

Contributo da UAL para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016

Julho de 2010

Índice

Nota Prévia.....	3
A Cidadania no Sistema de Saúde Português.....	4
Enquadramento do conceito “Cidadania”.....	4
A cidadania do SS Português.....	5
Conclusão.....	9
Bibliografia.....	10
O Acesso na Saúde Visual.....	11
Enquadramento do Conceito “Acesso”.....	11
Propostas de Reformas de “Cobertura Nacional”.....	11
O panorama actual da saúde da visão em Portugal.....	14
O acesso na saúde da visão.....	17
Conclusão.....	21
Bibliografia.....	21
A Qualidade na Farmácia Hospitalar.....	23
Definição do Conceito “Qualidade”.....	23
A Qualidade no PNS 2004-2010.....	24
A Qualidade na Farmácia Hospitalar.....	26
Conclusão.....	28
Bibliografia.....	29
Políticas Públicas Saudáveis na Rede Nacional de Cuidados Continuados	
Integrados.....	30
O conceito de “Políticas Públicas Saudáveis”.....	30
Os cuidados continuados.....	31
Conclusão.....	35
Bibliografia.....	35
Avanços em Investigação sobre os Eixos Estratégicos do PNS 2011-2016.....	36
Introdução.....	36
Os quatro eixos estratégicos.....	36
Conclusão	48
Bibliografia.....	48

Nota Prévia

Este trabalho foi realizado no âmbito da disciplina de Política e Economia da Saúde, do MBA em Gestão e Economia da Saúde, que está actualmente a decorrer na Escola de Gestão e Negócios, da Universidade Autónoma de Lisboa.

O objectivo geral da Universidade com a participação neste projecto, é o de contribuir activamente para se *pensar em saúde* e para que a implementação de “Saúde em todas as políticas” se converta em ganhos efectivos para a saúde em Portugal.

Solicitou-se aos alunos que se debruçassem sobre os quatro eixos estratégicos, definidos pelo Alto Comissariado da Saúde (ACS) como essenciais para o novo Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 (*Cidadania, Acesso, Qualidade e Políticas Públicas Saudáveis*) e que, tendo em conta a sua experiência profissional e pessoal, e a matéria abordada em aula, sugerissem estratégias que permitissem a implementação do conceito de cada um dos eixos num sector/entidade da saúde.

O resultado obtido apresenta-se seguidamente. Para o conceito de *Cidadania* acabou por se optar por uma abordagem generalista no Sistema de Saúde, embora se tenha estudado especificamente o *Acesso* na Saúde Visual, a *Qualidade* na Farmácia Hospitalar e *Políticas Públicas Saudáveis* na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Os textos foram revistos pelos coordenadores do MBA, o Professor Doutor Álvaro Lopes Dias e a doutoranda Denise Capela dos Santos, tendo a mesma intervindo ainda na sua elaboração. De modo a complementar o trabalho, aliando os resultados mais recentes em investigação ao planeamento efectivo do novo PNS, foi elaborado um breve resumo sobre os resultados de investigação apresentados na oitava Conferência Europeia de Economia da Saúde, relativamente a cada um dos referidos eixos.

As opiniões inseridas no presente trabalho são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

Constata-se que os eixos estratégicos definidos para o novo PNS são pertinentes, uma vez que só será possível obter ganhos de saúde através de políticas públicas saudáveis, privilegiando a cidadania, melhorando o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, com uma adequada gestão entre celeridade e sustentabilidade.

Denise Capela dos Santos

A Cidadania no Sistema de Saúde Português:

- Estratégias de Implementação -

Leonor Noia, Rui Silva e Denise Santos

“Não perguntes só o que pode o Estado fazer pela tua saúde, pergunta o que podes tu fazer pela tua saúde.”

Enquadramento legal do conceito de “Cidadania”

No Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa pode ler-se que:

“1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à protecção da saúde é realizado:

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e , tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo **desenvolvimento** da educação sanitária do povo e **de práticas de vida saudável**.

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

a) **Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;**

b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;

c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;

d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;

- e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência...”

Já segundo a Lei de Bases da Saúde – Lei nº48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, segundo a Base I, “a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva **pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado**, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.”; já segundo a Base v, “1. **Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva**, tendo o dever de a defender e promover; 2. Os cidadãos têm direito a que os serviços de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses...”

Posto isto, a cidadania prende-se com um conjunto de direitos e deveres essenciais: o direito a ser respeitado na sua autonomia e dignidade, a si próprio e aos outros, o direito à saúde por parte de todos, e o de obter respostas adequadas dos serviços de saúde com competência técnica, justiça/equidade, verdade e humanidade.

Com efeito, pretende-se que os serviços de saúde sejam centrados no cidadão e que este possa ser visto como um parceiro do sistema. A vertente cidadania implica que cada interveniente: utente, prestador de serviços, ou fornecedor de bens, esteja envolvido no sistema de saúde. Já as organizações da sociedade civil, que têm desempenhado um papel preponderante enquanto representantes das necessidades dos cidadãos, em particular como defensores de interesses de doentes com patologias específicas, actuam como grupos de pressão sobre os poderes públicos com efeitos muito positivos na saúde dos grupos populacionais que representam, pelo que a sua intervenção no sistema de saúde é também essencial e deverá ser fomentada.

A cidadania no Sistema de Saúde Português

Para que a *cidadania* possa ser plenamente exercida, torna-se necessário que o Estado faculte ao cidadão, a título organizacional e individual, a informação e os meios que lhe permitam participar activamente no sector da saúde, possibilitando a sua contribuição para a obtenção de maiores ganhos em saúde, do próprio e dos semelhantes.

Considera-se então importante explorar no PNS 2011-2016 temáticas relacionadas com a participação e responsabilização dos cidadãos, opções de escolha, estilos de vida saudáveis, saúde ambiental e saúde ocupacional, temáticas que iremos abordar seguidamente, com propostas efectivas de melhoria relacionadas com as mesmas.

1. Participação e responsabilização dos cidadãos

Pretende-se, neste âmbito:

1.1. Melhorar a informação relativamente às políticas de saúde, à literacia em saúde e relativamente ao modo como estilos de vida saudáveis contribuem para ganhos efectivos em saúde;

Proposta: A literacia em saúde permite uma utilização mais racional dos recursos disponíveis pelo que é fundamental que seja implementada a disciplina de saúde pública, ao longo de todo o percurso escolar. É também importante a elaboração de actividades em que os cidadãos possam participar gratuitamente, de discussão dos principais problemas de saúde dos Portugueses e do modo de como os prevenir e tratar. Propõe-se ainda educar o cidadão a reclamar por escrito, com conteúdo preciso e exacto, caso sinta que sofreu algum dano moral ou físico, fruto de desrespeito ou incompetência por alguma parte integrante do sistema de saúde, como por exemplo, por um prestador de serviços.

1.2. Privilegiar a equidade no acesso à saúde, e a educação no sentido da mesma ser um dever da sociedade. Estudos de economia da saúde apontam para uma proporção directa entre o nível da saúde e a condição económica, não só devido a dificuldades de acesso aos cuidados de saúde como também por falta de informação, nomeadamente sobre estilos de vida saudáveis.

Proposta: Existem importantes comunidades de emigrantes e minorias étnicas em Portugal, pelo que será positiva uma articulação mais estreita entre o Ministério da Saúde e o Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, I.P. (ACIDI), o qual tem levado a cabo uma acção de relevo junto destas comunidades no sentido de encontrar soluções para os seus problemas concretos. A título de exemplo, o ACIDI, tem implementado acções no domínio da saúde, como sejam a execução de contratualizações com Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSSs), para apoio e alojamento de emigrantes convalescentes, e a criação de um serviço de tradução telefónica em várias línguas que, no domínio da saúde, facilita a comunicação do cidadão estrangeiro com os serviços de saúde portugueses.

1.3.Melhorar a percepção do custo real dos cuidados médicos prestados aos cidadãos.

Proposta: Fazer com que cada cidadão receba uma factura detalhada das suas contas hospitalares, e dos serviços prestados a nível dos centros de saúde e das IPSSs, constando o custo total do acto médico, a parte que cabe ao Estado suportar e a parte que o utente pagou/paga efectivamente. Esta medida fará com que os cidadãos tenham uma ideia concreta dos custos suportados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

2. Opções de Escolha

Capacitar os cidadãos para saberem fazer escolhas no domínio da sua saúde, em prol de uma intervenção e integração no sistema de saúde, do modo mais informado possível. Do nosso ponto de vista, o nível de qualidade do serviço público tem efeitos positivos na qualidade do serviço privado, pelo que quanto maior a qualidade do serviço proporcionado pelo SNS, maior a qualidade do sistema de saúde em Portugal.

Propostas: Não é possível fazer escolhas sem se possuir informação fiável acerca dos serviços existentes, tanto no domínio público como no domínio privado. Nesta área, e tendo em conta que a primeira linha de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde são os centros de saúde, será positivo que nestes centros exista alguém que se encarregue de informar sobre o funcionamento do sistema e sobre a interacção entre as várias entidades de cuidados (primários, secundários e terciários), e entre os vários programas de âmbito nacional, de modo a ajudar a orientar as escolhas de forma racional, segundo uma perspectiva integrada de gestão da doença. Este tipo de serviço também poderá ser prestado, por conselho, por telefone ou por e-mail, sendo que a divulgação dos contactos deverá ser obrigatória em todas as entidades prestadoras de cuidados de saúde. Para potenciar o poder de escolha, sugere-se ainda afixação obrigatória de um documento com os resultados dos tempos de espera médios para cada tipo de consulta/acto médico, nos centros públicos e privados, no trimestre anterior, no concelho em questão, assim como o resultado do questionário de avaliação das consultas/actos médicos pelos utentes em cada local.

3. Estilos de vida saudáveis

Se a informação para a população em geral é importante, a educação das crianças e dos jovens não o é menos, pois estes serão os adultos de amanhã. O meio mais directo para alcançar o objectivo de incutir nas crianças estilos de vida saudáveis é através da escola.

Propostas: Inclusão de temáticas relacionadas com comportamentos e estilos de vida nos manuais escolares, os quais devem incluir assuntos como os efeitos do tabagismo, do alcoolismo e do consumo de drogas, da inactividade física, de uma alimentação irracional, ao longo de todo o percurso de escolaridade obrigatória. A título da importância da adopção da gastronomia tradicional, sugere-se o programa: “O que comeria Afonso Henriques se fosse vivo?” É ainda necessário incentivar a participação dos pais em fóruns escolares sobre estilos de vida saudáveis, sobre a importância de boas condições de higiene e de segurança e sobre a adopção de uma cozinha caseira tradicional portuguesa, em casa e na escola, para adultos e crianças. Devem ainda ser promovidas campanhas locais e televisivas, submetidas ao lema “Viver e envelhecer com qualidade”.

Propõe-se também o estreitamento da relação entre as escolas com os centros de saúde locais, para acções de formação, diagnóstico precoce de problemas de saúde e controlo do boletim de vacinação.

Será ainda importante incrementar os estudos e sanções para escolas que não cumpram os pré-requisitos em termos de condições de higiene e segurança, estipulados pelo governo.

A instituição e divulgação do teste de Cooper (12 minutos de corrida ou marcha) para todas as idades, será um bom desafio a implementar como obrigatório a nível nacional para se avaliar a condição física da população. A avaliação anual de índices como o colesterol total, glicémia e índice de massa gorda também deveria ser obrigatória para toda a população.

4. Saúde Ambiental

Neste âmbito, será importante a informação genérica acerca dos efeitos da poluição e das alterações climáticas, mas também promover uma informação direccionada para a prática, que permita ao cidadão defender-se, na medida do possível, de factores ambientais adversos.

Propostas:

Deverá ser dada particular atenção ao problema da escassez de água, e do requisito da poupança de energia eléctrica, no sentido de consciencializar o cidadão para o uso racional destes recursos e dos riscos que corre da sua utilização indevida. O respeito pela limpeza dos espaços públicos e pela separação do lixo deve continuar a ser incrementada nas camadas jovens, nas escolas. As juntas de freguesia deveriam ser

responsabilizadas por promover acções de formação gratuita e sessões de esclarecimento aos cidadãos sobre estas temáticas, e o seu desempenho deveria ser submetido a avaliação.

