

EMILIO IMPERATORI
MARIA DO ROSÁRIO GIRALDES

bras
davulsas
2. Oa

EMILIO IMPERATORI
MARIA DO ROSÁRIO GIRALDES

METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE

Manual
para uso em serviços centrais,
regionais e locais

**METODOLOGIA
DO PLANEAMENTO DA SAÚDE**

2. Oa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



EMILIO IMPERATORI
MARIA DO ROSÁRIO GIRALDES

METODOLOGIA DO PLANEAMENTO DA SAÚDE

**Manual
para uso em serviços centrais,
regionais e locais**

3.^a edição revista e actualizada
Lisboa, 1993

FICHA TÉCNICA

Título:

Metodologia do Planeamento da Saúde
Manual para uso em serviços centrais,
regionais e locais

Coordenação editorial:

Licínio de Sousa

1.^a edição: Janeiro de 1984

2.^a edição: Maio de 1986

3.^a edição: Abril de 1993 (revista e actualizada)

© Escola Nacional de Saúde Pública, 1993

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas neste livro, as quais são da inteira responsabilidade dos seus autores. Interdita a reprodução, mesmo parcial, de textos e ilustrações sem prévia autorização.

Tiragem: 1000 exemplares

Prefácio à 1.^a edição

Quando um economista começa a desmontar e a dissecar a teoria da planificação económica, termina na ciência política.

CARLOS MATOS, 1980

O planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude ou um posicionamento face à realidade sócio-económica. Supõe que a realidade não é imutável nem tão-pouco a sua evolução está irremediavelmente determinada por factores incontroláveis. Reconhece que é possível agir sobre a realidade, no sentido de uma transformação orientada por finalidades prefixadas e politicamente assumidas, se não num quadro de certeza, num campo de probabilidades.

Admite que há certas intervenções preferíveis a outras, tanto em função dos resultados esperados como em virtude da eficácia e eficiência dos meios a empregar para os obter. Aceita que existam critérios em que as escolhas se podem basear.

O planeamento é um processo de intervenção sobre a realidade sócio-económica ou sobre alguma das suas múltiplas vertentes — a saúde, por exemplo — que, para passar a uma prática institucionalizada, carece de uma base de aceitação alargada (legitimação social), o que só é possível através de um esforço amplo de informação.

Enquanto técnica, o planeamento é um conjunto de instrumentos de racionalização de decisões das acções conducentes à transformação da realidade. Assente no diagnóstico da situação (incluindo a identificação dos seus factores causais e explicativos, a evolução temporal e a definição de tendência evolutiva), na inventariação dos recursos disponíveis (materiais, humanos, financeiros, tecnológicos), na fixação dos objectivos e determinação das respectivas prioridades, na formulação do tipo de acções a empreender e na escolha dos meios que permitirão alcançar as metas propostas.

Se concebido como processo permanente, como se impõe — e não apenas com carácter momentâneo ou mero quadro de reflexão periódica —, o planeamento comportará ainda as fases de execução e avaliação, como partes integrantes do mesmo processo.

Assim entendido, o planeamento é um esforço colectivo em que intervêm os vários sujeitos (agentes) envolvidos na realidade que se visa transformar. Por isso, no caso da saúde, o planeamento não poderá ficar reservado ao cuidado de alguns técnicos ou serviço especializado do sector, mas terá de envolver todos os serviços e o respectivo pessoal. Implicará ainda os próprios cidadãos, quer como utentes dos serviços, quer como elementos de uma comunidade a quem importa, no seu todo, o nível geral de saúde da respectiva população e as acções e empreendimentos que visam salvaguardá-lo e promovê-lo. Esta é uma razão mais de reforço da importância que se atribui à difusão dos conhecimentos em matéria de planeamento da saúde na dupla dimensão: percepção e assimilação da ideia e manejo das técnicas que lhe servem de suporte e de concretização.

Há, pois, sobejas razões para saudar o aparecimento do livro agora editado.

Em Metodologia do Planeamento da Saúde os autores procuram colocar ao alcance do pessoal dos serviços centrais, regionais e locais de saúde um manual que reúne, além de conceitos básicos, um conjunto de instrumentos técnico-analíticos relativos às diferentes fases do processo de planeamento com referência explícita ao sector da saúde. São conhecimentos que passarão a estar acessíveis aos técnicos do sector e demais interessados nesta temática, contribuindo, assim, para reforçar a atitude favorável ao planeamento e possibilitar o melhor emprego das técnicas.

O facto de se tratar de um manual com amplo recurso a exemplos retirados da prática dos serviços constitui também um motivo de interesse para os seus potenciais utilizadores, que, deste modo, terão oportunidade de comprovar como certo tipo de questões, que se lhes põem na prática corrente dos respectivos serviços, ganham em ser equacionadas à luz da metodologia exposta.

Ficam questões importantes por tratar, nomeadamente os aspectos financeiros e a articulação entre o planeamento da saúde e o planeamento de certos sectores (educação, habitação, emprego, etc.) e o planeamento económico, a nível global. Em contrapartida, é particularmente interessante a referência e o desenvolvimento que são dados aos planos integrados de saúde, de nível local ou regional, com base em experiências concretas.

Possa o manual agora posto à disposição do pessoal de saúde contribuir para a melhoria da saúde em Portugal.

MAIO DE 1983

MANUELA SILVA

Nota dos autores à 3.^a edição

Decorridos dez anos após a 1.^a edição de *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, sentiram os autores a necessidade de rever alguns capítulos, acrescentar outros e, de uma forma geral, actualizar todo o manual.

Da análise crítica da 1.^a edição concluiu-se que uma grande parte do livro então publicado se mantém válida. Alguns exemplos, como a metodologia CENDES/OPS, os planos nacionais de desenvolvimento, o Plano de Saúde da Biscia e o Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança, entre outros, não perderam a sua actualidade.

Por outro lado, reconheceram-se algumas lacunas, designadamente na *introdução*, em que foram acrescentados três capítulos:

- Saúde e factores sócio-económicos;
- Políticas de saúde;
- Evolução histórica do planeamento do sector da saúde em Portugal.

De igual forma, na *selecção de estratégias*, em que se apresentam dois novos capítulos, que pretendem exemplificar estratégias a adoptar no sistema de saúde português, no que respeita à distribuição da despesa pública, designadamente:

- Bases para a distribuição de recursos num sistema público de saúde;
- Distribuição de recursos em cuidados de saúde primários: uma intervenção estratégica na perspectiva da equidade.

E, finalmente, no capítulo da *avaliação*, que foi completamente reformulado, incluindo agora a avaliação da qualidade dos cuidados, nomeadamente:

- As dimensões da qualidade;
- O ciclo de garantia;
- A elaboração de critérios;
- Exemplos de avaliações de estrutura, de processo e de resultado.

Estas modificações resultaram, em especial, do trabalho de investigação entretanto realizado pelos autores no âmbito da Escola Nacional de Saúde Pública e que lhes serviu de dissertação nos concursos que realizaram, no decurso da última década, para professores auxiliares daquela Escola.

A estrutura do livro foi, no entanto, mantida, continuando-se a seguir as várias fases do processo de planeamento da saúde.

Mantiveram-se também os principais destinatários deste livro, que continuam a ser todos aqueles que aos vários níveis, do central ao local, queiram utilizar a *Metodologia do Planeamento da Saúde* como instrumento de optimização dos sempre escassos recursos atribuídos ao sector e como um veículo de transformação do quotidiano dos profissionais de saúde, visando

o objectivo último que é, necessariamente, a melhoria do nível de saúde da população em Portugal.

*À semelhança da 1.ª edição espera-se que esta obra contribua para dois aspectos de realce, o primeiro, que o **planeamento** deve ser uma atitude permanente dos profissionais, o segundo, que um **plano**, por melhor elaborado, é inútil se não for considerado um instrumento da gestão normal de um serviço de saúde.*

LISBOA, MAIO DE 1992

PARTE I — INTRODUÇÃO

Capítulo 1 — Saúde e factores sócio-económicos ¹

1. Justificação

É por de mais conhecido o facto de a saúde ser determinada pela actuação simultânea de diversos factores, que vão desde os aspectos biológicos ao meio-ambiente, estilos de vida e organização dos serviços de saúde.

É vasta a bibliografia que se tem debruçado sobre este tema, pelo que sem a preocupação de exaustividade se passam a referir os principais argumentos que fundamentam a relação entre a saúde e os factores sócio-económicos.

BARR e LOGAN (1977) levantam a questão do impacte da distribuição de recursos de saúde no nível de saúde e referem tornar-se necessário um claro conhecimento dos limites da medicina, como têm argumentado, entre outros, ILLICH (1976) e MCKEOWN (1976). Afirmam aqueles autores ainda que os recursos para a saúde devem ser distribuídos no contexto mais amplo do bem-estar social e económico da população e que nenhum programa de saúde moderno pode ignorar o valor primordial da prevenção.

MCKEOWN (1979) defendeu que a principal causa do crescimento da população na Grã-Bretanha entre 1840 e 1970 não se deveu a avanços na medicina, mas a melhorias na alimentação e na higiene.

BUTLER (1979) afirma, citando MCKEOWN (1976), que existe evidência suficiente na literatura contemporânea para se defender o ponto de vista de que os aumentos no nível de saúde poderão resultar tanto de melhorias naqueles aspectos do meio-ambiente que são hostis à saúde como do desenvolvimento de meios mais sofisticados de tratar a saúde, exemplificando com o caso escocês, em que uma parte das taxas de mortalidade mais elevadas é atribuível à mortalidade por doenças do coração e cancro do pulmão, que é provavelmente causado, em parte, pela maior prevalência do fumo do tabaco. Pode então perguntar-se se a redução na mortalidade por estas duas doenças, na Escócia, se conseguirá mais através da concentração de recursos nos serviços hospitalares especializados adequados ou de tentativas para reduzir a prevalência do fumo do tabaco.

Também MAYNARD (1981) refere que, tanto entre investigadores de serviços de saúde como na população em geral, é comum partir-se do princípio que um aumento no fornecimento de serviços de saúde conduz a uma melhoria na saúde. É, assim, importante distinguir entre *inputs* dos serviços de saúde (camas hospitalares, despesas de saúde, médicos, enfermeiros, etc.), serviços de cuidados de saúde, medida do *throughput* (número de casos, dias de internamento), e *resultados* no nível de saúde, medida do *output* dos serviços de saúde.

A melhoria no nível de saúde, segundo este autor, poderá ser conseguida de forma mais eficiente por outros *inputs*, que não os serviços de saúde. O «*stock*» de saúde de um indivíduo é determinado por uma série de factores que influenciam o nível de saúde (cuidados de saúde, rendimento, educação, habitação, vida familiar, etc.). A expansão do sistema de cuidados de saúde na Europa Ocidental e, na realidade, em todo o mundo tem-se processado partindo-se do princípio errado que um aumento dos *inputs* em

¹ Adaptado de GIRALDES, *Distribuição Equitativa da Despesa em Cuidados de Saúde Primários*, tese apresentada a concurso para professora auxiliar da ENSP, Dezembro de 1987.

serviços de saúde conduz a um acréscimo de *outputs* e que o aumento da despesa em cuidados de saúde seria uma forma eficiente de o conseguir.

TOWSEND (1981) defende que a pobreza reforça o baixo *status* social. Devido às más condições de trabalho, más condições de habitação, sobrelotação, emprego irregular, maior exposição a riscos de infeções e acidente, incapacidade de pagar férias renovadoras, maior grau de dependência, menor familiaridade com as práticas de saúde e menor acesso a serviços de saúde, as taxas de morbilidade e morte podem ser superiores. Além disso, uma alimentação deficiente e, conseqüentemente, diferenças em altura, peso e na saúde, em geral, fazem-se também sentir.

COCHRANE *et al.* (1978), citado por LE GRAND (1982), num estudo realizado em diversos países desenvolvidos, chegou à conclusão que os factores usualmente considerados como indicadores da qualidade dos cuidados de saúde (*ratio* de clínicos gerais, número de camas hospitalares *per capita* para doentes agudos, etc.) não tinham tido qualquer impacto na redução das taxas de mortalidade, quer das crianças, quer dos adultos.

FUCHS, citado por LE GRAND (1982), argumenta, com base neste tipo de evidência, que «os verdadeiros avanços da ciência médica, em especial o desenvolvimento de medicamentos anti-infecciosos nos anos 30, 40 e 50, fizeram muito para reduzir a morbilidade e a mortalidade. Hoje em dia, contudo, as diferenças no nível de saúde entre os Estados Unidos e os outros países desenvolvidos ou entre populações nos Estados Unidos não estão relacionadas com diferenças na quantidade e qualidade dos cuidados médicos.»

Em diversos estudos referidos por LE GRAND (1982) o meio-ambiente sócio-económico em que as pessoas vivem pode ser uma determinante crucial do seu estado de saúde.

MARTINI *et al.* (1977), citado em LE GRAND (1982), concluíram que os indicadores sócio-demográficos explicavam consideravelmente mais do que os indicadores de cuidados médicos as variações inter-regiões da mortalidade infantil, da mortalidade geral, mortes hospitalares e incapacidade.

Segundo WILKINSON (1976), citado em LE GRAND (1982), uma análise dos factores explicativos tem conduzido à conclusão que a ocupação, só por si, não parece ser determinante da mortalidade, na medida em que os membros da família que trabalham e os restantes mostram usualmente o mesmo padrão de mortalidade. As más condições de habitação (embora muito importantes quando as doenças infecciosas foram a principal causa de morbilidade) não parece agora afectarem consideravelmente a mortalidade geral (WILKINSON, 1976; FORSTER, 1979). A variável que frequentemente é considerada como a mais importante é o rendimento (WILKINSON, 1976; LEECH e COWLING, 1978), em que a dieta deve desempenhar um importante papel. Uma outra explicação para as desigualdades em saúde diz respeito às diferenças nos padrões comportamentais dos grupos sociais. Existem, por exemplo, diferenças substanciais na prática do exercício e no consumo de tabaco, em relação aos quais, de novo segundo LE GRAND (1982), será o rendimento o factor determinante, na medida em que, por exemplo, o exercício se pode considerar como envolvendo custos elevados não apenas em termos financeiros (muitas actividades de tempos livres exigem a aquisição de equipamento dispendioso), mas ainda em termos de tempo disponível.

HUNTER (1983) afirma que, como é conhecido, os cuidados de saúde são apenas um dos factores, entre muitos, e de forma nenhuma o mais importante, que afectam o nível de saúde e não existe uma correlação específica entre despesa em saúde e a saúde de um país. Segundo este autor, o Reino Unido demonstra este facto: as despesas *per capita* em saúde são mais elevadas na Escócia do que em Inglaterra, mas na maior parte dos índices a população da Escócia é menos saudável. Uma explicação poderá ser a que os serviços de saúde na Escócia tenham mais necessidades a satisfazer e, se despendessem menos dinheiro, a situação poderia ser ainda pior; no entanto, uma explicação mais plausível é a que o baixo nível social determine, em grande parte, a má situação de saúde da Escócia, o que sugere que os recursos poderiam ser melhor utilizados na promoção da saúde, no seu sentido mais amplo, do que em tratar as conseqüências dessa situação.

DEARDEN (1985), ao referir os quatro elementos fundamentais que intervêm na área da saúde — aspectos biológicos, meio-ambiente, estilos de vida e organização dos serviços de saúde —, conclui que em décadas recentes a maior parte dos esforços para

melhorar a saúde têm-se centrado na organização dos serviços de saúde e elevadas somas de dinheiro têm sido despendidas para tratar doenças que poderiam ter sido prevenidas se o investimento tivesse sido realizado na área adequada. Este autor exemplifica com as mortes por acidente de veículo automóvel e refere que estas estão particularmente associadas aos hábitos de vida dos indivíduos, em menor grau ao estado das estradas e ao *design* dos automóveis e em muito menor grau à disponibilidade de tratamento de emergência, numa ordem de grandeza de, respectivamente, 75 %, 20 % e 5 %.

MAYNARD (1985) afirma que a maior parte das despesas em saúde, públicas ou privadas, são utilizadas para financiar cuidados de saúde necessários para tratar e curar doenças originadas pelos efeitos do comportamento humano na depreciação do «*stock*» do *capital de saúde*. Este autor chama a atenção para o facto de a maior parte do trabalho feito pelos economistas continuar a ser sobre os serviços de saúde, mais do que sobre as mudanças de comportamentos, embora, em sua opinião, esta situação se esteja a atenuar, ainda que lentamente. Este autor refere que no Reino Unido cerca de 15 % a 20 % do total de mortes são causadas pelo fumo do tabaco e que não existem dúvidas que o tabaco origina o maior volume de mortes evitáveis na Europa e que, se o seu uso fosse reduzido, centenas de milhares de pessoas teriam vidas de maior duração e de melhor qualidade. O contributo do álcool, segundo este autor, para a produção de mortes prematuras e redução de *Qualys* (anos de vida ajustados pela qualidade) é muito menor, mas está em aumento, principalmente nas últimas duas décadas.

Também CAYOLLA DA MOTTA (1985) refere, para o caso português, em relação ao fumo do tabaco, ter-se verificado um aumento constante das taxas de mortalidade devidas a doenças em cuja etiologia a contribuição do hábito de fumar foi epidemiologicamente comprovada nos últimos 20-30 anos, designadamente em relação ao cancro do pulmão, que aumentou cerca de 193% naquele período.

SCHWEFEL (1985) cita BRENNER (1983), que, baseando-se na análise da regressão e estudando diferentes períodos de tempo entre as variáveis, demonstrou, inicialmente, para os Estados Unidos, e, mais tarde, igualmente para países europeus, que a instabilidade económica — operacionalizada por taxas de desemprego — conduz a uma mortalidade prematura. Este autor refere que tem sido abundante a literatura neste domínio do desemprego e saúde e que em 1984 apenas estudos de língua alemã, inventariados numa informação para o Conselho da Europa sobre o tema, eram 270. Nestes estudos o desemprego surge como indicador de instabilidade económica, mas, embora a diminuição de rendimento derivada do desemprego seja um aspecto importante de instabilidade económica, não é predominantemente a diminuição do poder aquisitivo que origina problemas de saúde, mas antes a perda de *status*, a estigmatização, o *stress*, ou seja, a *instabilidade social*.

ILLSLEY e SVENSSON (1986) afirmam que a evidência sugere muito fortemente que as disparidades na morte (e, provavelmente, na saúde) reflectem a experiência social durante a fase de crescimento e na idade adulta em termos de nutrição, meio-ambiente, exposição a riscos de saúde e estilos de vida relacionados com a saúde ou com a origem da doença. O problema ainda se agrava devido ao facto de o mau estado de saúde originar a pobreza, de tal forma que se torna difícil distinguir entre o mau estado de saúde produzido pela pobreza e inversamente.

2. Fundamentação teórica: a perspectiva do *stock* de saúde

GROSSMAN (1972) foi um dos primeiros economistas a colocar-se numa perspectiva de considerar a saúde como um *stock* que se deprecia ao longo do tempo e pode ser aumentado através do investimento. Neste modelo, o nível de saúde de um indivíduo não é um factor *exógeno*, mas depende, pelo menos em parte, dos recursos destinados à sua produção. Segundo este autor, a saúde é procurada pelos consumidores por duas razões: como um *bem de consumo*, na medida em que os dias de doença são uma fonte de desutilidade, e como um *bem de investimento*, pois determina o tempo disponível para actividades mercantis ou outras. Um aumento no «*stock*» de saúde reduz o tempo perdido, e o valor monetário dessa redução é um índice do resultado do investimento em saúde.

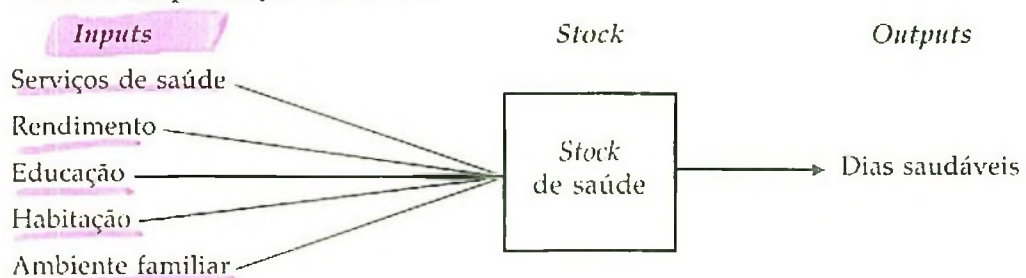
FUCHS, no prefácio ao trabalho de GROSSMAN (1972), refere que, segundo o modelo de GROSSMAN, os indivíduos, em certa medida, *escolhem* o seu nível de saúde, tal como decidem sobre o nível de consumo de outros bens; variáveis como a idade e o nível de educação afectam a procura, ao alterarem o «preço» da saúde. Ainda segundo FUCHS, na óptica da produção de saúde, GROSSMAN assume, de forma realista, que os cuidados de saúde são um *input*, mas não o único, e apresenta substancial evidência que indica que o nível educacional poderá ser um desses factores. Demonstra igualmente, teoricamente e empiricamente, que um rendimento mais elevado não conduz necessariamente a níveis mais elevados de saúde e dá para isso a explicação que maiores níveis de rendimento induzem mais elevados níveis de consumo de outros bens e serviços que têm aspectos negativos na saúde.

MAYNARD e LUDBROOK (1982) retomam, dez anos mais tarde, com interesse, o modelo de GROSSMAN (1972) como um modelo que ilustra a relação entre os diversos *inputs* que afectam a saúde, dos quais os cuidados de saúde são apenas um dos aspectos. Diversos factores, tais como o rendimento, a educação, o estilo de vida e o acesso aos cuidados de saúde, podem afectar a taxa de depreciação do «*stock*» de saúde e o custo de manter ou melhorar o nível de saúde.

MAYNARD, com inspiração no modelo de GROSSMAN, exprime sob a forma de diagrama este *modelo de produção da saúde* (figura 1.1).

Figura 1.1.

Modelo de produção da saúde



MAYNARD (1981).

Também LE GRAND (1982) refere GROSSMAN (1972) como aquele que primeiro exprimiu a opinião que é útil encarar a saúde como um «*stock*» de capital análogo a outras formas de capital humano, como a educação, ou de capital físico.

Este *stock* depreciar-se-á ao longo do tempo devido ao processo natural de envelhecimento e, por vezes, devido à incidência de doença não evitável. Contudo, os indivíduos podem também afectar o processo de depreciação através das próprias acções. Podem, em parte ou mesmo totalmente, durante um certo tempo, evitar a depreciação, seja qual for a sua origem, «investindo» de forma apropriada em actividades de promoção da saúde (fazendo exercício ou recebendo o tratamento médico adequado). No sentido oposto, podem também aumentar a taxa de depreciação envolvendo-se em actividades que consomem o «*stock*» de saúde, como o tabaco ou condições de trabalho muito exigentes.

Esta formulação pode ser aplicada, segundo LE GRAND (1982), ao problema da explicação das desigualdades em saúde. Será de esperar que se verifiquem diferenças nos «*stocks*» de saúde entre ricos e pobres. Em primeiro lugar, devido à má nutrição da mãe e aos factores ambientais, os indivíduos nascidos nos grupos sociais mais baixos terão, em princípio, um «*stock*» de saúde mais pequeno do que os nascidos nos grupos mais elevados. Em segundo lugar, os indivíduos mais pobres farão menores investimentos em saúde, em parte, porque a utilização dos serviços de saúde, mesmo gratuitos, envolve para eles, muitas vezes, um maior custo e ainda porque terão menor noção dos benefícios que daí advêm. O baixo nível educacional fará com que saibam menos sobre as vantagens para a saúde de, por exemplo, uma dieta equilibrada ou de serviços médicos preventivos. Além

disso, em alguns casos, tais como cuidados de saúde curativos, podem efectivamente receber menores benefícios, já que os médicos comunicam melhor com os seus doentes da classe média do que com os doentes da classe trabalhadora e também passam mais tempo com eles. Finalmente, como têm poucos recursos, os indivíduos de grupos mais desfavorecidos podem ser forçados a consumir os seus «stocks» de saúde mais rapidamente do que os mais privilegiados. Enquanto estes têm aptidões educacionais e, eventualmente, bens herdados, os primeiros têm apenas um instrumento de produção de riqueza: o seu «stock» de saúde. Para obterem os meios de subsistência para viverem têm de utilizar esse instrumento mais do que a classe privilegiada.

3. Estratégias multisectoriais

Mas, afinal, que estratégias têm sido escolhidas ao longo do tempo face ao reconhecimento da incapacidade de os serviços de saúde, só por si, poderem resolver os problemas de saúde da população?

A principal orientação estratégica consistirá, provavelmente, na necessidade de uma intervenção multisectorial. Terá sido a Declaração de Alma-Ata (1978) o primeiro documento internacional a afirmar na sua recomendação n.º 4: «A conferência, persuadida que para melhorar de maneira apreciável a saúde de toda a população se impõe a coordenação planeada e eficiente dos serviços de saúde nacionais e das actividades afins de outros sectores, recomenda que nas orientações e nos planos de saúde se tenham sempre em conta as contribuições de outros sectores relacionados com a saúde e se adoptem medidas concretas e viáveis em todos os níveis, especialmente nos níveis intermédio e comunitário, para coordenar os serviços de saúde com todas as restantes actividades que contribuem para a promoção da saúde e dos cuidados de saúde primários [...]»

Esta política da Organização Mundial de Saúde é retomada mais recentemente, em 1985, na avaliação da estratégia da *Saúde para todos no ano 2000*, em que se reconhece que a equidade social significará permitir a satisfação das necessidades básicas de alimentação, educação, água potável, habitação e ocupação útil que proporcione um rendimento adequado.

SCRIVENS e HOLLAND (1983) traduzem bem esta tendência, ao afirmarem, a este respeito, que nos últimos anos a preocupação principal deslocou-se da equidade na distribuição de recursos para a equidade dos resultados, pelo que a equidade no tratamento e acesso foi substituída pelo desejo de equidade na situação de saúde.

Também MAYNARD (1981) afirma que as desigualdades em saúde poderiam ser reduzidas através de uma discriminação positiva a favor das classes menos favorecidas mediante uma política de distribuição de rendimentos e uma política de educação, para além da intervenção dos serviços de saúde, como no caso do Serviço Nacional de Saúde no Reino Unido, em que se removeu a barreira do preço ao consumo, embora o mesmo não tenha acontecido com outros custos associados com a procura de cuidados de saúde.

GRAY (1982) refere que o elemento-chave da estratégia alargada do relatório Black (1980) é identificado como uma estratégia antipobreza definida em duas principais perspectivas: uma mais justa distribuição de recursos, através de um sistema de tributação progressiva, e um encorajamento da autodependência e de um nível de conhecimentos individuais e autonomia, por intermédio do aumento dos níveis e conteúdo da educação, da melhoria do acesso individual à informação e da concessão do direito ao emprego.

DEARDEN (1985) afirma que, se nos colocarmos na perspectiva de diminuirmos as desigualdades de saúde, é muito provável que um aumento da despesa em habitação, educação, segurança social e criação de novos empregos tenha um maior impacte nas parcelas da população mais pobres do que teria um aumento na despesa em serviços de saúde.

Também no caso português, BRUTO DA COSTA *et al.* (1985) referem que o fenómeno da pobreza situa-se sempre num determinado contexto político, económico e social e é a resultante de variáveis que relevam de cada um destes domínios. Por isso, procurar soluções para o problema da pobreza implica a consideração das transformações a operar

no sistema sócio-económico para que possam alterar-se as causas geradoras da pobreza, e não apenas as suas manifestações mais visíveis. Usualmente, no entanto, as políticas de erradicação da pobreza são frequentemente concebidas com carácter meramente paliativo, sem cuidar da intervenção sobre o funcionamento e a lógica dos sistemas. Os autores concluem, colocando-se numa perspectiva ético-normativa, que se deverá assegurar que cada família disponha de condições suficientes (incluindo o rendimento) para fazer face às suas necessidades básicas dentro de critérios considerados correntes na sociedade. Uma política de coordenação da pobreza deverá ser articulada com as seguintes políticas específicas: de emprego; educação e valorização de recursos humanos; salários; produtividade e preços; dotação de capital; redistributiva e de segurança social; de urbanização e de equipamento colectivo, e de participação social, tendo presente que nenhuma destas políticas parcelares é isolável de uma política geral de regulação e desenvolvimento da economia.

São estas e outras estratégias que deverão fazer parte das políticas de saúde se, efectivamente, se desejar ter uma intervenção multisectorial que permita intervir sobre as causas dos problemas e melhorar o nível de saúde da população.

BIBLIOGRAFIA

- BARR, A., e LOGAN, R. F. L. — «Policy alternatives for resource allocation», in *The Lancet*, 7 de Maio de 1977, pp. 994-996.
- BRUTO DA COSTA, A., et al. — *A Pobreza em Portugal*, Lisboa, Caritas Portuguesa, 1985, 207 páginas («Caritas», n.º 6).
- BUTLER, J. R. — «Scottish paradox: more doctors, worse health?», in *British Medical Journal*, 29 de Setembro de 1979, pp. 809-810.
- DEARDEN, R. W. — *Resources and Health Deprivation*, Birmingham, Universidade de Birmingham, 1985, 13 páginas («Discussion Paper», n.º 19).
- GRAY, A. — «Inequalities in health. The Black report: a summary and comment», in *International Journal of Health Services*, 12 (3), 1982, pp. 349-380.
- GROSSMAN, M. — *The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation*, Nova Iorque, National Bureau of Economic Research, 1972, xvii, 115 páginas («Occasional Paper», n.º 119).
- HUNTER, D. J. — «Reducing inequalities in health: political and organizational implications for the British National Health Service», in *Effective Health Care*, 1 (4), 1983, pp. 191-196.
- ILLSLEY, R., e SVENSON, P.-G. — «A sociological perspective in scientific approaches to health and health care», in *Proceedings of a WHO Meeting*, Ulm, 1-4 Nov. 1983, Copenhagen, WHO, 1986, vii, 179 páginas.
- LE GRAND, J. — *The Strategy of Equality. Redistribution and the Social Services*, Londres, George Allen & Unwin, 1982, 192 páginas.
- LE GRAND, J. — *Inequalities in Health and Health Care*, Londres, London Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985, 8 páginas («Nuffield/York Portfolios», n.º 5).
- LE GRAND, J. — *Inequalities in Health: an Economic Approach* (comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, Maio de 1985).
- MAYNARD, A. — «The inefficiency and inequalities of the health care system of Western Europe», in *Social Policy and Administration*, 15 (2), 1981, pp. 145-163.
- MAYNARD, A., e LADBROOK, A. — «Inequality, the National Health Service and health policy», in *Journal of Public Policy*, 2 (2), 1982, pp. 97-116.
- MAYNARD, A. — *The Economics of Addiction* (comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, Maio de 1985).
- MCKEOWN, T. — *The Role of Medicine*, Oxford, Basil Blackwell, 1979, 207 páginas.
- MOTTA, L. CAYOLLA DA — *O Consumo do Tabaco em Portugal no Decurso das Últimas Décadas e Algumas das Suas Implicações sobre a Mortalidade Portuguesa* (comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, Maio de 1985).
- OMS — *Strategies for Health for All in Europe. Regional Evaluation*, Copenhagen, 1985, 61 páginas.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde e Assistência, GEP — *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, OMS/FISE, Alma-Ata, URSS, 6-12 de Setembro de 1978. Declaração de Alma-Ata. Recomendações*, Lisboa, 1978.
- SCHWEFEL, D. — *Inestabilidad Económica, Nutrición y Salud* (comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, Maio de 1985).
- SCRIVENS, E., e HOLLAND, W. — «Inequalities in health in Britain. A critique of the report of a research working party», in *Effective Health Care*, 1 (2), 1983, pp. 97-107.
- TOWNSEND, P. — «Toward equality in health through social policy», in *International Journal of Health Services*, 11 (1), 1981, pp. 63-75.

Capítulo 2 — Políticas de saúde

1. Conceito

Nada mais difícil do que definir o que é política. A tal ponto que parece realmente justificada a frase de J. WOLF (1975): «A boa definição de uma política pode ser comparada a um camelo: difícil de descrever, mas fácil de reconhecer.»

É habitual criticarmos a falta de definição de determinada política e outras vezes a maneira como a mesma foi formulada. Devemos perguntar-nos até que ponto esta crítica é justificada. Trata-se de problemas diferentes, embora talvez com raízes comuns. A crítica corresponde à falta de formulação? A má formulação? Ou a discordâncias sobre a natureza do seu conteúdo?

Sem pretendermos defender exemplos por todos conhecidos, temos de considerar que as escolhas são quase sempre subjectivas, não existindo estudos (custo-benefício?) para todos os assuntos. Por isso, é na formulação da política que podemos ser mais exigentes e mais objectivos.

A abundante literatura em língua inglesa, utilíssima em todos os campos da saúde, consegue distinguir para o nosso termo *política* duas variantes: *policy*, entendido como filosofia ou orientação, e *politics*, no sentido de política partidária. O português, o espanhol e o francês não fazem esta diferenciação (e talvez não fosse mau fazê-la...) A definição dos dicionários e enciclopédias, «ciência e arte de governar uma nação», parece mesmo insuficiente quando aplicada ao sector da saúde. Esta definição foca sobretudo os aspectos globais referentes à forma ou maneira de governar.

Aparece já o problema da globalidade ou especificidade das políticas, que retomaremos novamente.

Para LOPES DIAS (1988) houve em Portugal quatro momentos em que diversas personalidades definiram a política de saúde:

- Ricardo Jorge;
- Trigo de Negreiros;
- Gonçalves Ferreira (Decreto-Lei n.º 413/71);
- António Arnaut (Lei n.º 56/79).

Houve nestes quatro casos uma coincidência entre diplomas legais e orientações globais sobre os serviços e ou a saúde da população que nem sempre se apresentam juntos. Por exemplo, mais recentemente, na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 31 de Julho), a política de saúde é definida na base II, sendo, simultaneamente, estipulados (n.º 1) o seu âmbito e directrizes a que deve obedecer e (n.º 2) o seu carácter evolutivo (quadro 2.1).

Este último ponto mostra como uma lei constitui, simultaneamente, um marco de referência e um ponto de partida.

Os diplomas legais constituem medidas de política formuladas, mas não são a totalidade da política. Quanto mais geral for o diploma legal (caso do Decreto-Lei n.º 413/71, da Lei n.º 56/79 ou da actual Lei de Bases), mais necessária será a existência de novas políticas para a sua implementação. Repare-se ainda que na Lei de Bases [base II, n.º 1, alínea g)] se admite implicitamente que a política de saúde deverá ser definida posteriormente.

Os diplomas legais (leis, portarias, despachos, etc.) podem definir ou formular a política, mas podem também implementar políticas em sequências progressivas de definição-concretização. Fazendo parte do corpo da política, podem não fazer parte da

BASE II
Política de saúde

1. A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às directrizes seguintes:
 - a) A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado;
 - b) É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;
 - c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;
 - d) Os serviços de saúde estruturaram-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;
 - e) A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;
 - f) É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde, em particular as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;
 - g) É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento, no controle do funcionamento dos serviços;
 - h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;
 - i) É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.
 2. A política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos.
-

sua formulação inicial, embora devam desprender-se logicamente da mesma. Lamentavelmente, na realidade, as referidas «medidas de política» nem sempre contribuem para implementar a política oficialmente definida, mas constituem um conjunto de ideias, intenções e ordens, mais ou menos independentes e pontuais, devidas a pressões, emergências ou improvisações.

Uma definição do termo *política de saúde* é feita por GONÇALVES FERREIRA (1975):

Política de saúde — conjunto de opções políticas fundamentais em que se estabelece o carácter público ou não da responsabilidade pela saúde da população e o correspondente grau de universalidade (para todos ou parte), de integralidade (extensão dos cuidados prestados), de gratuitidade (total, parcial), de planificação (elaboração dos esquemas e programas de actividades e avaliação dos resultados) e do trabalho a efectuar pelos serviços de saúde.

A política de saúde, como parte integrante da política geral do país, deve procurar, na sua forma mais progressiva, que seja garantido a todos o direito à saúde e a cooperação na sua segurança e promoção social e que a saúde seja promovida a níveis suficientemente elevados para que possa vir a ser o factor de impulso do desenvolvimento económico-social e uma via para o progresso do bem-estar geral.

Independentemente de definir *política* como conjunto de opções «políticas», parecendo preferível dizer unicamente «conjunto de opções [...]», esta definição é das mais completas que existem na bibliografia para políticas globais de saúde.

O termo *política*, como muitos outros, pode ser definido desde vários pontos de vista, e VIANA MONTEIRO (1988) refere que todo o esforço de definição deste termo deve ser avaliado pelos seus eventuais benefícios. Por isso, podemos considerar *política de saúde*

o conjunto de directivas do governo baseadas na legislação fundamental do país que orienta a acção dos serviços de saúde para a resolução dos problemas de saúde da população através de um conjunto coerente de opções ideológicas e técnico-científicas.

Esta definição contém, no entanto, limitações, visto referir-se unicamente a uma política global e governamental.

2. Política e plano

A formulação da política é um elemento fundamental na elaboração de um plano, nomeadamente pelo seu contributo para a selecção de estratégias e programação, sendo o *plano* o instrumento de implementação de uma política.

A realidade é, no entanto, diferente. Muitos planos têm sido elaborados sem grandes definições de política prévia e, ao contrário, têm existido definições de política que não foram seguidas de planos.

O primeiro caso parece mais grave, visto que a política é um requisito do *plano*, e no segundo caso o que existe é uma interrupção da sequência do planeamento.

A existência de planos elaborados sem formulação de políticas foi uma situação frequente em Portugal na década de 70 e, porventura, um elemento importante na baixa execução dos mesmos.

Para BENGGOA (1988), *política* e *estratégia* são dois elementos do planeamento a longo prazo ou estratégico que:

- 1) Pretendem criar ou definir um ambiente;
- 2) São elaborados no topo da organização;
- 3) Constituem orientações tipo «decisão de processo»;
- 4) Se adaptam num horizonte amplo.

Destes quatro pontos, o segundo e o quarto merecem alguns comentários: a elaboração no topo pareceria mais aplicável à política do que à estratégia, visto as estratégias terem uma componente técnico-científica mais forte. Por outro lado, a expressão «se adaptam num horizonte amplo» pode ser interpretada como «se aplicam», ou «se adequam», ou ainda «evoluem», ou se «modificam».

A política envolveria um número importante de organizações, enquanto as estratégias diriam respeito a um número mais reduzido. Esta situação é similar à reconhecida para estratégias e programas em que para estes últimos se recomenda a responsabilização de uma única instituição (capítulo «Elaboração de programas e projectos»).

A evolução dos planos de saúde, cada vez mais flexíveis, obrigaria a melhores definições de política. O avanço tecnológico nas áreas diagnósticas e terapêuticas é uma determinante da elasticidade que a política e o plano deverão ter.

3. Formulação de políticas

A existência da formulação (ou não) de uma política é um ponto interessante para as suas consequências posteriores. A formulação objectiviza a política, ajuda a sua implementação e aumenta a sua transparência. Mas, ainda que não formulada, uma política pode existir. A não formulação deixa-nos sem saber se existe ou não, e as maneiras de exteriorizar a sua existência são muitas. Por exemplo, a linha de actuação de um serviço indica uma política subjacente, e a elaboração do orçamento de uma instituição é quase sempre a exteriorização de uma política implícita. Ainda que se reconheça que a formulação da política é uma função do topo da organização e, assim, naturalmente impregnada de conteúdo ideológico (aparentemente independente da necessidade de ter conhecimentos), requer conhecimentos científicos actualizados.

Neste sentido surgem artigos como o de MILTON TERRIS (1981), que indica como factores limitativos para a aplicação dos conhecimentos a reticência para admitir a

validade das descobertas epidemiológicas e a importância dos interesses privados, recomendando que a política se baseie na prevenção, nomeadamente na protecção ambiental, no diagnóstico precoce e na educação para a saúde. Este tipo de recomendações torna muito técnica a formulação de uma política de saúde e vem dar razão à frequente ironia no corpo médico de que, embora na prática não se verifique, também um médico pode formular a política de saúde, ou que não é obrigatório que só os «não médicos» formulem a política deste sector.

Os apelos à profissionalização da política, diminuindo a sua carga ideológica e aumentando a componente técnica, já estavam patentes desde há muito tempo em documentos como o relatório do grupo «Prospective de la santé» presidido por EMILE LEVY e JACQUES DELORS (1969), constituído por técnicos altamente qualificados (*quadro 2.2*).

Quadro 2.2

Finalités et objectifs d'une politique de santé

Finalités:

- 1) Prolonger la vie;
- 2) Prévenir l'apparition d'affections;
- 3) Diminuer la souffrance;
- 4) Assurer le traitement efficace des maladies;
- 5) Réduire les effets économiques néfastes de la maladie;
- 6) Réduire les inadaptations et incapacités physiques et mentales;
- 7) Faciliter l'adaptation de l'homme à son milieu naturel;
- 8) Faciliter l'adaptation de l'homme à son environnement social;
- 9) Faire en sorte que les individus bénéficient également de toutes les possibilités offertes par le système de santé.

Objectifs:

- 1) Accroître l'espérance de vie des différentes tranches d'âges (en années);
 - 2) Réduire le taux de morbidité incidente des différentes affections (nombre de cas par habitant et par an);
 - 3) Réduire la morbidité prévalente de différentes affections en agissant sur la durée moyenne (en mois);
 - 4) Réduire le nombre de journées de travail perdues du fait de la maladie (en jours);
 - 5) Réduire le coefficient moyen d'invalidité physique tout en réduisant la mortalité des invalides (pourcentage d'invalidité à taux de mortalité égal);
 - 6) Réduire le nombre et la gravité des incapacités mentales;
 - 7) Réduire la morbidité des affections liées à des pollutions, à des contaminations du milieu biologique et à tous autres facteurs d'intoxication;
 - 8) Réduire les effets néfastes de l'environnement social (crimes, suicides, alcoolisme, toxicomanie, troubles mentaux, délinquance).
-

Fonte: Grupo de trabalho «Prospective de la santé» (1969).

Uma política encerra sempre algo de propositado, intencional, da parte dos seus formuladores. «Uma política é um curso de acção (ou inacção) conscientemente escolhido e orientado para determinado fim.» (KING, 1975.) Isto significa que «não actuar» pode ser uma política. É esta possibilidade de acção ou inacção que torna pouco clara a fronteira entre política e não política, tendo de admitir também a existência de omissões não conscientes, o que, naturalmente, complica as interpretações de determinada situação.

A formulação da política é um elemento importante, mas não suficiente. Formulação não significa necessariamente compromisso e acção posterior.

Três casos se podem descrever para esta situação:

- a) *A necessidade de ocultar os verdadeiros propósitos.* Em países do Terceiro Mundo é, por exemplo, frequente formular políticas e planos unicamente para obter fundos de financiamento;

- b) O efeito «balão de ensaio». Quando não se tem a certeza da receptividade da população a uma política, a sua formulação ocasiona reacções, que determinam ou não a sua eventual implementação;
- c) A falta de poder de implementação. Existindo formulação e compromisso, pode faltar o poder político ou os meios para implementar a política formulada. É, por isso, importante o conhecimento que o formulador tem dos serviços e do ambiente externo, além do da eficácia da alternativa escolhida.

As políticas têm uma componente ideológica e outra técnico-científica, cujo equilíbrio é necessário encontrar para um contexto histórico determinado. A componente científica de uma política será tanto mais forte quanto melhor conhecida seja a eficácia dos elementos que a integram. Contrariamente, a componente política é tanto mais importante quanto menos conhecida seja a eficácia da componente técnico-científica.

4. Tipos de política

Já foi referida a existência de políticas globais ou sectoriais segundo o grau de abstracção-concretização perseguido. O Ministério da Saúde pode ter uma política global para o desenvolvimento do sector e, simultaneamente, ou não, uma política específica para um determinado sector ou assunto. Logicamente, quando há uma política global definida, as políticas sectoriais deverão integrar-se nela de maneira coerente. São exemplos de políticas sectoriais dentro da saúde as elaboradas para a terceira idade, a saúde materno-infantil, os medicamentos, etc., e de políticas globais os programas dos governos constitucionais.

Também foi referido o caso das políticas implícitas ou explícitas. Como exemplo de política implícita temos o caso de um ministério da saúde que não fala na privatização dos seus serviços, mas actua nessa direcção, através de medidas tomadas com o pessoal (não contratações, falta de aumentos salariais, contratos de curta duração, etc.). As políticas implícitas levantam sempre o problema da sua transparência. O grau de arbitrariedade contido numa política implícita é praticamente incontrolável pela sociedade.

Do ponto de vista territorial, as políticas poderão ser nacionais ou regionais, sendo discutida por muitos autores a verdadeira existência de políticas locais; em todo o caso, é sempre necessária a articulação dos diferentes níveis.

Temos tendência para assimilarmos as políticas públicas ao sector estatal e as privadas ao sector privado, mas pode não ser assim. Uma política é pública não só pelo estatuto legal de quem a formula, mas também devido à sua natureza e efeito. Assim, temos de perguntar «quão pública é uma política pública» e admitir que política pública é diferente de política governamental, bem como que políticas estabelecidas por organizações privadas possam ser verdadeiras políticas públicas (VIANA MONTEIRO, 1988).

Estas relações dão lugar a diversas possibilidades (VIANA MONTEIRO):

- a) A política do governo elimina ou adiciona decisões no conjunto de opções de outras organizações (por exemplo, o ministério da saúde que proíbe a clínica privada ou uma empresa estatal que tem o monopólio em determinada área de actuação);
- b) A política do governo atribui valores diferentes a certas actividades do sector privado (por exemplo, se os exames complementares de diagnóstico são comparticipados em 15 % ou se estabelecem penalidades ou impostos reguladores);
- c) A política do governo actua sobre as preferências do sector privado (por exemplo, propaganda, persuasão: «A escolha é sua, tabaco ou saúde.»).

A incoerência e contradição entre políticas públicas sectoriais, por exemplo, ambiente e indústria, é apresentada por VAISON (1973), com o caso dos detergentes, na sua maior parte altamente poluentes e já proibidos nessa altura, mas para os quais existia uma política favorável à produção.

Considerando agora as políticas privadas, estas podem afectar a política governamental, constituindo eventualmente sérias restrições à mesma, sendo, por exemplo,

originadas em grupos de pressão (a Ordem dos Médicos tem jogado esse papel em diversos momentos). As políticas privadas podem ainda ter efeitos públicos desde que atinjam grupos extensos da sociedade.

O aborto mostra também as inter-relações entre políticas públicas e privadas com alcance público. A política formulada por um governo pode ser «proibir o aborto em qualquer circunstância», mas, na realidade, ser realizado em algumas instituições. Contrariamente, um governo pode «permitir o aborto em determinadas circunstâncias», mas os hospitais não o realizarem. Neste caso, a política real é que o aborto não está ao alcance de muitas mulheres, sendo um exemplo de restrição à política pública (governamental) por uma política privada.

5. Processo e componentes

As políticas são o *output* de um processo desenvolvido em determinado contexto. Para analisar e elaborar uma política é necessário estudar ou conhecer o processo decisório e o contexto em que este foi desenvolvido.

Quando a política é elaborada num contexto de crise, aparecerão, voluntariamente ou não, determinadas componentes directamente relacionadas com ela (custo de medicamentos, dos exames complementares de diagnóstico, da reabilitação, etc.). As componentes de uma política podem ser individualizadas de maneira diversa, não existindo regras universais. Por exemplo, as quatro componentes da política da OMS para a Europa são:

- A equidade;
- Os cuidados primários;
- A cooperação intersectorial;
- A participação da população.

Podem apreciar-se no *quadro 2.2*, «Finalités d'une politique de santé», uma maneira de formular finalidades e objectivos gerais de uma política e no *quadro 2.4*, «Algumas componentes a considerar na análise de uma política de saúde», elementos que podem ser considerados na análise ou na elaboração de uma política de saúde.

Relativamente ao processo decisório, é semelhante, na sua primeira fase, à habitual resolução de problemas (*quadro 2.3*). As componentes podem ser esquematizadas como consta do *quadro 2.4*.

Quadro 2.3

Processo decisório na elaboração de uma política de saúde

Identificação do problema	Procura de soluções alternativas	Seleccção de alternativas	Nova formulação
Autorização	Reformulação eventual	Execução	Avaliação

6. Transparência

Este termo, cada vez mais usado nos últimos anos, refere-se ao conhecimento e percepção do processo decisório das componentes e finalidades de uma política da parte dos formuladores (transparência interna) e do público ou grupos-alvo (transparência externa).

A transparência pode, eventualmente, ser prejudicial para os propósitos da política, como é facilmente compreensível no caso da política nuclear, da defesa ou cambial, mas é altamente benéfica quando são admitidas alterações ou quando se pretende uma maior adesão da população.

Quadro 2.4

Algumas componentes a considerar na análise de uma política de saúde

Objectivos gerais ou finalidades.
Valores explícitos e implícitos.
Coerência interna.
Transparência.
Nível de mensuração (possibilidade de medição).
Adequação ao horizonte temporal.
Confiabilidade no grau de compromisso ou vontade política.
Força política para implementação.
População abrangida (extensão, alcance, acessibilidade).
Consequências práticas (positivas e negativas).
Recursos necessários.
Obstáculos previsíveis.
Medida em que a organização actual possibilita a sua implementação.
Medida em que se considera depender (e ou depende) de outros sectores.
Grau em que considera as finalidades do sector ou instituição.
Previsão de actividades de investigação e de ensino pertinentes.

BIBLIOGRAFIA

- BENGOA, R. — *Políticas e Estratégias de Saúde*, Copenhaga, Draft, 1988.
GONÇALVES FERREIRA, F. — *Política de Saúde e SNS*, Lisboa, biblioteca CPC, 1975.
KING, A. — *Studing the Impacts of Public Policies*, s. d., 1975.
LEVY, E., e DELORS, J. — *Reflexions sur l'avenir du système de santé. Contribution à l'élaboration d'une politique sanitaire*, Paris, MP, 1969.
LOPES DIAS — Comunicação pessoal, Lisboa, 1988.
REPÚBLICA PORTUGUESA — Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro.
REPÚBLICA PORTUGUESA — Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro (SNS).
REPÚBLICA PORTUGUESA — Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).
TERRIS, M. — «L'épidemiologie instrument d'orientation de la politique sanitaire», in *Forum mondial de la santé*, 2 (4), pp. 641-654, 1981.
VAISON, R. — «Observações sobre política pública», in *Canadian Journal of Political Sciences*, VI, n.º 4, 1973.
VIANA MONTEIRO — *Formulação e Avaliação de Políticas Públicas*, Lisboa, INA, 1988.
WOLF — «The political processes», in *Journal of Political Science*, VI, n.º 5, Dezembro de 1975.

Capítulo 3 — Planeamento da saúde

1. Conceito

O planeamento é uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real. Esta afirmação, aparentemente teórica, encerra, pelo menos, três premissas:

- 1) A da racionalidade das decisões;
- 2) A da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado;
- 3) A de referir-se ao futuro.

O planeamento não é só uma «forma de diminuir a angústia do futuro», mas de melhorar o futuro segundo os nossos desejos, em moldes de justiça e eficiência.

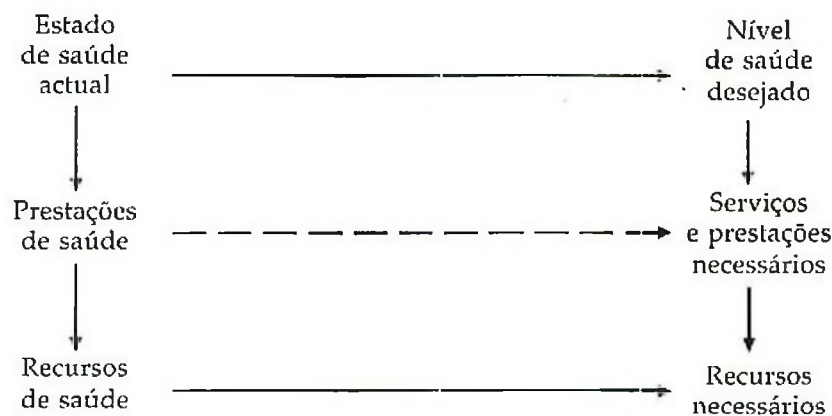
O planeamento da saúde é indissociável (como foi dito no capítulo 1) dos factores que condicionam a mesma: biológicos endógenos, ambiente, hábitos de vida e sistema de cuidados.

Por outro lado, o planeamento das instituições de saúde terá de ter em conta as inter-relações com o ambiente onde estão inseridas. A modificação da realidade significa aceitar uma relação minimamente causal entre acção e resultado, mesmo que neste resultado incida também uma série de factores externos só parcialmente controláveis. No caso concreto da saúde, o reconhecimento da importância dos factores determinantes significará também o reconhecimento da importância da cooperação intersectorial.

Reconheceu-se que é possível e desejável passar de um nível de saúde a outro mais elevado, e, nesta passagem, o factor mais facilmente controlável é a intervenção dos serviços de saúde.

PINEAULT (1986) admite que um modelo de planeamento da saúde que atenda ao nível de saúde da população estabeleça as relações constantes da *figura 3.1*.

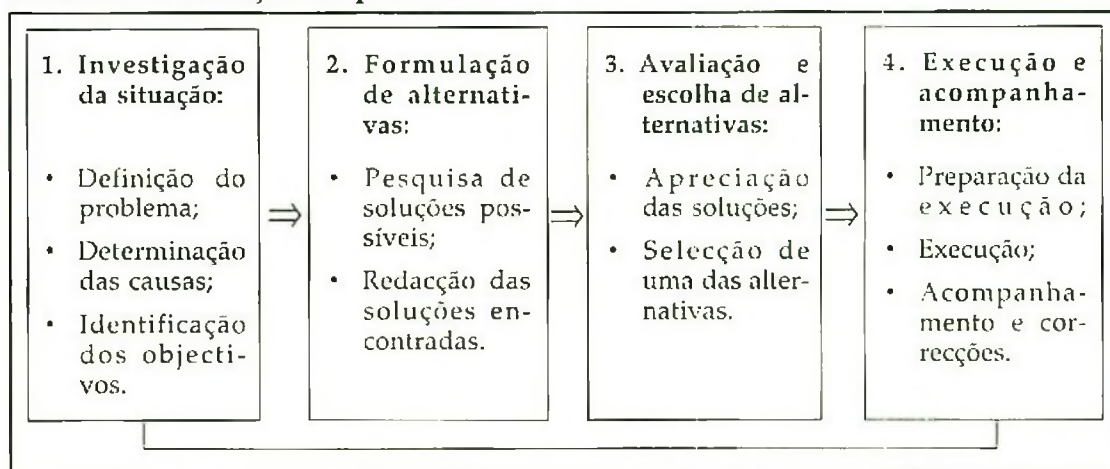
Figura 3.1
Modelo do planeamento da saúde



Adaptado de PINEAULT (1986).

Sendo o planeamento uma aplicação da lógica, o seu processo não difere do clássico «processo de resolução de problemas» segundo STONER (1985) (*figura 3.2*). Esse é o

Figura 3.2
Processo de solução de problemas



Adaptado de STONER (1985).

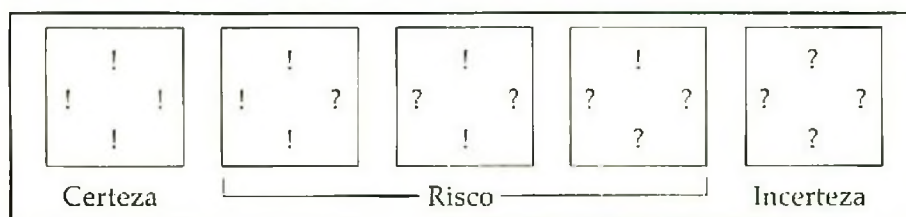
esquema de funcionamento que adoptamos na nossa prática diária e que de maneira mais consciente aplicam os nossos gestores. Repare-se que também não é diferente do ponto de vista lógico do utilizado na clínica (figura 3.3).

Figura 3.3
Processo de decisão clínica



No fundo, todos tomamos decisões para resolvermos problemas diversos, e estas decisões inscrevem-se em horizontes de menor ou maior alcance. Estas decisões são tomadas em condições de maior ou menor segurança, de acordo com o nosso grau de informação e confiança nas tecnologias a aplicar, segundo um *continuum* entre o previsível e o imprevisível (figura 3.4).

Figura 3.4
Contexto na tomada de decisões



Adaptado de STONER (1985).

As decisões são tomadas dentro de uma certa «racionalidade limitada» (SIMON, 1957) condicionada por informações e capacidades. Se bem que muitas vezes sejamos tentados a satisfazer-nos com a primeira solução encontrada, em vez de procurarmos a solução óptima, outras vezes a solução ideal, excelente ou perfeita é praticamente inatingível, porque aperfeiçoar o sistema de informação ou avaliar as alternativas é difícil, caro ou inoportuno. O esquema da resolução de problemas apresentado não realça suficientemente três momentos do planeamento: a elaboração do plano, a execução e a avaliação. Embora pareça evidente, vale a pena distinguir estes três aspectos, porque,

frequentemente, aparecem confundidos com os que integram a elaboração dos planos (figura 3.5).

Figura 3.5
Fases do planeamento



Utilizado inicialmente em sectores económicos, o planeamento foi progressivamente aplicado nos sectores sociais. Só mais tarde se sente a necessidade de planeamento no domínio da saúde. Neste campo foi pioneiro o esforço desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde. Em 1977, na 3.^a Assembleia Mundial, o director-geral da OMS declarou: «Este instrumento, que denominamos 'planeamento da saúde', oferece aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objectivos de saúde, mas também de os traduzirem numa acção correcta de desenvolvimento no domínio da saúde [...]»

Em 1978, na conferência realizada em Alma-Ata, recomendava-se que «os governos aperfeiçoem a estrutura administrativa e apliquem, em todos os níveis, métodos apropriados de gestão para *planearem* e porem em prática os cuidados de saúde primários».

Foi igualmente nos anos 70 que a OMS iniciou experiências de planeamento integrado de saúde em países tão diferentes como a Escócia, a Argélia, a Espanha e Portugal, entre outros.

A metodologia do planeamento integrado assenta numa análise multisectorial de uma comunidade, por oposição à visão puramente sectorial, numa coordenação entre vários níveis (local, regional e central) e no envolvimento no processo das várias partes interessadas: políticos, técnicos e representantes da população.

Este tipo de metodologia vem realçar que o planeamento da saúde não consiste apenas no planeamento dos serviços de saúde, mas requer igualmente o envolvimento de todos os sectores económicos e sociais que condicionam a saúde da população.

Pode definir-se o *planeamento da saúde* como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.

2. Necessidade do planeamento da saúde

Perante este interesse crescente pelo planeamento da saúde, pode pôr-se a questão «porquê planear?», respondendo-se essencialmente através de seis tipos de razões:

- Porque os *recursos* são *escassos* e é preciso utilizá-los da forma mais eficaz e mais eficiente, por forma a resolver o maior número de problemas de saúde ao mínimo custo e com uma eficácia máxima em termos de população abrangida. A única maneira de julgar a eficiência de um recurso em determinado uso é por comparação com outras utilizações alternativas a que poderia destinar-se, o que requer técnicas de planeamento específicas;

- Porque é preciso intervir nas *causas dos problemas*. Uma intervenção pontual resolve o problema naquele momento, mas não prevê o seu reaparecimento no futuro, como, por exemplo, curar uma criança de um problema de nutrição sem intervir na causa levará a que a doença se manifeste de novo;
- Porque é preciso definir *prioridades*. Como não é possível resolver simultaneamente todos os problemas de saúde, há que definir aqueles onde se deve intervir de forma mais intensa;
- Porque há que evitar *intervenções isoladas* de um sector desconhecendo o que os outros sectores têm previsto para aquela área. É o caso, por exemplo, de um centro de saúde tratar dos acidentes rodoviários da sua área sem considerar a rede de estradas;
- Porque há *infra-estruturas* caras que podem apoiar simultaneamente vários equipamentos. Assim, por exemplo, uma captação de água ou a instalação de uma rede de esgotos exigem a existência de um plano de urbanização, que não se compadece com uma pulverização de habitações ou de equipamentos;
- Porque há *equipamentos* que podem ter utilizações polivalentes e apenas mediante um processo de planeamento coordenado se poderá chegar a uma utilização integral dos equipamentos existentes.

LOPES DIAS (1974) refere ainda como razões para o planeamento da saúde, além de algumas das acima referidas, as seguintes:

- O administrador de saúde necessita de entrar em competição com outras *prioridades nacionais* e, por isso, só poderá obter êxito nas suas pretensões se as apresentar sob a forma de planos claramente concebidos e justificados;
- A estrutura da população, as pressões e aspirações sociais modificam-se e os *progressos da medicina* são cada vez mais rápidos. Este processo evolutivo sugere também a necessidade de planear para adaptar os serviços a modificações constantes da situação;
- A complexidade crescente das técnicas conduz também a uma cada vez maior especialização profissional e ao trabalho em equipa pluridisciplinar. O planeamento deve também responder a uma melhor utilização das *aptidões profissionais* dos técnicos de saúde.

3. Planeamento e mudança programada

Pretende-se, com o planeamento da saúde, modificar conscientemente a situação do sector, o que o classifica, do ponto de vista sociológico, como uma mudança social dirigida.

Por esta razão, convém aplicar ao planeamento da saúde alguns factores relacionados com a velocidade e êxito da mudança sócio-cultural.

Assim, a complexidade da mudança proposta pelo plano pode ser um entrave para o seu êxito, e as características dos grupos-alvo, como a idade e a educação, determinarão também a velocidade com que será aceite e implementado. A mudança social programada ou induzida pelo plano dirige-se tanto à população como aos técnicos e, se num caso pode pretender a mudança nos hábitos de saúde, em outros pretenderá uma mudança nos hábitos de trabalho.

O planeamento é um conjunto de decisões programadas, previstas, e o seu resultado é uma mudança sócio-cultural por contacto dirigido, de tipo progressivo, induzido e de mecanismo multicausal. As mudanças sócio-culturais da população que advêm do plano passarão, sucessivamente, por etapas de conhecimento, motivação, apreciação, experimentação e, finalmente, de adopção.

Como se vê, os resultados do plano de saúde têm aspectos culturais, nomeadamente educativos, pelo que a educação sanitária e a formação de pessoal são fundamentais para o êxito de um plano. Por esta razão, por exemplo, no IV Plano de Fomento português cada programa agregado tinha um programa de educação sanitária de apoio, ou,

actualmente, nos programas prioritários das administrações regionais de saúde prevêem-se acções de formação.

Os valores culturais fundamentais da população e o prestígio pessoal resultante da adopção da mudança proposta representarão também factores a considerar na estruturação dos programas. Pelas mesmas razões, deverão ser tidas em conta as características pessoais dos trabalhadores do sector, a adequação dos métodos e técnicas a utilizar e o valor económico da mudança proposta.

4. Participação da população

Frequentemente, insiste-se na importância da participação da população nos programas de saúde. Esta participação é fundamental, mas a sua instrumentação não é fácil, embora seja essencial que a população, no seu conjunto, chegue a uma grande autonomia na estruturação do seu próprio futuro de saúde. Neste sentido concorre um dos princípios da Organização Mundial de Saúde — «uma opinião pública esclarecida e uma cooperação activa da população são de importância capital para a promoção da saúde dos povos» —, embora não nos elucide sobre as maneiras de a instrumentar.

O relatório do director-geral da Organização Mundial de Saúde à Assembleia Mundial de Saúde já em 1979 ratificava também estes princípios:

- Os cuidados de saúde devem ser estruturados em função dos hábitos da população e responder às suas necessidades reais;
- Os cuidados de saúde primários devem formar um todo integrado, com escalões complementares uns dos outros;
- Os cuidados devem articular-se com outros sectores de desenvolvimento comunitário (agricultura, educação, etc.);
- A população local deve participar activamente na concepção e administração das actividades, a fim de que elas sejam exactamente adaptadas às necessidades e prioridades do nível local, sendo as decisões o fruto de um diálogo contínuo entre população e serviços.

Em 1985 as *Metas da saúde para todos* (OMS Euro, 1986) retomam com insistência a participação da população, pelo menos, em duas delas: a n.º 30 (coordenar os recursos da comunidade pelo sistema de cuidados de saúde primários) e a n.º 34 (planear e gerir os recursos). Em relação à primeira, a OMS sugere «conselhos de saúde nos quais os representantes da comunidade, dos sectores de saúde e outros possam analisar conjuntamente os planos de saúde locais e determinar os contributos que cada sector pode dar para a melhoria da saúde na comunidade». Na meta n.º 34 fala-se em «processos de gestão do desenvolvimento em saúde centrados na realização da *saúde para todos, envolvendo as comunidades e todos os sectores com relevo*».

É possível identificar dois tipos de participação: formal e informal, cada uma delas com diferentes possibilidades a nível local, regional ou nacional. A participação formal da população requer normas institucionais e medidas legais, mas requer também agentes de saúde abertos para esta colaboração e aptos a responder às necessidades da população.

Em Portugal, por exemplo, «o Regulamento dos Centros de Saúde (1983) prevê a existência de comissões consultivas de saúde formadas por elementos representativos da comunidade». «A composição destas comissões (director do centro de saúde e representantes da autarquia local, corporação de bombeiros, misericórdia local e professores primários da área do centro) permite uma articulação com serviços de grande influência no sector da saúde: a autarquia, com responsabilidades na saúde ambiental; os bombeiros, no transporte de doentes; a misericórdia, no bem-estar social, e os professores, no campo educativo. O seu funcionamento tem sido, no entanto, irregular e em alguns locais nunca funcionou.

Alguns exemplos demonstram a utilidade destas comissões como elementos de coordenação e de participação. Durante a elaboração do Plano Integrado do Alentejo, as comissões consultivas dos centros de saúde dos distritos abrangidos por esse plano e, em

1985, as do distrito de Viana do Castelo também funcionaram na elaboração do diagnóstico da situação para o Plano de Saúde do Alto Minho, mas não se trata de uma tarefa fácil. Por um lado, a maior parte dos médicos directores dos centros de saúde não têm formação nem motivação específica sobre este assunto. Por outro lado, os representantes da população ou de serviços são motivados, por vezes, por interesses não directamente ligados com a saúde.» (LOPES DIAS e IMPERATORI, 1988.)

Outros exemplos de participação formal no nosso país são a participação que os sindicatos e outras organizações de base tiveram na elaboração do Plano para 1977-1980 e o próprio Conselho Nacional do Plano, previsto na actual Lei do Plano.

A participação informal evidencia-se sobretudo a nível local e é tradicionalmente usada na resolução de problemas concretos de saúde pública. Mas o papel da população não se deve limitar à simples participação em actividades de educação sanitária, mas numa co-responsabilidade na programação, gestão e avaliação dos serviços de saúde.

Uma forma de participação informal da população está prevista no Regulamento dos Centros de Saúde, através do funcionamento do corpo de voluntários, entidade que também não tem funcionado por falta de técnicos que a promovam.

5. Tempo e espaço no planeamento

A natureza dos objectivos a atingir e das decisões a tomar e os prazos em que se enquadram estes elementos determinam diferentes tipos de planeamento.

Do ponto de vista do horizonte temporal, os planos classificam-se em longo, médio e curto prazos, com horizontes aproximados de dez, cinco e um anos, respectivamente. Esta tem sido a classificação utilizada em Portugal no planeamento da saúde. No entanto, também é possível aplicar a classificação de planos estratégicos, táticos e operacionais. Estas duas classificações tendem a coincidir, como se pode observar na *figura 3.6*, adaptada de McCONKLEY (1981).

Figura 3.6

Planeamento segundo o horizonte e o tipo de actividades

Planeamento	Horizonte	Actividades
ESTRATÉGICO	5-10 anos	Definições políticas. Grandes orientações.
TÁCTICO	3-5 anos	Distribuição de novos recursos.
OPERACIONAL	1 ano	Gestão de operações.

Adaptado de McCONKLEY (1981).

O planeamento estratégico ocupa-se das decisões básicas, que constituirão um marco de referência para os planeamentos mais detalhados (tático, operacional), de maneira a dar coerência às decisões durante o período. Por isso, utiliza prazos maiores. Para alguns o planeamento estratégico é uma actividade característica da direcção por duas razões: tem acesso a todas as informações necessárias à decisão e é fundamental para o ulterior compromisso de todo o pessoal.

O planeamento operacional seria, assim, característico de níveis inferiores da organização, preocupando-se com actividades mais coerentes.

As rápidas descobertas tecnológicas e as mudanças políticas fazem com que os planos estratégicos de longo prazo sejam cada vez menos frequentes no sector da saúde, podendo mesmo afirmar-se que neste sector os planos estratégicos têm horizontes menores.

Por estas razões, é difícil admitir os planos normativos, tal como descritos por DE SMIT e RADE (1981), que os associam aos planos «de política» (*normative or policy planning*), que corresponderiam ao cumprimento das finalidades da organização (quadro 3.1).

Quadro 3.1
Objecto do planeamento segundo os diferentes níveis

Nível	Objecto
Normativo	Ideais
Estratégico	Finalidades
Táctico	Objectivos
Operacional	Meios
	Recursos
	Organização de actividades

Adaptado de DE SMIT e RADE (1981).

Se retomarmos a classificação segundo os prazos, diremos que os planos de longo prazo são de carácter geral e só traçam orientações para um futuro desejável, dadas as rápidas mudanças da tecnologia médica e da situação epidemiológica, os de médio prazo são mais detalhados do que os anteriores e, por último, os planos a curto prazo contêm tudo o necessário para a acção, mas são habitualmente menos ambiciosos, por utilizarem quase sempre os recursos e as tecnologias disponíveis na área.

Para PINEAULT (1986) a «distinção entre os diferentes níveis de planeamento nada tem de absoluto nem dogmático. O importante é compreender a ordem hierárquica segundo a qual estes níveis são estabelecidos em relação a diferentes tipos de objectivos e igualmente no referente às relações lógicas que existem entre eles.»

Se, por um lado, o planeamento estratégico do sector da saúde dá lugar a planos tácticos e operacionais de nível regional, também é verdade que o nível regional pode ter os próprios planos estratégicos. Aproximamo-nos, assim, da noção de espaço no planeamento e da de área de programação.

A definição de uma área de programação deverá obedecer a determinados critérios, como, por exemplo, dispor de recursos permanentes de saúde, incluir unidades político-administrativas completas ou ter dimensão populacional suficiente.

As áreas locais relativamente pequenas deverão agrupar-se em regiões, o que permitirá aproveitar a existência de recursos mais especializados nos centros urbanos.

Do ponto de vista psicológico, também é conveniente que a área básica de programação seja uma área local, para promover a participação activa das autoridades locais de saúde e evitar a centralização dos planos, com o consequente divórcio entre planificadores e executores (OPS/OMS, 1965).

Temos de admitir que haja planos dos níveis nacionais, regionais e locais e que cada um destes exista do ponto de vista estratégico, táctico ou operacional.

A formulação do plano poderá realizar-se a partir do nível local ou, pelo contrário, do nível nacional. A opção de uma ou outra modalidade varia de país para país, apresentando ambas vantagens e inconvenientes, resultantes do contexto onde são aplicadas. Uma abordagem simultânea seria a ideal: a nível central definir-se-iam as grandes linhas de actuação que seriam concretizadas a nível local num constante processo de *feedback*.

Em todo o caso, convém que os planos elaborem alternativas para todos os níveis de programação, cuja formulação poderá ser feita em cada uma das fases do planeamento, ou por níveis geográficos, ou ainda em relação à utilização dos recursos (alternativas máxima e mínima). Para a elaboração das alternativas deverão ser definidas as funções a nível local, regional e nacional e, naturalmente, a maneira de elaboração do plano.

O plano nacional não será necessariamente elaborado com base nas características médias do país. Cada nação está constituída por um mosaico de comunidades com diferente nível de saúde e de desenvolvimento, existindo entre elas distâncias geográficas e culturais. Se considerarmos também que o nível de saúde resulta da acção de factores ambientais, demográficos e sócio-culturais, é evidente que as características de saúde poderão variar também de uma região para a outra.

O planeamento da saúde está condicionado a alguns factores, entre os quais:

- A complexidade do ambiente externo (factores que influenciam o nível de saúde da população, elementos do sistema de saúde, competição intra-sectorial, etc.);
- A rapidez, já assinalada, das mudanças tecnológicas;
- A complexidade do processo administrativo (existência de níveis de cuidados e de administração, complexidade dos mecanismos de regulação do sistema, burocracia, etc.);
- Intervalo apreciável entre a decisão e o resultado (os resultados de uma decisão política em saúde medem-se por indicadores de impacte com um prazo apreciável).

Alguns obstáculos também têm condicionado o planeamento da saúde:

- A falta de informação válida e actualizada, incluindo a informação de retorno;
- A ausência de formulação formal de uma política de saúde;
- Experiências anteriores negativas, como os antigos planos rígidos e centralistas.

Por último, também na saúde, outros factores influenciam o planeamento: a natureza do elemento planeado, o tamanho da instituição, o grau de centralização e o estilo de gestão dos seus dirigentes.

6. Fases do processo de planeamento

Do conceito de planeamento da saúde decorrem as principais fases do seu processo, que se encontram descritas no esquema junto: diagnóstico da situação, definição de prioridades, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação (*figura 3.7*). O planeamento da saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico. Não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la. Da mesma forma, uma vez concluída a etapa de avaliação, haverá que voltar de novo à etapa de recolha e análise de dados, à luz das modificações entretanto existentes.

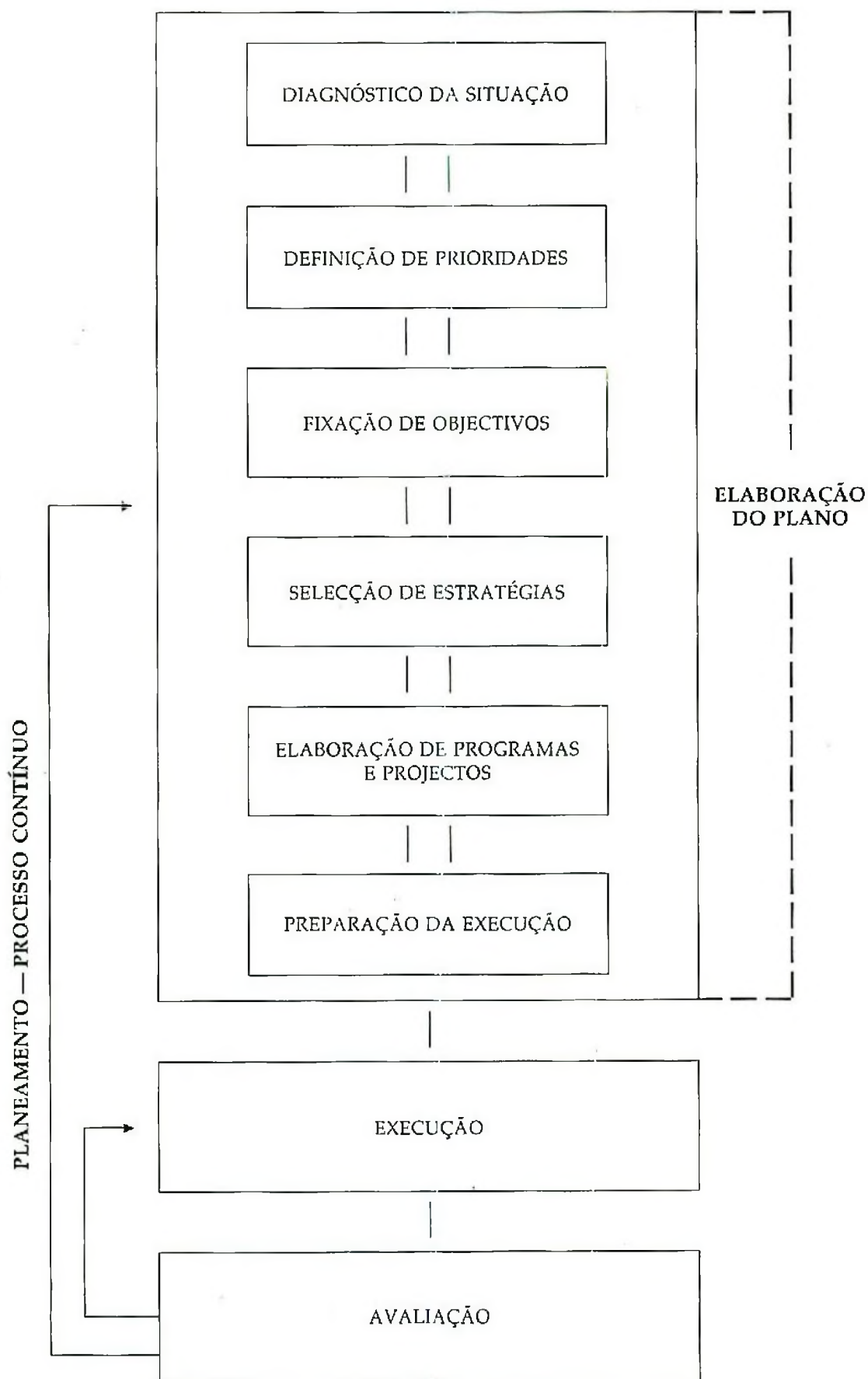
As primeiras fases do planeamento assim sistematizado correspondem ao planeamento estratégico, sendo a programação já uma etapa do planeamento operacional. É evidente que a avaliação deve ser preparada antes de ser realizada e, por isso, fica implicitamente incluída em dois momentos: a fixação de objectivos e a elaboração de programas e projectos. Na primeira fixar-se-ão os padrões de resultado ou impacte do plano; na segunda, os de produção, desempenho, etc.

O *diagnóstico da situação* deve ter como principais características ser suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais, por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respectivos factores condicionantes, suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas e, fundamentalmente, sucinto e claro para ser facilmente lido e apreendido por todos e para que não se gastem demasiadas energias nesta fase, prejudicando as seguintes.

No fim desta fase deverão definir-se os principais problemas de saúde, entendidos estes, fundamentalmente, como situação de doença e medidos em termos de morbi-mortalidade. Os problemas de saúde não devem ser, assim, identificados, nem ao nível dos seus condicionantes, nem ao nível das respostas, carências de equipamento ou de pessoal, que deverão ser identificados separadamente.

