Estratégico que deverá ter em conta os planos sectoriais, nomeadamente o Plano Nacional de Saúde.
- A ATSS promove a disseminação da investigação e a produção científica na área da saúde pública.
- A ATSS contribui para aumentar o conhecimento e a adopção de práticas bem sucedidas na promoção da saúde, incluindo a concepção e a implementação de políticas aplicadas a intervenções concretas.
- A ATSS promove a transposição para novos contextos de experiências bem sucedidas, por exemplo, as que se referem a cidades saudáveis, escolas promotoras da saúde, hospitais promotores de saúde e locais de trabalho promotores de saúde.
- A ATSS intervém no planeamento urbano para se conseguirem cidades amigas das crianças e dos idosos e, desta forma, cidades amigas de todos.
- A ATSS fomenta investigação activa sobre políticas, modelos de implementação e práticas para o desenvolvimento social local e para a inclusão social.

COMPOSIÇÃO E MANDATO

A ATSS será composta por um conjunto de especialistas, organizados em comissões multidisciplinares por áreas de acção e de conhecimento. A Direcção da Aliança será escolhida pelo Parlamento, terá um mandato de cinco anos. Além disso, os membros serão escolhidos nos seguintes sectores e áreas: saúde, ambiente, edu-

cação, assistência social e transportes. A ATSS poderá solicitar consultoria a universidades, ONGs, centros de investigação e profissionais de saúde. Para preparar a fase de implementação da Aliança, serão consultados organismos semelhantes – nacionais e internacionais.

ÁREAS-CHAVE ESTRATÉGICAS

1. Introdução de legislação estabelecendo como obrigatórias determinadas decisões políticas que deverão ser ajustadas através de metodologias AIS (Avaliação de Impactos na Saúde).
2. Estabelecimento de uma política de monitorização explicitamente centrada nas questões relacionadas com a utilização de AIS e implementação de PAIS (Políticas de Avaliação de Impactos na Saúde).
3. Apoiar as PAIS e o activismo de saúde pública, utilizando o contexto social e a crise económica como uma oportunidade para tomar decisões eficazes e para pôr em prática projectos integrados em sectores e níveis de intervenção fulcrais.
4. Desenvolver a Análise de Impacto na Saúde Focado na Equidade (AISE).
5. Correlacionar o alinhamento adequado de oportunidades com o investimento estratégico em planos e programas de saúde.
6. O Governo anunciou uma mudança nas regras das reformas, definindo uma idade legal de aposentação. Admite-se, como parte destas mudanças em curso, que dentro de pouco tempo a acção legislativa inclua e facilite modalidades de reforma parcial, baseadas em cálculos actuariais, para assegurar que seja um política de benefícios mútuos para reformados e contribuintes.
7. Integrar, no Plano Nacional de Saúde, estratégias decisivas e ferramentas de governação e promover um envolvimento efectivo de outros sectores.

CAPACITAÇÃO E LITERACIA DA SAÚDE

A ATSS deverá apoiar espaços de prática multiprofissional para licenciados, onde os estudantes aprendam a trabalhar em conjunto e a tomar decisões em equipas multidisciplinares. Idealmente, tal deverá resultar da integração de unidades e módulos de disciplinas comuns no *currículo* das diversas licenciaturas (medicina, enfermagem, saúde pública, alimentação, etc.), com frequência conjunta, onde os estudantes sejam desafiados a resolver problemas em equipa, encarando-os na perspectiva das diversas áreas profissionais.

Também apoiará a introdução e o reforço de conteúdos relacionadas com literacia da saúde nos programas académicos dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas e outros técnicos).

Finalmente, recomendará o reforço do Programa de Investigação sobre Saúde e das estratégias nacionais para a saúde pública (incluindo a promoção da saúde, a protecção da saúde e a prevenção da doença) para darem resposta aos grandes desafios da saúde, a nível nacional e da UE. Deverão ser assegurados quer o financiamento quer os recursos necessários para a investigação em saúde pública, incluindo a área dos serviços de saúde (um mínimo de 25% do financiamento para investigação sobre saúde deverá ser atribuído à saúde pública), tendo em conta a sua contribuição para o desenvolvimento económico do país.