5. Saúde Ocupacional

É inquestionável a importância da higiene e saúde nos locais de trabalho. A formação de técnicos em higiene e saúde no trabalho também é importante.

Constata-se que existem sectores em que a formação dos técnicos não está bem definida. A título de exemplo, sublinha-se que ainda não existe nenhuma formação definida oficialmente para os coordenadores de segurança em obra. De facto, no ponto 1 do preâmbulo do DL 273/2003, de 29 de Outubro, relativo à segurança e saúde no trabalho em estaleiros temporários ou móveis, pode ler-se: “As condições de segurança no trabalho desenvolvido em estaleiros temporários ou móveis são frequentemente deficientes e estão na origem de um número preocupante de acidentes de trabalho graves e mortais, provocados sobretudo por quedas em altura, esmagamentos e soterramentos...” Esta lei, que se revelou muito positiva no que se refere a acidentes de trabalho na construção civil, data de 2003 mas falta a definição de qual é a formação que habilita um técnico a ser coordenador de segurança em obra.

Com efeito, prevê o nº 3 do artigo 9º deste decreto-lei que a actividade de coordenador de segurança em projecto e em obra, deve ser exercida por pessoa qualificada, nos termos previstos em legislação especial. No entanto, esta legislação especial ainda não foi publicada.

Propostas: Face à insuficiência verificada nesta área, poderá ser considerado um sistema de incentivos às empresas que demonstrem cumprir planos de higiene e de saúde ocupacional, assim como se torna urgente regulamentar o exercício da profissão de técnico de segurança em obra. Em termos de sistema de saúde propriamente dito, será pertinente haver controlo e avaliação de acidentes de trabalho na prestação de cuidados.

Conclusão

A cidadania em saúde é fundamental para que todos tenhamos mais saúde, mas essencialmente para que possamos aprender a respeitar a nossa saúde e a saúde dos que nos rodeiam. Acreditamos que a inclusão deste conceito como eixo estratégico do novo

PNS, com consequente implementação de políticas do sentido de aumentar a cidadania em saúde, terá concerteza frutos benéficos para a população portuguesa.

Bibliografia:

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - Boletim Pensar Saúde n°s 1, 1-2, 2;
<http://www.acs.min-saude.pt/2010/03/24/pensarsaude1/> acedido a 15 de Junho de 2010.

BARROS, Pedro Pita; Economia da saúde – Conceitos e Comportamentos, Edições Almedina 2009;

PNS 2004-2010, Ministério da Saúde;

Programme national de santé publique – Québec 2003-2012 mis à jour- 2008

SANTOS, Denise ; Apresentação de Política e Economia da Saúde 2010; UAL

Legislação Portuguesa:

Constituição da República Portuguesa;

Lei de Bases da Saúde;

Lei Orgânica do Ministério da Saúde;

DL n° 273/2003, de 29 de Outubro (segurança e saúde no trabalho em estaleiros temporários ou móveis).

Acesso para a Saúde da Visão:

- Estratégias de Implementação -

Lara Santos, Paulo Santos e Denise Santos

“O Acesso traduz a redução das desigualdades em saúde, maior facilidade de acesso ao sistema, acesso equitativo e em tempo útil, redução do tempo de espera e atenuação das desigualdades geográficas.”

Enquadramento do conceito “Acesso”

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), descritos no **Relatório Mundial de Saúde de 2008**, a resposta a problemas de saúde prioritários deve surgir de programas de saúde concretos, enquadrados em políticas de saúde que devem estar integradas nas políticas públicas. Estas políticas, devem ter como objectivos estratégicos o **acesso universal** e a protecção social, pois só a sua associação permite obter equidade em saúde.

O relatório recomenda a reforma dos *Cuidados de Saúde Primários* como estratégia para obter ganhos de saúde e estabelece como prioritárias as reformas de cobertura universal, reformas de prestação de serviços, reformas de políticas públicas e reformas de liderança. Contudo, no âmbito desta parte do trabalho, interessa apenas analisar as **reformas de cobertura universal**. O mesmo relatório define-as como “ o grupo de reformas que garantam que os sistemas de saúde contribuem para a equidade em saúde, justiça social e para o fim da exclusão, primordialmente através do progresso do acesso universal e da protecção social da saúde...”

Desta forma, têm como objectivo a diminuição da exclusão e das disparidades sociais em saúde, e como condição prévia, serviços acessíveis a todos, que resultam por um lado, do aumento da oferta e por outro, da diminuição das barreiras de acesso.

Proposta de Reformas de “Cobertura Nacional”

As reformas para promover e manter a cobertura do território nacional passam por:

- a)** Corrigir a falta de disponibilidade;

Actualmente tem-se verificado um incremento pontual da cobertura do território em termos de cuidados de saúde, beneficiando o acesso da população e a disponibilidade destes serviços. Contudo, existe um número insuficiente de intervenções e verifica-se que não há um desenvolvimento faseado dos cuidados primários. Posto isto, a sustentabilidade desta estratégia, a longo prazo, deve ser posta em causa. Os motivos subjacentes prendem-se com elevados custos, necessidade de sobrecarga dos profissionais para atingir os objectivos (que trabalham para além do horário laboral), qualidade dúbia dos cuidados (pelo motivo anterior) e o facto da acção pontual não permitir o acompanhamento destes utentes, privilegiando-se essencialmente a quantidade de actos específicos praticados.

Proposta: Aumentar a cobertura nacional para um desenvolvimento faseado dos cuidados primários, em todo o território. Numa primeira fase, a curto/médio prazo devem-se definir metas tangíveis prioritárias, que devem ser cobertas de imediato; a médio/longo prazo, as estratégias devem focar-se na obtenção de recursos para cobertura de todo o território nacional. De notar que, na primeira fase, a resposta é rápida mas exclui cuidados não prioritários, já que centra recursos em intervenções de reconhecida custo-eficácia; numa segunda fase, a resposta será mais demorada mas as perspectivas de ganhos de Saúde efectivos, com acompanhamento próximo das populações, são elevadas. Neste caso, outro aspecto fundamental é a subsidiariedade, não só para colmatar o quadro de escassez de recursos estáveis que se poderá estimar em determinados locais mais isolados, como para aumentar da eficiência, mobilização e entusiasmo dos recursos humanos.

b) Ultrapassar o isolamento das populações dispersas;

Proposta: Organização de uma infra-estrutura que maximize escalas de eficiência, com “recursos móveis” , isto é, transportes, tecnologias de informação e comunicação, (embora seja consensual que populações dispersas requerem maior gasto *per capita*).

c) Criar ou reforçar redes de cuidados primários de qualidade;

Estudos Internacionais demonstram que cuidados de saúde primários bem organizados proporcionam ganhos em saúde, com custos mais baixos e maior equidade em Saúde.

Proposta: A garantia da cobertura nacional deve ser assegurada por redes de cuidados acessíveis, que prestem serviços de qualidade àqueles que precisam deles, sem os expôr ao risco de despesas catastróficas, sendo portanto financiados por impostos e/ou seguros sociais que permitam obter um fundo comum com contribuições pré-pagas, determinadas com base na capacidade de pagamento de cada cidadão, e recorrendo a

eventual contratualização de prestadores comerciais, de prestadores sem fins lucrativos, ou à revitalização de instalações públicas disfuncionais.

A profundidade da cobertura nacional de cuidados primários obtém-se aumentando a oferta de serviços essenciais necessários, com resposta eficaz às necessidades de saúde, e com uma gestão da procura, expectativas e recursos face ao que a sociedade pode e está disposta a pagar.

d) Mobilizar para a equidade em Saúde;

A *equidade na saúde* é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos da saúde, de forma transversal, em grupos populacionais definidos social, geográfica ou demograficamente. Segundo a OMS, “todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objectivo.” As inequidades em saúde resultam de inequidades em disponibilidade, desigualdades sociais (educação, rendimento, estilos de vida, actuação perante os serviços, local de residência), desigualdades no acesso e qualidade dos serviços.

Proposta: É necessário realizar estudos que tenham como objectivo a medição das inequidades e aumentar a sua visibilidade. A informação rigorosa e actualizada da dimensão das inequidades, a definição de metas concretas de equidade populacional e a implementação de mecanismos de colaboração intersectorial e inter-regional, com avaliação sistemática dos resultados e correcção dinâmica através de intervenções a nível local, é essencial para a definição de políticas de saúde adequadas.

Por outro lado, devem ser desenvolvidas políticas de protecção social, que fomentem a inclusão social de grupos excluídos e vulneráveis, assegurando a segurança da população (que deve ser bem regulamentada), especialmente junto de bairros sociais de alto risco. A redução da desigualdade dos rendimentos poderá ser atenuada através da sua tributação tendo em conta o rendimento dos agregados familiares, de serviços públicos subsidiados do mesmo modo; e pela redução de vulnerabilidades pela segurança social. Devemos ainda ter em atenção a mitigação das consequências de resultados de saúde desiguais, com protecção contra o despedimento injusto da pessoa doente.

e) Proporcionar acesso a ambientes saudáveis;

Proposta: É ainda essencial desenvolver acções que permitam às populações ter acesso a água potável e saneamento, políticas de habitação e de ornamentação de espaços verdes, em todo o território nacional.

f) Criar espaço para a participação e empoderamento da sociedade civil.

Proposta: Apoiar a organização e participação de sociedades civis no parlamento, com vista a uma pressão social organizada, mobilização de grupos e comunidades para os problemas da saúde e a uma maior participação social nas acções de saúde ao nível local e na acção intersectorial.

O panorama actual da saúde da visão em Portugal

A Regulamentação da *Saúde da Visão* em Portugal encontra-se a cargo do Programa Nacional para a Saúde da Visão (PNSV, 2005), que faz parte do Plano Nacional de Saúde actualmente em vigor, e onde se considera que, *“O sentido da visão possui um elevado significado social, representando um meio de comunicação fundamental para a relação entre as pessoas e para a actividade profissional. Sabe-se que a visão deve ser preservada desde o nascimento, sendo imperativo prevenir e tratar a doença visual, a qual provoca sempre diminuição da qualidade de vida, com repercussão negativa a nível pessoal, familiar e profissional, para além de causar elevados custos sociais.”*

O PNSV 2005 apresentava como objectivos gerais a redução da:

1. Incidência e prevalência de cegueira legal e de casos de perda de visão associados a patologias acessíveis a tratamento, nomeadamente ambliopia e perda de visão em recém-nascidos, crianças e adolescentes de baixa visão (igual ou inferior a 5/10) por erros de refração não corrigidos, assim como perda de visão e cegueira legal por glaucoma, retinopatia, maculopatia diabética, degenerescência macular relacionada com a idade (DMRI) e por catarata não tratada.
2. Proporção de problemas de saúde da visão não diagnosticados, nas crianças, nos jovens e na população adulta.
3. Proporção de problemas de saúde da visão determinantes de perda de funcionalidade e independência nas pessoas com 55 e mais anos.

Na altura do desenvolvimento do PNSV, foram realizados vários estudos em Portugal que estimavam que:

- cerca de metade da população sofre de alterações da visão, desde diminuição da acuidade visual até à cegueira;
- cerca de 20% das crianças e metade da população adulta portuguesa sofre de erros refractivos significativos;

- cerca de metade das pessoas com cegueira se encontra em plena idade produtiva;
- mais de 1/3 dos diabéticos nunca foi examinado ou não é examinado regularmente por um oftalmologista;
- a maioria das pessoas com glaucoma ou DMRI recorre tardiamente a cuidados, num período em que já não é possível executar um tratamento eficaz;
- as doenças da córnea, incluindo as doenças da conjuntiva que lhe é adjacente, são responsáveis por cerca de 210.000 casos de baixa acuidade visual (BAV) e por cerca de 1.300 casos de cegueira;
- cerca de 170.000 pessoas sofrem de catarata, sendo que 6 em cada 10 pessoas com mais de 60 anos apresentam sinais desta doença;
- cerca de 200.000 pessoas apresentam hipertensão ocular das quais 1/3 sofre de glaucoma;
- cerca de 6.000 pessoas podem apresentar cegueira irreversível, que poderia ter sido prevenível;
- cerca de 35.000 pessoas sofrem de BAV relacionada com doenças da retina e da corioideia, nomeadamente de DMRI, que afectará 5% das pessoas com mais de 55 anos e 1 em cada 10 pessoas com mais de 65 anos;
- cerca de 15.000 diabéticos estão em risco de cegar por retinopatia e maculopatia diabéticas, sendo que a maioria dos casos poderia ser prevenida ou tratada através de fotocoagulação da retina por laser e/ou por vitrectomia;
- cerca de 300.000 pessoas sofrem de ambliopia e estrabismo, que poderão ocorrer separada ou conjuntamente.