Na *definição de prioridades* seleccionar-se-ão os problemas de saúde que serão resolvidos e com este fim utilizam-se critérios de diversa ordem, como, por exemplo, a dimensão

Figura 3.7
Principais etapas no processo de planeamento da saúde



do problema, a transcendência social, a transcendência económica ou a sua vulnerabilidade.

A *fixação de objectivos* em relação aos problemas definidos como prioritários exige, antes de mais, a determinação da evolução natural dos problemas e da respectiva tendência. O objectivo será o enunciado do resultado desejável do problema, alterando a tendência da sua evolução. A fixação de objectivos quantificados é imprescindível à avaliação dos resultados de um plano, pelo que deve ser feita de uma forma cuidadosa e tão realista quanto possível.

A *selecção de estratégias* permite escolher um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo. Nesta fase dever-se-ão estudar estratégias alternativas para atingir um mesmo objectivo, que serão submetidas a decisão superior. Dessa proposta de estratégias alternativas deverá constar uma estimativa grosseira dos custos e uma avaliação e adequação dos recursos futuros. Caso se considere que os recursos são insuficientes, haverá que rever as estratégias inicialmente propostas e retroceder à fase anterior para proceder a uma revisão de objectivos. Em caso contrário passar-se-á à fase seguinte.

A *elaboração de programas e projectos* é a primeira fase do planeamento operacional e consiste essencialmente no estudo detalhado das actividades necessárias à execução, parcial ou total, de uma determinada estratégia, que visa atingir um ou vários objectivos. A elaboração de programas exige que se tenham em consideração as suas principais componentes, designadamente a identificação dos seus responsáveis, a fixação dos objectivos operacionais ou metas, o estudo dos custos e seu financiamento.

Como atrás se disse, a análise da factibilidade financeira dos programas poderá conduzir a uma revisão das fases anteriores, tendo em vista adequar os recursos necessários aos recursos existentes e àqueles que é possível conseguir até ao fim do período do plano.

A *preparação da execução* é extremamente importante para o bom êxito de um programa ou projecto. Dever-se-á nesta fase especificar a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, definir os calendários de execução e cronogramas e escolher quem será o responsável pelo seu acompanhamento.

Finalmente, na *fase de avaliação* haverá que distinguir entre a avaliação a curto prazo, só possível através dos indicadores de processo ou actividade que serviram para fixar metas, e uma avaliação a médio prazo, que se faz em relação aos objectivos fixados em termos de indicadores de impacte ou resultado. Daqui deriva que a avaliação anual é, essencialmente, uma avaliação das actividades dos serviços de saúde, enquanto a de médio prazo é uma avaliação dos resultados obtidos nos principais problemas de saúde.

Terminada a avaliação, haverá que voltar à primeira fase do planeamento, actualizando o diagnóstico da situação, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, sendo essencial que o planeamento seja um processo dinâmico e contínuo.

BIBLIOGRAFIA

- DE SMIT, J., e RADE, N. — *Rational and Non-Rational Planning. Long Range Planning*, vol. 13, 1981, p. 90.
- LOPES DIAS, J. — *Noções de Planeamento Sanitário*, Lisboa, ENSP, 1974.
- LOPES DIAS, J., e IMPERATORI, E. — «Cuidados primários adequados — alguns comentários à situação portuguesa», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.ºs 1-2, Lisboa, ENSP, Janeiro-Junho de 1988.
- McCONKLEY, D. — «Strategic planning in non-profit organizations», in *Health Management Forum*, Outono de 1981, pp. 64-65.
- OMS, Bureau Regional da Europa — *Metas da Saúde para Todos no Ano 2000*, Lisboa, Ministério da Saúde, DEPS, 1986.
- OPS/OMS — *Programación de la Salud. Problemas Conceptuales y Metodológicos*, Washington, 1965.
- PINEAULT, R., e DAVELUY, C. — *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montreal, Agence d'Arc, Inc., 1986.
- Regulamento dos Centros de Saúde, Despacho ministerial n.º 97/83, Decreto-Lei n.º 93/83, de 22 de Abril.
- SIMON, H. A. — *Models of Man: Social and Rational*, Nova Iorque, Wiley, 1957.
- STONER, J. — *Administração*, Rio de Janeiro, Prentice Hall do Brasil, 1985.

Capítulo 4 — Evolução histórica do planeamento do sector da saúde em Portugal

1. Evolução da estrutura de planeamento da saúde

A preparação do Plano Intercalar de Fomento (1965-1967), primeiro plano que incluiu um capítulo de saúde, fez-se com base numa estrutura de planeamento ainda muito incipiente.

Para a preparação do III Plano de Fomento (1968-1973) contou-se já com um grupo de trabalho permanente no âmbito da Comissão Interministerial de Planeamento, embora não existisse ainda uma estrutura de planeamento com funções permanentes.

Em 20 de Agosto de 1970 (Decreto n.º 397/70) é criado no Ministério da Saúde e Assistência o Gabinete de Planeamento, órgão técnico directamente dependente do Ministério e destinado a assegurar e coordenar a actuação do Ministério na preparação e execução dos planos de fomento e a estabelecer as convenientes ligações com os órgãos centrais e interministeriais de planeamento. O Gabinete de Planeamento da Saúde surge, assim, na sequência de legislação (Decreto-Lei n.º 49 194, de 19 de Agosto de 1969) que determinou a criação de gabinetes de planeamento nos departamentos governamentais com responsabilidades na preparação e execução dos planos de fomento.

Simultaneamente com o Gabinete de Planeamento foram criados nas Direcções-Gerais de Saúde, da Assistência e dos Hospitais núcleos de planeamento, vindo a reforçar, assim, a estrutura de planeamento.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, relativo à organização do Ministério da Saúde e Assistência, é criado o Gabinete de Estudos e Planeamento, ao qual são cometidas as funções do anterior Gabinete de Planeamento.

Com a criação das Administrações Distritais de Serviços de Saúde (ADSS) (Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de Setembro) passa a existir a nível distrital um embrião de uma função de planeamento, embora tal função não apareça de uma forma explícita no texto legal. É de destacar que foi a partir daqui que se deixa de ter um plano unicamente elaborado a nível central. O Plano para 1979-1984, preparado em 1978, é o primeiro a utilizar esta estrutura distrital de planeamento, ainda que incipiente.

Entretanto, a nova legislação sobre as ARS (que substituíram as antigas ADSS) — Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho — consagra, finalmente, a sua função de planeamento, ao estabelecer no artigo 3.º: «As ARS têm por atribuições planear e gerir coordenadamente as acções que envolvem a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação, promovendo o máximo aproveitamento, ao menor custo, dos recursos existentes nas estruturas do sector oficial e do sector privado de saúde.»

Por outro lado, a nível local, o Regulamento dos Centros de Saúde (Despacho Normativo n.º 97/83, de 28 de Fevereiro) cria o serviço de planeamento nos centros de saúde, vindo, assim, a reforçar a estrutura de planeamento a esse nível.

Estava, assim, completa uma estrutura de planeamento desde o nível central ao nível local.

Seguidamente, o Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março, que cria a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, vem reforçar esta estrutura de planeamento a nível central. Com efeito, cria, como serviço de assessoria do director-geral, a Divisão de

¹ Adaptado e actualizado de GIRALDES, «Contributos para a análise da experiência de planeamento do sector da saúde», *Planeamento Económico em Portugal*, lições da experiência, colecção «Nova Universidade», 1984.

Planeamento e Avaliação, à qual «cabe, em geral, a participação no planeamento global, constituindo o núcleo de planeamento dos cuidados primários para colaboração com o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde e apoio ao planeamento da acção da DGCSP [...]».

A recente Lei n.º 48/90 (Lei de Bases da Saúde) define as ARS como responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, competindo-lhes coordenar a prestação de cuidados de saúde a todos os níveis. A estas ARS, de competência alargada tanto aos cuidados de saúde primários como diferenciados, cabe, designadamente, «propor os planos de actividade e o orçamento respectivo, acompanhar a sua execução e deles prestar contas». Fica, assim, alargado, mesmo que não tenha ainda sido posto em prática, o poder de actuação, a nível do planeamento da saúde, das ARS.

Para além da criação desta estrutura de planeamento no âmbito do Ministério da Saúde, assistiu-se também, no âmbito de algumas comissões de coordenação regional — do Norte, do Centro e do Alentejo —, ainda que de maneira não formal no caso destas últimas, à criação de núcleos de planeamento da saúde. É de destacar o papel desempenhado pela Comissão de Coordenação Regional do Alentejo na elaboração do Plano de Saúde do Alentejo.

Finalmente, se a estrutura técnica do planeamento da saúde se encontra bastante avançada, já o mesmo não se poderá dizer da estrutura participativa.

A Lei n.º 31/77, de 23 de Maio, lei que reorganizou a orgânica de planeamento, previa a criação de conselhos sectoriais junto de cada ministério que garantissem a participação e intervenção das organizações de trabalhadores e entidades representativas das actividades económicas ou sociais na elaboração e acompanhamento da execução dos planos. Este conselho sectorial de planeamento nunca chegou a ser criado no sector da saúde.

Recentemente, a Lei n.º 43/91, de 27 de Julho (Lei-Quadro do Planeamento), revoga a Lei n.º 31/77 e, quanto a este aspecto participativo, menciona apenas o Conselho Económico e Social, referindo que a ele compete «a participação no processo de elaboração dos planos, bem como a apreciação de relatórios da respectiva execução».

2. Análise comparada dos planos de desenvolvimento

Ir-se-ão comparar as várias experiências de planeamento, desde o Plano Intercalar de Fomento (1965-1967) até ao Plano para 1979-1984, de duas perspectivas principais: a evolução na metodologia de elaboração dos planos e a evolução no conteúdo desses planos, ou seja, nas respectivas opções de desenvolvimento.

2.1. Análise da metodologia de elaboração dos planos

Relativamente à evolução na metodologia de elaboração dos planos, verifica-se, em primeiro lugar, um aprofundamento da análise da situação a partir do IV Plano de Fomento, o que foi coincidente com a evolução da estrutura de planeamento, designadamente com a criação do Gabinete de Planeamento da Saúde e dos núcleos de planeamento nas direcções-gerais. A este diagnóstico da situação mais aprofundado correspondeu uma identificação dos problemas mais precisa, o que originou, conseqüentemente, uma programação mais detalhada. Introduziu-se pela primeira vez a noção de «programa agregado», derivado do conceito de programa finalizado, utilizado no planeamento da saúde em França no início da década de 70, e considerou-se como *programa agregado* o conjunto homogéneo de programas e de medidas de política ao serviço de um ou vários objectivos comuns quantificáveis através de indicadores de resultado ou de impacto.

Assim, por exemplo, o programa agregado «Protecção materno-infantil» é composto pelos seguintes programas concorrentes para um mesmo objectivo: valências materno-infantis em centros de saúde, maternidades e serviços de obstetrícia em hospitais distritais e concelhios, serviços de pediatria em hospitais distritais e concelhios, profilaxia mental

infantil, infantários e jardins-de-infância, formação de pessoal e investigação de apoio à protecção materno-infantil.

A fixação dos objectivos a atingir com os planos de desenvolvimento sofreu também uma evolução neste período. De um mero enunciado verificado no Plano Intercalar de Fomento e no III Plano de Fomento passa-se, com o IV Plano de Fomento, a uma tentativa de quantificação dos objectivos finais, através, por um lado, de indicadores de saúde mais significativos — esperança de vida à nascença, mortalidade infantil, mortalidade neonatal, mortalidade materna, percentagem de partos sem assistência, mortalidade proporcional de 1-4 anos e percentagem de óbitos sem certificação médica — e, por outro, de indicadores relativos às principais causas de morte evidenciadas no diagnóstico da situação. Em relação a estes indicadores, procedeu-se à estimativa da tendência de evolução natural para 1980 e fixou-se o valor desejável naquele ano, tendo presente o valor desse indicador noutros países com características semelhantes e as disponibilidades materiais e humanas com que era possível contar a médio prazo.

No Plano para 1977-1980, além desta quantificação de objectivos em termos de indicadores de saúde, procedeu-se ainda à quantificação de objectivos intermédios, objectivos dos programas, em termos de valores a atingir no período do plano.

No Plano para 1979-1984 procedeu-se pela primeira vez à fixação de objectivos relativamente a indicadores de impacto dos serviços, como, por exemplo, o movimento de consultas externas e urgências em hospitais e a percentagem de cobertura de categorias da população pelo centro de saúde.

Verifica-se ainda como importante avanço metodológico uma maior participação, a partir da elaboração do Plano para 1979-1984, dos serviços periféricos no planeamento. Até então os planos haviam sido elaborados a nível central, com a participação apenas dos serviços centrais. Naquele plano, pela primeira vez, procedeu-se a um envolvimento das estruturas distritais — as ADSS —, o que, apesar dos seus reduzidos meios técnicos, em alguns casos, constituiu um passo importante na prática do planeamento da saúde.

2.2. Análise do conteúdo dos planos

A análise do conteúdo dos planos e das respectivas opções de desenvolvimento (v. anexo) faz ressaltar a evolução verificada no que respeita a uma *política de cuidados de saúde primários*. Assim, o Plano Intercalar de Fomento refere, no domínio da saúde pública, a conclusão do estudo do plano nacional de vacinações e o prosseguimento da educação sanitária da população. Refere ainda, sob uma rubrica separada, a criação de novos dispensários materno-infantis e o reequipamento e remodelação dos existentes, sem que seja feita qualquer relação entre ambas as rubricas.

Ainda não se falava então nem na criação de centros de saúde nem numa política de cuidados de saúde primários.

O III Plano de Fomento refere pela primeira vez a criação de centros de saúde, referindo como objectivo a «extensão efectiva à periferia de serviços de saúde adequados através da criação de uma rede de centros de saúde». Simultaneamente, com este objectivo, é, no entanto, curioso que refira a ampliação da rede de dispensários materno-infantis e o alargamento do raio de acção de cada dispensário distrital até ao concelho e freguesia, sem fazer ainda referência a que esta valência materno-infantil seria efectivamente um embrião dos mesmos centros de saúde, instalados a partir do início da década de 1970.

O IV Plano de Fomento não introduz alterações neste domínio, havendo apenas referências às actividades a desenvolver pelos centros de saúde, designadamente em matéria de protecção materno-infantil, saúde escolar e doenças transmissíveis.

O Plano para 1977-1980 é o primeiro a referir explicitamente o domínio dos cuidados de saúde primários, o que corresponde, de certa forma, a uma tendência internacional neste sentido, designadamente da Organização Mundial de Saúde, que organiza em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata (URSS). Dá prioridade à «fusão de todos os serviços que prestam cuidados de saúde primários num único serviço local, o centro de saúde comunitário». Passa-se, assim, de uma visão

de criação de serviços a uma óptica da respectiva integração e a uma atenção à qualidade dos serviços prestados. É, com efeito, referida neste plano a necessidade da melhoria qualitativa dos centros de saúde existentes, que deverão passar a funcionar como autênticas unidades de cuidados primários inseridas na comunidade e em ligação estreita com todos os outros níveis de prestação de cuidados.

Finalmente, o Plano para 1979-1984 dá ainda um passo em frente neste domínio, ao considerar os cuidados de saúde primários como o nível prioritário de intervenção. Volta a referir a necessidade de fusão dos serviços, a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços prestados e a instalação dos centros de saúde ainda não existentes ou a funcionar em instalações deficientes e, além disso, faz também referência à necessidade de desenvolvimento das actividades dos centros de saúde, de saúde materno-infantil, planeamento familiar, saúde escolar, controle das doenças transmissíveis, protecção sanitária do ambiente, saúde oral, oftalmologia, saúde mental e cuidados de manutenção nas doenças de evolução prolongada. O centro de saúde, de valência materno-infantil que havia sido inicialmente, tende, assim, a transformar-se num verdadeiro serviço de cuidados de saúde primários.

Um outro aspecto importante da análise do conteúdo dos planos é o relativo à referência a um *serviço nacional de saúde*. O IV Plano de Fomento menciona pela primeira vez um sistema nacional de saúde que vise assegurar gradualmente à população o exercício do direito à saúde, unificar o planeamento e coordenar a gestão dos serviços públicos e quase-públicos de saúde, ampliar os esquemas de prevenção da doença e de promoção da saúde e melhorar a qualidade dos cuidados de natureza curativa e de reabilitação e garantir aos profissionais de saúde melhores condições de exercício e carreiras de âmbito nacional.

Só o Plano para 1977-1980, no entanto, faz referência a um serviço nacional de saúde, mencionado pela primeira vez na Constituição de 1976 (artigo 64.º), e refere a institucionalização do serviço nacional de saúde até 1980, de forma a alcançar-se uma prestação de cuidados de saúde primários e diferenciados completos e integrados que abranja a totalidade da população com regalias idênticas, independentemente da sua forma de actividade, residência ou nível económico.

O Plano para 1979-1984 retoma a referência ao serviço nacional de saúde do plano anterior, referindo a necessidade, com vista à sua concretização, da aprovação da lei de bases do SNS, da regulamentação e implantação dos órgãos do SNS, da definição do estatuto e carreiras dos profissionais do sector e da criação de processos de participação dos utentes.

É também o Plano para 1977-1980 o primeiro plano a fazer referência à *regionalização dos serviços de saúde*, retomada pelo Plano para 1979-1984. Refere aquele plano a descentralização dos serviços, de forma a assegurar a sua hierarquização técnica e complementaridade e a racionalização dos serviços, com vista a proporcionar a toda a população idênticas facilidades no acesso aos serviços de saúde e à sua utilização.

O fomento das *condições do ambiente favoráveis à saúde* é pela primeira vez referido no IV Plano de Fomento, designadamente no que se refere a dotar as populações com infra-estruturas adequadas de abastecimento de água potável, redes de esgotos e recolha e tratamento de lixos e ainda no que respeita à luta contra a poluição do ar, da água e do solo. Este aspecto é retomado pelo Plano para 1977-1980, que considera como domínio de intervenção prioritária o saneamento do ambiente, em estreita ligação com o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.

A análise do conteúdo dos planos, em aspectos mais específicos, revela que a *tuberculose* é mencionada como domínio autónomo no Plano Intercalar e no III Plano de Fomento, deixando de ser mencionada a partir de então. O Plano Intercalar de Fomento refere, neste domínio, entre outras medidas, a intensificação da profilaxia, incluindo uma campanha sanitária a nível nacional. O III Plano de Fomento menciona ainda o alargamento do esquema de serviços de carácter preventivo e o estabelecimento de nova orgânica de serviços periféricos, assim como o melhoramento das instalações de três sanatórios e a construção de quatro novos edifícios para serviços anexos a estabelecimentos existentes. Para se avaliar da evolução na política de saúde neste domínio basta recordar que não existem neste momento sanatórios e que a valência de

pneumologia faz parte dos hospitais gerais, devido, por um lado, à diminuição da incidência e da importância desta doença e, por outro, à utilização de novos fármacos e métodos de tratamento.

Um outro aspecto de pormenor diz respeito ao domínio dos *cuidados de saúde diferenciados*, em que no Plano para 1977-1980 se faz pela primeira vez referência, para além de actividades de construção e remodelação, à adopção de medidas organizacionais capazes de diminuir a demora média e impedir o acesso às unidades hospitalares sem referência do centro de saúde ou do médico privado e ainda à humanização dos antigos hospitais, através da reconversão das grandes enfermarias, instalação de salas de convívio e melhoria das condições de conforto. Estes aspectos são retomados no Plano para 1979-1984.

Um aspecto que ressalta da análise do conteúdo dos planos, como uma constante em todos eles, é o da *fixação de pessoal na periferia*. O Plano Intercalar e o III Plano de Fomento referem este objectivo no que respeita à fixação do pessoal hospitalar. No IV Plano de Fomento, embora no texto final do plano não seja mencionado de forma individualizada este aspecto, nos trabalhos preparatórios do plano refere-se, em relação a todo o pessoal de saúde: «incremento da formação e aperfeiçoamento constante de todo o pessoal técnico indispensável ao correcto funcionamento do sistema e sua mais equitativa distribuição regional e periférica». Tanto o Plano para 1977-1980 como o Plano para 1979-1984 referem igualmente a adopção de medidas de política capazes de levar pessoal qualificado até à periferia e promover a sua fixação.

A *formação de pessoal* surge igualmente como objectivo comum a todos os planos. Este aspecto é particularmente tratado a partir do III Plano de Fomento, no qual se propõe a realização de cursos intensivos de preparação de administradores hospitalares, de cursos de aperfeiçoamento de pessoal de direcção e chefia, de cursos para pessoal administrativo na periferia e de cursos intensivos de actualização para médicos; refere-se ainda neste plano pela primeira vez a reforma do ensino médico. O Plano para 1977-1980 refere pela primeira vez a criação de estruturas de formação permanente, numa óptica de melhoria da qualidade dos serviços, e volta a referir a revisão do ensino da medicina, numa óptica de medicina comunitária.

3. Principais limitações do planeamento da saúde em Portugal

As principais limitações do planeamento da saúde derivam de uma vasta gama de factores que vão desde a falta de envolvimento político até à dissociação entre o planeamento e a gestão ou às dificuldades de realizar um planeamento coordenado com sectores afins do sector da saúde.

A *falta de envolvimento político* no planeamento conduz a decisões políticas pontuais sem um compromisso efectivo com um planeamento de médio prazo. Estas decisões pontuais em determinados domínios, como, por exemplo, o da construção de equipamento de saúde, têm conduzido a opções onerosas para o país, na medida em que se têm traduzido na prática por uma proliferação de construções (caso dos ex-SMS) e por um incorrecto dimensionamento dessas unidades (caso de alguns centros de saúde sobre-dimensionados e de algumas unidades hospitalares subdimensionadas). O tomar-se em consideração um projecto de regionalização dos serviços de saúde, como um marco de referência, seria muito útil neste domínio.

Em contrapartida, a ausência, em determinado período, de decisão política em domínios como, por exemplo, o da integração dos cuidados de saúde primários conduziu a duplicações de serviços e a ineficiências que o planeamento não conseguia ultrapassar.

A *dissociação entre o planeamento e a gestão* consiste numa outra limitação do planeamento da saúde. Resulta, por um lado, da falta de envolvimento no planeamento de técnicos que terão a seu cargo a execução dos planos e ainda da dificuldade em conjugar a resolução de problemas prementes com um planeamento efectivo. O facto de as ADSS/ARS terem começado a participar no processo de planeamento a partir de 1978, com a preparação do Plano para 1979-1984, tem vindo a resolver parcialmente o problema, no que respeita ao envolvimento no planeamento dos serviços de cuidados de

saúde primários. Já no que respeita aos cuidados de saúde diferenciados se tem verificado um grande afastamento entre as estruturas de planeamento de nível central e os gestores hospitalares.

Acresce a isto a falta de coordenação entre os vários departamentos a nível central, o que conduz a desfasamentos entre a programação física e a orçamental.

A *dificuldade em realizar um planeamento coordenado com os sectores afins do sector da saúde* tem constituído uma outra limitação do planeamento da saúde. Como se sabe, o nível de saúde está relacionado com o saneamento do meio. Da mesma forma, uma melhoria significativa nas condições de alojamento de determinados estratos populacionais ou a elevação no nível educacional terão eventualmente efeitos mais espectaculares no nível de saúde do que um investimento directo em serviços de saúde. Os hábitos alimentares e a higiene da alimentação são também determinantes do nível de saúde. No entanto, todos os aspectos enunciados não são administrados pelo Ministério da Saúde, pelo que seria de desejar um planeamento coordenado. Aqui tem residido uma das dificuldades do planeamento do sector, que apenas em casos pontuais tem conseguido uma coordenação efectiva.

A crise do planeamento a nível central tem sido, no entanto, ultrapassada a nível distrital. A esse nível consegue-se o envolvimento dos gestores dos serviços, evitando-se a dissociação entre o planeamento e a gestão e a participação dos vários factores determinantes da saúde, ultrapassando as dificuldades de um planeamento coordenado.

Surgiram, assim, o Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança, experiência piloto de planeamento, à qual se seguiu o Plano de Saúde do Alentejo e o Plano de Saúde de Castelo Branco.

A partir de 1984, cada ARS elabora o seu plano de actividades anual, onde inclui programas prioritários e actividades de rotina. Os programas prioritários podem ser de dois tipos — nacionais ou unicamente distritais —, tendo sido os nacionais definidos por consenso entre a DGCS e as ARS.

Assim, foram programas prioritários nacionais, no período de 1984-1991, a saúde materno-infantil e a hipertensão arterial e, desde 1992, as doenças cardíaco-cérebro-vasculares e os tumores malignos. Para os triénios de 1989-1991 e 1992-1995, além das orientações anuais, a DGCS emitiu orientações estratégicas que permitissem elaborar planos distritais trienais.

A forma dos planos distritais está determinada pela resolução do Conselho de Ministros n.º 34/87, existindo fichas normalizadas para a sua apresentação com a finalidade de facilitar a sua análise. Estes planos anuais são aprovados pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, no cumprimento da delegação de funções do ministro da tutela.

Anexo

Objectivos ou domínios de intervenção prioritária estabelecidos nos planos de desenvolvimento

1. Plano Intercalar de Fomento (1965-1967)

Foram os seguintes os objectivos fixados:

Saúde pública:

- Desenvolvimento da investigação aplicada e do ensino através da reorganização do Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge e da criação da Escola Nacional de Saúde Pública;
- Conclusão do estudo do plano nacional de vacinações;
- Prosseguimento, a ritmo mais intenso e de modo sistemático, da educação sanitária da população.

Protecção materno-infantil:

- Criação escalonada de novos dispensários materno-infantis;
- Reequipamento e remodelação dos existentes.

Tuberculose:

- Intensificação da profilaxia, incluindo uma campanha sanitária a nível nacional;
- Melhoramento e aperfeiçoamento dos meios e instalações de tratamento;
- Estruturação e realização do plano de readaptação ao trabalho;
- Reorganização dos serviços pela simplificação e racionalização do trabalho;

Saúde mental:

- Preparação do pessoal médico, de enfermagem e outro, em número e com a qualidade necessária, para a concretização dos diversos objectivos;
- Criação e desenvolvimento das actividades de profilaxia das doenças e anomalias mentais;
- Alargamento dos serviços de saúde mental por forma a atingir as populações que vivem afastadas dos grandes centros;
- Aumento do número de camas hospitalares para doentes mentais;
- Desenvolvimento dos serviços de saúde mental infantil;
- Reorganização dos serviços de acordo com os princípios estabelecidos na Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963.

Assistência hospitalar:

- Prosseguimento da construção de hospitais centrais e regionais;
- Continuação da construção de centros de recuperação;
- Promoção do estabelecimento de carreiras de médicos e técnicos auxiliares e de condições para a sua fixação nos centros regionais;
- Estruturação de uma rede de transporte de doentes;
- Prosseguimento da política de reapetrechamento hospitalar.

2. III Plano de Fomento (1968-1973)

Objectivos de ordem geral:

- Adequada reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e Assistência, designadamente pela publicação da respectiva lei orgânica;
- Sistemática e continuada coordenação de todas as medidas respeitantes à saúde e bem-estar social das populações;
- Formação de pessoal em número suficiente e criação de condições necessárias à sua fixação.

Objectivos específicos:

Saúde pública em geral:

- Extensão efectiva à periferia de serviços de saúde adequados através da criação de uma rede de centros de saúde;
- Fomento da investigação e desenvolvimento da epidemiologia e da estatística sanitária;
- Prosseguimento da vacinação e educação sanitária das populações e combate às doenças infecciosas, endemias rurais e doenças parasitárias.

Saúde escolar:

- Desenvolvimento de planos de cobertura do país em estreita coordenação com os programas de promoção da saúde pública.

Protecção materno-infantil:

- Ampliação da rede de dispensários por todo o território metropolitano e alargamento do ramo de acção de cada dispensário distrital até ao concelho e freguesia;
- Colaboração activa nos programas de educação sanitária, sobretudo nos aspectos ligados à protecção da vida da mãe e da criança;
- Criação de creches e jardins-de-infância a instalar, de preferência, nas áreas em que se registam taxas mais altas de mão-de-obra feminina.

Tuberculose:

- Alargamento do esquema de serviços de carácter preventivo e estabelecimento de nova orgânica de serviços periféricos;
- Instalação de postos fixos de radiorastreio nas capitais de distrito que ainda os não possuam e substituição do edifício do centro de profilaxia de Lisboa;
- Melhoramento das instalações de três sanatórios e construção de quatro novos edifícios para serviços anexos a estabelecimentos existentes;
- Preparação de pessoal.

Saúde mental:

- Criação de novos centros de saúde mental. A cada centro serão agregados hospitais de dia, lares de convalescentes, centros de trabalho e estabelecimentos complementares;
- Conclusão das obras do Hospital Psiquiátrico Dr. Magalhães Lemos e melhoria das instalações dos hospitais psiquiátricos existentes;
- Criação de serviços de recuperação de doentes mentais;
- Preparação de pessoal.

Oncologia:

- Adaptação, ampliação e reapetrechamento das instalações do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil;
- Criação de centros regionais no Porto, em Coimbra e em Évora;
- Articulação destes serviços com os hospitais gerais.

Assistência na doença em geral:

- Reorganização dos hospitais, mediante a publicação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento Geral dos Hospitais;
- Aumento do número e qualidade das camas hospitalares, mediante a construção de dois hospitais centrais (um em Coimbra e outro em Lisboa) e de quinze hospitais regionais. Destes, nove foram já previstos pelo Plano Intercalar, encontrando-se três (Beja, Bragança e Funchal) em conclusão e seis (Faro, Portalegre, Castelo Branco, Viana do Castelo, Aveiro e Évora) em fase de elaboração do projecto ou início das obras;
- Estabelecimento de um programa de fixação de pessoal hospitalar;
- Realização de cursos intensivos de preparação de administradores hospitalares, de cursos de aperfeiçoamento de pessoal de direcção e chefia e de cursos para pessoal administrativo na periferia;
- Realização de cursos intensivos de actualização para médicos;
- Aproveitamento para maternidades das camas actualmente desaproveitadas em hospitais sub-regionais. Projectam-se ainda a remodelação e ampliação da Maternidade Júlio Dinis, no Porto, a ampliação da Maternidade Dr. Alfredo da Costa e a construção de nova unidade para substituir a Maternidade Magalhães Coutinho;
- Para acelerar o ritmo de formação de pessoal de enfermagem propõe-se a criação de novas escolas, quer a nível central, quer regional, com capacidade para 460 alunos;
- Propõe-se ainda a criação de lares para pessoal de enfermagem próximo dos hospitais centrais como atractivo para a fixação de pessoal de enfermagem.

3. IV Plano de Fomento (1974-1979)

Os objectivos gerais e os domínios prioritários de intervenção fixados no IV Plano de Fomento foram os seguintes:

Promoção da procura dos meios determinantes da saúde: a promoção da procura dos meios determinantes da saúde é considerada prioritária, dado que vasta camada da população ainda recorre de forma insuficiente aos serviços de saúde, quer por falta ou deficiência destes, quer por insensibilidade às vantagens individuais e colectivas oferecidas pela acção preventiva. Caberá, assim, aos centros de saúde irem ao encontro das populações, em vez de aguardarem que sejam por elas procurados.

Saneamento do ambiente: fomento das condições do ambiente favoráveis à saúde. Consiste em dotar as populações com infra-estruturas adequadas de abastecimento de água potável, redes de esgotos, recolha e tratamento de lixo. Incluem-se aqui acções a programar sob a rubrica «Criação de condições de salubridade nos aglomerados populacionais» do capítulo «Habitação e urbanismo». Complementarmente, um programa de subsídios a conceder às câmaras municipais permitirá ocorrer a situações de emergência criadas por focos de insalubridade. Relaciona-se ainda com o presente objectivo a política a seguir no campo da «preservação do ambiente e protecção à Natureza» do capítulo do ordenamento do território, designadamente na parte respeitante à luta contra a poluição da água, do ar e do solo.

Controle da morbilidade e mortalidade: o «controle da morbilidade e da mortalidade» requer actuação em domínios muito diversos, como a dieta alimentar e a higiene da alimentação, a protecção materno-infantil, a saúde escolar, a morbilidade e mortalidade por doenças transmissíveis, os acidentes de viação, a saúde mental, a oncologia, a morbilidade e mortalidade por acidentes de trabalho e doenças profissionais e a morbilidade e mortalidade por doenças crónicas.

Dieta alimentar e higiene da alimentação: prevêm-se iniciativas dirigidas a sectores populacionais específicos — mulheres grávidas, crianças do grupo etário dos 0-5 anos e população escolar dos ensinos pré-primário/oficial e ciclo preparatório.

Protecção materno-infantil: a vigilância regular de grávidas (nos centros de saúde), a assistência no parto e pós-parto (em maternidades e serviços de obstetrícia de hospitais distritais e concelhios), a assistência a crianças até aos 5 anos de idade (em centros de saúde, escolas e jardins-de-infância e serviços de pediatria dos hospitais distritais e concelhios) e a observação de recém-nascidos em maternidades para efeitos de profilaxia mental (rastreamento de fenilcetonúria) são as principais formas de intervenção previstas neste domínio.

Saúde escolar: impõe-se a vigilância médica regular, em valências de saúde escolar dos centros de saúde, dos alunos dos 5 aos 14 anos de idade, incluí-los nos programas de vacinação e alargar as acções de prevenção de cáries dentárias ao maior número possível de alunos.

Doenças transmissíveis: as actividades concorrentes dos centros de saúde, o saneamento do meio e a promoção e defesa da sanidade pecuária constituem os temas de intervenção previstos neste domínio.

Acidentes de viação: a redução da frequência desses acidentes e da gravidade das consequências que os mesmos têm acarretado (mortes e incapacidades) impõe-se quer através de acções preventivas (melhoria das estradas, acções de natureza educativa, etc.), quer curativas (sistema de transporte de sinistrados, primeiros socorros no local do acidente, adequados serviços de urgência e de traumatologia hospitalares, serviços de sangue, etc.) e de reabilitação.

Saúde mental: visa-se intensificar acções de natureza preventiva, através da profilaxia das toxicomanias e do alcoolismo e de profilaxia mental infantil e alargar e melhorar a rede de serviços, para além de incluir um programa de bolsas de estudo destinadas a estimular a formação de pessoal qualificado.

Oncologia: tem-se em vista a melhoria e alargamento das instalações e do equipamento do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, a conclusão dos centros anticancerosos do Porto e de Évora e a construção do de Coimbra.

Prevê-se ainda a coordenação das actividades exercidas neste domínio pelos serviços competentes dos Ministérios da Saúde e da Educação Nacional, nomeadamente no campo da prevenção primária e secundária e sua extensão à periferia.

Acidentes de trabalho e doenças profissionais: salientam-se as providências que visam a melhoria das condições de higiene, salubridade e segurança do trabalho, em que o Ministério da Saúde e Assistência terá de coordenar as respectivas acções com o Ministério das Corporações e Previdência Social.

Doenças crónicas: visa-se o controle da diabetes, sem descurar as acções a desenvolver pela rede de serviços de saúde quanto aos reumatismos e às doenças cárdio-vasculares.

Sistema nacional de saúde: assegurar a prestação dos serviços de saúde necessários através de um sistema nacional de saúde, que visa:

- Assegurar gratuitamente à população o exercício do direito à saúde, referido no Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro, sem distinção de carácter económico ou da natureza da organização prestadora ou garante dos serviços;
- Unificar o planeamento e coordenar a gestão dos serviços públicos e quase-públicos da saúde;
- Ampliar os esquemas de prevenção da doença e da promoção da saúde e melhorar a qualidade dos cuidados de natureza curativa e reabilitadora;
- Garantir aos profissionais da saúde melhores condições de exercício e carreiras de âmbito verdadeiramente nacional.

Esquema de seguro-doença: alargamento da cobertura da população por esquemas adequados de seguro-doença. Prevêm-se medidas no sentido de estender os regimes de previdência a categorias para-profissionais ainda não abrangidas e de generalizar a cobertura dos trabalhadores rurais pelo regime especial. Por outro lado, concorrerão para a melhoria do referido seguro o aumento dos subsídios, pensões e indemnizações relacionados com a doença ou os acidentes de trabalho.

Este plano, que foi posto em causa com o 25 de Abril de 1974, acabou por ser parcialmente executado, como planos anuais, até à decisão tomada pelo 1.º governo constitucional de elaborar um plano para o período de 1977-1980.

4. Plano para 1977-1980

São consideradas como prioridades do sector da saúde:

Serviço Nacional de Saúde: a institucionalização do Serviço Nacional de Saúde até 1980, de forma a alcançar-se uma prestação de cuidados de saúde primários e diferenciados, completos e integrados, que abranja a totalidade da população com regalias idênticas independentemente da sua forma de actividade, residência ou nível económico.

Regionalização dos serviços de saúde: a regionalização dos serviços de saúde até 1980, o que implica, entre outros aspectos:

- Descentralizar os serviços, de forma a assegurar a sua hierarquização técnica e complementaridade;
- Racionalizar os serviços, com vista a proporcionar a toda a população idênticas facilidades no acesso aos serviços de saúde e à sua utilização.

Cuidados de saúde primários: no domínio dos cuidados de saúde primários dar-se-á prioridade:

- À fusão de todos os serviços que prestam cuidados de saúde primários num único serviço local, «centro de saúde comunitário», que deverá estar em efectivo funcionamento em todo o país até 1980;
- À melhoria qualitativa dos centros de saúde existentes, que deverão passar a funcionar como autênticas unidades de cuidados primários, inseridos na comunidade e em ligação perfeita com todos os outros níveis de prestação de cuidados;
- À instalação integral até 1980 dos centros de saúde ainda não existentes ou a funcionar em instalações deficientes.

Saneamento do ambiente: em estreita ligação com o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, considera-se como domínio de intervenção prioritária o do saneamento ambiental, em especial o básico, devendo ser definidas, em conjunto com os responsáveis por este sector, as prioridades de actuação no próximo quadriénio, tendo em atenção, em especial, as áreas que apresentam piores índices sanitários.

Cuidados diferenciados: no domínio dos cuidados diferenciados constituem campo de actuação prioritária:

- A adopção de medidas organizacionais capazes de: melhorar a gestão através da definição de normas; diminuir a demora média; impedir o acesso às unidades hospitalares sem referência do centro de saúde ou do médico privado; introdução de uma gestão económico-financeira dos hospitais uniformizada e equilibrada;
- A humanização dos antigos hospitais através de: reconversão das grandes enfermarias; instalação de salas de convívio; melhoria das condições de conforto (roupas, distribuição de alimentos, etc.);
- A construção, ampliação ou remodelação dos hospitais da periferia das áreas metropolitanas, em ligação com o planeamento das zonas hospitalares do Grande Porto e da Grande Lisboa;
- O estudo do redimensionamento das unidades hospitalares existentes e consequente ajustamento segundo as áreas que servem;
- A estruturação dos serviços de urgência;
- O estudo da viabilidade de conversão em hospitais centrais dos hospitais existentes em Vila Real, Braga, Évora e Faro, o que constituirá um dos passos da regionalização dos serviços de saúde.

Saúde mental: no sector da saúde mental dar-se-á prioridade:

- À definição de uma política capaz de dotar as equipas, a nível distrital, de pessoal suficiente;
- À construção ou beneficiação de instalações;
- À activação das estruturas do hospital de dia;
- Ao desenvolvimento da psiquiatria infantil.

Pessoal de saúde: no domínio do pessoal de saúde considera-se prioritária:

- A formação de pessoal de base, indispensável ao funcionamento e expansão dos serviços de saúde, de acordo com as prioridades acima referidas;
- A criação de estruturas de formação permanente numa óptica de melhoria da qualidade de serviços;
- A revisão do ensino dos cursos de médicos numa óptica de medicina comunitária;
- A valorização do «clínico geral», para o que se torna indispensável a revisão de uma política de formação e especialização e o estudo e reorganização das carreiras médicas;
- A adopção de medidas de política capazes de levar pessoal qualificado até à periferia;
- A definição do estatuto dos trabalhadores de saúde;
- A articulação dos serviços que têm a seu cargo a formação de pessoal no MEIC e no MAS.

5. Plano para 1979-1984

Foram as seguintes as prioridades definidas no Plano de Médio Prazo para 1979-1984:

Criação e implantação do SNS: a criação e implantação do SNS implicou, com vista à sua concretização: a aprovação da lei de bases do SNS; a regulamentação e implantação dos órgãos do

SNS; a definição do estatuto e carreiras dos profissionais do sector e a criação de processos de participação/envolvimento dos utentes.

Regionalização dos serviços de saúde: a regionalização dos serviços de saúde pressupõe a melhoria da organização dos recursos, designadamente pela racionalização da rede de serviços, articulação dos cuidados primários com os diferenciados e utilização intensiva dos meios disponíveis e a descentralização de competências e de recursos.

Planeamento e gestão: a gestão racional e eficaz dos serviços de saúde constitui um apoio essencial ao melhor funcionamento dos serviços. Nesse sentido, propõe-se um esforço de melhoria da gestão económico-financeira a todos os níveis e de planeamento ascendente, assente em adequada informação estatística e na análise epidemiológica indispensável.

Cuidados de saúde primários: os cuidados de saúde primários constituem o nível prioritário de intervenção do Plano para 1979-1984, do que decorre especial atenção para a generalidade das acções do seu âmbito.

No domínio dos cuidados primários dá-se prioridade, no decurso dos próximos seis anos:

- À fusão de todos os serviços que prestam cuidados de saúde primários num único serviço local, o «centro de saúde», que deverá estar em efectivo funcionamento em todo o país até fins de 1981;
- À melhoria qualitativa dos centros de saúde existentes, os quais deverão passar a funcionar como autênticas unidades de cuidados primários, inseridos na comunidade e em articulação perfeita com os níveis seguintes de prestação de cuidados, bem como à extensão do âmbito e à melhoria da qualidade das suas actividades, que deverão incluir, além dos cuidados de saúde já neles prestados, também atendimento permanente, cuidados domiciliários e actividades comunitárias;
- À instalação integral até 1981 dos centros de saúde ainda não existentes ou a funcionarem em instalações deficientes;
- Ao desenvolvimento das actividades de saúde materno-infantil — incluindo o planeamento familiar —, saúde escolar, controle das doenças transmissíveis, protecção sanitária do ambiente, saúde dentária, oftalmologia, saúde mental e cuidados de manutenção nas doenças de evolução prolongada;
- Ao atendimento permanente, às actividades na comunidade, à assistência domiciliária e ao trabalho em equipa, como forma de organização do centro de saúde.

Cuidados diferenciados: no domínio dos cuidados diferenciados constituem campo de acção prioritária:

- A continuação do programa em curso de construção e ampliação da rede hospitalar, não se considerando possível, face à limitação de recursos, incrementar o ritmo de criação de camas hospitalares no período do plano além dos empreendimentos em estudo ou em curso;
- A beneficiação e apetrechamento dos estabelecimentos hospitalares com vista à melhoria da qualidade de serviços prestados;
- À adopção de medidas organizacionais capazes de diminuir a demora média e promover o acesso habitual às unidades hospitalares apenas por indicação do centro de saúde ou médico privado;
- À humanização dos hospitais, nomeadamente através da reconversão das grandes enfermarias e melhoria das condições de conforto e bem-estar;
- O estudo do rendimento das unidades hospitalares existentes e consequente ajustamento segundo as áreas que servem;
- A reorganização das consultas externas e dos serviços de urgência, no âmbito de uma adequada reorganização dos serviços de saúde, em estreita ligação com o sistema de transporte de doentes;
- A reorganização dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, promovendo, em especial, o aumento da sua rentabilidade.

Recursos humanos: no domínio do pessoal de saúde consideram-se prioritárias:

- A formação de pessoal de base, indispensável ao funcionamento e expansão dos serviços de saúde, designadamente enfermeiros, técnicos de laboratório e radiologia, técnicos auxiliares sanitários e técnicos auxiliares nos campos da saúde dentária e da oftalmologia;
- A formação pós-base de médicos, designadamente em saúde pública, oftalmologia, otorrinolaringologia, estomatologia e psiquiatria, principalmente como apoio aos cuidados primários, e em anatomia patológica, hematologia, anestesiologia e reumatologia, como apoio aos cuidados diferenciados;
- A formação pós-base de enfermeiros, designadamente em obstetrícia, psiquiatria e saúde pública;

- A adopção de medidas de política capazes de dotar a periferia de pessoal qualificado e promover a sua fixação;
- A valorização do clínico geral, para o que se torna indispensável a revisão de uma política de formação e especialização e a reorganização das carreiras médicas.

BIBLIOGRAFIA

- MINISTÉRIO DO PLANO E COORDENAÇÃO ECONÓMICA — *Plano de Médio Prazo para 1977-1980*, capítulo «Saúde», Lisboa, Março de 1977.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, GEP — *Trabalhos Preparatórios do IV Plano de Fomento, Relatório Preliminar*, Lisboa, Novembro de 1971.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, GEP — *Trabalhos Preparatórios do IV Plano de Fomento, Relatório-Programa*, vol. I, Lisboa, Abril de 1973.
- PRESIDÊNCIA DO CONSELHO — *Plano Intercalar de Fomento (1965-1967)*, vol. I, capítulo «Saúde», Lisboa, Imprensa Nacional, 1964.
- PRESIDÊNCIA DO CONSELHO — *III Plano de Fomento (1968-1973)*, capítulo «Saúde», Lisboa, Imprensa Nacional, 1968.
- PRESIDÊNCIA DO CONSELHO — *IV Plano de Fomento (1974-1979)*, t. I, *Metrópole*, capítulo III, «Saúde», Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 1974.
- Projecto de Intervenção Social Articulada no Concelho de Almada*, relatório I, Almada, Maio de 1980.
- Projecto de Intervenção Social Articulada no Concelho de Almada*, relatório II, Almada, Novembro de 1981.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE — *Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança*, vol. I, *Diagnóstico da Situação*, Lisboa, Agosto de 1980.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE — *Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança*, vol. II, *Problemas de Saúde, Objectivos, Estratégias*, Lisboa, 1981.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, GEP — *Trabalhos Preparatórios do Plano para 1977-1980*, vol. I, *Diagnóstico da Situação*, Lisboa, Janeiro de 1977.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, GEP — *Trabalhos Preparatórios do Plano para 1977-1980*, vol. II, *Objectivos e Vias de Solução*, Lisboa, Março de 1977.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, GEP — *Trabalhos Preparatórios do Plano para 1979-1984*, *Objectivos e Vias de Solução*, Lisboa, Agosto de 1978.

PARTE II — DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Capítulo 5 — Diagnóstico da situação

1. Conceito

No processo lógico que é o planeamento o primeiro passo é a elaboração do diagnóstico da situação.

A concordância entre diagnóstico e necessidades determinará a pertinência do plano, programa ou actividades.

Tanto na clínica como em saúde pública, e como em qualquer outro processo de intervenção, só a partir da definição do diagnóstico é que será possível começar a actuação. Esta afirmação é válida independentemente da dimensão do sujeito de programação: país, região, distrito, concelho, aldeia, família ou indivíduo.

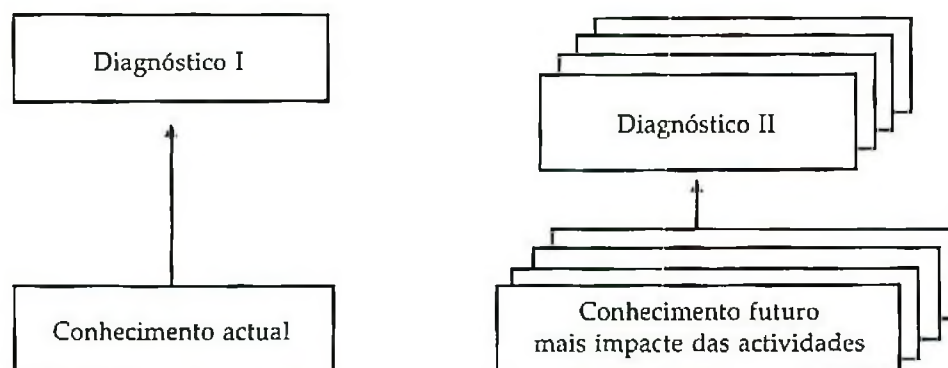
É de ressaltar que, até quando não existe um diagnóstico explicitado da situação, o técnico tem no seu inconsciente um diagnóstico implícito, facto que se observou, por exemplo, em numerosos centros de saúde, onde, sem existir um diagnóstico definido, as equipas tinham, pelo menos, «impressões» que funcionavam como diagnóstico inconsciente e que determinavam as actividades a levar a cabo. Parece desnecessário alertar contra os perigos destas situações, que, de maneira imprecisa e subjectiva, determinam as actividades a realizar.

Outro facto diferente, mas também observável na realidade quotidiana, são os diagnósticos primários ou presuntivos, em que os técnicos, sendo conscientes da insuficiência do diagnóstico, estão à espera de elementos definitivos ou de confirmação.

Uma terceira situação são os diagnósticos completos e correctos, mas desactualizados pelo decorrer do tempo, que pode ter modificado o panorama epidemiológico da área. Tal é o caso do director do centro de saúde que chega ao seu novo cargo e encontra relatórios de diagnóstico com alguns anos de existência.

Directamente ligada com o último caso está a noção dinâmica do diagnóstico, pois este nunca acaba, é uma actividade permanente, resultado das modificações contínuas da realidade e também de o planeamento ser um processo contínuo, cíclico, onde o diagnóstico da situação se relaciona com a etapa de avaliação e com o progressivo melhor conhecimento da situação (figura 5.1).

Figura 5.1
Actualização do diagnóstico



Mais correctamente, em vez de um processo cíclico, tratar-se-ia de um processo em espiral, porque não se volta exactamente ao ponto de partida inicial, mas a um ponto de partida aperfeiçoado.

As modificações da realidade e as dificuldades existentes para a medir devem pôr-nos, no entanto, em guarda contra a tendência, bastante generalizada, para se eternizar o diagnóstico da situação por uma preocupação bem compreensível de perfeição.

O diagnóstico não é um exercício académico e, portanto, deve ser ao mesmo tempo suficientemente rápido para permitir a acção em tempo útil e suficientemente aprofundado para que as medidas de solução sejam pertinentes.

Embora tendo consciência das limitações que uma estimativa deste género pode ter, se tivéssemos de indicar um tempo máximo para esta tarefa, recomendaríamos que não se ultrapassassem os quatro a seis meses, evidentemente dependendo da complexidade da situação, tamanho da área, pessoal disponível para esta actividade, etc.

De tudo o que fica dito, o diagnóstico da situação de saúde funcionará como justificação das actividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas actividades.

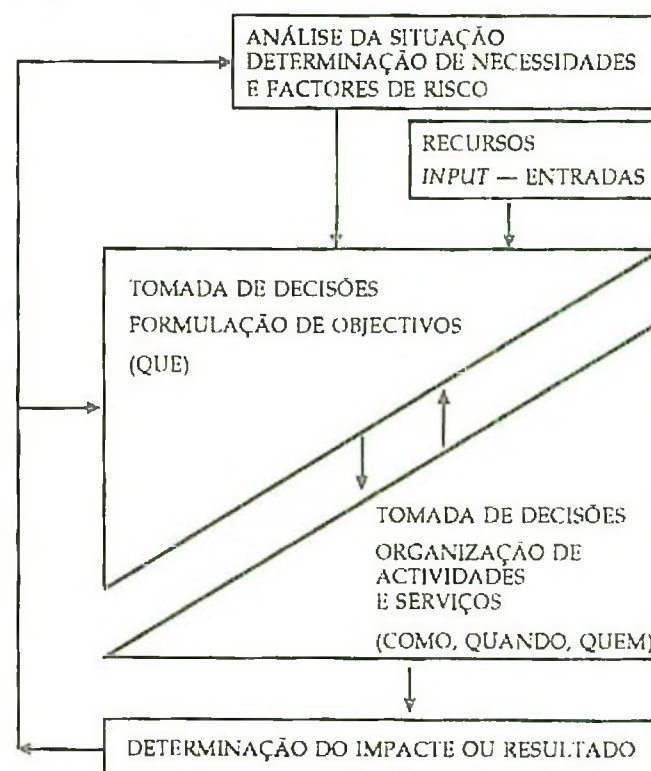
2. O diagnóstico no processo de planeamento

Como já foi dito no ponto anterior, o diagnóstico constitui a primeira etapa do planeamento, relacionando-se directamente com a fase seguinte — a escolha de prioridades — e com a fase final — a avaliação.

Desta maneira, a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades. Será a partir da definição dos problemas de saúde da área, verdadeiro *output* do diagnóstico, que se começará a trabalhar na escolha de prioridades.

Enquanto podem existir dúvidas em relação à situação das outras fases de planeamento, isto não acontece com o diagnóstico. É no primeiro lugar que aparece no esquema apresentado no capítulo precedente e é também no mesmo sítio que se mantém no esquema seguinte (*figura 5.2*).

Figura 5.2
O processo de planeamento



A variante consiste em chamar ao diagnóstico «análise da situação», englobando igualmente nele a determinação das necessidades e dos factores de risco.

Também neste esquema a fase final de avaliação aparece como actividade retroactiva do diagnóstico, denominando-se aqui «determinação do impacte ou resultado».

3. Diagnóstico e necessidades de saúde

O diagnóstico da situação de saúde deverá corresponder às necessidades de saúde da população. Ainda que por razões de simplificação se identifique, por vezes, o diagnóstico com as necessidades, eles não são a mesma coisa. Como veremos mais adiante, o diagnóstico envolve uma noção de causalidade e de evolução prognóstica que não aparece necessariamente no conceito de necessidade.

As necessidades de saúde constituem parte fundamental do diagnóstico, mas não são a sua totalidade.

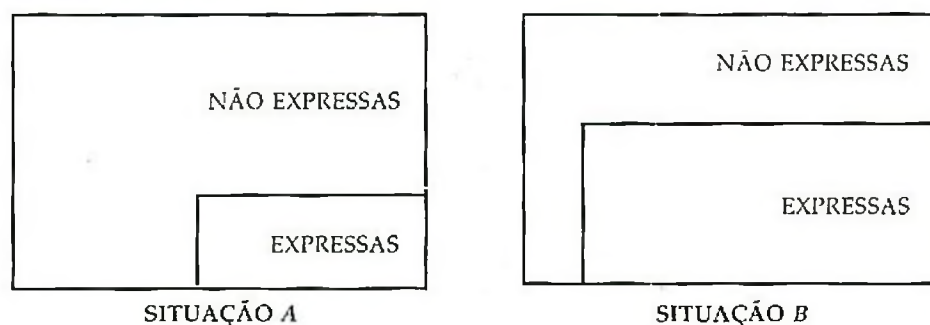
Teoricamente, é fácil admitir a correspondência entre diagnóstico correctamente elaborado e necessidades reais: a dificuldade começa na definição do que é necessidade «real». As aspas significam que a realidade do problema *saúde* depende de certas normas e que não pode ser apreendida à Auguste Comte «a exacta representação do mundo real», quimera que mascara um senso comum cheio de preconceitos (GOLDBERG *et al.*, 1979).

A maior parte das vezes chamam-se necessidades «reais» àquelas determinadas pelos técnicos com as limitações próprias do conhecimento da realidade que já assinalámos. Por isso, parece mais apropriada a denominação de necessidades «normativas» que dá BRADSHAW (1986). Esta versão científica (pseudocientífica ou pretensamente científica) complementa-se com a noção de necessidades de saúde sentidas pela população.

Dentro das necessidades sentidas podemos distinguir as expressas e as não expressas, cuja percentagem em relação ao total das necessidades sentidas é muito variável, segundo o contexto sócio-económico e o tipo de serviços de saúde existente (*figura 5.3*).

Figura 5.3

Necessidades sentidas



Por outro lado, também relacionadas com o diagnóstico da situação, será necessário relacionar e compatibilizar as necessidades de saúde com a oferta e com a procura dos serviços. Este é um dos problemas básicos do planeamento, e por isso na fase de diagnóstico teremos de caracterizar não só a população e as suas necessidades de saúde, mas também os serviços. Lamentavelmente, nem sempre há coincidência entre necessidades sentidas (expressas ou não) e necessidades reais, nem com a procura ou com a oferta de serviços.

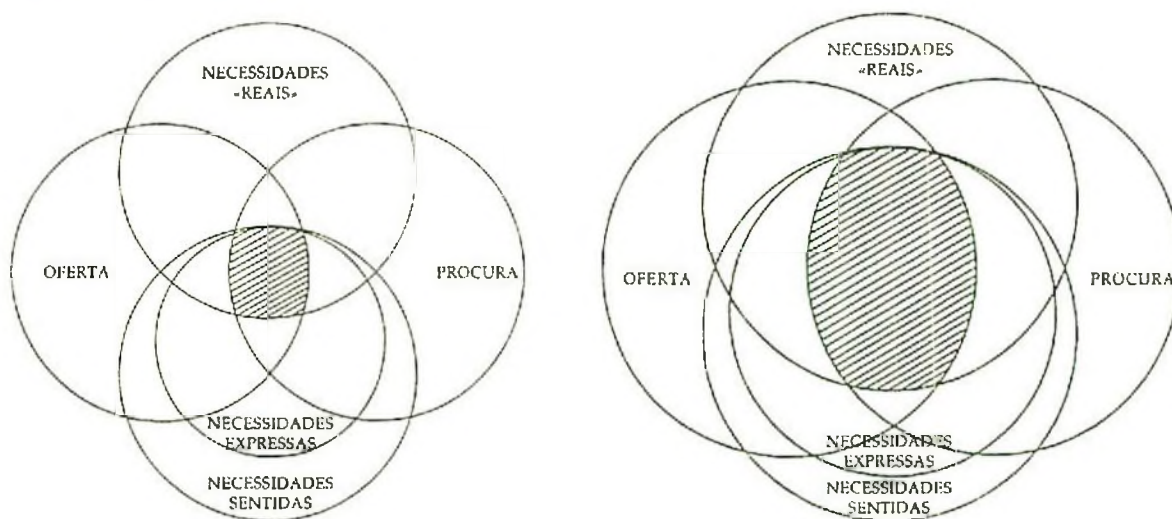
Seria lógico pensar que as necessidades expressas coincidem com a procura e que as necessidades determinadas tecnicamente coincidem com a oferta, mas todos sabemos que, na realidade, as coisas se passam de maneira diferente.

Necessidades expressas e procura estão determinadas ou influenciadas por factores como a consciencialização da população, as suas atitudes face aos problemas de saúde-doença, a percepção dos sintomas, a experiência passada com os serviços de saúde e com a atracção dos próprios serviços, que, por sua vez, depende do seu pessoal e de diversas componentes da sua «aceitabilidade» e «acessibilidade» (distância, estação do ano,

custo, etc.). Como já assinalado, a procura pode não corresponder a uma necessidade «real» da população e dever-se a uma oferta exagerada ou injustificada dos serviços de saúde. É o caso, por exemplo, da medicalização excessiva da população. Da mesma maneira, a oferta pode não corresponder às necessidades (reais ou sentidas), como é o caso de algumas unidades de internamento de centros de saúde francamente sobredimensionadas.

Na figura 5.4 aparecem círculos com diferente grau de coincidência que correspondem às necessidades «reais», sentidas, expressas, à oferta e à procura de serviços de saúde. Na medida em que conseguimos fazer coincidir os círculos, conseguiremos uma situação ideal.

Figura 5.4
Necessidades de saúde



O diagnóstico «científico» deverá ser confrontado ou compatibilizado com as necessidades sentidas pela população ainda por mais duas razões: a primeira, complementar os dados disponíveis; a segunda, aumentar a receptividade às medidas que se venham a propor.

Recordamos agora a conveniência de que as soluções para os problemas tenham em conta as atitudes, opiniões, crenças e imagens da população em relação à saúde. Não é de mais lembrar que a causa da dissociação entre as opiniões e atitudes dos técnicos e as da população tem base em diferenças culturais ou e sociais, situadas, portanto, fora do sector de saúde, tal como é entendido tradicionalmente.

O conhecimento das necessidades sentidas e expressas pela população é importante no diagnóstico, mas também o será na fase de escolha de prioridades e sobretudo no momento da organização das actividades (formulação de estratégias e programação).

Quando as necessidades sentidas se revelarem inviáveis, a reformulação das aspirações implica uma metodologia de intervenção que deve considerar outros processos de mudança sócio-cultural programada.

Para conhecer as necessidades sentidas alguns elementos parecem úteis: a participação da população nos serviços de saúde, a relação médico-doente, os inquéritos de opinião e as técnicas de consenso.

Já em 1957 o Conselho Económico e Social das Nações Unidas recomendara ter em conta as necessidades que sente a população. «Esta não participará nos programas, a menos que obtenha o que necessita. Portanto, o primeiro dever dos responsáveis dos programas é o reconhecimento das necessidades que a população sente. Dever-se-á também ajudar a população a formar um juízo mais exacto de quais são as suas necessidades e da forma de as satisfazer. Por último, as populações deviam ser capazes de reconhecer as necessidades ainda não percebidas e de despertar nelas consciência sobre as mesmas e sobre a importância de as satisfazer.»

4. Diagnóstico e informação

Grande parte da qualidade do diagnóstico dependerá da qualidade e quantidade da informação. Como da correcção, perfeição e profundidade do diagnóstico dependerão as etapas seguintes do planeamento, infere-se a importância substancial dos sistemas de informação.

Nos países em que o planeamento atingiu um grau de elaboração elevado os sistemas de informação tiveram um papel decisivo no processo. O futuro do planeamento depende da informação que fornece os seus *inputs*.

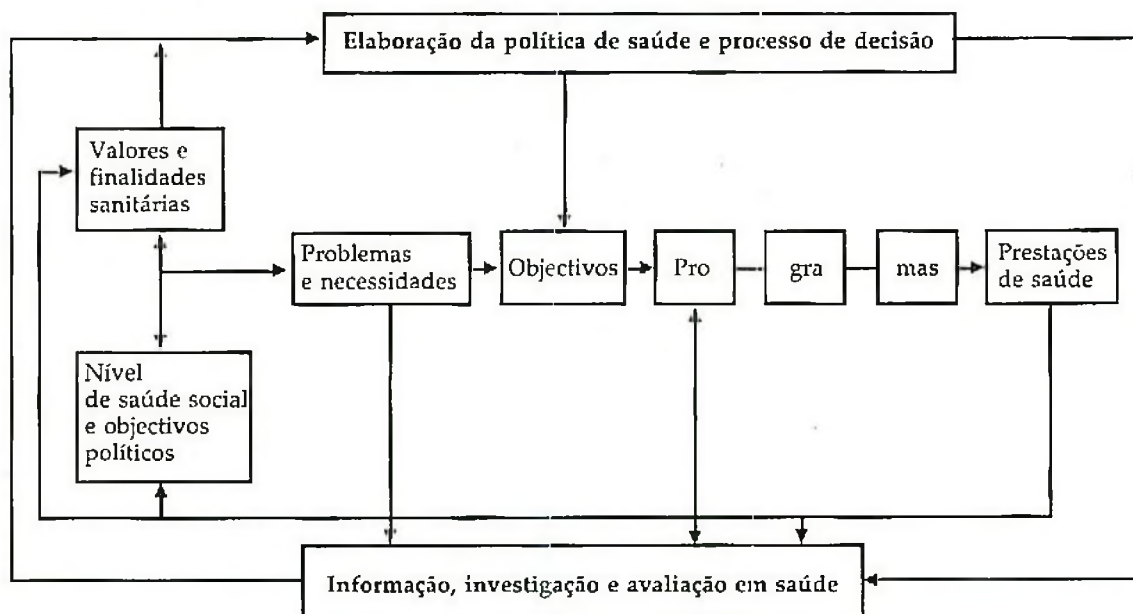
Para planificar é necessário dispor de informações seguras, adequadas e recentes, mas na maior parte das vezes a informação disponível não corresponde às necessidades de planeamento.

A chamada «lei de FINAGLE», que retomaremos no capítulo «Avaliação», elucida sobre as dificuldades existentes neste campo: «Os dados que se desejam não correspondem aos que nos dão; os dados que pedimos não correspondem aos que necessitamos; os dados que necessitamos são impossíveis de obter.»

Por estas limitações de disponibilidade e por problemas ligados à especificidade e sensibilidade dos indicadores, as listas de dados a utilizar em cada situação diagnóstica variam dentro de uma certa latitude.

Na figura 5.5, «Funções da informação, investigação e avaliação no processo de tomada de decisões», pretende-se mostrar as relações destes três elementos com a política de saúde, objectivos, programas e prestações de saúde.

Figura 5.5
Funções da informação, investigação e avaliação
no processo de tomada de decisões



WHITE (1977).

O diagnóstico, caracterizando o nível de saúde da população, pretende medir o seu estado de saúde, obtendo-se, assim, um instrumento para pôr em prática a política de saúde, escolher prioridades, organizar actividades e acompanhar e avaliar os resultados.

Os dados de mortalidade que utilizamos justificam-se, por um lado, pela falta de ambiguidade das constatações de morte e, por outro, porque até agora a morte prematura foi um problema real.

Os dados da morbilidade são de aparição mais recente e têm sido progressivamente trabalhados em forma de taxas de incidência, prevalência, dias de absentismo por morbilidade, número de episódios médicos, etc.

Desde que em 1957 a OMS encarregou um grupo de definir os indicadores necessários para avaliar o nível de saúde e foram propostas a esperança de vida à nascença e ao ano de idade, a taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade proporcional de 50 e mais anos, têm aparecido numerosos indicadores, construídos com diversos fins, quer desagregando indicadores básicos, quer construindo índices globais compostos a partir de indicadores simples.

A título de exemplo, mencionamos o índice-resumo da situação sanitária, elaborado em 1978 no Gabinete de Estudos e Planeamento, utilizado no diagnóstico da situação da saúde portuguesa do Plano para 1977-1980, o índice Q construído em 1970 para permitir a escolha de prioridades para populações indígenas desfavorecidas nos EUA e o de «Anos potenciais de vida perdida», utilizado pelo Ministério da Saúde do Canadá em 1977, que mostra o impacte sócio-económico de causas de morte, com a consequente importância na definição dos problemas (CABASES, 1980).

Também se têm construído índices compostos com dados de morbilidade, como, por exemplo, o proposto para medir o grau de gasto fisiológico dos indivíduos de uma colectividade (Centro de Higiene Aplicada DORIA) com a finalidade de comparar populações e elaborado a partir de testes clínicos, de senescência e sociais.

GOLDBERG e col. agrupam em três as principais críticas aos indicadores baseados nos conceitos de morbi-mortalidade:

- a) Só permitem apreciar parcialmente o impacte sócio-económico dos problemas de saúde;
- b) Dão da saúde uma medida negativa, não dimensionando o fenómeno que pretendem estudar, mas o seu contrário;
- c) Não permitem avaliar correctamente a eficácia do sistema. A crítica maior consiste em que a hipótese de que existe uma relação directa entre o nível de recursos sanitários e o nível de saúde das populações não tem sido verificada.

Apesar destes contributos, continuaremos, por razões cognitivas e operacionais, a utilizar no diagnóstico indicadores de morbilidade e mortalidade, embora reconhecendo as suas limitações. É muito difícil encontrar um indicador que reúna em grau óptimo todas as características idealmente necessárias:

- Especificidade;
- Sensibilidade;
- Fiabilidade;
- Disponibilidade;
- Facilidade de cálculo.

São muito limitados os casos em que no diagnóstico, em vez de indicadores, se utilizam valores absolutos. Do ponto de vista da disponibilidade, a informação pode condicionar o diagnóstico de três maneiras, por ser:

- Inexistente;
- Incompleta;
- Incorrecta.

O processamento da informação e a sua análise poderão também introduzir erros de diagnóstico, e, se bem que estes possam referir-se a áreas relativamente pouco importantes, podem eventualmente levar a empreender esforços ou desviar recursos erradamente, como, por exemplo, pelo estabelecimento de relações de causalidade inexistentes.

5. Elementos e requisitos do diagnóstico

A primeira tarefa do diagnóstico será definir o seu sujeito — a área de programação: trata-se de um facto indispensável para recolher a informação necessária para explicar

ou analisar a situação. Como já foi dito, a pertinência das actividades dependerá da medida em que o diagnóstico corresponda à realidade. Para isto será necessário que cumpra os seguintes requisitos:

- a) Ser uma descrição preferentemente quantitativa da situação;
- b) Estudar os factores que a determinam;
- c) Explicar a situação;
- d) Analisar a sua evolução e perspectivas (prognóstico);
- e) Avaliar se a situação é ou não satisfatória;
- f) Definir os principais problemas.

Por isso, reconhecem-se no diagnóstico quatro fases:

- Exploratória;
- Descritiva;
- Explicativa;
- Prognóstica.

A descrição preferentemente quantitativa não exclui, naturalmente, alguns elementos de difícil quantificação, mas de utilidade para a explicação de determinados problemas de saúde. É o caso, por exemplo, do clima, com interesse em zonas frias de alta incidência de doenças agudas das vias respiratórias, ou elementos históricos, culturais ou outros relacionados com doenças existentes na área.

O critério para incluir ou não estes elementos não quantitativos será a medida em que eles contribuem para caracterizar ou explicar a situação de saúde da área.

O conhecimento dos factores que determinam a situação é dos pontos mais importantes e difíceis do diagnóstico. Como se desconhece em que medida os factores determinantes influenciam ou determinam a situação, e se desconhecem também as inter-relações entre eles, as possibilidades de estabelecer relações etiológicas ou de causa a efeito são poucas. Este facto impede ou dificulta a elaboração de modelos matemáticos, que facilitariam a tomada de decisões.

A análise da evolução e perspectivas deverá ser feita tanto para os problemas como para os factores pensados como determinantes dos problemas. O estudo da evolução deverá indicar em que medida a situação continuará a ser igual sem empreender novas acções.

Por último, a avaliação da situação, ou seja, a determinação de se a situação é ou não satisfatória, envolve a utilização de um padrão de comparação.

Esse padrão poderá ser procurado noutro país, noutra área semelhante àquela para a qual estamos a programar, ou um modelo elaborado a partir da maximização dos recursos disponíveis.

A descrição da situação deverá considerar diversos elementos que permitirão caracterizá-la, entre os quais:

- O meio;
- A população;
- Os riscos a que está submetida;
- Os recursos e a sua distribuição;
- Os custos dos serviços de saúde.

Para caracterizar os riscos a que uma população está submetida ou o seu nível de saúde utilizar-se-ão indicadores estatísticos, sobretudo de tipo negativo, como as taxas de mortalidade e morbilidade, dada a difícil elaboração de indicadores positivos de saúde.

As taxas de morte terão a vantagem da sua grande disponibilidade, face às de morbilidade, que eventualmente permitiriam caracterizar a situação mais fielmente. As fontes dos dados de morbilidade procurar-se-ão, nomeadamente, nos registos de consultas e internamentos, nas estatísticas de invalidez, nos exames sistemáticos e nos inquéritos de opinião aos médicos e à população.

O estudo dos factores condicionantes deverá incluir a susceptibilidade da população, nomeadamente através da sua distribuição por idade e sexo, a descrição do meio-ambiente e as prestações dos serviços de saúde.

A explicação da situação tentará relacionar os factores causais com o nível de saúde, o que indicará as possibilidades de mudança da situação. Nesta fase pode incluir-se também a avaliação do grau de satisfação da situação.

No prognóstico integra-se o estudo das tendências e projecções dos problemas, podendo ser discutido se este elemento faz parte da fase diagnóstica.

A última etapa do diagnóstico, que pode ser considerado o seu *output*, é a definição dos grandes problemas de saúde da área, problemas que deverão ser definidos a nível da saúde da população, e não a nível dos serviços ou dos factores condicionantes.

Utilizaremos os indicadores de mortalidade e morbilidade para medir problemas ou riscos de doença. Como já se disse, a sistematização da informação para o diagnóstico pode ser feita de diversas maneiras, mas sempre deverá conter a caracterização da saúde da população e a descrição dos factores pensados como etiológicos dessa situação.

A complexidade do diagnóstico necessita do contributo de várias disciplinas, como a estatística, a epidemiologia, a demografia, a sociologia, a medicina, a economia e a informática, o que determinará a existência de uma equipa pluridisciplinar, formada por médicos, enfermeiros, economistas, sociólogos, assistentes sociais e muitos outros, cuja existência na equipa dependerá dos recursos e tempo disponíveis e da complexidade da situação. Como já foi dito, também durante o diagnóstico a participação da população revela-se indispensável.

6. Procedimentos para elaborar o diagnóstico

Na fase exploratória de recolha e processamento de informação é desejável utilizar métodos quantitativos, nomeadamente as estatísticas disponíveis (nível de saúde, morbilidade, mortalidade, disponibilidade, utilização de recursos, etc.).

Em situações de carência geral de dados ou para preencher situações específicas é possível recorrer a inquéritos (LUTZ, 1986).

Nos casos em que não existem, ou são insuficientes, os sistemas de informação e impossíveis ou pouco adequados os inquéritos, é necessário utilizar técnicas semiquantitativas que, utilizando o conhecimento e a experiência de um grupo de indivíduos, encontrem um consenso que nos permita o diagnóstico.

Estas técnicas auxiliares podem ser aplicadas nas diversas fases do planeamento e requerem baixos graus de especialização e mínimos ou moderados investimentos de tempo e recursos.

PINEAULT (1986) agrupa-as em quatro, segundo utilizem a abordagem tipo inquérito, se apoiem na reflexão individual, na interacção grupal, ou se trate de combinações (*quadro 5.1*).

Quadro 5.1
Procedimentos que procuram consenso

Tipo inquérito	Informadores-chave Delphi
Reflexão individual	Grupo nominal (Delbecq) <i>Brain-writing</i>
Interacção grupal	<i>Brain-storming</i> Fórum comunitário
Combinações	Impressões da comunidade

Adaptado de PINEAULT (1986).

7. Exemplos

Com a finalidade de sistematizarmos a informação necessária para o diagnóstico, apresentamos seguidamente dois exemplos.

O primeiro corresponde à listagem de dados utilizados no diagnóstico da situação do Plano de Vila Real-Bragança, elaborado em 1978. O segundo foi extraído do Plano de Saúde da Biscaia (Espanha), sendo cronologicamente anterior ao de Vila Real.

Nos dois casos existiu a preocupação de descrever a situação de saúde através de dados de morbi-mortalidade e de explicá-la por meio de elementos demográficos, sócio-económicos e do meio-ambiente. Repare-se que, sendo as duas listagens diferentes, existem semelhanças na sua estruturação e são muitos os indicadores comuns aos dois exemplos.

7.1. Informação utilizada no diagnóstico do Plano de Vila Real-Bragança

Da presente lista não constam alguns elementos com interesse, como, por exemplo, o clima, que era, no entanto, do conhecimento dos técnicos.

SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA

- População, tendências, projecções, migrações, por distrito e concelho.
- Estrutura por grupos de idade e sexo, por distrito e concelho.
- Movimento natural da população: nascimentos, mortes, taxa de crescimento natural por mil habitantes, por distrito e concelho.
- Esperança de vida à nascença por distrito.
- Densidade populacional por distrito e concelho.
- Distribuição da população por centros urbanos e rurais.

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

- População activa por sectores de actividade e projecções.
- Distribuição da população por classes de rendimento.
- Produção *per capita* e distribuição do produto.
- Contribuição dos distritos para o rendimento nacional.
- Níveis de educação (taxas de analfabetismo, ensino primário, ensino secundário, ensino superior).
- Distribuição da população por grupos profissionais.
- Nível de industrialização e principais indústrias.
- Indicadores de nível de vida (número de automóveis, televisores, rádio por mil habitantes, consumo de energia eléctrica, etc.).

MEIOS DE COMUNICAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOCIAL

- Rede viária e ferroviária e estudo de acessibilidade.
- Locais com telefone.
- Jornais publicados.

MEIO-AMBIENTE

- Percentagem de localidades com ou sem rede de água.
- Percentagem de localidades com fontanário.
- Percentagem de habitações com água canalizada.
- Percentagem de localidades com água tratada (amostras positivas dos resultados das análises).
- Percentagem de localidades com rede de esgotos.
- Percentagem de habitações ligadas à rede de esgotos.
- Percentagem de habitações com fossas sépticas.
- Percentagem de habitações com casa de banho/ou retrete.
- Percentagem de localidades com recolha de lixo e com tratamento de lixo.
- Percentagem de famílias que habitam casas sem condições de habitabilidade.
- Percentagem de escolas com condições higiénicas deficientes.
- Percentagem de estabelecimentos que vendem alimentos sem condições higiénicas.

CONDIÇÕES DE TRABALHO QUE ORIGINAM RISCO DE ACIDENTES E DOENÇAS PROFISSIONAIS

- Actividades do sector primário que geram riscos, por localização e por tipo de risco.
- Número de indústrias que originam riscos, por localização e tipo de risco.

ALIMENTAÇÃO E HÁBITOS ALIMENTARES E DISPONIBILIDADE DE ALIMENTOS

SITUAÇÃO DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

- Taxa de mortalidade geral: sua evolução e comparação com o continente.
- Taxa de natalidade geral: sua evolução e comparação com o continente.
- Taxa de mortalidade infantil: sua evolução e comparação com o continente.
- Taxa de mortalidade neonatal: sua evolução e comparação com o continente.
- Taxa de mortalidade pós-neonatal: sua evolução e comparação com o continente.
- Taxa de mortalidade perinatal: sua evolução e comparação com o continente.
- Taxa de mortalidade materna: sua evolução e comparação com o continente.
- Percentagem de partos sem assistência: sua evolução e comparação com o continente.
- Taxa de mortalidade específica de 1-4 anos: sua evolução e comparação com o continente.
- Mortalidade segundo as dez principais causas de morte, por grupo etário: sua evolução nos últimos dez anos e comparação com o continente.
- Morbilidade por doenças infecto-contagiosas, por grupo etário: sua evolução e comparação com o continente.
- Morbilidade hospitalar (altas hospitalares, consultas externas, urgências).
- Morbilidade das unidades médico-sociais.
- Morbilidade proporcionada por médicos privados.
- Percentagem de crianças vacinadas.
- Estado nutricional.
- Morbilidade no trabalho (acidentes de trabalho).
- Outras.