Apêndice 4

Transparência

GRUPO DE TRABALHO 2

TRANSPARÊNCIA

O conflito de interesses, isto é, o confronto entre o interesse individual e o interesse público, constitui um problema para todos os sistemas de saúde. O objectivo da transparência é clarificar os conflitos de interesses, de forma a que todas as partes interessadas tenham a mesma informação e que esta conduza à imparcialidade e à promoção do bem público.

A qualidade, a responsabilização e a transparência são aspectos interdependentes. Houve recentemente grandes progressos em Portugal, mas mais tem de ser feito, para os cidadãos e pelos cidadãos, e isso não depende apenas da partilha das informações. “Disponibilizar informações por si só não basta para alcançar o objecto da transparência. A divulgação ao público em geral de grandes quantidades de informações não trabalhadas poderá gerar mais opacidade do que transparência”.

Seguem-se propostas para melhorias da transparência em sete áreas prioritárias, do ponto de vista dos cidadãos:

1) Conflitos de interesses

Os profissionais de saúde em Portugal estão obrigados eticamente a colocar a saúde dos seus doentes em primeiro lugar, mas há várias áreas de potenciais conflitos de interesse que precisam de ser melhoradas:

- O conceito de conflito de interesses tem de ser debatido abertamente no espaço público. Há um Conselho de Prevenção da Corrupção que recomendou que as entidades públicas desenvolvam e disseminem planos oficiais para prevenir a corrupção nas instituições públicas. Embora este CPC seja praticamente desconhecido e a lista de entidades que já se associaram inclua várias organizações de saúde (como o IPO e o Hospital de Santa Maria), é muito difícil encontrar informações sobre as políticas anti-corrupção. Entre as excepções, cite-se a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, que divulga essas políticas no seu *site*, assim como a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- Todas as instituições de saúde (privadas e públicas) têm de ter políticas simples e amplamente divulgadas de “Conflito de Interesses”, que claramente

proíbam situações de conflitos de interesses ou de potenciais conflitos de interesses (incluindo relações com as empresas farmacêuticas, os fabricantes de equipamentos médicos, os laboratórios externos, as entidades académicas, outros organismos do Governo, os organismos reguladores e outros prestadores de serviços de saúde).

- Os conflitos de interesses também ocorrem frequentemente na acumulação de empregos, nos sectores público e privado. Aumentar o número de não profissionais de saúde nas direcções executivas poderá contribuir para regularizar essa situação. Todos os membros das direcções executivas deverão ser obrigados a tornar públicas as suas informações financeiras, indicando claramente os seus rendimentos, nomeadamente os resultantes de empregos e de trabalhos de consultoria.
- Remunerações historicamente baixas no sistema de saúde levaram a que a maioria dos profissionais de saúde no sistema público tivesse de trabalhar também no sistema privado. Esta sobreposição dos sistemas público e privado gerou conflitos de interesses. Médicos que recomendam aos cidadãos no hospital público as suas clínicas privadas é um comportamento que, infelizmente, continua a existir. Mas é também prática comum dos cidadãos “ultrapassarem o seu lugar na lista de espera pública” e comecem por consultar um médico no seu consultório privado para uma cirurgia que irá ocorrer no hospital público. A Entidade Reguladora da Saúde começou a investigar, sancionar e divulgar estes casos mas, quer como contribuintes, quer como doentes, os cidadãos têm de se tornar denunciante mais activos. A instituição de remunerações adequadas no sistema público poderá diminuir a necessidade de os profissionais trabalharem em locais distintos, e a exclusividade num ou noutro sistema poderá aumentar a eficiência e minimizar os conflitos de interesses.