Na tentativa de inverter esta situação e de agir de acordo com os objectivos definidos, o PNVS adoptou as seguintes estratégias de acção:

- Execução de rastreio/ exame/ consulta de visão em: crianças de alto risco até aos 2 meses de vida (em caso de prematuros, suspeita de retinoblastoma, cataratas infantis, glaucoma congénito e doenças genéticas e metabólicas); entre 0 e 2 anos e entre os 2 e 5 anos; entre os 14 e 45 anos em caso de sintomas de visão deficiente, traumatismo ou diabetes; de 4 em 4 anos para pessoas com idade igual ou superior a 46 anos ou em risco elevado de patologia oftalmológica, com base na história clínica e familiar;
- Produção e divulgação de orientações técnicas de diagnóstico, acompanhamento e referenciação de doentes (com ambliopia ou baixa de acuidade visual, retinopatia

diabética, edema macular, DMRI, glaucoma e catarata) na rede de referenciação de oftalmologia;

- Controlo de qualidade e normas de segurança na aplicação da instrumentação óptica, utilizada em oftalmologia;
- Divulgação da importância de condições adequadas de iluminação;
- Validação de critérios de funcionalidade do doente oftalmológico com défice visual, com disponibilização de ajudas técnicas para orientação, mobilidade e reabilitação da visão, por pessoas com baixa visão;
- Modelo de estratificação do acesso de doentes oftalmológicos com défice funcional visual, e de acesso a benefícios concedidos em regime especial.

Estas estratégias foram apoiadas por outras medidas que foram sendo implementadas ao longo do tempo.

Com a entrada em vigor da *Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde* - Lei nº 41/2007, de 24 de Agosto; *Consulta a Tempo e Horas* - Portaria nº 615/2007, 11 de Julho; e *Fixação dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG) para o acesso a cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência* - Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro, e *Rectificação da Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro* - Declaração de rectificação nº11/2009, de 10 de Fevereiro, regulamentou-se o **Acesso**, de forma a poder existir um melhor controlo e avaliação do mesmo, promovendo também dessa forma uma pressão social que “obriga” os serviços de saúde a uma gestão diferente, com aumento da sua produtividade para resposta adequada às necessidades de saúde. Para isso, foram definidos os TMRG em cuidados de saúde primários, da primeira consulta de especialidade em hospitais do Sistema Nacional de Saúde (SNS), e de cirurgia programada após avaliação hospitalar. Foi desenvolvido o Sistema de Gestão dos Utentes Inscritos para Cirurgia (SIGIC), para o combate à lista de espera para cirurgia de catarata, e o Programa *Consulta a Tempo e Horas*, que vieram introduzir alterações de organização e procedimentos em diversos serviços de forma a aumentar a sua produtividade com melhoria do acesso.

Segundo a *Inspecção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS)*, em Junho de 2009, 23.756 portugueses encontravam-se em lista de espera para cirurgia oftalmológica e 113.858 portugueses esperavam pela sua primeira consulta. Contudo, o tempo de espera médio para primeira consulta diminuiu quase para metade de Dezembro de 2007 (11,30 meses) a Junho de 2009 (6,13 meses). Alguns hospitais, nomeadamente o de Faro,

Aveiro, Beja, Bragança, Mirandela, Penafiel, Amarante e Feira, reduziram a espera média para cirurgia oftalmológica para um mês. Por outro lado, o número de primeiras consultas passou de 122.878, no primeiro semestre de 2008, para 167.171, no segundo semestre de 2009, tendência fortemente positiva que se repetiu quando se comparou o número de cirurgias realizadas no primeiro semestre de 2007 com as realizadas em igual período de 2009, cujo número quase duplicou.

Posto isto, os objectivos propostos no Programa de Intervenção em Oftalmologia foram atingidos (30 mil cirurgias e 75 mil primeiras consultas adicionais).

O Acesso na Saúde da Visão

Na altura da elaboração do PNVS, **foram identificados problemas que entendemos que se mantém-se actualmente**, tais como:

1. Insuficiente acesso a cuidados oftalmológicos, com desigualdades geográficas acentuadas;

Proposta: Aumentar a cobertura e o acesso ao sistema promovendo a prevenção da doença da visão ao nível dos Centros de Saúde, o desenvolvimento de uma Linha Telefónica de Saúde da Visão que proporcionasse informação sobre prevenção da doença, que colaborasse na referenciação de situações que surgissem com gravidade dúvidosa e que não se encontrassem tratadas ou acompanhadas, e a elaboração de um Site Nacional da Visão, com informações actualizadas sobre métodos de tratamento para as patologias mais frequentes no país, para profissionais e utentes.

2. Ausência de rastreios sistemáticos de doenças visuais;

Proposta: Embora regulamentados, nem sempre se executam com a periodicidade devida pelo que deveria existir uma entidade que se responsabilizasse directamente pela supervisão e avaliação da cobertura do território em termos de rastreio da doença visual, assim como pela sua periodicidade, com repercussões para os responsáveis pelo incumprimento dos objectivos.

3. Referenciação demasiado tardia para a consulta;

Proposta: Redefinição da rede de referenciação e da sua regulamentação de modo a tornar mais célere este processo, nomeadamente promovendo a comunicação entre os diversos níveis e entidades de cuidados. Sugere-se maior acompanhamento dos doentes em reabilitação em sub-visão, com pré-estipulação de objectivos a cumprir não só de reabilitação como de cobertura dos doentes referenciados.

4. Insuficiente comunicação entre prestadores dos diferentes níveis de cuidados;

A gestão com centralização dos cuidados no Oftalmologista resultam numa perda de eficiência global do sistema.

Proposta: Melhor definição do papel e responsabilidade de cada profissional de saúde da visão e proporcionar formação aos profissionais nesse sentido. Incentivar os oftalmologistas a delegar funções noutros profissionais legalmente habilitados para o fazer (p.e., exames refractivos) e a partilhar informações com outros profissionais (Ortopistas, Enfermeiros e Médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF)) que estejam mais próximos dos doentes, aumentando a probabilidade de eficácia do sistema.

5. Insuficiente cultura da população sobre problemas da visão;

Proposta: Devem ser promovidas, pelas respectivas Juntas de Freguesia, acções de formação/informação, a ter lugar nos Centros de Saúde, sobre a saúde da visão, com informação genérica de boas práticas, periodicidade de rastreio e sintomatologia de alerta para patologias com alguma gravidade. Informar a população dos profissionais e estabelecimentos a que devem recorrer, tendo em conta a sua situação específica.

6. Inexistência de dados epidemiológicos suficientes e de estudos diversos sobre a doença visual em Portugal. Deseja-se que faça parte da prática corrente a realização de estudos sistemáticos e comparativos que sirvam de ferramenta de gestão e que baseiem a tomada de decisão em evidência científica, no que diz respeito às políticas públicas relacionadas com a saúde da visão. Desta forma, tornar-se-á possível monitorizar, avaliar através de indicadores, analisar os dados e promover os reajustes adequados às necessidades da população, de forma dinâmica.

Proposta: Devem ser concedidos estímulos (destinados fundos específicos) para o estudo, medição e visibilidade das iniquidades em saúde da visão, tal como para a elaboração de outros estudos sobre:

- o estado da visão dos Portugueses e sobre a incidência e prevalência de patologias oculares (tais como retinopatia diabética, glaucoma, DMRI ou outras, por região e estrato socio-económico);
- a eficiência da resposta às comunidades;
- a satisfação dos utentes relativamente à facilidade e tempo de acesso aos cuidados, ou segundo a qualidade dos cuidados percebida por região, por entidade, e por estrato socio-económico;
- análise de indicadores de acesso para controlo e monitorização desse acesso, por exemplo, pelo estudo do tempo de resposta (tempo de espera) e/ou frequência de acompanhamento em determinadas patologias segundo as recomendações do PNSV por

região, entidade e estrato socio-económico, e/ou pelo estudo da distribuição dos recursos humanos e técnicos por região, relacionando-a com a densidade populacional e a caracterização socio-económica.

Contudo e apesar dos dados apresentados, na presente data, aos problemas já identificados em epígrafe, **acrescentamos como factores que condicionam negativamente o serviço** de qualidade que se pretende prestar no país, num sector de extrema importância para a saúde da população:

1. Centralização dos cuidados em ambiente hospitalar;

Os cuidados de saúde da visão no SNS estão centralizados na rede hospitalar, com défice de disponibilidade e acesso, gerando inequidades entre a população.

Proposta: Reforma dos cuidados, com foco nos cuidados primários para a saúde da visão, mais próximos da população e logo com maior acesso para a mesma. Deverá ser proporcionada à população pelo menos uma *Unidade de Oftalmologia de Cuidados Diferenciados* por Administração Regional de Saúde (ARS), e uma *Unidade Móvel* para acesso a populações isoladas, por cada Junta de Freguesia (que poderá apoiar esta prestação de serviços).

Os Centros de Saúde, como porta de entrada na rede de cuidados de saúde, devem proporcionar ao cidadão uma equipa multidisciplinar, com médicos de MGF orientados por indicações dos especialistas a referenciar para a rede, com ortoptistas a realizar exames refractivos em tempo útil, e com enfermeiros a praticar rastreios sistemáticos.

2. Gestão inadequada dos recursos humanos e técnicos, que se revelam escassos para cobrir o território. O resultado traduz-se numa capacidade de resposta insuficiente e numa proximidade insuficiente para com a população.

Segundo o registo na *Ordem dos médicos* observa-se um aumento do número de Oftalmologistas em Portugal desde 2000 (731) até 2007 (840). No entanto, segundo o estudo *Centros de Saúde e Unidades Hospitalares do SNS/2008*, de 2000 para 2008 diminui o número de Oftalmologistas no SNS, sendo o seu número por habitante é insuficiente ao pretendido.

Também o número de Médicos com a especialidade de MGF está a aumentar segundo o registo na *Ordem dos Médicos*, de 4508, em 2000, para 4998, em 2007. Este número é contudo insuficiente, principalmente se pretendermos apostar numa medicina centralizada em cuidados de saúde primários, como sugerido pela OMS.

De acordo com *Ordem dos Enfermeiros* também se verifica um aumento significativo, superior ao esperado, do número de enfermeiros habilitados desde 2000 (de 37623 para 59745, em 2009), constatando-se um acréscimo da taxa de desemprego entre estes profissionais.

Segundo dados da *Administração Central do Sistema de Saúde* (ACSS), actualmente existem 395 Ortoptistas legalmente habilitados a exercer, i.e., com Cédula Profissional em sua posse. Contudo, e porque actualmente é obrigatório o registo e a cédula profissional para os Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, muitos Ortoptistas, embora academicamente habilitados, estão a exercer a sua actividade ilegalmente, não sendo detentores de cédula profissional e não estando por isso a ser devidamente contabilizados.

Proposta: Controlo do número de profissionais que integra anualmente os cursos supra-mencionados pelo Estado, para que tenhamos no país profissionais com formação em quantidade e qualidade ajustadas à necessidade da população. Tornar apelativa a progressão na carreira médica em oftalmologia.

3. Ausência de uma rede de referenciação organizada que permita prever custos e gerir fundos de melhor maneira, para que o auxílio chegue a todos, mesmo com recursos e meios escassos.

Proposta: Redefinição concreta de níveis de cuidados em oftalmologia pelos diferentes prestadores e estabelecimentos, para abranger a população do modo mais próximo possível. Desenvolver um sistema de informação em rede para registo clínico, acessível aos profissionais de saúde do SNS e a eventuais estabelecimentos privados, que façam parte da rede de cuidados de saúde oftalmológicos, com código de autorização fornecido pelo próprio cidadão ou responsável legal.