RECURSOS DE SAÚDE

- Estrutura organizativa do sector.
- Centros de saúde: seu movimento.
- Unidades médico-sociais: seu movimento.
- Serviços de saúde mental: seu movimento.
- Serviços de luta antituberculosa: seu movimento.
- Hospitais gerais: seu movimento — internamento, urgência, consultas externas.
- Laboratórios privados.
- Laboratórios de raios X.
- Farmácias.
- Ambulâncias.
- Clínica privada.
- Médicos: por especialidades e serviços que exerçam clínica privada.
- Enfermeiros: por especialidades e serviços.
- Técnicos de laboratório: saúde pública e clínicos.
- Técnicos de radiologia: cuidados primários e hospitais.
- Técnicos de saneamento.
- Outros profissionais.

7.2. Informação utilizada no diagnóstico do Plano da Biscaia

Nesta lista a especificação dos dados é menor do que no exemplo anterior, não estando formulados em termos de indicadores. A sua principal vantagem é constar a finalidade com que a informação será recolhida e utilizada.

DADOS

FINALIDADE

População

- População geral.
- População por região e áreas escolhidas.

— Ponto de referência para os indicadores e taxas.

- Densidade urbana-rural.
- Projecção global: crescimento.
- Migrações.
- Natalidade.
- Distribuição por idade.
- Distribuição por sexo.

Nível de saúde

- Mortalidade geral.
- Principais causas de morte.
- Causas de morte por idade e sexo.
- Altas hospitalares: número e causas, por idade e sexo.
- Consultas externas: número e causas, por idade e sexo.
- Nível imunitário.
- Estado de nutrição.
- Tendências e projecções dos dados sobre o nível de saúde.
- Doenças de declaração obrigatória.

Recursos para a saúde

- Número e distribuição dos profissionais e técnicos com formação universitária.
- Número e distribuição do pessoal com formação não universitária.
- Número, tipo e distribuição de unidades de prestação directa de cuidados de saúde.
- Pessoal e recursos físicos das unidades de prestação directa de cuidados.
- Número de serviços (actividades) prestados pelas unidades de prestação directa durante o tempo abrangido pelo diagnóstico.
- Número, categoria, tipo e distribuição dos hospitais gerais e especiais.
Para cada um: número de camas, número de pessoal, movimento anual.
- Número, tipo e distribuição de meios complementares: laboratórios, ambulâncias, farmácias, etc.
- Dados sobre os custos dos recursos utilizados na saúde.

Meio-ambiente

- Quantidade e qualidade da água potável — percentagem da população servida nos meios urbano e rural.
- Percentagem da população urbana e rural adequadamente servida por redes de esgotos e fossas sépticas.
- Contaminação ambiental: percentagem da população afectada e causas.
- Percentagem da população adequadamente servida por recolha do lixo.
- Percentagem de alimentos rejeitados pela inspecção sanitária.
- Quantidade de alimentos disponíveis.
- Risco de doenças profissionais segundo o tipo de indústrias.

- Distribuição geográfica.
- Morbilidade.
- População real e potencial atendida.
- População exposta aos principais riscos.
- Susceptibilidade por idade e sexo.

- Quadro objectivo da situação a ser corrigida com o plano.
- Base para estabelecer critérios sobre prioridades.
- Base para estabelecer os objectivos de saúde a atingir.
- Base para estabelecer o sistema informativo nacional de saúde.
- Conhecimento de algumas relações entre o nível de saúde e recursos utilizados (altas hospitalares e consultas).

- Conhecer o número, tipo e distribuição dos recursos pela política de saúde para resolver os problemas encontrados na descrição da situação sanitária.
- Iniciar o conhecimento da situação referente à utilização, rendimento e custos dos serviços.
- Apreçar em que medida estes recursos estão a influenciar o nível de saúde.
- Estimular a população coberta pelas diferentes unidades de prestação de serviços.

- Avaliar as condições do meio-ambiente relacionadas com o número e distribuição da população.
- Apreciação e, na medida do possível, avaliação do meio-ambiente como factor condicionante do nível de saúde.
- Avaliação da natureza e grandeza do esforço a realizar para modificar as condições nocivas do meio-ambiente.
- Conhecimento da participação de outros sectores económicos e sociais nas condições de saúde e seu grau de participação.

- Segurança rodoviária, parque automóvel, rede de estradas, acidentes e mortes.
- Riscos potenciais, novas indústrias (aeroportos, central nuclear), inundações, etc.

Situação económica e social

- População activa por sectores.
 - População activa por actividades.
 - Principais indústrias.
 - Valor da produção.
 - Distribuição dos rendimentos.
 - Composição das despesas familiares.
 - Índices do custo de vida.
 - Produção agrícola.
 - Dados sobre pecuária.
 - Higiene e estado sanitário da pecuária.
 - Educação geral básica.
 - Educação secundária e profissional.
 - Taxa de escolaridade.
 - Taxa de analfabetismo.
 - Polilinguismo.
- Situar o nível de saúde no contexto económico e social, do qual depende em parte e de cujas inter-relações vão também depender, em parte, as soluções.

Estrutura organizacional do sector da saúde (país, província, distrito, localidade)

- Ministério dos Assuntos Sociais, Secretaria de Estado da Saúde, direcções gerais... (estrutura, funções, responsabilidade).
 - Instituições privadas e de voluntários do sector da saúde (estruturas, funções, responsabilidade).
 - Instituições encarregadas da formação de pessoal: universidades, institutos e outros (número, tipo, cursos).
 - Métodos e fontes de financiamento das instituições públicas e privadas do sector da saúde.
 - Disposições legais e regulamentos que regem a estrutura e funcionamento das instituições públicas e privadas do sector da saúde.
- Conhecimento da estrutura e funções das instituições públicas e privadas que formam o sector da saúde e que participam na formulação da política de saúde e na condução de programas.
- Conhecimento das atribuições legais e da responsabilidade das instituições.
- Apreciação sobre o grau de coordenação ou integração a esperar.
- Apreciação sobre o número e natureza das alterações que podem sofrer.

Outros sectores económicos e sociais com influência no nível de saúde da população

- Instituições e organismos pertencentes a outros sectores, oficiais, privados... (outros ministérios e organismos nacionais).
 - Disposições legais e regulamentares que regem o seu funcionamento e determinam a sua responsabilidade.
- Estrutura e funções das instituições e organismos pertencentes a outros sectores que influenciam de algum modo o nível de saúde.
- Conhecimento do grau de coordenação possível com as instituições do sector da saúde.
- Apreciação sobre os mecanismos que podem pôr-se a funcionar para uma melhor coordenação.

BIBLIOGRAFIA

- BRADSHAW — *The Concept of Social Needs*, cit. por R. PINEAULT e DAVELUY, *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montreal, Agence d'Arc, Inc., 1986.
- CABASES, J. M. — «La medida de la salud, una selección de la literatura», in *Jornadas sobre Economía de la Salud*, Barcelona, 1980.
- GIRALDES, M. R. — «Índice-resumo da situação sanitária no período de 1973-1974-1975», in *Cadernos GEP*, n.º 1, Lisboa, GEP, 1978.
- GOLDBERG, M., *et al.* — «Indicateurs de santé et 'sanométrie'. Aspects conceptuels des recherches récentes sur la mesure de l'état de santé», in *Rev. épidémiologie et santé publique*, vol. 27, 1979.
- LUTZ, W. — *Como Planear e Organizar Um Inquérito*, colecção «Inquéritos de Saúde na Comunidade. Guia Prático para Profissionais de Saúde», Lisboa, Associação Internacional de Epidemiologia, 1986.
- PINEAULT, R., e DAVELUY, C. — *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montreal, Agence d'Arc, Inc., 1986.
- WHITE, K. L., *et al.* — «Concepts et informations pour la planification et la gestion nationales des services de santé», in *Cahiers de santé publique*, n.º 67, Genève, OMS/EURO, 1977.

Capítulo 6 — Elaboração de cenários

1. Técnicas de elaboração

Num plano de saúde, durante o diagnóstico da situação, definiram-se os principais problemas de saúde e apontaram-se ou identificaram-se as causas possíveis para os mesmos.

Na maior parte dos casos, essas causas ficaram fora do sector da saúde, e, embora se tenham estudado os precursores dos problemas durante uma série de anos, não se realiza habitualmente uma projecção dessas causas no horizonte do plano.

Aspectos operacionais determinam este facto. Por um lado, ainda que seja desejável, os planos de saúde nem sempre são «integrados» em relação aos outros sectores; por outro, o número de variáveis é tão grande que resulta praticamente impossível prever todas as combinações possíveis.

Por estas razões, utiliza-se a técnica de elaboração de cenários tanto na fase diagnóstica como mesmo, para alguns, como substituto dos planos estratégicos.

As rápidas mudanças da tecnologia e dos contextos nacional e internacional são, aliás, outra das justificações da sua utilização.

Como os planos estratégicos excessivamente detalhados se desactualizam rapidamente, a tendência, por exemplo, no sector empresarial é para o «pensamento estratégico» mais flexível e, simultaneamente, mais dirigido a alvos precisos.

Assim entendidos, os cenários desenham possibilidades alternativas que permitem aproveitar as oportunidades à medida que surgem.

Os cenários elaborados no sector empresarial são elementos simples e operacionais. Por exemplo: depois de três dias de auto-análise, os directores de uma companhia identificam forças e fraquezas e dão em dez páginas uma visão da próxima década; outra análise prevê quais os produtos ou serviços úteis aos seus clientes nos próximos quinze anos e quais as aptidões centrais e a flexibilidade que a empresa deverá desenvolver para isso; outra ainda formula doze versões possíveis dos próximos anos, incorporando factos como um *boom* económico, uma crise de petróleo no Médio Oriente, a expansão dos ecologistas e outros (*Exame*, 1991).

Os cenários não prevêem tudo o que pode acontecer no futuro, e nenhum deles é perfeito, mas obrigam as instituições a pensar, permitindo a flexibilidade.

É essa flexibilidade que nem sempre existe nos planos estratégicos. A Southern California Edison (que abastece quase 4 milhões de consumidores) chegou à conclusão que o seu sistema de planeamento estratégico de há quatro anos não passava de uma péssima brincadeira. Todos os planos de longa duração, que penosamente construía ao longo das duas últimas décadas, se tornaram praticamente inúteis em consequência de acontecimentos inesperados, como os preços da OPEP, Chernobyl ou outros, que ninguém poderia prever (*Exame*, 1991).

A principal desvantagem dos cenários (TAVARES, 1990) consiste na dificuldade em prever o jogo entre as várias dimensões de um sistema, correspondendo unicamente à visão dos peritos participantes na sua elaboração.

LEVY (1970) considera, no entanto, os cenários como um método muito imaginativo na exploração do longo prazo e define-o como a « projecção no futuro de uma certa imagem ou ideia principal ». Todo o cenário seria construído à volta deste eixo ou a partir de duas ou três grandes hipóteses. A imagem obtida é arbitrária, e dever-se-á procurar não só uma imagem final, mas também uma imagem da evolução a percorrer até ao horizonte-limite.

BRENNER (1987) admite três tipos de cenários: exploratórios, estratégicos e de distribuição de recursos.

Os exploratórios permitiriam o exame globalizante de um assunto específico, sendo puramente descritivos.

Os estratégicos corresponderiam a uma sucessão casuística de intervenções para resolver um problema, sendo normativos.

Os de distribuição de recursos seriam cadeias de acontecimentos nos quais os recursos de uma organização são sistematicamente utilizados para implementar uma estratégia específica.

Para alguns autores (DUCOT, 1990) estas duas últimas categorias correspondem a cenários normativos e seriam esboços de séries planeadas ou propostas de acontecimentos reais ou hipotéticos.

Outra possibilidade (BRENNER, 1987) corresponde à elaboração de um cenário essencial (mais provável) e de um periférico. Estes últimos derivam de valores relativamente altos ou baixos de um factor-chave e podem ter interesse nos seguintes casos:

- Que, embora com baixa possibilidade de ocorrência, possa ter um impacto substancial;
- Que se queira avaliar o seu impacto potencial se a(s) variável(is)-chave toma(m) rumos alternativos.

Para PANNENBORG (1987), a técnica de cenários envolve dois momentos diferentes, a elaboração e a análise de cenários, e basear-se-ia em modelos quantitativos e ou qualitativos, explicitando hipóteses e variáveis contidas no modelo.

Os cenários são hipotéticos e reúnem as características e efeitos de uma situação ou intervenção, por exemplo, um sistema ou uma estratégia.

Como se referem a um número limitado de possibilidades, a existência de consenso não é um requisito na sua elaboração.

A análise de cenários inclui a análise de consequências de futuras tendências, acontecimentos, inovações sem precedentes, novas relações intersectoriais, possíveis mudanças nas normas sociais, políticas e culturais, diferentes perspectivas económicas e futuras opções de política de saúde.

Segundo o mesmo autor, os cenários podem ser de dois tipos:

- a) Exploratórios (antecipadores ou preditivos, que servem para aumentar o poder do planeamento e da administração de saúde e analisam as consequências para a saúde de determinado acontecimento mais ou menos autónomo);
- b) Normativos (ou determinativos, que utilizam como ponto de partida futuros desejáveis explicitados em forma de metas a atingir).

Os cenários exploratórios definem o que pode acontecer nas melhores e piores condições, enquanto os normativos definem o conteúdo do planeamento estratégico nos limites estabelecidos pelos cenários exploratórios.

Algumas das vantagens dos cenários são (BRENNER, 1987):

- Podem ser resumidas ou integradas previsões sobre múltiplos assuntos ou sectores;
- Podem integrar um cenário as tendências do passado tanto como as mudanças antecipadas e outras discontinuidades;
- Podem ser integrados dados qualitativos com quantitativos;
- Podem ser integrados dados objectivos com subjectivos;
- Pode ser integrada no planeamento a apreciação administrativa ou a opinião científica, mesmo que difiram (por obtenção de consenso ou por cenários alternativos).

O mesmo autor descreve as seguintes fases na elaboração de um cenário:

A) Identificação e avaliação preliminar do problema:

a) Desenvolve-se um modelo de previsão preliminar:

- Identificam-se e situam-se no ambiente externo e interno da organização os principais factores de impacto (variáveis dependentes);

- Identificam-se no ambiente externo e interno as determinantes-chave (variáveis independentes) e níveis de análise (agregação);
- Determinam-se as relações causais;

b) Estabelece-se a estrutura quantitativa:

- Analisam-se as tendências evolutivas (políticas, sociais, demográficas, etc.);
- Desenvolvem-se hipóteses de continuidade para as tendências evolutivas e para as relações causais (utilizam-se as técnicas de previsão habitual nas ciências sociais, epidemiologia, demografia, etc.);

c) Identificam-se mudanças e discontinuidades potenciais, entrada de novas variáveis e mudanças nas interações;

d) Desenvolve-se um modelo de previsão, incluindo continuidades e mudanças, identificando caminhos que conduzem ao «tema» ou «lógica» do cenário;

e) O cenário principal constrói-se:

- Estabelecendo limites plausíveis para os valores das determinantes-chave;
- Avaliando as interações das determinantes-chave;
- Simulando valores para os principais factores de impacto;
- Redigindo um texto que descreva o futuro sob este conjunto de condições, incluindo uma explicação (podendo integrar percepções, emoções e intenções e os caminhos que levam ao resultado final);

f) Os cenários periféricos constroem-se:

- Criando valores alternativos para uma ou mais das determinantes-chave;
- Simulando valores alternativos para os principais factores de impacto;
- Redigindo um texto descritivo do futuro sob um conjunto alternativo de condições;

g) O significado de um cenário avalia-se por duas vias:

- Pela análise descritiva da sua probabilidade e impacto;
- Pela análise normativa do *timing* e impacto de factores culturais, sociológicos e emocionais;

B) Enumeração e avaliação de iniciativas e respostas estratégicas:

a) Elaboram-se cenários de resposta estratégica ou de definição de objectivos:

- Desenvolvem-se estratégias;
- Examina-se a sua eficácia;
- Selecciona-se e desenvolve-se uma estratégia;

b) Analisam-se as relações entre cenário e estratégia;

C) Investigação das consequências da distribuição de recursos:

a) Os cenários de distribuição de recursos elaboram-se:

- Através de uma análise custo-benefício das distribuições de recursos para cada cenário;
- Elaborando um único (ou vários) plano(s) de distribuição;

b) A revisão do cenário deverá exigir-se quando:

- Nenhum plano de distribuição de recursos providenciar meios adequados para cumprir as estratégias principal ou periférica;
- Os custos previstos ultrapassam os benefícios estimados;

D) Implementação da estratégia;

E) Monitorização e avaliação do cenário.

2. Exemplos

A Holanda tem utilizado a elaboração de cenários, não através da estrutura formal do Ministério da Saúde, mas por um *comité* autónomo, formado por várias subcomissões, que elaboram cenários específicos para cada problema de saúde (cárdio-vasculares, tumores, envelhecimento, estilos de vida, etc.). As análises de cenário repetem-se, aproximadamente, em cada dois anos para verificar se as suposições se tornaram reais, conhecer a evolução e acrescentar novas dimensões. O *comité* assegura que as análises são incluídas no planeamento realizado pelo Ministério da Saúde.

Na Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, durante a preparação das «grandes linhas de acção para o período de 1989-1991», foi elaborado um cenário exploratório por um grupo de peritos, formado por técnicos de diferentes disciplinas e funções, que delinearam o desenvolvimento do sistema de saúde no horizonte de 1991.

Como a maior parte das previsões deste cenário se verificaram na realidade, em 1991 tornou a Direcção-Geral a utilizar este procedimento na elaboração das suas orientações estratégicas para o período de 1992-1995, desta vez utilizando dois grupos de peritos. Neste caso, o mandato de cada grupo consistiu em elaborar um cenário exploratório sobre o desenvolvimento da sociedade portuguesa e dos serviços de saúde no horizonte de 1995. A cada grupo foi fornecida uma lista de 22 questões que davam matéria para reflexão, mas que não deveriam ser necessariamente discutidas na totalidade.

Preparação de orientações para 1992-1995

Elaboração de cenários

Itens para reflexão

Em Portugal e para o horizonte de 1995:

- Qual o peso relativo dos serviços públicos e privados — evolução?
- Qual a evolução do sistema de saúde?
- Qual a evolução da privatização dos serviços de saúde?
- Qual a evolução do seguro-saúde? Das companhias de seguros europeias em Portugal?
- A implantação do médico de família vai aumentar?
- A implantação do médico de família, se aumentar, vai alterar a relação dos utentes com os centros de saúde? Positiva ou negativamente?
- Uma estrutura de centros de saúde, encaminhando para equipas nucleares semiautónomas, pode introduzir alterações significativas nos serviços e sua relação com a população?
- Que impacto poderá ter a criação das novas regiões de saúde na estrutura e utilização dos serviços de saúde?
- A promoção da saúde e a prevenção da doença desempenharão papel importante na dinâmica dos serviços de saúde? E em que medida?
- Como vai evoluir a relação e articulação entre cuidados de saúde primários e secundários?
- Qual a generalização das tecnologias de ponta nos cuidados de saúde primários (TAC, ressonância magnética, Doppler, etc.)?
- Qual o impacto da imigração de médicos estrangeiros em Portugal?
- Qual o impacto dos trabalhadores imigrantes em Portugal (nomeadamente africanos)?
- Qual a dimensão e reflexos das bolsas de pobreza e grupos marginais?
- Os hábitos e estilos de vida terão modificações significativas, nomeadamente em relação a:
 - Tabaco;
 - Droga;
 - Álcool;
 - Hábitos alimentares (nacional *versus* estrangeiro)?
- Quais as alterações no comportamento sexual da população (nomeadamente uso de preservativos, homossexualidade, etc.)?
- Aumentará o divórcio e as uniões temporárias?
- Existirá alguma modificação na «vida familiar» dos Portugueses?
- A preocupação com a qualidade (serviços e produtos) será das «massas» ou de uma elite?
- Recessão ou florescimento económico?
- As relações Este-Oeste? E Norte-Sul?
- A guerra do Golfo terá acabado?

Os grupos estavam constituídos por indivíduos que trabalhavam nos serviços centrais, regionais e locais, médicos de diferentes carreiras, sociólogos, economistas e personalidades relevantes da sociedade portuguesa.

O primeiro dos grupos elaborou um cenário de 19 pontos e o segundo grupo outro de 26. Embora não fosse necessário, ao unificar os dois cenários, foram considerados unicamente os pontos comuns aos dois. Pensou-se que se reforçava assim o seu valor preditivo.

A possibilidade de elaborar dois cenários alternativos não foi considerada viável, porque as diferenças entre os dois não eram suficientes para o justificar. Poderia, no entanto, ter sido elaborado um cenário essencial e outro periférico, tal como descritos por BRENNER (1987).

Cenário 1992-1995

A partir dos elementos formulados pelos dois grupos de participantes foi elaborado o cenário que se segue.

Indicaram-se na generalidade elementos compatíveis ou complementares de fácil integração. Deve, no entanto, exceptuar-se a «regionalização dos serviços de saúde», elemento sobre o qual os dois grupos tiveram posições contrárias, pelo que não foi incluído no presente cenário.

O facto de existir uma certa concordância entre os grupos foi interpretado a favor da fiabilidade do processo.

A) Aspectos demográficos e sócio-económicos:

- a) No período considerado, a evolução demográfica apresentará um envelhecimento marcado da população, incluindo o grupo dos grandes idosos. Continuará o decréscimo da natalidade;
- b) Continuarão os fenómenos de urbanização;
- c) Do ponto de vista social, na estrutura familiar verificar-se-á um aumento das famílias monoparentais (sobretudo de mulheres que trabalham) e das famílias em que trabalham os dois cônjuges;
- d) Existirá uma afectação profunda do mundo rural pelos fenómenos de integração no espaço europeu, com desaparecimento do campesinato na sua forma actual;
- e) Muitas indústrias irão encerrar. Só sobreviverão aquelas que consigam reestruturar-se (por exemplo, os têxteis). Algumas empresas estrangeiras poderão ocupar parte da mão-de-obra;
- f) A menos que haja uma intervenção forte do Estado, as desigualdades vão aumentar, a integração europeia vai funcionar como um centrifugador, os mais preparados (quadros, especialistas, etc.) vão sobreviver, enquanto haverá um agravamento das condições para os menos diferenciados, que ocuparão lugares de emprego precário (contrato a prazo, horário parcial, etc.);
- g) Não existirá desemprego significativo, mas diversas formas de emprego precário;
- h) Verificar-se-ão fenómenos de pobreza nas áreas periféricas do mercado de trabalho.

B) Saúde da população:

- a) Como a população idosa vai aumentar, existirão consequências para os serviços de saúde em termos de volume e tipo de prestações;
- b) Manter-se-ão as tendências actuais da morbi-mortalidade em relação a cárdio-vasculares, infecto-contagiosas (incluindo a SIDA), acidentes de viação e tumores malignos;
- c) A saúde mental da população vai piorar devido ao *stress* e a solidão será cada vez mais sentida;
- d) Grupos importantes da população necessitarão de apoio domiciliário (médico, social, etc.);
- e) Aumentará a escalada das drogas «duras», diminuirá o escalão etário dos consumidores e existirá um aumento da oferta de drogas;
- f) Vai aumentar o cumprimento da legislação referente à saúde ocupacional (1992 será o ano europeu da higiene e segurança do trabalho, Portugal será presidente das Comunidades, as normas vão aumentar, etc.);
- g) Aumentará a emigração de naturais das ex-colónias portuguesas, com hábitos e necessidades específicos em matéria de saúde.

C) Aspectos relacionados com os serviços de saúde:

- a) Vai continuar a ambivalência entre aquilo que o sistema predica (prevenção primária) e os cuidados praticados (prevenção secundária e terciária);

- b) A educação para a saúde, a manter os mesmos moldes, não terá efeitos significativos;
- c) Aumentará a tendência para a cooperação intersectorial (saúde incluída), que beneficiaria com a regionalização;
- d) Vão aumentar as solicitações aos centros de saúde no campo da cooperação intersectorial (comissão de protecção à infância, peritagens, etc.);
- e) Os serviços serão submetidos a solicitações importantes na mediação de crises (familiares, matrimoniais, adolescentes, etc.);
- f) Os serviços de saúde podem evoluir no sentido da dualidade elite-massas;
- g) Existirá uma degradação dos cuidados hospitalares, um aumento da procura e um agravamento da insatisfação de utentes e prestadores;
- h) Se não forem tomadas medidas, a imagem do centro de saúde não será suficientemente valorizada pela população;
- i) Os seguros de saúde só se desenvolverão significativamente se parasitarem o SNS;
- j) A medicina convencionada, tal como foi promovida até agora, não será aliciante para a clínica geral;
- l) Não se prevêem grandes privatizações nos cuidados de saúde primários, mas sim nos hospitais, meios complementares de diagnóstico, especialidades e tecnologias de ponta;
- m) Haverá um encarecimento dos factores de produção na saúde, nomeadamente mão-de-obra e tecnologias de ponta;
- n) A classe médica continuará a ter um valor significativo como grupo de pressão;
- o) O actual regime de exclusividade dos clínicos gerais mostrará os seus bons resultados no período de 1992-1995;
- p) A formação dos clínicos gerais continuará a interferir com o funcionamento dos centros de saúde, pelo menos, até 1993;
- q) Espera-se uma migração de médicos espanhóis e de outros países, nomeadamente nas áreas de:
 - Medicina do trabalho;
 - Clínicas de luxo;
 - Meios complementares de diagnóstico;
- r) A cooperação portuguesa com os PALOPs tenderá a aumentar, significando uma certa saída de técnicos de saúde (médicos);
- s) Prevê-se o aumento da importância das associações de consumidores.

D) *Outros aspectos:*

- a) As sinergias positivas (incentivação da poupança, da eficiência e da autonomia dos centros de saúde) serão superiores às negativas (interesses estabelecidos);
- b) Vão agravar-se as diferenças entre os gestores autárquicos e de outros serviços públicos e a população;
- c) A importância do ambiente vai ganhar peso na opinião dos cidadãos;
- d) As universidades regionais terão um papel significativo como difusoras de cultura e tecnologias;
- e) Como existirá formação em saúde para a comunicação social, é provável que a sua intervenção seja melhorada;
- f) Não se prevê, no período, que exista uma regionalização global do país.

BIBLIOGRAFIA

- BRENNER — *Scenario Analysis. Relation to Forecasting and Strategic Planning WHO-EURO*, Eur/ICP/MPN, 12, 8991, 1987.
- DUCOT, C., e LUBEN, G. — *A Typology for Scenarios. Futures*, Fevereiro de 1990.
- Exame, «Gestão por cenários destrona o plano quantitativo» (extraído de *Fortune*), Março de 1991.
- LEVY — *Metodologia do Planeamento Social*, Lisboa, DGA, GES, série B, n.º 12, 1970.
- PANNENBORG, Ch. — «Los escenarios como método de pronóstico y planificación de la atención de la salud», in *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 103 (6), 1987.
- TAVARES, A. — *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde, DRH, 1990.

PARTE III — DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Capítulo 7 — Definição de prioridades

1. Situação no processo de planeamento

A definição, escolha ou selecção de prioridades é, na metodologia que estamos a usar, a segunda fase do processo de planeamento da saúde.

Aparece, por esse motivo, condicionada pela etapa anterior — o diagnóstico da situação — e determinará a seguinte — a fixação de objectivos.

No diagnóstico foi realizada a identificação dos problemas de saúde, cuja hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades. Assim, é fundamental que os problemas identificados sejam comparáveis para possibilitarem a sua selecção.

A comparabilidade dos problemas estará dada por dois elementos: a sua natureza e o seu grau de abstracção.

Em relação à natureza dos problemas, convém defini-los ao mesmo nível: saúde das populações (utilizando taxas de morbilidade e de mortalidade) ou problemas de serviços (listas de espera, etc.). Não seria possível, por exemplo, comparar e escolher entre amigdalites agudas e humanização dos hospitais, o primeiro definido na saúde da população e o segundo a nível da prestação de cuidados.

O grau de abstracção também influencia a escolha, não sendo fácil optar entre problemas definidos com diferente agregação. Por exemplo: é difícil escolher entre a rubrica «Doença isquémica do coração» e a rubrica «Outras afecções intestinais», sendo a primeira uma entidade clínica concreta e a outra um conjunto de doenças agrupadas numa categoria residual; enquanto é possível determinar na primeira a sua história natural e, por conseguinte, as estratégias a utilizar na sua resolução, no segundo caso, por se tratar de um conjunto de entidades clínicas, a dificuldade de estruturar uma estratégia coerente aumenta significativamente.

As excepções admissíveis seriam aqueles problemas que reúnem diferentes entidades, mas para as quais é possível definir uma estratégia comum, caso, por exemplo, da mortalidade neonatal.

Operacionalmente, considera-se problema de saúde toda a situação de doença ou risco de doença mensurável nos indivíduos. No entanto, toda a doença deve ser interpretada como o resultado final de uma série de factores que é necessário objectivar para uma melhor selecção de prioridades e para uma melhor definição das estratégias de controle.

A análise dos problemas poderá ser feita ainda na fase de diagnóstico e retomada na definição de prioridades. Face a cada problema, deverão reflectir-se e, se possível, identificar-se os factores determinantes, ou condicionantes, e as consequências previsíveis dos problemas no nível de saúde da população. Na análise dos problemas poderão ser utilizadas técnicas como a «espinha de peixe», a «lista de controle», a «estrutura de árvore», etc.

A responsabilidade desta fase é, naturalmente, do grupo de planeamento, sendo conveniente que o mesmo seja alargado especificamente para esta tarefa. Alargando o grupo, aumenta-se a participação, com as previsíveis vantagens de adesão ao plano, e melhora-se o resultado final.

Os novos elementos a incluir devem considerar:

- a) Os gestores, administradores, altos responsáveis pelos serviços, cuja opinião é fundamental para a factibilidade do plano, execução dos programas, atribuição de recursos, etc.;
- b) Os técnicos especialistas nos diferentes problemas, cujo contributo será sobretudo no dimensionamento do problema e no conhecimento da eficácia das tecnologias de controle, no fundo, no grau de resolução possível do problema;
- c) Representantes da população, cuja presença será tanto mais desejável quanto mais próximo do nível local seja o contexto de planeamento em causa. A sua presença assegurará uma maior satisfação das necessidades sentidas e aumentará a aceitabilidade dos programas.

2. Conceito

A existência desta etapa está directamente ligada à própria natureza do planeamento, que deve obter a maior pertinência dos planos e a melhor utilização dos recursos, isto é, a dificuldade que se tem quando é necessário escolher entre problemas diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo problema (estratégias), ou, de outro modo, o que deve ser resolvido (prioridades) e como deve ser resolvido (estratégias).

Dito de maneira provocatória e esquemática, seleccionar prioridades seria considerar mais importante o cancro do pulmão do que a cirrose hepática, ou a SIDA do que a bronquite crónica. Seleccionar estratégias seria dizer que se vai combater o cancro do pulmão através do diagnóstico precoce e não diminuindo o número de fumadores. Ou, a outro nível, que a educação é mais importante do que a saúde (prioridades).

A definição de prioridades tem, pelo menos, duas dimensões: uma ligada essencialmente ao tempo e outra aos recursos.

A dimensão temporal deriva do facto de as necessidades serem recorrentes, pelo que há que satisfazer as do presente sem esquecer as do futuro. Quanto mais recursos se destinem às necessidades actuais, menos se poderão empregar nas futuras, e vice-versa, o que corresponde, essencialmente, ao problema do consumo *versus* investimento.

A outra dimensão deriva da impossibilidade de satisfazer as necessidades de todos, pelo que ter-se-á de decidir os que serão mais beneficiados com os programas, ou, de outra maneira, determinar quais são os mais carenciados.

Quando em saúde utilizamos a palavra *versus*, não há, de facto, oposição absoluta, porque os opostos têm de ser resolvidos dentro de certas margens de complementaridade. Não há, por exemplo, oposição entre:

- Tuberculose pulmonar e artrite reumatóide;
- Doenças agudas e doenças crónicas;
- Saúde escolar e medicina do trabalho;
- Cuidados primários e cuidados diferenciados;

mas deverá ser determinado em que medida cada um deles se complementa ou tem preferência face aos outros.

Na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração dois elementos: o horizonte do plano e a área de programação.

O horizonte do plano, ou horizonte de programação, é o tempo ou momento-limite para que estamos a prever a nossa intervenção. Assim, as prioridades de um plano a longo prazo não serão necessariamente idênticas às de um plano a médio ou a curto prazo. Isto é, de facto, o problema da dimensão temporal já citada. Mas não serem idênticas não significa que sejam contraditórias; pelo contrário, deverá existir concordância entre as prioridades escalonadas no tempo.

A área de programação, por sua vez, obriga a pensar em prioridades nacionais, regionais, distritais, concelhias, etc. Desta maneira, as prioridades nacionais deverão ser ajustadas a nível regional, ou, pelo contrário, as prioridades nacionais serão definidas a

partir das regionais, pondo-se o acento numa ou outra modalidade, segundo o modelo de planeamento que se utilize.

Num sistema de saúde baseado em três escalões, o número de prioridades a nível nacional poderá ser de dois ou três, e de três ou quatro para o nível regional, parecendo razoável que uma área local não exceda quatro ou cinco campos de intervenção devidamente hierarquizados; de outra maneira aumentam as possibilidades de se dispersarem esforços ou de os problemas não aparecerem suficientemente hierarquizados.

Considerando que cada prioridade dará lugar a, pelo menos, um programa, não é possível pensar que um centro de saúde possa gerir eficazmente mais de quatro ou cinco programas, atendendo aos recursos de que dispõe, nomeadamente em pessoal com disponibilidade de tempo e com formação suficiente em gestão e coordenação.

3. Critérios de selecção

Para hierarquizar os problemas de saúde detectados recorre-se à utilização de critérios, através dos quais os problemas serão ordenados em prioridades.

A escolha dos critérios e a sua valorização ou peso relativo são uma tarefa importante porque dela resultará a lista final de prioridades.

O principal óbice desta etapa é a subjectividade de que está carregada. A escolha e ponderação dos critérios depende excessivamente do gosto e experiência dos planificadores. Para controlar este facto convém que o grupo planificador seja extenso e multidisciplinar, sendo os critérios a propor o resultado do seu consenso.

Do dito depreende-se que não existem critérios universais nem métodos para os combinar, por todos apresentarem vantagens e inconvenientes.

A aplicação de uns ou outros depende do contexto onde sejam aplicados, tendo em atenção, nomeadamente, os dados disponíveis, a sua ventilação por categorias, etc.

Desta maneira, o inconveniente da subjectividade é superado pela explicação dos critérios utilizados na escolha, objectivando o valor e limitações do plano.

O trabalho pioneiro neste tema é *Programación de la Salud* (1965), realizado pelo CENDES e pelo Bureau Regional da OMS para as Américas. Neste documento os três critérios utilizados e que se tornariam clássicos são a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade.

A magnitude em outras publicações aparece denominada como *importância* ou *tamanho*, a transcendência como *importância segundo grupos etários*, correspondendo a vulnerabilidade à *possibilidade de prevenção*.

O critério da magnitude, que é o mais simples e conhecido, trata de caracterizar o problema pela sua dimensão, medindo-o pelo seu contributo para o total de mortes. Se houvesse, por exemplo, 500 mortes na área que estamos a estudar e 75 fossem provocadas pelo problema A, a sua magnitude ou dimensão seria de 15%. Expressava-se este critério pela percentagem de mortes por esta causa em relação ao total de óbitos.

A crítica principal a este critério é a de utilizar exclusivamente a mortalidade e não a morbilidade. Como se sabe, nem sempre há paralelismo entre as duas. Por exemplo, as doenças agudas das vias respiratórias superiores, principal causa de absentismo laboral em muitos países, embora de altíssima morbilidade, não dão uma mortalidade significativa. Por esta razão, incluiu-se posteriormente a morbilidade na utilização deste critério.

A magnitude tem também o inconveniente de não considerar que alguns riscos ou doenças incidem em determinados grupos etários, constituindo causas de mortalidade importante nesses grupos, e de tão-pouco considerar as suas possibilidades de prevenção. Por isso, recorre-se aos critérios de transcendência e vulnerabilidade.

A transcendência é, de facto, uma simples ponderação por grupos etários, de maneira a poder valorizar as mortes por determinada causa nos diferentes grupos de idade. Este critério tem uma base discutível, que é a de considerar a vida humana com valores

diferentes segundo as idades. Na maior parte das vezes tem dado mais valor aos grupos etários mais baixos, por os considerar uma força de trabalho potencial e por serem os grupos onde se fazem grande número de investimentos, mas pode admitir-se que o grupo da idade activa seja considerado prioritário, por ser aquele que assegura actualmente a produção, e até, por um juízo moral, dar prioridade à velhice, por ter sido aquele que permitiu chegar ao estado de desenvolvimento actual. Pode também não se fazer discriminação por grupos etários, mas por grupos sociais.

O critério da vulnerabilidade é fundamental, dado que o processo de planeamento-programação pretende utilizar os recursos onde produzem maior efeito.

A vulnerabilidade é a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia actual disponível na área.

A disponibilidade de tecnologia na área levanta dois problemas: um relacionado com o horizonte do plano e com as estimativas das tecnologias disponíveis nesse período e outro com a necessidade de elaborar escalas que classifiquem a vulnerabilidade de todas as doenças da área.

Existiria uma vulnerabilidade para a morbilidade e outra para a mortalidade, mas utiliza-se habitualmente só a da morbilidade, sendo, portanto, esta última a possibilidade de prevenir um caso de doença por uma causa determinada, e não a possibilidade de evitar uma morte por essa causa.

Esta diferença, semelhante à já assinalada na magnitude, observa-se nos casos de doenças em que a vulnerabilidade é muito desigual segundo se considere a morbilidade ou a mortalidade (mais correctamente letalidade). Por exemplo, a morbilidade da raiva, tem máxima vulnerabilidade pela eficácia da vacina, mas a sua mortalidade é de vulnerabilidade muito baixa, porque, uma vez aparecidos os sintomas, a evolução é praticamente fatal.

As escalas de vulnerabilidade aferidas para cada situação variarão entre 0, para doenças como tumores malignos, onde pouco se pode fazer para prevenir a aparição, e o valor máximo de 1, para doenças como a varíola, na qual se conseguiu a erradicação graças à eficácia da vacina.

Além dos três critérios clássicos já assinalados, existe actualmente uma grande gama de critérios possíveis para seleccionar prioridades, entre os quais citamos:

- Evolução: consiste na possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou se resolver espontaneamente;
- Irreversibilidade do dano, sequelas ou deficiências: nestes casos seria dada maior prioridade às doenças que provocassem estas situações;
- Conformidade legal: o argumento para a sua inclusão são as facilidades existentes na resolução de problemas sobre os quais já existe legislação favorável;
- Atitude da população: a receptividade, insatisfação, comprometimento ou grau de controle da população sobre um problema podem também ser elementos a ponderar na escolha de prioridades;
- Factores económicos: problemas que determinem uma grande despesa ou com efeito negativo na produtividade ou cuja solução aumente o nível de emprego poderão ter maior prioridade.

TAVARES (1990) cita ainda como critérios o conhecimento da relação entre o problema e os factores de risco (elemento ligado à vulnerabilidade), a gravidade do problema e a exequibilidade tecnológica, deontológica ou económica.

4. Combinação de critérios

Definidos os critérios que se utilizarão na selecção de prioridades, é necessário encontrar a maneira de os combinar. Como é evidente, a forma de combinação determina a importância de cada um deles. Assim, a utilização de critérios pode ser sucessiva (triagem, grelha de análise) ou simultânea (OPS/CENDES, 1965; Vila Real-Bragança,

1981). Dentro da utilização simultânea é preciso distinguir os que utilizam critérios isovalentes e os que utilizam critérios ponderados.

A ponderação de critérios é um ponto altamente discutível, sobretudo quando não se tem experiência suficiente na sua quantificação. Existe sempre um certo grau de arbitrariedade em dar o duplo (ou mais) valor a um critério, e não a outro. No entanto, parece lógico que, quando se conhece suficientemente a «segurança» de um critério, o mesmo possa ser utilizado com uma ponderação maior.

A tendência actual parece ser para não utilizar ponderações. Apesar disso, repare-se que os procedimentos que utilizam critérios sucessivos realizam ponderações implícitas, já que há exclusão de problemas pela aplicação de um critério (triagem) ou ordenamentos influenciados em 50% pelo primeiro critério utilizado (grelha).

Os critérios e as suas combinações determinam o ordenamento dos problemas prioritários. Para a mesma lista de problemas, o ordenamento é diferente, segundo se aplique um ou outros critérios, ou com os mesmos critérios, segundo a maneira de os combinar. Quando esta situação se verificar, se a lista não for excepcionalmente pequena (mais de cinco), recomenda-se que após a aplicação de vários métodos se retenham unicamente os três problemas que, pelos diferentes procedimentos, ficam nos primeiros lugares.

Este foi o procedimento utilizado na preparação das prioridades do período de 1992-1995 nos cuidados de saúde primários.

As técnicas de consenso (grupo nominal, Delphi, etc.) também poderão ser utilizadas nesta fase de planeamento, com maior ou menor grau de quantificação ou maior ou menor grau de explicitação dos critérios.

5. Exemplos

Apresentaremos alguns exemplos de selecção de prioridades: a triagem simples, o elaborado pelo OPS/CENDES, o utilizado no Plano de Vila Real-Bragança, o utilizado no Plano da Biscaia (1979), a grelha de análise e a comparação por pares.

A triagem simples não é um verdadeiro método de selecção de prioridades, mas permite reduzir o número total de problemas para depois aplicar técnicas de priorização.

O método OPS/CENDES é altamente elaborado e foi, como já se disse, cronologicamente, o primeiro. Utiliza só três critérios e a sua dificuldade de aplicação resulta da necessidade de dispor de estatísticas discriminadas por grupos etários, o que é habitualmente difícil quando se trabalha a nível regional ou local.

O procedimento utilizado na Biscaia é mais simples, embora utilize quatro critérios; o método aplicado em Vila Real-Bragança utiliza também quatro critérios, mas subdivididos em várias categorias.

A grelha de análise e a comparação por pares são técnicas semiquantitativas de muito fácil aplicação.

Um grande número de procedimentos de priorização utilizam-se actualmente, sendo de mencionar, por exemplo, o método de Hanlon (1984), variante do CENDES/OPS, o DARE, o SIMPLEX, a escala de medida linear e outros, citados por PINEAULT (1986), o CPE, Electre e Pattern, descritos por LATIÈRE (1971), e ainda os que recorrem ao apoio informático (*Best Choice, Health Choice*).

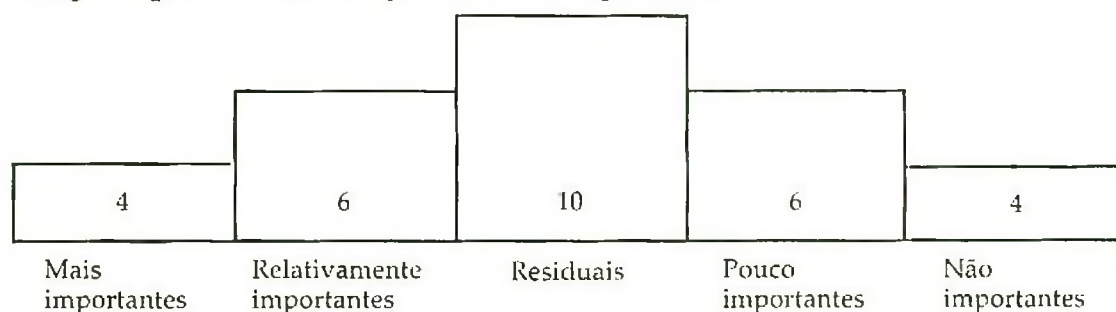
5.1. Triagem

Quando o número de problemas é grande (mais de quinze ou vinte), está indicada uma pré-selecção que permita aplicar os métodos de priorização a uma lista mais reduzida de problemas (NUTT, 1984).

No caso de trinta problemas, por exemplo, podem definir-se cinco categorias (mais importantes, relativamente importantes, residuais, pouco importantes e não importantes) pelas quais serão distribuídos os problemas já definidos, bem como o número de

problemas que se admitirão em cada uma delas (no caso, quatro, seis, dez, seis e quatro, respectivamente (*figura 7.1*).

Figura 7.1
Triagem aplicada a um conjunto de trinta problemas



Adaptado de NUTT (1984).

Em seguida, selecciona-se, do conjunto de problemas, o considerado mais importante e, a seguir, o menos importante. Com os 28 restantes procede-se da mesma maneira, a seguir, com os 26 e os 24. Ficam, assim, preenchidas as duas categorias extremas («mais importantes» e «não importantes»), com quatro problemas em cada uma.

Com os 22 problemas restantes repete-se a mesma operação, agora para preencher as outras categorias («relativamente importantes» e «pouco importantes»). Uma vez preenchidas, restarão dez problemas, a colocar na categoria residual, no fundo aqueles que mais dúvidas nos apresentam quanto à sua importância. Se a lista inicial não for muita extensa, esta categoria residual pode ser acrescentada aos problemas considerados importantes («mais importantes» e «relativamente importantes»), de maneira a entrar nos procedimentos de priorização que depois se aplicarem. Caso contrário, só se trabalhará com os incluídos nestas categorias.

A triagem pode ser aplicada para sucessivos critérios, para aquele considerado mais importante ou para o critério implícito «importância» do problema.

5.2. Método CENDES/OPS

O exemplo de aplicação do método CENDES/OPS (1965) aqui apresentado é uma adaptação da realizada por J. LOPES DIAS (1974) para uma área de 53 000 habitantes onde ocorreram 931 óbitos e que reproduzimos com algumas modificações.

Vemos no *quadro 7.1* a distribuição do número de mortes pelas dez primeiras causas de mortalidade.

Quadro 7.1
Número de óbitos por causas

Causa de mortalidade (a)	Número de óbitos
Tumores	66
Acidentes de viação	41
Acidentes	60
Doenças do aparelho respiratório (gripes, pneumonias, bronquites)	65
Doenças cardíaco-vasculares	203
Tuberculose	39
Doenças da primeira infância	37
Doenças gastrointestinais	178
Prematuridade	85
Outras causas	157
Total	931

(a) As causas de morte estão classificadas segundo a lista internacional de doenças, traumatismos e causas de morte vigente na altura.

Aparecem no *quadro 7.2* as causas de morte classificadas por ordem de frequência.

Quadro 7.2
Número de óbitos ordenados por frequências segundo a causa

Ordem	Causa de morte	Número de óbitos
1	Doenças cardíaco-vasculares	203
2	Doenças gastrointestinais	178
4	Prematuridade	85
5	Tumores	66
6	Doenças do aparelho respiratório	65
7	Acidentes	60
8	Acidentes de viação	41
9	Tuberculose	39
10	Doenças da primeira infância	37
3	Outras causas	157
Total		931

Neste método o ordenamento final resulta da aplicação da seguinte fórmula de determinação das prioridades:

$$P = d \times t \times v$$

onde P é prioridade, d é a dimensão ou magnitude, t a importância média de cada causa de morte ou transcendência e v a vulnerabilidade.

A determinação da magnitude, dimensão ou importância relativa de cada causa de morte calcula-se pela aplicação da percentagem dos óbitos por essa causa ao número total de óbitos (exemplo: d para as doenças cardíaco-vasculares é 21,8 e resulta da divisão de 203 por 931 vezes 100 (*quadro 7.3*)).

Quadro 7.3
Contributo de cada causa para o total de óbitos

Ordem	Causa de morte	Número de óbitos	d
1	Doenças cardíaco-vasculares	203	21,8
2	Doenças gastrointestinais	178	19,1
4	Prematuridade	85	9,1
5	Tumores	66	7,1
6	Doenças do aparelho respiratório	65	7,0
7	Acidentes	60	6,4
8	Acidentes de viação	41	4,4
9	Tuberculose	39	4,2
10	Doenças da primeira infância	37	7,0
3	Outras causas	157	16,7
Total		931	100,0

A determinação de t , importância média de cada causa de morte ou transcendência, calcula-se através de uma média ponderada por grupos etários, atribuindo-se a cada grupo etário um coeficiente (1-0,75-0,30), dando-se neste exemplo maior valor aos grupos

etários mais novos. O número obtido divide-se pelo total de óbitos por essa causa (*quadro 7.4*).

Quadro 7.4

Cálculo da importância média ou transcendência

Causa de morte	Grupos etários				T = $\sum a+b+c+d$	Total (f) de mortes por essa causa	$t = \frac{T}{f}$
	(a) 0 a 14 (coef. 1)	(b) 15 a 49 (0,75)	(c) 50 a 69 (0,50)	(d) 70 e + (0,30)			
Doenças cardíaco-vasculares	$6 \times 1 = 6$	$51 \times 0,75 = 40,5$	$99 \times 0,5 = 49,5$	$44 \times 0,3 = 13,2$	109,2	203	0,54
Doenças gastrointestinais	$171 \times 1 = 171$	—	$2 \times 0,5 = 1$	$5 \times 0,3 = 1,5$	173,5	178	0,98
Prematuridade	$85 \times 1 = 85$	—	—	—	85	85	1
Tumores	$5 \times 1 = 5$	$24 \times 0,75 = 18$	$22 \times 0,5 = 11$	$15 \times 0,3 = 4,5$	38,5	66	0,58
Doenças do aparelho respiratório	$58 \times 1 = 58$	—	—	$7 \times 0,3 = 2,1$	60,1	65	0,90
Acidentes	$23 \times 1 = 23$	$31 \times 0,75 = 23,2$	$2 \times 0,5 = 1$	$4 \times 0,3 = 1,2$	48,4	60	0,80
Acidentes de viação	$13 \times 1 = 13$	$20 \times 0,75 = 15$	$2 \times 0,5 = 1$	—	29	41	0,70
Tuberculose	—	$28 \times 0,75 = 21$	$7 \times 0,5 = 3,5$	$4 \times 0,3 = 1,2$	25,7	39	0,60
Doenças da primeira infância	$37 \times 1 = 37$	—	—	—	37	37	1
Outras causas	$63 \times 1 = 63$	$49 \times 0,75 = 36,7$	$26 \times 0,5 = 13,7$	$19 \times 0,3 = 5,7$	118,4	157	0,75

As causas de morte ordenadas segundo a transcendência dão uma hierarquização diferente da obtida com a aplicação exclusiva do critério da magnitude ou dimensão. Observa-se no *quadro 7.5*, por exemplo, a variação do lugar das doenças gastrointestinais.

Quadro 7.5

Causas de morte ordenadas segundo a transcendência

Ordem	Causa de morte	t
1	Doenças da primeira infância	1
1	Prematuridade	1
3	Doenças gastrointestinais	0,98
4	Doenças do aparelho respiratório	0,90
5	Acidentes	0,80
7	Acidentes de viação	0,70
8	Tuberculose	0,60
9	Tumores	0,58
10	Doenças cardíaco-vasculares	0,54
6	Outras causas	0,75

Como já foi dito, na determinação de *v* (vulnerabilidade), deve-se pedir a opinião de peritos que conheçam o problema de cada doença, não só sob o ponto de vista científico e técnico, mas também dos recursos disponíveis para executar as medidas de prevenção ou de luta contra cada doença.

A escala de vulnerabilidade utilizada neste exemplo observa-se no *quadro 7.6*.

Quadro 7.6

Escala de vulnerabilidade aplicada

Causa de morte	Coefficiente
Tuberculose	0,6
Doenças gastrointestinais	0,6
Doenças da primeira infância	0,3
Acidentes de viação	0,3
Prematuridade	0,3
Doenças do aparelho respiratório	0,3
Acidentes	0,1
Tumores	0,1
Doenças cardíaco-vasculares	0,1

Estes coeficientes são tanto menores quanto menor seja a vulnerabilidade da doença. Assim, à vulnerabilidade baixa corresponde 0,1, à alta 0,6 e à média 0,3.

Obtidos os resultados parciais para d , t e v , só resta a aplicação da fórmula

$$P = d \times t \times v$$

que determina as prioridades (*quadro 7.7*). Assim, obtemos uma ordem de prioridades que, comparada com o ordenamento inicial, resulta muito diferente (*quadro 7.8*).

Quadro 7.7

Valores das causas de morte para cada critério e cálculo de prioridades

Causa de morte	d	t	v	P	Número de ordem
Doenças gastrointestinais	19,1	0,98	0,6	11,22	1
Doenças cárdio-vasculares	21,8	0,54	0,1	1,19	6
Prematuridade	9,1	1,00	0,3	2,73	2
Doenças do aparelho respiratório	7,0	0,90	0,3	1,89	3
Acidentes	6,4	0,80	0,1	0,51	8
Tumores	7,1	0,58	0,1	0,41	9
Doenças da primeira infância	4,0	1,00	0,3	1,20	5
Acidentes de viação	4,4	0,70	0,3	0,92	7
Tuberculose	4,2	0,60	0,6	1,51	4

Quadro 7.8

Ordenamento das causas de morte após aplicação dos três critérios

Número de ordem	Causa de morte
1	Doenças gastrointestinais
2	Prematuridade
3	Doenças do aparelho respiratório
4	Tuberculose
5	Doenças da primeira infância
6	Doenças cárdio-vasculares
7	Acidentes de viação
8	Acidentes
9	Tumores

5.3. Plano da Biscaia

O procedimento aplicado no Plano da Biscaia (1979) utiliza os critérios de magnitude, transcendência social, económica e factibilidade tecnológica ou vulnerabilidade. Aplica em cada critério uma escala de 1 a 3; nos três primeiros critérios segundo a gravidade crescente do problema e na vulnerabilidade segundo as possibilidades de prevenção (*quadro 7.9*). Para cada causa o resultado é obtido pela soma dos valores parciais atribuídos em cada critério.

Aparentemente mais simples, este método exige uma quantificação para delimitar os intervalos nos critérios que correspondam aos valores da escala ou uma discussão para consenso na atribuição de valores.

Da aplicação dos critérios às causas de morbi-mortalidade na região da Biscaia resultou o *quadro 7.10*, onde ficaram em primeiro lugar as doenças respiratórias agudas, em segundo as doenças respiratórias crónicas e em terceiro os acidentes laborais, ordenamento que parece razoável para uma zona industrializada, fria e poluída.

Quadro 7.9
Plano de Saúde da Biscaia — escolha de prioridades

Valor da escala	Critério			
	Magnitude	Transcendência social	Transcendência económica	Factibilidade tecnológica
1	Problema não preocupante pelos indicadores de morbilidade e mortalidade	O problema não afecta significativamente a população	Problema sem repercussão económica	Grandes dificuldades práticas ou técnicas na redução do problema
2	Importância média	Afecta parcialmente a população ou grupos importantes	Problema de efeito médio	Problema redutível, mas as medidas ou tecnologia a utilizar são de difícil aplicação
3	Dimensão importante nos indicadores	Afecta toda a população ou grupos importantes	Grande repercussão económica por incapacidade ou perdas de produção	Problema que responde às medidas e tecnologias que se apliquem

Quadro 7.10
Plano de Saúde da Biscaia

Número de ordem	Doenças	A	B	C	D	A+B+C+D
		Magnitude	Transcendência social	Transcendência económica	Factibilidade tecnológica	Valor final
1	Doenças respiratórias agudas	3	3	3	2	11
2	Doenças respiratórias crónicas	3	2	2	2	9
3	Acidentes de trabalho	2	2	3	2	9
4	Doenças mentais	3	2	2	1	8
5	Acidentes de viação	2	2	2	2	8
6	Doenças cárdio-vasculares	3	2	1	2	8
7	Cáries dentárias	3	3	0	1	7
8	Tuberculose	1	2	1	3	7
9	Sarampo	2	1	1	3	7
10	Tétanos, tosse convulsa, difteria e poliomielite	1	1	1	3	6
11	Morbi-mortalidade perinatal	1	2	1	2	6
12	Complicações da gravidez, parto e puerpério	1	2	1	2	6
13	Tumores malignos	2	2	1	1	6
14	Doenças do aparelho digestivo	2	2	1	1	6
15	Doenças intestinais parasitárias	1	1	1	2	5
16	Diabetes	1	1	1	2	5
17	Cirrose hepática	1	2	1	1	5
18	Infecções meningocócicas	1	1	1	1	4

5.4. Plano Integrado de Vila Real-Bragança

A metodologia utilizada no Plano de Vila Real-Bragança (1981) tem a vantagem de não exigir discriminação dos dados por grupos etários.

Neste plano o critério de magnitude ou dimensão é aplicado a dados de mortalidade e de morbilidade, estes últimos recolhidos por sondagem aos médicos e das estatísticas de doença de declaração obrigatória.

O segundo critério usado, denominado «social», pretende avaliar os problemas segundo os grupos de população abrangida por eles e pela opinião pública sobre os mesmos.

A vulnerabilidade, entendida aqui como factibilidade tecnológica, não se limita às possibilidades de prevenção, mas entende-se como «capacidade de intervenção», incluindo profilaxia, factores condicionantes, tratamento e reabilitação.

Por último, utiliza-se um critério económico que pretende traduzir a perda directa ou indirecta de produção.

Os quatro critérios foram aplicados utilizando uma escala de 1 a 3. Usaram-se dois procedimentos na aplicação dos critérios, o primeiro sem ponderação dos critérios e o outro utilizando coeficientes de ponderação de diferente valor para cada um. Obtiveram-se, assim, dois ordenamentos diferentes, mas nos quais permanecem nos mesmos primeiros lugares a saúde materna, a saúde infantil e as doenças respiratórias crónicas (quadros 7.11 e 7.12).

Quadro 7.11

Plano de Vila Real-Bragança — resultados da aplicação dos critérios aos problemas de saúde (sem ponderação)

	Dimensão					Mortalidade	Social		Vulnerabilidade			Económico	Total	Ordem
	Morbilidade				Impacte		Opinião pública	Profilaxia	Factores do meio	Tratamento e reabilitação				
	1	2	3	4							Total			
Acidentes	—	—	—	—	(a) 1	1	3	(c) 1	2	1	2	2	13	13.º
Ancilostomíase	1	—	1	3	1,66	(b) 1	1	1	3	3	2	2	14,66	9.º
Brucelose	3	2	2	3	2,5	(b) 1	2	(c) 1	2	2	3	2	15,5	6.º
Cirrose do fígado — alcoolismo	1	2	3	—	2	2	2	2	2	1	1	2	14	12.º
Diabetes	1	1	2	—	1,33	1	3	1	2	1	1	12	12,33	14.º
Doenças do sistema nervoso	3	3	2	—	2,66	(b) 1	2	1	1	1	1	2	11,66	16.º
Doenças respiratórias agudas	1	—	2	—	1,5	3	3	2	2	1	2	2	16,5	4.º
Doenças respiratórias crónicas	3	3	2	—	2,66	3	2	(c) 2	2	1	2	2	16,66	3.º
Febre tifóide	1	1	1	2	1,25	(b) 2	3	(c) 1	2	2	2	2	16,25	7.º
Gastroenterites e diarreias	2	3	1	—	2	3	2	1	2	2	2	2	16	5.º
Hipertensão	3	3	2	—	2,66	1	2	(c) 2	2	1	2	2	14,66	9.º
Kala-Azar	1	—	1	—	1	(b) 1	2	1	1	2	2	1	11	17.º
Má nutrição	1	1	2	—	1,33	(b) 2	2	(c) 1	2	1	1	2	12,33	14.º
Reumatismos crónicos	2	3	3	—	2,66	(b) 1	2	3	1	1	1	3	14,66	9.º
Saúde infantil	—	—	—	—	3	3	2	2	3	1	2	2	18	2.º
Saúde materna	—	—	—	—	(a) 2	3	3	3	3	2	2	3	21	1.º
Tuberculose	1	1	2	1	1,25	1	3	1	2	1	3	3	15,25	7.º

(a) Consenso — morbilidade comparada hipoteticamente com a do continente.

(b) Consenso — não são conhecidas as taxas. Os valores apontados são os julgados correspondentes aos valores da região comparados com os do continente.

(c) Pelo facto de no inquérito não haver opinião sobre alguns problemas, por não serem aí agrupados (inquérito fechado), foi dada a opinião dos cinco elementos do grupo.

A posição em que ficam estes três problemas não é alheia ao seu grau de abstracção ou amplitude porque as rubricas saúde materna e saúde infantil incluíam já uma série de problemas clínicos, como, por exemplo, a gastroenterite, no caso da saúde infantil. O agrupamento justificava-se na altura em que a saúde infantil englobava vários problemas resolúveis por uma estratégia comum, sobretudo ligados a causas de mortalidade pós-neonatal.

O Plano de Vila Real-Bragança utilizou o consenso na atribuição de valores no critério dimensão, tanto na morbilidade como na mortalidade, nos casos em que não se dispunha de dados, o que é discutível.

Quadro 7.12

Plano de Vila Real-Bragança — resultados da aplicação dos critérios aos problemas de saúde (com ponderação)

	Dimensão		Social		Vulnerabilidade			Económico	Média ponderada	Ordem
	Morbi-lidade	Morta-lidade	Impacte	Opinião pública	Profi-laxia	Facto-res do meio	Tratamen-to e rea-bilitação			
Acidentes	5	3	6	1	6	2	2	4	1,52	16.º
Ancilostomíase	8,3	3	2	1	9	6	2	4	1,85	7.º
Brucelose	7,5	3	4	1	6	4	3	4	1,71	12.º
Cirrose do fígado	10	6	4	2	6	2	1	4	1,84	10.º
Diabetes	6,65	3	6	1	6	2	1	4	1,56	15.º
Doenças do sistema nervoso	13,3	3	4	1	3	2	1	4	1,64	13.º
Doenças respiratórias agudas	7,5	9	6	2	6	2	2	4	2,02	5.º
Doenças respiratórias crónicas	13,5	9	4	2	6	2	2	4	2,22	3.º
Febre tifóide	6,25	6	6	1	6	4	2	4	1,85	7.º
Gastroenterites e diarreias	10	9	4	1	6	4	2	4	2,10	4.º
Hipertensão	13,3	3	4	2	6	2	2	4	1,91	6.º
Kala-Azar	5	3	4	1	3	4	2	2	1,26	17.º
Má nutrição	6,65	6	4	1	6	2	1	4	1,61	14.º
Reumatismos crónicos	13,3	3	4	3	3	2	1	6	1,85	7.º
Saúde infantil	15	9	4	2	9	2	2	4	2,47	2.º
Saúde materna	10	9	6	3	9	4	2	6	2,57	1.º
Tuberculose	6,25	3	6	1	6	2	3	6	1,75	11.º

Esta experiência foi, no entanto, pioneira no nosso meio na aplicação de procedimentos de priorização derivados do método OPS/CENDES.

5.5. Grelha de análise

Procedimento semiquantitativo que permite ordenar problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas.

Os critérios devem ser aplicados por uma ordem que considere a sua segurança ou importância, porque, sendo as categorias dicotómicas, a aplicação do primeiro critério define em 50% a situação final (por exemplo, se se utilizarem quatro critérios, o primeiro decide se o problema ficará nos primeiros oito lugares ou do 9.º ao 16.º lugar). Este parece ser o aspecto que merece mais cuidado na preparação do método (*figura 7.2 e quadro 7.13*).

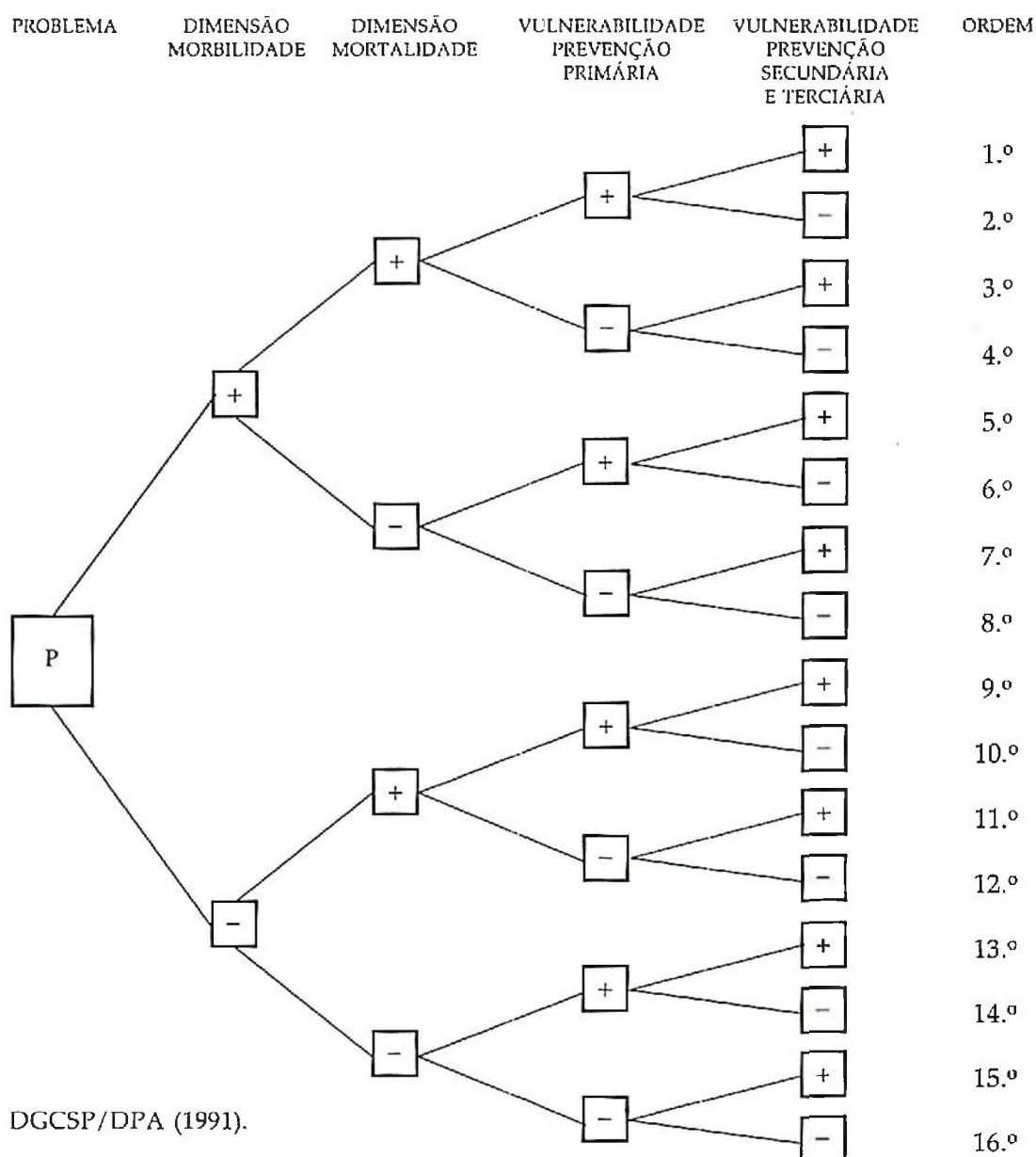
O percurso natural do problema dentro da grelha determina a sua classificação final. O método pode ser aplicado a uma lista grande de problemas por um grupo extenso de peritos. Este foi um dos procedimentos utilizados pela Divisão de Planeamento e Avaliação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP) na determinação de prioridades para o período de 1992-1995. Uma lista de dezasseis problemas foi submetida à grelha de análise por um conjunto de nove peritos. Cada um dos peritos aplicou individualmente a grelha aos problemas da lista (*quadro 7.14*), calculando-se posteriormente os resultados finais (*quadro 7.15*), somando em cada critério as escolhas positivas e negativas.

O percurso final do problema na grelha depende do número de positivos e negativos em cada critério. Por esta razão é conveniente que o número de peritos seja ímpar.

O ordenamento das dez primeiras causas foi o seguinte:

- 1) Doenças cardíaco-vasculares;
- 2) Acidentes de viação;
- 3) Problemas dos idosos;
- 4) Tumores malignos;
- 5) Cárie dentária;
- 6) Diabetes;
- 7) Acidentes domésticos;
- 8) Acidentes de trabalho;
- 9) Alcoolismo;
- 10) Doenças osteoarticulares.

Figura 7.2
Prioridades para 1992-1995: grelha de análise



Quadro 7.13
Crítérios: grelha de análise

1. *Dimensão da mortalidade:* considerar a mortalidade em valores absolutos (independentemente dos grupos etários atingidos).
2. *Dimensão da morbilidade:* considerar a morbilidade em valores absolutos (independentemente dos grupos etários atingidos).
3. *Vulnerabilidade da prevenção primária:* considerar a existência de tecnologias eficazes no campo da prevenção no horizonte para 1992-1995.
4. *Vulnerabilidade da prevenção secundária e terciária:* considerar a existência de tecnologias eficazes no campo do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação no horizonte para 1992-1995.

5.6. Comparação por pares

Trata-se de uma abordagem prática quando o número de problemas não é muito extenso (aproximadamente 15, sendo 8-10 o número óptimo). Cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros, escolhendo-se o mais importante em cada comparação. Por exemplo, se existirem quatro problemas, A, B, C e D, compara-se A com B, A com C, A com D, e assim sucessivamente. Acaba por ser seleccionado o problema mais vezes escolhido.

No quadro 7.16 observam-se os resultados obtidos a partir da opinião de um perito numa lista de 16 problemas. Neste caso, o problema A (doenças cardíaco-vasculares) foi comparado sistematicamente com os outros 15 problemas (para simplificar, designados também por letras). Na comparação A com os restantes problemas ele foi escolhido 14 vezes. Só o problema C (tumores malignos) foi escolhido mais vezes (15).

Obteve-se a ordenação final a partir do número de vezes que o problema foi escolhido: em primeiro lugar, os tumores malignos; em segundo, as doenças cardíaco-vasculares, etc.

O preenchimento do quadro pode ser feito numa sessão colectiva com discussão ou utilizando resultados individuais de um conjunto de peritos.

Este método compara habitualmente a importância de cada problema em relação a cada um dos outros, utilizando um critério «implícito» de importância.

É possível, no entanto, utilizá-lo para critérios definidos explicitamente, como a dimensão ou a vulnerabilidade, ou outros, separadamente.

BIBLIOGRAFIA

- HANLON, J. J., e PICKETT, G. E. — *Public Health Administration and Practice*, 8.^a ed., St. Louis, Times Mirror/Mosby, 1984.
- LATIÈRE, G. — *Analyse de systèmes et techniques décisionnelles*, Paris, Dunod, 1971.
- LOPES DIAS, J. — *Noções de Planeamento Sanitário*, Lisboa, ENSP, 1974.
- NUTT, P. C. — *Planning Methods for Health and Related Organizations*, Toronto, J. Willey and Sons, 1984.
- OPS/OMS-CENDES — *Programación de la Salud. Problemas Conceptuales y Metodológicos*, Washington, 1965.
- PINEAULT, R., e DAVELUY, C. — *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montreal, Agence d'Arc, Inc., 1986.
- Plano de Salud de Biscaia*, Bilbao, 1979.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE — *Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança*, vol. II, *Problemas de Saúde, Objectivos, Estratégias*, Lisboa, 1981.
- TAVARES, A. — *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde, DRH, 1990.

Quadro 7.16

Prioridades para 1992-1995: comparação por pares (preenchimento por um perito)

Problemas		*****	*****	*****	***	Classifi- cação	Ordem
Doenças cárdio- -vasculares	A	A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A ☒ A	- B ☒ C ☒ D ☒ E ☒ F ☒ G ☒ H ☒ I ☒ J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	14 0 > 14	2.º
Diabetes	B	B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B ☒ B	- ☒ C ☒ D ☒ E ☒ F ☒ G ☒ H ☒ I ☒ J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	7 0 > 7	8.º
Tumores malignos	C	C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C ☒ C	- D ☒ E ☒ F ☒ G ☒ H ☒ I ☒ J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	13 2 > 15	1.º
Doenças osteo- articulares	D	D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D ☒ D	- E ☒ F ☒ G ☒ H ☒ I ☒ J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	9 1 > 10	4.º
DTS (com SIDA)	E	E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E ☒ E	- F ☒ G ☒ H ☒ I ☒ J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	4 0 > 4	12.º
Hepatite B	F	F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F ☒ F	- G ☒ H ☒ I ☒ J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	3 0 > 3	13.º
Brucelose	G	G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G ☒ G	- H ☒ I ☒ J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	0 0 > 0	16.º
Depressão/ suicídio	H	H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H ☒ H	- I ☒ J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	0 5 > 5	10.º
Doenças crónicas pulmonares	I	I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I ☒ I	- J ☒ K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	6 4 > 10	4.º
Tuberculose	J	J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J ☒ J	- K ☒ L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	0 1 > 1	15.º
Cárie dentária	K	K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K ☒ K	- L ☒ M ☒ N ☒ O		☒ P	1 4 > 5	10.º
Acidentes de viação	L	L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L ☒ L	- M ☒ N ☒ O		☒ P	3 6 > 9	7.º
Acidentes domésticos	M	M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M ☒ M	- N ☒ O		☒ P	0 2 > 2	14.º
Acidentes de trabalho	N	N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N ☒ N	- O		☒ P	0 6 > 6	9.º
Alcoolismo/ consumo de álcool	O	O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O ☒ O	-		☒ P	0 10 > 10	4.º
Problemas dos idosos	P				P —	0 11 > 11	3.º

Nota. — Envolver com círculo a opção escolhida.

DGCSP/DPA (1991).

Quadro 7.14
Prioridades para 1992-1995: grelha de análise (aplicação por um perito)

Problema	Dimensão morbilidade	Dimensão mortalidade	Vulnerabilidade prevenção primária	Vulnerabilidade prevenção secundária e terciária	Classificação
Doenças cardíco-vasculares	+	+	-	+	3
Diabetes	+	-	-	+	7
Tumores malignos	+	+	-	-	4
Doenças osteo-articulares	+	-	-	-	8
DTS (com SIDA)	+	-	+	-	6
Hepatite B	-	-	+	-	14
Brucelose	-	-	+	+	13
Depressão/suicídio	+	-	-	+	7
Doenças crónicas pulmonares	+	+	-	-	4
Tuberculose	-	-	+	+	13
Cárie dentária	+	-	+	+	5
Acidentes de viação	+	+	+	-	2
Acidentes domésticos	+	-	+	-	6
Acidentes de trabalho	-	-	+	-	14
Alcoolismo/consumo de álcool	+	-	-	-	8
Problemas dos idosos	+	+	-	-	4

DGCSP/DPA (1991).

Quadro 7.15
Prioridades para 1992-1995: grelha de análise (aplicação por nove peritos)

Problema	Dimensão de morbilidade		Dimensão de mortalidade		Vulnerabilidade de prevenção primária		Vulnerabilidade de prevenção secundária e terciária		Classificação
Doenças cardíco-vasculares	9 +	0 -	9 +	0 -	8 +	1 -	7 +	2 -	1. ^o
Diabetes	8 +	1 -	2 +	7 -	6 +	3 -	9 +	0 -	5. ^o
Tumores malignos	9 +	0 -	8 +	1 -	3 +	6 -	1 +	8 -	4. ^o
Doenças osteo-articulares	9 +	0 -	0 +	9 -	3 +	6 -	3 +	6 -	8. ^o
DTS (com SIDA)	4 +	5 -	4 +	5 -	7 +	2 -	4 +	5 -	14. ^o
Hepatite B	3 +	6 -	1 +	8 -	8 +	1 -	1 +	8 -	14. ^o
Brucelose	0 +	9 -	0 +	9 -	9 +	0 -	9 +	0 -	13. ^o
Depressão/suicídio	4 +	5 -	2 +	7 -	2 +	7 -	5 +	4 -	15. ^o
Doenças crónicas pulmonares	4 +	5 -	1 +	8 -	6 +	3 -	4 +	5 -	14. ^o
Tuberculose	2 +	7 -	2 +	7 -	9 +	0 -	9 +	0 -	13. ^o
Cárie dentária	9 +	0 -	0 +	9 -	9 +	0 -	6 +	3 -	5. ^o
Acidentes de viação	9 +	0 -	8 +	1 -	5 +	4 -	2 +	7 -	2. ^o
Acidentes domésticos	6 +	3 -	0 +	9 -	6 +	3 -	2 +	7 -	6. ^o
Acidentes de trabalho	5 +	4 -	3 +	6 -	9 +	0 -	4 +	5 -	6. ^o
Alcoolismo/consumo de álcool	8 +	1 -	4 +	5 -	4 +	5 -	3 +	7 -	8. ^o
Problemas dos idosos	7 +	2 -	7 +	2 -	2 +	7 -	2 +	7 -	4. ^o

DGCSP/DPA (1991).

PARTE IV — FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Capítulo 8 — Fixação de objectivos

1. Situação no processo de planeamento

Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários, haverá que proceder à fixação dos objectivos a atingir em relação a cada um desses problemas num determinado período de tempo. Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa. Quatro aspectos principais se podem considerar nesta etapa:

- A selecção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários;
- A determinação da tendência dos problemas definidos como prioritários;
- A fixação dos objectivos a atingir a médio prazo;
- A tradução dos objectivos em objectivos operacionais ou metas.

2. Selecção dos indicadores dos problemas de saúde

A selecção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários que melhor traduzem a dimensão actual desses problemas e a respectiva evolução é um primeiro passo na fixação de objectivos.

Convém lembrar que um *indicador* é sempre uma relação entre uma situação específica (actividade desenvolvida ou resultado esperado) e uma população em risco. Assim, por exemplo, o número de mortes por sarampo na população de 1-4 anos não é um indicador; para ser um indicador haverá que estabelecer uma relação com a população em risco de 1-4 anos, ou seja:

$$\frac{\text{Número de mortes por sarampo na população de 1-4 anos}}{\text{População de 1-4 anos}}$$

Como se sabe, podem distinguir-se dois principais tipos de indicadores:

- Indicadores de resultado ou de impacte;
- Indicadores de actividade ou de execução.

Um *indicador de resultado* ou *de impacte* pretende medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema. Por exemplo:

$$\frac{\text{Número de mortes no grupo de 0-1 ano}}{\text{População de 0-1 ano}}$$

e

$$\frac{\text{Número de casos de tuberculose no distrito } x}{\text{População do distrito } x}$$

serão indicadores de resultado.