2) Transparência e influência da indústria farmacêutica e dos fabricantes de equipamentos médicos

Em 14 de Fevereiro de 2013, entrou em vigor em Portugal uma nova lei que torna obrigatório para todas as empresas farmacêuticas declararem os apoios aos profissionais de saúde e às entidades de saúde, públicas ou sem fins lucrativos. A lista das doações e apoio de patronos é tornada pública no *site* do Infarmed. No entanto, é muito difícil encontrar a lista sem o *link* directo. Embora o *site* tenha sido melhorado desde o seu início (a lista alfabética pode ser consultada por doador e beneficiário, e em função da dimensão da doação), ele continua lento e apenas pode ser visionada em simultâneo uma quantidade muito limitada de informações. Procurar uma determinada empresa ou beneficiário demora horas. O *site* precisa

de ser muito melhorado para servir os objectivos da transparência. Deverá também incluir os fabricantes de equipamento médico.

Os cidadãos têm de utilizar as informações disponíveis para exigirem responsabilização. Depois das referências iniciais nos media à nova lei, foi apenas encontrado um artigo sobre esta questão.

3) Transparência das informações sobre a qualidade dos prestadores de serviços de saúde em Portugal

As informações pagas pelo público têm de ser sempre tornadas públicas de forma compreensível e útil. A ERS começou a divulgar o sistema SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), mas de momento é difícil utilizá-lo para decisões concretas sobre os locais onde os doentes serão melhor tratados. Os cidadãos precisam de dispor de informações claras com vários níveis de detalhe para poderem compreender as escolhas e tomar as melhores decisões em situações de saúde gerais ou específicas. Há uma necessidade urgente de criar um *site* coerente sobre saúde que reúna ligações a este e a muitos outros tipos de informação. A regra deverá ser a informação automaticamente disponibilizada, e apenas reservada por razões legítimas previstas na lei. Actualmente, existe um grande número destas condicionantes, o que significa que é fácil recusar o acesso à informação. O primeiro passo poderia ser a realização de uma consulta pública sobre estas situações para as definir com maior precisão.

As entidades de saúde privadas deverão ter vantagem na divulgação dos seus resultados em saúde, porque estes são um estímulo para a melhoria e tornar-se-ão cada vez mais um instrumento de *marketing*. O papel dos media na transmissão desta informação à população, de uma forma responsável, é fundamental. Há uma lei de liberdade de informação designada por LADA (Lei do Acesso aos Documentos Administrativos) que garante o acesso a documentos governamentais. Existe, no entanto, um grande número de excepções à lei, evocadas por diversas entidades, para evitar revelar informações. É possível apelar para a CADA (Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos), mas o processo é complicado e altamente burocratizado, sendo pouco utilizado pelos jornalistas. Recentemente, as reclamações ao CADA na área da saúde eram relativos a processos de indivíduos que estavam a procurar obter acesso aos seus próprios registos de saúde.

Como foi referido, os múltiplos processos de reclamação têm de ser encaminhados para uma única entidade e ser muito mais transparentes. A Ordem dos Médicos recebe, de momento, reclamações sobre médicos através do seu “Gabinete do Doente”. O público em geral não é, contudo, informado acerca dos casos enviados para Análise Disciplinar. O conflito de interesses intrínseco a esta situação faz com que muitos doentes sintam que o objectivo deste Gabinete é proteger os médicos. Como foi já sugerido, um Provedor dos Doentes independente, possivelmente a tra-

balhar com a ERS, poderia desempenhar um papel significativo, servindo os doentes e fazendo os cidadãos sentir que os seus interesses estão a ser defendidos

4) A falta de transparência na área das organizações de saúde sem fins lucrativos

A partir do momento em que uma associação é oficialmente designada como Instituição Particular de Solidariedade (IPSS), deixa de haver qualquer supervisão significativa. As que recebem fundos governamentais deveriam apresentar as contas e o relatório anual todas as Primaveras, e um orçamento e um plano de actividades para o ano seguinte no Outono. Os formulários são desadequados para muitas destas instituições e não há controlo da apresentação destes documentos. Aquelas que não recebem fundos governamentais não são obrigadas a apresentar qualquer documento. Não há controlo ou transparência em termos de administração ou conflitos de interesses. O público não tem informações suficientes sobre se uma IPSS merece ou não ter apoio.

Há situações de instituições sem fins lucrativos que são subcontratadas pelo sistema público de saúde e prestam cuidados de saúde fundamentais em áreas que aquele não consegue cobrir ou não cobre de forma adequada (por exemplo, serviços para crianças ou adultos deficientes) recebendo em troca financiamento do Governo.