4. Existência de prestadores comerciais não regulamentados a prestar cuidados de saúde visual.

Os profissionais de saúde legalmente habilitados para prestar cuidados de saúde da visão são essencialmente os médicos oftalmologistas, médicos de MGF, *ortoptistas* (técnicos de diagnóstico e terapêutica), e enfermeiros. No entanto, detectou-se que existem *optometristas* que se encontram a prestar cuidados de saúde da visão de uma forma não regulamentada em estabelecimentos comerciais/Ópticas.

Proposta: intensificar a fiscalização dos profissionais que prestam cuidados de saúde em geral e na área da visão em particular, onde as dificuldades de acesso e a falta de informação da população podem ser consideradas janelas de oportunidade de negócio a

exercício não qualificado e à prescrição indevida de instrumentos ópticos. Este factor deve ser encarado como uma prioridade, para que todos possam ter acesso a um serviço de qualidade neste sector. Deverá ainda haver um controlo sistemático da validade das prescrições médicas e uma comparação entre comparticipações de óculos graduados e lentes *versus* óculos e lentes facturados em cada óptica, como elemento dissuasor de comportamentos ilegais, com fins exclusivamente lucrativos. Sugere-se ainda a comparticipação das prescrições ópticas por parte dos ortoptistas, devidamente habilitados e legalmente capacitados para o fazer.

Estas barreiras põem em causa a qualidade dos cuidados prestados à população e reflectem-se num aumento do tempo de espera para acesso aos serviços de saúde visual. A distribuição destes serviços pelo território ainda não satisfaz as necessidades da população Portuguesa. Como resultado das referidas barreiras, podemos esperar perda de oportunidade de rastreio, de referenciação e de diagnóstico e terapêutica atempados, com consequente perda de *saúde da visão em Portugal*, associada a um aumento com a sua despesa.

Conclusão

As estratégias e intervenções propostas deverão resultar num aumento efectivo da cobertura, na melhoria do acesso e equidade por parte da população, com ganhos reais em Saúde da Visão de forma sustentável. Realçamos a necessidade de reorganização da rede (prestadores, entidades, etc.) e do foco nos cuidados primários, acompanhada por uma regulamentação e fiscalização adequadas. No entanto, para promover e alcançar a mudança são necessárias estratégias de implementação, que também passam por um empenhamento na informação da população, motivação dos profissionais de saúde e numa gestão próxima por parte do Estado, com avaliações sistemáticas, correcções dinâmicas, e perseverança.

Bibliografia

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE - <http://acss.min-saude.pt> –
acedido em Junho de 2010.
ALERT- <http://portal.alert-online.com>, acedido em Junho de 2010.
ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE - <http://www.acs.min-saude.pt>, acedido em Junho
de 2010.
AVALIAÇÃO DO PLANO NACIONAL 2004-2010 –OMS-EUR; <http://www.acs.min-saude.pt/2010/03/17/oms-eur/>, acedido em Junho de 2010.

BOLETIM INFORMATIVO - Edição 0, Edição1, Edição 2 http://ec.europa.eu/health-eu/newsletter/15/newsletter_pt.htm, acedido em Junho de 2010.

DGS - Relatório Centros de Saúde e Hospitais - Recursos e Produção do SNS 2006

3º FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE – Para um Futuro com Saúde, <http://www.acs.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude/fns/>, acedido em Junho de 2010.

IGAS - Relatório de Actividades 2009

IGIF Estatística do Movimento Assistencial Hospitais, 2005, SNS

MINISTÉRIO DA SAÚDE -<http://www.dgs.pt>, acedido em Junho de 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS -<http://ordemdosenfermeiros.pt>, acedido em Junho de 2010.

ORDEM DOS MÉDICOS -<http://ordemdosmedicos.pt>, acedido em Junho de 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE , Relatório Mundial de Saúde 2008 – Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010– Volume 2 - Orientações Estratégicas; <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>; acedido Junho de 2010.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 “Pensar Saúde” <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>, acedido em Junho de 2010.

PORTAL DO CIDADÃO, <http://www.portaldocidadao.pt>, acedido em Junho de 2010

PORTAL DA SAÚDE, <http://www.portaldasaude.pt>, acedido em Junho de 2010

PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DA VISÃO 2005; <http://www.min-saude.pt/Portal/Templates/NewsItem>, acedido em Junho de 2010.

A Qualidade na Farmácia Hospitalar

- Estratégias de Implementação -

Andreia Esteves, António Chumbinho e Denise Santos

“A implementação e/ou certificação da Qualidade na Farmácia Hospitalar possibilita(m) uma maior eficiência ao nível da racionalização de stocks e dispensa do medicamento certo, na altura certa, ao paciente certo.”

Definição do conceito “Qualidade”:

Segundo definição adoptada pelo Ministério da Saúde (MS), 1998, “*Qualidade na saúde: é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integradamente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única de aceitabilidade*”.

Neste trabalho iremos abordar a Qualidade sob o ponto de vista da gestão. Entendemos que não fazia sentido propor ou ensaiar a adopção de um novo sistema de Qualidade (ISO 9001 ou outro), uma vez que já existem sistemas pré-concebidos, consolidados, e aceites, perfeitamente adaptáveis à realidade da Farmácia Hospitalar.

Os processos de implementação e/ou certificação da *Qualidade* são realidades cada vez mais comuns no meio empresarial português.

Não obstante a prática acima exposta, também é verdade que, de forma recorrente, nos deparamos com percepções erradas acerca dos processos de Qualidade de determinado serviço, isto é, perspectivas que colocam a implementação do Sistema da Qualidade como algo que vem complicar as coisas. Nesta parte do trabalho, tentaremos determinar, de forma particularizada, aquelas que são as **concepções erradas mais comuns**, no que concerne aos processos de Qualidade.

1. Encarar a certificação em Qualidade como um fim, em vez de como um meio para atingir um fim;
2. Dar como concluído o procedimento, quando se obtém a certificação;

3. Conceber a certificação como a única forma de obter Qualidade;
4. Implementar sistemas de Qualidade “contra as pessoas”;
5. A Qualidade serve para complicar procedimentos ou o processo em si e dar mais trabalho aos operadores;
6. É possível centrar acções nevrálgicas num só indivíduo;
7. Não é necessário avaliar procedimentos, por isso podemos implementar procedimentos que não sejam susceptíveis de avaliação;
8. É complicado haver Qualidade em Saúde.

Posto isto, na nossa perspectiva, a *Qualidade em Saúde* é de extrema importância, devendo ser implementada nos diversos sectores que compõem a área da saúde. A Qualidade é um meio para se atingir um fim, que pode ser caracterizado por acrescentar valor ao produto/serviço de cada entidade de saúde. Deve assentar em processos com procedimentos escritos simples, explícitos e monitorizáveis, cujo objectivo último seja evitar erros, melhorar o desempenho dos processos e rentabilizá-los, mediante acompanhamento e avaliação contínua. O compromisso dos recursos humanos com esse objectivo tem que ser uma preocupação de primeira linha para aquele(s) que lidere(m) a implementação ou desenvolvimento de procedimentos de Qualidade. Esta liderança deve ser atribuída a um órgão de gestão, que se deverá responsabilizar pelo envolvimento, participação e co-responsabilização de todos na implementação do sistema de qualidade e nos objectivos que se pretendem com a mesma. Acreditando na capacidade de melhorar, serão esperadas menos reacções adversas à mudança e logo, uma implementação mais facilitada do sistema. A certificação da qualidade é uma garantia de que determinada entidade está a trabalhar com determinados padrões de qualidade e pode ser vista como uma vantagem competitiva aos olhos dos seus clientes. Contudo, uma empresa pode trabalhar com qualidade sem ser certificada. Não tem é como apresentar uma “garantia” de qualidade aos seus clientes. Por outro lado, a perpetuação da certificação, renovável anualmente, é uma garantia da continuidade da qualidade dos produtos/serviços de determinada entidade, considerando-se uma mais valia para a mesma.

A Qualidade no PNS 2004-2010

No PNS 2004-2010, assumiu-se a existência de um défice de Qualidade na Saúde, em Portugal, citando-se que “É por todos visível que o nosso Sistema de Saúde peca por

uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores”.

Naquilo que respeita à Qualidade na prestação de serviços de saúde, em sentido lato, foram identificados quatro problemas nucleares, que o PNS tentou colmatar pela adopção de estratégias, que no nosso entender, deverão ser integradas no novo PNS 2011-2016, propondo-se a continuação da implementação das mesmas no território nacional, tendo em conta o resultado da análise do panorama nacional (EUR-OMS), globalmente positivo.

1 - Escassa cultura de qualidade;

Este considera-se o ponto de partida dos problemas associados à Qualidade. É necessário intervir para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde, mas mais que tudo, para formar as pessoas relativamente à importância da Qualidade em Saúde e da sua perpetuação.

Proposta: Implementação de programas de Qualidade em Saúde, com vista ao desenvolvimento de uma cultura de qualidade em todas as intervenções/ produtos/ serviços; Incentivar a formação dos quadros superiores das entidades de saúde em Qualidade, seguida de todos os profissionais que trabalham/colaboram na área da saúde.

2 - Défice organizacional dos serviços de Saúde;

Proposta: Intervir para melhorar a qualidade organizacional dos serviços de saúde, nomeadamente através da acreditação de hospitais, ao abrigo do protocolo com o King's Fund Health Quality Service; formação de auditores na área da Qualidade em Saúde; implementação do Sistema de Qualidade nos centros de saúde e nas IPSS; implementação do modelo de excelência organizacional da European Foundation for Quality Management (EFQM) para os serviços públicos, aprovado oficialmente pela Comissão Europeia – o Common Assessment Framework (CAF).

3 - Falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão;

Escassez, ou mesmo inexistência, de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional do Sistema de Saúde;

Proposta: Realização de avaliações sustentadas do grau de satisfação de utentes e profissionais, e de avaliações de indicadores clínicos, de processo e de resultados dos hospitais, nomeadamente numa perspectiva de benchmarking; abordagem explícita de avaliação do erro médico, acção a desenvolver em colaboração com a Ordem dos Médicos, que deverá incitar a divulgação dos erros ocorridos para se poder alterar os

procedimentos de modo a minimizar erros mais prováveis e logo, para salvaguardar da segurança dos cidadãos.

4 - Insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e de decisão terapêutica;

Proposta: desenvolvimento de Normas de Orientação Clínica para os profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, farmacêuticos, auxiliares, etc. Implementação do sistema de qualidade em todos os sectores da área da saúde, para que seja possível haver *Qualidade em Saúde*.

A Qualidade na Farmácia Hospitalar

Qualquer sistema de Qualidade tem como objectivo a identificação e satisfação das necessidades do cliente.

Para se definir quem é o cliente da Farmácia Hospitalar (FH) há que ser feita a distinção entre cliente interno e cliente externo. O cliente externo é aquele que adquire os produtos ou serviços da organização, ou seja, é o doente/utente. Já o conceito de cliente interno implica a dinâmica de serviço dentro da própria organização. Nesse sentido, as diferentes unidades dentro da mesma organização relacionam-se entre si, prestando serviços umas às outras. O compromisso de qualidade entre serviços internos é um requisito para que o serviço externo possa ser também de alta qualidade. Mesmo entre clientes internos tem que haver uma focalização no resultado, incluindo a monitorização com Key Performance Indicators (KPI's), que afirmam o desempenho perante o cliente interno. O cliente interno da FH é a equipa de enfermagem dos serviços hospitalares, que se encarrega da administração da medicação que provém da FH.

De notar que a maior parte do serviço proporcionado pela FH ao cliente externo é realizado apenas por intermédio do cliente interno (através da dispensa dos medicamentos prescritos pelos médicos em dose unitária, para as enfermarias, após validação das referidas prescrições), com excepção de quando é efectuada a dispensa de medicamentos em ambulatório directamente ao cliente externo, realizada exclusivamente para doentes referenciados para o ambulatório, para que lhes seja dispensada a medicação para o HIV, insuficiência renal, contracepção, etc.

A Qualidade na Farmácia Hospitalar abrange inúmeros processos que vão desde a recepção da mercadoria proveniente de fornecedores, ao armazenamento, manipulação

para transporte, preparação de citostáticos, de nutrição parentérica e de medicamentos manipulados, dispensa em dose unitária para as enfermarias e em ambulatório, até a práticas de compra e de limpeza na FH.