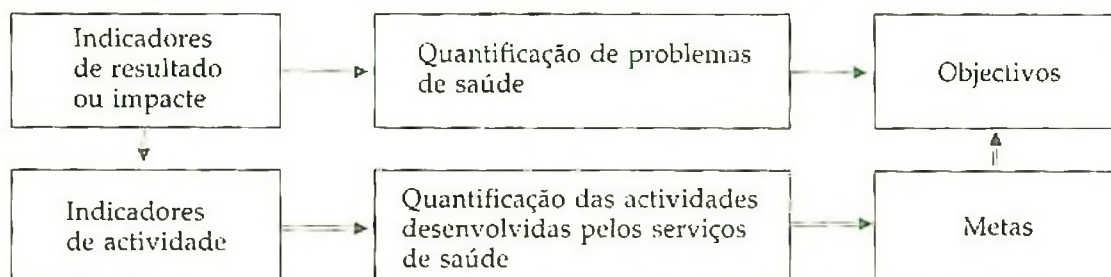
Um *indicador de actividade* ou de *execução* pretende medir a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado. Assim, por exemplo:

	Primeiras consultas de crianças de 0-11 meses
	Número de crianças de 0-11 meses
e	
	Primeiras consultas de grávidas
	Número de grávidas

são indicadores de actividade.

Para efeito da fixação dos objectivos interessa-nos seleccionar indicadores de resultado ou de impacte, que são aqueles que permitem a quantificação dos problemas de saúde, conforme consta da *figura 8.1*.

Figura 8.1
Relação entre indicadores de resultado e indicadores de actividade



3. Tendência dos problemas de saúde

Seleccionados os indicadores que melhor traduzam a dimensão actual dos problemas de saúde definidos como prioritários e a respectiva evolução, haverá que proceder à determinação da respectiva *tendência*.

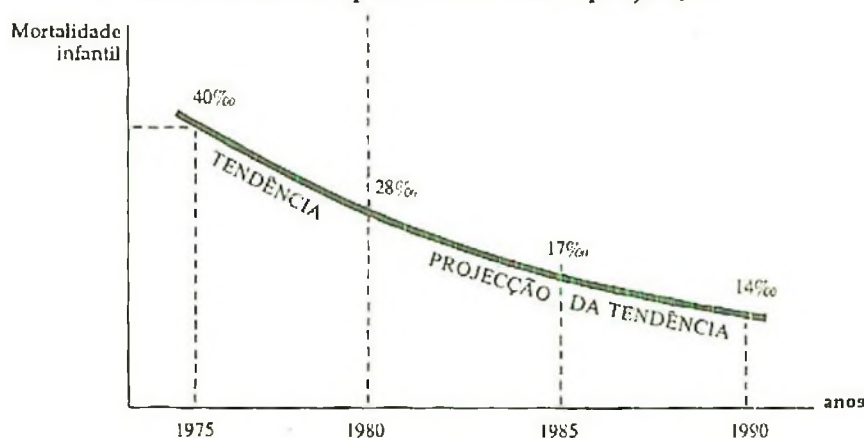
Considera-se como *tendência de um problema de saúde* a evolução natural do problema caso as condições actuais, tecnológicas e outras, se mantenham.

A *projectão da tendência* é a determinação da situação do problema no futuro de acordo com a sua evolução natural.

A projectão da tendência poderá ser realizada pelo método dos mínimos quadrados, mediante o ajustamento de uma curva aos valores conhecidos do indicador, ou seja, valores que o indicador apresentou no passado e apresenta no momento actual.

Conhecidos os valores da mortalidade infantil para 1975 (x_1, y_1) e 1980 (x_2, y_2), a tendência deste indicador e a projectão da tendência encontram-se representadas para 1985 e 1990 na *figura 8.2*.

Figura 8.2
Tendência dos problemas e sua projecção



4. Fixação dos objectivos

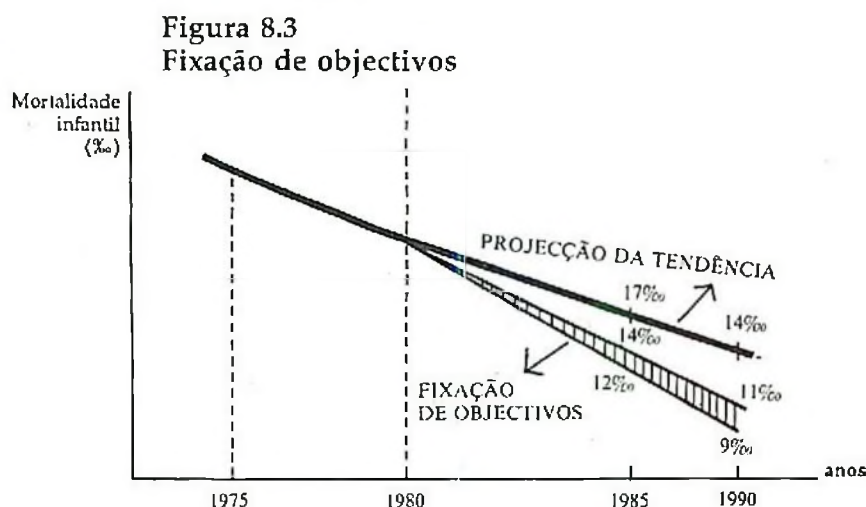
Determinada a tendência natural de evolução do problema, pode, finalmente, proceder-se à *fixação do objectivo*. Entende-se aqui por *objectivo* o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto.

Analisando a definição, interessa determo-nos na expressão «resultado desejável», já que a fixação do objectivo implica uma inflexão positiva na tendência de evolução natural do problema. O objectivo poderá, no entanto, coincidir com a própria tendência no caso de se considerar que a evolução natural já é bastante favorável e tendo em conta aquilo que é «tecnicamente exequível».

A fixação dos objectivos terá em consideração a política subjacente que pode ser traduzida no plano de saúde nacional ou nas declarações públicas dos responsáveis pela política de saúde, o que pode levar a fixar objectivos mais ou menos ambiciosos, consoante a importância relativa atribuída a esses problemas.

A fixação de um valor ou de um intervalo de variação para os objectivos dependerá ainda das normas e valores internacionais e da forma como esses problemas evoluíram em países com uma estrutura sócio-económica semelhante e com um nível de recursos disponíveis aproximado.

A quantificação dos objectivos é usualmente realizada em grupo de trabalho constituído por peritos e em que através de um consenso de grupo se chega à fixação de um intervalo de variação (usualmente, não se fixa um único valor para os objectivos, mas um intervalo de variação). No caso do exemplo atrás descrito, a fixação do objectivo processar-se-ia como indicado na *figura 8.3*.



É evidente que um problema de saúde pode ser quantificado através de vários indicadores, que tentam traduzir a situação actual e a evolução desse problema. Assim, por exemplo, no caso dos problemas da saúde infantil [Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança (1981)], os indicadores considerados constam do *quadro 8.1*.

Convém ter presentes as dificuldades e as limitações que se levantam à fixação de objectivos relativamente aos problemas de saúde. Como se sabe, os estudos existentes até ao momento não permitem ainda quantificar a influência isolada das actuações específicas dos serviços de saúde naqueles objectivos de resultado. Com efeito, como determinar de forma quantificada a influência que terá o desenvolvimento da rede de cuidados primários no decréscimo do valor da mortalidade infantil, se atendermos a que todos os restantes factores que influenciam aquela taxa — nível de educação, saneamento do meio, condições de habitação, alimentação, etc. — actuaram simultaneamente?

Os objectivos de resultado, fixados nesta fase de planeamento, são, portanto, um quadro de referência que permite, no fim do período do plano, aferir até que ponto se atingiu ou não uma inflexão dos valores dos indicadores, considerada possível e desejável

Quadro 8.1

Plano de Vila Real-Bragança — quantificação dos indicadores de saúde infantil

Indicadores	Valor no último ano disponível (1975)	Valor estimado para 1985 de acordo com a tendência de evolução natural	Valor desejável em 1985
Taxa de mortalidade infantil (1000 nados-vivos):			
Bragança	75,3	46,3	25
Vila Real	58,4	53,0	25
Taxa de mortalidade perinatal (1000 nados-vivos):			
Bragança	33,3	34,7	25-30
Vila Real	35,9	41,5	30-33
Taxa de mortalidade neonatal (1000 nados-vivos):			
Bragança	28,7	18,8	12
Vila Real	22,7	26,0	12
Taxa de mortalidade pós-neonatal (1000 nados-vivos):			
Bragança	46,7	27,6	13-18
Vila Real	35,7	28,6	13-18
Taxa de mortalidade no grupo 1-4 anos (100 000 habitantes):			
Bragança	294,5	121,3	50
Vila Real	295,1	112,4	50

de acordo com os conhecimentos técnicos actuais. Tem-se consciência que, ao fixarem-se estes objectivos, não estão a medir-se apenas os resultados das intervenções do sector da saúde, no sentido restrito do termo, mas sim a forma como todos os sectores envolventes estão a condicionar a saúde da população. No entanto, parece-nos isto preferível a planear apenas em termos de produção de serviços de saúde, perdendo-se de vista os problemas que se pretendem resolver ou atenuar com a prestação desses serviços.

5. Objectivos operacionais: metas

A dificuldade que reside na fixação de objectivos, por um lado, e a necessidade de passar de objectivos muito agregados a objectivos mais específicos, por outro, levam-nos a introduzir a noção de *objectivo operacional* ou *meta*.

Definiu-se atrás o *objectivo de um problema de saúde* como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacte.

O *objectivo operacional*, ou *meta*, é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade. Assim, ainda no exemplo da mortalidade infantil, como indicador dos problemas de «saúde infantil», a distinção entre objectivo e meta é a que consta do *quadro 8.2*.

Trata-se, no caso deste exemplo, apenas da quantificação de um dos programas «de assistência à criança no centro de saúde» que concorrem para o objectivo de redução da mortalidade infantil para 14‰.

Como é evidente, outros programas existirão como concorrentes para aquele mesmo objectivo. Alguns destes programas poderão ser da responsabilidade de outros sectores.

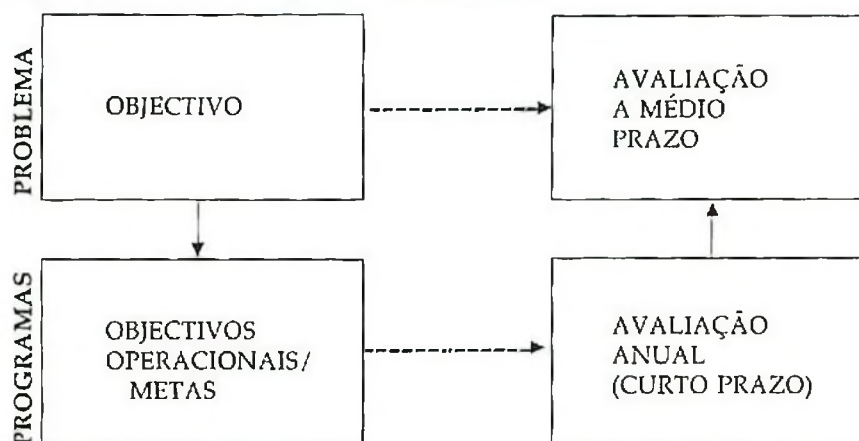
Quadro 8.2
Objectivos e metas

Objectivo	Programas	Metas
Reduzir a mortalidade infantil para 14‰ em 1990	Programa de assistência à criança no centro de saúde	Ver 4000 crianças/ano na valência de saúde infantil das 5000 existentes (80%)
...	...	...
...	...	...

Neste caso haverá que estabelecer os objectivos operacionais em conjunto com os sectores envolvidos.

Uma outra distinção a fazer entre objectivo e meta, ou objectivo operacional, é a relativa ao prazo de avaliação possível num caso e noutro, na medida em que a evolução de um indicador de resultado ou de impacto só é passível de avaliação a médio prazo (cinco a seis anos), enquanto a avaliação de um indicador de actividade se faz anualmente (figura 8.3).

Figura 8.3
Objectivos e metas e prazo de avaliação



6. Exemplos

Apresentam-se seguidamente alguns exemplos de fixação de objectivos com diferentes níveis de elaboração.

Um primeiro exemplo diz respeito ao IV Plano de Fomento (1974-1979) e à avaliação destes objectivos feita no fim do período do plano. Realizaram-se então projecções dos principais indicadores da situação de saúde e de taxas de mortalidade específica por diversas doenças.

Decorridos alguns anos, realizou-se uma avaliação da forma como os objectivos fixados, de acordo com a tendência de evolução natural, tinham ou não sido atingidos.

Um segundo exemplo diz respeito aos trabalhos preparatórios do Plano de Médio Prazo para 1979-1984. Neste caso, os objectivos gerais foram fixados de forma não quantificada e sem que se relacionassem com a situação de morbi-mortalidade. No entanto, fez-se uma tentativa de quantificação do objectivo final através de alguns indicadores de resultado mais significativos — esperança de vida à nascença, mortalidade infantil, mortalidade neonatal, mortalidade materna, percentagem de partos sem assistência e mortalidade específica de 1-4 anos. Procedeu-se ainda à fixação de objectivos operacionais ou metas tanto para serviços de cuidados de saúde primários como de cuidados de saúde diferenciados.

Num terceiro exemplo, o Plano de Vila Real-Bragança, os objectivos foram fixados de forma quantificada em termos de indicadores de resultado relacionados com cada um dos problemas de saúde definidos. No entanto, estes objectivos não foram traduzidos em objectivos operacionais ou metas nesta fase de planeamento, o que só aconteceu na fase de elaboração de programas e projectos.

Num quarto exemplo, o Plano da Biscaia (Espanha), os objectivos foram fixados de forma semelhante à do exemplo anterior. Além das taxas de mortalidade e morbilidade, foram, no entanto, utilizados indicadores de actividade, o que correspondeu a uma fixação simultânea de objectivos operacionais, sem que se tenha feito a distinção entre uns e outros.

Finalmente, no exemplo de BAINBRIDGE e SAPIRIE os objectivos foram fixados em termos de taxas e de casos esperados e ainda traduzidos em objectivos operacionais.

6.1. IV Plano de Fomento (1974-1979): objectivos fixados e respectiva avaliação

Foram pela primeira vez realizadas projecções no domínio da saúde em Portugal na preparação do IV Plano de Fomento (1974-1979) [*Health Projections in Portugal* (1986)]. O estudo cobria os seguintes principais indicadores da situação de saúde: esperança de vida à nascença, taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade neonatal, taxa de mortalidade materna, percentagem de partos sem assistência, taxa de mortalidade específica de 1-4 anos, percentagem de mortes de 1-4 anos, percentagem de mortes sem certificação médica e taxa de mortalidade específica no grupo etário de 5-14 anos. Foram ainda calculadas taxas de mortalidade específica da tuberculose, do aparelho respiratório, dos tumores malignos, das doenças cerebrovasculares, da aterosclerose, da pneumonia, da bronquite, da cirrose do fígado, da nefrite, dos acidentes de veículo a motor e das doenças infecciosas e parasitárias.

O objectivo da realização das projecções era conhecer a evolução provável destes indicadores em Portugal de acordo com o estado de conhecimentos naquele momento e partindo do princípio que no futuro não se verificariam alterações significativas na situação sócio-económica e nas outras determinantes do nível de saúde. As projecções foram realizadas com base no método dos mínimos quadrados, utilizando como base o período de 1960-1970, ou, nalguns casos, um período mais curto, sempre que não se possuíam dados, para um determinado indicador, para a totalidade do período.

Procedeu-se ao ajustamento de seis diferentes equações de regressão e as projecções basearam-se naquela equação que melhor se ajustava aos dados do passado. Nessa medida, diferentes equações foram utilizadas para diferentes indicadores. As seis equações utilizadas foram as seguintes:

$$y = ax + b \quad (\text{linear});$$

$$y = ae^{bx} \quad (\text{exponencial});$$

$$y = ax^b \quad (\text{geométrica});$$

$$y = a + \frac{b}{x} \quad (\text{hipérbole com assíntota horizontal diferente de zero});$$

$$y = \frac{1}{a + bx} \quad (\text{hipérbole com assíntota vertical diferente de zero});$$

$$y = \frac{x}{ax + b} \quad (\text{hipérbole com assíntota vertical e horizontal diferentes de zero}).$$

As metas a atingir em 1980 pelos diferentes indicadores de saúde foram fixadas tomando em consideração os seguintes aspectos:

- O valor esperado do indicador em Portugal, em 1980, segundo a projecção efectuada;
- O valor projectado do indicador, em 1980, em outros países seleccionados (obtido utilizando a análise de regressão aplicada aos dados disponíveis desses países);

Durante a década de 70 verificaram-se modificações significativas nos programas de saúde em Portugal. Procedeu-se à criação de centros de saúde por todo o país desde 1971, os quais de início possuíam principalmente as valências de saúde infantil e saúde materna. Além disso, realizaram-se várias tentativas para criar e desenvolver um serviço nacional de saúde. Com vista a descentralizar o planeamento e a administração da promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação no âmbito dos cuidados de saúde primários foram criadas, em 1975, as ADSS.

Por outro lado, foi estabelecido em 1975 um programa de serviço médico à periferia, que deu origem a uma melhor distribuição dos médicos pelo país. Este tipo de projecção da situação de saúde num país pode ser útil na medida em que proporciona uma determinada perspectiva de evolução comparativamente a outros países. Além disso, fornece aos responsáveis pelas estratégias de desenvolvimento uma ideia do esforço requerido para alcançar os objectivos fixados para os diferentes indicadores.

Contudo, pode argumentar-se que as modificações no nível de saúde não são apenas a consequência da actuação dos serviços de saúde. Além disso, pode perguntar-se: como se poderá medir o impacte de diferentes estratégias e programas na situação de saúde? Como se poderá quantificar o nível de serviços de saúde necessário nos diferentes níveis para modificar a situação de saúde? Finalmente, em que medida poderão alterar-se as tendências com vista a atingir-se um determinado objectivo fixado de uma forma realista?

6.2. Plano de Médio Prazo para 1979-1984

Foi fixada como objectivo final a atingir no período para 1979-1984 a melhoria do nível de saúde da população através de medidas de promoção, defesa e recuperação da saúde física e mental. Reconheceu-se que os contributos para este objectivo final provêm de acções a desenvolver por diferentes sectores, designadamente no domínio da habitação, educação, distribuição de rendimentos, alimentação, saneamento do meio, vias de comunicação e transportes. Sendo assim, as intervenções do sector da saúde, no sentido restrito do termo, contribuem apenas parcialmente para o objectivo final acima referido, embora, como é evidente, lhes caiba uma elevada quota de responsabilidade na sua realização e de sensibilização e responsabilização das outras acções.

Tendo presente esse objectivo final, definiram-se três níveis de objectivos intermédios, que não se excluem, mas que se considera serem os principais níveis de intervenção no sistema de saúde:

- A organização dos serviços de saúde por forma a permitirem a prestação de cuidados de saúde primários e diferenciados, no sentido de abrangerem a totalidade da população e proporcionarem regalias idênticas, independentemente da sua forma de actividade, residência ou nível económico, e de prestarem cuidados completos e integrados sob a responsabilidade de uma única autoridade;
- A melhoria qualitativa e quantitativa dos serviços de cuidados de saúde primários e diferenciados existentes, por forma a constituírem uma resposta adequada às necessidades reais da população;
- A formação básica de pessoal, a sua actualização em serviço e a criação de estruturas que possibilitem a sua formação permanente, assim como a sua mais equitativa distribuição pelo território, como contributo indispensável ao funcionamento dos serviços e respectiva melhoria qualitativa.

Realizou-se uma tentativa de quantificação do objectivo final através de alguns indicadores de resultado mais significativos. Consideraram-se apenas alguns indicadores tradicionalmente utilizados na medida indirecta da evolução de saúde — esperança de vida à nascença, mortalidade infantil, mortalidade neonatal, mortalidade materna, percentagem de partos sem assistência e mortalidade específica de 1-4 anos.

De acordo com a opinião de peritos na matéria, fixou-se qual a sua evolução desejável, tendo em atenção a tendência natural de evolução, mediante a aplicação do método dos mínimos quadrados. O valor «desejável» foi fixado tendo em atenção a tendência de evolução natural do indicador, o ritmo desta evolução nos últimos cinco anos e o valor actualmente apresentado em países mais evoluídos (*quadro 8.4*).

- Os recursos humanos e materiais que se prevê estejam disponíveis durante o período da projecção (1971-1980) para melhorar a situação de saúde;
- As características específicas da situação portuguesa em relação a outros países, em particular o diferente nível de desenvolvimento sócio-económico.

Em geral, fixou-se uma «área desejável de valores», em vez de um ponto, como objectivo a atingir.

As projecções realizadas com base nas equações de regressão foram posteriormente discutidas por um grupo de especialistas em saúde pública com vista à obtenção de um consenso sobre as metas propostas em relação a cada indicador, ou seja, em relação ao intervalo da área desejável de valores em 1980 (*quadro 8.3*).

De entre as projecções realizadas seleccionaram-se algumas que se apresentam nas *figuras 8.4 a 8.9*. Para cada caso apresenta-se a tendência de evolução, assim como a área desejável de valores e os *valores reais* do indicador observados em 1979-1980. Em geral, pode dizer-se que os valores observados aparecem muito próximos ou mesmo dentro da área desejável de valores.

Quadro 8.3

Valor em 1970, valores estimados e valores desejáveis em 1980 dos principais indicadores de saúde e das principais causas de morte em Portugal

Indicador	Valor em 1970	Valores estimados			Valor desejável em 1980	Valor real em 1979
		1973	1976	1980		
Principais indicadores de saúde						
Esperança de vida à nascença:						
Homens	64,2	66,1	67,3	68,3	70-72	67,7
Mulheres	70,0	72,0	73,3	74,3	74-76	75,2
Taxa de mortalidade infantil	58,0	50,6	46,0	40,8	20-30	25,6
Taxa de mortalidade neonatal	25,4	24,0	23,0	22,7	12-18	15,7
Taxa de mortalidade materna	0,74	0,65	0,60	0,53	0,20-0,40	0,33
Percentagem de partos sem assistência	29,8	22,2	14,2	3,6	2-6	10,4
Taxa de mortalidade específica de 1-4 anos	367,6	254,6	194,9	136,6	120-140	131,8
Percentagem de mortes de 1-4 anos	2,5	1,8	1,4	0,92	0,4-0,7	1,1
Percentagem de mortes sem certificação médica	2,7	2,2	1,8	1,3	0,5-1,0	1,5
Taxa de mortalidade específica de 5-14 anos	70,5	60,5	55,5	50,0	40-44	54,3
Principais causas de morte (taxas de mortalidade específica por 100 000 habitantes)						
Tuberculose do aparelho respiratório						
respiratório	14,8	13,7	10,5	7,4	3-7	5,1
Tumores malignos	120,8	125,7	130,7	136,8	—	137,3
Doenças cerebrovasculares	191,8	224,9	254,0	298,8	—	224,0
Aterosclerose	129,4	168,9	191,9	227,5	—	124,2
Pneumonia	80,3	85,6	85,4	85,1	30-50	33,8
Bronquite	28,5	29,9	30,2	30,6	—	36,5
Cirrose do fígado	29,0	36,2	38,9	42,1	—	26,9
Nefrite e nefrose	15,5	16,1	15,3	14,3	—	11,0
Acidentes de veículo a motor	21,3	24,0	27,6	32,3	—	30,4
Doenças infecciosas e parasitárias	10,4	8,8	7,9	7,1	4-6	5,6

Figura 8.4
Esperança de vida à nascença

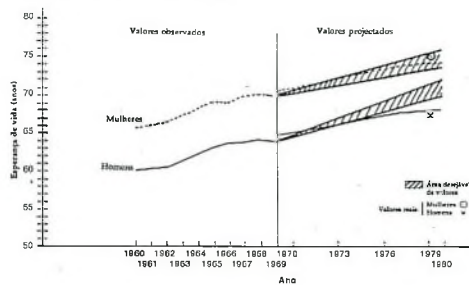


Figura 8.5
Taxa de mortalidade infantil

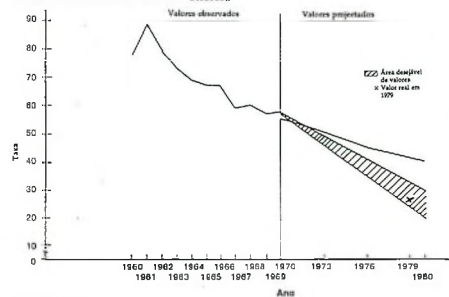


Figura 8.6
Taxa de mortalidade materna

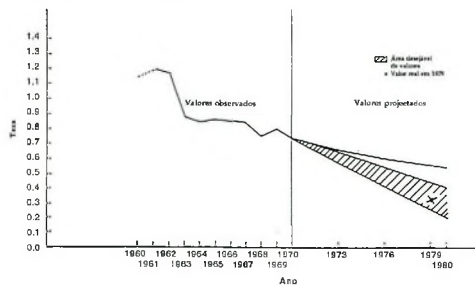


Figura 8.7
Taxa de mortalidade específica por tumores malignos
(ambos os sexos)

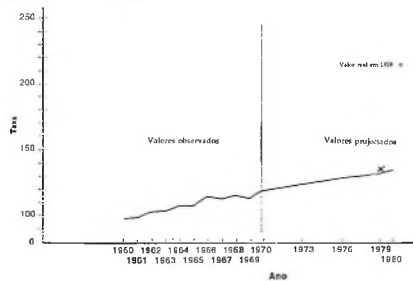


Figura 8.8
Taxa de mortalidade específica por pneumonia

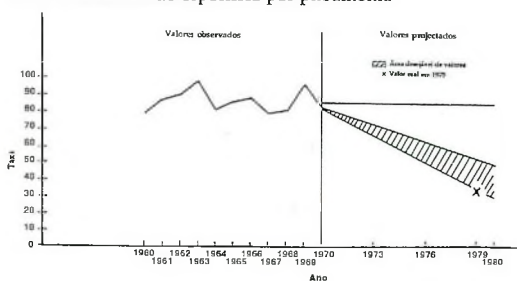
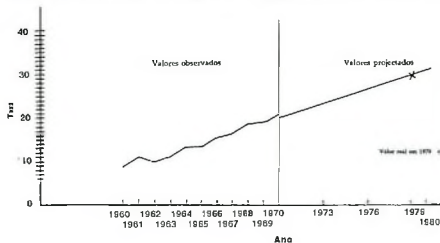


Figura 8.9
Taxa de mortalidade específica por acidentes de veículo a motor



Quadro 8.4
Valor actual e valores desejáveis de alguns indicadores,
em 1981 e 1984, no continente

Indicadores		Valores				
		Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984
Esperança de vida à nascença	Sexo masculino	65,2	65,9	66,3	67	68
	Sexo feminino	72,4	73,8	74,6	75	76
	Total	68,9	70,2	70,8	71	72
Mortalidade infantil (‰)		38,63	26,24	22,24	22	18
Mortalidade neonatal (‰)		22,06	17,69	16,36	16	15
Mortalidade materna (‰)		0,42	0,276	0,217	0,2	0,1
Percentagem de partos sem assistência		15,04	8,92	6,69	7	5
Mortalidade específica de 1 a 4 anos (°/0000)		189,90	125,93	99,21	100	80

Fonte: Plano de Médio Prazo para 1979-1984.

Procedeu-se ainda à desagregação destes objectivos a nível distrital em relação a dois indicadores: mortalidade infantil e percentagem de partos sem assistência. Estes indicadores foram seleccionados na medida em que se considerou que reflectem uma intervenção no desenvolvimento dos serviços de cuidados de saúde primários e na sua melhoria qualitativa, designadamente junto de determinados grupos populacionais: as crianças no primeiro ano de vida e as grávidas (*quadro 8.5*).

Para além dos objectivos traduzidos em termos de indicadores de resultado, acima descritos, procedeu-se ainda à fixação de objectivos operacionais ou metas em relação aos serviços de cuidados de saúde primários e de cuidados de saúde diferenciados.

Em relação aos cuidados de saúde primários, seleccionaram-se os indicadores «percentagem de cobertura da população de 0-1 ano» e «percentagem de cobertura das grávidas pelo centro de saúde». Na inexistência de dados que permitissem construir séries cronológicas, as metas foram fixadas com base na cobertura desejável e possível, atendendo aos recursos disponíveis, de acordo com a opinião das ADSS (*quadro 8.6*).

Quanto aos cuidados de saúde diferenciados, os indicadores seleccionados foram a demora média, a percentagem de ocupação e o movimento de consultas externas e urgências. Calculou-se para cada um, pelo método dos mínimos quadrados, a tendência de evolução natural do indicador na ausência de qualquer intervenção específica. O «valor desejável» foi fixado atendendo à capacidade de intervenção possível a médio prazo, de acordo com a opinião de técnicos do sector. Os objectivos operacionais fixados para hospitais centrais e distritais constam dos *quadros 8.7 e 8.8*.

6.3. Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança

A fixação de objectivos neste plano foi realizada em termos de indicadores de resultado directamente associados a cada um dos problemas de saúde definidos como prioritários e traduzidos em taxas de mortalidade e morbilidade.

Procedeu-se à estimativa do valor dos indicadores para 1985, de acordo com a tendência de evolução natural, utilizando o método dos mínimos quadrados.

O «valor desejável» foi fixado através do recurso a uma equipa pluridisciplinar a nível da região, que teve em atenção a tendência de evolução natural do indicador, o ritmo desta evolução nos últimos anos e o valor apresentado pelo continente.

O quadro 8.9 apresenta os objectivos fixados em relação a alguns dos problemas prioritários de saúde.

Os objectivos operacionais ou metas não foram fixados nesta fase de planeamento. Procedeu-se à sua fixação na fase de programação em relação a cada um dos programas e projectos.

6.4. Plano da Biscaia

Neste quarto exemplo os objectivos foram fixados não apenas em termos de taxas de mortalidade e de morbilidade, mas utilizando outros indicadores.

Assim, por exemplo, no caso do problema do alcoolismo, além de se utilizar como indicador a morbilidade por cirrose hepática, utilizaram-se ainda os seguintes indicadores:

- Bebedores excessivos de mais de 14 anos;
- Alcoólicos de mais de 14 anos;
- Internamento de alcoólicos em hospitais psiquiátricos;
- Consultas de alcoólicos.

Deve notar-se, no entanto, o diferente nível a que se situam estes indicadores: enquanto a morbilidade por cirrose hepática e os dois primeiros indicadores referidos são indicadores de doença ou de grave risco de doença, os dois últimos são indicadores de actividade utilizados na fixação de objectivos operacionais ou metas.

Este caso de fixação de objectivos traduz-se, assim, numa fixação simultânea de objectivos operacionais. No quadro 8.10 indicam-se os indicadores escolhidos para quantificar o problema do alcoolismo e o respectivo número de casos e taxas no ano base (1978), as bases prognósticas para 1985, a evolução provável e o número de casos esperados para esse ano.

6.5. A fixação de objectivos segundo Bainbridge e Sapiirie

Finalmente, no exemplo apresentado em BAINBRIDGE e SAPIRIE os objectivos foram fixados em termos de taxas de morbilidade ou de mortalidade e de casos verificados e esperados no futuro.

Indica-se ainda a redução prevista, em percentagem, em relação a cada objectivo.

Os objectivos operacionais são fixados distinguindo-se os serviços preventivos e os serviços curativos. Para cada problema de saúde considerado indicam-se um ou mais *outputs* e as respectivas metas (quadro 8.11).

BIBLIOGRAFIA

- BAINBRIDGE, J., e SAPIRIE, S. — *Gestion des projets sanitaires*, capítulo 5, «Fixar objectivos e metas», Genève, OMS, 1975.
- GIRALDES, M. R. — *Health Projections in Europe: Methods and Applications*, WHO, 1986, pp. 73-84.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, GEP — *Trabalhos Preparatórios do IV Plano de Fomento, Relatório-Programa*, vol. I, Lisboa, Abril de 1973.
- Plan de Salud de Biscaia*, Bilbao, 1979.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE — *Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança*, vol. II, *Problemas de Saúde, Objectivos, Estratégias*, Lisboa, 1981.

Quadro 8.6

Metas fixadas, para 1981 e 1984, quanto a alguns indicadores de cuidados primários, por distritos

Continente e distritos	Cobertura da população de < 1 ano pelo centro de saúde				Cobertura da população de 1-5 anos pelo centro de saúde				Cobertura de grávidas pelo centro de saúde			
	1981		1984		1981		1984		1981		1984	
	Valor absoluto (a)	Porcen- tagem	Valor absoluto (a)	Porcen- tagem	Valor absoluto (a)	Porcen- tagem	Valor absoluto (a)	Porcen- tagem	Valor absoluto (a)	Porcen- tagem	Valor absoluto (a)	Porcen- tagem
Continente	116 700	83	123 570	88	409 200	55	430 700	58	114 500	77	121 770	85
Aveiro	7 300	75	7 300	80	23 000	45	24 300	50	5 000	50	5 600	60
Beja	1 500	80	1 500	90	9 500	90	8 500	90	1 200	60	1 300	75
Braga	8 200	65	9 300	80	51 000	75	50 200	80	7 700	60	8 900	75
Bragança	1 400	60	1 300	70	10 000	90	9 100	90	1 000	50	1 200	60
Castelo Branco	1 500	75	1 400	80	9 200	85	8 700	85	1 300	50	1 100	60
Coimbra	4 600	75	5 000	85	24 000	75	26 200	85	6 000	95	5 700	95
Évora	1 800	80	1 700	80	10 500	90	10 500	95	1 400	60	1 600	75
Faro	3 500	75	3 800	80	16 500	70	17 700	75	2 400	50	3 100	65
Guarda	1 400	80	1 300	85	9 500	90	7 900	90	730	40	770	50
Leiria	3 600	70	3 800	80	11 000	65	19 500	75	2 600	50	3 200	65
Lisboa	34 500	90	37 100	90	72 000	40	115 100	60	37 200	95	39 100	95
Portalegre	1 100	80	1 170	85	7 000	85	6 400	85	1 100	70	1 100	75
Porto	21 800	80	22 300	85	57 000	40	8 200	60	26 600	95	25 400	95
Santarém	4 700	85	4 700	90	18 000	60	19 500	70	4 000	70	4 000	75
Setúbal	10 800	80	12 900	85	30 000	50	40 500	60	10 300	75	12 300	80
Viana do Castelo	2 600	70	2 900	85	17 000	85	16 700	90	1 900	50	2 700	75
Vila Real	2 500	70	2 300	75	10 000	55	10 500	60	1 500	40	1 600	50
Viseu	3 900	65	3 800	70	21 000	65	21 200	70	2 500	40	3 100	55

(a) Estimativa.

Fonte: Plano de Médio Prazo para 1979-1984.

Quadro 8.5

Valor actual e valores desejáveis de alguns indicadores, em 1981 e 1984, por distritos

Continente e distritos	Mortalidade infantil (%)					Porcentagem de partos sem assistência				
	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984
Continente	38,63	26,24	22,24	22	18	15,04	8,92	6,69	7	5
Aveiro	45,36	29,22	24,46	24	20	18,12	2,25	9,89	10	8
Beja	34,85	24,39	20,21	20	16	17,34	9,78	7,10	58	5
Braga	46,48	31,26	26,18	26	22	19,85	12,05	8,80	10	6
Bragança	75,32	(a)	(a)	45	35	42,81	35,21	30,19	20	15
Castelo Branco	38,45	(a)	(a)	33	27	13,85	8,24	6,17	5	5
Coimbra	32,49	21,13	18,20	18	15	17,59	12,14	9,50	10	5
Évora	40,05	30,51	27,64	27	23	12,52	7,71	5,88	7	5
Faro	32,09	22,54	19,07	19	16	6,25	3,40	2,41	2	2
Guarda	47,67	33,22	28,72	28	23	34,31	22,72	18,38	20	15
Leiria	29,34	18,66	15,91	15	12	7,77	4,13	2,75	5	3
Lisboa	28,11	20,16	17,40	17	14	2,21	1,04	0,69	1	1
Portalegre	38,38	35,42	33,05	33	27	10,70	7,48	5,63	6	5
Porto	43,54	27,68	22,75	22	18	8,93	4,18	2,79	5	3
Santarém	33,31	23,11	20,70	20	16	9,55	5,25	3,78	5	3
Setúbal	28,43	17,45	14,66	14	11	4,90	2,58	1,84	2	1
Viana do Castelo	35,54	25,32	21,26	21	18	46,20	38,77	34,73	30	20
Vila Real	58,42	(a)	(a)	35	25	58,82	49,06	44,05	35	25
Viseu	49,88	35,01	30,87	30	25	46,57	38,45	34,24	30	20

(a) O ajustamento não é significativo.

Fonte: Plano de Médio Prazo para 1979-1984.

Quadro 8.8

Metas fixadas para alguns indicadores de cuidados diferenciados para 1981 e 1984, por distritos

Continente e distritos	Demora média					Percentagem de ocupação					Consultas externas (milhares)					Urgências (milhares)				
	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984
Continente	11,8	10,3	9,8	11	10	74,7	(a)	(a)	75	75	378,6	(a)	(a)	(b)	(b)	648,6	1851,0	3255,7	868	804
Aveiro	10,1	(a)	(a)	10	10	77,8	(a)	(a)	77	75	20,7	(a)	(a)	(b)	(b)	28,3	106,2	190,4	36	33
Beja	13,4	(a)	(a)	12	11	82,7	(a)	(a)	80	75	15,2	(a)	(a)	(b)	(b)	25,6	99,4	204,4	32	29
Braga	11,0	9,2	8,3	11	10	73,5	(a)	(a)	75	75	60,6	(a)	(a)	(b)	(b)	80,9	207,4	342,2	107	98
Bragança	13,6	(a)	(a)	12	11	86,2	(a)	(a)	80	75	14,1	21,6	25,4	(b)	(b)	14,4	27,9	42,2	20	18
Castelo Branco	11,2	9,1	8,5	11	10	71,8	(a)	(a)	75	75	7,3	3,8	3,2	(b)	(b)	19,9	40,6	60,4	28	25
Coimbra	20,7	15,1	13,3	15	13	72,9	(a)	(a)	75	75	7,8	(a)	(a)	(b)	(b)	69,5	(a)	(a)	93	87
Évora	13,0	8,9	7,7	12	11	65,3	(a)	(a)	70	75	14,9	(a)	(a)	(b)	(b)	22,1	(a)	(a)	29	26
Faro	10,6	(a)	(a)	10	10	67,3	(a)	(a)	70	75	5,3	6,4	7,3	(b)	(b)	18,8	64,8	108,9	26	23
Guarda	10,8	(a)	(a)	10	10	70,8	84,3	90,9	75	75	7,7	(a)	(a)	(b)	(b)	12,9	31,0	56,7	19	17
Leiria	13,5	14,8	15,6	12	12	78,1	(a)	(a)	75	75	18,0	(a)	(a)	(b)	(b)	30,6	(a)	(a)	42	39
Lisboa	10,5	6,1	5,4	10	10	81,0	(a)	(a)	75	75	59,4	122,7	177,5	(b)	(b)	86,5	367,6	773,2	115	106
Portalegre	12,6	(a)	(a)	12	11	51,7	(a)	(a)	70	75	8,0	14,0	19,1	(b)	(b)	8,5	17,2	27,3	12	11
Porto	8,8	6,6	6,1	9	9	74,2	(a)	(a)	75	75	37,5	49,7	58,1	(b)	(b)	20,6	48,0	74,3	27	24
Santarém	11,3	(a)	(a)	11	10	81,3	(a)	(a)	75	75	14,6	(a)	(a)	(b)	(b)	72,2	243,9	541,4	95	89
Setúbal	10,8	8,9	8,4	10	10	65,2	(a)	(a)	70	75	47,7	(a)	(a)	(b)	(b)	129,9	216,2	778,0	173	161
Viana do Castelo	11,3	(a)	(a)	11	10	80,1	(a)	(a)	75	75	10,3	(a)	(a)	(b)	(b)	24,9	94,5	196,4	31	28
Vila Real	17,2	(a)	(a)	14	13	92,6	(a)	(a)	80	75	15,1	(a)	(a)	(b)	(b)	17,1	32,5	43,8	23	20
Viseu	12,3	(a)	(a)	12	11	77,1	91,1	95,7	80	75	23,7	(a)	(a)	(b)	(b)	28,3	67,8	103,7	38	35

(a) O ajustamento não é significativo.

(b) Não foi possível fixar valores desejáveis.

Fonte: Plano de Médio Prazo para 1979-1984.

Quadro 8.7

Metas fixadas para 1981 e 1984, quanto a alguns indicadores de cuidados diferenciados, a nível de hospitais centrais

Hospitais centrais	Demora média					Percentagem de ocupação					Consultas externas (milhares)					Urgências (milhares)				
	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984	Valor em 1975	Valor estimado para 1981	Valor estimado para 1984	Valor desejável em 1981	Valor desejável em 1984
Total	21,0	16,2	14,7	17	15	94,5	87,4	84,1	90	85	1052,0	1692,3	2287,6	1360,0	1600,0	785,6	1613,6	2413,5	1050	975
Lisboa	21,9	16,8	15,2	17	15	88,9	79,9	75,8	85	85	644,5	797,3	964,6	800,0	950	443,1	828,1	1188,5	593	550
Porto	23,7	(a)	(a)	19	17	93,5	(a)	(a)	90	85	282,2	549,2	774,0	370,0	430	281,6	668,3	1105,8	375	350
Coimbra	15,9	10,9	9,7	14	13	120,8	(a)	(a)	95	90	125,4	353,4	576,5	190,0	220	60,9	118,9	177,6	82	75

(a) O ajustamento não é significativo.

Fonte: Plano de Médio Prazo para 1979-1984.

Quadro 8.10
Objectivos para o problema do alcoolismo no Plano da Biscaia

1978		Bases prognósticas para 1985	1985		
Índices	Número de casos e taxas		Evolução provável	Casos esperados	Percentagem de redução da taxa
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Bebedores excessivos de mais de 14 anos	113 400 casos (1977) = 13% da população dessa idade	Não se espera modificação da taxa = 129 000 casos	Espera-se leve redução da taxa, sendo possível chegar a 12,5%	124 000 casos	4,0%
2. Alcoólicos de mais de 14 anos	46 000 casos (1977) = 5,3% da população dessa idade	Não se espera modificação da taxa = 52 600 casos para 1985	É possível obter leve redução da taxa para 5,1% dessa população	51 000 casos	3,8%
3. Morbilidade por cirrose hepática e hepatopatias crónicas	263 casos (1974) = 25,5 por 100 000 habitantes	As tendências assinalam ligeiro aumento, chegando a 25,5 por 100 000 habitantes = 344 mortes	Poder-se-ia alcançar uma redução para 24,5 por 100 000 habitantes	330 mortes	4,0%
4. Internamento de alcoólicos em hospitais psiquiátricos	673 casos (1975) = 40,7% do total de internamentos	Não se espera modificação da taxa = 878 casos	A procura de internamentos = 40,7% do total	878 internamentos	—
5. Consultas de alcoólicos em consultórios	1798 casos (1974) = 19% do total de consultas	Não se espera modificação da taxa = 2180 consultas	Poder-se-ia aumentar a taxa de consultas para 22%	2500 consultas	—

Quadro 8.9
Objectivos no Plano de Vila Real-Bragança

Indicadores	Valor no último ano disponível	Valor estimado para 1985 de acordo com a tendência de evolução natural	Valor desejável em 1985
Problemas de saúde materna			
Taxa de mortalidade materna (10 000 nados-vivos) — 1975:			
Bragança	1,33	0,64	0,20-0,30
Vila Real	0,96	0,78	0,30-0,40
Taxa de mortalidade perinatal (1000 nados-vivos) — 1975:			
Bragança	33,4	34,7	25-30
Vila Real	35,9	41,5	30-33
Percentagem de partos sem assistência:			
Bragança	30,2	25,0	10-15
Vila Real	65,0	45,0	30-35
Gastroenterites e diarreias			
Taxa de mortalidade por enterites e outras doenças diarreicas (100 000 habitantes) — 1975:			
Bragança	13,8	19,0	13,0
Vila Real	20,5	31,0	20,0
Febre tifóide			
Taxa de morbilidade por febre tifóide (100 000 habitantes) — 1977:			
Bragança	29,1	15,7	15,0
Vila Real	4,5	2,0	2,0
Taxa de mortalidade por febre tifóide (100 000 habitantes) — 1975:			
Bragança	0,5	2	0
Vila Real	0,5	2	0
Tuberculose			
Taxa de mortalidade por tuberculose pulmonar (100 000 habitantes) — 1975:			
Bragança	7,1	5,0	5,0
Vila Real	3,1	1,0	1,0
Taxa de morbilidade por tuberculose (100 000 habitantes) — 1975:			
Bragança	41,9	18,0	15,0
Vila Real	45,7	15,0	12,0
Alcoolismo			
Taxa de mortalidade por cirrose (100 000 habitantes) — 1975:			
Bragança	35,7	62,8	35,0
Vila Real	72,2	113,4	72,0
Malnutrição			
Taxa de mortalidade por avitaminoses e outras doenças de nutrição (100 000 habitantes) — 1975:			
Bragança	0	0	0
Vila Real	2,5	0,7	0

Quadro 8.11
Fixação de objectivos e metas em Bainbridge e Sapirie

Problema	Índice	Grupo de idade	Dimensão do problema em 1974		Objectivos em 1985			Objectivos operacionais						Observações			
								Preventivos			Curativos						
			Taxa	Número	Redução	Taxa	Número	Tipos de output	1980	1985	Tipos de output	1980	1985				
Paludismo	Casos	0-44	0,015	7 067	0	0,0128	8 452	Pulverização das habitações Secagens	100%	100%					Em distritos com paludismo só através das obras públicas Consultas de saúde, consultas móveis		
	Óbitos	0-44	0,1	707	50%	0,05	423					Amostras de sangue Quimioterapia	12 342 16 000	13 865 10 000			
Diarreia	Casos	0	0,24	6 186	33%	0,158	4 073	Construção de latrinas	63% (a)	73% (a)	Reidratação	596	619	(a)	Desenvolvimento agrícola e comunitário; cobertura em consultas: 60% (b) Delegações e subdelegações de saúde		
	Óbitos	0	0,025	155	33%	0,016	65	Fornecimento de água	45% (a)	60% (a)	Quimioterapia	20 281	20 332	(b)			
	Casos	1-4	0,29	27 701	25%	0,22	21 015	Inspeção de mercados	50% (b)	75% (b)							
	Óbitos	1-4	0,015	415	25%	0,011	231	Inspeção dos manipuladores de géneros	50% (b)	75% (b)							
Doenças da infância susceptíveis de controle por vacinas:	Porcentagem de não vacinados																
— Variola	Idem	0-4	0,25	30 324	80%	0,05	6 065	Vacinação	19 755	23 046					No início da escolaridade		
— Poliomielite	Idem	0-14	0,75	229 706	66%	0,25	76 569	"	19 690	22 970							
— Tripla	Idem	0-4	0,70	84 908	93%	0,05	6 065	"	19 755	23 046							
— BCG	Idem	0-4	0,70	84 908	71%	0,20	24 259	"	16 636	19 408							
Estado de saúde da mãe:																1980	1985
— Gravidez	Casos	15-49	0,186	29 330	10%	0,168	24 461	Consultas de saúde materna	39 600	126 900					Taxa de crescimento	2,36%	2%
— Abortos	Casos	15-49	0,024	3 784	0	0,024	3 784	Aceitação do planeamento familiar	7 920	25 380					Taxa de natalidade	32,3/1000	27/1000
— Partos normais	Casos	15-49	0,146	23 022	18%	0,12	18 893								Taxa de fecundidade	0,155	0,130
— Partos distóxicos	Casos	15-49	0,016	2 523	38%	0,01	1 576	Consultas pré-natais	30 943	35 196							
												Parto assistido	13 543	15 327	Nascimentos evitados	1584	5076
												Parto hospitalar	2 523	1 576			
Malnutrição proteico-calórica	Prevalência	1-4	0,068	6 495	30%	0,048	4 547	Educação sanitária	732	732	Consultas infantis	49 128	57 313	Cobertura em consultas	60%		
											Suplementos alimentares	4 028	3 897	Leite e vitaminas			

Adaptado de BAINBRIDGE e SAPIRIE, *Gestion de projets sanitaires*, capítulo 5, «Fixar objectivos e metas», OMS, Genève, 1975.

PARTE V — SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Capítulo 9 — Selecção de estratégias

1. Situação no processo de planeamento

A etapa de selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários.

Com uma definição de estratégias, em termos inovadores e criativos, pretende-se propor novas formas de actuação que permitam alcançar os objectivos fixados e inflectir a tendência de evolução natural dos problemas de saúde.

A definição de uma estratégia de saúde deve fazer-se de forma suficientemente detalhada para que os responsáveis pela decisão possam apreciá-la. Em muitos casos o estudo detalhado de uma estratégia poderá levar à revisão dos objectivos fixados por evidenciar a falta de recursos humanos, materiais ou financeiros.

O pormenor a que se chega nesta fase não deve ser, porém, exagerado, já que a programação detalhada compete à fase seguinte, de elaboração de programas e projectos. No entanto, sendo o planeamento um processo iterativo, é muito provável que já nesta fase se avance no estudo dos recursos e dos custos, que irá ser posteriormente aprofundado, na fase de programação.

2. Conceito

Pode definir-se *estratégia de saúde* como o conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde.

Convém desde já referir que uma estratégia de saúde não tem de ser necessariamente uma estratégia respeitante ao domínio restrito dos serviços de saúde. Em muitos casos dirá respeito a serviços diferentes de outros ministérios, mas que apresentam uma importância fundamental para a resolução dos problemas de saúde. Assim, por exemplo, se o problema de saúde forem as doenças diarreicas, provenientes de deficientes condições de abastecimento de água potável, a execução da estratégia não pertenceria ao sector da saúde, mas a proposta da estratégia competiria aos serviços de saúde, que teriam como função dinamizar o sector responsável.

Podem considerar-se as seguintes fases na elaboração das estratégias de saúde, que iremos analisar mais pormenorizadamente em seguida:

- Estabelecer os critérios de concepção das estratégias;
- Enumerar as modificações necessárias;
- Esboçar estratégias potenciais;
- Escolher as estratégias mais realizáveis;
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas;
- Estimar os custos das estratégias;
- Avaliar a adequação dos recursos futuros;
- Rever as estratégias e os objectivos (se necessário).

3. Fases de elaboração de estratégias

3.1. Estabelecimento dos critérios de concepção

Conforme consta de BAINBRIDGE e SAPIRIE (1975), os critérios para a concepção de estratégias derivam principalmente da política subjacente e dos objectivos fixados na etapa de planeamento anterior e constituem uma base de trabalho indispensável para a equipa de planeamento.

São exemplos de critérios para a concepção de estratégias:

- Dar especial importância à vacinação, à nutrição e aos cuidados pré-natais;
- As funções podem ser modificadas, mas não devem ser criadas novas categorias de pessoal;
- Em vez de criar novos equipamentos e recrutar mais pessoal, esforçar-se por melhorar a eficiência dos recursos humanos e materiais existentes;
- O Orçamento Geral do Estado para a saúde será superior em 10% relativamente ao do ano anterior.

3.2. Enumeração das modificações necessárias

As modificações necessárias a introduzir no sistema existente terão essencialmente em vista assegurar que os objectivos de redução dos problemas sejam atingidos, satisfazer os critérios de concepção de estratégias enunciados e ainda contornar ou eliminar os obstáculos potenciais à realização dos objectivos. Estas modificações podem classificar-se, geralmente, nas seguintes categorias:

- Modificações na tecnologia utilizada;
- Modificações no pessoal (modificação de funções, da afectação ou da formação actual do pessoal ou criação de novas categorias de pessoal);
- Modificações no equipamento;
- Modificações nos processos de trabalho;
- Modificações de ordem organizacional (modificações nas estruturas organizacionais, nos circuitos de responsabilidade ou nos pontos de controle);
- Modificações no meio-ambiente físico e social, compreendendo as modificações de atitudes.

Haverá vantagem em, para cada problema de saúde, analisar estes diversos tipos de modificações possíveis, o que permitirá formular mais facilmente, em seguida, as estratégias potenciais.

3.3. Esboço de estratégias potenciais

Esta é a etapa do processo de planeamento que requer maior criatividade. A equipa de planeamento elaborará uma proposta de estratégias potenciais, entendendo-se aqui por estratégia, como atrás se referiu, o conjunto de técnicas de gestão ou operacionais necessárias à prestação de serviços, ou seja, a tecnologia a aplicar, os procedimentos administrativos e outros a seguir, os aspectos organizacionais da distribuição das prestações de serviços, política ou legislação a modificar, formas de introduzir as modificações necessárias nas atitudes do público ou dos profissionais, etc.

Cada estratégia deve prever as medidas que possibilitem eliminar ou evitar os obstáculos potenciais à realização dos objectivos. Como a maioria destes obstáculos não se situam ao nível dos recursos, a forma de os eliminar será, frequentemente, uma modificação da política ou modificações organizacionais e ainda modificações qualitativas no pessoal ou no equipamento.

As estratégias escolhidas nesta fase podem ser inteiramente novas ou retomar, aperfeiçoando-as, as estratégias já existentes, devendo esboçar-se apenas as grandes

linhas, cobrindo, designadamente, a descrição dos resultados esperados, dos grupos da população a atingir e das técnicas a utilizar, a escolha dos equipamentos e do pessoal, as necessidades essenciais em serviços de apoio e uma estimativa grosseira de custos para os vários níveis de cobertura.

3.4. Escolha das estratégias mais realizáveis

No caso de terem sido esboçadas várias estratégias alternativas e ainda no de os recursos não serem suficientes para executar todas as estratégias, haverá então que seleccionar as estratégias mais realizáveis.

Haverá que ter em atenção, nessa comparação entre as estratégias alternativas, o grau em que atingem os objectivos fixados, os limites orçamentais e outros obstáculos à respectiva realização.

A comparação entre estratégias alternativas poderá revestir a forma do seguinte exemplo, em que se compara uma estratégia de expansão do actual sistema de centros de saúde com a estratégia de aumento da capacidade das consultas externas hospitalares, sendo os centros de saúde destinados a actividades preferencialmente preventivas (*quadro 9.1*).

Quadro 9.1
Comparação entre estratégias alternativas

	Expansão do sistema actual de centros de saúde	Aumento da capacidade das consultas externas hospitalares e orientação dos centros de saúde para a prevenção
Vantagens	Permitir assegurar a cobertura teórica requerida	Assenta no princípio da mobilidade crescente da população
	Permitir servir a população rural	Assegura melhor ambiente de trabalho a algumas categorias de pessoal
	Estar de acordo com a moderna política de serviços de saúde	Melhor gestão De mais fácil execução
Inconvenientes	Muito oneroso	Não vai no sentido da política que visa cobrir a população rural
	A dispersão do equipamento e pessoal complicará o controle da gestão	
	Os problemas de aprovisionamento terão tendência a agravar-se Requer alguns anos para se pôr em prática	
Riscos	Dificuldades em recrutar e fixar pessoal qualificado nos equipamentos rurais	Tornar-se-á difícil suscitar nos equipamentos rurais uma procura exclusiva de serviços preventivos
Necessidades em recursos adicionais	<i>Pessoal:</i> 3 médicos, 20 enfermeiras, 63 parteiras, 20 trabalhadores sanitários	<i>Pessoal:</i> 6 médicos, 12 enfermeiras, 6 parteiras, 6 técnicos
	<i>Equipamento:</i> 3 centros de saúde, 40 postos de saúde, 30 dispensários	<i>Equipamento:</i> desenvolvimento das consultas externas hospitalares
	<i>Outros:</i> 3 veículos automóveis	<i>Outros:</i> 6 ambulâncias

Fonte: OMS, *Gestion des projets sanitaires* (adaptação).

3.5. Descrição detalhada das estratégias escolhidas

A equipa de planeamento deverá elaborar uma proposta de estratégias bastante precisa, sem cair, no entanto, nesta fase, num detalhe exagerado.

Desta proposta deverá constar a descrição da tecnologia a utilizar, quer se trate de uma tecnologia já em execução, quer da modificação de uma tecnologia (por exemplo, número de consultas a executar durante a gravidez ou forma de acompanhamento de um parto com complicações), a indicação da população a atingir por essa estratégia, a identificação das necessidades em pessoal e em equipamento, assim como a identificação dos serviços de apoio necessários (transporte de doentes, distribuição de medicamentos, serviços de manutenção de material, etc). Os serviços de apoio são tão necessários que poderão dar origem à elaboração de *estratégias de apoio*, como é o caso, por exemplo, de estratégias especiais para a criação de sistemas de informação ou para a formação de pessoal.

Além disso, deverá fazer-se ainda a descrição das modificações organizacionais necessárias, como, por exemplo, descentralização do planeamento ou do controle de execução. Deverá, finalmente, indicar-se quais as modificações legislativas necessárias ou quais os regulamentos a rever, como, por exemplo, aqueles que permitam a uma enfermeira desempenhar actos usualmente da competência dos médicos.

3.6. Cálculo dos custos das estratégias

Se as estratégias propostas são novas e originais, será necessário calcular os *custos globais* de cada estratégia. Se, em contrapartida, não implicam senão algumas alterações das actividades sanitárias actuais, será necessário calcular apenas os *custos adicionais*. A estimativa dos custos será feita distinguindo entre *despesas de capital*, ou seja, despesas relativas à aquisição de bens de longa duração, como, por exemplo, edifícios, máquinas, equipamentos e veículos automóveis, e *despesas correntes*, ou seja, despesas relativas ao pagamento ao pessoal, à aquisição de bens de curta duração (papel, algodão, canetas, borrachas, etc.) e ao pagamento de encargos gerais (renda da casa, electricidade, telefone, água, etc.). Em caso de dúvida, sempre que um bem dure mais de um ano, pode ser considerado como despesa de capital.

3.7. Avaliação da adequação dos recursos futuros

Tendo em atenção a projecção dos recursos por categoria, determinar-se-ão aquelas em que os recursos futuros serão suficientes em relação às necessidades estimadas na estratégia e aquelas em que serão insuficientes. Nesta avaliação da adequação dos recursos deverão cobrir-se todas as categorias de recursos:

- Financeiros;
- Pessoal, por tipo (efectivos, formação, salários);
- Equipamentos (construção e manutenção);
- Material (compra, substituição, manutenção);
- Bens de consumo (com especial atenção aos medicamentos).

3.8. Revisão das estratégias e dos objectivos

Apenas se procederá à revisão das estratégias e, em caso de necessidade absoluta, à revisão dos objectivos no caso de a equipa de planeamento não conseguir ultrapassar os *deficits* de recursos evidenciados na etapa anterior, através, designadamente, do recurso à ajuda externa.

Se a revisão for inevitável, haverá que modificar uma ou várias estratégias, modificando, designadamente, o calendário de execução para um período mais longo, eliminando todas as actividades que não sejam consideradas essenciais ou que requeiram um tipo de pessoal ou outros recursos mais onerosos.

Esta revisão das estratégias poderá ser feita envolvendo ou não uma revisão dos objectivos fixados.

4. Exemplos

Apresentam-se seguidamente três exemplos de selecção de estratégias no domínio da saúde.

Um primeiro exemplo diz respeito ao Plano de Médio Prazo para 1979-1984 e a uma proposta de estratégia para o domínio dos cuidados de saúde primários. Para cada grupo populacional considerado como mais vulnerável são indicadas as linhas de actuação a médio prazo e procede-se a um estudo preliminar da adequação dos recursos e à fixação de metas.

Um segundo exemplo é relativo ao Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança. Neste exemplo, em relação a cada problema de saúde, são identificados os respectivos factores condicionantes e as actividades actualmente em curso, o que fundamenta as estratégias propostas. Neste caso não se procedeu, nesta fase, a um estudo da adequação dos recursos.

Finalmente, um terceiro exemplo foi retirado de BAINBRIDGE e SAPIRIE (1975) e apresenta uma maior pormenorização do que os anteriores, procedendo-se a um estudo detalhado dos recursos necessários e dos recursos existentes e dos respectivos custos.

4.1. Plano de Médio Prazo para 1979-1984

Neste exemplo, retirado do Plano de Médio Prazo para 1979-1984, faz-se uma descrição da estratégia proposta para o domínio dos cuidados de saúde primários, designadamente no que respeita aos grupos populacionais mais vulneráveis.

Consideraram-se como grupos populacionais mais vulneráveis aqueles que evidenciam graves problemas de saúde, susceptíveis de controle, traduzidos em elevadas taxas de mortalidade e de morbilidade: grávidas e puérperas, crianças de 0-1 ano, crianças de 1-5 anos, escolares, grupos susceptíveis de serem imunizados contra as doenças de maior incidência ou prevalência.

Considerou-se ainda o grupo dos idosos, tanto pelo seu volume relativamente à população total como pelos problemas de saúde que origina.

Relativamente a cada um dos grupos considerados como mais vulneráveis, definiram-se as grandes linhas de actuação a médio prazo e procedeu-se a uma fixação de metas decorrente de um estudo grosseiro da adequação dos recursos.

Grávidas e puérperas

Para este grupo populacional consideraram-se como principais linhas de actuação:

- O *controle da gravidez e puerpério*, cuja meta se fixou, para 1981, em 77% do total de grávidas e puérperas existentes ¹, com base na cobertura efectiva que os centros de saúde poderiam assegurar, na disponibilidade de obstetras ou médicos com experiência em obstetrícia e seu tempo médio de trabalho, no número médio de consultas a assegurar a cada grávida e puérpera e na estimativa do número de grávidas;
- A *assistência no parto*, que se pretendeu que viesse a atingir, em 1981, 93% dos partos assistidos;

Consideraram-se como critérios para a fixação desta meta a tendência verificada nos últimos anos e os recursos materiais e humanos existentes e mobilizáveis ² até 1981;

- O *planeamento familiar*, admitindo-se, como princípio, que pode levar-se a efeito uma acção de educação sanitária, no campo específico do planeamento familiar, sobre todas as grávidas que frequentam as consultas de saúde materna e que o grupo a abranger seria toda a população em idade fértil, atingiria apenas 5% da população até 1981.

¹ Admitiu-se que cada médico trabalha 46 semanas por ano e 36 horas por semana e para cada consulta a duração média de 15 minutos.

O número de consultas por grávida seria de seis, incluindo a consulta de revisão de puerpério.

O número de grávidas foi estimado a partir dos recém-nascidos em 1981.

² Entenderam-se por recursos mobilizáveis as camas de unidades de internamento que podem ser consignadas a partos e o pessoal com formação obstétrica existente em serviços onde não faz partos e que pode vir a ser transferido para a unidade de internamento.

Crianças de 0-1 ano

Pensou-se ser possível cobrir, até 1981, 83% de todas as crianças daquele grupo etário.

A meta foi fixada a partir dos médicos existentes no distrito ³, um esquema de vigilância de dez consultas por criança (incluindo consultas por doença), uma duração média de consulta de quinze minutos e o número de nados-vivos por distrito.

Crianças de 1 a 5 anos

Admitiu-se que este grupo de crianças terá necessidade, em média, de cinco consultas por ano — uma para vigilância de saúde e quatro por doença ⁴.

Para este grupo específico considerou-se apenas a consulta de vigilância de saúde, já que se pretende, prioritariamente, conseguir manter actualizadas as vacinas, tomar algumas medidas relativas à saúde dentária e aproveitar a oportunidade para facultar às mães ou familiares uma aprendizagem no campo da saúde.

Assim, a meta estabelecida com base na cobertura efectiva da população em centros de saúde ⁵ e na estimativa do número de crianças de 1 a 5 anos foi de 55% do total de crianças.

Escolares

Pretendeu-se abranger, até 1981, 83% das crianças matriculadas na 1.ª classe e no 1.º ano. Esta meta foi fixada a partir da estimativa do número de crianças matriculadas na 1.ª classe e no 1.º ano em 1980-1981 e do número de médicos por distrito. Admitiu-se a existência de um médico para 3000 alunos e uma média de 18 horas semanais de trabalho.

Grupos susceptíveis de serem imunizados contra as doenças de maior incidência ou prevalência

Vacinação BCG de recém-nascidos

Pensou-se ser possível atingir, até 1981, 80% das crianças, vacinando os recém-nascidos nas maternidades ou unidades de internamento onde se realize o parto e, nos casos em que isso não seja possível, na consulta de saúde infantil dos centros de saúde.

Vacinação das crianças de 3 meses a 1 ano de acordo com o esquema em vigor

Também neste caso as crianças serão vacinadas nas consultas de saúde infantil dos centros de saúde, estabelecendo-se a mesma meta daquele programa — 55%.

Vacinação das crianças de 1 a 5 anos de acordo com o esquema em vigor

Este grupo de crianças será vacinado nas consultas de vigilância de saúde do grupo de 1 a 5 anos, mantendo-se a meta estabelecida para aquele programa — 55%.

Rastreio dos alunos da 1.ª classe do ensino primário e 1.º ano do ciclo preparatório e vacinação de acordo com o esquema em vigor

Este projecto decorre simultaneamente com a vigilância de saúde dos escolares, razão por que se estabelece a mesma meta — 83% das crianças matriculadas nos dois anos citados.

Controle do estado de imunidade contra o tétano de grávidas e trabalhadores rurais vacinação dos não imunizados

Pensou-se ser possível controlar a totalidade das grávidas que frequentam as consultas de saúde materna, fixando-se, assim, a meta para 1981 em 77% das grávidas.

³ Considerou-se que, para este efeito, poderiam ser pediatras ou clínicos gerais.

⁴ Os serviços de cuidados de saúde primários deveriam estar aptos a assegurar cerca de 3,7 milhões de consultas, o que equivale a dizer que seriam precisos, para o efeito, 560 médicos a trabalhar a tempo inteiro.

⁵ Considerou-se que apenas os centros de saúde a funcionar nos moldes preconizados têm capacidade para levar a efeito este programa, razão por que se fixam metas apenas para 1981, quando os centros de saúde então existentes se encontrem na situação descrita.

No que respeita aos trabalhadores rurais, pensou-se que não seria possível ir muito longe no 1.º triénio, até porque os centros de saúde não funcionariam ainda de forma a poderem desencadear eficazmente acções deste tipo.

Admitiu-se não ser possível, até 1981, abranger mais de 25% deste grupo.

Idosos

No campo estrito da saúde há algumas acções que podem contribuir para melhorar a situação deste grupo: a prestação de cuidados médicos e de enfermagem em regime ambulatorio e domiciliário, quer o idoso se encontre na sua residência, quer em lares da segurança social; a organização nos centros de saúde da valência de internamento, o tratamento dos idosos doentes que não possam manter-se em casa ou nos lares onde residem; a criação de unidades de internamento para crónicos e convalescentes nas sedes do distrito de saúde e nas grandes áreas urbanas de Lisboa e Porto.

O grau de necessidade nas áreas urbanas é muito intenso, pois trata-se, de um modo geral, de zonas de maior envelhecimento demográfico e com estruturas familiares e condições de habitação que dificultam a manutenção na família dos idosos doentes.

Para além destas razões, há a juntar o elevado custo que apresenta para os hospitais centrais o número apreciável de camas ocupadas com este tipo de doentes.

Não foi possível estabelecer metas quantificadas relativamente ao primeiro ponto. No segundo caso, a organização do serviço de internamento em todos os centros onde já existiam unidades de internamento com camas suficientes e meios humanos disponíveis permitiria abranger, em 1981, cerca de 52% dos idosos com necessidade de tratamento em regime de internamento.

4.2. Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança

As estratégias propostas em relação a cada um dos problemas definidos como prioritários dizem, neste caso, respeito tanto ao sector da saúde como a outros sectores sócio-económicos. Com efeito, a identificação dos respectivos factores condicionantes e o trabalho num grupo multidisciplinar e multissetorial levam a que se proponham intervenções que não são apenas específicas do sector da saúde.

Por outro lado, a descrição das actividades normalizadas dos serviços de saúde e do nível da sua aplicação (não existentes e parcial ou totalmente em curso) leva a que em muitos casos a estratégia definida no domínio da saúde consista apenas em cumprir integralmente as normas já estabelecidas pelos serviços centrais e que, ou por deficiência dos serviços, ou por escassez de pessoal, não estão a ser postas em prática.

Apresentam-se seguidamente as estratégias propostas relativamente a alguns dos problemas de saúde (*quadros 9.2, 9.3 e 9.4*).

4.3. A selecção de estratégias segundo Bainbridge e Sapirie

Neste terceiro exemplo estuda-se em pormenor a estratégia de um serviço de saúde escolar móvel a nível distrital, com a identificação dos respectivos custos e dos recursos adicionais necessários. Como se verifica, em comparação com os exemplos anteriores, neste caso, o grau de detalhe no estudo da estratégia é muito maior.

Com efeito, este exemplo de estratégia apresenta já pontos em comum com a fase seguinte de programação. Demonstra-se mais uma vez a forma como as várias fases de planeamento estão interligadas e como o processo de planeamento é um processo iterativo.

A forma como se procede neste exemplo a uma adequação dos recursos existentes e previstos para o futuro às estratégias propostas tem a vantagem de apreciar a viabilidade de cada uma das estratégias enunciadas. Evita-se, assim, a selecção de uma estratégia irrealizável na prática (*quadros 9.5, 9.6 e 9.7*).

BIBLIOGRAFIA

- BAINBRIDGE, J., e SAPIRIE, S. — *Gestion des projects sanitaires*, capítulo 7, «Concevoir les strategies», Genève, OMS, 1975.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE — *Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança*, vol. II, *Problemas de Saúde, Objectivos, Estratégias*, Lisboa, 1981.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, GEP — *Trabalhos Preparatórios do Plano para 1979-1984, Objectivos e Vias de Solução*, Lisboa, Agosto de 1978.

Quadro 9.3
Estratégias relativas aos problemas do alcoolismo

Factores condicionantes	Actividades normalizadas		Estratégias	
	Descrição	Em curso	Descrição	Organismo responsável
Existência de uma cultura predominante (vinha)	Prevenção	○	Sensibilizar e informar as pessoas, poderes locais, etc., sobre a necessidade de abstenção de bebidas alcoólicas:	Autarquias Centro de saúde Escolas Extensão rural
Existência de hábitos alimentares arreigados	Tratamento: — Consultas nos centros de saúde mental — Internamento nos hospitais	◐	— Na condução rodoviária — Durante o trabalho — Durante a gravidez e aleitação — Em indivíduos de menos de 15 anos	
Deficiente educação			Intervir no meio, organizando alternativas ao beber (actividades de tempos livres)	Autarquias Centro de saúde Escolas Extensão rural Segurança social
			Informar o público em geral, professores, líderes locais, grupos organizados, sobre as consequências individuais e sociais do uso abusivo do álcool	Centro de saúde Extensão rural
			Despistar precocemente sinais de alcoolismo e encaminhamento/tratamento imediato em articulação com os serviços existentes no distrito	Centro de saúde Centro de saúde mental Escolas
			Preparar o pessoal dos centros de saúde para colaborar nestas actividades	ADSS/Centro Antialcoólico de Coimbra
			Criar um centro de recuperação de alcoolismo na região	IAP
			Dotar os serviços de pessoal em número suficiente	ADSS/serviços centrais

Nota: ○ por iniciar.

◐ parcialmente em curso.

Fonte: Plano de Vila Real-Bragança.

Quadro 9.2

Estratégias relativas aos problemas de saúde infantil

Factores condicionantes	Actividades normalizadas		Estratégias	
	Descrição	Em curso	Descrição	Organismo responsável
Falta de recursos humanos:	Vigilância periódica		Rastrear os recém-nascidos existentes na comunidade	Centro de saúde
— Clínicos gerais	Esquema normal:		Cumprir o esquema normal de vigilância	Centro de saúde
— Enfermeiros	— Mensal até aos 12 meses		Cumprir o esquema de vacinação preconizado	Centro de saúde
— Pediatras	— Aos 14 e 18 meses		Unificar a rede de cuidados de saúde primários e coordená-los com os serviços de cuidados diferenciados	ADSS/hospitais
Falta de recursos materiais:	— Duas vezes por ano até aos 7 anos		Dotar os serviços de pessoal em número suficiente	ADSS/serviços centrais
— Centros de saúde	Vacinação contra:		Desenvolver acções de educação para a saúde	Centro de saúde
— Camas hospitalares	— Tuberculose		Prevenir as gastroenterites e doenças respiratórias agudas	Escolas
— Apoio laboratorial	— Tosse convulsa		Assegurar em todas as escolas a vigilância das crianças (saúde escolar)	Extensão rural
Falta de actualização permanente do pessoal dos serviços de saúde	— Difteria		Prevenir os acidentes	Centro de saúde
Falta de apoio profissional e científico aos policlínicos da periferia	— Tétano		Criar os laboratórios de saúde pública nos locais onde não existam e esteja prevista a sua criação	ADSS/INSA
Descoordenação dos serviços de saúde	— Poliomielite		Preparar o pessoal de saúde para as tarefas que se preconizam	ADSS/serviços centrais
Deficiente educação sanitária	— Sarampo		Dotar os centros de saúde de pessoal suficiente	ADSS/serviços centrais
Falta de tradição e preocupação em orientar a acção dos centros de saúde para os cuidados de saúde primários, com relevo para a prevenção e promoção da saúde	Tratamento em regime domiciliário, ambulatório ou internamento		Melhorar as condições de habitação, em especial criando instalações sanitárias e aumentando o conforto	Fundo de Fomento da Habitação
Alimentação desequilibrada e ou insuficiente da mãe e da criança	Educação para a saúde		Melhorar as condições de saneamento básico:	Autarquias
			— Rede de esgotos	
			— Fornecimento de água potável	
			— Recolha de lixo	
Más condições ou insuficiência dos laboratórios	Criação de laboratórios		Melhorar as vias de comunicação para permitir melhores e mais rápidas ligações entre serviços de saúde e entre utentes e serviços	Junta Autónoma de Estradas
	Formação de pessoal de laboratório		Melhorar a rede de transportes para permitir melhor acesso aos serviços de saúde	Autarquias
Deficiente saneamento básico	Saneamento básico			Junta Autónoma de Estradas
Deficientes vias de comunicação e de transporte	Construção de estradas			Direcção-Geral de Transportes Terrestres
	Reparação de estradas			
Falta de apoio às famílias	Criação de creches		Criar creches, jardins-de-infância e actividades de tempos livres onde sejam fornecidas refeições equilibradas	Segurança social
	Criação de jardins-de-infância		Criar o serviço de ajuda doméstica	Segurança social
	Criação de salas de actividades de tempos livres			
	Ajuda doméstica			

Nota:  parcialmente em curso.
 por iniciar.

Fonte: Plano de Vila Real-Bragança.

Quadro 9.5
Estratégia do serviço de saúde móvel para a província de EAKS — resumo por distritos

Descrição	Distritos								Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	
População rural total	85 968	75 516	66 000	72 200	30 600	108 000	86 200	2 100	526 584
Número de aldeias	124	36	66	17	72	174	49	6	544
População média por aldeia	693	2 098	1 000	4247	425	620	1 759	350	968
Número de centros de saúde	—	—	1	1	1	1	1	—	5
Número de subcentros de saúde	12	8	6	1	8	12	8	1	56
Número de dispensários materno-infantis	2	1	1	—	2	3	3	—	12
Número de aldeias servidas	40	—	25	8	33	47	35	3	217
Aldeias não servidas	84	10	41	9	39	127	14	3	327
População não servida	58 212	20 980	41 000	38 223	16 575	78 740	24 626	1 050	279 406
Número de horas recomendadas por aldeia	4	7	4	7	4	4	7	4	
Número de dias para visitar todas as aldeias uma vez	42	10	20,5	9	19,5	63,5	14	1,5	180
Número de escolas	86	69	50	25	36	86	65	4	421
Número de alunos	32 604	15 621	15 445	13 330	8 984	30 497	25 030	339	141 850
Escolas no sector de operação do serviço móvel	42	5	20	4	20	63	7	4	165
Escolas adicionais	44	64	30	21	16	23	58	—	256
Visitas/aldeia/ano	4	8	4	8	4	4	8	4	
Número necessário de dias de trabalho das equipas móveis	168	80	82	72	78	254	112	6	852
Dias de visita das equipas móveis nas aldeias/semana	3,4	1,6	1,7	1,5	1,6	5,1	2,3	0,12	17,3
Visitas adicionais nas escolas/dias	44/22	64/32	30/15	21/10,5	16/8	23/11,5	58/29	—	256/128
Aldeias por semana	6,8	1,6	3,4	1,5	3	10	2,3	0,24	28,8
Consultas de equipas móveis por aldeia/semana	680	320	340	300	320	1 000	457	24	3 441
Consultas de equipas móveis por aldeia/dia	33 320	15 680	16 660	14 700	15 680	49 000	22 400	1 200	168 640
Objectivo	Dias de visita na escola por semana	0,89	1,30	0,61	0,43	0,65	0,47	1,18	—
	Número de dias total da equipa móvel por semana	4,3	2,9	2,3	1,9	2,2	5,6	3,5	0,12

Adaptado de OMS, *Gestion des projets sanitaires*.

Quadro 9.4
Estratégias relativas ao problema da tuberculose pulmonar

Factores condicionantes	Actividades normalizadas		Estratégias	
	Descrição	Em curso	Descrição	Organismo responsável
Condições habitacionais, promiscuidade e falta de higiene	Notificação obrigatória		Cumprir efectivamente a norma de notificação obrigatória	Centro de saúde
	Vacinação com a BCG:		Cumprir as normas de vacinação	Centro de saúde
	— Recém-nascidos		Promover o diagnóstico precoce	Centro de saúde
	— Primoscolares anérgicos à tuberculina		Promover o tratamento de acordo com as normas do SLAT	Centro de saúde
	— Outros grupos em risco			Hospitais
	Tratamento:		Dotar os serviços de pessoal em número suficiente	ADSS/serviços centrais
	— Ambulatório		Desenvolver acções de educação para a saúde específicas para a tuberculose	Centro de saúde
	— Hospitalar (situações de excepção)			Escolas
				Extensão rural
	Controlo:		Motivar os doentes para o cumprimento efectivo do tratamento	Centro de saúde
	— Exames bacteriológicos		Controlar o pessoal nos locais de trabalho do ponto de vista da saúde	Extensão rural
	— Exames radiológicos			Centro de saúde
			Actualizar o pessoal dos centros de saúde para a luta contra a tuberculose	Serviços centrais
			Criar condições no centro de saúde para o atendimento e tratamento da tuberculose	ADSS
			Melhorar as condições de habitação	Fundo de Fomento da Habitação Autarquias

Nota:  parcialmente em curso.

 totalmente em curso.