Tendo em conta que as novas regras de divulgação têm como objectivo clarificar algumas relações obscuras entre as associações de doentes, os grupos profissionais e a indústria farmacêutica, o *site* do Infarmed deverá ser melhorado para que a sua consulta possa vir a ter algum efeito.

Embora algumas fundações de relevo tenham tido um impacto muito positivo nos cuidados de saúde em Portugal, é habitual serem completamente opacas em relação ao seu financiamento. Os doentes com doenças graves são especialmente vulneráveis a iniciativas que nem sempre são transparentes em relação aos seus objectivos – por exemplos *sites* de Internet que encorajam os doentes a falar das suas experiências com medicamentos e os seus efeitos secundários, mas que não reconhecem que esses *sites* são financiados e mantidos por empresas farmacêuticas, ou vendem informações a essas empresas.

5) Transparência académica

Em Portugal, nos trabalhos académicos apenas é requerido aos médicos que comuniquem eles próprios qualquer conflito de interesses relacionado com o seu trabalho, e a existência de qualquer financiamento exterior à instituição académica. Dado que, no país, a percepção dos conflitos de interesses parece ser muito ténue, não é surpreendente que as participações dos académicos também sejam igualmente

muito escassas. A transparência académica deverá ser reforçada através da adopção de exigências de divulgação mais rigorosas.

Embora não haja muitos ensaios clínicos em Portugal, é difícil encontrar informações sobre eles a qualquer nível (participação, transparência, resultados). Em Março de 2012, o Infarmed abriu um portal que se destina a ser um centro de intercâmbio para estas informações. Infelizmente, o *site* não se destina a cidadãos ou grupos de doentes.

6) Transparência quanto à segurança do registo de saúde confidencial do doente

Com a adopção generalizada de grandes bases electrónicas de dados clínicos, os doentes precisam de ter garantia que esses seus dados pessoais estarão sempre protegidos. Nem sempre isso acontece.

A propriedade dos registos de doentes tem de ser definida de forma clara e transparente, quer no sistema público de saúde quer nos sistemas privados. Deverá haver processos formais em todas as instituições para permitir o acesso dos doentes aos seus dados clínicos de forma segura, rápida e simples. O doente tem direito a aceder às informações que lhe dizem respeito em qualquer momento que o deseje e de forma que as possa compreender. Essas informações deverão incluir dados sobre patologias, diagnósticos, procedimentos médicos, exames, tratamentos, evolução, identificação dos profissionais envolvidos nos tratamentos, etc.

7) Transparência de preços

À medida que a preponderância do sector privado na prestação de cuidados vai crescendo, a transparência dos preços praticados deverá melhorar, para permitir aos potenciais clientes utilizar este critério como um factor importante nas suas escolhas de saúde. São conhecidos muitos casos em que os doentes não foram adequadamente informados do custo das suas opções de tratamento.

No sector público, têm circulado várias ideias sobre a forma de dar aos doentes informações relativas aos custos dos cuidados de saúde “gratuitos” que recebem. Mesmo que se trate de valores aproximados, isso aumentaria a compreensão dos cidadãos sobre os custos dos cuidados de saúde no sistema público e permitiria que os utentes tivessem uma melhor perspectiva sobre o financiamento do sistema.

Apêndice 5

Vias de acesso do cidadão às informações de saúde

GRUPO DE TRABALHO 2

Criar meios de referência para o acesso às informações de saúde por parte do cidadão:

a. **Site da saúde**

O desenvolvimento de um portal que recolha e organize todas as informações úteis do sector de cuidados de saúde, não só as informações nas áreas da promoção de saúde, da prevenção das doenças e dos serviços de saúde (semelhante ao portal do Instituto Fiocruz do Brasil¹⁾), mas também indicadores e informações sobre a qualidade dos serviços, promovendo uma cultura de transparência e responsabilização.