Contudo, consideramos que o ponto nevrálgico do circuito do medicamento na FH acontece no momento da recepção e interpretação da prescrição médica na farmácia hospitalar, a propósito do **processo de dispensa em dose unitária para as enfermarias**, pelo que será sobre esta temática que debruçaremos mais atentamente a nossa reflexão.

A prescrição enviada à farmácia deve ser absolutamente inequívoca e não susceptível de dúvidas. Actualmente, em alguns serviços, ainda existe a prática da prescrição manuscrita, que pode conter informação que esteja pouco perceptível. Por outro lado, a denominação do medicamento, dosagem, posologia e via de administração poderão não estar bem identificadas e é frequente o “campo do diagnóstico” não chegar preenchido à FH, impedindo o farmacêutico de exercer a sua função de supervisão das prescrições hospitalares.

Propostas: Desenvolver um modelo e tornar obrigatória a implementação da prescrição médica informatizada online, de acesso interhospitalar, que permita:

1. acesso pelos profissionais à base de dados integral do doente;
2. obter informação adicional acerca do mesmo;
3. análise rápida do perfil farmacoterapêutico do doente e de interacções medicamentosas
4. aceder ao historial de reacções alérgicas/adversas a medicamentos;
5. uma gestão mais eficiente dos stocks por parte da FH, com diminuição dos encargos pela organização com: abatimento automático do stock de medicamentos distribuídos, que pode ser confrontado automaticamente com o descrito na prescrição médica, evitando simultaneamente o erro;
6. rentabilizar os auxiliares de farmácia, que deixam de necessitar de ir às enfermarias buscar prescrições médicas com alguma regularidade;
7. que não seja necessária a transcrição da prescrição médica por parte do farmacêutico, evitando erros de dosagem, posologia e via de administração identificadas;

8. ao farmacêutico dedicar mais tempo à avaliação dos medicamentos prescritos e à sua farmacocinética, tendo em conta o diagnóstico, os indicadores de evolução do paciente e os de disponibilidade dos fármacos, respectivamente;
9. reduzir o tempo de aviamento e de dispensa da medicação;
10. Reduzir o número de erros de aviamento, por conferência facilitada da prescrição médica *versus* a medicação aviada por cama.

Como qualquer processo ao nível da Qualidade, o acesso à prescrição médica pela FH e consequente dispensa de medicamentos deve ser avaliável e monitorizável.

Assim, definimos os seguintes KPIs para o circuito de distribuição em dose unitária:

- A. N.º de erros na transcrição das prescrições/ N.º de prescrições recebidas;
- B. N.º de erros de aviamento/ N.º de prescrições recebidas;
- C. N.º de erros de prescrição identificados/ N.º total de erros de prescrição;
- D. N.º Entregas da medicação na enfermaria até x horas/ N.º total de entrega da medicação;

De notar que os erros correspondentes aos itens das letras A, B e C podem ser erros provenientes de falta ou excesso de unidades de medicação, de troca de dose ou de substância activa, erros de forma farmacêutica ou erros de formulação (no caso dos manipulados).

Estes KPIs permitem avaliar a evolução do serviço prestado pela farmácia hospitalar após a implementação da prescrição on-line, tanto na qualidade dos cuidados farmacêuticos prestados, como na própria logística do medicamento e no seu impacto nos custos globais do hospital. Propõe-se assim a sua avaliação sistemática, como parte integrante da Qualidade inerente ao processo de dispensa em dose unitária, na FH.

Embora não nos tenhamos focado noutros processos inerentes ao sistema de Qualidade na FH, previamente descritos, sem as quais a Qualidade da FH, como um todo, não poderá ser certificada, propomos que seja implementada gradualmente a qualidade em todos os processos, dando prioridade àqueles que tratam directamente com o cliente (externo e interno), nomeadamente as dispensas de medicamentos.

Conclusão

A prescrição informatizada, de acesso on-line tem um claro e directo impacto na Qualidade do circuito do medicamento e, logo, na Qualidade do serviço da FH, já que

permite diminuir desperdícios e custos, provocando uma maior eficiência ao nível da racionalização e dispensa do medicamento certo, na altura certa, ao paciente certo.

Bibliografia

BARROS, Pedro Pita. Encontro Anual da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 26 e 27 de Novembro, 1998; Auditório da FIL.

Dados Estatísticos OMS 2010.

De CHRISTO, Filipa Homem. Certificação: Necessidade sim, Moda não!; <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-09-10/Certificacao%20Saude.pdf>, acedido em 15 de Junho de 2010.

Dos SANTOS, Denise Capela. Slides Política e Economia da Saúde. Lisboa, ENG-UAL, 2010-

GOUVEIA, António de Melo. A Certificação dos Serviços Farmacêuticos de Acordo com a Norma ISO 9001. Lisboa, IPO.

INFARMED. Manual da Farmácia Hospitalar. Lisboa, Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar – Min. Saúde.

LOPES, Albino et CAPRICHO, Lina. Gestão da Qualidade. Lisboa, Editora RH, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - <http://www.min-saude.pt/portal>, acedido em 15 de Junho de 2010.

PNS 2004-2010, Ministério da Saúde

PNS 2011-2016 – Apresentado no 3º Forum Nacional de Saúde - CGL

Resolução do Conselho de Ministros nº 128/2002 de 25 de Setembro.

Políticas Públicas Saudáveis na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) - Estratégias de Implementação -

Isabel Bandurra, Sofia Dehanov Santos e Denise Santos

“O futuro não se prevê, prepara-se!” Braudel

O conceito de “Políticas Públicas Saudáveis”

As Políticas Públicas Saudáveis (PPS) são medidas e acções que visam o aumento da saúde, o bem-estar das populações e a redução das inequidades em saúde. Têm como objectivo criar ambientes favoráveis que permitam às pessoas viverem vidas saudáveis. O benefício destas políticas traduz-se no desenvolvimento de comunidades comprometidas com a saúde.

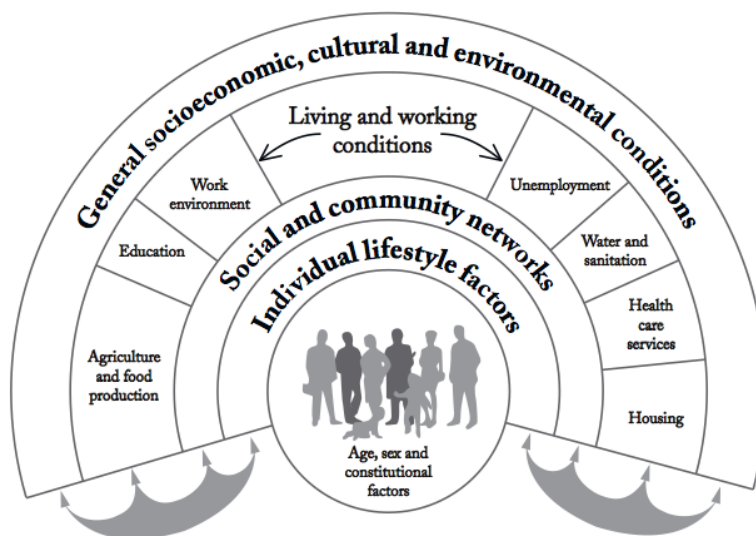


Fig. 1 Modelo conceptual dos determinantes sociais da saúde.
Adaptado de Dahlgren and Whitehead (1991)

Este modelo esclarece a relação de influência entre as políticas públicas e os determinantes sociais da saúde, permitindo **identificar** e **analisar** políticas saudáveis.

Os seus objectivos gerais e específicos são:

- Definir o potencial para PPS;
- **Identificar** e **descrever** PPS que contribuíram para o reforço de estratégias de obtenção de **ganhos em saúde**;

- **Analisar** as PPS atendendo à sua repercussão nas condições de saúde na população portuguesa;
- **Identificar as oportunidades perdidas** na implementação de PPS;
- **Identificar barreiras** ao desenvolvimento das PPS;
- **Identificar o papel das Instituições** na promoção e desenvolvimento de todos os sectores, na implementação das PPS.

A metodologia aplicada inclui:

- Estudo de um caso representativo de acções ou medidas implementadas;
- Análise de documentos Governamentais e Ministeriais relativos a medidas e acções implementadas;
- Recolha de informação mais pormenorizada;
- Análise do conteúdo dos dados.

Para construir políticas saudáveis é assim importante identificar problemas, analisar e escolher a melhor solução, operacionalizar a mesma, avaliar os resultados e manter/alterar as decisões tomadas consoante os resultados obtidos, em função das necessidades e expectativas da população relativamente aos determinantes sociais da saúde.

Com este trabalho, pretende-se identificar a relevância das *Políticas Públicas Saudáveis* e analisar sumariamente a *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (RNCCI), de forma a apresentar-se algumas estratégias de melhoria da eficácia desta Rede, bem como de políticas públicas que suportem as mesmas. É o que tentaremos realizar seguidamente.

Os Cuidados Continuados

A RNCCI, criada pelo Decreto-lei nº101/2006, de 6 de Junho, é definida como: o “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global, entendida como o **processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo**, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua **reabilitação, readaptação e reinserção** familiar e social”.

A finalidade da RNCCI é criar um **sistema integrado de serviços de saúde e de apoio social** que capacitem os seus utentes no sentido da **promoção da autonomia**, através da

Contributo da UAL para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016

implementação de um novo modelo de cuidados que pretende reabilitar e informar os utentes. Implica o trabalho integrado e pró-activo de **equipas de saúde e de apoio social**, com o envolvimento dos utentes e de familiares/cuidadores informais, respeitando as suas necessidades e preferências, tal como descrito no Relatório de Monitorização das Experiências Piloto da RNCCI, de 2007.

Eis alguns princípios da Rede:

- Prestação individualizada e humanizada dos cuidados;
- Avaliação integral das necessidades e potencialidades da pessoa dependente;
- Promoção, recuperação ou manutenção continua da funcionalidade e autonomia;
- Envolvimento, participação e co-responsabilização da família e cuidadores principais na prestação de cuidados;
- Eficiência e qualidade na prestação de cuidados;
- Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados.

A referenciação e admissão de doentes é feita pelo Hospital (Equipas de Gestão de Altas) ou Centro de Saúde para as Equipas de Coordenação Local que, após verificados os critérios de admissão, encaminham o utente para as diferentes Equipas Prestadoras dos Cuidados, nas diferentes tipologias (Convalescença, Média Duração e Reabilitação ou Longa Duração e Manutenção).

Os critérios de inclusão na Rede abrangem pessoas com **dependência** funcional transitória, pessoas idosas com critério de **fragilidade**, mas também pessoas com doenças **crónicas evolutivas** e dependência funcional grave, progressiva ou permanente ou ainda que sofrem de uma doença em **fase terminal**. Em contra-partida os critérios de exclusão da Rede incluem doentes com episódio de doença em **fase aguda**, doentes que aguardam resposta a uma necessidade **exclusivamente** de apoio social, doentes cujo o objectivo de internamento seja o **estudo de diagnóstico** e ainda doentes que necessitem **exclusivamente** de cuidados paliativos, quando não se trate de admissão em unidades de paliativos (Augusto, 2009).

Os pilares dos cuidados continuados incluem profissionais/prestadores cuja relação eficiente com as estruturas regionais se traduzem na satisfação e na cobertura dos cuidados da população.

Numa breve **análise interna da RNCCI** podemos identificar como pontos fortes o entusiasmo dos profissionais, a elevada qualidade das instalações, o apoio dado aos utentes e cuidadores informais, e ainda a criação de novos postos de trabalho. No outro lado da balança pendem os **pontos fracos**, definidos por Augusto (2009), e para os quais devemos focar a nossa atenção, de modo a minimizá-los e se possível, a erradicá-los:

1. a reduzida formação na área dos cuidados continuados;

Proposta: Investir na formação e informação dos agentes intervenientes, tornando obrigatória a revalidação da informação, pelo menos de 2 em 2 anos.

2. a insuficiência de equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) na comunidade e a reduzida percentagem de profissionais em horário completo;

Proposta: Incentivar a carreira junto da RNCCI, nomeadamente de profissionais exclusivamente dedicados à mesma, com contrapartidas de interesse para os mesmos.