Fonte: Plano de Vila Real-Bragança.

Quadro 9.7

Resumo das despesas correntes das equipas de saúde móveis e escolares

Rubricas	Descrição	Montante por ano (T)	Total
Transporte:			
Carburante	852 dias × 40 km × 2,0 t 5 km	13 632	
Lubrificante	852 dias × 40 km × 45 t 2000 km	767	
Serviço de manutenção	852 dias × 40 km × 40 t 2000 km	682	
Reparações	Peças: 5000 t/carro/ano Encargos: 2000 t/carro/ano	30 000 12 000	57 081
Remunerações diárias	852 dias × 3 motoristas × 22 t 3		18 744
Material (substituição e reparações)	1250 t/equipa × 6		7 500
Medicamentos	Serviço móvel por aldeia Vacinações nas escolas	1 344 848 88 721	1 433 569
Despesas gerais	Custo por consulta:		
	Aldeias (número de consultas)	168 640	8,72
	Escolas (número de consultas)	219 566	4,08
	Total	388 206	
	Despesas gerais (total)		1 560 437

Adaptado de OMS, *Gestion des projects sanitaires*.

Quadro 9.6

Recursos adicionais necessários para a estratégia do serviço de saúde móvel (província EAKS)

Tipo de recursos	Existentes em 1974	Necessários em 1975	Diferença	Observações	
Pessoal	Médicos	6	8	2	1 médico-chefe de província 1 médico para o distrito D
	Enfermeiras de saúde pública	18	19	1	1 enfermeira para chefia da província
	Parteiras	67	68	1	1 parteira para o distrito F
	Trabalhadores sanitários	60	63	3	2 trabalhadores sanitários para chefes de província 1 trabalhador sanitário para o distrito F
	Auxiliares dentistas	5	5	—	
Total	156	163	7		
Viaturas	Chefia da província	6	6	—	
	Centros de saúde	5	6	1	1 viatura para o distrito F
Total	11	12	1		
Medicamentos	Serviço móvel: 100 000	Serviço móvel: 300 000	200 000	Cerca de 1 milhão provém de participações	
	Total da província: 200 000	Custo total: 1 344 848			

Adaptado de OMS, *Gestion des projets sanitaires*.

Capítulo 10 — Bases para a distribuição de recursos num sistema público de saúde

1. Introdução

Dois princípios fundamentais constituem alternativas com vista à distribuição de recursos num sistema público de saúde: a *equidade* e a *eficiência*.

Cada vez mais diversos sistemas de saúde adoptam, quer explícita, quer implicitamente, um princípio de *equidade* como objectivo a atingir através de uma intervenção pública na prestação de cuidados de saúde em países com sistemas tão diversos como o Reino Unido, a Suécia, o Canadá ou os Estados Unidos (em relação ao Medicare e ao Medicaid) (MCGUIRE, HENDERSON e MOONEY, 1988). Também em Portugal se encontra subjacente nos diplomas fundamentais de política de saúde um princípio de *igualdade de acesso* aos cuidados de saúde.

No entanto, se o conceito de *eficiência* é um conceito em que existe uma interpretação consensual, já o conceito de *equidade* dá origem a múltiplas interpretações, que dependem dos valores das pessoas que as utilizam (LE GRAND, 1988).

Desde o princípio da década de 80 que economistas da saúde do Reino Unido se têm mostrado particularmente empenhados em clarificar e fundamentar o conceito de *equidade*. LE GRAND (1982) e MOONEY (1983) foram dois dos economistas que mais contribuíram para essa clarificação.

LE GRAND identifica cinco principais tipos de igualdade que de uma ou outra forma se podem considerar como objectivos desejáveis para orientar a distribuição da despesa pública (igualdade da despesa pública; igualdade do rendimento fiscal; igualdade de utilização; igualdade de gastos; igualdade de resultados). MOONEY considera, por sua vez, ao debruçar-se sobre a distribuição da despesa pública em saúde, sete definições possíveis de equidade em saúde, em grande medida coincidentes com a sistematização feita por LE GRAND (igualdade de despesa *per capita*; igualdade de recursos *per capita*; igualdade de recursos para necessidades iguais; igualdade de oportunidades de acesso para iguais necessidades; igualdade de utilização para iguais necessidades; igualdade da satisfação de necessidades marginais; igualdade de saúde).

LE GRAND (1988) vem defender a noção inovadora de que uma distribuição é equitativa se for resultado da tomada de decisões individuais em igualdade de «situações condicionantes», ou seja, disparidades em estados de saúde que resultam de indivíduos bem informados que exerçam a sua possibilidade de escolha face a um mesmo conjunto de escolhas acerca da saúde e actividades relacionadas com a saúde são consideradas como equitativas; contrariamente, disparidades em saúde que possam ser relacionadas com diferenças nas «condicionantes» não são consideradas como equitativas. Este conceito, sem dúvida interessante, é de difícil aplicação prática no que diz respeito à distribuição de recursos de saúde, como o próprio LE GRAND admite.

PEREIRA (1988) fez uma aplicação da teoria das capacidades básicas de SEN (1980, 1985) ao sector da saúde e sugere que o estado de saúde dependeria da «capacidade de funcionamento» que o indivíduo tenha disponível (capacidade de trabalho, de gozar os tempos livres, etc.); essas capacidades são, por seu lado, determinadas por bens (como cuidados de saúde, educação, alimentação) ou pelas características desses bens (eficácia clínica, conhecimento de estilos de vida saudáveis, etc.). Além disso, as características dos bens estão relacionadas com «factores ambientais» e «características pessoais». E conclui que a igualdade de capacidades implica igual acesso à saúde, defendendo um conceito de *equidade de acesso*.

Em nossa opinião, no estágio actual de desenvolvimento, conhecidas que são, por um lado, as diferenças de nível de saúde entre diferentes grupos sócio-económicos e a aptidão diversa para tomarem a iniciativa de recorrerem a serviços de saúde e, por outro lado, dadas as características específicas do sector dos serviços de saúde (procura induzida pelo médico, desconhecimento do mercado pelo consumidor, entre outras), não nos parece que seja este o enquadramento teórico mais adequado para uma intervenção ao nível da distribuição de recursos no sector da saúde. Julga-se que haverá que retomar na prática o princípio da *discriminação positiva* que está implícito na Constituição (PEREIRA *et al.*, 1985) se se quiser que, de futuro, tal como na generalidade dos sistemas de saúde, seja um princípio de *equidade* a determinar, também em Portugal, a redistribuição de recursos no domínio da saúde.

Até ao momento têm sido diversos os pressupostos que têm presidido, efectivamente, em Portugal à distribuição de recursos no âmbito do SNS, porém nenhum deles decorrente do domínio da *equidade*.

Enquanto os serviços de cuidados de saúde diferenciados têm vindo a ser financiados, a partir de 1980, segundo princípios de *eficiência técnica*, a distribuição de recursos nos serviços de cuidados de saúde primários tem-se caracterizado por ser realizada numa base incrementalista sem a existência de critérios de financiamento.

Constitui nosso objectivo caracterizar sumariamente a proposta de redistribuição de recursos apresentada para os cuidados de saúde primários, baseada em princípios de *equidade*, confrontando-a com a distribuição de recursos baseada na *eficiência técnica*, no domínio hospitalar, e com uma nova linha de investigação que tem em vista uma distribuição de recursos baseada num objectivo de *eficiência distributiva*.

2. Redistribuição de recursos baseada na equidade: proposta para os cuidados de saúde primários

O conceito de *equidade* implícito na proposta apresentada para a redistribuição da despesa no âmbito dos cuidados de saúde primários (GIRALDES, 1987, «Distribuição equitativa da despesa em cuidados de saúde primários») baseia-se na igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades, segundo uma metodologia semelhante à utilizada no Reino Unido e que, introduzida em Inglaterra (RAWP) em 1976, veio posteriormente a ser aplicada na Escócia (SHARE), País de Gales (SCRAW) e Irlanda do Norte (PARR) (cf. MAYNARD e LUDBROOK, 1982 e 1983, MAYNARD, 1986, BIRCH e MAYNARD, 1986, e PATON, 1985, entre outros).

Este conceito de equidade pressupõe que se proceda a uma avaliação das *necessidades relativas* dos diversos distritos, tendo por base a estrutura etária e por sexos da população, a taxa de fertilidade, a situação de saúde (traduzida indirectamente por taxas de mortalidade padronizadas), o nível de rendimento e ainda o nível de cobertura por serviços de saúde.

Resultará, no caso português, da conjugação dos seguintes três critérios: critério da procura/utilização, critério da situação sanitária e critério da cobertura por serviços de saúde (v. parte V, capítulo 11).

3. Redistribuição de recursos baseada na eficiência técnica: exemplo dos cuidados de saúde diferenciados

Convirá relembrar que a *eficiência técnica* diz respeito à avaliação da relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos, tendo-se em vista a maximização dos resultados prefixados (ou a minimização dos recursos para resultados prefixados). Diferencia-se, pois, da *eficiência económica*, ou *distributiva*, que avalia a relação entre os recursos gerais da sociedade e os resultados obtidos através da sua utilização, em termos da obtenção máxima de bem-estar para todos os indivíduos: qualquer combinação de

recursos será mais eficiente do que outras se o somatório dos acréscimos de bem-estar individual obtidos for superior ao somatório das eventuais reduções de bem-estar que tenham sido praticadas em outros ou nos mesmos indivíduos.

Daqui se deduz que qualquer processo de redistribuição da despesa baseado na *eficiência técnica* tem apenas por objectivo recompensar os serviços prestadores que demonstrem serem mais produtivos e não se preocupa com a finalidade última desses serviços, ou seja, a medida em que estão a satisfazer as necessidades da população, traduzidas pela respectiva dimensão e estrutura demográfica, assim como pelo seu padrão de morbilidade.

É exemplo deste processo de redistribuição de recursos a forma como se tem vindo a processar o financiamento dos serviços de cuidados de saúde diferenciados em Portugal a partir de 1980.

Segundo MANTAS *et al.* (1985), os critérios de financiamento seguidos no domínio hospitalar consideram grupos homogêneos de hospitais, com os respectivos preços definidos com base em custos directos, variando em função da rotação-cama: consideram-se dois grupos de hospitais, distritais e centrais, fazendo-se variar os preços em função da demora média e taxa de ocupação em cada valência ou grupo de valências. Este sistema de financiamento tem em vista um *aumento da produtividade* no funcionamento dos serviços, incentivando o aumento da rotação das camas e um melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis.

Julga-se que existirá a possibilidade de equívoco quando MANTAS *et al.* (1988) afirmaram que o sistema de financiamento, apesar de apontar como seu objectivo primordial a *eficiência técnica*, dispôs de flexibilidade suficiente para não impedir a prossecução do objectivo de *equidade* do SNS, dando como justificativo desta afirmação o facto de no período de 1980-1986 se terem atenuado as desigualdades geográficas interdistritais em indicadores de eficiência técnica ou de distribuição de recursos. Se não é de estranhar que o processo de redistribuição da despesa em cuidados de saúde diferenciados promova a atenuação de desigualdades em indicadores de eficiência técnica (demora média e doente tratado por cama), já levanta interrogações o facto de se considerar como positiva uma igualdade na distribuição de recursos através de indicadores como, por exemplo, os gastos *per capita* ou os recursos humanos *per capita*.

Em nossa opinião, só haverá *equidade* se se atender às diferentes necessidades relativas da população mediante uma *discriminação positiva* baseada na estrutura demográfica da população e no respectivo padrão de morbilidade, além de se atender ao nível de cobertura da população já atingida. Tal só poderá ser conseguido ensaiando-se a aplicação aos cuidados de saúde diferenciados da metodologia descrita para os cuidados de saúde primários, segundo consta da *figura 10.1*, proposta que aqui se deixa (cf., para uma análise mais detalhada, GIRALDES, 1987, «A equidade e a eficiência no financiamento do SNS — alguns contributos»).

4. Redistribuição de recursos baseada na eficiência distributiva

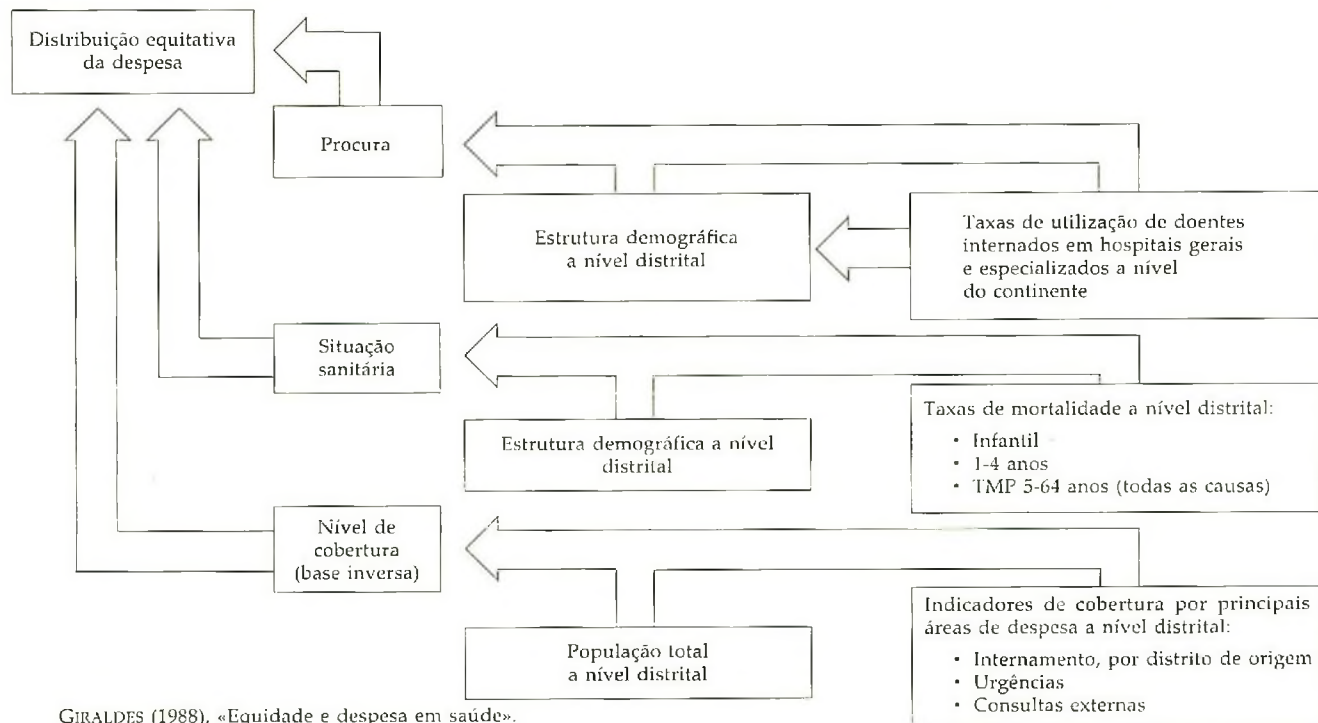
Já se referiu que a *eficiência distributiva* corresponde àquela situação em que não seja possível redistribuir os recursos para obter maior satisfação em termos de bem-estar social.

LUDBROOK (1985) refere, a este propósito, que, se o SNS quisesse ser eficiente no sentido da *eficiência distributiva*, os recursos de saúde seriam destinados a satisfazer aquelas necessidades que apresentassem um maior rendimento por unidade monetária. À medida que se dispusesse de mais recursos, estes seriam destinados à prioridade seguinte, o que conduziria a que uma região sobrefinanciada destinaria recursos para a satisfação de necessidades mais prioritárias numa região subfinanciada. Esta redistribuição de recursos entre regiões aumentaria a *eficiência distributiva* e tornaria a situação mais *equitativa*.

É igualmente esta a proposta de CULYER (1976) para a distribuição de recursos de saúde inter-regiões quando afirma «que se iguale o impacte marginal no nível de saúde por unidade monetária».

Figura 10.1

Proposta de esquema de distribuição da despesa corrente em cuidados de saúde diferenciados em Portugal



GIRALDES (1988), «Equidade e despesa em saúde».

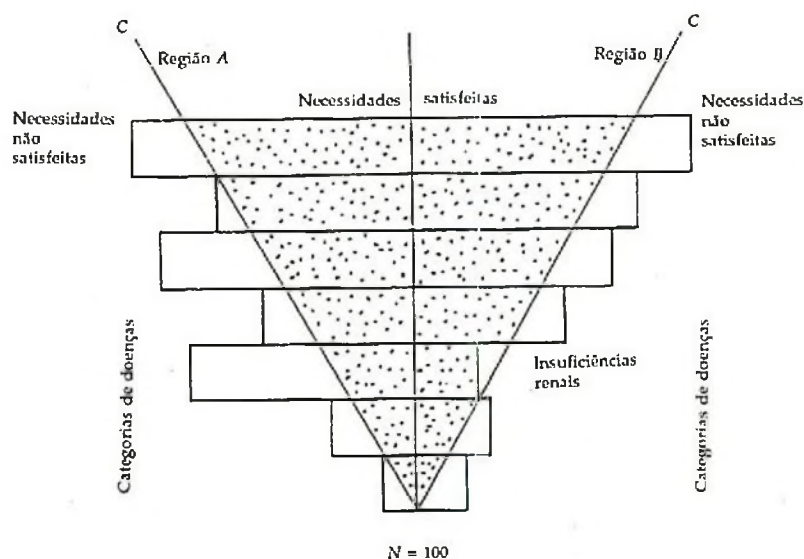
Esta metodologia de redistribuição de recursos baseia-se na *satisfação de necessidades marginais*, que constitui uma perspectiva de abordagem distinta da de avaliação de necessidades totais e da satisfação de uma determinada parcela dessas necessidades, consoante os recursos disponíveis.

A satisfação das necessidades marginais será idêntica entre as diversas regiões quando, segundo MOONEY (1983), com o orçamento disponível for possível satisfazer a mesma «última» necessidade. Nesta perspectiva, parte-se do princípio que todas as regiões ordenam as suas necessidades por ordem de prioridades a serem satisfeitas, por forma a que, quantos mais recursos receberem, mais necessidades de baixa prioridade poderão satisfazer e que a ordem de prioridades seja a mesma entre as regiões. Ainda segundo o mesmo autor, e dito de outra forma, verificar-se-ia uma idêntica satisfação das necessidades marginais quando cada região deixasse de tratar exactamente a mesma necessidade se o seu orçamento fosse cortado em 10 000 unidades monetárias.

Por seu lado, STEELE (1981) parte do princípio que o conceito de *necessidades totais* é um conceito sem sentido, na medida em que essas necessidades nunca poderão ser integralmente satisfeitas, não só porque os recursos nunca serão suficientes, como igualmente devido à falta de tecnologias adequadas que permitam satisfazer todas as situações de morbilidade. Nesta perspectiva, os recursos serão distribuídos em relação às necessidades totais relativas, não havendo preocupação da sua satisfação.

STEELE e DINGWALL-FORDYCE (1983) exemplificaram-no tomando em consideração duas regiões, A e B, que têm perfis de morbilidade muito diferentes, mas as mesmas necessidades totais (figura 10.2). Se se pretender cobrir 70% dessas necessidades, então

Figura 10.2
Perfis de morbilidade e correspondente satisfação
de necessidades

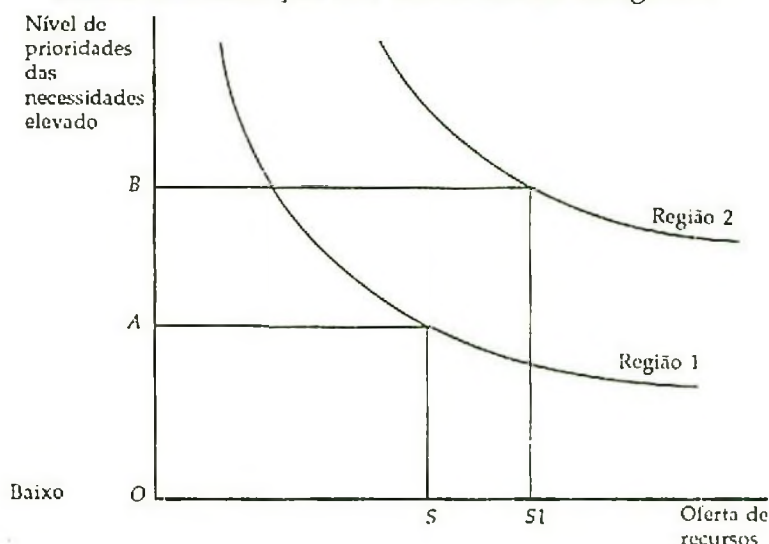


Fonte: STEELE e DINGWALL-FORDYCE (1983).

cada região satisfará as necessidades traduzidas pelo vector C; no entanto, na medida em que os perfis de morbilidade diferem, as populações das regiões A e B não têm uma capacidade idêntica de tratamento para pessoas em igual risco. Por exemplo, todos os problemas de insuficiência renal serão tratados na região B, enquanto na região A menos de 50% serão tratados, o que fará com que um indivíduo com insuficiência renal na região A não tenha a mesma oportunidade de satisfação das suas necessidades que um indivíduo da região B.

Na figura 10.3 exemplifica-se a necessidade de transferência de recursos entre duas regiões com vista a atingir-se uma idêntica satisfação das necessidades marginais. Com os recursos OS a região 1 pode satisfazer necessidades até ao nível de prioridades OA, enquanto a região 2, com um diferente padrão de necessidades (derivado da idade, sexo

Figura 10.3
Nível de satisfação das necessidades marginais



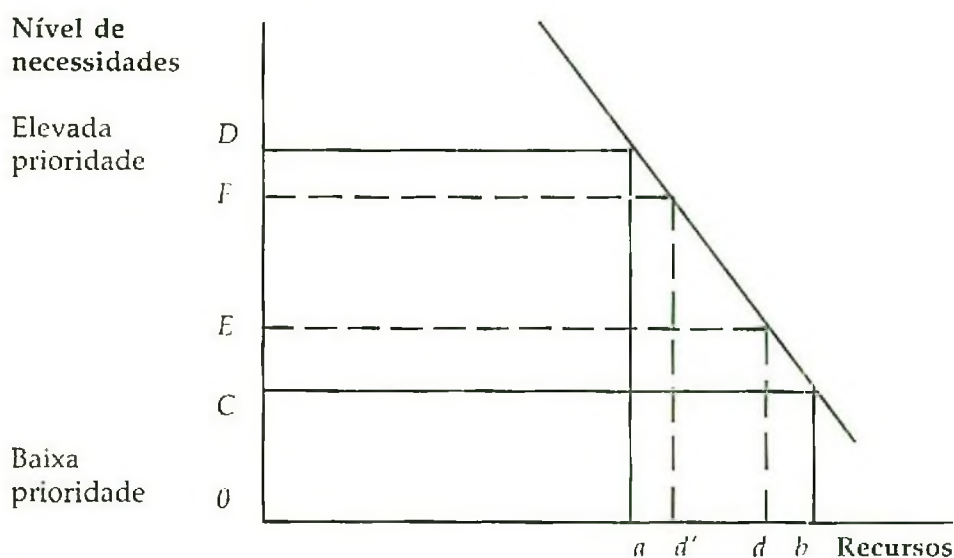
Fonte: STEELE (1981).

e composição da morbilidade) e com diferentes recursos OS_1 , consegue satisfazer necessidades até ao nível de prioridade OB . Esta última região tem, pois, um nível de necessidades satisfeitas a um nível superior, pelo que, apesar de a região 1 ter menos recursos, se deve operar uma transferência da região 1 para a região 2, por forma a que se alcance em ambas as regiões o mesmo nível de satisfação das necessidades marginais.

STEELE e DINGWALL-FORDYCE (1979) aplicam este mesmo tipo de raciocínio para duas regiões com necessidades semelhantes, mas onde uma delas está a receber mais recursos do que a outra.

A região A tem menos recursos do que a região B (Oa comparado com Ob); então uma transferência de recursos da região B para a região A (db) reduzirá os recursos da região B para Od e aumentará os da região A para Od' e alterará, por conseguinte, o nível de prioridades satisfeito em cada região (figura 10.4). A transferência de recursos reduz a

Figura 10.4
Comparação entre níveis de necessidades e recursos em duas regiões com iguais necessidades



Fonte: STEELE e DINGWALL-FORDYCE (1979).

capacidade da região *B* para satisfazer as suas necessidades, de forma que as necessidades não satisfeitas aumentam para *OE*, enquanto a região *A* pode satisfazer necessidades até ao nível *OF*.

Concluem estes autores que, desta forma, ao retirarem-se recursos da região relativamente mais rica e ao transferi-los para a região relativamente mais pobre, se conseguirão satisfazer necessidades de mais elevada prioridade, *OF*, enquanto se deixam de satisfazer necessidades de mais baixa prioridade, *OE*. Nesse sentido, dado que o nível de necessidades que agora é possível satisfazer se situa numa prioridade mais elevada, esta transferência é benéfica para as duas regiões, consideradas no seu conjunto.

Verifica-se, assim, uma redistribuição de recursos que permite uma satisfação de necessidades de maior prioridade, mantendo-se fixo o orçamento disponível, à custa, portanto, de um mais efectivo uso dos recursos. Isto acontecerá apenas se se verificar um comportamento racional na utilização dos recursos no sentido de que a região que recebe recursos adicionais e aquela que os transfere tratem (ou deixem de tratar) as necessidades que são de mais elevada (ou mais baixa) prioridade.

Tem sido, no entanto, escassa a possibilidade de aplicação, na prática, deste conceito de *satisfação das necessidades marginais*. Ao que se sabe, o único ensaio realizado até ao momento deve-se a STEELE (1981) e é realizado no sector hospitalar e em relação a admissões no serviço de cirurgia geral. Utiliza uma medida aproximativa do impacte no nível de saúde baseado numa ordenação de necessidades feita por um grupo de médicos e tenta identificar o impacte marginal de modificações na oferta utilizando essa ordenação.

A realização deste estudo tornava necessários dois tipos de elementos: uma *ordenação dos diagnósticos*, através de um índice de prioridades relativas das necessidades de camas de cirurgia geral, e uma medida das diferenças na *oferta de recursos*.

STEELE procedeu a essa *ordenação de diagnósticos* para admissão na cirurgia geral com recurso a uma amostra de 14 médicos, pedindo-lhes que classificassem o conjunto de doenças em *sérias*, *médias* ou *sem importância*.

A segunda condição para este estudo era a identificação de uma medida para fazer variar a *oferta de recursos*. As camas de cirurgia geral serão ocupadas com doentes provenientes de duas fontes: urgências e listas de espera. STEELE seleccionou a admissão através de listas de espera como fonte de oferta de camas, para o que seria necessário que as admissões das urgências e as admissões das listas de espera estivessem correlacionadas negativamente (o coeficiente de correlação encontrado foi de 0,7 para dados trimestrais).

Conforme STEELE reconhece no estudo elaborado, considerou-se apenas o impacte marginal no nível de saúde e não o «impacte marginal no nível de saúde por unidade monetária», como CULYER defende. A justificação para isso resultou de a identificação empírica do impacte marginal de variações na oferta necessitar do uso de um índice ordinal do comportamento de admissões baseado na prática corrente; julgou-se que este não toma em consideração as diferenças no custo dos recursos do tratamento de diferentes tipos de doentes, até porque o médico tem pouco acesso a informações sobre custos. Se as implicações explícitas de diferentes custos fossem incluídas na análise, então seria possível que se verificasse uma ordenação diferente dos diagnósticos, em especial abaixo dos diagnósticos mais graves.

Neste artigo STEELE utiliza dados referentes a uma mesma região ao longo do tempo, em vez de realizar uma comparação inter-regiões, em parte, para evitar a questão sobre se existirá, ou não, um consenso entre diferentes regiões em relação à ordenação das necessidades. Contudo, como ele próprio afirma, a aplicação desta metodologia a um contexto regional é semelhante, procedendo-se, em teoria, a uma transferência de recursos até ao ponto em que as elasticidades de resposta às mais elevadas necessidades entre regiões fossem iguais para iguais modificações na oferta; desta forma, os recursos seriam transferidos das regiões em que a elasticidade de resposta à modificação da oferta fosse mais baixa para regiões em que existissem elevados valores de elasticidade.

Em síntese, no estudo anteriormente descrito, no momento de admissão, as admissões marginais reflectem tanto as necessidades como a oferta: o que se está a medir é a elasticidade da resposta de admissões de diagnósticos mais graves a modificações na oferta. Quando se operam transferências entre regiões, existirá uma transferência de

recursos até ao ponto em que as elasticidades de resposta às mais elevadas necessidades entre regiões forem iguais para iguais modificações na oferta.

A generalização desta metodologia aos serviços de cuidados de saúde primários levou GIRALDES (1987, «Eficiência interna e distributiva na utilização de recursos de saúde. Análise regional baseada no Inquérito Nacional de Saúde, 1987») a propor que se considere o padrão de morbilidade das diversas regiões de um país em que a oferta seja traduzida pelo acréscimo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico transformados em recursos financeiros. Processar-se-á uma transferência de recursos entre regiões até ao ponto em que as elasticidades de resposta às doenças com maior prioridade forem iguais para iguais modificações na oferta, tal como consta da *figura 10.5*.

Figura 10.5
Elasticidade na satisfação de necessidades de maior prioridade

$\frac{\Delta x}{x}$	Morbilidade	Acréscimo na satisfação de necessidades de doenças de maior prioridade
$\frac{\Delta y}{y}$	Oferta	Acréscimo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico, traduzido em recursos financeiros

Fonte: GIRALDES (1987), «Eficiência interna e distributiva na utilização de recursos de saúde. Análise regional baseada no Inquérito Nacional de Saúde, 1987».

Pode, no entanto, considerar-se que o objectivo que um estudo deste tipo se propõe é o de alcançar a *eficiência distributiva* na distribuição de recursos de saúde a nível intra-regional e inter-regional (*figura 10.6*).

Figura 10.6
Esquema de distribuição de recursos baseada na eficiência distributiva



Fonte: GIRALDES (1987), «Eficiência interna e distributiva na utilização de recursos de saúde. Análise regional baseada no Inquérito Nacional de Saúde, 1987».

Esta perspectiva de abordagem exige que se proceda a uma *ordenação das causas de morbilidade* segundo um determinado critério de fixação de prioridades. No exemplo anteriormente descrito procedeu-se a uma ordenação de diagnósticos de doenças, realizada por médicos, tendo-se pedido que classificassem um conjunto de doenças em *sérias, médias ou sem importância*. Na proposta realizada em GIRALDES (1987) substi-

tuiu-se essa ordenação das doenças, realizada por médicos, por uma outra, feita por indivíduos da população em geral, a quem é pedido que ordenem as *utilidades* (termo técnico económico para satisfação) resultantes dessas doenças.

Proceder-se-á a essa medição de utilidades segundo um *questionário* baseado no *rating scale*, de acordo com a metodologia referida, designadamente em TORRANCE (1986), para ser aplicada no domínio da saúde.

5. Conclusões

A análise comparativa das alternativas anteriormente descritas em relação à distribuição de recursos num sistema público de saúde poderá ser realizada com recurso a quatro aspectos fundamentais: o *conceito* que se encontra subjacente nessa redistribuição; o *âmbito*; o *método de avaliação das necessidades*; o *método de redistribuição* (quadro 10.1).

Na perspectiva do *conceito* implícito nas diversas alternativas de redistribuição de recursos parece não haver dúvidas que o processo teoricamente mais correcto seja o que promove a *eficiência distributiva*, na medida em que é aquele que maximiza o bem-estar social.

Se este aspecto se pode considerar como pacífico, não se pode esquecer, no entanto, que este método é de difícil aplicação prática, de forma a abranger a totalidade da população ou o conjunto de actividades cobertas pelos serviços de cuidados de saúde primários (designadamente, será de difícil aplicação à distribuição de recursos em actividades preventivas). É, portanto, um método que deve ser utilizado pontualmente, e não de forma universal, e que apresenta um *âmbito restrito*.

Se atendermos ao *âmbito*, será, sem dúvida, a proposta apresentada para a distribuição da despesa nos serviços de cuidados de saúde primários aquela que permite abranger a totalidade da população e as principais áreas de intervenção dos serviços.

O *método de avaliação das necessidades* difere ainda entre o primeiro e o terceiro processos de redistribuição de recursos, enquanto no segundo, devido a basear-se na eficiência dos serviços prestadores, não se procede a essa avaliação. A principal diferença entre aqueles dois processos está directamente associada ao *âmbito* de cada uma daquelas alternativas de distribuição de recursos e deriva ainda da preocupação com a introdução de uma perspectiva sócio-económica (utilização de um indicador de rendimento na distribuição de recursos em actividades preventivas) ou de se ter contemplado a perspectiva do «*stock* de saúde» ou do capital humano que existe na proposta apresentada para os serviços de cuidados de saúde primários.

O *método de redistribuição* não oferece problemas operacionais em nenhum dos casos. O único problema resultará, eventualmente, do pressuposto em que se baseia o terceiro método: idêntica ordenação das prioridades entre as regiões.

Em síntese, considera-se que a *eficiência técnica*, só por si, não deve presidir a uma distribuição de recursos num sistema público de saúde. Haverá, pois, que conjugar o objectivo de *eficiência* que preside à distribuição de recursos em serviços de cuidados de saúde diferenciados com um *plafond* financeiro máximo definido para cada distrito segundo um princípio de *equidade*.

O objectivo de *equidade* correspondente a uma igualdade de *inputs per capita* para iguais necessidades, que preside à proposta de distribuição de recursos nos serviços de cuidados de saúde primários, parece ser o mais adequado no momento actual. Haverá que realizar esforços no sentido de vir a aplicar esta proposta igualmente aos serviços de cuidados de saúde diferenciados, sob pena de se verificarem transferências de serviços indesejáveis entre os dois subsistemas, que têm os seus custos, quer do ponto de vista do bem-estar do utente, quer das ineficiências geradas no funcionamento do SNS devido às transferências de procura.

Quadro 10.1

Análise comparada entre alternativas de distribuição de recursos num sistema público de saúde

	Redistribuição de recursos baseada na equidade: a proposta para os cuidados de saúde primários	Redistribuição de recursos baseada na eficiência técnica: o exemplo dos cuidados de saúde diferenciados	Redistribuição de recursos baseada na eficiência distributiva
Conceito	Baseia-se num conceito de <i>equidade</i> , correspondente à igualdade de <i>inputs per capita</i> para iguais necessidades	Baseia-se num conceito de <i>eficiência técnica</i> , tendo em vista um aumento na produtividade no funcionamento dos hospitais, incentivando o aumento da rotação de camas e um melhor aproveitamento dos recursos humanos e materiais disponíveis	Baseia-se num conceito de <i>equidade</i> correspondente à igualdade de satisfação de necessidades marginais. Admite-se que a equidade seria alcançada se cada distrito deixasse de tratar a mesma necessidade específica se tivesse um corte orçamental da mesma importância, o que pressupõe que os distritos deem a mesma prioridade na ordenação das suas necessidades. Esta redistribuição de recursos entre regiões aumenta a <i>eficiência distributiva</i>
Âmbito	Realiza uma estimativa das necessidades da população em relação à totalidade da população residente a nível distrital Abrange as quatro principais áreas de intervenção dos cuidados de saúde primários: actividades preventivas, actividades curativas, em ambulatório, transferências para o sector privado e internamento	A perspectiva não é a da população e suas necessidades, mas sim dos serviços prestadores Abrange as principais áreas de intervenção dos cuidados de saúde diferenciados: internamento; consultas, urgências e meios complementares de diagnóstico; alimentação; administração geral; serviços específicos	Abrange apenas a parcela da população que declarou morbilidade, segundo o Inquérito Nacional de Saúde. Abrange apenas as actividades curativas e transferências para o sector privado, que lhe estão associadas, no âmbito dos serviços de cuidados de saúde primários
Método de avaliação das necessidades	A avaliação das necessidades relativas dos distritos é realizada tendo por base a estrutura etária e por sexos da população, a taxa de fertilidade, a situação de saúde (traduzida indirectamente por taxas de mortalidade padronizadas), o nível de rendimento e ainda o nível de cobertura por serviços de saúde (a perspectiva do capital humano)	Não procede à avaliação das necessidades da população	A avaliação das necessidades baseia-se no padrão de morbilidade e na cobertura por serviços de saúde, que lhe está associada, traduzida pelos recursos financeiros atribuídos a cada doença (correspondentes ao consumo de consultas, medicamentos e meios complementares de diagnóstico)
Método de redistribuição	A estrutura da despesa determinada segundo o processo de avaliação das necessidades é aplicada à verba disponível, em cada ano, pelas principais áreas de despesa, o que conduz à determinação da «despesa ideal», resultante do somatório das quatro áreas de despesa determinadas. A diferença entre a distribuição ideal da despesa, assim obtida, e a distribuição real vai-se atenuando progressivamente segundo taxas de acréscimo (ou decréscimo) fixadas segundo a distância a que se encontrem da meta a alcançar	Se o resultado da aplicação dos critérios é um valor que se situa abaixo do mínimo fixado para o hospital, o valor financiado é esse mínimo. Se o valor da aplicação dos critérios se situa no intervalo, é atribuído o valor da aplicação dos critérios. Se o valor da aplicação dos critérios se situa acima do máximo fixado para o hospital, o valor financiado é este máximo (cf. Mantas <i>et al.</i> , 1988)	Efectuar-se-á uma transferência de recursos dentro de cada região e inter-regiões em relação às principais causas de morbilidade e segundo a ordenação de prioridades previamente estabelecida Baseia-se no pressuposto de idêntica ordenação das prioridades entre as diversas regiões

BIBLIOGRAFIA

- BIRCH, S., e MAYNARD, A. — *The RAWP Review: Rawping Primary Care in the United Kingdom*, Centre for Health Economics, University of York («Discussion Paper», 19), 1986.
- CULYER, A. J. — *The Political Economy of Social Policy*, Oxford, Martin Robertson, 1980.
- GIRALDES, M. R. — «A equidade e a eficiência no financiamento do SNS — alguns contributos», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 5, n.ºs 3-4, Lisboa, ENSP, Julho-Dezembro de 1987.
- GIRALDES, M. R. — *Distribuição Equitativa da Despesa em Cuidados de Saúde Primários*, tese de concurso para professora auxiliar de Economia da Saúde da ENSP, Lisboa, ENSP, Dezembro de 1987.
- GIRALDES, M. R. — *Eficiência Interna e Distributiva na Utilização de Recursos de Saúde. Análise Regional Baseada no Inquérito Nacional de Saúde*, 1987, projecto de investigação apresentado a concurso para professora auxiliar de Economia da Saúde da ENSP, Lisboa, ENSP, Dezembro de 1987.
- GIRALDES, M. R. — «A equidade na distribuição da despesa em cuidados de saúde primários em Portugal. A perspectiva do capital humano», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 6, n.ºs 1-2, Lisboa, ENSP, Janeiro-Junho de 1988, pp. 85-94.
- GIRALDES, M. R. — «Equidade e despesa em saúde», in *Revista de Estudos de Economia*, número especial sobre *Economia da Saúde*, vol. VIII, n.º 4, Julho-Setembro de 1988, pp. 365-388.
- GRÃ-BRETANHA, Department of Health and Social Security — *Sharing Resources for Health in England. Report of the Resource Allocation Working Party*, Londres, 1976.
- GRÃ-BRETANHA, Scottish Home and Health Department — *Scottish Health Authorities Revenue Equalisation. Report of the Working Party on Revenue Resource Allocation*, Edimburgo, 1977.
- LE GRAND, J. — *The Strategy of Equality. Redistribution and the Social Services*, Londres, George Allen & Unwin, 1982, 192 páginas.
- LE GRAND, J. — *Equity, Health and Health Care* (conferência apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, Gran Canaria, Maio de 1988).
- LUDBROOK, A. — *Regional Equity — Where Next? A Critical Appraisal of RAWP*, Aberdeen, University of Aberdeen, HERU, 1985, mimeog.
- MANTAS, A., et al. — «Financiamento hospitalar: implementação de critérios», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 19-26, Lisboa, ENSP, Abril-Junho de 1985.
- MANTAS, A., et al. — *Financiamento Hospitalar: Que Contributo para a Equidade? O Caso Português* (comunicação apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, Gran Canaria, Maio de 1988).
- MAYNARD, A. — *Financing the U. K. National Health Service*, s. l., s. e., 1986, mimeog.
- MAYNARD, A., e LUDBROOK, A. — «Inequality, the National Health Service and health policy», in *Journal of Public Policy*, 2 (2), 1982, pp. 97-116.
- MAYNARD, A., e LUDBROOK, A. — «The allocation of health care resources in the United Kingdom», in *Health and Welfare States of Britain*, s. l., s. e., 1983.
- MAYNARD, A., e LUDBROOK, A. — *Budget Allocation in the National Health Service*, s. l., s. e., 1983, mimeog.
- MOONEY, G. H. — «Equity in health care: confronting the confusion», in *Effective Health Care*, 1 (4), 1983, pp. 179-184.
- PATON, C. — *The Policy of Resource Allocation and Its Ramifications*, Londres, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1985.
- PEREIRA, J., et al. — *Equidade Geográfica no Sistema de Saúde Português* (comunicação apresentada nas V Jornadas de Economia da Saúde, Lisboa, Maio de 1985).
- PEREIRA, J. — *The Economic Interpretation of Equity in Health and Health Care* (conferência apresentada nas VIII Jornadas de Economia da Saúde, Gran Canaria, Maio de 1988).
- STEELE, R., e DINGWALL-FORDYCE, I. — *Marginal Met Need: a New Regional Resource Allocation Method?*, Health Economics Research Unit, University of Aberdeen, Department of Community Medicine and Political Economy («Discussion Paper», n.º 5/79, 12 páginas).
- STEELE, R. — «Marginal met need and geographical equity in health care», in *Scottish Journal of Political Economy*, 28 (2), Junho de 1981, pp. 186-195.
- STEELE, R., e DINGWALL-FORDYCE, I. — «Equity and equal opportunity for treatment», in *Hospital and Health Services Review*, Maio de 1983, 3 páginas.
- TORRANCE, G. W. — «Measurement of health state utilities for economic appraisal, a review», in *Journal of Health Economics* (5), 1986, North Holland, pp. 1-30.
- WILES, R. — *A Critical Guide to Health Services Resource Allocation in London*, Londres, The Greater London Council, 1984.

Capítulo 11 — Distribuição de recursos em CSP: uma intervenção estratégica na perspectiva da equidade

1. Evolução da despesa

A evolução da despesa em serviços de cuidados de saúde primários poderá alertar para a prioridade que a política de saúde tem vindo a atribuir ao financiamento a este sector no conjunto da despesa em saúde.

Pode verificar-se que os serviços de cuidados de saúde primários apresentam um crescimento mais reduzido do que os serviços de cuidados de saúde diferenciados, a preços constantes de 1983, como evidencia um índice de 111 e 131, respectivamente, em relação ao ano base de 1983 (*quadro 11.1*).

Quadro 11.1
Evolução da despesa em cuidados de saúde primários
e no conjunto da despesa em saúde

	Milhares de escudos (preços de 1983)							
	1983		1984		1985		1986	
	Valor	Porcentagem	Valor	Porcentagem	Valor	Porcentagem	Valor	Porcentagem
Total (CSP e CSD)	73 723 120	100,0	74 894 066	100,0	81 656 128	100,0	88 293 664	100,0
<i>Índice</i>	<i>100</i>		<i>102</i>		<i>111</i>		<i>120</i>	
Serviços de cuidados de saúde primários	42 202 466	57,2	39 846 780	53,2	44 655 254	54,7	47 043 745	53,3
<i>Índice</i>	<i>100</i>		<i>94</i>		<i>106</i>		<i>111</i>	
Serviços de cuidados de saúde diferenciados (a)	31 520 654	42,8	35 047 286	46,8	37 000 874	45,3	41 249 919	46,7
<i>Índice</i>	<i>100</i>		<i>111</i>		<i>117</i>		<i>131</i>	

(a) Inclui hospitais centrais, maternidades, hospitais distritais e novos distritais. O deflacionador utilizado foi o índice de preços de medicamentos, do INE, em relação a medicamentos e o índice de preços no consumidor (sem habitação), do INE, em relação às restantes rubricas.

Fonte: Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde.

Isso tem-se reflectido em termos de estrutura da despesa. Se, em 1983, a percentagem destinada aos serviços de cuidados de saúde primários era de 57%, essa percentagem é, em 1986, de 53%.

Esta aparente elevada percentagem esconde, no entanto, o facto conhecido de a maior parcela se destinar ao pagamento de transferências para o sector privado, essencialmente para medicamentos.

Se se analisar a evolução da despesa em cuidados de saúde primários, de forma desagregada, no *quadro 11.2* verifica-se, no entanto, que as transferências para o sector privado têm apresentado uma tendência para contenção em relação às actividades de prestação directa (serviços próprios).

Quadro 11.2
Evolução da despesa em cuidados de saúde primários

Milhares escudos (preços de 1983)				
	1983	1984	1985	1986
Total	42 202 466	39 846 780	44 655 254	47 043 745
<i>Índice</i>	100	94	106	111
Actividades preventivas	2 772 667	15 120 930 (a)	17 456 061 (a)	18 075 572 (a)
<i>Índice</i>	100			
Actividades curativas	9 474 515	102	118	122
<i>Índice</i>	100			
Transferências sector privado	27 375 370	24 725 850	27 199 193	28 968 173
<i>Índice</i>	100	90	99	105
• Medicamentos	15 421 958	13 412 505	15 190 671	17 296 781
<i>Índice</i>	100	87	99	112
• Análises	4 479 905	3 313 919	3 474 798	3 229 924
<i>Índice</i>	100	74	78	72
• Raios X	1 727 052	1 785 765	1 807 130	1 783 288
<i>Índice</i>	100	103	105	103
• Medicina física e reabilitação	1 333 157	1 389 790	1 587 973	925 316
<i>Índice</i>	100	104	119	69
• Hemodiálise	1 202 585	1 245 107	1 575 353	1 770 140
<i>Índice</i>	100	104	131	147
• Transporte de doentes	436 358	500 176	809 858	995 612
<i>Índice</i>	100	115	185	228
• Outros	2 774 355	3 078 588	2 753 410	2 967 112
<i>Índice</i>	100	111	99	107
Internamento (unidades de internamento de centros de saúde)	2 579 915	—	—	—

(a) Não é possível discriminar a verba destinada a actividades preventivas, actividades curativas e internamento.

Fonte: Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde. O deflacionador utilizado foi o índice de preços de medicamentos, do INE, em relação a medicamentos, e o índice de preços no consumidor (sem habitação), do INE, em relação às restantes rubricas.

Essa contenção será sobretudo reflexo da diminuição, a preços constantes, das despesas em medicamentos em 1984 e 1985, que são as mais volumosas, embora em 1986 se verifique já uma pequena recuperação em relação ao ano base de 1983 ¹.

Também as despesas em análises decrescem no período de 1983-1986, a preços constantes de 1983, enquanto as despesas em radiologia apresentam um ligeiro aumento.

Assinala-se o comportamento irregular da despesa em «medicina física e reabilitação», que cresce em 1985, para decrescer de novo em 1986, fruto das medidas de contenção de gastos entretanto tomadas neste domínio.

Já é mais constante o comportamento da despesa em hemodiálise, que cresce rapidamente neste período, aumentando cerca de 50%.

Cresceu igualmente a despesa com o transporte de doentes, que mais do que duplicou neste período, a preços constantes de 1983, o que se poderá justificar devido ao seu baixo valor de base.

2. Assimetrias na distribuição da despesa

A análise da distribuição da *despesa total* em cuidados de saúde primários revela a existência de assimetrias geográficas grandes entre, por um lado, distritos do norte do país menos dotados e, por outro, principalmente, os distritos industrializados de Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria e dois dos distritos do Alentejo: Évora e Portalegre, mais beneficiados (*quadro 11.3*).

Quadro 11.3
Distribuição da despesa total e despesa *per capita*
em cuidados de saúde primários (1983)

Distritos	Distribuição (porcen- tagem)	Despesa <i>per capita</i> 1983 (escudos)
Aveiro	5,80	3 823
Beja	2,00	4 562
Braga	5,93	3 394
Bragança	1,37	3 115
Castelo Branco	2,46	4 490
Coimbra	4,90	4 671
Évora	2,36	5 572
Faro	3,41	4 346
Guarda	2,18	4 539
Leiria	5,11	5 026
Lisboa	26,55	5 331
Portalegre	1,78	5 320
Porto	14,00	3 666
Santarém	5,71	5 262
Setúbal	8,90	5 350
Viana do Castelo	2,25	3 638
Vila Real	1,97	3 138
Viseu	3,22	3 182
Coeficiente de Gini	0,125262 (a)	
Coeficiente de variação	19,05	
Razão entre valores extremos	0,56	
Valor máximo	5 572 (Évora)	
Valor mínimo	3 115 (Bragança)	

(a) Calculado pela ordenação dos distritos segundo o valor da despesa *per capita*.

Esta desigual distribuição traduz-se num coeficiente de Gini ² de 0,125262, por um coeficiente de variação de 19,05 e uma razão entre valores extremos de 0,56, sendo os distritos de Évora e Bragança a apresentar, respectivamente, o valor máximo e mínimo.

Estas assimetrias são, no entanto, diversas consoante se considera a despesa total ou as diversas áreas de despesa: actividades preventivas, actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento.

$$^2 \frac{\sum_{i=1}^{m-1} P_i - \sum_{i=1}^{m-1} Q_i}{\sum_{i=1}^{m-1} P_i}$$

Convém, no entanto, começar por explicitar aquilo que se englobou nesta classificação em cada uma das áreas de despesa.

As *actividades preventivas* correspondem, grosso modo, às actividades de vigilância de saúde tradicionalmente a cargo dos centros de saúde, englobando a saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, saúde escolar e ainda as actividades desenvolvidas no controle de doentes crónicos ou idosos.

As *actividades curativas* são as relativas a episódios de doença em que é o doente que toma a iniciativa de procurar os serviços de saúde, enquanto usualmente as actividades preventivas têm uma determinada periodicidade estabelecida por aqueles serviços.

As *transferências para o sector privado* dizem respeito ao pagamento de medicamentos e meios complementares de diagnóstico (análises, radiodiagnóstico, medicina física e reabilitação, entre outros) realizados pelo sector público ao sector privado.

A área do *internamento* corresponde à principal actividade desenvolvida pelas unidades de internamento dos centros de saúde.

Esta classificação não pretende, de forma nenhuma, perpetuar uma distinção entre actividades preventivas e curativas, que levou décadas a ultrapassar no plano institucional e que na prática parece ter sido finalmente conseguida. Pelo facto de se estabelecer esta distinção com vista a uma mais cuidada distribuição de recursos, não se impede, e antes pelo contrário deseja-se, que os recursos sejam na prática destinados ao financiamento dos serviços de uma forma integrada.

Da mesma forma, será difícil isolar as actividades curativas dos meios complementares de diagnóstico e do consumo de medicamentos que a elas aparecem associados. No entanto, do ponto de vista de áreas de despesa é conhecida a forma de pagamento distinta pelo que a sua separação se justifica. O controle destas transferências para o sector privado compete, porém, essencialmente aos prestadores do SNS, no exercício de actividades curativas, pelo que mais uma vez se salienta tratar-se de distinções operacionais.

Utilizando o elucidativo traçado das curvas de Lorenz — em que a proximidade da diagonal traduz a existência de uma maior igualdade na distribuição —, pode verificar-se pelas *figuras 11.1 a 11.5* que a distribuição da despesa total é aquela que apresenta uma maior igualdade, seguida praticamente em igualdade de situação pela despesa em actividades curativas e transferências para o sector privado e, por último, pela despesa em actividades preventivas e pela despesa em internamento (unidades de internamento de centros de saúde), que é aquela que apresenta uma maior assimetria na distribuição.

Figura 11.1
Curva de Lorenz da despesa total em CSP (1983)

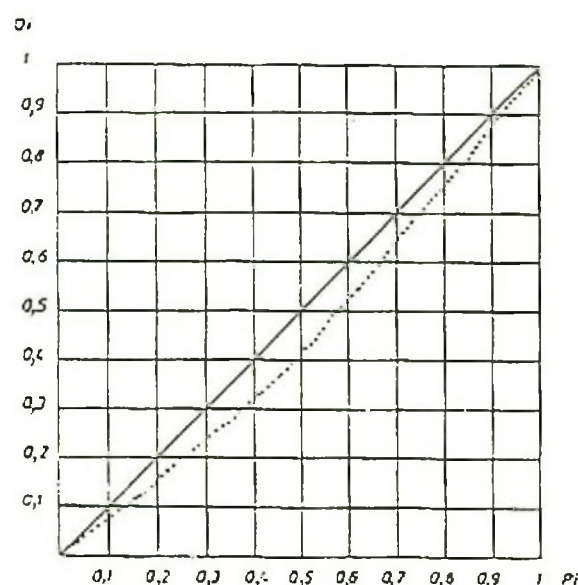


Figura 11.2
Curva de Lorenz da distribuição da despesa em actividades preventivas (1983)

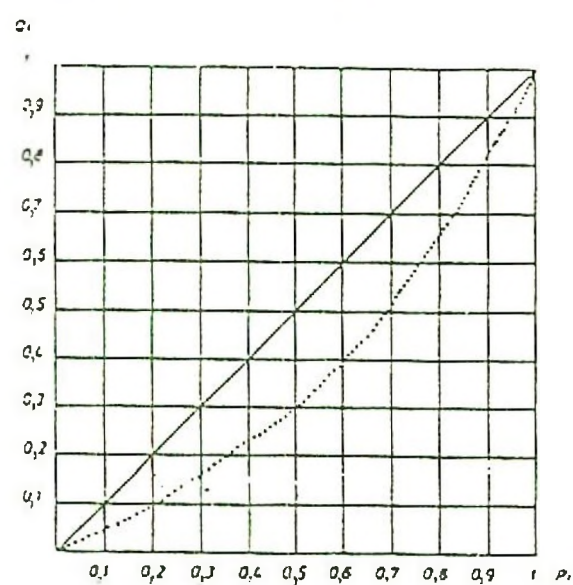


Figura 11.3
Curva de Lorenz da distribuição da despesa em actividades curativas (1983)

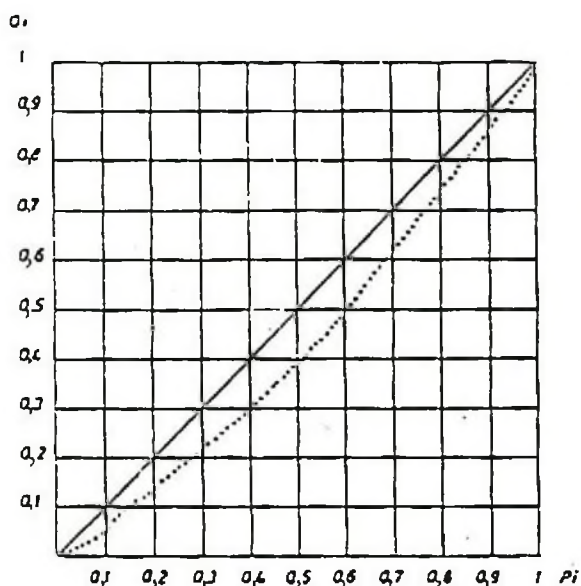


Figura 11.4
Curva de Lorenz da distribuição da despesa em transferências para o sector privado (1983)

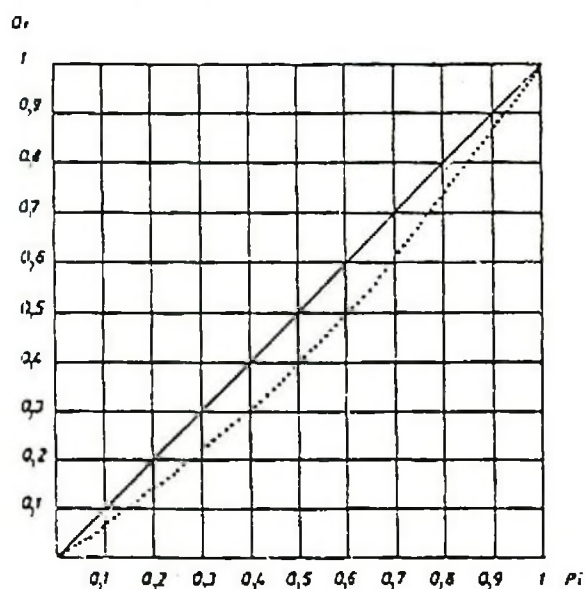
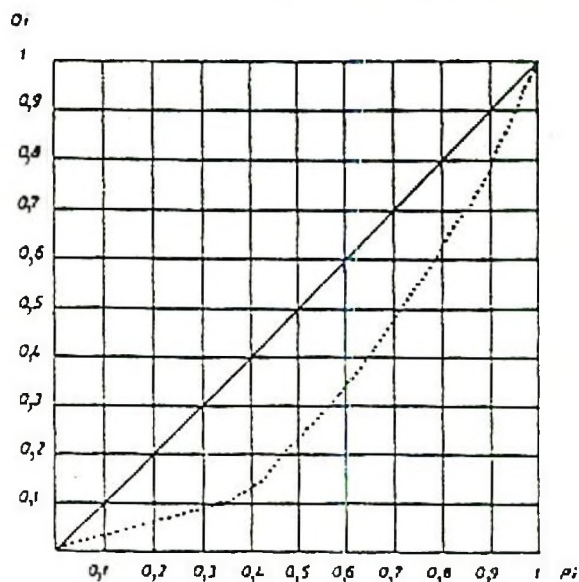


Figura 11.5
Curva de Lorenz da distribuição da despesa no internamento (unidades de internamento de centros de saúde) (1983)



A análise da distribuição da despesa por distritos em *actividades preventivas* permite verificar a existência de uma clivagem entre os distritos mais populosos e simultaneamente industrializados e os restantes distritos num sentido oposto ao da distribuição da despesa total.

Já na área da despesa de *actividades curativas* as assimetrias na distribuição da despesa fazem-se sentir de forma diferente. São agora principalmente os distritos do norte e centro interior que apresentam as despesas *per capita* mais baixas, enquanto os grandes centros urbanos e os distritos do Alentejo apresentam os valores mais elevados.

A situação na distribuição da despesa em *transferências para o sector privado* revela algumas semelhanças com a anterior no que respeita às maiores carências do norte e centro interior, embora agora não seja idêntica a existência de uma elevada despesa *per*

capita nos grandes centros urbanos (Braga e Porto, por exemplo, têm baixos valores) e um dos distritos do Alentejo (Beja) não apresenta uma elevada despesa *per capita*.

É sobretudo a despesa com medicamentos aquela que apresenta uma maior igualdade na distribuição e a despesa em medicina física e reabilitação aquela que, pelo contrário, apresenta uma maior assimetria.

3. Proposta de uma nova estrutura da despesa

A análise crítica da estrutura da despesa em cuidados de saúde primários é um elemento fundamental para a apreciação da forma como aquela despesa está a ser aplicada.

O estabelecimento de uma *estrutura ideal da despesa* poderá ser conseguido por uma *via normativa*, através do conhecimento do número de consultas ou de actividades preventivas e de consultas curativas, desejáveis e possíveis de atingir em cada grupo etário, assim como através da norma do número de camas por mil habitantes já estabelecida para unidades de internamento de centros de saúde, no âmbito do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde; para as áreas de despesa de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica admitiu-se não ser possível a fixação de normas e, por conseguinte, consideraram-se essas áreas de despesa associadas com a de consultas curativas.

A Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários estabeleceu, em 1984, normas em relação a actividades de saúde infantil e de saúde materna. Impunha-se, em relação às demais actividades preventivas e curativas, obter um consenso de peritos sobre normas que correspondam a um valor simultaneamente possível e desejável. Recorreu-se para esse efeito à realização de um painel Delphi constituído por 20 técnicos de saúde pertencentes a diversos níveis de intervenção (centros de saúde, ARS, nível central) e a diversas áreas de especialização (clínica geral, saúde pública, planeamento da saúde, saúde escolar, saúde de idosos, planeamento familiar).

A aplicação dos *padrões* definidos pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, assim como dos resultantes do painel Delphi anteriormente descrito, aos diversos estratos etários conduziu ao cálculo de uma despesa potencial em cuidados de saúde primários e a uma nova estrutura de despesa.

Os cálculos foram realizados a preços de 1983, para efeito de comparação com as despesas reais, e utilizaram-se elementos de custo médio por consulta diferenciados, para cada tipo de consulta, de acordo com o tempo médio a elas dedicado pelos profissionais de saúde.

A estimativa da despesa com transferências para o sector privado foi realizada considerando-se a existência de uma estreita correlação entre esta despesa e a despesa em actividades curativas, por se julgar irrelevante, neste caso, uma estimativa feita numa base normativa.

A despesa com a área do internamento foi realizada usando a norma, fixada pelo Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1983), de 1,6 camas por mil habitantes em unidades de internamento de centros de saúde. Esta norma aplicada à população potencial utilizadora destas unidades, em cada distrito, deduzida a população residente em concelhos onde existe hospital central e distrital, deu origem à determinação do número de dias de internamento potenciais, por distrito, baseado na hipótese da existência de uma percentagem de ocupação ideal nestas unidades de internamento de 70%.

Esta metodologia permitiu elaborar uma estimativa da despesa em cuidados de saúde primários sensivelmente diferente da existente neste momento (*quadro 11.4*).

Salientam-se, essencialmente, os seguintes aspectos:

- A percentagem da despesa destinada a *actividades preventivas* é aquela em que se verifica uma maior discrepância, a evidenciar a necessidade de um grande acréscimo na respectiva despesa entre a estrutura da despesa real (6,6%) e a da ideal (20,7%);

Quadro 11.4

Determinação de uma estrutura ideal da despesa em cuidados de saúde primários, com e sem prioridades (1983)

Áreas de despesa		Normas (a)	População respectiva	(2) x (3)	Custo médio (escudos) (preços de 1983) (b)	Despesa (4) x (5) (1000 escudos) (preços de 1983)	Estrutura ideal sem prioridades (porcentagem)	Coefficientes de ponderação (c)	Despesa corrigida (6) x (8)	Estrutura ideal com prioridades (porcentagem)	Despesa real (1983)	Estrutura real (porcentagem)
(1)		(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
Actividades preventivas	Saúde infantil:											
	< 1 ano	9	133 500	1 201 500	583	700 474,5		1	700 474,5			
	1-2 anos	3	139 200	417 600	486	202 953,6		1	202 953,6			
	2-5 anos	2	417 600	835 200	456	300 851,2		1	380 851,2			
	Saúde materna	10	135 659	1 356 590	583	790 891,9		1	790 891,9			
	Planeamento familiar	2	2 037 500	4 075 000	573	2 334 975,0		1	2 334 975,0			
	Saúde escolar	1	1 931 060	1 931 060	476	919 184,6		0,9	827 266,1			
	Saúde de adultos	1	5 643 920	5 643 920	427	2 409 953,8		0,9	2 168 958,4			
Saúde de idosos	2	1 116 700	2 233 400	500	1 116 700		0,9	1 005 030,0				
						8 855 984,5	20,7		8 411 400,7	23,2	2 772 667,1	6,6
Actividades curativas	< 1 ano	3	133 500	400 500	510	204 255						
	1-4 anos	3	556 800	1 670 400	476	795 110,4						
	5-14 anos	2	1 601 200	3 202 400	442	1 415 460,8						
	15-24 anos	1	1 596 700	1 596 700	442	705 741,4						
	25-44 anos	1	2 435 800	2 435 800	442	1 076 623,6						
	45-64 anos	2	2 099 100	4 198 200	379	1 591 117,8						
	65-74 anos	3/4	709 400	2 482 900	491	1 219 103,9						
	75 e mais	3/4	407 300	1 425 550	510	727 030,5						
						7 734 443,4	18,1	0,9	6 960 999,1	19,2	9 474 514,9	22,4
Transferências p/ sector privado	Medicamentos					12 589 590		0,8	10 071 672		15 421 958	
	Análises					3 657 134		0,8	2 925 707,2		4 479 905	
	Raios X					1 409 877		0,8	1 127 901,6		1 727 052	
	Outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica					4 691 059		0,8	3 752 847,2		5 746 455	
						22 347 660	52,3		17 878 128	49,2	27 375 370	64,9
Internamento	Unidades de internamento dos centros de saúde	1,6 camas/ 1000 hab.			2 040 (d)	3 818 880	8,9	0,8	3 055 104	8,4	2 579 914,8	6,1
						42 756 968	100,0		36 305 631	100,0	42 202 466	100,0

(a) A norma de consultas preventivas quanto à saúde infantil e saúde materna resulta de normas fixadas pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; em relação às restantes actividades preventivas e curativas utilizaram-se os resultados do painel Delphi. Quanto às unidades de internamento em centros de saúde, utilizou-se a norma fixada pelo DEPS.

(b) Aplicou-se a estrutura de tempo relativo despendido em cada consulta, segundo um questionário realizado junto de dez centros de saúde, e o custo médio por consulta calculado, para 1983, por Patrão.

«A procura de cuidados de saúde. Aspectos da evolução recente», comunicação às III Jornadas de Saúde Aveiro, Setembro de 1984.

(c) Consideraram-se os coeficientes de ponderação resultantes da definição de prioridades estabelecidas no painel Delphi.

(d) Custo/dia de internamento, em 1983, calculado pelo Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde.

- A percentagem da despesa ideal afecta ao *internamento* (unidades de internamento dos centros de saúde) é ainda ligeiramente superior à da despesa real: 8,4% e 6,1%, respectivamente;
- Em sentido contrário, verifica-se um decréscimo importante na percentagem da estrutura da despesa destinada a *transferências para o sector privado* de 64,9% na despesa real para 49,2% na despesa ideal e um decréscimo de menor significado na estrutura da despesa afecta a *actividades curativas*, que passará, respectivamente, de 22,4% na despesa real para 19,2% na despesa ideal.

Dois comentários se impõem. Ao calcular-se a despesa ideal afecta a cuidados de saúde primários, não interessava, em princípio, conhecer o montante da despesa total necessária, mas sim apenas a estrutura relativa da despesa.

Admitia-se até que essa despesa fosse um valor irrealizável, dado que se baseava num processo de cálculo normativo e, portanto, necessariamente afastado do existente actualmente. Parece, assim, interessante que a despesa a que se tenha chegado difira apenas em cerca de 550 000 contos da despesa real no ano de 1983, o que sugere que a verba disponível para cuidados de saúde primários não seja insuficiente. O que está assim em causa é a *estrutura* da distribuição da despesa entre as diversas *áreas de despesa em cuidados de saúde primários*.

Um segundo comentário diz respeito ao facto de o número de consultas esperadas, segundo a aplicação dos *padrões* definidos para actividades preventivas e curativas, corresponder a um número médio de 3,7 consultas *per capita*, o que se pode considerar como bastante razoável e que, embora se afaste do número existente em 1983 (2,0 consultas *per capita*), se enquadra em padrões internacionais.

Pode, assim, concluir-se que os *padrões* definidos através do *painel Delphi* e que fundamentam o cálculo do número desejável de actividades e consultas preventivas e de consultas curativas e, posteriormente, a determinação da estrutura da despesa possibilitaram que se obtivessem resultados que se podem considerar perfeitamente plausíveis, à luz do conhecimento actual.

Em síntese, a nova estrutura da despesa a que se chegou evidencia principalmente o grande esforço de reforço da despesa em *actividades preventivas* que haverá que realizar no futuro e, em sentido contrário, o decréscimo importante que haverá que se operar na despesa destinada a transferências para o sector privado, o que terá, necessariamente, de resultar de uma contenção de gastos em medicamentos, que é aquele item da despesa que maior peso tem, como é conhecido, nesta parcela da despesa.

4. Critérios de distribuição da despesa

4.1. Metodologia

A metodologia do RAWP (Report of the Resource Allocation Working Party), introduzido em Inglaterra em 1976, e que posteriormente veio a dar origem a outras na Escócia (SHARE), País de Gales (SCRAW) e Irlanda do Norte (PARR), propunha-se «estabelecer uma metodologia que garanta um padrão de distribuição dos recursos do SNS inglês de forma que tenha em atenção as necessidades relativas da população que serve», no âmbito dos cuidados de saúde diferenciados.

MAYNARD e LUDBROOK (1983) fazem a comparação entre as diferentes propostas referindo que em todas se adopta o mesmo princípio geral de que a distribuição de recursos se deve basear na dimensão da população e na sua estrutura etária, ponderada através de taxas de mortalidade padronizadas, por forma a ter em linha de conta as necessidades de serviços; diferem apenas nos métodos de ponderar as populações e nos serviços que são abrangidos. Foi com base nestes autores que se elaborou o seguinte quadro comparativo, que dá uma boa visão das diferenças existentes entre as diversas propostas de distribuição de recursos financeiros no Reino Unido (*quadro 11.5*).

Aplicada a partir de 1976, esta metodologia tem sofrido apenas pequenas alterações. As principais destas resultaram do grupo de trabalho do Departamento de Saúde e

Quadro 11.5

Comparação das fórmulas de distribuição de recursos financeiros de saúde no Reino Unido (continuação)

	RAWF	SHARE	SCRAW	PARR
4. Serviços de internamento para os doentes mentais e deficientes mentais.	A população é ponderada pela utilização das camas por idade e sexo e, no caso da doença mental, por estado civil.	A população é ponderada pela utilização das camas por idade e sexo e, no caso da doença mental, por estado civil.	Estes serviços são excluídos nesta fórmula.	A população é ponderada pela utilização das camas por idade e sexo e, no caso da doença mental, por estado civil.
5. Serviços de ambulância.	Recomenda a utilização da TMP global para ponderar.	Estes serviços não são considerados nesta fórmula.	- Recomenda a utilização da TMP global para ponderar. - Utiliza factores de correcção da dispersão da população (milhas de estrada <i>per capita</i>).	- Recomenda a utilização da TMP global para ponderar. - Utiliza factores de correcção da dispersão da população (<i>ratio</i> local em relação à média nacional, da Irlanda do Norte, das milhas por doente transportado).
6. Administração do comité dos médicos de família.	Apenas considerada nesta fórmula, com base na população não ajustada.			
7. Serviços sociais personalizados.				Apenas considerados nesta fórmula. A verba atribuída a deficientes é distribuída em função do número de deficientes físicos e mentais. A verba atribuída a idosos e para «serviços gerais» toma em consideração indicadores de necessidade e o factor de dispersão da população.
8. Combinação das populações ponderadas.	- A distribuição da despesa inicial é realizada combinando as várias populações ponderadas na proporção da despesa recente em cada serviço. - A distribuição final resulta do ajustamento feito em função das transferências de doentes e dos custos de ensino.	- A distribuição da despesa inicial é realizada combinando as várias populações ponderadas na proporção da despesa recente em cada serviço. - A distribuição final resulta do ajustamento feito em função das transferências de doentes e dos custos de ensino; consideram-se também ajustamentos para outros serviços especializados (principalmente serviços laboratoriais).	- A distribuição da despesa inicial é realizada combinando as várias populações ponderadas na proporção da despesa recente em cada serviço. - A distribuição final resulta do ajustamento feito em função das transferências de doentes e dos custos de ensino.	- A distribuição da despesa inicial é realizada combinando as várias populações ponderadas na proporção da despesa recente em cada serviço. - A distribuição final resulta do ajustamento feito em função das transferências de doentes e dos custos de ensino; consideram-se também ajustamentos para outros serviços especializados (principalmente serviços laboratoriais).

Quadro 11.5

Comparação das fórmulas de distribuição de recursos financeiros de saúde no Reino Unido

	RAWP	SHARE	SCRAW	PARR
1. Serviços de internamento não psiquiátricos	- A população é ponderada pelas taxas de utilização hospitalar, a nível nacional, por grupos de idade, sexo e causas. - Utiliza a TMP específica por causas para ajustamento em relação a todas as causas (com excepção das doenças da pele) de origem não psíquica e a taxa de fertilidade padronizada para as causas relacionadas com a situação de gravidez.	- A população é ponderada pelas taxas de utilização hospitalar, a nível nacional, por grupos de idade, sexo e causas. - Trata os serviços obstétricos e não obstétricos separadamente. - Utiliza a TMP global, e não por causas, por se considerar que o número de mortes é pequeno. - Aplica a TMP apenas à população abaixo de 65 anos, devido a a morbilidade e a mortalidade estarem mais associadas nos grupos mais jovens. - Quanto aos serviços obstétricos, considera a população distribuída de acordo com a utilização esperada, determinada pelo número de nascimentos em cada grupo etário das mães, ponderado pela taxa de utilização nacional por nascimento e por grupo etário.	- A população é ponderada com o custo médio anual de serviços de internamento não psiquiátricos, por grupos de idade e sexo e pela TMP global. - Utiliza a TMP global, e não por causas, por se considerar que o número de mortes é pequeno.	- Trata os serviços obstétricos e não obstétricos separadamente. - Utiliza a TMP global, e não por causas, por se considerar que o número de mortes é pequeno. - Quanto aos serviços obstétricos, considera a população distribuída de acordo com a utilização esperada, determinada pelo número de nascimentos em cada grupo etário das mães, ponderado pela taxa de utilização nacional por nascimento e por grupo etário.
2. Serviços de dia e consultas externas	- Utiliza a taxa de utilização de serviços por idade e sexo e a TMP global como factores de ponderação. - Recomenda que a TMP seja aplicada apenas a doentes do foro não psíquico.	- Utiliza a taxa de utilização de serviços por idade e sexo e a TMP global como factores de ponderação. - Restringe o uso da TMP à população abaixo dos 65 anos.	Utiliza a taxa de utilização de serviços por idade e sexo e a TMP global como factores de ponderação.	Utiliza a taxa de utilização de serviços por idade e sexo e a TMP global como factores de ponderação.
3. Serviços de saúde em ambulatório	Recomenda a ponderação da população pela taxa de utilização por idade e o seu ajustamento pela TMP.	- Recomenda a ponderação da população pela taxa de utilização por idade e o seu ajustamento pela TMP. - Aplica a TMP apenas à população abaixo dos 65 anos.	- Recomenda a ponderação da população pela taxa de utilização por idade e o seu ajustamento pela TMP. - Aplica um factor de correcção da dispersão da população a alguns serviços.	- Recomenda a ponderação da população pela taxa de utilização por idade e o seu ajustamento pela TMP. - Aplica um factor de correcção da dispersão da população a alguns serviços.

Quadro 11.5

Comparação das fórmulas de distribuição de recursos financeiros de saúde no Reino Unido (continuação)

	RAWP	SHARE	SCRAW	PARR
11. Despesas de capital.	• Considera as despesas de capital utilizando o mesmo raciocínio básico utilizado na distribuição das despesas correntes. • As metas de distribuição das despesas de capital baseiam-se nas populações ponderadas consideradas de (1) a (5), excepto quanto aos «serviços de saúde em ambulatório» (3), em que a ponderação por idades é substituída pelas consultas de clínicos gerais por idade e sexo. • A população base é projectada 5 anos e as populações são combinadas em proporção à despesa esperada em cada serviço nos três anos seguintes. • Consideram-se alguns fluxos de doentes entre as regiões, mas na generalidade são ignorados, na medida em que se supõe que são, em parte, imputáveis a uma falta de serviços na região que dá origem a esses fluxos.	• Não considera.	• Não considera.	• Não considera.

Fonte: Elaborado a partir de MAYNARD e LUDBROOK (1983).

Quadro 11.5

Comparação das fórmulas de distribuição de recursos financeiros de saúde no Reino Unido (continuação)

	RAWP	SHARE	SCRAW	PARR
9. Fluxos de doentes inter-regiões.	Considera o fluxo de doentes em serviços de internamento, entre regiões, com base no custo de cada especialidade a nível nacional. Em relação a serviços de dia e a consultas externas, considera apenas <i>formal agency relationships</i>.	- Considera o fluxo de doentes em serviços de internamento, entre regiões, com base no custo médio do grupo de hospitais em que o hospital que presta esses serviços se classifica, excepto no caso de hospitais escolares, em que se utiliza o custo médio equivalente de um grupo não escolar. - O ajustamento de serviços de dia e consultas externas parte do princípio que o fluxo inter-regiões é proporcional ao de doentes em internamento.	Considera o fluxo de doentes em serviços de internamento, entre regiões, com base no custo de cada especialidade a nível nacional. Em relação a serviços de dia e a consultas externas, considera apenas <i>formal agency relationships</i>. Considera os fluxos de consultas externas com base num inquérito por amostragem.	- Considera o fluxo de doentes em serviços de internamento, entre regiões, com base no custo médio do grupo de hospitais em que o hospital que presta esses serviços se classifica, excepto no caso de hospitais escolares, em que se utiliza o custo médio equivalente de um grupo não escolar. - O ajustamento de serviços de dia e consultas externas parte do princípio que o fluxo inter-regiões é proporcional ao de doentes em internamento.
10. Custos de ensino.	Considera como custos adicionais de ensino 75% da mediana de custo adicional de hospitais escolares. Este custo adicional é distribuído em proporção do número de estudantes.	- Distribui-se separadamente o custo de centros de ensino. - Recomenda que o custo adicional de ensino se considere igual para cada estudante na Escócia e em Inglaterra e que a verba global destinada a ensino seja calculada de acordo com o número de estudantes. A parcela restante dos centros de ensino (cerca de 40%) será distribuída de acordo com a dimensão da população ponderada servida por cada centro. - Realizam-se ajustamentos adicionais para serviços de âmbito regional prestados por hospitais não escolares.	- Considera como custos adicionais a diferença de custos entre hospitais escolares da província e outros grandes hospitais da Inglaterra e País de Gales. - Considera separadamente os custos reais de serviços de âmbito regional (<i>supra-area services</i>).	Distribui-se separadamente o custo de centros de ensino, mas sem distinguir entre hospitais escolares e não escolares, dado que todos os hospitais se encontram reunidos num mesmo nível administrativo.