b. **Loja da Saúde**

Seguindo a filosofia da Loja do Cidadão, a Loja da Saúde seria um espaço que os cidadãos pudessem visitar fisicamente para obter informação sobre os serviços de saúde em Portugal, públicos e privados, bem como informações sobre as leis, os deveres e os direitos. Os cidadãos teriam também possibilidade de aceder a diversos materiais informativos, igualmente disponíveis no site da saúde. Manter um posto de informação pública constituirá um aspecto particularmente importante para a população que não tem acesso à Internet (p. ex., os idosos).

c. **Ajuda telefónica**

Funcionaria como a linha “Saúde24”, mas forneceria outras informações para ajudar os cidadãos a orientar-se no interior do sistema de saúde português e a conhecer os seus direitos e deveres, nomeadamente os casos em que é necessário pagar taxas de utilização, etc.

d. **Canal de saúde**

Criar um canal dedicado à promoção da saúde e à prevenção da doença, com o objectivo de aumentar a informação e a literacia da saúde dos cidadãos, numa parceria entre o Ministério da Saúde e os canais de televisão por cabo e disponibilizado na Internet através do Portal da Saúde.

Criar uma rede de parceiros / partes interessadas

As instituições de saúde deverão procurar reunir esforços e estabelecer parcerias com as partes interessadas (p. ex., organizações de doentes, grupos de apoio, autoridades locais, organizações voluntárias, grupos religiosos, fundações) para criar e manter um programa de informação sobre saúde.

Melhorar o acesso à informação clínica individual dos doentes

Implementar uma base electrónica de dados de saúde que tenha em conta a confidencialidade da informação e uma estratégia no âmbito da e-Saúde.

¹ <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/communicates-and-reports>

Apêndice 6

A evolução do sistema de saúde português

GRUPO DE TRABALHO 1

PONTOS DE REFERÊNCIA NA EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

A evolução do sistema de saúde português, incluindo os seus serviços públicos de saúde, tem sido bastante coerente nos últimos 50 anos, exceptuando alguns períodos curtos de instabilidade.

A visão prospectiva, a longo prazo, do que seria um sistema de cuidados de saúde para Portugal teve as suas raízes nas décadas de 1960 e 1970. Isto foi tornado possível pela liderança de indivíduos altamente competentes e visionários, muitos deles médicos, com um espírito aberto. Quase todos se opuseram ao regime que terminou em 1974. A democratização de Portugal nos anos que se seguiram à revolução de 1974 e à conferência internacional da OMS/UNICEF sobre cuidados de saúde primários em 1978, deu a oportunidade e a inspiração para expandir e consolidar as ideias e perspectivas destes pioneiros.

A mais notável realização de todos esses sonhos e esforços foi a implementação do SNS e dos seus resultados para o bem-estar da população em termos de ganhos de saúde. No entanto, nos seus primeiros 33 anos, o SNS ainda não tinha uma identidade formal reconhecida ou uma cultura institucional específica. Também não dispunha de sistema estratégico de governação claramente unificado. Tem sobrevivido através de um movimento pendular entre iniciativas que pretendem reforçar o estatuto de uma organização com uma missão pública e um cunho bem definido e, noutros períodos, iniciativas no sentido da evolução para uma combinação de diversas organizações e partes interessadas, com diversas culturas e objectivos, e com o reforço da participação de entidades e organizações privadas com fins lucrativos.

As fases principais e os marcos da evolução do sistema de cuidados de saúde português, durante o período de 1960-2013 são resumidas no quadro seguinte.