3. a deficiente dotação de recursos;

Proposta: **Revisão** do actual modelo de financiamento associado a uma **agilização e monitorização** sistemática do processo, **divulgação** dos resultados e melhor planeamento da atribuição de recursos, de modo a proporcionar ferramentas à gestão para melhor rentabilizar os escassos recursos e as fontes de financiamento disponíveis.

4. a inadequada distribuição de camas por tipologia;

Proposta: Desenvolver um programa de integração da rede que melhor defina a atribuição de camas por tipologia e a adequação das **dotações** às necessidades da população.

5. o desequilíbrio da cobertura da rede;

Proposta: Incentivar a **comunicação** em rede entre os agentes intervenientes, com reuniões regulares entre os gestores das várias entidades que compõem a RNCCI para maior abrangência do território nacional e **equidade** na cobertura a nível regional. Corresponsabilização dos órgãos de gestão pelos resultados obtidos.

6. a inexistência de unidades de ambulatório.

Proposta: continuação da implementação de **ECCI** na comunidade que proporcionem serviços em ambulatório e aumento do número de Unidades de Dia.

No entanto, deve-se apostar na saúde como um conceito transversal a todos os sectores e políticas, beneficiando toda a população (Relatório Mundial da Saúde, 2008). Neste sentido, para além de uma análise interna, torna-se essencial realizar também uma **análise externa/do meio envolvente da RNCCI**, com implicações directas e/ou indirectas no desempenho da rede. Apresentam-se assim algumas **propostas** de medidas de promoção da saúde e bem-estar, destacando-se o estabelecimento de:

1. Parcerias com agentes da comunidade: autarquias, **Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)** (instituições constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, como por exemplo, as Misericórdias e Mutualidades Portuguesas e as Instituições de Solidariedade), família, cultura, centros comunitários e voluntariado;

2. Parcerias entre as **autarquias** e as várias **entidades da comunidade** para a utilização de infra-estruturas existentes, em prol da sensibilização da população para o tema *Envelhecimento*;

3. Sensibilização da **população** para os factores de risco de doenças cardiovasculares, desenvolvendo mais rastreios de doenças cardiovasculares e *workshops* sobre *Hábitos de Vida Saudáveis* e *Factores de Risco de doenças Cardiovasculares*, nas entidades empregadoras e para a restante população;

4. **Reinserção e promoção do indivíduo** como tal ele é e não como elemento marginal à sociedade, em parceria com as **IPSS**;

5. **Sensibilizar os cuidadores e informar a população**, desenvolvendo cursos para cuidadores informais, sem custos para o utilizador ou com custo simbólico, com o apoio, por exemplo, de escolas de enfermagem e medicina.

O Ministério da Educação poderia desenvolver medidas em conjunto com o SNS, que se traduzissem não só em *workshops* em saúde, mas também, por exemplo, na introdução da Disciplina de Saúde Pública para todos os alunos das escolas secundárias, ou ainda, desenvolver cursos sobre o processo de envelhecimento e hábitos de vida saudáveis nas escolas, para sensibilização das faixas etárias mais novas;

6. Reconhecimento do **voluntariado** como agente de promoção da saúde do mais idoso, em função de uma comunidade mais útil e sã.

Conclusão

O sucesso da implementação das Políticas Públicas Saudáveis depende da integração plena dos agentes activos (famílias, profissionais de saúde, instituições, comunidade...). A base da integração é a comunicação, informação e formação de todos os intervenientes, neste caso, na RCCI.

Despertar o interesse desta temática nas faixas etárias mais novas é apostar numa população mais saudável e activa no futuro.

Bibliografia

- AUGUSTO, Berta, *Manual do Formando do Curso Cuidados Continuados Integrados, Formasau, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – Pólo Maria Fernanda Resende, Outubro 2009*
- WHITEHEAD M, DAHLGREN G, GILSON L.; *Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective; New York, Oxford University Press; p. 309-322, 2001*
- FERRINHO, Paulo e REGO, Inês, *Políticas Públicas Saudáveis - 3º Fórum Nacional de Saúde, IHMT, 2010*
- OMS - *Relatório Mundial da Saúde, 2008*
- UMCCI; *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados, Março de 2007*
- UMCCI; *Relatório de Monitorização das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, Julho 2007*

Avanços em Investigação sobre os Eixos Estratégicos do PNS 2011-2016

Denise Capela dos Santos

*“Ou conhecemos uma coisa, e então não há necessidade de a procurar;
ou não a conhecemos, e devemos procurá-la continuamente.” Platão, 427-347 a.C.*

*“As doenças não são consideradas isoladamente, é no homem vítima da enfermidade,
com toda a natureza que o rodeia, com todas as leis universais que a regem e com a
qualidade individual dele, que [o médico] se fixa com segura visão.”*

Hipócrates, 460 a.C.- 337 a.C.

Introdução

Nesta parte do trabalho elaborou-se um breve resumo sobre os **resultados de investigação apresentados na 8ª Conferência Europeia de Economia da Saúde**, mais relevantes, cuja temática se poderia inserir em cada um dos eixos estratégicos definidos para o novo PNS 2011-2016. Esta abordagem é generalista, não tendo propriamente a ver com as temáticas previamente consideradas para cada um dos eixos; contudo, considera-se que o conhecimento dos resultados actuais de investigações internacionais poderá contribuir de forma muito positiva para a adopção de estratégias efectivas em saúde, em Portugal.

Os quatro eixos estratégicos:

1. Cidadania

Como vimos anteriormente, a “*cidadania*” tem directamente a ver com o direito do cidadão à saúde, e com o dever do indivíduo de respeitar e de zelar pela sua saúde e pela dos que o rodeiam.

Posto isto, o primeiro estudo que se pretende realçar é o de **Reinap (2010)**, que estimou os custos económicos de cinco factores de risco comportamentais na Estónia (consumo de álcool, de tabaco, inactividade física, obesidade e consumo de frutas e de vegetais inadequado), no ano 2006. Para tal, utilizou uma metodologia baseada na prevalência do

custo global (directos e indirectos) de doenças associadas a estes comportamentos de risco, combinada com a análise de factores de risco por idade e sexo. Os resultados obtidos indicam que o consumo de álcool é esmagadoramente o factor de risco mais caro na Estónia (€ 128 milhões), representando os seus custos 1% do produto interno bruto (PIB). A segue-se o custo com o tabaco (€ 66 milhões), com o excesso de peso (€ 55 milhões), com a inatividade física (€ 50 milhões) e com a inadequada ingestão de vegetais e frutas (€ 22 milhões). O consumo de álcool tem ainda o maior impacto negativo sobre a produtividade. É o principal factor de risco para a mortalidade e morbilidade induzida por perdas de produtividade, no valor de 80.000.000 € e 26.000.000 €, respectivamente.

Em conclusão, estilos de vida pouco saudáveis (nomeadamente o consumo de álcool), têm um impacto económico significativo na sociedade da Estónia, indicando que existe um elevado potencial de poupança alcançável pelo incentivo à adopção de estilos de vida saudáveis por parte do Estado, prática que deverá ser seguida em Portugal.

A promoção do direito à saúde por todos, com disponibilidade, apoio, educação e informação dos mais desfavorecidos, é um dos papeis a salientar desempenhado por parte dos serviços sociais.

No estudo de **Netten, A. (2010)** desenvolveu-se um instrumentos de medição dos resultados alcançados pelos serviços sociais na área da saúde, no Reino Unido. É importante analisarmos os resultados destes serviços, se quisermos reflectir sobre o valor da assistência social e dos serviços integrados. Os serviços de assistência social, que incluem casas de assistência e apoio em casas particulares, estão preocupados principalmente em compensar os efeitos dos estados de saúde sobre os indivíduos, em vez de mudanças nos estados de saúde.

Para se efectuar esta análise, desenvolveu-se o Adult Social Care Outcome Toolkit (ASCOT), com base em relatórios de medida dos resultados da assistência social com preferências ponderadas. As medidas incluídas no ASCOT estão destinadas a capturar todos os domínios relevantes para intervenções de cuidados sociais, têm credibilidade por parte da comunidade de assistência social, e demonstram boas propriedades psicométricas, pelo que se consideraram válidas para integração no estudo. As versões anteriores das medidas tinham sido testadas numa variedade de circunstâncias, incluindo creches e lares. A versão final está a ser testada numa amostra de 300 idosos usuários de serviços de cuidados em casa. Como os "estados de saúde raramente

reflectem o pleno impacto das intervenções dos cuidados sociais, as medidas que compõem o ASCOT estabelecem uma distinção entre "esperado", na ausência de uma intervenção, e "experimentado", para intervenções actuais.

O teste ASCOT revelou-se promissor pois parece conseguir captar o valor da acção dos serviços sociais na saúde, constatando-se que reflecte plenamente os resultados destes serviços. Parece-nos portanto viável a sua utilização para o mesmo fim em Portugal.

2. Acesso

O acesso aos cuidados de saúde não é universal nem igual para todos. Lamentavelmente, existem muitas discrepâncias neste acesso mesmo entre cidadãos Portugueses. As razões para as mesmas podem ser várias, nomeadamente diferenças de poder económico, regionalização, nacionalidade do cidadão, etc.

Hajizadeh *et al.* (2010) apresentou em estudo cujo objectivo era a medição dos desvios de equidade horizontal na utilização de cuidados de saúde (cuidados de saúde igual para igual necessidade) ao longo do tempo (período de 1983 a 2005), na Austrália. Este estudo baseia-se em cinco Inquéritos Nacionais de Saúde (NHS) e são usadas seis medidas de utilização dos serviços: número de admissões hospitalares, de consultas de clínica geral, de consultas especializadas, de visitas ao dentista, de qualquer ida a uma consulta médica, e de atendimento e visitas a cuidados em ambulatório.

Recorreu-se à padronização indirecta para gerar os índices de desigualdade horizontal, de duas formas: (i) apenas com indicadores de necessidade de cuidados de saúde (por exemplo, por estados ou condições de saúde auto-relatados, idade e sexo) e (ii) com indicadores de necessidade de cuidados de saúde adicionados a outras variáveis socioeconómicas (como por exemplo, remuneração, educação, região de residência, situação profissional, literacia, e seguro de saúde). Os resultados do estudo sugerem que a distribuição de serviços hospitalares e de serviços de cuidados primários na Austrália foram geralmente direccionados para os mais pobres, enquanto a distribuição de consultas especializadas, visitas ao dentista e eventuais cuidados em ambulatório foram mais usados pela classe mais favorecida. Por outro lado, os índices calculados para todos os serviços de saúde demonstram que, a introdução do seguro de saúde com financiamento público (Medicare, em 1984), teve um efeito direccionado para a classe mais desfavorecida sobre a utilização dos serviços de saúde, com excepção das admissões hospitalares; enquanto a implementação de Private Health Insurance Incentive Scheme (PHIIS) (políticas de 1997-2000), teve um impacto positivo na

distribuição da utilização dos cuidados de saúde nos últimos anos, mas apenas para os mais abastados.

De modo semelhante, e cada vez mais expressivo em Portugal os mais desfavorecidos usam mais frequentemente os hospitais e os cuidados de saúde primários, segundo o regime do SNS; enquanto muitas vezes a classe média/alta opta por aceder aos serviços de saúde através de seguros de saúde privados, sendo esta uma prova legítima da inequidade horizontal em saúde no nosso país. Contudo, seria interessante medi-la.

Por outro lado, há indícios crescentes de que a população migrante enfrenta desigualdades na saúde e no acesso aos cuidados de saúde, havendo mesmo governos da UE preocupados em promover políticas orientadas para esta população e para uma maior integração de políticas nacionais de migração na área da saúde.

O estudo de **Gianonni et al. (2010)**, tem como objectivo relatar evidências de desigualdades em saúde e no acesso aos cuidados de saúde pela população migrante em países da UE, assim como investigar o impacto de factores sócio-económicos e de políticas que afectam o acesso aos cuidados de saúde.