Segurança Social (1980), citado em LUDBROOK (1985) que, no entanto, concluiu que a perspectiva adoptada pelo RAWP era correcta e deveria continuar a ser utilizada. Essas alterações dizem respeito: à utilização de taxas de mortalidade padronizadas, calculadas com base em dados de três anos em vez de um; à utilização de custos mais elevados na região do Tamisa; à introdução de custos de certos serviços multirregionais para os casos de fluxos inter-regiões; à modificação a partir de 1985-1986 da base populacional dos cálculos, que passou a ser a população estimada para o ano a que a distribuição de recursos diz respeito, em vez dos últimos dados disponíveis.

Diversas críticas têm sido dirigidas a esta metodologia.

Entre as críticas de ordem geral há que referir, em primeiro lugar, o facto de o método não incluir os cuidados de saúde primários, o que fica a dever-se, segundo MAYNARD e LUDBROOK (1983), ao estatuto contratual independente dos médicos e outros profissionais deste sector.

Uma outra crítica é a que diz respeito ao facto de não ter em consideração *factores sociais*.

Entre outros, JARMAN (1983) e TOWNSEND *et al.* (1986), citados em MAYNARD (1986), referem a necessidade de incluir na fórmula de redistribuição de recursos do RAWP uma medida de pobreza, que MAYNARD sugere que poderia ser o *nível de rendimento*.

A crítica mais contundente será aquela que diz respeito aos *centros de excelência*.

MAYNARD e LUDBROOK (1983) argumentam, sintetizando uma vasta bibliografia sobre o tema, que se deverão ter em atenção os custos mais elevados dos hospitais escolares devido à necessidade de manter os centros nacionais e internacionais de excelência em Londres e, ainda, que se deverão ter em atenção custos salariais mais elevados, que têm em vista manter o nível dos profissionais.

Finalmente, uma outra crítica envolve o processo de redistribuição das *despesas de capital*.

BUXTON e KLEIN (1978) e FORBES (1979), citados em MAYNARD e LUDBROOK (1983) discutem os problemas específicos do RAWP no que respeita às despesas de capital, designadamente o não tomar em consideração a má distribuição do *stock* de capital e o nível de agregação utilizado.

Se a metodologia do Reino Unido era criticada por não incluir os cuidados de saúde primários, a crítica inversa poderá pôr-se à sua aplicação no caso português, por não incluir os cuidados de saúde diferenciados. Este facto constituía, no entanto, à partida um pressuposto devido ao processo histórico de financiamento do SNS em Portugal.

GIRALDES (1987) realizou uma experiência de aplicação dos critérios de financiamento de cuidados de saúde primários, apoiada em princípios de *equidade*, aos cuidados de saúde diferenciados, que têm subjacentes princípios de *eficiência*, e conclui que será esta a via a seguir no futuro, na medida em que o objectivo de *eficiência* existente nos critérios de financiamento no domínio hospitalar poderia ser considerado conjugadamente com um *plafond* financeiro máximo definido, para cada distrito, segundo um princípio de *equidade*.

A outra crítica feita à metodologia do Reino Unido — a de não tomar em consideração *factores sociais* — pode considerar-se ultrapassada no caso português. Houve, com efeito, a preocupação de corrigir com um *indicador de rendimento*, introduzido como complemento ao critério da situação sanitária, o maior ou menor nível sócio-económico relativo dos distritos.

A crítica feita ao RAWP, às consequências sobre os *centros de excelência*, não se aplica, no caso português, ao financiamento dos cuidados de saúde primários; o nível de cuidados prestados pode considerar-se suficientemente uniforme em todo o território para que se possam designar os centros urbanos como centros de excelência. A fazer-se alguma correcção, teria de ser, possivelmente, em sentido inverso, pelo facto de a oferta de cuidados de saúde diferenciados nesses centros, em consultas externas e urgências, suprimir uma parcela importante da procura de cuidados de saúde primários.

O processo de redistribuição das *despesas de capital* não foi considerado no caso português essencialmente por motivos institucionais, na medida em que compete a organismos distintos a coordenação da distribuição das despesas correntes e de capital. Realizou-se, no entanto, um ensaio de aplicação desses critérios a despesas de capital por

GIRALDES (1988). Ao contrário do que se defende no Reino Unido, propõe-se que os critérios que presidem à distribuição da despesa corrente sejam distintos dos da despesa de capital.

Considera-se que esta última categoria de despesa se deverá basear apenas na procura potencial da população, estratificada por sexos e grupos etários, a nível distrital, segundo taxas de utilização existentes a nível do continente.

Em relação à distribuição da despesa corrente são três os critérios de distribuição da despesa em cuidados de saúde primários propostos para serem utilizados em Portugal e que têm subjacentes um princípio de *equidade* (figura 11.6):

- Critério da procura/utilização;
- Critério da situação sanitária;
- Critério da cobertura de serviços de saúde.

O critério da *procura/utilização* assenta no princípio que qualquer pessoa, independentemente do distrito de residência, deve ter a mesma oportunidade de utilização de serviços de saúde. Este critério baseia-se na aplicação das taxas de utilização dos serviços de cuidados de saúde primários, por sexo e grupos etários, a nível do continente, para estimar, dentro de um princípio de equidade, a procura prevista a nível distrital.

Neste critério a principal determinante da distribuição da despesa é a *estrutura da população*. Embora a utilização de serviços de saúde varie igualmente com o sexo — sendo a mulher uma maior consumidora de serviços curativos em ambulatório e o homem de mais de 65 anos um maior consumidor de serviços de internamento em hospitais concelhios —, pode considerar-se este aspecto como marginal em relação à distribuição da despesa operada segundo este critério.

O critério da *situação sanitária*, aplicado igualmente segundo o princípio de equidade adoptado no presente trabalho, pressupõe que se discriminem positivamente os distritos com maiores necessidades de saúde. Se houve que recorrer a taxas de mortalidade padronizadas como medida das necessidades de saúde, devido à inexistência de outro tipo de informação estatística, procurou-se, no entanto, tornar essas taxas tão sensíveis quanto possível na informação que fornecem sobre o nível de saúde dos diferentes grupos etários.

Procede-se à diferenciação da situação da saúde em função da taxa de mortalidade infantil (população de idade < 1 ano), da taxa de mortalidade de 1-4 anos (população entre 1 e 4 anos) e da taxa de mortalidade padronizada de 5-64 anos (população com mais de 4 anos e menos de 65 anos) em relação às causas de morte mais relevantes na perspectiva dos cuidados de saúde primários.

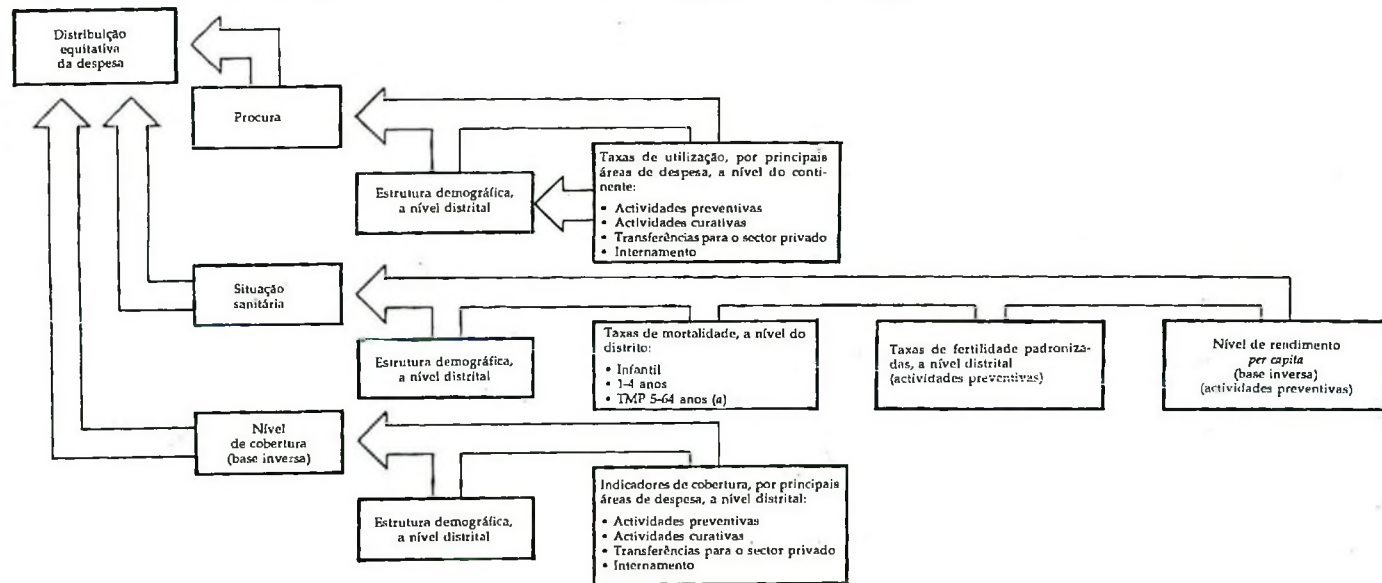
Para além deste aspecto, considera-se ainda como determinante da distribuição da despesa em cuidados de saúde primários, neste critério, a taxa de fertilidade padronizada em relação a actividades preventivas, na medida em que a diferenciação existente entre o norte e o sul do país, em níveis de fertilidade, origina um diverso volume de potencial de serviços de carácter preventivo. Procede-se ainda à ponderação da população total de cada distrito em função de um *indicador de rendimento* numa base inversa, o que pretende reforçar a necessidade de serviços igualmente na área preventiva, consoante o maior ou menor nível de rendimento *per capita*.

Merece-nos concordância aquilo que se refere em WILES (1984) a este propósito, designadamente, uma doença sofrida em boas condições habitacionais por um membro de uma família de elevados rendimentos terá consequências muito diferentes de uma doença comparável sofrida por um membro de uma família de baixos rendimentos, numa deficiente situação familiar e a viver em más condições habitacionais. Admite-se, assim, que um deficiente *nível de rendimento* poderá determinar uma actuação diversa por parte dos serviços de saúde.

Não se pretende com isso fazer com que os serviços de saúde se substituam a intervenções de outros sectores, designadamente no domínio da habitação, do saneamento básico ou de outras áreas, mas resulta do facto que considerar apenas *indicadores de mortalidade* como determinantes de uma intervenção dos serviços de saúde traduz-se em ignorar que um aumento da intervenção de serviços de saúde de *tipo preventivo* poderá conduzir a que não se chegue a declarar a morbilidade.

Figura 11.6

Esquema de distribuição da despesa corrente em cuidados de saúde primários em Portugal



GIRALDES (1988), «Equidade e despesa em saúde».

(a) Principais causas de morte numa perspectiva dos CSP.

Será nesta perspectiva que MOONEY (1983) refere a propósito da distribuição de recursos numa perspectiva de equidade: «[...] com vista a atingir-se igualdade na utilização para igual necessidade deverão ser destinados recursos adicionais a áreas múltiplamente carenciadas, mais do que proporcionais a qualquer necessidade extra que aí exista.»

Finalmente, o *critério da cobertura por serviços de saúde* coloca-se numa perspectiva crítica em relação à atribuição de recursos apenas aos serviços de saúde quando o objectivo último em vista seja o de atenuar as desigualdades existentes no nível de saúde.

Admite que, se um distrito tem uma má situação sanitária e uma elevada cobertura pelos serviços de saúde, então a melhoria do nível de saúde será conseguida mediante a intervenção em áreas fora do sector da saúde (saneamento básico, habitação, etc.) e não deverá originar a atribuição de um financiamento adicional aos serviços de saúde.

Este último critério é aquele que se pode considerar como inovador em relação à metodologia seguida no Reino Unido na redistribuição da despesa em saúde, em serviços de cuidados de saúde diferenciados. Baseia-se no princípio do *capital humano*, segundo o qual as intervenções que tenham em vista a melhoria do nível de saúde poderem e, em muitos casos, deverem ser realizadas fora do sector da saúde.

Neste critério procede-se a uma *discriminação positiva*, numa base inversa, em função de indicadores de cobertura de serviços de saúde em cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados.

Convém esclarecer que não se verifica sobreposição entre este último critério e o primeiro. O critério da procura/utilização generaliza a todos os distritos um nível médio de procura existente a nível do continente, resumindo-se a uma ponderação da população em função da estrutura etária e do sexo e não contando com a procura efectivamente existente a nível distrital. O critério da cobertura analisa os serviços prestados a nível distrital, discriminando os principais tipos de serviços por tipo de actividade e relacionando-os com a respectiva população, determinando assim níveis de cobertura reais em relação a todos os distritos.

Foram diversas as hipóteses ensaiadas. Em primeiro lugar, teve-se em vista comparar a *distribuição da despesa corrigida com a distribuição da despesa real*, com recurso às medidas de distribuição consideradas: coeficiente de Gini, coeficiente de variação e razão entre valores extremos.

Por outro lado, compararam-se os resultados da utilização de dados relativos a *um ano* com dados referentes à *média de três anos* e tiraram-se conclusões sobre a vantagem da sua futura utilização na redistribuição de recursos em cuidados de saúde primários. O ano seleccionado foi o ano de 1983 e o período de 1982-1983-1984 devido à disponibilidade de dados estatísticos no momento em que se iniciou o estudo. De qualquer forma, dado que o que se pretende é testar uma metodologia, em princípio, válida sejam quais forem os anos escolhidos, não está em causa a maior ou menor actualidade dos dados.

As deficientes estatísticas disponíveis levaram a utilizar processos indirectos de medição da procura, pelo que houve que analisar as consequências sobre a distribuição da despesa de *diferentes taxas de utilização de serviços* de cuidados de saúde primários nas diferentes actividades.

Um outro aspecto a testar teve que ver com a selecção da *correcção mais adequada* em relação à *situação sanitária*, analisando o impacte sobre a distribuição da despesa de formas alternativas de caracterizar aquela situação.

Procedeu-se ainda à comparação dos resultados provenientes da introdução de *ponderações*, quer em relação a indicadores utilizados no critério da situação sanitária, quer no critério da cobertura dos serviços, de forma a diferenciar-se a importância relativa de algumas das correcções introduzidas em relação a outras, assim como comparar os resultados da aplicação dos *critérios separadamente* com o resultado da sua *agregação*, mediante a introdução de coeficientes de ponderação, que diferenciam a importância atribuída a cada critério.

No *quadro 11.6* sintetizam-se as hipóteses ensaiadas.

Quadro 11.6

Crêterios de distribuição de recursos financeiros em cuidados de saúde primários em Portugal — hipóteses a testar segundo as áreas de despesa (continuação)

�reas de despesa	Procura/utilização	Situação sanitária	Cobertura dos serviços
Actividades curativas	- População por grupos de idade e sexo, a nível distrital, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984, alternadamente - Taxas de utilização de consultas curativas, segundo a estrutura por grupos de idade e sexo existente no Inq�rito Nacional de Saúde relativo � área metropolitana de Lisboa, em 1983 e no período 1983-1984; - Taxas de utilização de consultas curativas, segundo a estrutura por grupos de idade e sexo existente no internamento em hospit�is gerais, com base nos doentes internados nestes hospit�is no último dia de cada trimestre.	- População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1 e 4 anos corrigida com a mortalidade específica do grupo etário de 1-4 anos; população dos 5-64 anos, por sexos, corrigida com as taxas de mortalidade padronizadas por causas de morte e por sexos. As causas de morte consideradas foram: doenças cérebro-vasculares (29); enfarte agudo do miocárdio (270); doença cr�nica do fígado e cirrose (347); tumor maligno do estômago (191); tumor maligno da traqueia, dos brônquios e do pulmão (101); tumor maligno da mama feminina (113); diabetes <i>mellitus</i> (181); pneumonia (321); bronquite cr�nica, bronquite não especificada, enfisema e asma (323). - Estas correcções, com excepção da terceira, foram realizadas alternadamente, atribuindo o mesmo peso a todos os indicadores ou introduzindo coeficientes de ponderação.	População total, a nível distrital, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984, com as seguintes correcções, igualmente a nível distrital e numa base inversa:
			- Análises <i>per capita</i>; - R�ios <i>X per capita</i>; - Medicamentos <i>per capita</i>; - Sessões de hemodiálise <i>per capita</i>; - Tratamentos de medicina física e de reabilitação <i>per capita</i>.
Transferências para o sector privado		- População, a nível distrital, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984, alternadamente com: - População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1-4 anos corrigida com a mortalidade específica deste grupo etário; população de 5-64 anos, por sexos, corrigida com a respectiva taxa de mortalidade padronizada para o grupo de 5-64 anos, por sexos; - População por grupos etários e sexos corrigida pelas respectivas taxas de mortalidade específica, por grupos etários e sexos; - População de 0-64 anos, por sexos, corrigida com a respectiva taxa de mortalidade padronizada para o grupo de 0-64 anos, por sexos; - População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1 e 4 anos corrigida com a mortalidade específica do grupo etário de 1-4 anos; população dos 5-13 anos corrigida com a mortalidade específica deste grupo etário, por sexos; população activa dos 14 aos 64 anos, por sexos, corrigida com a taxa de mortalidade padronizada, por grupos sócio-profissionais e por sexos. Correcção feita apenas para 1983, devido a exigir apuramentos específicos junto do INE; - População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1 e 4 anos corrigida com a mortalidade específica do grupo etário de 1-4 anos; população dos 5-64 anos, por sexos, corrigida com as taxas de mortalidade padronizadas por causas de morte e por sexos. As causas de morte consideradas foram: doenças cérebro-vasculares (29); enfarte agudo do miocárdio (270); doença cr�nica do fígado e cirrose (347); tumor maligno do estômago (91); tumor maligno da traqueia, dos brônquios e do pulmão (101); tumor maligno da mama feminina (113); diabetes <i>mellitus</i> (181); pneumonia (321); bronquite cr�nica, bronquite não especificada, enfisema e asma (323). - Estas correcções, com excepção da terceira, foram realizadas alternadamente, atribuindo o mesmo peso a todos os indicadores ou introduzindo coeficientes de ponderação, resultantes do painel de especialistas de saúde pública.	Estas diversas correcções foram ponderadas tendo em atenção o peso relativo da despesa em cada um destes itens na despesa total com transferências para o sector privado.

Quadro 11.6

Crítérios de distribuição de recursos financeiros em cuidados de saúde primários em Portugal — hipóteses a testar segundo as áreas de despesa

Áreas de despesa	Crítérios		
	Procura/utilização	Situação sanitária	Cobertura dos serviços
Actividades preventivas	População por grupos de idade e sexo, a nível distrital, corrigida com as taxas de utilização de actividades preventivas, a nível do continente, para 1983 e para a média do período de 1982-1983-1984.	- População, a nível distrital, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984, alternadamente com: - População com idade inferior a 1 ano corrigida com a percentagem da mortalidade pós-neonatal na mortalidade infantil; população com idade entre 1 e 4 anos corrigida com a mortalidade específica do grupo etário de 1-4 anos; população de 5-64 anos, por sexos, corrigida com a taxa de mortalidade padronizada de doenças infecciosas e parasitárias, por sexos; população feminina dos 15-44 anos corrigida com a taxa de fertilidade padronizada do mesmo grupo etário; total da população corrigido com o indicador de rendimento: rendimento disponível bruto per capita, numa base inversa.	- População, a nível distrital, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984, com as seguintes correcções, igualmente a nível distrital, por grupos de idade: população com idade inferior a 1 ano corrigida com a média dos índices, numa base inversa, resultantes do cálculo dos indicadores: percentagem de cobertura em saúde infantil (número de primeiras consultas de 0-1 ano em relação aos nados-vivos), percentagem de crianças vacinadas com a tríplice com idade inferior a 12 meses e percentagem de crianças vacinadas com a BCG no mesmo grupo etário; população com idade entre 1 e 4 anos corrigida com a média dos índices, numa base inversa, resultantes do cálculo dos indicadores: percentagem de crianças vacinadas contra o sarampo com menos de 36 meses e percentagem de crianças vacinadas contra a polio com menos de 24 meses; população dos 6-17 anos corrigida pelo índice, numa base inversa, resultante da percentagem de cobertura em saúde escolar; população feminina de 15-44 anos corrigida com a média dos índices, numa base inversa, resultantes do cálculo dos indicadores: percentagem de mulheres grávidas em risco (menos de 20 e mais de 35 anos) cobertas pelo centro de saúde, percentagem de grávidas vigiadas durante a gravidez, percentagem de grávidas vigiadas durante o puerpério e número médio de consultas por gravidez. - Estas correcções foram realizadas alternadamente, atribuindo o mesmo peso a todos os indicadores ou introduzindo coeficientes de ponderação.
Actividades curativas	- População por grupos de idade e sexo, a nível distrital, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984, alternadamente com: - Taxas de utilização de consultas curativas, segundo a estrutura por grupos de idade e sexo existente no Inquérito Nacional de Saúde relativo à área metropolitana de Lisboa, em 1983 e no período de 1983-1984; - Taxas de utilização de consultas curativas, segundo a estrutura por grupos de idade e sexo existente no internamento em hospitais gerais, com base nos doentes internados nestes hospitais no último dia de cada trimestre.	- População, a nível distrital, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984, alternadamente com: - População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1-4 anos corrigida com a mortalidade específica deste grupo etário; população de 5-64 anos, por sexos, corrigida com a respectiva taxa de mortalidade padronizada para o grupo de 5-64 anos, por sexos; - População por grupos etários e sexos corrigida pelas respectivas taxas de mortalidade específica, por grupos etários e sexos; - População de 0-64 anos, por sexos, corrigida com a respectiva taxa de mortalidade padronizada para o grupo de 0-64 anos, por sexos; - População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1 e 4 anos corrigida com a mortalidade específica do grupo etário de 1-4 anos; população dos 5-13 anos corrigida com a mortalidade específica deste grupo etário, por sexos; população activa dos 14 aos 64 anos, por sexos, corrigida com a taxa de mortalidade padronizada, por grupos sócio-profissionais e por sexos. Correcção feita apenas para 1983, devido a exigir apuramentos específicos junto do INE;	População a nível distrital, por sexos, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984 com o número de consultas curativas, igualmente por sexos e a nível distrital, numa base inversa.

Quadro 11.6

Critérios de distribuição de recursos financeiros em cuidados de saúde primários em Portugal — hipóteses a testar segundo as áreas de despesa (*continuação*)

Áreas de despesa	Critérios		
	Procura/utilização	Situação sanitária	Cobertura dos serviços
Internamento	• População por grupos de idade e sexos, a nível distrital, corrigida com as taxas de utilização do internamento em hospitais concelhios, a nível nacional, igualmente por grupos etários e sexos, para 1983 e média de 1983 e 1984 (não se considerou 1982 por não ser possível este tipo de apuramento em relação a anos anteriores a 1983). A população considerada foi a resultante da dedução da população, por grupos etários e sexos, dos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra e de todos os concelhos onde existiam hospitais distritais.	• População, a nível distrital, corrigida para 1983 e média do período de 1982-1983-1984, alternadamente com: — População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1-4 anos corrigida com a mortalidade específica deste grupo etário; população de 5-64 anos, por sexos, corrigida com a respectiva taxa de mortalidade padronizada para o grupo de 5-64 anos, por sexos; — População por grupos etários e sexos corrigida pelas respectivas taxas de mortalidade específica, por grupos etários e sexos; — População de 0-64 anos, por sexos, corrigida com a respectiva taxa de mortalidade padronizada para o grupo de 0-64 anos, por sexos; — População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1 e 4 anos corrigida com a mortalidade específica do grupo etário de 1-4 anos; população dos 5-13 anos corrigida com a mortalidade específica deste grupo etário, por sexos; população activa dos 14 aos 64 anos, por sexos, corrigida com a taxa de mortalidade padronizada, por grupos sócio-profissionais e por sexos. Correção feita apenas para 1983, devido a exigir apuramentos específicos junto do INE; — População com idade inferior a 1 ano corrigida com a mortalidade infantil; população com idade entre 1 e 4 anos corrigida com a mortalidade específica do grupo etário de 1-4 anos; população dos 5-64 anos, por sexos, corrigida com as taxas da mortalidade padronizadas por causas de morte e por sexos. As causas de morte consideradas foram: doenças cérebro-vasculares (29); enfarte agudo do miocárdio (270); doença crónica do fígado e cirrose (347); tumor maligno do estômago (891); tumor maligno da traqueia, dos brônquios e do pulmão (101); tumor maligno da mama feminina (113); diabetes mellitus (181); pneumonia (321); bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma (323). Estas correcções, com excepção da terceira, foram realizadas alternadamente, atribuindo o mesmo peso a todos os indicadores ou introduzindo coeficientes de ponderação.	• População, a nível distrital, por sexos, corrigida para 1983 e 1983-1984 com o número de doentes saídos de hospitais concelhios, <i>per capita</i> e por sexos, numa base inversa, e ainda com o número de doentes saídos de hospitais distritais e centrais, igualmente numa base inversa.

O ensaio das hipóteses de trabalho descritas conduziu aos resultados que se seguem em cada um dos critérios considerados.

Critério da procura/utilização

Verifica-se, em qualquer das áreas de despesa, uma considerável melhoria na distribuição, utilizando qualquer das medidas de desigualdade escolhidas. Em qualquer dos casos dá-se um decréscimo no coeficiente de Gini, que se traduz por curvas de Lorenz da distribuição corrigida sensivelmente próximas da diagonal. Da mesma forma, pela análise do coeficiente de variação verifica-se uma melhoria de, respectivamente, 86%, 87%, 88% e 77% no valor deste coeficiente em *actividades preventivas*, *actividades curativas*, *transferências para o sector privado* e *internamento*. Igualmente a razão entre valores extremos, para estas áreas de despesa, apresenta uma melhoria de, respectivamente, 59%, 47%, 58% e 62%.

Uma outra hipótese a testar tinha em vista analisar a conveniência de utilizar *valores médios de três anos*, devido à necessidade de garantir uma estabilidade em relação às flutuações de dados estatísticos anuais. Concluiu-se, em relação a este aspecto, que, com excepção das *actividades preventivas*, em que, em princípio, haverá que recorrer a valores médios devido às oscilações anuais dos dados estatísticos utilizados, nos restantes casos tal não se justificará, por se chegar a resultados sensivelmente iguais.

Esta conclusão é de certa forma esperada em relação a este *critério da procura/utilização*. Em princípio, não será de esperar que se registem de ano para ano alterações significativas nas taxas de utilização de consultas curativas ou do internamento em hospitais concelhios. Serão eventualmente as actividades e consultas preventivas aquelas que, por se encontrarem ainda longe do desejável, apresentarão tendência para variações anuais.

A terceira hipótese a ensaiar aplicava-se apenas às áreas de despesa de *actividades curativas* e *transferências para o sector privado*. Pretendia-se testar quais seriam as taxas de utilização mais convenientes a utilizar. As taxas de utilização alternativas consideradas eram determinadas pela estrutura de utilização, por grupos etários e sexos, no Inquérito Nacional de Saúde e pela estrutura de utilização, por grupos etários e sexos, no internamento em hospitais gerais, devido à inexistência de uma informação de base adequada na data.

Achou-se que seria preferível recorrer à estrutura de utilização, por grupos etários e sexos, segundo o Inquérito Nacional de Saúde, se se considerasse também adequado utilizar aqui como critério de selecção a existência de uma maior igualdade na distribuição da despesa. Esta opção vem, aliás, de encontro a uma decisão que se poderia tomar numa base puramente empírica, por se considerar a estrutura de utilização de consultas em ambulatório do Inquérito Nacional de Saúde, embora só relativa à área metropolitana de Lisboa, como mais representativa da utilização de consultas curativas do que a estrutura do internamento em hospitais gerais. A falta de dados estatísticos adequados obrigou, no entanto, a que se testassem diferentes alternativas.

Critério da situação sanitária

Em qualquer das áreas de despesa verifica-se um decréscimo no coeficiente de Gini, como se pode verificar por uma aproximação da diagonal das respectivas curvas de Lorenz da distribuição corrigida, em relação à distribuição real. Da mesma forma, o coeficiente de variação sofre decréscimos de, respectivamente, 51%, 53%, 57% e 24% em cada uma das áreas de despesa de actividades preventivas, curativas, transferências para o sector privado e internamento. Apenas nesta última área a melhoria da igualdade da distribuição não é tão acentuada, o que terá a ver com a distribuição da população potencial utente de unidades de internamento de centros de saúde (depois de deduzida a população dos concelhos onde exista hospital central e distrital) quando discriminada positivamente segundo as suas necessidades em termos de situação de saúde. Também a razão entre valores extremos tem uma melhoria considerável de, respectivamente, 28%, 27%, 38% e 25% em cada uma das áreas de despesa consideradas.

Uma segunda hipótese a testar neste critério — tal como no anterior — dizia respeito à necessidade de utilizar *valores médios de três anos* devido às flutuações anuais habituais em indicadores de situação de saúde.

Apesar de não se terem encontrado diferenças significativas entre as distribuições relativas ao ano de 1983 e ao período de 1982-1983-1984 optou-se por se seleccionar esta última devido às oscilações conhecidas nos indicadores de situação de saúde quando calculados apenas para um ano e ao facto de o ano de 1983 poder tratar-se de um ano excepcional; além disso, conseguiram-se pequenas melhorias das medidas de desigualdade na área de despesa de actividades preventivas e na maior parte das correcções ensaiadas nas restantes áreas, o que levou a optar por se utilizar na análise a correcção da despesa em função de indicadores de saúde que dizem respeito à média de três anos. Teve-se ainda em atenção nesta selecção o facto de se encontrar referência na literatura a que uma das alterações feitas à fórmula RAWP, no Reino Unido, após alguns anos de ensaio, conduziu à consideração de taxas de mortalidade padronizadas relativas à *média de três anos*.

Uma terceira hipótese — que se aplicava às áreas de despesa de actividades curativas, transferências para o sector privado e internamento — tinha a ver com a selecção entre diversas *correcções alternativas* da mais adequada numa perspectiva de cuidados de saúde primários. Esta hipótese prendia-se com o facto de se terem encontrado referências na literatura a que correcções da população em função de índices agregados, como taxas de mortalidade padronizadas, conduziram a resultados distintos das correcções realizadas, por grupos de idade, em função de taxas de mortalidade específicas por grupos de idade. Além disso, tinha-se em vista testar até que ponto a correcção da população activa em função da mortalidade por grupos sócio-profissionais conduziria, ou não, a resultados substancialmente diferentes, como resultado das referências encontradas na literatura à importância da classe social como diferenciador da mortalidade.

Finalmente, pretendia-se ensaiar quais as consequências da consideração da totalidade das principais causas de morte na correcção da distribuição da despesa ou só daquelas causas mais relevantes numa perspectiva da intervenção possível no âmbito dos cuidados de saúde primários.

As correcções alternativas ensaiadas dão origem a distribuições da despesa corrigida muito semelhantes. Por não se querer proceder a uma selecção puramente numa base estatística, baseada na análise das medidas de desigualdade utilizadas, procedeu-se à análise comparativa das vantagens e inconvenientes das correcções alternativas ensaiadas. Segundo essa análise, seleccionou-se a correcção em que a população com idade inferior a 1 ano é corrigida com a mortalidade infantil, a população com idade entre 1 e 4 anos com a mortalidade específica do grupo etário de 1-4 anos e a população dos 5-64 anos, por sexos, é corrigida com as taxas de mortalidade padronizadas por causas de morte e por sexos, para as causas mais relevantes do ponto de vista dos cuidados de saúde primários.

Uma última hipótese de trabalho tinha em vista comparar os resultados da utilização de *ponderações* dos indicadores de situação sanitária diferenciados de acordo com os grupos etários abrangidos, o que resultara de se ter encontrado referência na literatura à possibilidade de atribuição de diferente importância, em termos de situação sanitária, à mortalidade nos diversos grupos etários, pelo que se poderia atribuir-lhes diferentes ponderações.

As correcções alternativas anteriormente referidas, com excepção da relativa à taxa de mortalidade padronizada dos 0 aos 64 anos, por se tratar de um indicador agregado, foram realizadas alternadamente, atribuindo o mesmo peso a todos os indicadores ou introduzindo *coeficientes de ponderação*. No entanto, a utilização de coeficientes de ponderação na análise não virá trazer alterações significativas às correcções alternativas ensaiadas.

Critério da cobertura por serviços de saúde

Tal como nos dois critérios anteriores, a primeira hipótese a testar neste critério prendia-se com a *igualdade* da distribuição da despesa corrigida em relação à distribuição real.

Apenas numa das áreas de despesa, a de *actividades preventivas*, a distribuição corrigida apresenta uma maior igualdade da distribuição em relação à despesa real, como o traduz não só o traçado da curva de Lorenz, com uma evidente aproximação da diagonal, como um decréscimo de 56% no valor do coeficiente de variação e um acréscimo de 36% no valor da razão entre valores extremos. Todas as restantes áreas de despesa apresentam distribuições corrigidas ou sensivelmente iguais ou mesmo com uma menor igualdade.

O agravamento que se verifica nas restantes áreas de despesa no coeficiente de variação e na razão entre valores extremos, embora nem sempre no coeficiente de Gini, resulta das grandes desigualdades existentes em indicadores de cobertura de serviços nestas áreas, o que levou a que se discriminasse positivamente, em sentido inverso, acabando-se por obter distribuições mais desiguais do que as reais, mas onde se está a privilegiar os distritos mais carenciados.

Uma segunda hipótese a testar tinha a ver com a vantagem de utilização de *valores médios de três anos*, devido à necessidade de garantir uma estabilidade em relação à flutuação de dados estatísticos anuais, particularmente sensível neste domínio da cobertura de serviços. Optou-se em *actividades preventivas*, *actividades curativas* e *transferências para o sector privado*, por se utilizarem valores médios relativos a três anos, devido a terem-se obtido melhorias na igualdade da distribuição, particularmente sensíveis na primeira área; na área de despesa do *internamento* o facto de se terem obtido distribuições idênticas para 1983 e para o período de 1982-1983-1984 levou a optar por utilizar dados relativos apenas a um ano.

A terceira hipótese a ensaiar aplicava-se apenas à área de despesa de *actividades preventivas* e consistia em testar a utilização, ou não, de *coeficientes de ponderação* nos indicadores de cobertura dos serviços.

Estes *coeficientes de ponderação* tinham em vista diferenciar a importância relativa de cada indicador de cobertura utilizado nesta área e o seu impacto na distribuição corrigida da despesa. Concluiu-se que a utilização destes coeficientes conduzia a distribuições da despesa sensivelmente iguais; optou-se, no entanto, mesmo assim, por se seleccionar a distribuição corrigida, ponderados os indicadores de cobertura em *actividades preventivas*, por se julgar como mais defensável atribuir uma ponderação à percentagem de cobertura nos diversos indicadores do que simplesmente adicionar arbitrariamente os resultados de indicadores cuja percentagem de cobertura podem ter significados diferentes.

A conjugação dos três critérios anteriormente referidos fez-se com recurso a coeficientes de ponderação resultantes da importância relativa atribuída aos três critérios na distribuição de recursos em cuidados de saúde primários. É interessante verificar a maior importância atribuída ao critério da situação sanitária, seguido do da cobertura de serviços, e a menor importância relativa atribuída ao critério da procura/utilização. Podem considerar-se, no entanto, como pouco significativas as alterações resultantes dos coeficientes de ponderação sobre a distribuição final da despesa.

4.2. Resultados

A comparação entre a *distribuição real* da despesa total em cuidados de saúde primários e a *distribuição corrigida* pareceria indicar estar-se perante duas distribuições com características muito semelhantes, com valores aproximados tanto do coeficiente de Gini como do coeficiente de variação e da razão entre valores extremos (*quadro 11.7*). A grande proximidade entre as duas distribuições pode ser confirmada pelo traçado das respectivas curvas de Lorenz (*figura 11.7*).

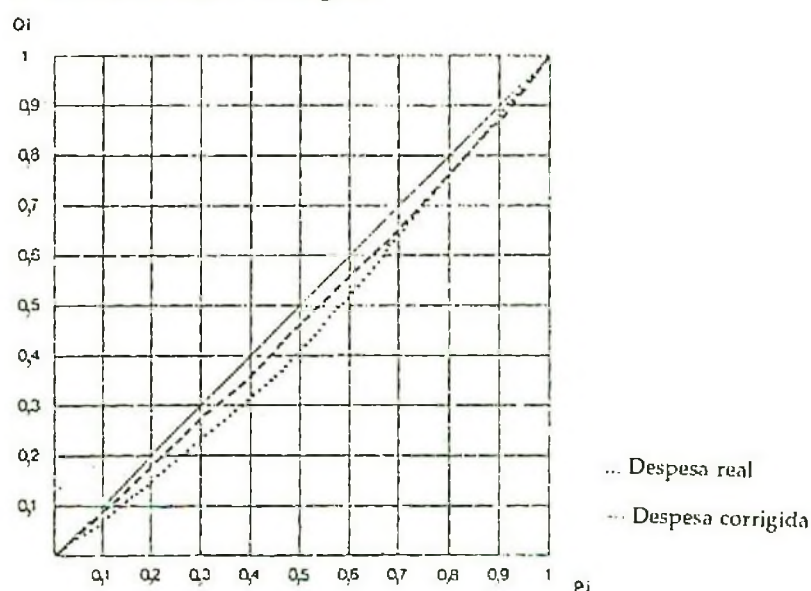
Esta aparente igualdade nas distribuições da despesa real e corrigida esconde, no entanto, modificações de fundo operadas não só em função da procura/utilização dos diversos estratos populacionais, como em consequência da *discriminação positiva* operada pelos critérios da situação sanitária e da cobertura de serviços. Poder-se-ia eventualmente ter até chegado a uma distribuição que, fruto das correcções introduzidas, apresentasse uma menor igualdade do que a distribuição real. Se isso, porém, não acontece, não há dúvida que a nova distribuição a que se chegou opera grandes transferências de recursos

Quadro 11.7
Despesa total em cuidados de saúde primários

Distritos	Distribuição real 1983 (percentagem)	Distribuição corrigida (percentagem)	Despesa per capita real 1983 (escudos)	Despesa per capita corrigida (escudos)
Aveiro	5,80	6,60	3 823	4 346
Beja	2,00	1,88	4 562	4 272
Braga	5,93	7,82	3 394	4 476
Bragança	1,37	2,71	3 115	6 135
Castelo Branco	2,46	2,43	4 490	4 438
Coimbra	4,90	4,55	4 671	4 346
Évora	2,36	1,71	5 572	4 028
Faro	3,41	3,36	4 346	4 289
Guarda	2,18	2,44	4 539	5 067
Leiria	5,11	4,13	5 026	4 062
Lisboa	26,55	19,95	5 331	4 005
Portalegre	1,78	1,35	5 320	4 027
Porto	14,00	17,29	3 666	4 529
Santarém	5,71	4,46	5 262	4 106
Setúbal	8,90	6,67	5 350	4 009
Viana do Castelo	2,25	3,13	3 638	5 058
Vila Real	1,97	3,96	3 138	6 291
Viseu	3,22	5,49	3 182	5 432
Coeficiente de Gini	0,125262 (a)	0,056139 (a)		
Coeficiente de variação			19,05	15,01
Razão entre valores extremos			0,56	0,64
Valor máximo			5572 (Évora)	6291 (Vila Real)
Valor mínimo			3115 (Bragança)	4005 (Lisboa)

(a) Calculado pela ordenação dos distritos segundo o valor da despesa per capita.

Figura 11.7
Despesa total em cuidados de saúde primários
Curvas de Lorenz da distribuição real (1983)
e da distribuição corrigida



dos distritos mais privilegiados do Sul para o Norte do país, como se irá analisar seguidamente e é revelado, desde já, por um valor mínimo da distribuição corrigida em Lisboa e um valor máximo em Vila Real, em oposição a um valor mínimo em Bragança e um valor máximo em Évora, na distribuição real da despesa.

A comparação entre a *despesa per capita real e corrigida* evidencia que os distritos se podem classificar em cinco tipos principais, segundo a importância relativa dos acréscimos (ou decréscimos) da despesa:

- Com necessidade de grandes acréscimos de despesa encontram-se três distritos no norte do País: Vila Real (100,4%), Bragança (96,9%) e Viseu (70,7%);
- A carecer, ainda, de acréscimos de despesa significativos surgem todos os restantes distritos do norte do país: Viana do Castelo (39%), Braga (31%), Porto (23,5%), Aveiro (13,7%) e Guarda (11,6%);
- Os distritos de Castelo Branco e Faro apresentam uma quase coincidência entre a *despesa real* e a *despesa corrigida*, necessitando de um decréscimo da despesa de, respectivamente, 1,2% e 1,3%;
- Com pequenos decréscimos na *despesa per capita* surgem os distritos de Coimbra (6,9%) e Beja (6,3%), que constitui uma excepção aos restantes distritos do Alentejo;
- A necessitar de decréscimos significativos aparecem os distritos de Évora (27,7%), Setúbal (25,1%), Lisboa (24,9%), Portalegre (24,3%), Santarém (21,9%) e Leiria (19,2%), todos distritos do centro e sul do País.

É, assim, evidente a clivagem existente na distribuição da despesa em cuidados de saúde primários entre o norte e o sul do país, o que pode ser expresso graficamente (figura 11.8).

Figura 11.8
Mapa de distribuição da despesa em cuidados de saúde primários — comparação da despesa real (1983) e da despesa corrigida



Estas variações na *despesa per capita* terão repercussões que se podem considerar como muito significativas na despesa total, que vão desde um decréscimo de cerca de 2,8 milhões de contos, no distrito de Lisboa, até um acréscimo de cerca de 1,4 milhões de contos, no distrito do Porto (*quadro 11.8*).

Quadro 11.8

Despesa total em cuidados de saúde primários, comparação da despesa *per capita* e total, real (1983) e corrigida

Distritos	Despesa <i>per capita</i> real 1983 (escudos)	Despesa <i>per capita</i> corrigida segundo a estrutura estimada (escudos)	Despesa total		Δ	
			Real (mil escudos)	Corrigida segundo a estrutura estimada (mil escudos)	Valor absoluto (1000 escudos)	Porcentagem da despesa real
Aveiro	3 823	4 346	2 450 790	2 785 690	334 900	13,7
Beja	4 562	4 272	847 318	793 473	- 53 845	- 6,3
Braga	3 394	4 476	2 503 115	3 300 306	797 191	31,0
Bragança	3 115	6 135	581 365	1 144 825	563 460	96,9
Castelo Branco	4 490	4 438	1 041 442	1 029 319	- 12 123	- 1,2
Coimbra	4 671	4 346	2 068 269	1 924 140	- 144 129	- 6,9
Évora	5 572	4 028	998 634	721 855	- 276 779	- 27,7
Faro	4 346	4 289	1 439 487	1 420 845	- 18 642	- 1,3
Guarda	4 539	5 067	923 707	1 031 155	107 448	11,6
Leiria	5 026	4 062	2 158 352	1 744 394	- 413 958	- 19,2
Lisboa	5 331	4 005	11 208 228	8 419 560	- 2 788 668	- 24,9
Portalegre	5 320	4 027	752 809	569 914	- 182 895	- 24,3
Porto	3 666	4 529	5 909 736	7 300 310	1 390 574	23,5
Santarém	5 262	4 106	2 412 168	1 882 550	- 529 616	- 21,9
Setúbal	5 350	4 009	3 758 553	2 816 466	- 942 087	- 25,1
Viana do Castelo	3 638	5 058	951 869	1 323 285	371 416	39,0
Vila Real	3 138	6 291	834 945	1 673 456	838 511	100,4
Viseu	3 182	5 432	1 359 634	2 320 556	960 922	70,7

Será interessante analisar a forma como cada um dos critérios de distribuição da despesa contribuiu para a variação da *despesa total* a nível distrital.

Pode considerar-se que, basicamente, os critérios são coincidentes nos decréscimos (ou acréscimos) da despesa a que dão origem, embora a dimensão da variação da despesa seja diversa. Salientam-se, no entanto, os seguintes casos (*quadro 11.9*):

- Nos distritos de Beja e Faro existe uma oposição entre o critério da situação sanitária e os outros dois critérios, devendo verificar-se um decréscimo da despesa segundo aquele critério;
- Nos distritos de Aveiro e Braga, contrariamente, o critério da situação sanitária daria origem a um maior acréscimo da despesa do que aquele resultante dos restantes critérios;
- No distrito de Évora verifica-se uma *discriminação negativa* acentuada, quer como resultado do critério da situação sanitária, como do da cobertura de serviços;
- Os distritos de Leiria e Lisboa apresentam uma *discriminação negativa* acentuada segundo o critério da cobertura;
- Os distritos de Bragança, Vila Real, Viseu, Viana do Castelo e Guarda apresentam uma *discriminação positiva* acentuada de acordo com o critério da cobertura de serviços.

4.3. Evolução no período de 1983-1986

Espera-se que a proposta apresentada para a redistribuição dos recursos em cuidados de saúde primários venha a ser dentro em breve aplicada à distribuição de recursos pelas ARS, no âmbito do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde.

Quadro 11.9

Distribuição da despesa real e da despesa corrigida segundo os critérios da procura/utilização, situação sanitária e cobertura

Distritos	Despesa real	Despesa corrigida								
		Critério da procura/utilização			Critério da situação sanitária			Critério da cobertura de serviços		
		Total	Δ		Total	Δ		Total	Δ	
			Valor absoluto	Percentagem		Valor absoluto	Percentagem		Valor absoluto	Percentagem
		(1)	(2)		(1)	(2)		(1)	(2)	
Aveiro	2 450 790	2 710 999	260 209	10,6	3 046 212	595 422	23,4	2 583 995	133 205	5,4
Beja	847 318	875 453	28 135	3,3	708 881	- 138 437	- 16,3	859 655	12 337	1,5
Braga	2 503 115	3 042 960	539 845	21,5	3 565 898	1 062 783	42,4	3 087 956	584 841	23,4
Bragança	581 365	831 183	249 818	42,9	906 980	325 615	56,0	1 782 921	1 201 556	206,6
C. Branco	1 041 442	1 049 715	8 273	0,8	1 005 254	- 36 188	- 3,5	1 089 991	48 549	4,7
Coimbra	2 068 269	2 053 010	- 15 259	- 0,8	1 851 096	- 217 173	- 10,5	2 046 163	- 22 106	- 1,1
Évora	998 634	850 627	- 148 007	- 14,8	683 521	- 315 113	- 31,5	686 900	- 311 734	- 31,2
Faro	1 439 487	1 558 020	118 553	8,2	1 282 914	- 156 573	- 10,8	1 586 397	146 910	10,2
Guarda	923 707	958 499	34 792	3,8	975 228	51 521	5,6	1 167 262	243 555	26,3
Leiria	2 158 352	1 890 961	- 267 391	- 12,4	1 922 340	- 236 012	- 10,9	1 464 486	- 693 866	- 32,1
Lisboa	11 208 228	9 386 962	- 1 821 266	- 16,2	8 717 768	- 2 490 460	- 22,2	7 073 822	- 4 134 406	- 36,8
Portalegre	752 809	674 098	- 78 711	- 10,5	546 519	- 206 290	- 27,4	542 954	- 209 855	- 27,8
Porto	5 909 736	6 835 918	926 182	15,6	7 491 753	1 582 017	26,7	7 239 045	1 329 309	22,5
Santarém	2 412 166	2 108 080	- 304 086	- 12,6	1 886 084	- 526 082	- 21,8	1 626 778	- 785 388	- 32,6
Setúbal	3 758 553	3 083 050	- 675 503	- 17,9	2 677 325	- 1 081 228	- 28,8	2 709 771	- 1 048 782	- 27,9
Viana do Castelo	951 869	1 215 137	263 268	27,6	1 316 332	364 463	38,3	1 403 998	452 129	47,5
Vila Real	834 945	1 160 817	325 872	39,0	1 459 530	624 585	74,8	2 403 713	1 568 768	187,8
Viseu	1 359 634	1 920 650	561 016	41,3	2 158 797	799 163	58,8	2 828 520	1 468 886	108,0

(1) Devido a arredondamentos, o total da despesa corrigida pode não coincidir com o total da despesa real.

(2) Devido a arredondamentos, o somatório dos acréscimos positivos e negativos não é zero.

Até ao momento, porém, verificam-se não só grandes desigualdades entre os distritos, como estas desigualdades não se têm atenuado nos últimos anos.

Como se sabe, é em transferências para o sector privado (para medicamentos, análises e radiodiagnóstico) que haverá que fazer um maior esforço de redistribuição, na medida em que representam mais de 60% da despesa total em cuidados de saúde primários.

Se se analisar a forma como evoluíram estas componentes da despesa, a preços constantes de 1983 (em que se assinalaram a cheio os distritos em que a despesa devia aumentar), verifica-se que na generalidade dos casos a evolução tem sido arbitrária, e não no sentido de atenuar as desigualdades.

Nas despesas com *medicamentos* destacam-se dois distritos, um por ter uma evolução positiva — distrito de Setúbal —, ao apresentar o maior decréscimo da despesa no período de 1983-1986, a preços constantes de 1983, e o outro — o distrito de Castelo Branco —, contrariamente, por ser o distrito que apresentou o maior crescimento naquele período, apesar da sua elevada despesa *per capita* no ano base de 1983, passando a apresentar em 1986 o maior valor daquela despesa. Dois outros distritos (Guarda e Lisboa) evoluem no sentido correcto, embora apresentem pequenos decréscimos da despesa; além do distrito de Castelo Branco, também os distritos de Évora, Portalegre, Leiria e Santarém apresentam uma evolução no período de 1983-1986 de sentido oposto à desejável; todos os restantes distritos registam uma evolução positiva, ao apresentarem acréscimos da despesa no período de 1983-1986, embora nos distritos de Coimbra e Faro esses acréscimos sejam superiores aos necessários (*figura 11.9*).

O importante decréscimo verificado, a preços constantes de 1983, na despesa *per capita* em *análises*, no período de 1983-1986, a nível do continente, originou que todos os distritos — com excepção de Beja, que registou um acréscimo, e de Braga e Évora, que apresentam despesas coincidentes — tenham sofrido decréscimos significativos (*figura 11.10*).

Como consequência, são apenas os distritos de Leiria, Santarém, Setúbal e Lisboa a apresentarem uma evolução positiva, que não foi, no entanto, suficientemente acentuada neste último distrito, por forma a ter-se operado uma redistribuição da despesa que beneficiasse os distritos mais carenciados.

A evolução da despesa *per capita* em *radiologia* verificou-se de forma positiva nos distritos de Leiria, Santarém, Setúbal e Coimbra; contrariamente, o distrito de Lisboa apresenta um aumento, apesar da necessidade de decréscimo (*figura 11.11*).

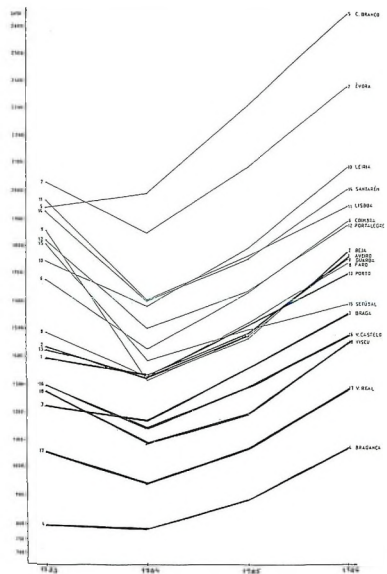
Terá sido positiva a evolução sofrida pelos distritos de Beja, Bragança, Guarda, Portalegre, Vila Real e Viseu, embora o distrito de Bragança continue a apresentar, de longe, o mais baixo valor da despesa *per capita*.

Pode considerar-se como de sentido negativo o decréscimo (ou manutenção) da despesa verificado nos restantes distritos.

BIBLIOGRAFIA

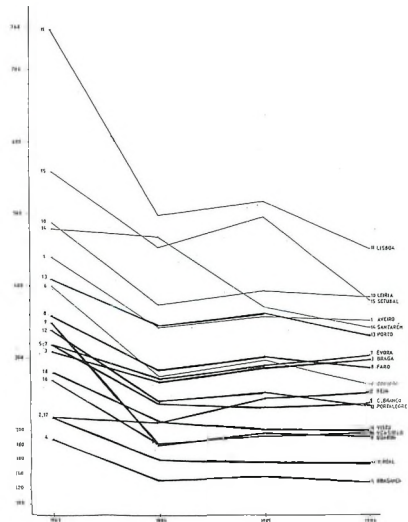
- CARREIRA, HELENA, e IMPERATORI, EMILIO — «Contributos para a regionalização dos serviços de saúde», in *Cadernos GEPs*, n.º 7, Lisboa, DEPS, 1983.
- GIRALDES, M. R. — «A equidade e a eficiência no financiamento do SNS. Alguns contributos», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.ºs 3-4, pp. 27-33, Lisboa, ENSP, Julho-Dezembro de 1987.
- GIRALDES, M. R. — «Equidade e despesa em saúde», in *Revista de Estudos de Economia*, vol. VIII, n.º 4, pp. 365-388, Julho-Setembro de 1988.
- GIRALDES, M. R. — *Distribuição Equitativa da Despesa em Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa, ENSP, tese de concurso para professora auxiliar de Economia da Saúde da ENSP, Lisboa, ENSP, Dezembro de 1987.
- GIRALDES, M. R. — «A equidade e o controle de gastos. Contributos para a gestão», in *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, n.ºs 3-4, pp. 31-38, Lisboa, ENSP, Julho-Dezembro de 1988.
- GIRALDES, M. R., e CORTÊS, M. F. — *O Impacte sobre a Equidade do Sector Privado dos Serviços de Saúde em Portugal* (comunicação apresentada nas VI Jornadas de Economia da Saúde, Valência, Maio de 1986).
- GRÃ-BRETANHA, Department of Health and Social Security — *Sharing Resources for Health in England. Report of the Resource Allocation Working Party*, Londres, 1976.
- GRÃ-BRETANHA — *Scottish Health Authorities Revenue Equalisation. Report of the Working Party on Revenue Resource Allocation*, Edimburgo, 1977.

Figura 11.9
Evolução da despesa *per capita* em medicamentos no período de 1983-1986
(preços constantes de 1983)



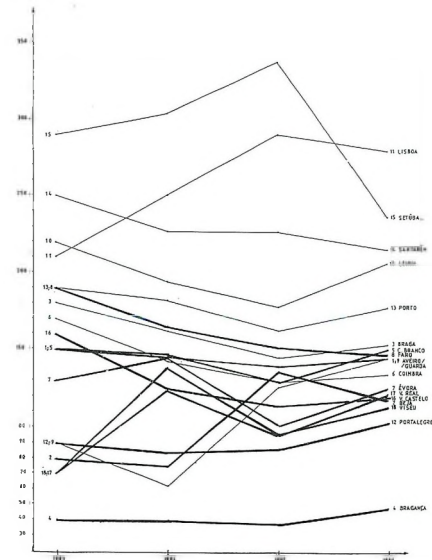
GIRALDES (1988), «A equidade e o controle de gastos. Contributos para a gestão».

Figura 11.10
Evolução da despesa *per capita* em análises no período de 1983-1986
(preços constantes de 1983)



GIRALDES (1988), «A equidade e o controle de gastos. Contributos para a gestão».

Figura 11.11
Evolução da despesa *per capita* em radiologia no período de 1983-1986
(preços constantes de 1983)



GIRALDES (1988), «A equidade e o controle de gastos. Contributos para a gestão».

A identificação de tarefas e instrumentos e sua quantificação permite calcular o rendimento do instrumento, ou seja, o número de tarefas realizadas por unidade instrumental num período determinado, normalmente um ano.

Para identificar e facilitar a sua quantificação sugere-se nesta metodologia que se dê ao instrumento o nome do recurso componente que seja menos divisível (no caso da hospitalização será a cama, visto que os médicos, enfermeiras, laboratório, etc., se destinam a várias hospitalizações, e não apenas a uma).

Apresenta-se em seguida um exemplo de aplicação da presente metodologia e do cálculo da composição de três instrumentos: hospitalização, consulta médica e visita domiciliária da enfermeira (*quadro 12.3*).

No caso do exemplo da difteria, se for possível saber-se o número de vacinações feitas, ou seja, de tarefas realizadas, o número de instrumentos empregados para realizar essas tarefas, a composição dos instrumentos em termos de recursos e de preço pago por unidade de recurso, poder-se-á determinar quanto custou a vacinação contra a difteria.

Por outro lado, se se determinar o número de doentes saídos do hospital, o número de dias de internamento, a composição do instrumento cama hospitalar e o preço unitário dos respectivos recursos componentes, poder-se-á determinar o custo anual com a hospitalização de doentes devido à difteria.

Por um procedimento análogo pode determinar-se o custo da investigação epidemiológica e da consulta médica, chegando-se, assim, ao custo total do combate a esta doença durante um ano.

Estes cálculos repetem-se doença por doença até incluir todas aquelas doenças consideradas como prioritárias.

O cálculo dos custos doença por doença apresenta alguns problemas. Um dos mais importantes é o de como dividir o custo de um recurso ou de um instrumento por diversas doenças no caso em que sirvam para combater simultaneamente mais do que uma. Outro problema deriva de como dividir anualmente o custo de um recurso que dura mais de um ano.

Os sistemas de registo estatístico são ainda uma outra dificuldade. Há, assim, que recorrer a hipóteses simplificadoras, como, por exemplo, no caso de uma investigação sobre consultas médicas, realizar uma amostra de registos clínicos ou ainda fazer a divisão entre as inspecções sanitárias e as visitas à enfermaria de acordo com a frequência relativa das doenças que se pretende controlar com as respectivas tarefas.

Como consequência da análise do custo por unidade de recurso e por instrumentos, obter-se-á a informação relativa não só ao custo total para cada doença, mas também sobre como se distribui esse custo entre hospitalização, vacinação, consultas, etc.

No *quadro 12.4* apresenta-se um exemplo de cálculo do custo da política de saúde por doença e por actividade.

6.2. Programação no IV Plano de Fomento

Introduziu-se pela primeira vez nos trabalhos preparatórios do IV Plano de Fomento a noção de programa agregado, derivada do conceito de programa finalizado, utilizado no planeamento de saúde em França, no início da década de 70, com o conhecido programa de perinatalidade.

Considerou-se como *programa agregado* o conjunto homogéneo de programas e de medidas de política ao serviço de um ou vários objectivos em princípio quantificáveis através de indicadores de resultado ou de impacte.

De entre os diversos programas agregados incluídos nos trabalhos preparatórios do IV Plano de Fomento seleccionou-se o programa da protecção materno-infantil, cuja justificação e composição a seguir se transcreve.

Desse programa agregado escolheram-se dois programas que servem de exemplo do tipo de programação então elaborada, na impossibilidade de transcrever na íntegra o plano agregado.

São esse programas:

- Prestação de assistência à mulher grávida e puérpera;
- Formação em especialização obstétrica de pessoal de enfermagem.

6. Exemplos

Apresentam-se seguidamente quatro exemplos, com diferentes níveis de elaboração: um exemplo clássico retirado da metodologia CENDES/OPS (1965); um exemplo retirado dos trabalhos preparatórios do IV Plano de Fomento, que data de 1973 e que corresponde ao início de uma programação de saúde mais elaborada em Portugal; um exemplo de um tipo de programação de saúde mais sofisticada com a utilização de modelos matemáticos e que consistiu na elaboração de um modelo de programação linear aplicado aos serviços de saúde previstos para 1980; finalmente, um exemplo de programação no domínio da saúde retirado do já citado Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança.

6.1. Programação na metodologia CENDES/OPS

Nesta metodologia, desenvolvida pelo Centro de Estudios del Desarrollo da Universidad Central de Venezuela e pela Organización Panamericana de la Salud, entende-se por *instrumento* um conjunto de recursos homogêneos que devem combinar-se para realizar uma acção específica de saúde em proporções determinadas por factores técnicos e económicos.

Designa-se por *tarefa ou actividade* toda a acção ou conjunto de acções que se realizam em sucessão cronológica para alcançar um objectivo de saúde bem definido e mensurável. Assim, por exemplo, a hospitalização é uma tarefa que tem por objectivo reparar a saúde do doente e cujos resultados se podem medir através do número de doentes saídos do hospital. Como cada tarefa é realizada por um instrumento, neste exemplo o instrumento é a cama do hospital.

Dado que tanto o instrumento como a tarefa são quantificáveis, é possível determinar o número de tarefas (doentes saídos do hospital, por exemplo) que um instrumento (cama de hospital) realiza num determinado período de tempo, normalmente um ano, e assim se pode medir o respectivo custo.

No entanto, para atacar uma doença não são apenas necessárias tarefas de um único tipo; por exemplo, na difteria têm de existir tarefas de vacinação, hospitalização, consultas e investigação epidemiológica.

A combinação das tarefas realizadas para o ataque a uma doença denomina-se *técnica*.

O custo de uma técnica determina-se através do custo dos instrumentos com que se realizam as tarefas que compõem a técnica.

No quadro 12.2 resumem-se os conceitos anteriores para o caso da difteria.

Quadro 12.2

Conceitos de técnica, tarefa e instrumento aplicados à difteria

Doenças	Técnica	Tarefa	Instrumento	Recursos
Expressas em mortalidade e morbilidade	Conjunto de tarefas utilizadas para atacar a doença	Acção destinada a eliminar ou modificar os factores que condicionam a doença	Conjunto de recursos vinculados segundo um critério de funcionalidade necessários para efectuar tarefas	Capital e mão-de-obra destinados à saúde
Difteria	Preventiva	Vacinação (doses)	Hora/vacinador	Técnico que vacina, equipamento, material, etc.
		Investigação epidemiológica (investigação realizada)	Hora/médico epidemiologista	Epidemiologista, auxiliar de laboratório, edifício, equipamento, etc.
	Curativa	Hospitalização (doentes tratados)	Cama hospitalar	Médicos, enfermeiros, laboratório, edifício, camas, etc.
		Consulta (doentes tratados)	Hora/médico	Idem, hospitalização, excepto camas

Fonte: CENDES/OPS.

5. Análise dos obstáculos à realização de programas e projectos

A elaboração de programas e projectos não fica completa sem que se proceda a uma análise dos obstáculos prováveis à respectiva execução.

Estes obstáculos podem ser de vária ordem e variam, como é evidente, de país para país e, dentro do mesmo país, de região para região.

Sem se pretender ser exaustivo, podem indicar-se vários tipos principais de obstáculos.

Os *obstáculos relativos a recursos (em pessoal, equipamento, etc.) de ordem quantitativa*. Quando se realizou o estudo dos recursos, aquando da elaboração do programa, estes obstáculos deverão ter sido enumerados; deve-se agora tê-los presentes de forma sistemática para tentar ultrapassá-los.

Os *obstáculos qualitativos dos recursos* existentes deverão também ser tomados em conta. Dizem essencialmente respeito a atitudes dos profissionais de saúde relativamente a determinados serviços de saúde ou à alteração da respectiva intervenção nesses serviços. Trata-se ainda, por vezes, de equipamento inadequado para a execução dos programas.

Podem ainda distinguir-se *obstáculos relativos ao meio-ambiente*, como, por exemplo, os resultantes de situações de insularidade no que respeita ao transporte de doentes ou à prestação de determinados tipos de serviços.

Como *obstáculos administrativos* podem referir-se, por exemplo, os decorrentes das formalidades burocráticas alfandegárias e dos atrasos consequentes na execução dos programas, que constituem um entrave extremamente importante em países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Verificam-se, por vezes, ainda *obstáculos de ordem legal*, como os que resultam da inexistência de uma legislação adequada para a execução de um programa. Pode referir-se a este respeito, a título exemplificativo, a legislação relativa ao número de meses de férias por parto, que constitui um instrumento importante da prevenção da saúde da mãe e da criança.

Podem ainda citar-se *obstáculos financeiros* e que deverão ter sido referidos aquando do estudo da capacidade de execução financeira dos programas e projectos. O retomá-lo aqui como obstáculo poderá fazer com que a luta por novas fontes de financiamento conduza a uma reformulação do plano aquando da respectiva revisão.

Para além destes obstáculos mais específicos, há ainda que assinalar obstáculos de carácter geral.

É o caso, por exemplo, dos obstáculos resultantes da própria *equipa de planeamento* e das substituições entretanto operadas, o que torna todo o processo mais lento, quebrando-lhe a continuidade.

Podem considerar-se ainda como extremamente importantes os obstáculos relativos aos próprios *administradores de saúde*, na medida em que o trabalho de implementação é usualmente apenas uma parte do respectivo trabalho, podendo cair na rotina da administração.

Outro tipo de obstáculos deriva de as actividades de implementação requererem um esforço multidisciplinar e envolvendo vários organismos, podendo revestir uma importância variável para os diferentes intervenientes, de tal maneira que estes se possam sentir diferentemente implicados no programa ou projecto, com os consequentes resultados na sua execução.

Finalmente, referem-se os obstáculos relativos à *atitude da população* face aos programas e projectos a executar. O respectivo êxito pode ser completamente posto em causa por não se terem começado suficientemente cedo os esforços para conseguir a aceitação da população e o respectivo envolvimento nos novos serviços ou actividades a criar.

Em relação a todos estes obstáculos haverá que fazer uma análise da respectiva frequência de ocorrência. Para os obstáculos mais frequentemente citados e que condicionam a execução de diversos programas haverá que propor medidas muito concretas para contornar ou eliminar os obstáculos. Essas mesmas medidas deverão constituir parte do plano, para que este não se transforme num mero enunciado de intenções, mas, pelo contrário, tenha possibilidade de vir a ser executado.

Algumas das suas variantes são o método «taxas de utilização constante com população variável» e o método «população e rendimento *per capita*».

Entre as suas desvantagens conta-se o não considerar a adequação nem a qualidade das prestações e o ser possível que perpetue desigualdades no acesso.

É especialmente aplicável onde o sector privado é predominante e onde existem desequilíbrios relativamente pequenos na prestação de cuidados.

4.4. Método dos *ratios* pessoal/população

Este método tem sido muito utilizado pela sua simplicidade de aplicação.

O seu principal problema radica em que o tipo de sistema de saúde influencia grandemente a relação desejável entre o número de pessoal e o de habitantes.

A densidade de população é também um elemento que dificulta a aplicação do método.

Tem a vantagem de necessitar de poucos elementos estatísticos, pouco tempo e pouca experiência, sendo útil sobretudo no cálculo de pessoal a curto prazo.

Teoricamente, é o procedimento menos desejável, porque não considera as mudanças tecnológicas nem sócio-económicas, nem a procura e os factores que a determinam, nem a distribuição da população.

Este método foi utilizado em Portugal na implementação da carreira de clínica geral, calculando um médico de clínica geral para cada 1500 utentes inscritos.

No *quadro 12.1* sintetizam-se os vários métodos, suas vantagens, desvantagens e indicações.

Quadro 12.1

Vantagens, desvantagens e indicações de quatro métodos para calcular o pessoal necessário

	Vantagens	Desvantagens	Indicações
Necessidades de saúde	Segue a lógica do planeamento. Estimula a avaliação. Promove a atribuição de recursos onde são mais eficazes.	Complicado e caro. Necessita de informação estatística pormenorizada.	Países com bom sistema de informação. Política governamental activa. Sector público predominante. Programas de prevenção ou específicos para determinadas doenças.
Metas dos serviços	Facilita a discriminação de elementos da procura. Favorece estudos de produtividade. Permite a utilização simultânea com outros métodos.	Tendência para estabelecer normas teóricas. Planeamento excessivamente detalhado de elementos da procura não controláveis.	Sector público predominante. Política governamental activa.
Procura de serviços	Facilita a compreensão dos factores que determinam a procura. Permite projecções ajustadas à realidade. Relativamente simples.	Pode perpetuar desigualdades no acesso. Pode não considerar os meios para melhorar a produtividade.	Sector privado predominante. Desequilíbrios relativamente pequenos na prestação de cuidados.
<i>Ratios</i> pessoal/população	Aplicação fácil. Útil na programação a curto prazo.	<i>Ratios</i> afastados da realidade. Não considera os sectores que determinam a procura.	Recursos escassos em planeamento. Existência de modelos de sistemas de saúde comparáveis.

HALL e MEJIA (1979) descrevem quatro métodos para determinação dos recursos humanos, cada um baseado em:

- Necessidades de saúde;
- Metas dos serviços;
- Utilização dos serviços;
- *Ratios* recursos/população.

A escolha de um ou de outro método varia em cada situação específica, dependendo do sistema de saúde, informação existente, tempo disponível, custos e pessoal. A determinação do pessoal por vários métodos (como sucede na determinação de prioridades) que indicam valores semelhantes aumenta a segurança do cálculo.

4.1. Método das necessidades de saúde

Aparentemente o mais lógico, este método baseia-se em que a prestação de cuidados tem uma base científica e em que as prestações devem estar de acordo com as necessidades. Para aplicar o método descrevem-se cinco etapas:

- a) Determinar as taxas de morbi-mortalidade da região ou país;
- b) Estabelecer normas relativas ao número, tipo, frequência e qualidade das prestações desejáveis para cada categoria de utentes;
- c) Preparar normas de dotação de pessoal, calculando o tempo requerido pelas diversas categorias de pessoal para cada prestação;
- d) Calcular o total de horas de pessoal necessário durante um ano para atingir a meta de serviços na população (calculada para esse ano) a partir de taxas de morbilidade específica por doenças, serviços necessários por doente e tempo dedicado pelo pessoal a cada actividade;
- e) Dividir o número total de horas necessárias pelo número médio de horas de trabalho anual por pessoa para determinar a oferta de pessoal necessário.

O método levanta problemas de aplicação quando existem insuficiências de informação sobre morbilidade e de normas para diagnóstico e terapêutica em todas as patologias. Trata-se de um método complexo e custoso, especialmente aplicável onde existam bons sistemas de informação, conhecimentos especializados em planeamento, política governamental activa relativamente à prestação de cuidados e sector público predominante no sector da saúde.

4.2. Método das metas dos serviços

Como o seu nome o indica (*service target method*), este método requer primeiro fixar as metas dos serviços, sobretudo na área da prestação de cuidados, sendo a partir destas que se calcula o pessoal necessário (mediante normas de dotação de pessoal e de produtividade). O método considera por separado cada actividade do sector, em vez de todas integradas, como em outros métodos.

Entre as suas principais vantagens está a relativa simplicidade dos cálculos e a importância atribuída à produtividade e ao seu melhoramento.

O método tem limitado valor quando o governo não controla o sistema de prestação de cuidados e pode levar a um planeamento excessivamente pormenorizado, embora existam elementos da procura não facilmente controláveis.

4.3. Método da utilização dos serviços

Este método baseia-se na procura actual e na sua evolução, tendo por isso, como diferença para os dois anteriores, uma base essencialmente empírica, e utiliza mais a predição do que o estabelecimento de normas.

O seu principal valor está em considerar os factores que promovem ou não a utilização dos serviços, como a influência entre oferta e procura e as assimetrias de consumo das prestações por determinados grupos populacionais.

Analísaram-se as principais componentes de um programa, designadamente a identificação do programa, os objectivos operacionais ou metas, a tecnologia e recursos do programa, o custo do programa e o seu financiamento. De uma forma geral, estas mesmas componentes integram o projecto. Poder-se-á acrescentar ainda, no caso do projecto, um outro aspecto relativo à programação da execução, já que, como atrás se assinalou, um projecto decorre num período de tempo bem delimitado. É, assim, usual incluir um calendário de execução de que constem as várias actividades a desenvolver e as respectivas datas de início e conclusão.

4. Cálculo de recursos humanos

Embora já tenha sido considerado em «componentes de um programa», o cálculo dos recursos humanos merece algumas considerações adicionais. No sector da saúde, na maior parte dos programas, é o pessoal quem determina uma das principais parcelas dos custos. O cálculo dos recursos humanos não tratará unicamente de determinar o número de unidades de pessoal, mas também o tipo de cada uma delas. Por isso, segundo PINEAULT e DAVELUVY (1986), é necessário perguntar-se em que medida:

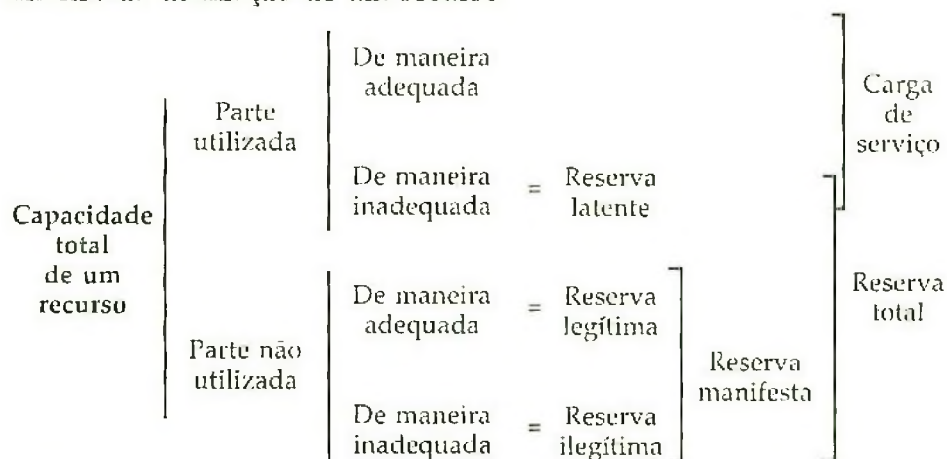
- Uma nova actividade afecta o número de recursos?
- É possível substituir algumas tarefas do pessoal por uma maior produtividade?
- Como manter a qualidade dos cuidados e dos serviços unicamente com os recursos existentes na instituição ou no mercado de trabalho?
- Como é possível com os recursos actuais produzir os serviços necessários e satisfazer as necessidades de saúde?

Na análise dos recursos humanos existentes deverão considerar-se os factores que intervêm na sua disponibilidade e na produção de cuidados tais como:

- A produtividade (*productivity*), relação entre *output* e *input*;
- A eficácia potencial (*potency*);
- A adequação da utilização (*appropriateness*);
- A acessibilidade (*accessibility*), incluindo a geográfica, económica, comodidade, disponibilidade e aceitabilidade.

Na análise deverá observar-se ainda em que medida a capacidade total do recurso está esgotada, determinando, dentro da sua parte utilizada, a proporção em que o está a ser inadequadamente (reserva latente), bem como, na sua parte não utilizada (reserva manifesta), aqueles não utilizados de maneira adequada (reserva legítima) e de maneira inadequada (reserva ilegítima). Reserva latente mais reserva manifesta constituem a reserva total (DONABEDIAN, 1973) (*figura 12.4*).

Figura 12.4
Análise da utilização de um recurso



redistribuição mais adequada dos recursos humanos e materiais entre os programas e as áreas geográficas em que se aplicam. No caso de os recursos serem quantitativamente insuficientes, haverá que estimar os recursos em falta a fim de alcançar os objectivos operacionais fixados para o programa. Isto implicará a elaboração de um novo calendário, tendo em vista a obtenção dos recursos e uma revisão dos objectivos operacionais. A produção ou formação de novos recursos dará origem a um projecto de investimento, que contribuirá para a execução deste programa.

A determinação do *custo do programa* é outra componente fundamental do programa. A avaliação do custo do programa resulta directamente da etapa anterior, em que se analisaram os recursos necessários à respectiva execução.

É importante que fique bem claro que existe um conjunto de actividades já em curso e em que os respectivos recursos já têm um financiamento garantido. Em contrapartida, existem actividades novas que requerem novos recursos e que implicam um acréscimo da verba orçamentada. Pode, assim, dizer-se que o *custo do programa* é o conjunto das despesas em pessoal, material, equipamento, instalações e encargos gerais necessários à realização desse programa.

A *despesa adicional com o programa* é a despesa nova, a realizar no futuro, não coberta ainda por qualquer financiamento, e que constitui uma das parcelas do custo do programa. A informação sobre a despesa adicional com o programa é essencial para a tomada de decisões sobre a factibilidade financeira dos programas, ou seja, para a componente seguinte de um programa: o estudo das respectivas fontes de financiamento.

No caso de se possuir a indicação de um *plafond* financeiro para o plano, haverá que compará-lo com o somatório das despesas adicionais com os programas ano a ano, fazendo a distinção entre despesas correntes e despesas de capital.

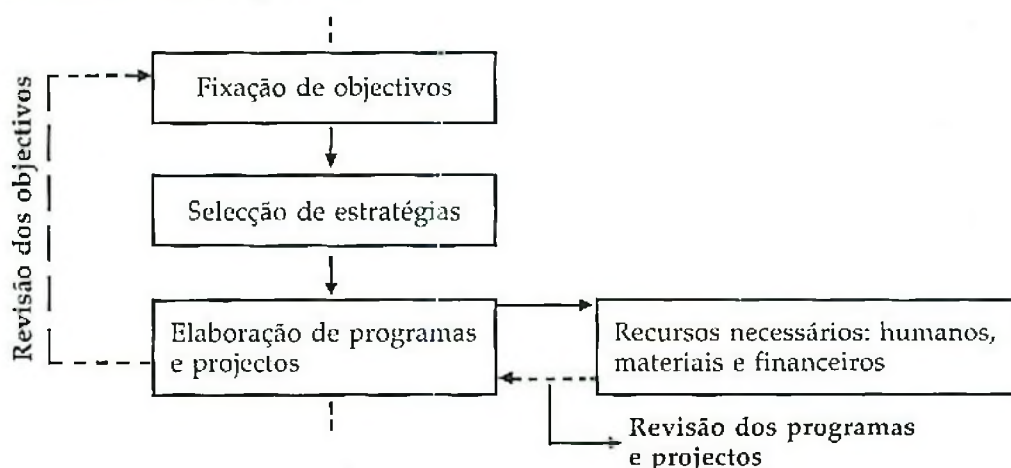
Entende-se por *despesas de capital* as despesas relativas à aquisição de bens de longa duração, como, por exemplo, edifícios, máquinas, equipamento, veículos automóveis. Em caso de dúvida, sempre que um bem dure mais do que um ano, pode ser considerado como despesa de capital.

Consideram-se como *despesas correntes* as despesas relativas ao pagamento de pessoal, à aquisição de bens de curta duração (papel, algodão, canetas, etc.) e ao pagamento de encargos gerais (renda de casa, electricidade, telefone, água, etc.).