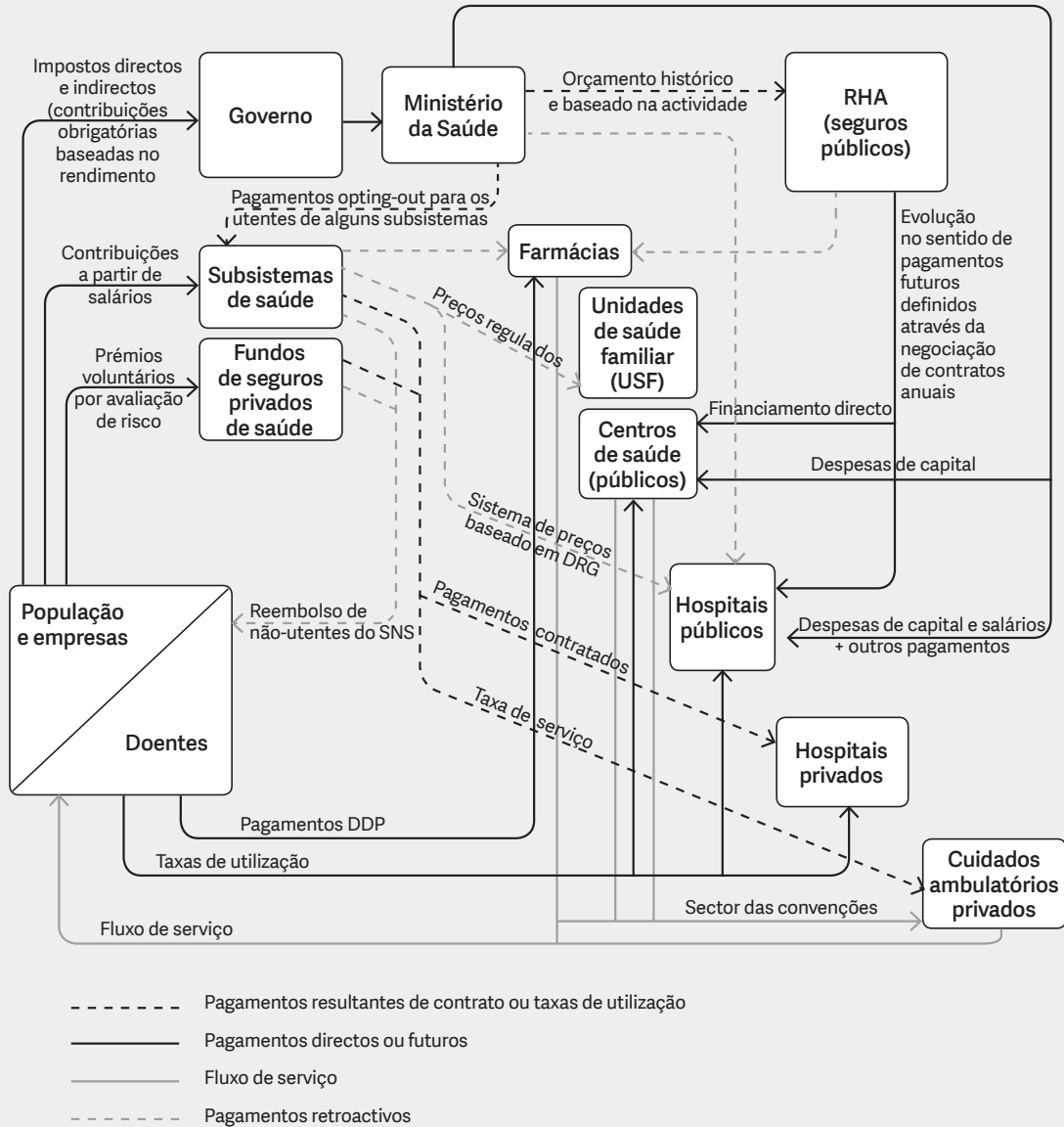
Quadro I • **Evolução do Sistema de Saúde Português 1960-2013**