Usando os dados do Eurostat EU-SILC de 2007, testou-se a contribuição da condição de migrante para as desigualdades horizontais no acesso aos serviços de saúde relacionadas com o nível de rendimento, para os principais países da UE, particularmente em consultas de medicina geral e familiar e de medicina dentária. As desigualdades são discutidas à luz das diferentes atitudes e políticas dos diferentes países, no domínio da migração. Em seguida, testou-se o impacto das políticas de integração nacionais específicas sobre o acesso aos cuidados de saúde, de migrantes e de nativos. Os resultados sugerem que os migrantes experienciam desigualdades de rendimento, com impactos significativos em ambos os tipos de consulta, em vários países da UE, sendo o acesso à odontologia aquele que apresenta maior grau de desigualdade, sugerindo que os serviços mal cobertos pelo Serviço Nacional de Saúde são mais susceptíveis de afectar o acesso aos cuidados de saúde dos imigrantes. Além disso, o acesso aos cuidados de saúde parece ser influenciado pelas atitudes específicas de cada país (políticas) para a migração (por exemplo, os direitos políticos, o acesso à nacionalidade, o acesso ao mercado de trabalho, etc). Políticas de integração multi-sectorial bem sucedidas são associadas a menor desigualdade no acesso à saúde relacionada com o nível de rendimentos.

De momento estão ainda a decorrer outras pesquisas com dados longitudinais para avaliar o impacto de diferentes tipos de políticas ao longo do tempo e para tentar separar o efeito de políticas no processo de "aprendizagem" para integração social no recém-chegado.

Sendo Portugal um país com elevado número de migrantes, será bastante relevante que o Ministério da Saúde colabore de modo mais próximo com o Ministério dos Negócios Estrangeiros e que esteja atento ao resultado do estudo citado, para que possa evoluir no sentido da minimização de desigualdades no acesso à saúde por parte dos imigrantes em Portugal, mas também de modo a pressionar os outros países (da UE, em primeira fase) a uma interacção mais fácil dos Portugueses emigrando nas respectivas comunidades e no acesso aos cuidados de saúde.

Outro trabalho a realçar, com uma temática menos comum e igualmente interessante, é o de **Cláudia Furtado e de João Pereira (2010)**, sobre as fontes da inequidade que se constata em Portugal, relativamente ao acesso a medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) prescritos.

Este estudo inclui dois tipos de abordagens: uma geral, onde se consideram todos os indivíduos que tomaram pelo menos um medicamento de prescrição, e uma abordagem específica da doença, por grupos terapêuticos específicos (anti-hipertensores, anti-diabéticos, anti-asmáticos, antibióticos e para tratamento da osteoporose).

As desigualdades de rendimentos foram medidas através do índice de concentração e decompostas nos seus possíveis determinantes, utilizando o método proposto por Wagstaff, Doorslaer Van e Watanabe, combinando o índice de concentração das variáveis determinantes com os seus efeitos ponderados sobre o uso dos medicamentos.

Os resultados mostram que o índice de desigualdade horizontal foi ligeiramente positivo, favorecendo os grupos de maior rendimento, na abordagem geral, enquanto que na abordagem específica por doença, se observaram diferentes padrões. A desigualdade na probabilidade de consumo de anti-diabéticos ou anti-asmáticos favoreceu ligeiramente aqueles com menores rendimentos, enquanto os mais ricos apresentaram maior probabilidade de consumo de antibióticos, anti-hipertensores e de medicamentos para a osteoporose.

Posto isto, as desigualdades geradas pela diferença de rendimento influenciam o consumo global de MSRM, nomeadamente de antibióticos, anti-hipertensores e de

medicamentos para a osteoporose; embora não tenham revelado qualquer impacto no consumo de anti-diabéticos ou de anti-asmáticos.

Por outro lado, o método de decomposição da amostra revelou que o nível de educação está desigualmente distribuído na população e que o mesmo influencia de modo significativo a probabilidade do uso de medicamentos de prescrição, contribuindo para gerar desigualdades nesta matéria.

Assim, para garantir a equidade no acesso aos medicamentos em Portugal, há que investir na redução das desigualdades a nível de vários factores que não só o da remuneração, nomeadamente na educação para a saúde e no carácter tendencialmente gratuito que a saúde deverá ter.

3. Qualidade

A qualidade é um conceito que temos de ter bem presente nos nossos dias e a área da saúde não é excepção. A teoria neo-clássica pressupõe uma relação de "U" entre a quantidade de serviços hospitalares (volume de serviços), a qualidade dos serviços e o custo unitário médio dos mesmos, mas essa relação não tem sido fácil de provar em estudos empíricos.

Durante as últimas décadas, os investigadores têm encontrado evidências consideráveis de que o volume de serviços hospitalares está positivamente relacionado com a evolução do paciente, mediante determinados diagnósticos e procedimentos cirúrgicos. Consideram-se três os principais factores responsáveis pelo aumento do volume de serviços hospitalares, relacionados com procedimentos cirúrgicos: a capacidade do cirurgião, a experiência da equipa de apoio (anestesistas, intensivistas e enfermeiros) e os recursos gerais do hospital.

O estudo de **Medin et al., (2010)**, ainda a decorrer na Suécia, apresenta como objectivo determinar se a fusão entre dois departamentos de cirurgia torácica em Estocolmo, em 2004, da qual resultou um grande hospital universitário, de grande volume de serviços de cirurgia torácica, levou a uma redução dos custos unitários ou a resultados de qualidade superior, tendo em conta factores específicos relacionados com o paciente ou com a relação volume-cirurgião.

Embora os resultados e conclusões deste estudo estejam ainda por revelar, seria interessante acompanhá-los, tendo em conta que ultimamente o Estado Português tem agido no sentido de fechar serviços em hospitais mais pequenos e de centrar o volume

de serviços em hospitais mais centrais, com mais recursos disponíveis,..., mas será que a qualidade dos serviços está a ser posta em causa?

Por outro lado, fruto da “empresarialização” da saúde, os hospitais estão cada vez mais centrados na satisfação das necessidades dos doentes e na qualidade dos serviços prestados. Tornou-se assim fundamental avaliar regularmente o desempenho dos serviços e da produção hospitalar, assim como a qualidade percebida pelos doentes. No seguimento deste tema, **Or e Häkkinen (2010)**, desenvolveram um estudo, realizado entre França e Finlândia, no qual determinam se a classificação, usada em vários países da Europa e nomeadamente em Portugal, em Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDHs), deve ser usada para a avaliação do desempenho do hospital e logo, como ferramenta para melhorar a qualidade do atendimento nos hospitais, tendo em conta que se considera que a classificação em GDHs permite aumentar a transparência dos procedimentos de atendimento e que esta tem sido eleita como base de determinação do financiamento dos hospitais.

Contudo, estes investigadores alertam para o risco inerente para a qualidade do atendimento, sempre que as actividades de financiamento aos hospitais são baseados em GDHs. De facto, esta medida fornece incentivos directos para a redução de custos de internamento hospitalar sem ter em conta os resultados para os doentes, incentivos para a redução de serviços desnecessários tendo em vista a eficiência organizacional, mas também para a poupança na qualidade como forma de minimizar custos, podendo mesmo os hospitais manipular a gravidade dos casos atendidos (respectivo GDH) para receber maior reembolso. Por exemplo, os pacientes podem ter alta mais cedo do que o clinicamente apropriado, pode ser omitida a indicação médica para a realização de exames complementares de diagnóstico e outras terapias, colocando a saúde dos pacientes em risco. Estes procedimentos têm um elevado impacto na qualidade dos serviços prestados.

No entanto, os resultados do estudo indicam que os pagamento com base nos GDHs representam riscos, mas também que oferecem oportunidades para melhorar a qualidade do atendimento. Como os preços são quantificáveis, é possível dar incentivos explícitos para os procedimentos considerados "de melhor qualidade". Isso requer, por sua vez, um levantamento contínuo de dados e de indicadores que servem de base para a monitorização da qualidade.

É isto que se sugere que se realize em Portugal, assim como se sugere o estudo de um projecto de pagamento tendo em conta os GDHs, que não leve a uma degradação da qualidade do atendimento e que, pelo contrário, enalteça a Qualidade como factor preponderante nos serviços hospitalares.

Como vimos, problemas no desempenho dos serviços interferem com a qualidade dos mesmos. Analogamente, problemas de desempenho individual de clínicos mal geridos impõem prejuízos aos serviços de saúde, pacientes e funcionários. Na tentativa de colmatar esta falha, no Reino Unido, o The National Clinical Assessment Service (NCAS), que pertence e é financiado pelo National Health Service (NHS), oferece serviços de aconselhamento, apoio, serviços de avaliação e de educação, para melhorar a gestão dos problemas dos profissionais de saúde (médicos, dentistas e farmacêuticos). Cerca de 800 casos são referidos ao NCAS, anualmente. Tendo em conta a dimensão o problema, **Sussex et al. (2010)** investigaram o valor dos serviços NCAS e o seu peso no orçamento do NHS. Para tal, foram organizados grupos de discussão. Os resultados indicam que os benefícios potenciais identificados dos serviços NCAS são: economia de custos de cobertura, de gestão de tempo e de assessoria jurídica, melhoria do moral do pessoal e da produtividade, efeito de bem-estar no médico em causa, aumento da confiança do público na melhoria dos serviços do SNS e nos resultados de saúde obtidos pelos pacientes.

Contudo, os profissionais também demonstram algum receio no acesso ao NCAS, particularmente se a participação de um problema menos grave poderá levar ao comprometimento com um processo oneroso, podendo mesmo optar por procurar ajuda externa (em vez de aceder ao NCAS), caso a gravidade do problema de desempenho seja muito elevada. Contudo, o estudo está ainda em fase de conclusão aguardando-se, ainda em 2010, a identificação do valor do serviço e dos atributos dos serviços prestados no NCAS.

À primeira vista, o interesse deste estudo para Portugal pode parecer muito pequeno, tendo em conta que não há entidade nenhuma no SNS que proporcione este tipo de serviço. Contudo, a preocupação com o desempenho clínico, com o erro médico, e nomeadamente com a sua participação, surge em todo o mundo. Assim, o valor dos serviços que ajudam a gerir os interesses do desempenho clínico é de importância internacional e caso o Reino Unido apresente provas de bom desempenho e de relação directa desta entidade com ganhos efectivos de saúde da população e de qualidade dos

serviços prestados, então, porque teremos disponível nas nossas mãos outra medida para proporcionar ganhos em saúde em Portugal.

4. Políticas Públicas Saudáveis

O envelhecimento da população nos países industrializados exerce uma pressão crescente sobre os limitados recursos públicos e sobre os cuidados de saúde. Além do consequente aumento do rácio de dependência dos idosos, a reforma antecipada é considerada a principal causa das actuais lacunas financeiras nos sistemas de pensões na Europa. Posto isto, os governos dos países europeus são forçados a considerar políticas que incentivem a população idosa a trabalhar mais tempo e muitas vezes para além da idade da reforma. Isto é particularmente difícil conseguir entre aqueles com problemas de saúde, mais propensos a aposentar-se mais cedo.

Sendo este um tema de particular discussão em Portugal, interessa dar relevância ao estudo de **Mota, et al. (2010)**, onde é estimado o efeito que o envelhecimento da população e o aumento da idade da reforma terão na procura de serviços de saúde relacionados com geriatria, nomeadamente de terapias de substituição de articulações (TSA), que reflectem a degenerescência músculo-esquelética e que estão fortemente associadas com a dor, disfunção e mobilidade reduzida.

Correlacionaram-se dados demográficos Italianos com um modelo econométrico de micro-reforma antecipada, utilizado para prever a dimensão da resposta aos incentivos financeiros para adiamento da reforma antecipada (por exemplo, redução de impostos sobre os ganhos) em indivíduos saudáveis e naqueles com necessidade de TSA ou que já tenham sido submetidos a esta intervenção. Os resultados preliminares de simulação do modelo sugerem que a elasticidade do preço do trabalho produzido seja determinada pela taxa de recorrência/necessidade de TSA entre os pacientes elegíveis, que por sua vez depende de outras variáveis como a mudança política. Os resultados indicam que um aumento de 10% de aceitabilidade da tecnologia do TSA ou de capacidade de execução da intervenção (por exemplo, através de reduções nas lista de espera) resultariam num aumento de 15% na produtividade laboral (em estado estacionário) e num aumento de 1% do salário líquido, devido a mudanças de política, se considerarmos que actualmente em Itália, serão descontados menos impostos sobre os ganhos caso não haja reforma antecipada.

Em Portugal, seria também interessante realizar um estudo sobre o impacto da evolução da política de reforma na procura de cuidados de saúde e nos ganhos/prejuízos que a mesma terá para o Estado e para a população Portuguesa.