Caso não se possua a indicação de um *plafond* financeiro, haverá que apresentar para decisão superior hipóteses de despesa máxima, intermédia e mínima baseadas no financiamento obtido em anos anteriores.

Estas alternativas de despesa deverão ser acompanhadas de um estudo das respectivas fontes de financiamento prováveis. As decisões tomadas nesta fase do processo de planeamento em virtude da análise da factibilidade dos programas poderá vir a exigir modificações importantes nos objectivos operacionais dos programas e consequentemente nos objectivos fixados para o plano, conforme indicado no esquema da *figura 12.3*.

Figura 12.3
Revisão dos programas e projectos e sua repercussão na revisão dos objectivos



3. Componentes de um programa

A elaboração de um programa exige que se tenham em consideração as suas principais componentes, designadamente a identificação do programa, os objectivos operacionais ou metas, a tecnologia e recursos do programa, o custo do programa e o seu financiamento. Outros aspectos, como, por exemplo, as medidas de política necessárias à execução do programa, podem ser incluídos na própria formulação do programa. Da identificação do programa deve constar a designação do programa, a respectiva entidade proponente e a entidade responsável pela execução. Estas duas entidades podem ser um mesmo organismo ou organismos diferentes; este último é o caso, por exemplo, do programa acima referido de vacinação BCG dos recém-nascidos nas maternidades, que é proposto pelos serviços de luta antituberculosa e é executado pelas maternidades. Esta classificação dos responsáveis pela proposta e pela execução do programa é um dos aspectos fundamentais na elaboração de um programa.

Os *objectivos operacionais ou metas* foram definidos anteriormente, no capítulo dos objectivos, como a quantificação do objectivo específico de um programa num determinado período de tempo. Enquanto os objectivos são fixados a médio prazo, na medida em que não é significativo fazer uma avaliação dos respectivos indicadores a curto prazo, as metas são fixadas anualmente, devendo, no entanto, cobrir todo o período do plano. Assim, no caso do exemplo anterior, de redução da morbilidade por tuberculose para x por 100 000 habitantes em 1988, haveria que fixar, ano a ano, o número de crianças a vacinar com a BCG no período de seis anos.

Esta fixação de metas é necessariamente aleatória, pelo que, para que possa ser feita com a máxima precisão possível, deverá requerer uma ampla participação dos profissionais e dos técnicos especialistas mais relacionados com o programa em causa, assim como uma tão vasta participação quanto possível da população a que o programa se dirige. A fixação de metas pela equipa de planeamento mediante um mero enunciado de um número sem qualquer fundamento deve ser evitado a todo o custo, pois é muitas vezes o suficiente para que tanto os profissionais de saúde como a própria população percam toda a confiança no processo de planeamento. Além disso, a fixação de metas condiciona todas as fases seguintes de elaboração do programa, quer no que respeita à avaliação dos recursos do programa, quer à estimativa do seu custo e ao seu financiamento, pelo que deve ser feita de forma extremamente cuidadosa.

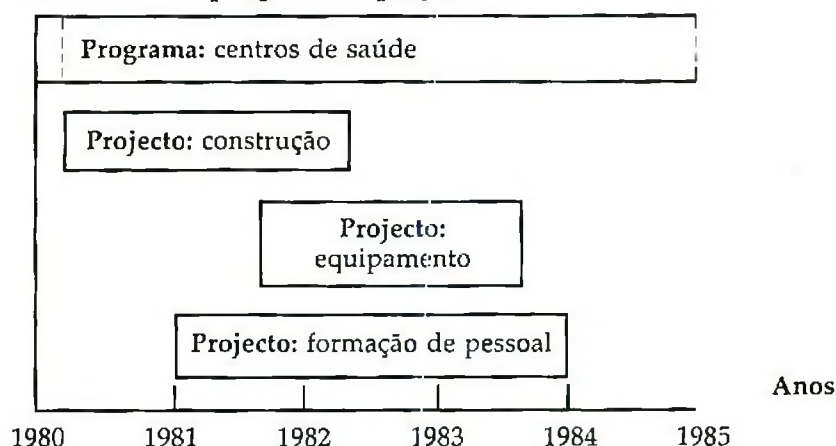
Logo que se tenham definido os objectivos operacionais de um programa, haverá que calcular os recursos necessários ao programa para uma determinada tecnologia.

Pode entender-se por *tecnologia de um programa* o conjunto de normas, procedimentos e requisitos que deve cumprir uma actividade para se obter um resultado eficaz. Assim, por exemplo, uma tecnologia de imunização é constituída por um conjunto de condições relativas à qualidade da vacina, à sua conservação, à técnica de aplicação e aos prazos de revacinação. O cálculo dos recursos dependerá, assim, da tecnologia de cada actividade. Assim, por exemplo, admitindo que para uma consulta médica num centro de saúde são necessários os seguintes recursos: 15 minutos de médico, seguidos de 15 minutos de enfermeira para explicação da medicação e para aproveitar a presença do utente para uma sessão de educação para a saúde, esta norma leva-nos a estimar o tempo/hora/médico e o tempo/hora/enfermeira necessários para atingir as metas fixadas. O mesmo se poderia fazer para os recursos materiais de apoio à consulta.

Podem designar-se estas normas, traduzidas em hora/médico, hora/enfermeira, como *coeficiente de input/output* para a produção de uma unidade de serviço x , neste caso uma consulta médica.

O cálculo dos recursos humanos e materiais necessários para atingir as metas fixadas partirá do conhecimento dos recursos actualmente existentes. A comparação dos recursos necessários com os recursos existentes pode conduzir à conclusão que os recursos são insuficientes, quer do ponto de vista qualitativo ou quantitativo. No caso de os recursos não estarem a ser bem utilizados, terá de se proceder a uma descrição das funções a desempenhar pelos serviços, indicar a composição dos recursos mais adequada para cumprir a tecnologia adoptada e descrever as tarefas que deverá cumprir cada funcionário. No caso de os recursos estarem mal distribuídos, haverá que recomendar a

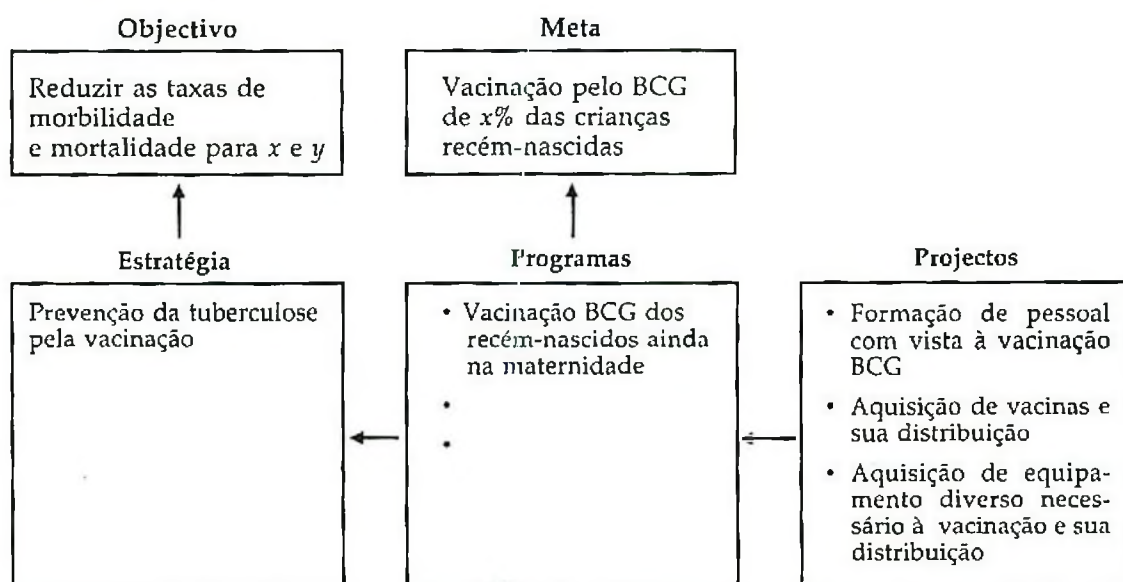
Figura 12.1
Conceitos de programa e projecto



Embora, por definição, um programa se desenvolva ao longo do tempo, pode acontecer, no entanto, que termine em dada altura, por o problema que pretendia atacar ter deixado de existir. É o caso, por exemplo, de um programa de vacinação contra a varíola que deixou há alguns anos de existir por a Organização Mundial de Saúde ter considerado a varíola como erradicada.

Introduzidas as noções de programa e projecto, pode agora voltar-se um pouco atrás e, através de um exemplo, apresentado no esquema junto, precisar a distinção existente entre estas noções e a de estratégia e ainda entre objectivo e objectivo operacional ou meta. Por este esquema se vê que para a estratégia de «prevenção da tuberculose pela vacinação» concorrem vários programas, um dos quais será o da «vacinação BCG dos recém-nascidos». Este programa será da responsabilidade e será gerido pelos serviços de luta antituberculosa, embora seja executado nas maternidades em que for possível criar adesão para o pôr em prática. Por isso, será necessário executar vários projectos, entre os quais: formação de pessoal de enfermagem com vista à vacinação BCG; a aquisição de vacinas e sua distribuição; a aquisição de equipamento diverso necessário à vacinação e sua distribuição pelos locais de vacinação. A percentagem de crianças a vacinar, objectivo operacional ou meta do programa, é aquilo que permitirá avaliar até que ponto o programa foi executado. A redução das taxas de morbilidade e de mortalidade por tuberculose são os objectivos a atingir em relação ao programa da tuberculose, para os quais a estratégia em causa contribui (figura 12.2).

Figura 12.2
Objectivos, metas, estratégias, programas e projectos definidos para um problema de tuberculose



PARTE VI — ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS

Capítulo 12 — Elaboração de programas e projectos

1. Situação no processo de planeamento

Na fase anterior de selecção de estratégias definiram-se as grandes linhas de intervenção tanto para o sector da saúde como para os restantes sectores económicos e sociais, tendo em vista resolver os problemas de saúde e atingir os objectivos fixados. Formularam-se e avaliaram-se as estratégias alternativas para os vários problemas de saúde e apresentaram-se essas estratégias para uma decisão superior. Este *feedback* entre a equipa de planeamento e os responsáveis pela decisão torna-se importante nesta fase com vista a assegurar um compromisso político na elaboração do plano e para que este não apareça desinserido da política definida pela Secretaria de Estado da Saúde ou pelas autoridades distritais de saúde.

Após uma tomada de decisão sobre quais as estratégias mais adequadas do ponto de vista político, técnico e de aceitação pela população, haverá que passar então à presente fase do processo de planeamento: a formulação de programas e projectos.

2. Conceitos de programa e projecto

Pode definir-se um *programa* como o conjunto de actividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo. A existência de uma organização administrativa suficientemente clara para que se possa definir quem será o responsável pela administração e execução de cada programa é fundamental. Sem isso poderíamos estar a formular programas muito bem elaborados sem que pudessem vir a ser executados.

Os programas podem ser formulados segundo diversos critérios e a vários níveis. Podem estruturar-se em torno de um ou mais problemas de saúde. Assim, por exemplo, o programa da tuberculose, o programa das doenças transmissíveis, o programa dos acidentes cardíaco-vasculares. Podem abranger serviços: assim, por exemplo, o programa de centros de saúde, o programa de serviços materno-infantis, o programa de hospitais distritais. Podem dizer respeito a um conjunto de actividades. Assim, por exemplo, um programa de vacinação BCG ou um programa de formação de enfermeiras de saúde pública.

Interessa introduzir aqui a noção de projecto.

Projecto é uma actividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa.

A característica fundamental que distingue um programa de um projecto é que, enquanto o programa se desenvolve de forma contínua ao longo do tempo, o projecto decorre num período de tempo bem delimitado. Assim, por exemplo, um programa de centros de saúde existirá ao longo dos anos, enquanto um projecto de construção de centros de saúde, ou do seu equipamento, ou ainda de formação de pessoal para esses centros, terá uma duração limitada no tempo. Graficamente, pode representar-se a diferença entre os conceitos de programa e projecto da forma apresentada na *figura 12.1*.

- LUDBROOK, A. — *Regional Equity — Where Next? A critical appraisal of RAWP*, University of Aberdeen, HERU, 1985, mimeog.
- MAYNARD, A. — *Financing the U. K. National Health Service*, s. l., s. e., 1986, mimeog.
- MAYNARD, A. — «The inefficiency and inequalities of the health care system of Western Europe», in *Social Policy and Administration*, 15 (2), 1981, pp. 145-163.
- MAYNARD, A., e LUDBROOK, A. — «The allocation of health care resources in the United Kingdom», in *Health and Welfare States of Britain*, s. l., s. e., 1983.
- MAYNARD, A., e LUDBROOK, A. — *Budget Allocation in the National Health Service*, s. l., s. e., 1983, mimeog.
- MOONEY, G. H. — «Equity in health care: confronting the confusion», in *Effective Health Care*, 1 (4), 1983, pp. 179-184.
- PATRÃO, L. — «A procura/utilização de cuidados de saúde. Aspectos da evolução recente», in *Jornadas de Saúde. de Aveiro, 24 a 26 de Outubro de 1984. Cuidados de Saúde, Centros de Saúde, Aveiro*, ARS, 1985, pp. 621-646.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, DGF — *Orçamento e Contas de 1983, Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa, DGFSS, 1984.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, DGF — *Orçamento e Contas de 1984, Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa, DGFSS, 1985.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, DGCSP — *Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil*, Lisboa, 1984.
- WILES, R. — *A Critical Guide to Health Service Resource Allocation in London*, Londres, The Greater London Council, 1984.

Quadro 12.3
Recursos disponíveis por tipo de actividade ou tarefa.
Área programática de San Antónío, Chile, 1961 (continuação)

Lista de recursos disponíveis	Tarefa: consulta médica				Tarefa: visita domiciliária da enfermeira			
	Unidade: 1 hora médico				Unidade: 1 hora enfermeira visitadora			
	Quantidade anual		Composição unitária		Quantidade anual		Composição unitária	
	Em unidades reais (horas)	Em unidades monetárias (escudos)	Em unidades reais (horas)	Em unidades monetárias (escudos)	Em unidades reais (horas)	Em unidades monetárias (escudos)	Em unidades reais (horas)	Em unidades monetárias (escudos)
(1)	(5)	(6)	(7)	(8)	(5)	(6)	(7)	(8)
Médico-director	240	1 123	0,03	0,12	45	211	0,03	0,14
Médicos	9 476	20 563	1	2,17	—	—	—	—
Odontologistas	4 750	30 270	0,50	3,19	—	—	—	—
Enfermeiras	1 960	2 920	0,21	0,31	1 470	2 190	1	1,49
Parteiras	3 400	4 284	0,36	0,45	—	—	—	—
Farmacêuticos	1 500	3 129	0,16	0,33	—	—	—	—
Assistentes sociais	2 100	2 961	0,22	0,31	—	—	—	—
Inspector de saneamento	—	—	—	—	—	—	—	—
Pessoal de estatística	5 145	2 778	0,54	0,29	787	425	0,54	0,29
Pessoal de administração	2 520	2 369	0,26	0,25	540	508	0,37	0,35
Motoristas	640	499	0,07	0,05	1 200	936	0,82	0,64
Empregadas de limpeza	16 000	8 640	1,69	0,91	1 600	864	1,09	0,58
Pessoal de cozinha	1 280	627	0,13	0,07	—	—	—	—
Pessoal de lavandaria	760	289	0,08	0,03	100	38	0,07	0,03
Outro pessoal	21 600	3 456	2,28	0,36	2 160	346	1,47	0,24
Auxiliar de enfermaria	22 260	12 020	2,35	1,27	—	—	—	—
Alimentação	—	—	—	—	—	—	—	—
Lavagem de roupa	—	72	—	0,0	—	18	—	0,01
Transportes	—	2 658	—	0,28	—	1 551	—	1,05
Medicamentos	—	14 703	—	1,55	—	—	—	—
Aquisição de roupa	—	346	—	0,04	—	138	—	0,09
Manutenção, construção	—	15 387	—	1,62	—	2 849	—	1,94
Subsídios	—	—	—	—	—	—	—	—
Leites e alimentação infantil	—	43 683	—	4,61	—	—	—	—
Outras despesas	—	4 981	—	0,53	—	1 660	—	1,13
Número de instrumentos	9 476 horas médicas de consulta				1470 horas/enfermeira visitadora			
Custo total das tarefas específicas	Escudos: 177 758				Escudos: 11 734			
Número de tarefas	35 063 consultas				580 visitas			
Custo unitário do instrumento	Escudos: 18,74				Escudos: 7,98			
Grau de utilização do instrumento	—				—			
Rendimento da unidade instrumental	3,7 consultas/hora/médico				0,4 visitas/hora/enfermeira visitadora			
Custo unitário médio da tarefa	Escudos: 5,07 por consulta				Escudos: 20,23 por visita			

Fonte: CENDES/OPS.

Quadro 12.3

Recursos disponíveis por tipo de actividade ou tarefa.

Área programática de San Antonio, Chile, 1961

Lista de recursos disponíveis	Todas as tarefas			Tarefa: hospitalização			
	Quantidade anual			Unidade: uma cama/ano			
	Em unidades reais (horas)	Em unidades monetárias (escudos)	Custo unitário por unidade real (escudos/hora)	Quantidade anual		Composição unitária	
				Em unidades reais (horas)	Em unidades monetárias (escudos)	Em unidades reais (horas)	Em unidades monetárias (escudos)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Médico-director	1 500	7 023	4,68	960	4 493	7	31
Médicos	33 250	72 298	2,17	22 111	47 981	154	333
Odontologistas	4 750	30 269	6,37	—	—	—	—
Enfermeiras	7 000	10 485	1,49	29	4 380	0,2	30
Parteiras	8 500	10 705	1,26	5 100	6 426	35	45
Farmacêuticos	3 000	6 258	2,09	1 500	3 129	10	22
Assistentes sociais	3 500	4 941	1,41	1 050	1 480	7	10
Inspector de saneamento	5 250	3 427	0,65	—	—	—	—
Pessoal de estatística	10 500	5 711	0,54	2 205	1 191	15	8
Pessoal de administração	13 000	17 013	0,94	10 080	9 475	70	66
Motoristas	8 000	6 248	0,78	2 560	1 997	18	14
Empregadas de limpeza	40 000	21 670	0,54	1 600	8 640	11	60
Pessoal de cozinha	16 000	7 857	0,49	14 720	7 213	102	50
Pessoal de lavanderia	4 000	1 512	0,38	3 040	1 155	21	8
Outro pessoal	54 000	8 603	0,16	21 600	3 456	150	24
Auxiliar de enfermaria	92 750	50 232	0,54	33 390	18 031	232	125
Alimentação	—	22 533	—	—	22 534	—	156
Lavagem de roupa	—	903	—	—	795	—	6
Transportes	—	11 076	—	—	4 431	—	31
Medicamentos	—	32 673	—	—	16 664	—	116
Aquisição de roupa	—	3 455	—	—	2 799	—	19
Manutenção, construção	—	55 988	—	—	30 774	—	214
Subsídios	—	68 676	—	—	—	—	—
Leites e alimentação infantil	—	43 682	—	—	—	—	—
Outras despesas	—	20 755	—	—	9 963	—	69
Número de instrumentos	—	—	—	114 camas	—	—	—
Custo total das tarefas específicas	—	—	—	Escudos: 207 007	—	—	—
Número de tarefas	—	—	—	6 685 saídas de doentes	—	—	—
Custo unitário do instrumento	—	—	—	Escudos: 1 437	—	—	—
Grav de utilização do instrumento	—	—	—	72,57%	—	—	—
Rendimento da unidade instrumental	—	—	—	46,4 doentes tratados/cama/ano	—	—	—
Custo unitário médio da tarefa	—	—	—	Escudos: 31,00 por doente tratado	—	—	—

Fonte: CENDES/OPS.

Quadro 12.4

Custo da política de saúde por doença e por actividade.

Região de El Salvador, 1962 (unidade monetária: colones) (a) (continuação)

Doenças	Visita			Vacinação			Inspeção		
	Número	Custo unitário	Custo total	Número	Custo unitário	Custo total	Número	Custo unitário	Custo total
Total	30 461		71 206,89	72 270		41 451,29	47 193		23 913,76
1. Senilidade. Causas mal definidas e desconhecidas	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Tuberculose	3 934	2,34	9 196,00	6 024	0,29	1 758,00	—	—	—
3. Sífilis	161	2,34	376,36	—	—	—	—	—	—
4. Febre tifóide e paratifóide	—	—	—	4 422	0,29	1 289,00	923	1,97	1 820,00
5. Tétanos	561	2,34	1 311,25	14 569	0,10	1 408,00	—	—	—
6. Disenterias e gastroenterites	2 843	2,34	6 644,50	—	—	—	35 090	1,97	69,16
7. Difteria	20	2,34	47,48	14 569	0,10	1 408,00	—	—	—
8. Tosse convulsa	881	2,34	2 058,34	14 569	0,10	1 408,00	—	—	—
9. Meningite	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10. Sarampo	1 282	2,34	3 007,00	—	—	—	—	—	—
11. Poliomielite	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12. Paludismo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Outras doenças infecciosas e parasitárias	881	2,34	2 058,34	58 801	0,29	17 128,00	11 180	1,97	22 024,60
14. Tumores	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15. Doenças cardíaco-vasculares	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16. Doenças respiratórias agudas	3 105	2,34	7 257,54	—	—	—	—	—	—
17. Gravidez, parto e puerpério	6 315	2,34	14 759,52	—	—	—	—	—	—
18. Malformações congénitas	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19. Lesões devidas ao parto	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Outras enfermidades da primeira infância	10 478	2,34	24 490,56	—	—	—	—	—	—
21. Acidentes e violências	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Todas as outras causas	—	—	—	—	—	—	—	—	—
23. Raiva	—	—	—	3 562	0,29	1 032,98	—	—	—
24. Varíola	—	—	—	55 239	0,29	16 019,31	—	—	—
25. Pessoas sãs	—	—	—	—	—	—	—	—	—

(a) Primeiro Plano Decenal de Saúde de El Salvador, 1964-1973.

Fonte: CENDES/OPS.

Quadro 12.4

Custo da política de saúde por doença e por actividade.

Região de El Salvador, 1962 (unidade monetária: colones) (a)

Doenças	Número de mortes	Custo total (b)	Hospitalização			Consulta		
			Número	Custo unitário	Custo total	Número	Custo unitário	Custo total
Total	7 507	3 622 042,92	41 665		2 676 668,82	210 505		805 296,40
1. Senilidade. Causas mal definidas e desconhecidas	2 298	236 878,38	3 970	51,96	206 302,38	7 979	3,83	30 576,00
2. Tuberculose	98	163 738,00	1 408	80,08	113 734,00	10 197	3,83	39 050,00
3. Sífilis	41	20 283,44	14	57,96	811,44	4 985	3,83	19 096,00
4. Febre tifóide e paratifóide	12	47 053,58	558	73,52	41 027,08	710	3,83	2 720,00
5. Tétanos	86	3 716,21	44	21,09	927,96	18	3,83	69,00
6. Disenterias e gastroenterites	421	189 857,96	1978	57,16	113 056,46	18 292	3,83	70 087,00
7. Difteria	7	14 005,26	176	57,51	10 123,00	630	3,83	2 417,00
8. Tosse convulsa	100	12 757,68	—	—	—	2 390	3,83	9 158,40
9. Meningite	9	29 118,00	102	285,47	29 118,00	—	—	—
10. Sarampo	161	95 688,58	462	156,53	72 310,58	4 616	3,83	17 681,00
11. Poliomielite	3	953,04	4	119,51	478,04	—	—	—
12. Paludismo	82	23 664,70	330	57,29	18 910,70	1 241	3,83	4 754,00
13. Outras doenças infecciosas e parasitárias	120	405 141,00	4 338	56,41	244 744,00	31 110	3,83	119 186,00
14. Tumores	121	126 439,00	1 256	96,61	121 351,00	1 326	3,83	5 088,00
15. Doenças cardíovasculares	131	102 211,00	1 098	90,70	99 488,00	711	3,83	2 723,00
16. Doenças respiratórias agudas	425	378 245,54	2 362	67,70	159 932,00	55 088	3,83	211 056,00
17. Gravidez, parto e puerpério	41	223 367,52	5 602	22,79	127 692,00	21 122	3,83	80 916,00
18. Malformações congénitas	23	22 397,00	266	84,23	22 397,00	—	—	—
19. Lesões devidas ao parto	338	4 330,48	88	49,21	4 330,48	—	—	—
20. Outras enfermidades da primeira infância	1 087	28 928,04	220	19,68	4 329,60	28	3,83	107,00
21. Acidentes e violências	402	388 057,64	7 574	98,39	345 791,64	11 343	3,83	42 266,00
22. Todas as outras causas	1 501	1 030 044,58	9 815	95,75	939 812,58	23 550	3,83	90 232,00
23. Raiva	—	1 032,98	—	—	—	—	—	—
24. Varíola	—	16 019,31	—	—	—	—	—	—
25. Pessoas sãs	—	58 114,00	—	—	—	15 168	3,83	58 114,00

(a) Primeiro Plano Decenal de Saúde de El Salvador, 1964-1973.

(b) Inclui algumas actividades de menor importância não apresentadas aqui.

Fonte: CENDES/OPS.

Programa agregado: protecção materno-infantil

Justificação do programa

Entre as acções a prosseguir pelo Ministério da Saúde e Assistência a médio prazo consideram-se prioritárias a protecção à grávida e às crianças com idade inferior a 5 anos.

Com efeito, cada vez mais se é levado a aumentar as acções de carácter preventivo pela necessidade de maior rentabilidade na distribuição de verbas, de uma forma geral sempre escassas em todos os países, para dar a melhor satisfação possível aos problemas de saúde. Uma intervenção neste grupo etário poderá impedir muitas das consequências patológicas que mais tarde se vêm a manifestar, quer na mulher, quer na criança, por motivo da deficiente prevenção e assistência durante a gravidez e parto e nos primeiros anos de vida das crianças.

Se atendermos, por outro lado, a que Portugal, em 1970, apresentava uma mortalidade infantil de 50‰, à qual correspondiam os valores da Holanda, Espanha e Grécia de, respectivamente, 13,1‰, 29,8‰ e 31,9‰ em 1969, parece ficar amplamente justificada uma actuação prioritária naquele grupo etário.

São também elevadas, em relação ao resto da Europa, a taxa de mortalidade materna, que, em 1970, era de 0,74‰, comparada com as taxas de 0,21‰ na Holanda (1968), 0,44‰ na Espanha (1967) e 0,49‰ na Grécia (1967), bem como a taxa de mortalidade proporcional de 1-4 anos, que, em 1970, era de 2,5%, em confronto com as taxas de, respectivamente, 0,8 (1968), 0,9 (1967), e 0,9 (1968) nos três países acima indicados.

Composição do programa agregado

Este programa agregado será composto pelos seguintes programas:

— *Valências materno-infantis em centros de saúde:*

- Prestação de assistência às grávidas e puérperas;
- Prestação de assistência às crianças de 0-1 ano;
- Prestação de assistência às crianças de 2-5 anos;
- Educação sanitária de apoio aos programas de protecção materno-infantil;

— *Maternidades e serviços de obstetrícia em hospitais distritais e concelhios;*

— *Serviços de pediatria em hospitais distritais e concelhios;*

— *Maternidades e serviços de obstetrícia em hospitais distritais e concelhios;*

— *Serviços de pediatria em hospitais distritais e concelhios;*

— *Profilaxia mental infantil:*

- Profilaxia mental infantil;
- Medidas eugenéticas;

— *Infantários e jardins-de-infância;*

— *Formação de pessoal:*

- Treino de pessoal para a protecção materno-infantil;
- Formação de pessoal para creches (puericultoras);
- Formação em especialização obstétrica de pessoal de enfermagem;

— *Investigação de apoio à protecção materno-infantil.*

Ligações fundamentais com outros programas

Importa salientar as ligações que este programa apresenta com outros programas, designadamente com os programas de saneamento do ambiente.

Com efeito, grande parte do esforço a realizar será posto em causa se não for acompanhado por uma intervenção deliberada no domínio das infra-estruturas, com vista à melhoria significativa das instalações de água canalizada, da rede de esgotos, tratamento de lixo, etc.

Embora não se possa indicar de uma forma quantificada a influência que uma actuação naquele domínio teria no presente programa agregado, tem-se, no entanto, consciência de que os resultados poderão ser postos grandemente em causa se não se atender simultaneamente àquele aspecto.

Justificação da regionalização

Embora cada um dos programas que constituem o programa agregado possam ter algumas características específicas de regionalização, que serão assinaladas no próprio programa, podem, desde já, indicar-se as grandes linhas que servirão para a definição de prioridades a nível regional.

A tentativa de avaliação das necessidades regionais foi realizada por processo indirecto, através do conhecimento dos indicadores: mortalidade infantil, mortalidade materna, percentagem de partos sem assistência e mortalidade proporcional de 1 a 4 anos.

Procedeu-se, para cada um destes indicadores (com base nos valores médios dos três últimos anos disponíveis), à classificação dos distritos do continente e ilhas em quatro classes: piores posições, média inferior, média superior e melhores posições.

Calculados os coeficientes de correlação ordinal entre os diversos indicadores, verificou-se que:

- A mortalidade infantil e a mortalidade proporcional de 1-4 anos apresentam um coeficiente de correlação de 0,75;
- A mortalidade infantil e a percentagem de partos sem assistência têm uma correlação ordinal de 0,62;
- A mortalidade infantil e a mortalidade materna têm um coeficiente de correlação ordinal de 0,14;
- A mortalidade materna e a percentagem de partos sem assistência apresentam um coeficiente de correlação ordinal de 0,13.

Isto permite-nos admitir que:

- Os factores que influenciam a mortalidade infantil e a mortalidade proporcional de 1-4 anos são distintos daqueles que determinam a mortalidade materna;
- A percentagem de partos sem assistência não parece apresentar uma relação de causa/efeito com a mortalidade materna;
- O número de partos sem assistência parece estar mais relacionado com a mortalidade infantil do que com a mortalidade materna.

Estas conclusões levaram a seleccionar grupos de distritos diferentes para intervenções prioritárias com vista, por um lado, à diminuição das taxas de mortalidade infantil e mortalidade proporcional de 1-4 anos e, por outro, à diminuição da taxa de mortalidade materna.

Um primeiro grupo de distritos foi assim escolhido, por apresentar as piores situações e posições médias inferiores quanto àqueles dois primeiros indicadores: Vila Real, Bragança, Braga, Porto, Funchal, Ponta Delgada, Viseu, Aveiro, Viana do Castelo e Guarda. Incluíram-se em primeira prioridade os quatro primeiros distritos.

Um segundo grupo de distritos, em que se impõe uma acção específica, sobretudo com vista à melhoria da taxa de mortalidade materna, será composto por Évora, Portalegre, Beja e Faro, pelo que foi considerado como prioritário conjuntamente com os distritos acima assinalados.

Programa: prestação de assistência à mulher grávida e puérpera

Designação: assistência à mulher grávida e puérpera nas valências materno-infantis dos centros de saúde.

Entidade promotora: Direcção-Geral de Saúde.

Entidade executora: Direcção-Geral de Saúde, centros de saúde distritais e concelhios.

Relacinação com objectivos específicos sectoriais

Este programa concorre não só para a promoção da saúde da mulher grávida, como também, indirectamente, da criança. Enquadra-se, assim, no objectivo sectorial de controle da morbilidade e da mortalidade.

Utentes do programa

Prevê-se que os utentes do programa sejam, na metrópole, em 1976, cerca de 91 900 mulheres e, em 1979, aproximadamente 131 500 mulheres, de acordo com o nível de satisfação das necessidades visado em cada um daqueles anos.

Em 1976 estima-se que aquelas mulheres se distribuam da seguinte forma pelas várias regiões-plano:

- | | |
|---------------------|-----------|
| — Região Norte | — 42 000; |
| — Região Centro | — 16 000; |
| — Região de Lisboa | — 23 400; |
| — Região Sul | — 6 200; |
| — Região dos Açores | — 2 200; |
| — Região da Madeira | — 2 100. |

O número de mulheres a assistir em cada uma das regiões deriva do nível de satisfação das necessidades que se pensa atingir em cada uma delas, o que se explicita no ponto seguinte.

Efeitos a obter com o programa

Pretende-se, através deste programa, proceder à cobertura das seguintes necessidades:

- 75%, em 1976, e 100%, em 1979, nos distritos de Vila Real, Bragança, Braga, Porto, Évora, Portalegre, Beja e Faro;
- 50%, em 1976, e 100%, em 1979, nos distritos de Viana do Castelo, Aveiro, Viseu, Guarda, Ponta Delgada e Funchal;
- 40%, em 1976, e 80%, em 1979, nos distritos de Coimbra, Leiria, Castelo Branco, Lisboa, Setúbal, Santarém, Angra do Heroísmo e Horta.

Critérios de avaliação

A avaliação das necessidades foi realizada com base na projecção do número de mulheres grávidas actualmente existentes (indirectamente avaliado, de forma aproximada, através do número de nados-vivos e nados-mortos) para 1976 e 1979 e partindo do princípio que cerca de 90% dessas mulheres recorrerão aos centros de saúde ¹.

As percentagens de satisfação daquelas necessidades foram fixadas em cada distrito, segundo o critério anteriormente referido na introdução do programa agregado, considerando não só os grupos de distritos com mais elevadas taxas de mortalidade infantil e de mortalidade entre 1 e 4 anos, como também os distritos com mais elevadas taxas de mortalidade materna.

Localização e justificação

A justificação da localização das actividades deste programa resulta directamente da análise de necessidades e da determinação de prioridades anteriormente referidas.

Caracterização física ou material

As actividades a desenvolver no âmbito deste programa terão em vista um esquema de vigilância periódica, correspondendo à média de seis exames médicos e oito entrevistas por enfermeira, apoiada numa auxiliar de enfermagem, durante a gravidez.

Ter-se-á em vista a profilaxia das carências alimentares proteicas, vitamínicas e férreas com a cedência de produtos dietéticos e terapêuticos adequados, assim como o planeamento familiar e combate ao aborto.

Medidas de política

- Tornar obrigatória a vigilância médica de todas as grávidas, pelo menos, uma vez entre os 3 e os 6 meses e outra entre os 8 e os 9 meses, comprovada pelo preenchimento de um boletim de saúde (Direcção-Geral de Saúde).
- Aumento de férias de parto para 3 meses (Direcção-Geral de Saúde, conjuntamente com o Ministério das Corporações e Previdência Social).
- Criação de um serviço de «ajuda ao domicílio» para apoio não só da família durante o período de internamento por parto, como da mulher nos primeiros dias de regresso a casa (Direcção-Geral de Saúde).
- Revisão da legislação sobre trabalho feminino de modo a permitir o emprego a tempo parcial durante os últimos meses de gravidez, assim como durante o primeiro ano de vida das crianças (Ministério das Corporações e Previdência Social).

Ligações existentes com outros programas

Este programa apresenta ligações estreitas, no âmbito deste programa agregado, em especial, com o programa de «assistência à criança de 0-2 anos», assim como com o programa dos «serviços de obstetrícia em hospitais distritais e concelhios».

Meios necessários à execução e ao funcionamento

As necessidades em pessoal foram avaliadas partindo do princípio que o médico dá três consultas por semana, nas quais verá, em média, quatro mulheres por hora; a enfermeira e a auxiliar

¹ Esta percentagem foi estabelecida tendo em atenção a distribuição da população pelas diferentes classes de rendimento.

de enfermagem destinarão, em princípio e em média, cerca de uma hora por dia para as actividades deste programa, atendendo, da mesma forma, quatro mulheres por hora.

Daqui decorrem as seguintes necessidades em pessoal:

Tipo de meios	Número de unidades			
	1974	1975	1976	1977-1979
Humanos:				
• Médicos	→	434	←	976
• Enfermeiras	→	1 039	←	1 474
• Auxiliares de enfermagem	→	1 039	←	1 474

Calendário das fases de preparação e de realização

O projecto realizar-se-á de forma uniforme ao longo dos seis anos do plano, de acordo com o esquema anteriormente descrito.

Metas	1974	1975	1976	1977-1979
Mulheres a assistir	91 900	91 900	91 000	131 500/ano
Percentagem de satisfação das necessidades	75%	75%	75%	100%

Indicadores de acompanhamento

Os indicadores de acompanhamento anual da execução poderão ser:

- Número médio de exames realizados por mulher;
- Número de visitas domiciliárias realizadas em relação ao número de mulheres grávidas inscritas no centro.

Despesas com o programa

O volume do dispêndio com as actividades deste programa foi avaliado com base nos encargos com o pagamento ao pessoal na parcela de tempo em que esse pessoal se ocupa deste programa e ainda com base numa despesa média de material de cerca de 100\$00/mulher².

Fontes de financiamento

O financiamento do programa encontra-se totalmente a cargo da dotação extraordinária do OGE.

Fontes de financiamento	Total	Unidade: contos			
		1974	1975	1976	1977-1979
Dotação ordinária do OGE	—	—	—	—	—
Dotação extraordinária do OGE	249 304	36 812	36 812	36 812	138 869
Outras fontes	—	—	—	—	—

Programa: formação em especialização obstétrica de pessoal de enfermagem

Designação: formação em especialização obstétrica de pessoal de enfermagem.

Entidade promotora: Direcção-Geral de Saúde e Direcção-Geral dos Hospitais.

Entidade executora: Direcção-Geral de Saúde e Direcção-Geral dos Hospitais.

² As despesas foram estimadas distrito por distrito. Não se transcreve aqui por se considerar sem interesse.

Relação com objectivos específicos sectoriais

O programa concorre para apoiar os programas de prestação de assistência às mulheres grávidas, através da formação de pessoal especializado, concorrendo, assim, indirectamente para a promoção da saúde destes grupos populacionais.

Utentes do programa

Os utentes directos do programa são o pessoal de enfermagem de hospitais gerais centrais, maternidades centrais, hospitais distritais e hospitais concelhios, a quem são atribuídas bolsas de estudo para especialização obstétrica, e, indirectamente, a população que vai beneficiar com a formação deste pessoal.

Efeitos a obter com o programa

Pretende-se com este programa a satisfação de 100% das necessidades hospitalares em assistência ao parto.

Projecto 1: bolsas de estudo para especialização obstétrica

Atribuição de bolsas a enfermeiras e auxiliares de enfermagem em serviço nos hospitais acima referidos para frequência do curso de especialização obstétrica. Estas bolsas serão no montante, em média mensal, de 3500\$00 durante onze meses, a conceder pelos hospitais em que esteja a prestar serviço aquele pessoal. Este pessoal de enfermagem terá a obrigatoriedade de voltar ao mesmo estabelecimento onde trabalhava após o curso, onde prestará serviço, trabalhando em partos, por um período de três anos.

Projecto 2: atribuição de subsídios de gratificação sobre vencimento pelo exercício do parto

Atribuição de 30% de subsídio de gratificação sobre o vencimento oficial (em média, 1200\$00) pelo exercício efectivo do parto a enfermeiras e auxiliares de enfermagem em hospitais concelhios e atribuição de 10% de subsídio (em média, 400\$00) a pessoal de enfermagem de hospitais gerais centrais, maternidades centrais e hospitais distritais (como complemento da gratificação de 20% que este pessoal já recebe pelo exercício da especialidade).

Será abrangido por este subsídio o seguinte pessoal:

Hospitais	Pessoal de enfermagem		
	Enfermeiras	Auxiliares de enfermagem	Total
	200	600	800
Hospitais distritais	42	158	200
Hospitais gerais centrais	—	—	67
Maternidades centrais	—	—	58
Total	242	758	1 125

Projecto 3: subsídios às escolas de enfermagem que promovam esta formação

Atribuição de subsídios à Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian (Lisboa), Escola de Enfermagem de S. João (Porto) e Escola de Enfermagem Bissaia Barreto (Coimbra) pelo funcionamento de cursos de especialização obstétrica para enfermeiras e auxiliares de enfermagem no montante, em média, de 830 contos por escola e por ano.

Estes cursos terão a duração de onze meses, constituídos por uma parte teórica e uma parte prática (que incluirá a execução de, pelo menos, 50 partos, número que se considera mínimo para o pessoal de enfermagem ficar habilitado para o exercício efectivo do parto).

Cada curso terá a frequência, em média, de 30 enfermeiras e 60 auxiliares de enfermagem (em cursos separados), a realizar anualmente.

Medidas de política

Haverá que alterar o Decreto-Lei n.º 49 434, de 26 de Novembro de 1969, no sentido de permitir a atribuição de 10% de subsídio de participação sobre o vencimento oficial ao pessoal de enfermagem especializado em obstetrícia que efectivamente exerça o parto.

Ligações existentes com outros programas

Este programa apresenta ligações com o programa agregado de «protecção materno-infantil» e com programas de formação de base de pessoal de enfermagem.

Indicadores de acompanhamento

Como indicador de acompanhamento da execução anual propõe-se a percentagem de pessoal de enfermagem com especialização obstétrica formado em relação ao previsto anualmente.

Fontes de financiamento

O financiamento do programa encontra-se totalmente a cargo da dotação extraordinária do OGE.

Fontes de financiamento	Total	Unidade: contos			
		1974	1975	1976	1977-1979
Dotação ordinária do OGE	—	—	—	—	—
Dotação extraordinária do OGE	68 445	11 407	11 407	11 407	34 224
Outras fontes	—	—	—	—	—

6.3. O modelo de planeamento dos serviços de saúde

O terceiro caso de programação que se apresenta pretende exemplificar que outras técnicas mais sofisticadas, como modelos matemáticos de programação linear ou modelos de simulação, podem ser úteis à programação da saúde.

Seleccionou-se, para este efeito, uma experiência de aplicação de um modelo de programação linear ao planeamento dos serviços de saúde realizada em 1978 (GIRALDES e PAIXÃO, 1980).

Este modelo foi utilizado pela primeira vez em 1975, na Finlândia, tendo sido introduzidas algumas alterações por necessidade de adaptação ao caso português.

Como anteriormente se referiu, na fase de programação procede-se a uma combinação de recursos humanos, materiais e financeiros, com vista a atingir as metas fixadas e a concretizar uma determinada estratégia. Esta combinação de recursos é feita parcelarmente para as diferentes áreas de intervenção, centros de saúde, serviços de saúde mental, hospitais distritais, etc., sem que se tenha em conta que muitos destes recursos são comuns às várias áreas e sem que se proceda, portanto, à respectiva compatibilização.

Isto ocasiona, entre outros, problemas de escassez de recursos em pessoal, camas hospitalares e recursos financeiros disponíveis para dar plena satisfação às metas fixadas.

Com a utilização de um modelo de programação linear pretende-se, assim, a compatibilização dos objectivos operacionais, ou metas, dos diferentes programas, permitindo fazer quase um número infinito de programas alternativos e testar os resultados de diferentes estratégias.

O modelo permite, assim, caso se consiga quantificar os principais parâmetros e variáveis que intervêm num sistema de saúde, o estudo desse sistema com um rigor muito superior às técnicas usualmente utilizadas.

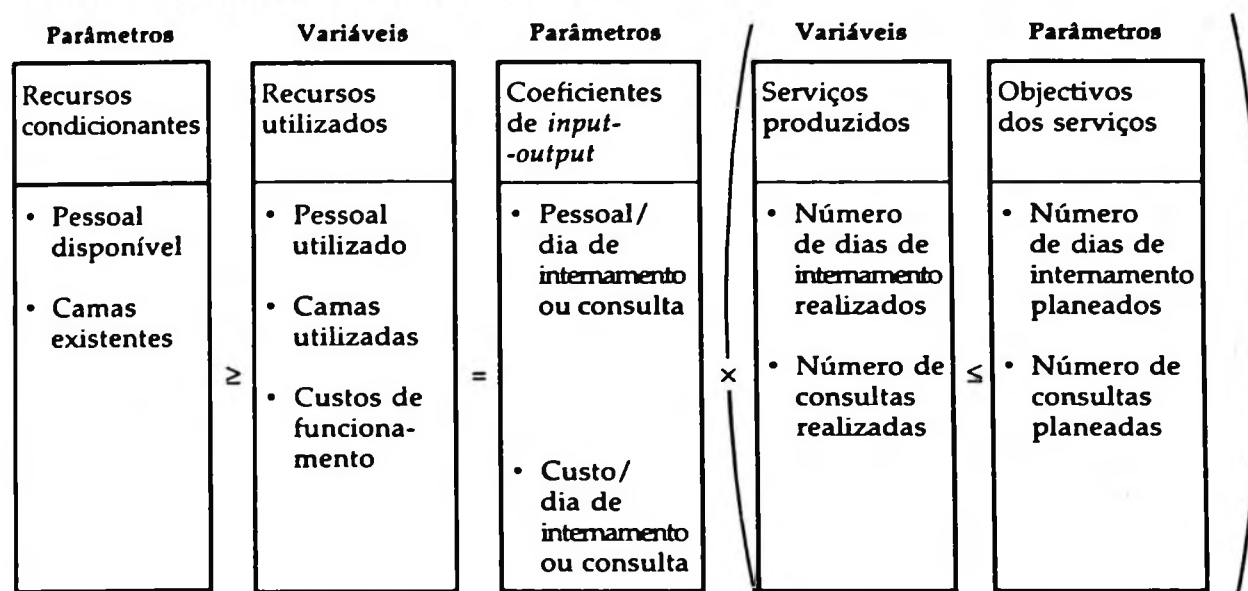
O presente modelo tem por finalidade afectar os recursos humanos e materiais previstos para 1980 de forma a maximizar a satisfação dos objectivos previstos para a mesma data, traduzidos em número de consultas e dias de internamento. Do mesmo modo, garantindo a satisfação máxima comum, o modelo minimiza a diferença entre os objectivos previstos e os serviços produzidos, dada a condicionante do volume de recursos existente.

Trata-se, portanto, de um modelo de *produção* de serviços de saúde, discriminando os cuidados primários e diferenciados, assim como o sector privado no que se refere a cuidados de internamento.

Os recursos financeiros não foram considerados como uma restrição. No entanto, o modelo determina o total destes recursos necessários para o volume de serviços produzidos, assim como a sua distribuição pelas várias categorias em que estes foram agregados.

Em termos esquemáticos, o modelo é constituído pelos parâmetros e variáveis indicados na *figura 12.5*.

Figura 12.5
Modelo de produção de serviços de saúde



Na *figura 12.6* este modelo encontra-se desenvolvido tanto no que respeita aos recursos condicionantes como aos objectivos dos serviços.

Nos *recursos humanos* consideram-se as principais categorias de pessoal afectas a serviços de saúde — médicos, enfermeiros, técnicos de laboratório e técnicos de radiologia — e ainda psicólogos e assistentes sociais afectos a serviços de saúde mental.

Nos *recursos materiais* consideram-se as camas existentes em unidades de internamento de centros de saúde, hospitais centrais e distritais, por principais especialidades. O modelo considera ainda as camas em hospitais distritais e centrais especializados que, por comodidade de esquema, foram incluídas juntamente com as especialidades respectivas dos hospitais gerais e as camas em serviços de saúde mental e no sector privado. Não inclui, portanto, os sanatórios e os serviços de oncologia, entre outros, por se ter considerado que têm um reduzido peso relativo na rede hospitalar e não se ter pretendido elaborar um modelo exaustivo.

Os *objectivos dos serviços* encontram-se classificados em três grandes categorias: cuidados primários, cuidados diferenciados e sector privado. Este último foi considerado na medida em que constitui na prática uma fonte de absorção de recursos humanos que concorre com o sector público e uma resposta importante à satisfação de necessidades de internamento, particularmente significativa no sector da psiquiatria. Não se considerou o ambulatório, ou seja, os consultórios médicos privados, os postos de enfermagem ou outros, por se ter partido do princípio que o sector público deverá ser suficiente para a satisfação das necessidades da população neste domínio.

Admitiu-se, por outro lado, que este tipo de actividade privada não será exercido com exclusividade, não concorrendo, portanto, com o sector público no que respeita a pessoal de saúde.

Nos *cuidados primários* consideram-se as consultas que até aqui têm estado a cargo quer dos centros de saúde, quer das unidades médico-sociais, segundo as principais valências/especialidades, e ainda, ao nível do internamento, as camas existentes, e que se esperava criar até 1980, nos hospitais concelhios, funcionando como unidades de internamento dos centros de saúde. A urgência ao nível dos cuidados primários é principalmente desenvolvida nas unidades de internamento, já que se consideram as consultas ao domicílio, no âmbito das unidades médico-sociais, juntamente com o movimento das consultas acima referido. Por fim, o movimento de análises e radiografias é aquele que até agora tem estado a cargo das unidades médico-sociais, já que se pode considerar como insignificante aquele movimento a cargo dos actuais hospitais concelhios.

Nos *cuidados diferenciados* consideram-se as consultas externas dos hospitais distritais, centrais, gerais e especializados, por principais especialidades, e ainda as consultas a cargo dos serviços de saúde mental. É difícil, quanto a estas últimas, estabelecer uma fronteira entre aquelas que respeitam a cuidados primários e a cuidados diferenciados, pelo que, por comodidade de esquema, se incluíram todas em cuidados diferenciados. Quanto ao internamento, considera-se a capacidade existente e a criar até 1980 nos hospitais acima indicados, por principais especialidades. A urgência diz respeito ao movimento esperado em hospitais distritais e centrais gerais, já que existe uma insuficiente informação quanto aos hospitais distritais e centrais especializados e se considera pouco significativo o seu volume. A urgência em hospitais psiquiátricos e em clínicas psiquiátricas de agudos considera-se, por comodidade de esquema, em conjunto com as consultas externas daqueles serviços. Finalmente, os serviços de laboratório e de radiologia respeitam também ao movimento dos hospitais gerais, centrais e distritais.

O *sector privado* foi considerado, pelas razões anteriormente apontadas, apenas no que respeita à sua capacidade de internamento, partindo-se do princípio que seria, em 1980, idêntico ao que é actualmente e estabelecendo-se a distinção entre casas de saúde de medicina e cirurgia e casas de saúde de psiquiatria.

Os coeficientes de *input/output* relativos a recursos humanos, ou seja, a quantidade de recursos necessários, traduzidos em tempo, por unidade de serviço produzido (consulta ou dia de internamento), constam do *quadro 12.5*. Os valores atribuídos a estes coeficientes de *input-output* são resultado da observação do passado e ainda da possibilidade de evolução dos serviços de saúde à data limite da construção do modelo.

Os coeficientes de *input/output* relativos a recursos financeiros, ou seja, o custo médio de produção de uma unidade de serviço (consulta ou dia de internamento) constam do *quadro 12.6*. Foi utilizada para o cálculo destes coeficientes a estrutura de custos existente em 1975, que poderá ser posteriormente inflacionada para preços correntes.

Finalmente, os objectivos fixados para 1980 constam do *quadro 12.7*.

A função objectivo definida obedece, em primeiro lugar, à exigência de maximização da taxa de satisfação comum dos serviços prestadores de saúde. Em face desta taxa minimiza-se a diferença entre os objectivos fixados e os serviços produzidos, segundo uma ordem de prioridades definida. Foi atribuída uma primeira prioridade à grande maioria das actividades de cuidados primários e também aos dispensários de saúde mental, a segunda prioridade aos restantes serviços de saúde mental e a terceira prioridade aos hospitais distritais e centrais³.

6.4. A programação no Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança

No Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança introduziu-se pela primeira vez o conceito de *programa integrado*. Definiu-se *programa integrado* como o conjunto coerente de actividades que visam atingir um objectivo comum e que resulta da agregação de diversos programas cuja execução compete a diferentes sectores sócio-económicos.

Pretendia-se, assim, fazer ressaltar a ideia de que a resolução dos problemas de saúde não pode assentar apenas em intervenções específicas do sector da saúde, mas resulta igualmente de programas a empreender noutros sectores sócio-económicos.

O conceito de programa integrado aproxima-se do conceito de programa agregado utilizado no IV Plano de Fomento ou do programa finalizado utilizado no planeamento

³ Função objectivo:

$$\min W = \sum_{i=1}^n \mu_i (n_i - X_i) - \mu v$$

$$\text{Com } \mu \geq \sum_{i=1}^n \mu_i$$

μ_i = coeficientes de prioridade.

X_i = serviços produzidos.

v = taxa de satisfação comum dos objectivos.

n_i = objectivo do serviço i .

Quadro 12.6
Coeficientes de *input/output* relativos a recursos financeiros (escudos)

Atividade Descrição	Serviço	Centros de saúde										Hospitais distritais										Serviços de saúde mental										Hospital central										Casas de saúde											
		Sede infantil	Sede materna	Sede escolar	C.M.B.	Fertilização das doenças transmissíveis	Oftalmologia	Ginecologia e obstetrícia	Saúde dentária	Maternidade	Evolução prolongada	Medicina	Urgência	Laboratório	Raios X	Medicina	Cirurgia	Oftalmologia	Pneumologia	Prostática	Laboratório	Raios X	Urgência	Outros	Diversificação de saúde mental	Hospital de dia	Unid. int. em longo prazo da	Unid. polí-centro	Clinica psiquiátrica (aguda)	Escritório psiquiátrico	Serviço infante e juvenil	Centro terapêutico adicional	Medicina	Cirurgia	Oftalmologia/ginecologia	Odontologia	Laboratório	Raios X	Urgência	Outros	Medicina e cirurgia	Psiquiatria											
Custo médio por unidade de serviço		121	121	121	219	8,5	219	219	219	214	214	214	140	69	330	250	550	250	450	250	550	250	450	60	170	300	250	500	198	146	220	230	129	380	210	262	403	403	170	350	300	700	300	800	300	850	60	200	400	300	750	—	—

(a) Não se considerou o custo/dia do internamento individualizado para malária, doentes de evolução prolongada e medicina, em que se arbitrou para as três valências o custo médio/dia de internamento em Hospitais Concelhios.

Fonte: Modelo de planejamento dos serviços de saúde para 1983.

Quadro 12.7
Objectivos dos serviços em 1980 (milhares)

[illegible]

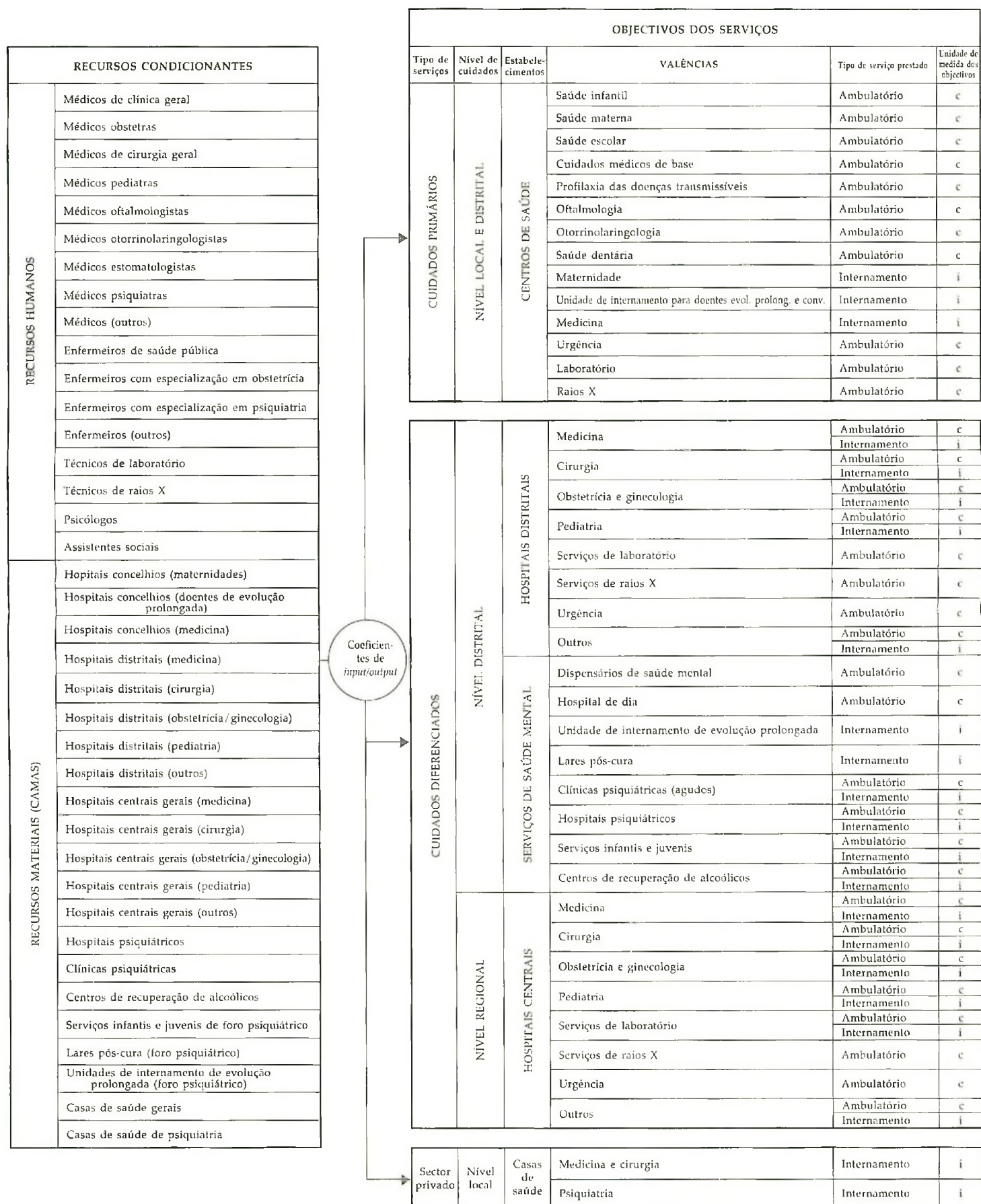
Fonte: Modelo de planejamento dos serviços de saúde para 1990.

Quadro 12.5
 Coeficientes de input/output relativos a recursos humanos (em minutos/consulta ou dia de internamento)

Serviços produzidos	Centros de saúde										Hospitais distritais										Serviços de saúde mental										Hospitais centrais										Casos de saúde	
	Saúde infantil	Saúde materna	Saúde sexual	C.N.R.	Prevalência das doenças transmissíveis	Oftalmologia	Otorrinolaringologia	Saúde dentária	Maternidade	Leçãoção pré-natal	Medicina	Urgência	Laboratório	Raios X	Medicina	Urgência	Chamados	Dispositivos de saúde mental	Hospital de dia	Unid. int. avaliação pré-natal	Linha psiquiátrica	Clínica psiquiátrica (urgência)	Hospital psiquiátrico	Serviço de internamento psiquiátrico	Centros terapêuticos psicossociais	Medicina	Cirurgia	Obstetrícia/ Ginecologia	Psiquiatria	Laboratório	Raios X	Urgência	Outros	Medicina e Cirurgia	Psiquiatria							
	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C						
Médicos:																																										
Médicos de clínica geral	12	12	15	18					45	10	15	30			15	15											15	15								15						
Médicos obstetras		12																																		60						
Médicos de cirurgia geral																	20	26										20	26						30							
Médicos pediatras	12																																			20						
Médicos oftalmologistas						12																																				
Médicos otorrinolaringologistas							10																												12							
Médicos estomatologistas								15																											20							
Médicos psiquiatras																																			15							
Médicos (outras especialidades)																																			20							
Enfermeiros:																																										
Enfermeiros de saúde pública (cuidados primários)	15	30	10	20	5	12	10	15	60	60	30																															
Enfermeiros com especialização em obstetrícia								120																											120							
Enfermeiros com especialização em psiquiatria																																										
Enfermeiros (outros)															15	120	15	120									15	120					20	12	120							
Técnicos de laboratório:																																										
Técnicos de raios X																																										
Fisioterapeutas																																										
Assistentes sociais																																										

Fonte: Modelo de planeamento dos serviços de saúde para 1990.

Figura 12.6
Modelo de planeamento de serviços de saúde



da saúde em França. Com efeito, em todos eles se pretende ver a realidade em estudo no seu conjunto e não fragmentada em programas e projectos individualizados.

A principal diferença reside, no entanto, em que no programa integrado se consideram, para além de diversos programas afins no âmbito do sector da saúde — o que acontece também no programa agregado —, igualmente programas dependentes de outros sectores sócio-económicos.

No Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança foram, assim, apresentados tantos programas integrados quantos os problemas de saúde considerados como prioritários na região.

A título exemplificativo, apresenta-se seguidamente o enunciado dos programas integrados no domínio dos problemas de saúde materna e saúde infantil (*quadros 12.8 e 12.9*).

Quadro 12.8

Programas integrados, programas, projectos.

Programa integrado: problemas de saúde materna

Programas	Projectos
Centros de saúde	• Remodelação dos centros de saúde que não obedeçam às condições mínimas de funcionamento • Construção ou instalação de centros de saúde onde não existam • Equipamento de centros de saúde • Criação de camas nas unidades de internamento dos centros de saúde de acordo com as normas preconizadas • Dotação de pessoal de acordo com as normas • Unificação e reorganização da rede de cuidados primários • Criação e introdução nos centros de saúde de uma referência médico-administrativa dos serviços de cuidados primários para os serviços de cuidados diferenciados • Criação da modalidade de atendimento permanente em centros estrategicamente colocados • Criação de um serviço domiciliário médico e de enfermagem • Rastreio das grávidas na comunidade • Aplicação do esquema normal de vigilância incluindo: • Parto assistido • Consulta de revisão e puerpério • Planeamento familiar
Vacinação	• Vacinação das grávidas contra o tétano
Preparação de pessoal	• Cursos de aperfeiçoamento em saúde materna para médicos e enfermeiros • Cursos de pequena duração para ensinar aos médicos e enfermeiros técnicas elementares de análises clínicas • Criação de um sistema de apoio científico e técnico aos policlínicos por profissionais qualificados, pertencentes ou não à região
Formação de pessoal	• Especialização em obstetria de pessoal de enfermagem • Formação de técnicos de laboratório
Educação para a saúde	• Divulgação de informação sobre planeamento familiar • Divulgação de normas sobre saúde materna: • Nos centros de saúde • Nos estabelecimentos de ensino secundário
Fixação de pessoal	• Criação de habitações para pessoal de saúde
Laboratórios de saúde pública	• Criação de laboratórios onde não existam e estejam previstos • Dotação de pessoal • Equipamento dos laboratórios de saúde pública
Hospitais	• Reorganização das consultas externas e serviços de obstetria nos hospitais distritais de Vila Real, Bragança, Mirandela e Chaves • Dotação dos serviços hospitalares de pessoal de acordo com as normas
Apoio familiar	• Criação do serviço de ajuda doméstica
Rede de transportes	• Criação de carreiras de camionetas que liguem as localidades à sede do concelho
Rede viária	• Construção de estradas municipais • Reparação e conservação de estradas • Sinalização de estradas

Quadro 12.9

Programa integrado: problemas de saúde infantil

Programas	Projectos
Centros de saúde	• Rastreio dos recém-nascidos na comunidade • Aplicação do esquema normal de vigilância • Vigilância da saúde dos escolares
Vacinação	• Vacinação das crianças até aos 7 anos de acordo com o esquema normalizado
Preparação de pessoal	• Cursos de aperfeiçoamento em saúde infantil para médicos e enfermeiros • Cursos de actualização para pessoal de laboratório
Fixação de pessoal	• (Ver programa integrado de saúde materna)
Educação para a saúde	• Divulgação de informação sobre utilização correcta dos serviços de saúde • Divulgação das normas sobre saúde infantil: • Nos centros de saúde • Nos estabelecimentos de ensino primário • Nos estabelecimentos de ensino secundário
Laboratórios de saúde pública	• Prevenção de acidentes
Hospitais	• (Ver programa de saúde materna) • Reorganização das consultas externas e do serviço de pediatria dos hospitais distritais de Vila Real, Bragança, Mirandela e Chaves
Apoio à família	• (Ver programa de saúde materna)
Rede de transportes	• (Ver programa de saúde materna)
Rede viária	• (Ver programa de saúde materna)
Habitação	• Beneficiação de habitações degradadas • Construção de habitação social • Apoio a cooperativas de habitação
Saneamento básico	• Construção de redes de esgotos • Fornecimento de água potável • Recolha e tratamento de lixo • Construção de instalações sanitárias em habitações rurais
Equipamento para a infância e juventude	• Criação de creches • Criação de jardins-de-infância • Criação de salas de actividade de tempos livres

BIBLIOGRAFIA

- CENDES/OPS, Centro de Estudos del Desarrollo da Universidad Central de Venezuela — *Caracas e Organizacion Panamericana de la Salud*, 1965.
- DONABEDIAN, A. — *Aspects of Medical Care Administration = Specifying Requirements for Health Care*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1973.
- GIRALDES, M. R., e PAIXÃO, J. P. — «Modelo de planeamento dos serviços de saúde para 1980», in *Cadernos GEP*, n.º 3, Dezembro de 1978.
- HALL, T. L., e MEJIA, A. — *La Planificación del Personal de Salud*, Genève, OMS, 1979.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA, GEP — *Trabalhos Preparatórios do IV Plano de Fomento, Relatório-Programa*, vol. I, Lisboa, Abril de 1973.
- PINEAULT, R., e DAVELUY, C. — *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montreal, Agence d'Arc, Inc., 1986.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE — *Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança*, vol. II, *Problemas de Saúde, Objectivos, Estratégias*, Lisboa, 1981.

PARTE VII — PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Capítulo 13 — Preparação da execução

1. Importância e situação no processo de planeamento

A preparação da execução é a etapa do planeamento da saúde que tem mais pontos em comum com as fases que lhe são anterior e posterior. Com efeito, alguns pontos que serão tratados neste capítulo poderão ter sido abordados na fase de programação, como, por exemplo, a descrição detalhada das actividades. Da mesma maneira, um cronograma ou um PERT são elementos fundamentais para o controle do parâmetro tempo, relacionando-se, por isso, com a avaliação.

Classificar algumas destas acções na fase de programação, de preparação da execução ou de avaliação pode ser eventualmente difícil. Mais uma vez lembramos que o planeamento é um processo contínuo, onde cada etapa está ligada à anterior e à seguinte de uma maneira retroactiva, o que, por vezes, demora o processo, mas sempre o enriquece.

A fase de preparação da execução aparece aqui sobretudo com propósitos didácticos, não aparecendo identificada em muitos esquemas de planeamento.

Não é por isso menos importante e pretende-se com ela mostrar as inter-relações entre as diferentes actividades, evitar sobreposições, excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos, visualizar entraves na execução, prever recursos, facilitar, em suma, a realização das actividades.

2. Especificação detalhada das actividades

Segundo BAINBRIDGE e SAPIRIE (1975), uma vez que os programas e projectos tenham sido elaborados, enviados para decisão superior e aprovados, haverá que especificar quando, onde e como as actividades que fazem parte do projecto devem ser concretizadas e ainda quem será encarregado de as administrar e ou executar.

A especificação detalhada das actividades, a realizar nesta fase do processo de planeamento, consiste essencialmente em definir mais pormenorizadamente os resultados a obter com o projecto; preparar uma lista das actividades do projecto e precisar como cada uma dessas actividades deve ser executada; determinar detalhadamente as necessidades em recursos ao longo do tempo, e estabelecer um calendário detalhado da execução do projecto.

É evidente que esta especificação detalhada das actividades não é feita definitivamente. Deverá ser repetida durante a vida do projecto sempre que se produzam atrasos na realização (sempre que uma actividade não seja realizada a tempo será necessário modificar o calendário das actividades seguintes), modificações na política de saúde, etc.

A especificação detalhada das actividades deverá, portanto, preocupar-se especialmente com as actividades previstas para os seis a doze meses seguintes. As actividades posteriores apenas deverão ser esboçadas.

2.1. Responsabilidade na especificação das actividades

A elaboração do plano de actividades detalhado incumbirá, em princípio, àqueles que são chamados a executar ou a dirigir as actividades do projecto, competindo ao director do projecto apenas orientar essa elaboração.

Na prática, no entanto, haverá vantagens em criar um pequeno grupo de trabalho para efectuar esta tarefa.

A composição deste grupo será determinada pelos conhecimentos que possua sobre o projecto e pela responsabilidade que tenha mais tarde na implementação da actividade correspondente.

Assim, convém que a nível regional e local exista um responsável pelo programa ou projecto com uma definição clara das suas atribuições.

Entre as suas actividades deve constar:

- Motivar todo o pessoal do programa para os objectivos e metas;
- Recolher sugestões de alteração de protocolos ou normas, ou propô-las quando conveniente;
- Informar superiormente e o pessoal dos avanços, dificuldades e erros verificados;
- Elaborar os relatórios de avaliação e divulgá-los para análise;
- Promover outras actividades de avaliação;
- Propor acções de formação ou outras medidas necessárias ao bom funcionamento do programa.

Muitas vezes a estrutura do programa não coincide com a estrutura hierárquica do serviço e, nestes casos, a necessidade de definir as atribuições do responsável ou coordenador dos programas é ainda maior. Situação semelhante observa-se nos programas das ARS com coordenadores distritais que têm contactos com pessoal concelhio dependente das direcções dos centros de saúde. Nesses casos, ou a definição de funções foi feita, ou toda a actuação deve ser realizada através ou com as direcções dos centros.

Convém que a descrição das funções seja realizada para todo o pessoal, de maneira que cada um conheça a sua autoridade (poder de decisão) e a sua responsabilidade (cumprimento de deveres).

A descrição de um posto de trabalho deve indicar o que se supõe que o indivíduo realize, o nível de execução, de quem depende e quem dele depende. Desta maneira prevenir-se-ão lacunas e duplicações que prejudicarão o trabalho em conjunto. A descrição de funções deve, no entanto, ser interpretada com flexibilidade para permitir a necessária cooperação e entreaajuda.

Uma descrição do posto de trabalho deve indicar o nome do cargo, principais funções, tarefas, relações (hierárquicas, verticais, horizontais) com outros postos de trabalho, habilitações, forma de avaliação, formação, progressão na carreira e data em que o posto foi definido.

2.2. Definição detalhada dos produtos intermédios e dos produtos finais

Do ponto de vista *técnico*, será necessário que o calendário das actividades seja elaborado por um grupo de trabalho que conheça em detalhe o projecto.

Do ponto de vista *participativo*, haverá que envolver uma parcela tão grande quanto possível das pessoas a trabalhar no projecto. É indispensável que os futuros executores participem activamente nesta etapa de especificação dos produtos intermédios e finais do projecto.

Deverão ter-se especialmente em atenção as actividades cujos produtos sejam críticos para o bom sucesso do projecto. Haverá que dar ainda indicações concretas e claras relativamente a actividades novas, indispensáveis aos respectivos executores.

2.3. Lista detalhada das actividades do projecto

Na formulação do projecto já se haviam identificado as principais actividades a desenvolver. Será agora necessário que o grupo de trabalho reexamine cuidadosamente essa lista de actividades e a modifique de forma que tenha em linha de conta as modificações ocorridas no decurso do processo de apreciação da proposta do projecto e ainda a especificação dos produtos intermédios e finais do projecto resultantes da etapa anterior.

Ter-se-ão especialmente em atenção as actividades que decorrem durante o primeiro ano do projecto.

Deverá estabelecer-se uma lista detalhada das actividades, dando a cada uma um número, e deverá preencher-se, para cada actividade, um formulário de descrição das actividades, indicando o nome da actividade, o seu número, assim como o seu objectivo e os resultados esperados.

2.4. Inter-relação entre as actividades

Existem vários métodos de determinação das relações sequenciais entre as actividades do projecto.

Pode elaborar-se uma rede de actividades ou pode recorrer-se a um diagrama de Gantt, ligando, através de traços ponteados, as actividades que se encadeiam. Um terceiro método consiste em inscrever ao lado de cada actividade os números de todas as outras actividades que devem ser executadas antes que a actividade em questão possa iniciar-se, o que dará posteriormente origem à elaboração de um diagrama de Gantt ou de uma rede PERT. Nos pontos 4 e 5 deste capítulo incluem-se as noções básicas relativas a estes dois métodos.

2.5. Necessidades em recursos e duração das actividades

As perspectivas de obtenção dos recursos necessários já foram analisadas aquando da formulação do projecto.

O grupo de trabalho terá agora de aperfeiçoar para cada actividade o tipo de recurso requerido, a fonte preferencial para a sua obtenção e as datas precisas em que o recurso será necessário.

Se a fonte preferencial não puder fornecer o recurso no momento indicado, será necessário que o grupo analise soluções alternativas, o que dará eventualmente origem ao estabelecimento de novos calendários.

Será indispensável nesta etapa que se especifique a data de início e a data do fim e a duração de cada uma das actividades do projecto.

A nível da execução também deve ser lembrada a boa gestão do material e do equipamento.

Os programas de saúde são típicos em termos de bens perecedouros (das vacinas ao algodão) e de equipamentos (do estetoscópio à mesa de observação ginecológica).

Uns e outros apresentam problemas diferentes que podem prejudicar a execução de um programa. Assim, por exemplo, os equipamentos necessitam de manutenção e reparação, que tem de ser prevista (em termos de pessoal ou de contrato de serviços), e os bens perecedouros ou de consumo corrente devem ser encomendados a tempo, armazenados segundo as técnicas de gestão de *stocks* e distribuídos adequada e oportunamente.

2.6. Campos de actividade e de responsabilidade e respectivas inter-relações

É essencial que tanto os membros da equipa de projecto como as várias unidades de organização existentes conheçam os limites da sua autoridade/responsabilidade respectivas e as relações que existam entre eles.

É, assim, importante que se tenham em atenção os seguintes aspectos: precisar qual será o pessoal do projecto e quem o enquadra; determinar a situação do projecto na instituição; definir os campos de autoridade/responsabilidade respectivas do director do projecto, dos responsáveis pelas actividades (e, se houver necessidade, estabelecer um *comité* de coordenação do projecto), e fazer conhecer a organização do projecto aos organismos interessados.

Em relação ao pessoal do projecto, como este pessoal vem normalmente deslocado de outras actividades, haverá toda a vantagem em que se elabore um acordo escrito, especificando o pessoal em causa, o trabalho que deve realizar, o tempo que o pessoal deve dedicar ao projecto e a respectiva remuneração.

A situação do projecto na instituição, feita de forma clara, terá em vista prevenir as dificuldades que poderão surgir nas relações entre a organização existente e a equipa do projecto. Usualmente, a localização organizacional do projecto é decidida aquando da nomeação do director do projecto. Interessa especificar a que nível da hierarquia fica ligado o director do projecto.

Haverá ainda que *especificar os campos de actividade e de responsabilidade* e as suas inter-relações.

No caso de um projecto «simples» que se situe integralmente no sector, que geograficamente esteja circunscrito a uma determinada área e que conte com um pequeno número de unidades de pessoal, será suficiente que o responsável do organismo proponente do projecto, o director do projecto e os directores das actividades se ponham oficiosamente de acordo sobre a sua autoridade e responsabilidade respectivas.

No caso de um projecto «complicado», que envolva vários sectores, que cubra todo o país e que empregue grande número de pessoas, será necessário especificar as responsabilidades por escrito, instituir um *comité* oficial de coordenação do projecto, designar oficialmente agentes de ligação com a organização existente e ainda definir claramente por escrito a autoridade/responsabilidade dos organismos de ajuda externa.

Finalmente, haverá toda a vantagem em *fazer conhecer a organização do projecto* através de um documento escrito após as conversações do director do projecto com os responsáveis de actividades e com os elementos de ligação com a estrutura existente de que constem os acordos escritos do pessoal e dos outros recursos do projecto, organograma, uma descrição da autoridade/responsabilidade de cada unidade principal e o calendário de execução.

3. Estabelecimento de horários e calendários

O tempo deve ser gerido como mais um recurso. Para poder estabelecer um horário é necessária uma certa experiência prévia da realidade local. A elaboração de uma grelha que durante um período curto (um dia, uma semana) indique o emprego do tempo nas diferentes actividades pode ser útil (*quadro 13.1*).

Quadro 13.1

Grelha de programação de um dia de trabalho

Hora	Prestação de cuidados			Formação		Reuniões de trabalho	Observações
	Consulta externa	Internamento	Visita domiciliária	Dada	Recebida		
9.30							
10.30							
11.30							
12.30							
13.30							
14.30							
15.30							
16.30							
17.30							
18.30							
19.30							

Da mesma maneira, pode interessar saber qual a distribuição do tempo ao longo de uma semana ou durante um mês.

Denominam-se horários os quadros de distribuição do tempo que se referem a acontecimentos regulares diários ou semanais. Denominam-se calendários de actividades os quadros elaborados para acontecimentos irregulares, intermitentes ou variáveis (MACMAHON *et al.*, 1981).

Uma unidade de saúde, centro de saúde ou hospital, com vários programas em funcionamento deve dispor de:

- Um horário semanal, indicando hora e dia da semana para acontecimentos regulares (por exemplo, reunião de pessoal, formação permanente);
- Vários calendários de actividades, eventualmente cronogramas (ver adiante), indicando detalhadamente acontecimentos intermitentes (visita a extensões, por exemplo);
- Horários de actividades de cada unidade de pessoal;
- Um cronograma para cada programa ou projecto.

Como passo prévio à elaboração de um horário, calendário de actividades ou cronograma, deverão listar-se as actividades a realizar. O director de um pequeno centro de saúde que tenha de assegurar também actividades clínicas pode, por exemplo, prever em dez unidades de tempo (correspondentes a manhãs ou tardes) durante uma semana:

— Consultas externas	3
— Reuniões de direcção	1
— Reuniões com sectores de pessoal ou coordenadores de programas	1
— Visita domiciliária	1
— Formação	1 *
— Visita a extensões	1
— Gestão corrente	2

* Alterna semanalmente com a recepção de autoridades locais, informadores-chave, jornalistas, etc.

A partir desta estimativa pode elaborar-se o seu horário semanal (*quadro 13.2*).

Quadro 13.2
Grelha de programação semanal

Períodos de tempo	Dias				
	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhãs	Consulta externa	Visitas domiciliárias	Reuniões de direcção	Formação ou recepção	Consulta externa
Tardes	Reuniões com sectores de pessoal ou coordenador de programas	Gestão corrente	Consulta externa	Visita a extensões	Gestão corrente

Os calendários de actividades são especialmente úteis no caso de actividades diferentes ou que se realizem em sítios diferentes.