Período	Ênfase principal	Marcos e questões principais
1961 – 1971	Ênfase especial na Saúde Pública	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório histórico da Ordem dos Médicos portuguesa sobre carreiras médicas (1961). • Estabelecimento de grandes intervenções em SP (1965) – por exemplo o plano de vacinação nacional. • Criação de uma rede nacional de centros de saúde das comunidades com os objectivos principais de promoção da saúde, protecção em SP e prevenção da doença – 7 anos antes da Conferência para Cuidados de Saúde Primários, promovida pela OMS e pela Unicef em 1978 (Decreto-Lei 413/1971). • Estabelecimento jurídico e regulamentação de dois tipos de carreira médica (carreira médica-hospitalar e carreira médica de SP), correspondendo a uma visão integrada da saúde. (Decreto-Lei 413/1971).
1971 – 1981	Ênfase especial na organização dos cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Construção/instalação de cerca de 300 centros de cuidados de saúde primários em todo o país (1971-1973). • Construção/instalação de cerca de 20 novos hospitais distritais sob a responsabilidade do Estado (até então 90% dos hospitais eram propriedade das Misericórdias) (1971-1981). • Revolução de Abril 1974 • Cinco anos de debates que levaram à criação do SNS. • Implementação de um serviço médico à periferia (SMP) de 1975 a 1981 – prestado por jovens médicos como condição para ingressarem no futuro SNS – um ano de serviço médico “cívico” em áreas pobres com falta de recursos médicos. • Início do SNS (Lei de Setembro de 1979). • Primeiras tentativas para definir a nova carreira médica de clínica geral / medicina de família – primeira “versão” da lei em 1977; o relatório Horder (1979); segunda “versão” da lei em 1979; primeiro programa de formação vocacional (internato) para os médicos de clínica geral (clínica geral / medicina de família) – uma nova especialidade médica (1981).
1981 – 1985	Identidade cultural do SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Publicação dos primeiros números do “Boletim Informativo do SNS” e o primeiro e efémero “logotipo” do SNS português, sob a direcção do Ministro da Saúde Dr. Paulo Mendo (1982). • Princípio da nova carreira médica de medicina geral (1982-1985), com a distribuição de cerca de 5.000 jovens médicos por todo o país – cerca de 90% começaram como médicos com formação “básica” que deveriam seguir um programa de estadia em serviço de clínica geral para serem titulados como médicos de família; os restantes 10% seguiam, desde o início, uma estrutura vocacional/ programa de formação em internato, de 3 anos, para se tornarem especialistas em clínica geral / medicina de família, e formarem novos especialistas. • Houve resistências ao estabelecimento de uma governação unificada e coerente do SNS. Estas resistências vieram de muitas origens, especialmente dos 12 serviços centrais verticais (direcções-gerais) do Ministério da Saúde. As rápidas mudanças de governos e as dificuldades sociais e económicas da altura perturbaram a “memória sistémica” e a manutenção da liderança do SNS em conformidade com a sua fundação e princípios.

Período	Ênfase principal	Marcos e questões principais
1985 – 1995	Mecanismos de mercado e sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Nova lei para todo o sistema de saúde (Lei de Bases da Saúde – 1990). • Nova lei para o SNS, com cinco administrações regionais de saúde sem uma governação estratégica unificada. • Manutenção de direcções-gerais separadas e diversificadas no Ministério da Saúde. • Tentativa de iniciar um seguro de saúde social com “opção de saída” do SNS (falhou). • Tentativas de iniciar a gestão privada dos hospitais públicos do SNS e de privatizar os serviços públicos do SNS.
1995 – 2000	Retorno aos princípios da fundação do SNS	<ul style="list-style-type: none"> • Esforços para reforçar a SP e as responsabilidades públicas para com a saúde, começando com preocupações de responsabilização e novas abordagens à gestão da mudança de sistemas sociais complexos e para lidar com motivações humanas organizacionais e profissionais. <ul style="list-style-type: none"> – Início do planeamento estratégico da saúde (1997-1998). – Tentativa de reorganizar os hospitais do SNS em redes de centros clínicos autónomos mas interdependentes, com mecanismos explícitos de responsabilização (apenas se concretizou uma experiência). – Início da reorganização dos centros de saúde em redes de pequenas equipas multiprofissionais responsáveis por uma população definida (19 experiências – uma fase de expansão rápida ocorreria em 2006). – Introdução de um conceito de “sistema de saúde local” com co-responsabilidade e participação da comunidade (foi publicada uma lei, mas poucas experiências se iniciaram). – Criação do conceito e início dos processos de contratualização e contratação dos cuidados de saúde no interior do SNS (existem ainda, com algumas evoluções). – Reorganização dos serviços de SP.
2000 – 2005	Retorno à tendência de privatização	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno à tendência de privatização, com resistência explícita à construção de uma identidade específica do SNS e uma governação unificada empresarial. <ul style="list-style-type: none"> – Transformação de hospitais SNS em hospitais SA. – Tentativa para seguir a mesma tendência nos CSP. – Criação de uma entidade específica de regulação • Entidade Reguladora da Saúde por imposição do Presidente da República, como condição para aceitar as iniciativas anteriores.
2005 – 2013	Retorno aos princípios fundadores Modificações organizativas de “baixo para cima” nos CSP	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais SA passam a Hospitais EPE (empresas públicas) • Nos CSP foi energeticamente aprovada uma abordagem de trabalho de equipa de “baixo para cima” (“<i>deixem voar os inovadores e protejam-nos dos caçadores</i>”). • Tentativas para transformar as hierarquias de prestadores de primeira linha dos CSP em redes de pequenas equipas multi-profissionais, autónomas, responsabilizadas e reguladas (<i>equipas de estrutura permanente</i>). • Deslocação das funções de gestão para mais perto das equipas de prestadores (<i>funções de comissariado em vez de hábitos de comando e de controlo</i>). • Introdução do conceito e práticas de “governação clínica e de saúde” ao nível de cuidados primários (<i>interagindo também com hospitais, cuidados de longa duração e parceiros da comunidade</i>). • Reforço da participação e co-responsabilização de cidadãos e de comunidades nos CSP (<i>gabinetes de cidadãos e conselhos para a saúde de comunidades, estes com a possibilidade de adquirirem poder executivo na gestão dos cuidados de saúde primários – fase de implementação</i>).