No entanto, as preocupações do Estado não se limitam às camadas mais idosas. De facto, os jovens de hoje, serão responsáveis pela produção e rendimento do país de amanhã, e a sua saúde é vital para o país. Estudos recentes apontam para uma associação positiva entre as condições ambientais no início da vida e a ocorrência de doenças em idades mais avançadas, principalmente problemas cardiovasculares e cancro, que são as principais causas de morte nos países desenvolvidos.

Os estilos de vida de crianças e adolescentes têm vindo a alterar-se de geração em geração, muitas vezes com consequências desastrosas para a sua própria saúde. O excesso de peso na infância tornou-se um importante problema de saúde pública. É necessário intervir e muitos países têm optado por investir em programas, considerados com grande potencial, baseados em “escolas promotoras de saúde” (EPS), que incluem a promoção de uma alimentação saudável e de uma vida activa em todas as crianças e adolescentes que frequentam as escolas. Na sequência desta temática, o estudo de **Ohinmaa et al. (2010)** tem como objectivo a avaliação dos custos de implementação e manutenção de um programa de EPS em Annapolis Valley Regional School Board (AVRSB) em 2008/09, no Canadá. Para isso, foram analisadas informações sobre o financiamento público directo do programa a 45 escolas, com vista à implementação e manutenção de programas de nutrição e de actividade física. Contou-se também com financiamentos privados que se obtiveram através de concessões, de angariação de fundos e de donativos. Os custos destes programas são calculados utilizando pagamentos distintos para diferentes actividades. Os resultados indicam que o financiamento público directo total para executar programas de EPS foi de 255500 dólares canadianos, em 2008/09, o que representa uma média de 5678 dólares por escola. Os fundos foram recebidos por três rubricas orçamentais: o Programa EPS (140500 dólares), o Programa de Pequeno-almoço (86250 dólares) e o de Alimentação Escolar (28.750 dólares). Este último é dirigido principalmente para garantir o acesso a frutas e legumes aos alunos. Para além destes fundos directos, as escolas participantes têm usado os seus recursos humanos, equipamentos e instalações durante e após o horário escolar, para programas de actividade física e nutricional. As doações monetárias para as escolas vieram dos agricultores locais, empresas e organismos. O

voluntariado da comunidade contribuiu substancialmente para o pequeno almoço e merenda. Constatou-se que o programa AVRSB foi eficaz na promoção da alimentação saudável e da vida activa, e na prevenção do sobrepeso entre os alunos. Apenas com um financiamento relativamente pequeno do Estado, juntamente com a captação de recursos, doações e voluntários da comunidade, as escolas são capazes de operar os seus programas de alimentação saudável e actividade física. Este programa tem um grande potencial de aplicação em grande escala para conter a epidemia de sobrepeso na infância.

Em Portugal também se tem realizado um esforço para promover EPS. Seria no entanto interessante acompanhar o modelo de financiamento escolar que está a ser testado no Canadá.

Uma outra alternativa para incentivar a saúde, recorrendo às escolas, relaciona-se com o facto de se considerar que a qualidade da educação em saúde tem um impacto positivo na saúde do indivíduo, para além do efeito de qualificação educacional. Foi esta relação que **Jones et al. (2010)** estudaram no Reino Unido. Uma linha de pesquisa recente sugere que as diferenças na educação podem ser uma das principais causas da desigualdade de oportunidades na área da saúde. No citado estudo avaliou-se o impacto na saúde, a longo prazo, de uma grande reforma educacional que teve como objectivo reduzir a desigualdade de oportunidades que afecta as crianças de diferentes origens, no Reino Unido. Os resultados corroboram a ideia prévia de que existe uma relação estatisticamente significativa entre a qualidade da educação e a saúde do indivíduo (incidência de doenças crónicas e do nível médio de saúde mental, na idade adulta), assim como foi corroborada a crença de que as diferenças na educação podem ser uma importante fonte de desigualdade de oportunidades na área da saúde. Cabe ao Estado colmatar estas deficiências com escolas de qualidade de ensino certificada a nível nacional, renovável anualmente.

Focando ainda a atenção na importância de uma alimentação saudável, agora ao nível de toda a população, **Kotakorpi et al. (2010)** desenvolveu um estudo interessante sobre os efeitos da tributação de diferentes tipos de alimentos, tendo em conta os seus efeitos sobre a saúde. A visão tradicional da economia tem sido a de que a tributação pode apenas desempenhar um papel correctivo caso o consumo seja prejudicial ao indivíduo. No entanto, a literatura recente sobre economia comportamental mostrou que os

consumidores, por vezes, tomam decisões menos assertivas do ponto de vista do seu bem-estar próprio, como é o caso do consumo excessivo de alimentos pouco saudáveis (que leva ao aumento da taxa de obesidade na população). Foram realizadas pesquisas de Orçamento Familiar (1995, 1998, 2001 e 2006) na Finlândia, para estimar as elasticidades da procura das diferentes categorias de alimentos. Estas estimativas foram usadas para avaliar os efeitos das diferentes reformas fiscais sobre o consumo de diversas categorias de alimentos (por exemplo, taxas mais baixas de IVA no sector das frutas e legumes frescos, impostos acrescidos sobre produtos ricos em açúcar ou gorduras saturadas). Por fim, usaram-se dados detalhados sobre o conteúdo nutricional dos alimentos em açúcar e gorduras saturadas para calcular as alterações correspondentes e analisou-se o impacto dessas alterações na saúde (obesidade, doença cardíaca, QALYs (anos de vida ajustados pela qualidade) e taxa de mortalidade) entre os diversos grupos populacionais.

Os resultados indicaram que os impostos alimentares têm geralmente maior impacto no grupo populacional com menores rendimentos, já que este grupo usa uma maior proporção do seu salário para o consumo de alimentos. Se os indivíduos de baixos rendimentos tiverem uma procura mais elástica, os efeitos benéficos da elevada tributação de alimentos não saudáveis para a sua saúde serão bastante mais elevados. Os argumentos contra os impostos pesados do sector alimentar podem então ser derrubados, caso os efeitos benéficos para a saúde da população superem o custo monetário da tributação para as pessoas de baixo rendimento. No entanto, constatou-se que as políticas destinadas a ajudar os consumidores míopes causam distorções desnecessárias nos indivíduos que têm uma alimentação racional, embora também se tenha argumentado que essas políticas se justificam, caso o benefício para aqueles que cometem erros exceda os custos para os outros que têm dietas saudáveis.

Seria interessante estudar o comportamento da população portuguesa mediante a taxação dos alimentos prejudiciais à saúde.

Um outro factor extremamente prejudicial à saúde da população é o consumo de tabaco. Portugal tem investido na implementação de políticas públicas na tentativa de minimizar o tabagismo em Portugal e para alertar a população para a perigosidade do cigarro para a saúde dos cidadãos. O trabalho de **Marti et al. (2010)** avalia se a redução da prevalência do tabagismo na Suíça, de 1997 a 2007, de 33,2% para 27,9%, pode ser atribuída a intervenções comportamentais estatais e estima o retorno do investimento

(ROI) destas intervenções. Como resultado, estimou-se haver uma relação significativa entre o gasto *per capita* em matéria de prevenção, em cada Cantão Suíço, e a magnitude do declínio na prevalência do tabagismo. Constatou-se assim que o nível de recursos destinados à prevenção, explica *per si* quase metade do declínio das taxas de tabagismo. A taxa de ROI da prevenção do tabaco é portanto muito elevada, tendo em conta que na Suíça o tabagismo é responsável pela maior perda de anos ajustados por incapacidade (11,2 de todos os DALYs). O resultado deste estudo foi suportado pelo do estudo realizado pelo australiano Abelson *et al.*, em 2003, e apresenta implicações para Portugal, uma vez que apoia o investimento continuado e sustentado em políticas públicas direccionadas para a prevenção do tabagismo.

Estudos semelhantes deverão ser efectuados para o alcoolismo e o consumo ilegal de estupefacientes.

Conclusão

Os principais problemas de saúde pública são transversais a nível mundial. Tendo em conta que atravessamos actualmente um período de grave crise económica, é hoje, mais que nunca, importante saber gerir e rentabilizar os escassos recursos de que dispomos, nomeadamente na saúde, área que apresenta um pesado impacto na globalidade da despesa pública e no orçamento de Estado. Todas as ajudas tornam-se relevantes e o conhecimento de políticas que apresentem relações custo-benefício positivas por parte de outros países, e que sejam adaptáveis a Portugal, é uma mais valia para o país. Foi esse contributo, embora em pequena escala, que se tentou apresentar nestas páginas, em função de um PNS 2011-2016 que contribua de modo mais eficaz para a saúde dos Portugueses. É no entanto preciso continuar a acompanhar o que está a ser feito e os resultados que estão a ser divulgados internacionalmente, para que possamos reverter as experiências dos outros em aprendizagens nossas, com valor acrescentado para o país, assim como é necessário incentivar a investigação em saúde em Portugal, para que as nossas políticas e acções possam ser centradas em necessidades efectivas da população.

Bibliografia

FURTADO, C. and PEREIRA, J. (2010); *Inequalities in prescription medicines use: Understanding its sources*; National School of Public Health, UNL;
GIANNONI, M.; MASIERO, G.; and ISMAIL, Z. (2010); *Migrants inequalities in access to health care in the EU: The role of national policies toward integration*; University of Perugia - Dept. Economics, Finance and Statistics; University of

- Lugano - Dept. Economics, Finance and Statistics; University of Bergamo, Dept. Economics and Technology Management;
- HAJIZADEH, M, CONNELLY, L and BUTLER, J. (2010); *Health Policy and Horizontal Inequity of Health Care Utilization in Australia: 1983-2005*; School of Economics and Australian Centre for Economic Research on Health - University of Queensland in collaboration with Australian Centre for Economic Research on Health - Australian National University;
- JONES, A.; RICE, N. and DIAS, PR. (2010); *Quality of Schooling and Inequality of Opportunity in Health*; University of York - Department of Economics and Related Studies and Centre for Health Economics, U.K.;
- MEDIN, E.; TORBJÖRN, I.; and REHNBERG, C. (2010); *Concentration of services for thoracic surgery: A register based study of changes in quality and efficiency*; LIME/Karolinska Institute. MMC and Karolinska University Hospital - Department of Thoracic Surgery;
- KOTAKORPI, K.; REINIVUO, H.; SUONIEMI, I.; HÄRKÄNEN, T., PIETINEN, P.; PIRTTILÄ, J. (2010); *Empirical analysis of the health and distributional effects of differentiated food taxation*; University of Tampere - Department of Economics and Accounting, National Institute for Health and Welfare, Labour Institute for Economic Research National Institute for Health and Welfare;
- MARTI, J.; JEANRENAUD, C. and FUEGLISTER, S. (2010); *Do tobacco prevention pays off?*; University of Neuchâtel. Economics – Switzerland;
- MOTA, R., TORBICA, A. and BORGONOV, E. (2010); *Modelling the Effect of Aging and Incentives for Delayed Voluntary Retirement Age on the demand for health care: The case of Joint Replacement Therapy*; Università Bocconi/European Health Technology Institute -Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale;
- NETTEN, A. (2010) *Measuring the Outcomes of Social Care*; University of Kent at Canterbury - Personal Social Services Research Unit;
- OHINMAA, A.; LANGILLE, JL.; JAMIESON, S.; WHITBY, C. and VEUGELERS, P. (2010); *Cost of Implementing and Maintaining Comprehensive School Health Program*; University of Alberta. School of Public Health, Dalhousie University - School of Health Administration, Annapolis Valley School Board ,
- OR, Z. and HÄKKINEN, U. (2010); *DRGs and quality: to the better or worse?*; Institute for Research and Information in Health Economics (IRDES) and Centre for Health Economics - Stakes (CHESS);
- REINAP, M. (2010); *The economic costs of main behavioural health risks in Estonia in 2006*; Tallinn University of Technology - Tallinn School of Economics and Business Administration;
- SUSSEX, J.; WATSON, V.; TETTEH, E. and RYAN, M. (2010); *Valuing Services to Manage Clinical Performance Concerns*; Office of Health Economics and University of Aberdeen - Health Economics Research Unit;