Como consequência desta evolução, o Sistema de Saúde português é caracterizado por três sistemas coexistentes e sobrepostos (o SNS, os subsistemas de saúde e os fundos de seguros de saúde), como se mostra na figura abaixo.

Figura 1 • **Quadro para uma visão geral do sistema de saúde**
(adaptado de Barros, Machado, Simões, 2011)



Apêndice 7

Análises anteriores sobre o financiamento da saúde

Houve seis análises do financiamento da saúde nestes últimos 22 anos. O Quadro 1 dá um resumo das propostas destas análises em cinco áreas-chave. Mostra que:

- Na 1ª coluna: houve uma visão diversificada sobre custos para os utentes. Os custos duplicaram como parte da implementação do Memorando de Entendimento em 2012.
- Na 2ª coluna: análises recentes opuseram-se à possibilidade de se optar por “sair” do SNS, depois da experiência de 1997 a 2005.
- Na 3ª coluna: 4 em 5 análises recentes eram a favor de manter as contribuições fiscais como base principal do financiamento. A única diferença em relação à análise da CRES (Coordenadoria Regional de Saúde) em 1998 era o facto de favorecer um imposto consignado em vez do financiamento a partir do orçamento geral.
- Na 4ª coluna: 5 em 6 eram a favor de alguns limites aos tratamentos cobertos pelo SNS. A Comissão do projecto The Future for Health propõe, no Capítulo 4, que tal seja feito através de um novo organismo, o SNS-Evidência, que basearia as suas recomendações na avaliação dos tratamentos mais eficazes.
- Na 5ª coluna: 5 em 6 eram a favor de manter o financiamento da saúde separado do financiamento da segurança social; por seu lado, a única excepção – a análise da APES (Associação Portuguesa de Economia da Saúde) de 1996 – pretendia que os financiamentos estivessem interligados.

Quadro 1 · **Resumo das propostas de análises anteriores sobre o financiamento da saúde**

	Aumento dos pagamentos directos no sistema público	Promoção do <i>opting out</i> do SNS	Impostos como principal fonte de captação de fundos	Limitação de cobertura pelo SNS	Seguro Social
Mendo <i>et al.</i> (1992)	Sim	Sim	Não (?)	Sim	Não
Lucena, Gouveia e Barros (1995)	Não	Sim	Sim	Sim	Não
APES (1996)	Não	Não (?)	Sim	Não	Não
CRES (1998)	Não	Não	Não	Sim	Sim
Simões <i>et al.</i> (2008)	Sim	Não	Sim	Sim	Não
MoU (2011)	Sim	Não	Sim	Sim	Não

Fonte: adaptado de Simões *et al.* (2008), Quadro 4, p. 67.