Por exemplo, a formação pode ser no mês de Janeiro: na primeira semana, sobre HTA; na segunda, sobre recuperação de AVC; na terceira, sobre diagnóstico de cancro da mama; na quarta, sobre o cancro da pele; por sua vez, as visitas às extensões são sempre nas quintas-feiras, embora a extensões diferentes (se existirem oito, as visitas são em cada dois meses).

Quando o número de extensões é muito grande, será necessário visitar várias no mesmo período, e um circuito racional só pode ser estabelecido com um mapa geográfico e conhecimento local.

Aliás, mapas geográficos e conhecimentos são fundamentais para assegurar não só as visitas do director, mas para o funcionamento das extensões. Por exemplo, uma mesma equipa poderá ter de se deslocar a extensões diferentes no mesmo dia e, por outro lado, quando exista uma única viatura, haverá que programar a distribuição das equipas por diferentes extensões.

4. Cronogramas

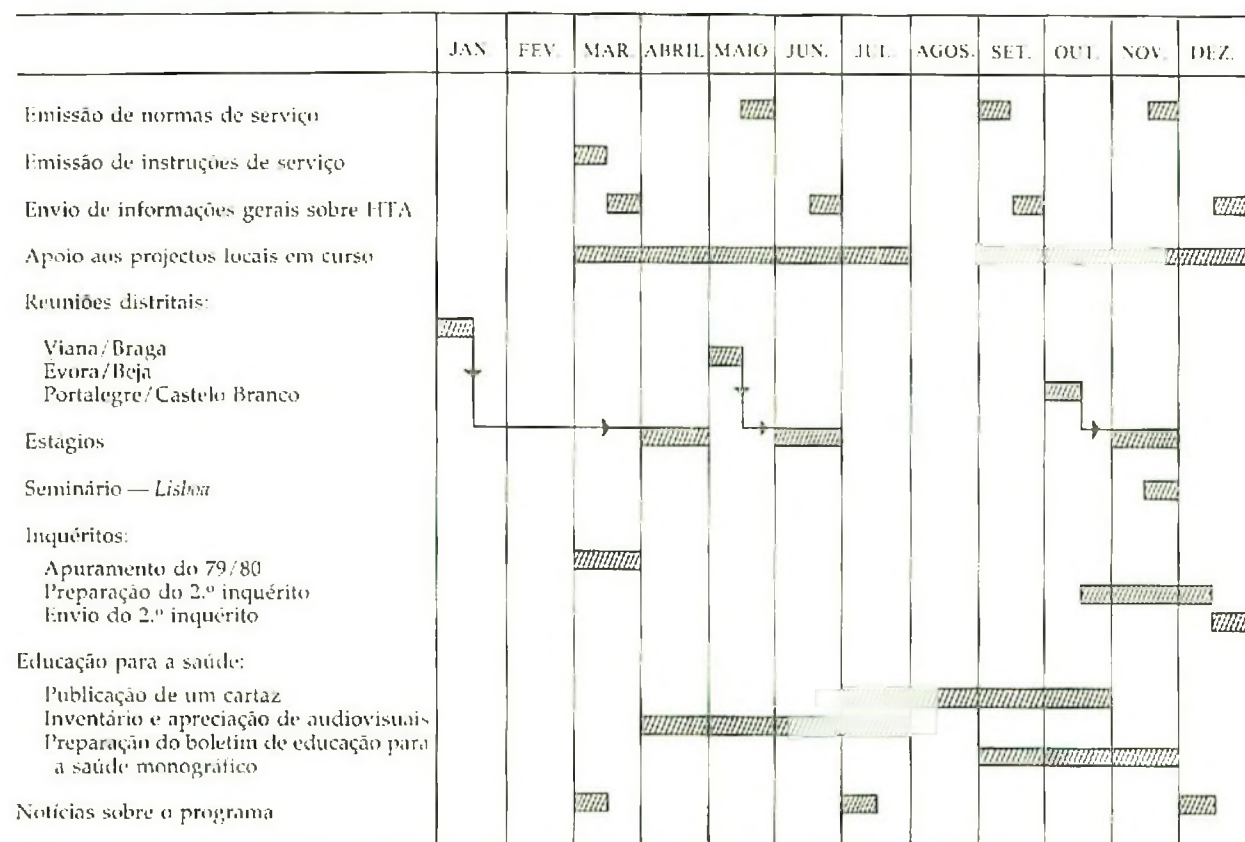
Os cronogramas, ou mapas de GANTT, são gráficos de duas dimensões onde se representa nas abcissas o tempo (dias, meses, etc.) e nas ordenadas as actividades que formam o projecto (*quadros 13.3 e 13.4*).

A unidade de tempo a utilizar dependerá da natureza das actividades e da necessidade de detalhe que exista para o acompanhamento do projecto ou programa. Pode acontecer também que no princípio do cronograma se utilize uma unidade de tempo mais pequena do que no fim porque as possibilidades de prever a duração são maiores para as fases iniciais. Assim, o cronograma pode utilizar primeiro dias ou semanas e no fim semanas ou meses.

O grau de discriminação das actividades poderá também ser variável, dependendo do grau de elaboração do projecto, da sua natureza e das necessidades de acompanhamento. Quando a designação da tarefa é demasiado extensa, pode substituir-se pela entidade que a executará. Se o cronograma corresponde a um projecto, marcaremos nas ordenadas as actividades; se, pelo contrário, corresponde a um programa, podemos indicar no cronograma os projectos que o integram.

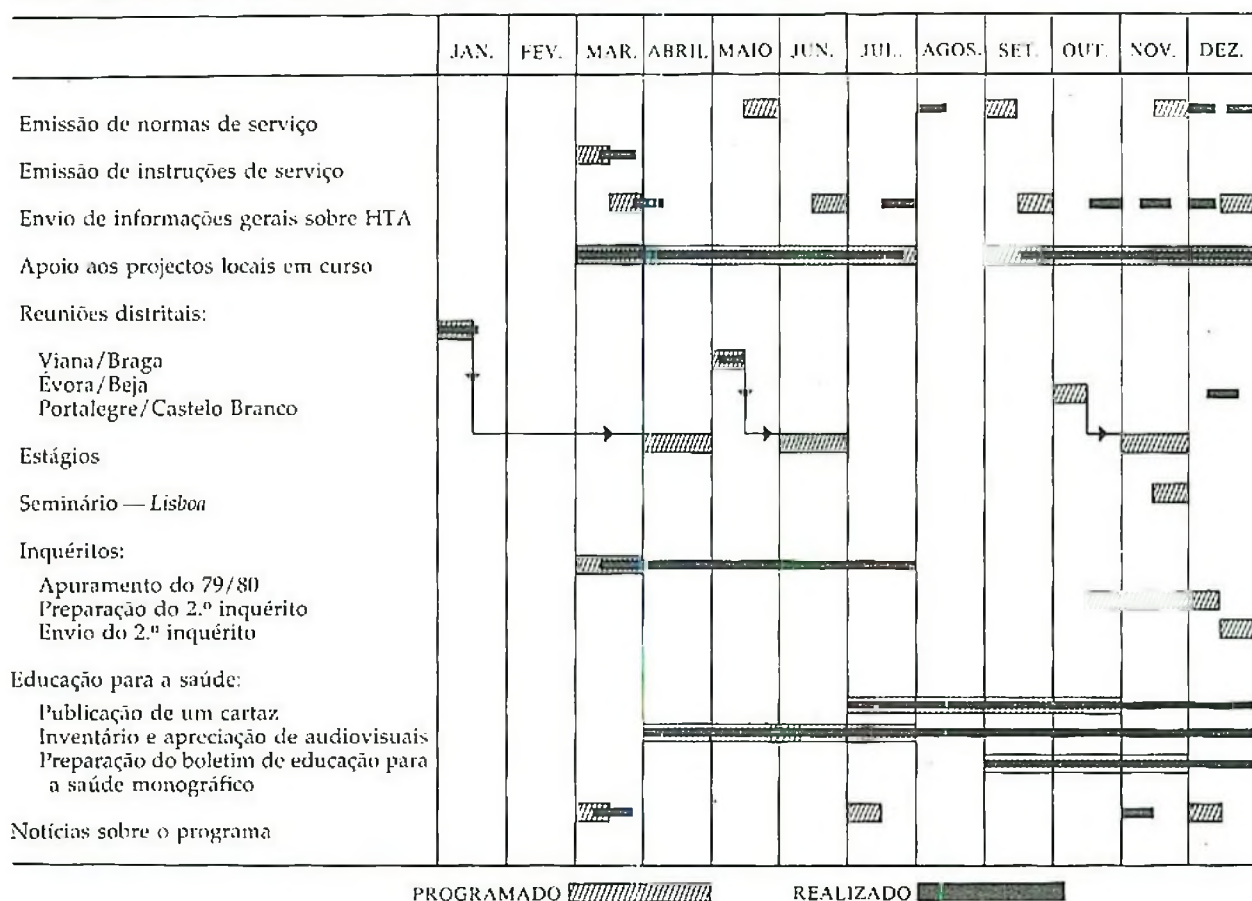
Quadro 13.3

Cronograma das actividades do programa de controle HTA para 1981



Quadro 13.4

Cronograma das actividades do programa HTA para 1981



Cada actividade prevista no tempo estará representada por um rectângulo, que será colorido à medida que se vai executando. Desta maneira, conseguimos o controle da execução. Outra possibilidade é marcar o realizado com um traço grosso, que, se colocado também no cronograma, indicará o momento em que estamos.

Se, por exemplo, um médico deve realizar 20 consultas num dia, poderá acontecer que tenha realizado apenas 15. Sendo assim, a tarefa «20 consultas» terá uma duração superior à prevista e, neste caso, a parte colorida ou riscada será maior do que o rectângulo previsto. Pelo contrário, se o tempo utilizado for menor, a parte colorida ou riscada será menor.

O contributo dos cronogramas é a possibilidade de visualizarmos conjuntamente as diferentes tarefas que integram o projecto, informando-nos, na fase preparatória, da acumulação ou distribuição de tarefas em determinados períodos e, durante a execução, do atraso e do avanço existentes na realização.

A maior dificuldade na sua elaboração reside em discriminar as tarefas e em determinar as datas de início e fim de cada uma.

As suas principais limitações são não visualizar as tarefas críticas ou principais, nem a interdependência das actividades, e ser de difícil leitura quando aplicados a projectos complexos.

Apresentam-se dois cronogramas: o primeiro corresponde às previsões anteriores à execução de um programa de controle da hipertensão arterial e o segundo às actividades já realizadas (Programa de Controle da Hipertensão Arterial da Direcção-Geral de Saúde, Lisboa, 1981).

5. Redes PERT

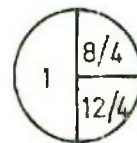
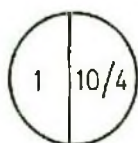
Para superar as limitações dos cronogramas recorre-se à utilização de redes que mostram as inter-relações das tarefas e a sua sequência cronológica.

Dois técnicas utilizam a construção de redes: o PERT (Program Evaluation and Review Technique) e o CPM (Critical Path Method), dependendo a sua utilização das características do projecto.

O PERT é mais utilizado quando a duração das várias tarefas é incerta, enquanto o CPM aplica-se onde se conhece a duração e os custos das mesmas. Considerando o contexto da saúde, só se descreve o método PERT, que consiste em ordenar sob forma de rede várias tarefas que devido à sua dependência e à sua cronologia concorrem todas para a obtenção de um produto (POGGIOLI, 1973). O PERT permite, assim, a execução racional dos projectos ou programas e controle da sua execução, comparando o previsto com o realizado.

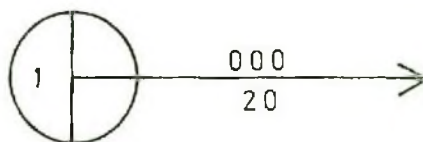
Numa rede PERT os círculos e as setas representam, respectivamente, acontecimentos e tarefas. A rede também pode representar as tarefas por círculos, correspondendo, neste caso, as setas às interdependências ou relações entre as tarefas.

Os acontecimentos são simbolizados por um círculo numerado, no qual se registam as datas mais próximas e mais remotas da sua realização ou, em alguns casos, só a data mais provável. Por exemplo:

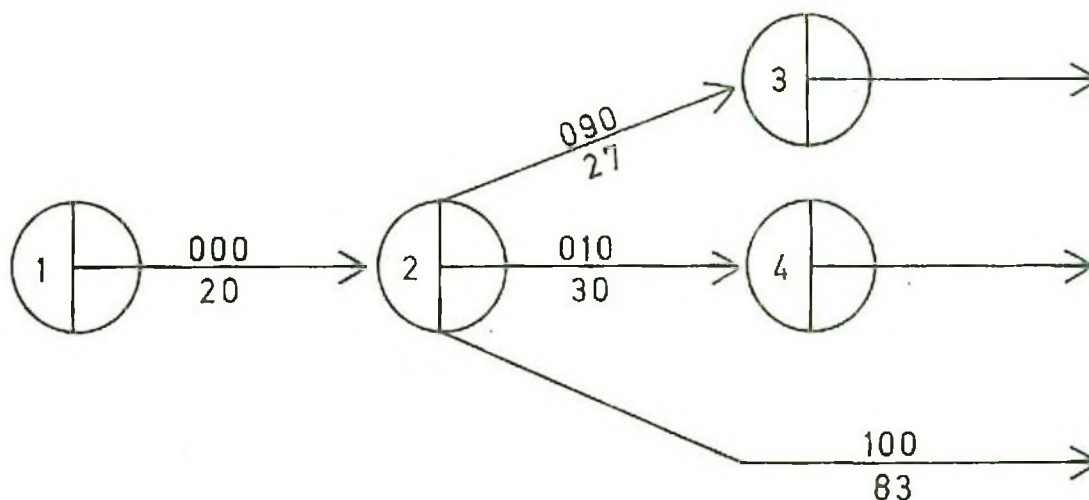


Os acontecimentos correspondem ao início e ou conclusão de uma ou mais tarefas e não têm duração, enquanto as tarefas representam a realização no tempo das acções dos projectos, tendo sempre uma certa duração e necessitando de recursos.

Cada tarefa pode ser simbolizada por uma seta, sobre a qual é colocado o código da tarefa e por baixo é indicada a sua duração. Por exemplo, a tarefa 000 tem 20 dias de duração.



As tarefas podem ser simultâneas quando se iniciam ao mesmo tempo ou quando decorrem total ou parcialmente no mesmo tempo.



Nesta rede são simultâneas as tarefas 090, 010 e 100 e podem iniciar-se ao mesmo tempo depois da finalização da tarefa 000. No exemplo apresentado (Plano de Médio Prazo para 1979-1984) são simultâneas as tarefas W, K e β , a iniciar em 5 de Maio.

As tarefas são convergentes quando conduzem a um mesmo acontecimento. No mesmo exemplo do Plano de Médio Prazo para 1979-1984 são convergentes as tarefas D, H e I, que conduzem ao acontecimento 10 em 2 de Maio.

Denominam-se actividades fictícias aquelas que não consomem tempo nem recursos, constituindo só ligações da rede. São úteis nos casos em que as actividades incluídas na rede são insuficientes para mostrar interdependências existentes.

A construção da rede é um trabalho demorado, que determina, em parte, o êxito dos resultados a obter. Convém que os próprios executores do projecto ou programa sejam quem elabora o PERT, e para isto deverão seguir uma série de regras:

- a) Realizar o inventário, tão completo quanto possível, de todas as tarefas que compõem o projecto;
- b) Estimar o tempo necessário para a realização de cada uma das tarefas, eventualmente com datas máxima e mínima;
- c) Prever os recursos necessários, o que, evidentemente, já tinha sido realizado na fase de programação; uma vez mais lembramos que o planeamento é um processo cíclico, e o PERT obriga a reflectir para evitar o imprevisto;
- d) Para cada tarefa, determinar as tarefas anteriores, indicando quais são imediatamente anteriores;
- e) Determinar as tarefas seguintes, e imediatamente seguintes, para, conjuntamente com o ponto anterior, obter os elementos de sequência;
- f) Construir a rede em forma de módulo.

O exemplo que se segue mostra o PERT utilizado na preparação do Plano de Médio Prazo para 1979-1984, com indicação das tarefas previstas (*figura 13.1*).

Tarefas previstas para o Plano de Médio Prazo para 1979-1984

- A) Distribuição e discussão pelo GEP do documento dos circuitos de planeamento.
- B) Definição das prioridades para o Plano de Médio Prazo para 1979-1984 a realizar pelo GEP.
- C) Estudo da norma e instruções para recolha de informação sobre as estratégias de intervenção, fixação de objectivos e quantificação de despesas correntes e de capital a nível periférico e central. Actividade a realizar pelo GEP.
- D) Reelaboração do documento dos circuitos de planeamento.
- E) Distribuição e discussão pelo GEP do documento das prioridades.
- F) Distribuição e discussão pelo GEP dos documentos referidos em C).
- G) Aprovação das prioridades pelo Secretário de Estado da Saúde.
- H) Reelaboração no GEP do documento das prioridades.
- I) Envio e discussão com a comissão técnica do Plano do documento base, do qual constarão: os circuitos de planeamento a seguir na preparação do Plano de Médio Prazo para 1979-1984; a definição de prioridades para o sector; a norma e instruções para a recolha de informação.
- J) Reelaboração do documento e envio às ADSS (com conhecimento prévio da comissão coordenadora central), com sugestão de datas para uma futura reunião com o GEP, a realizar a curto prazo, onde este serviço prestaria todos os esclarecimentos.
- K) Trabalhos de programação a realizar pelas ADSS, de acordo com a norma enviada, em conjugação com serviços prestadores de cuidados de saúde de nível distrital e concelhio.
- L) Realização de reuniões entre o GEP e as ADSS para esclarecimentos de dúvidas sobre o documento base.
- M) Elaboração a nível regional (duas ou mais ADSS) das propostas do plano regional e envio para o nível central — GEP, DGS, DGH e SMS.
- N) Elaboração pelo GEP e representantes dos serviços centrais das propostas resultantes dos contributos das regiões.
- O) Dactilografia, revisão e reprografia de 30 exemplares das propostas referidas em N).
- P) Discussão e aprovação pela comissão técnica do Plano das propostas mencionadas em N).
- Q) Reelaboração no GEP das propostas resultantes de P) e reprografia de 10 exemplares.
- R) Discussão e aprovação do relatório de propostas pelo Secretário de Estado da Saúde.
- S) Reelaboração do relatório de propostas e reprografia de 30 exemplares.
- T) Distribuição e discussão do relatório de propostas pelo Conselho do Plano para a Saúde ou, no caso da sua inexistência, pelos sindicatos e organizações consideradas como representativas do sector da saúde.

- U) Alterações finais, reprografia, encadernação e envio ao Departamento Central de Planeamento.
- V) Reelaboração do documento referido em I) e envio aos serviços de nível central (S. Geral, SUCH, INSA, ENSP, IHMT e I. N. Sangue) que não têm serviços periféricos prestadores de cuidados de saúde.
- W) Elaboração das propostas pelos serviços referidos em V) e envio ao GEP.
- X) Elaboração pelo GEP das propostas do Plano relativas aos serviços referidos em V).
- Y) Dactilografia, revisão e reprografia de 30 exemplares das propostas referidas em X).
- β) Coordenação com sectores afins, designadamente DGCH, Saneamento Básico, MEC, Segurança Social (coordenação que resultará de uma primeira reunião a realizar em 12 de Maio).

GIRALDES (1987) elaborou uma rede PERT para a programação de um protocolo de um projecto de investigação.

Prevê-se que seja possível o desenvolvimento deste projecto em, aproximadamente, 21 meses, incluindo o tempo necessário à sua publicação, ou em cerca de 17 meses, se não se incluir esta última actividade. Esta estimativa foi possível devido à elaboração de uma rede PERT, que permitiu identificar as principais tarefas a desenvolver e o respectivo caminho crítico (*figura 13.2*).

Foram, assim, consideradas como principais tarefas as seguintes:

- A) Solicitar apuramentos do INS.87, a nível regional;
- B) Envio de elementos do INS.87, a nível regional;
- C) Estimativa da média de dias de incapacidade por tipo de doença;
- D) Estimativa de custos por doença, por regiões;
- E) Formulação definitiva do questionário de *trade-off*;
- F) Dactilografia e reprografia do questionário de *trade-off*;
- G) Distribuição do questionário de *trade-off* pelos entrevistadores;
- H) Estudo e constituição definitiva da amostra;
- I) Formação dos entrevistadores;
- J) Realização das entrevistas;
- K) Apuramentos do questionário de *trade-off*. Preparação do tratamento informático;
- L) Tratamento informático;
- M) Fundamentação teórica. Recolha de bibliografia;
- N) Fundamentação teórica. Redacção;
- O) Dactilografia do texto de fundamentação teórica;
- P) Ordenação das doenças segundo as utilidades. Proposta de transferência de recursos dentro da região e inter-regiões;
- Q) Dactilografia dos restantes capítulos;
- R) Edição.

Se bem que a grande maioria das tarefas façam parte do *caminho crítico*, devido às suas características sequenciais, no entanto, a elaboração da rede PERT permite verificar que algumas tarefas poderão, se necessário, ser prolongadas para além do previsto sem que isso envolva qualquer atraso no desenvolvimento do projecto, designadamente as seguintes:

- Tarefa D), *Estimativa de custos por doença, por regiões*: só virá a ser necessária cerca de sete meses depois da data prevista para a sua conclusão, quando for utilizada na tarefa P), «Ordenação das doenças segundo as utilidades. Proposta de transferência de recursos dentro da região e inter-regiões»;
- Tarefa H), *Estudo e constituição definitiva da amostra*: poderá ser prolongada por cerca de três meses, caso necessário, na medida em que só será utilizado o seu *output* no momento da formação de entrevistadores [(tarefa I)];
- Tarefas M), N) e O), *Fundamentação teórica. Recolha de bibliografia e respectiva redacção e dactilografia*, que poderão estar concluídas, se necessário, apenas no momento em que for concluída a tarefa Q), que consiste na dactilografia dos restantes capítulos do projecto de investigação.

Figura 13.1
Plano de Médio-Prazo para 1979-1984 (sector da saúde)

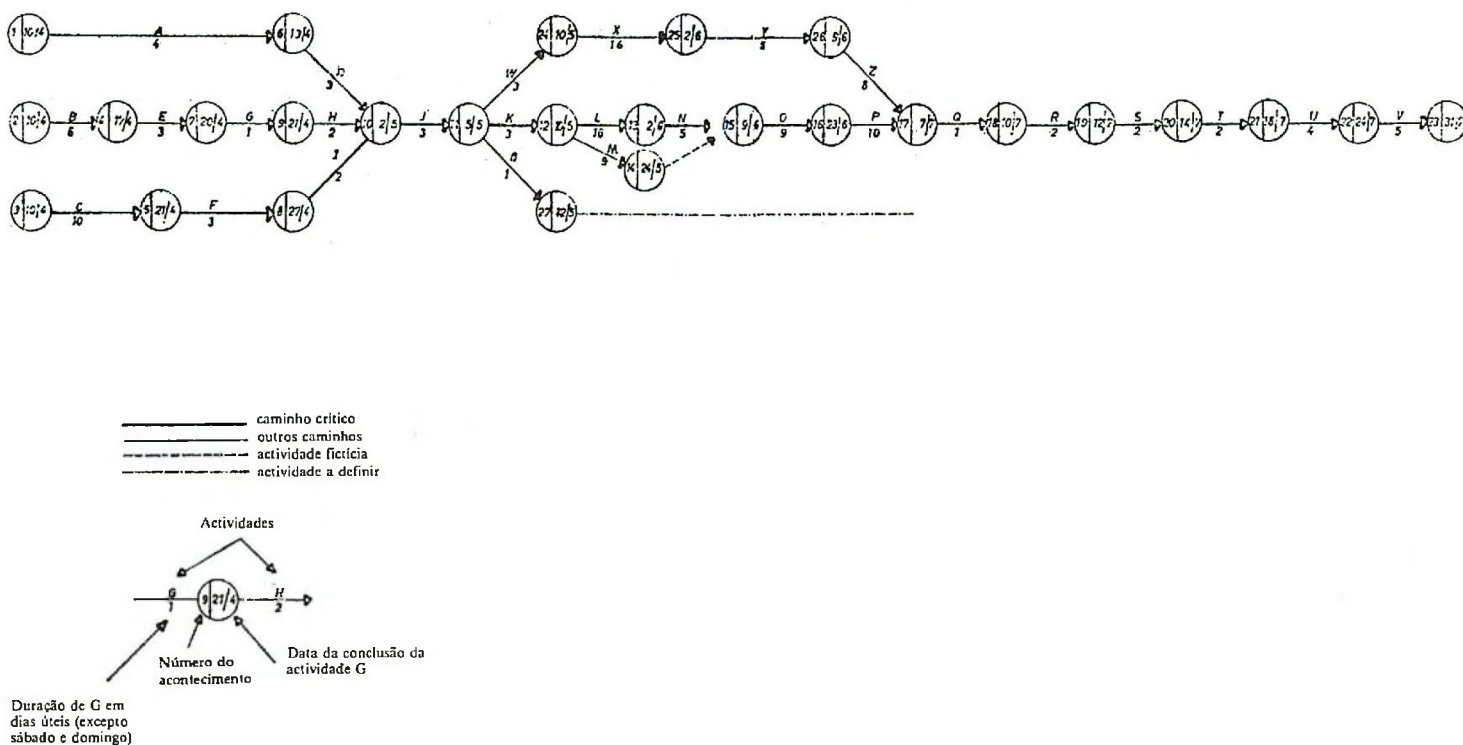
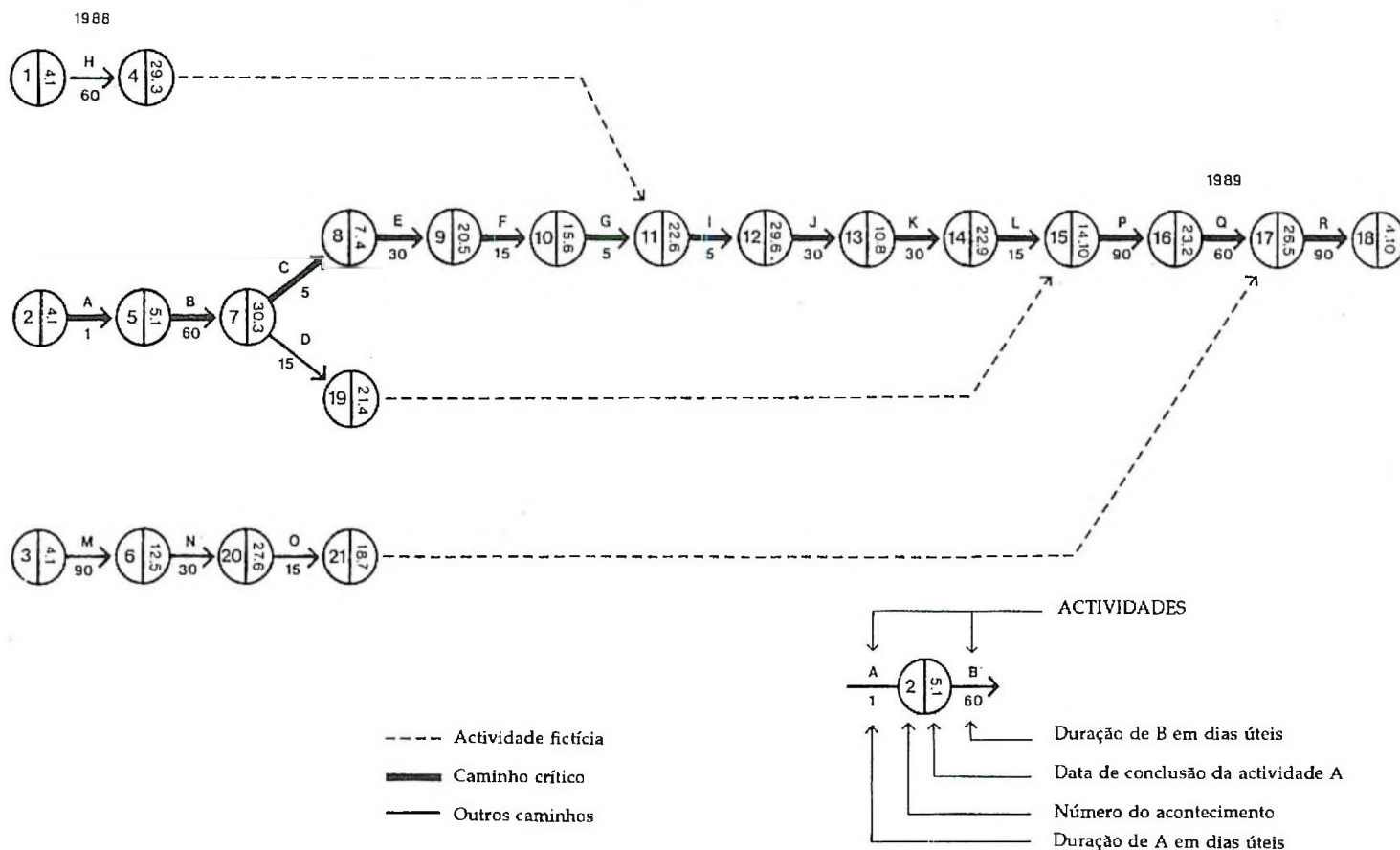


Figura 13.2
Rede PERT para o desenvolvimento do projecto



6. Algoritmos ou árvores de decisão

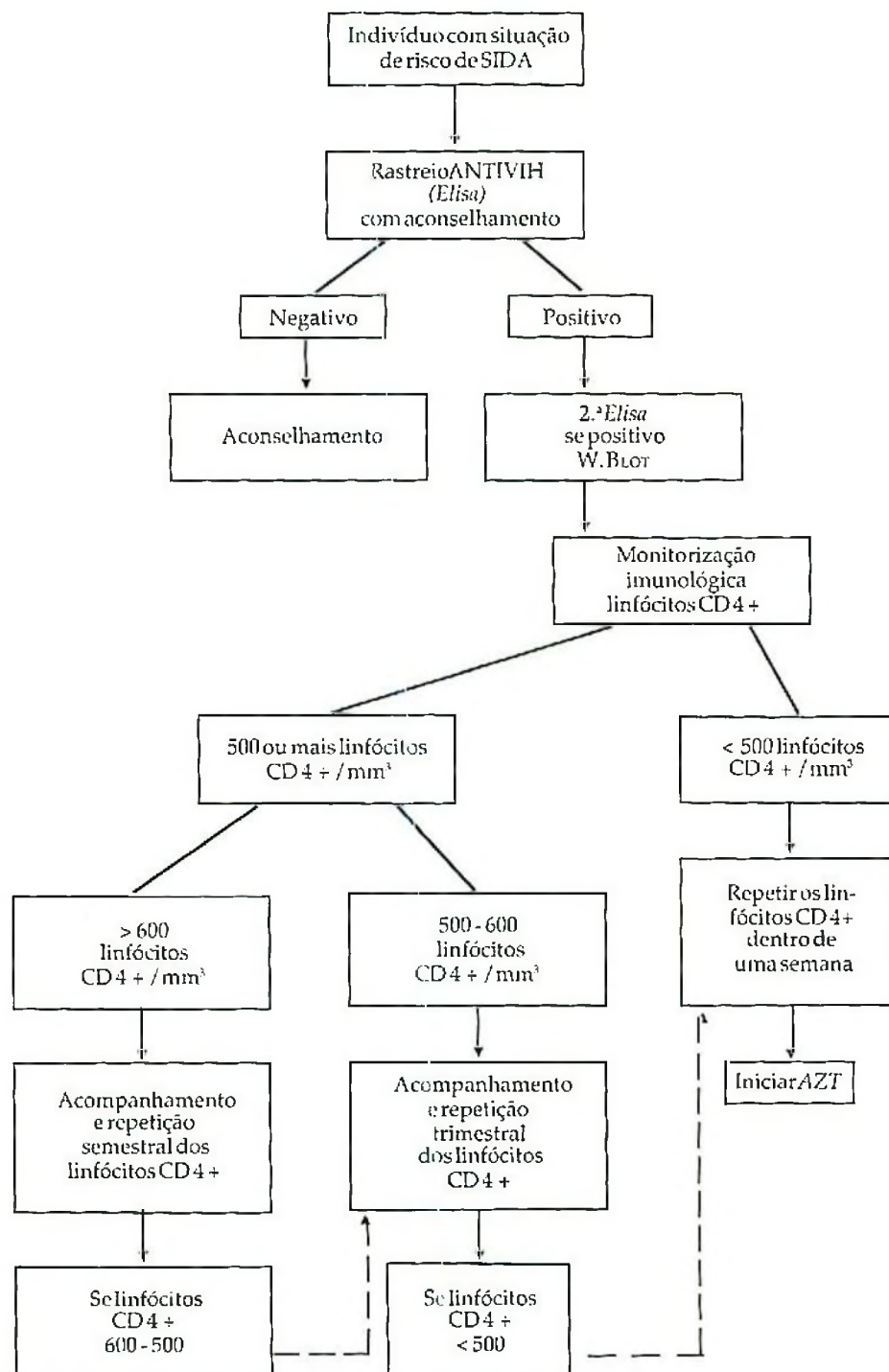
Trata-se de esquemas que representam o encadeamento lógico das ações necessárias ao cumprimento de uma tarefa. São ajudas gráficas que facilitam a análise de uma situação ou a execução de uma actividade (PINEAULT, DAVELUY, 1986).

Os algoritmos apresentam como seguimento possível alternativas excluentes, afirmativas ou negativas. As respostas afirmativas indicam uma medida a tomar, as negativas levam à formulação de outra pergunta (figura 13.3).

Os algoritmos são muito úteis quando a margem de manobra é relativamente estreita (por exemplo, cuidados de urgência) e é possível apoiar o desempenho profissional.

Figura 13.3

Algoritmo: critérios para iniciação de administração de AZT

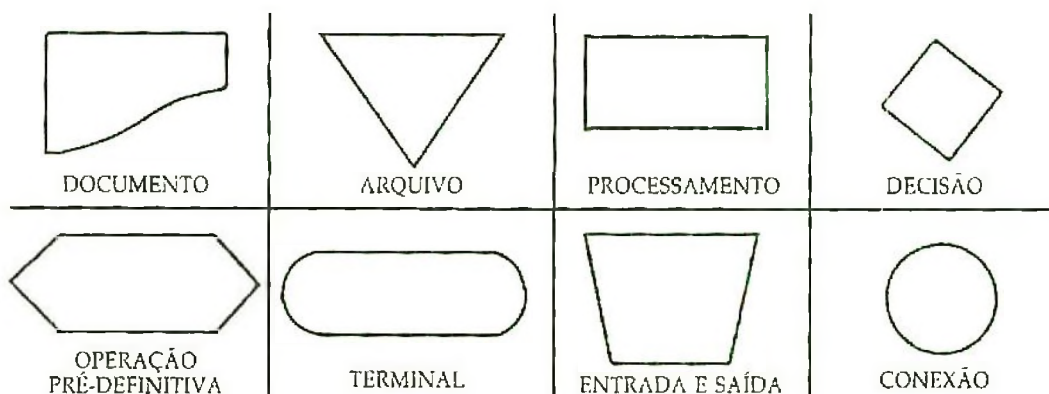
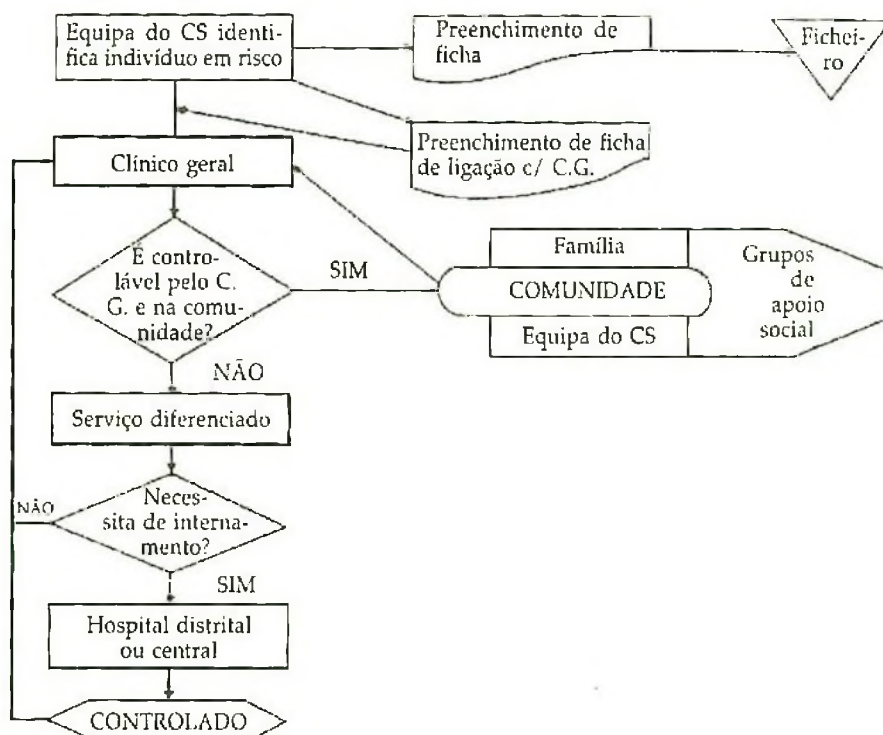


7. Fluxogramas

Os fluxogramas são ajudas gráficas que esquematizam os circuitos seguidos por diferentes casos dentro de uma instituição (*ordinogramme*, *flow chart*, *flow diagram*, fluxograma de blocos). Permitem verificar a sequência lógica das diferentes etapas que, por exemplo, um doente segue dentro de um centro de saúde e põem em evidência pontos de eventual estrangulamento ou risco.

A diferença relativamente aos algoritmos está sobretudo em referir-se a instalações, mas por vezes a terminologia é usada indistintamente, como se pode observar na *figura 13.4*, onde, além de indicar o percurso do utente, se evidenciam momentos de tomada de decisão.

Figura 13.4
Fluxograma para um indivíduo em risco



Fonte: TAVARES (1988) (simbologia de CHIAVENATO).

BIBLIOGRAFIA

- BAINBRIDGE, J., e SAPIRIE, S. — *Gestion des projects sanitaires*, Genève, OMS, 1975.
- GIRALDES, M. R. — *Eficiência Interna e Distributiva na Utilização de Recursos de Saúde. Análise Regional Baseada no Inquérito Nacional de Saúde, 1987*, projecto de investigação apresentado a concurso para professora auxiliar de Economia da Saúde da ENSP, Lisboa, ENSP, Dezembro de 1987.
- MCMAHON, R., et al. — *Si vous êtes chargé de...*, Genève, OMS, 1981.
- POGGIOLI, P. — *Aplicación Practica del Método PERT*, Barcelona, Editores Técnicos Asociados, S. A., 1973.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, GEP — *Trabalhos Preparatórios do Plano de Médio Prazo para 1979-1984, Objectivos e Vias de Solução*, Lisboa, Agosto de 1978.
- PINEAULT, R., e DAVELUY, C. — *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Montreal, Agence d'Arc, Inc., 1986.
- TAVARES, A. — *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde, DR, 1990.

Capítulo 14 — Orçamentos-programa: fundamentação e conceitos

1. Origem do PPBS/RCB

HUET (1971) refere, com detalhe e precisão, as origens do PPBS/RCB. Segundo ele, este movimento teve a sua origem nos Estados Unidos, sob a designação de PPBS, tendo sido o seu ponto de partida a investigação operacional durante a Segunda Guerra Mundial, cujos resultados se estenderam à administração das grandes empresas americanas. A aplicação ao sector público teve início nos gabinetes de estudo americanos, em particular na Rand Corporation, sob a forma de uma técnica de análise mais exigente aplicada a um domínio mais vasto do que a investigação operacional, designada por análises de sistemas.

Em 1962 MCNAMARA empreende a sua aplicação no Ministério da Defesa e, em 1965, o presidente Johnson generalizou a experiência ao conjunto da administração americana através de uma circular que torna obrigatória a aplicação do PPBS na apresentação dos seus orçamentos. Os resultados foram desiguais e, em 1969, após a mudança na administração, a experiência foi retomada de forma muito menos sistemática.

O movimento estendeu-se posteriormente a outros países. No Canadá foi rapidamente adoptado. Na Grã-Bretanha, desde 1960, uma comissão local, sob a presidência de Lord Plowden, foi encarregada de estudar os problemas orçamentais.

A comissão Plowden publicava em 1961 o seu relatório sob a designação «O controle da despesa pública». Em seguida era criado o centro de estudos administrativos e, em 1967, um dos seus animadores lançava o «orçamento e seus *outputs*», uma adaptação do PPBS ao caso inglês.

Simultaneamente, em outros países tinham lugar actuações idênticas, como, por exemplo, na Suécia, na República Federal da Alemanha, na Bélgica e em França.

Em 1971 a CEE (restrita então a seis países) previa um congresso dos responsáveis orçamentais dos países membros para fazer o ponto da situação das reflexões e experiências neste domínio.

Também em Portugal foi na década de 70 que este interesse pelo PPBS/RCB se começou a manifestar.

Vem a ser demonstrado, em 1974, pela estrutura portuguesa de planeamento, então Secretariado Técnico da Presidência do Conselho, mais tarde designado Departamento Central de Planeamento, que organiza um curso com a duração de três semanas, com o apoio de técnicos da OCDE, denominado «curso de racionalização das escolhas orçamentais (RCB)».

Um ano mais tarde é a vez de a Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, então Ministério dos Assuntos Sociais, organizar um «seminário sobre a RCB aplicada às políticas sectoriais de saúde e acção social», com o apoio da Divisão de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde de França.

Esta metodologia foi aplicada pela primeira vez no sector da saúde, em Portugal, nos trabalhos preparatórios do IV Plano de Fomento, em que se elaboraram programas por grandes áreas de problemas, devidamente quantificados em termos de recursos humanos e financeiros.

Tratava-se, no entanto, de uma experiência sem repercussões futuras, dado que abrangeu apenas a despesa extraordinária, e não a totalidade do orçamento, e porque este Plano, como é do conhecimento geral, que foi o mais fundamentado da experiência de planeamento do sector da saúde, acabou por não ser executado, devido a ter sido posto em causa pela revolução de 25 de Abril de 1974.

Durante alguns anos o assunto parece ter estado relativamente adormecido até que em 1983 a OMS elabora um documento de trabalho sobre orçamentos-programa designado «Programme budgeting as a part of the managerial process for national health development (MPNHD)», que vem de novo suscitar algum interesse no domínio da saúde.

Também em 1983 LUDBROOK, da Universidade de Aberdeen, ao visitar Portugal como consultora da OMS, a propósito de «critérios de financiamento em cuidados de saúde primários», refere a necessidade de a implementação daqueles critérios ser feita em conjunto com a elaboração de orçamentos-programa (LUDBROOK, 1983).

Mais recentemente, designadamente em fins de 1989, chega-nos, de novo do Reino Unido, a necessidade de elaborar orçamentos clínicos, que, no fundo, são um orçamento-programa, a gerir por cada médico, em relação à sua própria actividade (WICKINGS, 1989).

2. Motivos que levam a adoptar o PPBS/RCB

HUET (1971) agrupa os motivos da adopção da RCB em duas grandes rubricas:

- O orçamento face à escolha;
- A administração face à mudança.

A primeira diz respeito ao orçamento propriamente dito e deve-se à constatação de uma cada vez maior falta de recursos face ao aumento das necessidades colectivas de uma sociedade industrial e urbana.

A segunda tem em vista uma necessidade de adaptação rápida da administração à mudança, que o progresso exige cada vez mais.

Para que haja realmente lugar a uma *decisão* é necessário que haja uma escolha, a efectuar com base num estudo prévio de alternativas, com definição dos critérios, eventualmente mensuráveis, que permita comparar os resultados.

Para que haja uma *decisão fundamentada* é necessário que haja um conhecimento lúcido dos fins em vista e uma relação estabelecida entre esses fins e os meios empregues, através da análise das hipóteses, definição precisa das acções e pela medida ou apreciação das suas consequências.

Para que haja uma *decisão eficaz* é necessário que exista uma previsão por um período superior a um ano, definição das responsabilidades em todos os níveis de acção e controle dos resultados obtidos através da informação recolhida em função de critérios e de indicadores previamente estabelecidos.

GIRALDES e PONTES CARREIRA (1974) referem como principal motivo para a aplicação do PPBS/RCB a *inadaptação dos processos tradicionais*, designadamente:

- A ideia de que o sector público não tinha de submeter-se a princípios de eficiência;
- Orçamento anual, que toma exclusivamente em consideração o ano e, portanto, não prevê a evolução a médio e longo prazos;
- Ausência da ventilação das despesas por destinos;
- Incapacidade de definir o reflexo das despesas em termos de quantificação dos seus efeitos;
- Controle da execução da despesa puramente contabilístico.

3. Objectivos dos orçamentos-programa

No estudo da OMS (1983) sobre orçamentos-programa considera-se como objectivos destes:

- Ajudar os responsáveis pela *tomada de decisão* a estabelecer prioridades e seleccionar as melhores estratégias, dando-lhes informação acerca dos recursos disponíveis e seu custo e sobre os efeitos de diferentes tipos de acção;

- Traduzir as necessidades financeiras dos *programas de saúde* em *orçamentos* das instituições que irão pôr em execução esses programas.

Ao relacionar o *orçamento* e a *programação*, as necessidades de recursos podem ser determinadas de forma que os responsáveis pela tomada de decisão possam fazer *escolhas*.

LUDBROOK (1983), ao analisar a problemática do financiamento dos cuidados de saúde primários em Portugal, aconselhou a elaboração de *orçamentos-programa* que teriam por objectivos:

- Identificar a distribuição da despesa por tipo de actividades — preventivas, curativas, transferências para o sector privado e internamento;
- Actuar como um indicador de *eficiência*, através da análise dos *outputs* orçamentais;
- Controlar a despesa realizada nos cuidados de saúde primários, criando processos de *auditoria médica* e de *revisão pelos pares*, por forma a que existam incentivos para os médicos cumprirem os objectivos fixados;
- Permitir modificar a actual estrutura da despesa, em que as proporções de acréscimo ou diminuição da despesa nas diferentes actividades se baseiem num estudo do valor marginal dos diferentes programas.

CAHILL (1989), por sua vez, estabelece a finalidade de um *orçamento prospectivo* como um instrumento de política que, se for cuidadosamente preparado e implementado, oferece um mecanismo que permite controlar a despesa total, num enquadramento institucional que permita aos médicos continuar a exercer segundo as escolhas mais apropriadas em relação aos seus doentes.

De uma forma operacional, os *orçamentos-programa prospectivos* criam incentivos dentro do sistema de saúde para *aumentar a eficiência*, dirigindo-se tanto às despesas em volume como ao seu custo unitário. A principal vantagem de uma política deste tipo é o facto de se dirigir ao *outcome* desejado — o controle do crescimento da totalidade da despesa em função do objectivo que se pretende atingir.

4. Conceitos

HUET (1971) define a RCB — racionalização das escolhas orçamentais — como uma investigação metódica aplicada à intervenção pública e que, utilizando as técnicas disponíveis de análise e de cálculo, de previsão, de organização e de gestão, visa a concretização eficaz de uma política. Sendo assim, a *ajuda à decisão* e a *eficácia da gestão* são dois aspectos interligados que a RCB nos oferece.

CAHILL (1989), por seu lado, apresenta a seguinte definição de *orçamento prospectivo*. Um *orçamento prospectivo* define-se como um instrumento de política que inclui: um conjunto de serviços, uma determinada área geográfica ou/e um determinado grupo; monitorização do actual volume e intensidade da despesa desse determinado conjunto de serviços, utilizando o *orçamento prospectivo* como medida de execução; estabelecimento claro de determinados conjuntos de medidas e mecanismos para a sua implementação no caso de ser excedido o *orçamento* estabelecido.

Estes são os três elementos fundamentais de qualquer *orçamento-programa*. Os detalhes destes elementos básicos variarão com os objectivos da política e a avaliação da efectividade de mecanismos de resposta alternativos a cada conjunto específico de serviços incluído no *orçamento prospectivo*.

WICKINGS (1985) procede, por seu turno, a uma definição de um aspecto particular do *orçamento-programa*, o do *orçamento clínico*.

Define-o como um *orçamento* para cada área da actividade clínica, em vez de ser relativo simplesmente às funções que existem para suporte do trabalho clínico, tais como enfermagem, medicamentos, radiologia, que são considerados como *inputs* da administração dos serviços de saúde.

O *output* é o tratamento dos doentes. As autoridades estarão, assim, em condições de relacionarem os *inputs* com os *outputs* e, em consequência, modificarem os *orçamentos*

entre os diversos serviços através da modificação dos *outputs*, desde que se saiba a melhor forma de otimizar os «benefícios» para a comunidade.

A razão fundamental pela qual não se pode passar sem orçamentos clínicos é a necessidade de efectuar escolhas entre opções competitivas em todos os sistemas de saúde, mesmo nos países mais ricos.

Podem considerar-se diversos *tipos de orçamentos-programa* a estabelecer no sector da saúde.

MOONEY *et al.* (1980) consideram essencialmente três tipos:

- Por grupos de «clientes» (idosos, crianças, etc.);
- Por grupos de doenças (doenças do aparelho digestivo, neoplasias, etc.);
- Por áreas geográficas.

Estes autores optam por uma classificação mista que seja uma combinação de grupo de «clientes» com orçamentos por tipo de doenças e áreas geográficas.

5. Metodologia do PPBS/RCB

A inspiração do método RCB é-nos dada pelos princípios modernos de gestão recomendados às empresas e que podem ser transpostos, após adaptação, para o domínio da intervenção pública (HUET, 1971).

Segundo este autor, o primeiro princípio da RCB é o do *planeamento estratégico*, que responde às condicionantes contraditórias da previsão e da mudança que sofrem todas as grandes organizações.

Trata-se de concretizar um sistema decisional que permita, com ordem e precisão, com base num inventário do presente e das situações futuras previsíveis, assim como dos meios disponíveis ou mobilizáveis, definir objectivos acessíveis e a programação de acções susceptíveis de os obterem. O aspecto estratégico deste plano deriva da existência de alternativas e da possibilidade de ser constantemente revisto.

O segundo princípio resume-se à *directão por objectivos*, técnica que tem em vista uma melhor mobilização das energias e implica uma descentralização das decisões, com a criação de uma pluralidade de centros de decisão, a diferentes níveis, a que são distribuídos de forma coerente tarefas e objectivos precisos. Através desta participação tenta-se dar a todos os níveis de intervenção uma *participação* na acção. Esta participação reveste dois sentidos. Por um lado, implica que para a preparação das decisões as propostas venham da base e que os objectivos sejam discutidos com aqueles que tenham de ser responsáveis por eles e aceites por eles. Por outro lado, implica que exista consciência, em todos os níveis de decisão, da parte que têm na realização do projecto colectivo da organização, esperando conseguir, graças a uma maior compreensão de todos, se não sempre adesão, a coerência e a eficácia da acção.

O terceiro princípio exprime-se pelo *controle orçamental dos resultados*, o que implica que a previsão deva ter sido feita de forma precisa em termos quantitativos e que exista uma comparação contínua dos resultados atingidos com os esperados naquele período de tempo. A medida dos desvios deve conduzir a acções correctivas.

O quarto princípio diz respeito ao estabelecimento de um *sistema de informação completo e fechado*. Este fluxo de informação constante e rigoroso é dirigido para aqueles que, em cada um dos níveis, têm dele necessidade para aclarar as suas decisões e controlar a respectiva execução.

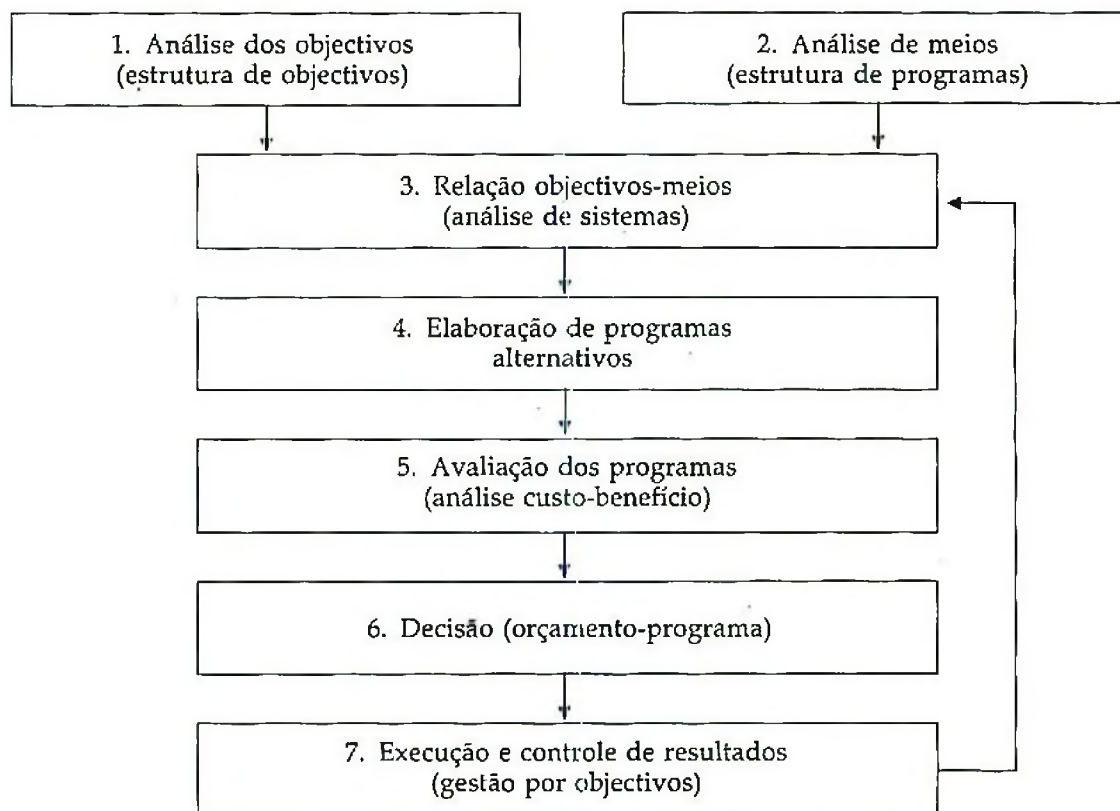
Em síntese, o conjunto destes princípios resume-se a uma acção metódica de racionalização, que conduz à adopção voluntária e progressiva de uma actuação coerente de preparação, execução e controle das decisões em cada nível de responsabilidade. Esta actuação terá sempre um fim em vista.

GIRALDES e PONTES CARREIRA (1974) sintetizam da seguinte forma as fases da metodologia do RCB. Pressupõe a existência de três fases: preparação da decisão; decisão; execução e controle.

A *preparação da decisão* envolve a análise dos objectivos; a análise dos meios; a relação entre objectivos e meios; a elaboração de programas alternativos e a avaliação dos programas.

Pode sintetizar-se da forma apresentada na *figura 14.1* o procedimento enunciado.

Figura 14.1
Fases da metodologia do RCB



Fonte: GIRALDES e PONTES CARREIRA (1974).

As duas primeiras fases podem ser simultâneas. As restantes fases são sequenciais no tempo.

Uma vez começada a execução e controle dos resultados, deverá pôr-se em causa o que foi determinado nas fases anteriores a partir da fase 3 (relação objectivos-meios), o que poderá levar a encontrar uma nova relação — um programa alternativo. Torna-se, portanto, um processo permanente.

CAHILL (1989) sintetiza da seguinte forma as questões básicas para o estabelecimento de um orçamento-programa:

- *Finalidade do orçamento prospectivo* — a forma de desenvolvimento de um sistema de orçamentação prospectivo dependerá do objectivo: impor um *plafond* rígido para a despesa num determinado período de tempo, ou o orçamento tem em vista a monitorização de um conjunto de respostas flexíveis, consoante tenha sido excedido o orçamento;
- *Aspectos institucionais que facilitem a implementação da política do orçamento-programa*. Por exemplo, o estabelecimento de um orçamento prospectivo terá em atenção as implicações dos incentivos destinados aos consumidores e o efeito destes incentivos na capacidade dos médicos de controlarem o volume total de serviços prestados e/ou modificarem os padrões da sua prática clínica;
- *Âmbito do orçamento-programa*. É particularmente importante considerar o âmbito do orçamento na perspectiva de que se podem ocasionar transferências de serviços incluídos no orçamento para serviços não abrangidos pelo orçamento;
- *Áreas geográficas incluídas no orçamento prospectivo*. Áreas mais pequenas podem experimentar flutuações aleatórias nas despesas de saúde que estejam fora do

controle dos prestadores, mas, em contrapartida, prestadores em áreas mais pequenas podem ter a capacidade de estabelecer organizações que sejam mais efectivas na comunicação das suas respostas aos incentivos do que em áreas geográficas mais amplas e mais dispersas.

Estas questões básicas devem permitir responder a questões como as seguintes:

- 1) Quais são os incentivos para os médicos modificarem a sua prática clínica devido à existência de novas alternativas?
- 2) Esta alternativa fornece incentivos aos médicos para organizarem e sentirem uma maior responsabilidade com o sistema de saúde?
- 3) Em que medida esta escolha impede ou encoraja uma transferência de gastos para outras componentes do sistema ou para o sector privado?
- 4) Esta escolha afecta o acesso dos beneficiários e a qualidade dos cuidados?
- 5) Qual é o efeito desta alternativa relativamente a outros serviços incluídos, ou não, no orçamento?

6. Experiência piloto do Centro de Saúde de Serpa

Podem sintetizar-se da forma que se segue os objectivos e a metodologia deste estudo piloto ¹.

Objectivos:

- Estabelecer uma ligação entre o plano e o orçamento através de uma experiência no Centro de Saúde de Serpa;
- Conhecer a despesa de todos os subprogramas, incluindo custos directos e indirectos, para assim chegar ao orçamento;
- Conhecer a distribuição da despesa, nomeadamente onde há maiores gastos, para poder actuar por forma a obter maior eficiência;
- Adequar os recursos às actividades previstas no âmbito dos subprogramas prioritários para obtenção das metas propostas.

Estrutura do plano

O plano está estruturado em quatro programas, os quais são subdivididos em subprogramas (quadro 14.1).

Metodologia

Os subprogramas incluem não só as actividades a desenvolver para fazer face aos problemas prioritários, mas todas as actividades em curso no centro de saúde. Não sendo viável individualizar todas as áreas em que o centro de saúde actua, o subprograma «Outras actividades no âmbito da saúde de adultos» é um subprograma residual que inclui acções não consideradas nos restantes.

Foi feita a correspondência entre as actividades e os custos directos a que dão origem. Conhecida a estrutura dos custos directos dos vários subprogramas, isto é, o peso percentual de cada um face ao total dos custos directos, serão imputados os custos indirectos nessa mesma proporção aos vários subprogramas. Por *custos indirectos* entendem-se todos os custos derivados de actividades diversas ligadas à administração.

Quadro 14.1

Programas e subprogramas considerados no Centro de Saúde de Serpa

Programas	Subprogramas
Saúde materna	• Planeamento familiar • Saúde materna
Saúde infantil	• Saúde infantil • Saúde escolar
Saúde de adultos	• Hipertensão arterial e acidentes vasculares cerebrais • Dislipidemias • Diabetes <i>mellitus</i> • Doenças respiratórias • Cancro da mama e registo oncológico • Insuficiência renal crónica • Reumatismos • Transtornos do aparelho digestivo • Saúde mental • Outras actividades no âmbito da saúde de adultos
Meio-ambiente	• Meio-ambiente

Como *custos directos* foram considerados os seguintes:

- Pessoal: custo das horas dedicadas a cada subprograma;
- Material específico: custo do material que só é utilizado para um subprograma (por exemplo, BM testes para diabetes);
- Medicamentos: custo dos medicamentos prescritos nas consultas do centro de saúde e pagos pela ARS às farmácias;
- Meios complementares de diagnóstico: custo dos meios complementares de diagnóstico prescritos em consulta e feitos em laboratórios convencionados;
- Transporte de pessoal: custo dos quilómetros feitos para visita domiciliária ou para consultas nas extensões;
- Transporte de doentes: pagamentos aos bombeiros ou outras entidades convencionadas por transporte de doentes transferidos do centro de saúde para os serviços hospitalares;
- Reembolsos: custos dos reembolsos por meios complementares de diagnóstico feitos no sector privado ou por deslocação de doentes e/ou familiares.

Custos com pessoal

Para atingir as metas estabelecidas nos subprogramas, tendo em conta os recursos humanos disponíveis, calculou-se o número de horas por tipo de pessoal (médico, enfermagem, técnicos sanitários ou outro) a afectar a cada subprograma².

Custos com material específico

Não se entrou aqui com aquele material que é utilizado em todos os subprogramas, mas somente com o que serve exclusivamente para um subprograma. Foi feita uma estimativa das necessidades durante o ano.

² No cálculo da hora, para além do vencimento base, entrou-se também com os subsídios com carácter fixo.

Medicamentos e meios complementares de diagnóstico

Como não havia conhecimento do tipo de medicamentos gastos, nem do tipo de meios complementares de diagnóstico prescritos por patologia, houve que elaborar um pequeno questionário para fazer o cruzamento desta informação.

Este questionário foi dirigido aos médicos de clínica geral de uma extensão que abrange 33% da população da área de influência do centro de saúde. Foi aplicado durante duas semanas alternadas, tendo sido preenchido um questionário por cada utente que foi à consulta num desses dias.

O apuramento dos resultados permitiu calcular os gastos com medicamentos e meios complementares de diagnóstico cruzado com o tipo de patologia. Feita a estimativa para estas duas áreas de despesa em 1990, foi possível aplicar a estrutura da despesa por subprograma, determinando assim como custos directos a despesa em medicamentos e meios complementares de diagnóstico.

Transporte de pessoal

O transporte de pessoal do serviço pode ser feito em carro do serviço, carro próprio e táxi. Foi calculado o número de quilómetros que são percorridos para desenvolvimento de actividades previstas nos vários subprogramas fora da sede do centro de saúde (visitas domiciliárias ou consultas nas extensões), que, multiplicado pelo preço do quilómetro, nos dá o custo total com transportes por subprogramas.

Transporte de doentes

Para se conhecer o gasto em transportes por subprograma recorreu-se a uma amostra de verbetes correspondentes aos transportes durante três meses do ano anterior. Feita uma estimativa do valor global a gastar em 1990 nesta rubrica, aplicou-se depois a estrutura da despesa encontrada por cada subprograma.

Reembolsos

O custo previsível em reembolsos, em 1990, em meios complementares de diagnóstico e transporte de doentes e/ou familiares foi imputado segundo a mesma estrutura encontrada a partir do questionário para o sector convencionado de meios complementares e transporte de doentes.

Como *custos indirectos* são considerados os seguintes:

- Consumos de armazém: produtos farmacêuticos, material de consumo clínico, material de consumo hoteleiro, material de consumo administrativo, material de manutenção e conservação e outro;
- Fornecimento de serviços: água, electricidade, comunicações, combustíveis, etc., e ainda rendas e alugueres;
- Outras despesas com pessoal: remunerações de pessoal cujo trabalho se relaciona com todos os subprogramas, sendo difícil afectar um número exacto de horas a cada subprograma (por exemplo, pessoal administrativo ou pessoal dos serviços gerais). Sendo conhecidos todos os custos directos dos vários subprogramas e o seu peso percentual face ao somatório dos custos directos, são imputados aos subprogramas os custos indirectos de acordo com o peso percentual de cada subprograma.

A soma da despesa encontrada para cada subprograma, incluindo custos directos e indirectos, vai dar-nos o valor do orçamento de despesa, sendo possível conhecer por cada rubrica do orçamento o que se gasta para execução dos subprogramas.

BIBLIOGRAFIA

- CAHILL, K. R., e LANGWELL, L. — *Issues in Prospective Budgeting for Medicare in the United States* (comunicação apresentada na 1st European Conference on Health Economics, Barcelona, Setembro de 1989).
- GIRALDES, M. R., e PONTES CARREIRA, H. — *Relatório do Curso sobre Racionalização das Escolhas Orçamentais (RCB)*, vol. 1, Lisboa, Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde, 1974.
- HUET, P. — *Présentation de la RCB*, Ministère de l'Économie et des Finances, s. l., s. e., Janeiro de 1971, 41 páginas.
- HUET, P., e BRAVO, J. — *L'Experience française de rationalization des choix budgétaires*, Paris, Presses Universitaires de France, 1973, 294 páginas.
- LUDBROOK, A. — *Principles for Financing Primary Health Care Services in Portugal*. Report of a Visit to Portugal, 28th November-2nd December 1983, s. l., s. e., s. d.
- MOONEY, G. H., et al. — *Choices for Health Care*, ed. Ken Judge, 1980, 177 páginas.
- OMS — *Programme Budgeting as a Part of the Managerial Process for National Health Development (MPNHD). Guiding Principles*, Geneva, Outubro de 1983.
- WICKINGS, I., e COLES, J. — *The Ethical Imperative of Clinical Budgeting*, Outubro de 1985, 8 páginas («Nuffield/York Portfolios»).

PARTE VIII — AVALIAÇÃO

Capítulo 15 — Avaliação

1. Conceito e situação no processo de planeamento

Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar. Este conceito leva-nos a precisar simultaneamente o objectivo e o objecto da avaliação: determinar o valor de uma intervenção naquilo que nos conduz a uma decisão. Do ponto de vista do objectivo, deve considerar-se a tomada de medidas de melhoria; do ponto de vista do objecto, deve considerar-se a natureza do problema a avaliar: execução de um programa, qualidade dos cuidados, etc.

O padrão ou modelo utilizado é, em última instância, um valor de referência (WOLLAST, 1981). Numa situação de planeamento os valores de referência poderão ser o diagnóstico da situação inicial e os objectivos ou metas fixadas (IMPERATORI, 1985).

Uma avaliação pretende utilizar de maneira sistemática a experiência para melhorar uma actividade em curso e planificar mais eficazmente (OMS, 1978). Para isto é necessário determinar o valor das intervenções realizadas.

Considerar-se-ão sinónimos a palavra *avaliação* e a expressão *controle da execução*, na medida em que ambas compreendem o estabelecimento de *standards*, a comparação com execuções esperadas e a adopção de medidas correctivas.

No entanto, o termo *controle* levanta resistências, sobretudo entre o pessoal médico, pelo que está cada vez mais confinado ao meio industrial.

Outros termos, como, por exemplo, *monitorização*, são utilizados com o mesmo sentido. Reserva-se, no entanto, o uso deste, para situações onde é feito o acompanhamento sistemático da evolução de determinados problemas.

Na terminologia inglesa utiliza-se *assessment* como «determinação não necessariamente seguida de medidas correctoras», razão por que o termo *assurance* tem vindo a ser cada vez mais utilizado para mostrar a necessidade e importância das medidas de melhoria. Também em português a palavra *avaliação* tem vindo a ser substituída por *garantia de qualidade*.

Embora a avaliação como técnica seja um contributo relativamente recente, de facto sempre existiu e todos os serviços de saúde têm utilizado processos de avaliação mais ou menos científicos, mais ou menos subjectivos. Estas limitações da avaliação até agora usada são factores que contribuem para levantar barreiras aos novos métodos avaliativos. A medida mais ou menos automática dos fracassos e a avaliação por vezes emocional do trabalho realizado, com as consequentes represálias a nível do prestígio profissional, devem ser substituídas por processos contínuos onde se participe, comunique e analise livremente a informação nos diferentes níveis operacionais.

A criação de um clima de confiança e apoio dentro do programa é fundamental para o êxito das sucessivas avaliações. Ninguém está disposto a arriscar numa avaliação se não obtiver qualquer coisa de favorável em troca, seja ao nível do financeiro, do prestígio ou do puramente emocional.

Uma caricatura publicada no *Pulse* em Outubro de 1979 sobre avaliação inter pares, mostrando um médico a olhar pelo buraco da fechadura do gabinete de outro colega, evidencia as resistências que a avaliação levanta e a necessidade de serem mostradas as suas vantagens para aumentar a sua aceitação, mesmo entre os clínicos gerais ingleses.

A avaliação necessita da determinação cuidadosa das situações para poder conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis. Deve basear-se em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter.

Salienta-se a relação da avaliação com os sistemas de informação, em geral, e com a fiabilidade dos dados e com a qualidade dos registos, em particular, através da conhecida frase «avalia quem pode e não quem quer», afirmando que a qualidade da avaliação está determinada pela qualidade da informação que utiliza.

Constituindo as insuficiências de informação uma das principais dificuldades das avaliações, parece oportuno lembrar a chamada «lei de Finagle», que de maneira pessimista nos ilustra quanto à disponibilidade, pertinência e fiabilidade da informação no planeamento, nomeadamente durante o diagnóstico e a avaliação:

Os dados que desejamos não correspondem aos que nos dão; os dados que pedimos não correspondem aos que necessitamos; os dados que necessitamos são impossíveis de obter.

Se a precisão de uma avaliação está condicionada às informações existentes, deverá ser procurado o equilíbrio útil entre a precisão e as possibilidades de intervenção futura. De nada vale conseguir nas avaliações graus de precisão que na prática não se utilizarão para melhorar as actividades. Uma avaliação menos exaustiva em extensão e profundidade pode concentrar-se em aspectos que permitam tomar medidas úteis.

Como se pode apreciar na *figura 3.7* (parte I, capítulo 3), «Principais etapas no processo de planeamento da saúde», a avaliação ou controle constitui a etapa final, ligando-se circularmente com a fase inicial do mesmo processo: a determinação do diagnóstico da situação (com as suas componentes recolha de dados, análise, definição dos problemas, etc.). Assim, a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência, e não só justificar actividades já realizadas ou identificar insuficiências, como frequentemente acontece. Na *figura 5.2* (parte II, capítulo 5) pode apreciar-se que, embora a esquematização das etapas do planeamento seja diferente da já apresentada, a fase final, aqui denominada *determinação dos resultados*, ou *impacte*, corresponde à avaliação ou controle da execução e relaciona-se com a fase inicial do diagnóstico, chamada neste esquema *determinação das necessidades e factores de risco*.

2. Tipos de avaliação

As classificações de avaliação, embora úteis, enfermam de artificialidade.

Assim, conseguir separar avaliações quantitativas de qualitativas parece um exercício académico. A barreira é impossível de definir e a maior parte dos dados quantitativos fornecem elementos de qualidade; por sua vez, as técnicas de avaliação qualitativa recorrem à quantificação em numerosas oportunidades.

De maior interesse é a divisão entre avaliações retrospectivas e prospectivas ou programadas, englobando-se nas primeiras, casos em que são avaliados serviços ou actividades já em funcionamento e nos quais se aproveitam os elementos estatísticos disponíveis em registos ou arquivos. Este tipo de estudo está naturalmente condicionado à informação existente e os padrões de comparação são determinados *a posteriori*, o que diminui a necessária objectividade.

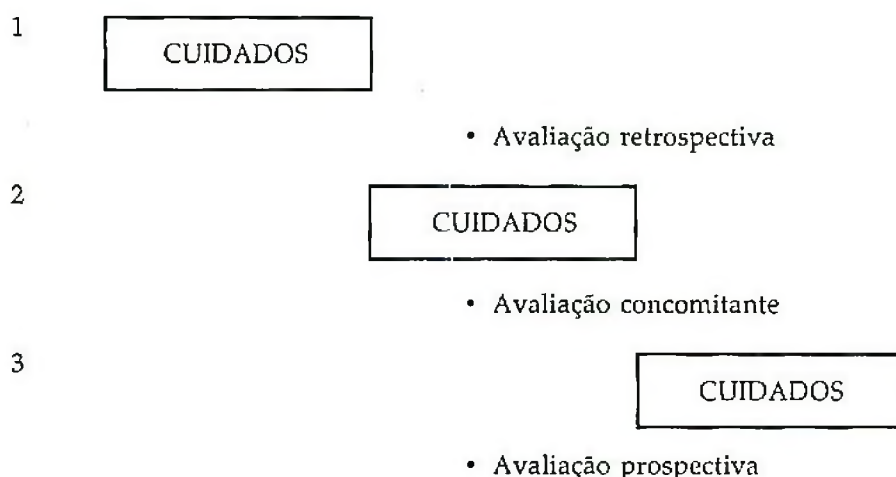
São as avaliações programadas, prospectivas ou previstas, aquelas que reúnem maior número de condições para o êxito, porque permitem determinar *a priori* as necessidades de informação e os padrões de comparação.

Problemas de terminologia levantam-se também neste caso. PALMER (1989) classifica as avaliações segundo a relação temporal com a acção avaliada em três categorias: retrospectivas, concorrentes ou concomitantes e prospectivas (*figura 15.1*).

Segundo esta classificação, as retrospectivas seriam as mais frequentes, as concorrenciais teriam a vantagem de poderem beneficiar o prestador e o utente, sendo as prospectivas verdadeiras previsões de acontecimentos.

Figura 15.1

Classificação das avaliações segundo a sua relação com a acção avaliada



PALMER (1989).

As avaliações retrospectivas raramente melhoram os cuidados dos doentes avaliados, embora melhorem os dos futuros doentes.

As concomitantes, embora melhorem os cuidados da situação avaliada, são mais difíceis de realizar.

As avaliações prospectivas estão ainda mais dependentes da informação, recorrendo-se muitas vezes à informática. Têm sido utilizadas em programas de «segunda opinião cirúrgica» e de pertinência de internamentos.

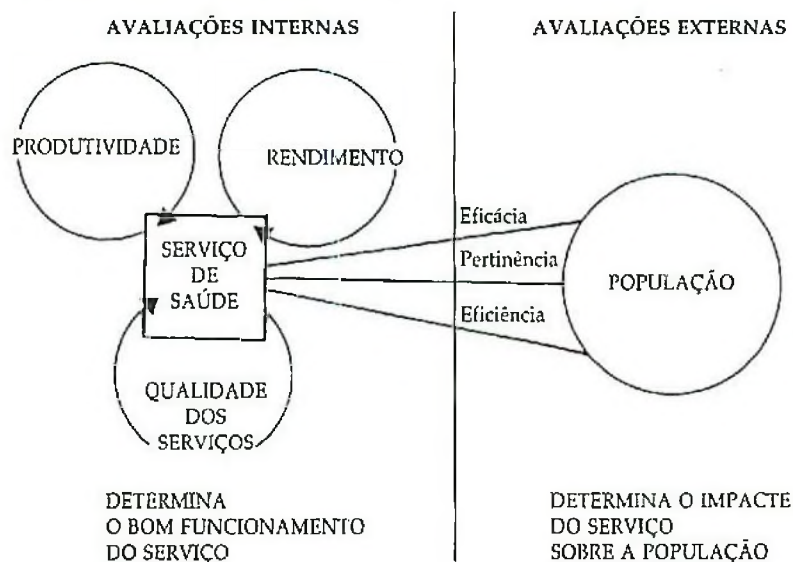
Esta classificação está directamente relacionada com a recomendação do retorno rápido das informações que deve existir em toda a avaliação.

Quanto mais tempo passe, menos pertinentes serão as conclusões da avaliação e mais dificilmente se tomarão medidas de melhoria.

Também existem interpretações diferentes para a classificação das avaliações em internas e externas. Para WOLLAST (1981), as primeiras visariam determinar o bom funcionamento dos serviços e as últimas conhecer o impacte das actividades sobre a população. Desta maneira, fica no âmbito das avaliações internas a produtividade, o rendimento e alguns problemas de qualidade e e nas chamadas externas, por exemplo, aspectos de pertinência e de eficácia (figura 15.2).

Figura 15.2

Classificação das avaliações



WOLLAST (1981).

PALMER (1989) e outros americanos consideram avaliações internas aquelas onde os profissionais elaboraram as normas ou critérios que decidirão a avaliação e externas aquelas em que as normas foram realizadas por indivíduos diferentes dos que serão avaliados, podendo ser peritos ou colegas de outro serviço.

O valor de uma avaliação interna dependeria, assim, do compromisso dos profissionais em serem rigorosos com a sua avaliação. As externas dependem muitas vezes de quem distribui os recursos, mas nem sempre controla os factores que determinam a boa prática.

A classificação mais conhecida é a de DONABEDIAN (1980), que classificou as avaliações em: de estrutura, do processo e dos resultados, de que se apresentam alguns exemplos:

A) Da estrutura:

- Equipamento e instalações;
- Organização e pessoal, incluindo número e tipo;
- De factores geográficos condicionantes;

B) Do processo:

- Cobertura da detecção de casos (métodos, grupos em risco, vigilância dos casos positivos);
- Diagnóstico (métodos utilizados, especificidade);
- Tratamento (normas sobre uso de medicamentos, normas cirúrgicas);
- Transferência de casos (envio a serviços mais diferenciados);
- Coordenação e continuidade dos cuidados (número de médicos ou serviços que trataram do doente durante um episódio ou durante certo tempo);

C) Dos resultados:

- Satisfação do doente;
- Consequências para a saúde (mortalidade, morbilidade, complicações, fase do cancro no momento do diagnóstico, amputações em diabéticos, surdez por otite média, úlceras de decúbito, infecção pós-operatória, etc.).

Embora se pense que um programa deva ser avaliado de maneira completa, algumas modalidades de avaliação são utilizadas autonomamente, sem estarem integradas num sistema geral de avaliação nem fazendo parte de um programa.

É o caso da avaliação económica de programas, sobre a qual há uma vasta bibliografia, nomeadamente, no nosso meio, CORREIA DE CAMPOS (1987) ou, entre outros, no estrangeiro, DRUMOND, STUDDART e TORRANCE (1987).

Sob este nome agrupam-se várias modalidades de análise: de custos, comparada de custos, custo-benefício, custo-efectividade, custo-utilidade, sobre as quais não nos deteremos.

Deve-se, no entanto, assinalar que existem diferenças de terminologia na literatura e sublinhar que a aparente precisão das técnicas custo-benefício, por exemplo, baseia-se em hipóteses às vezes excessivamente simplificadoras que permitem a quantificação.

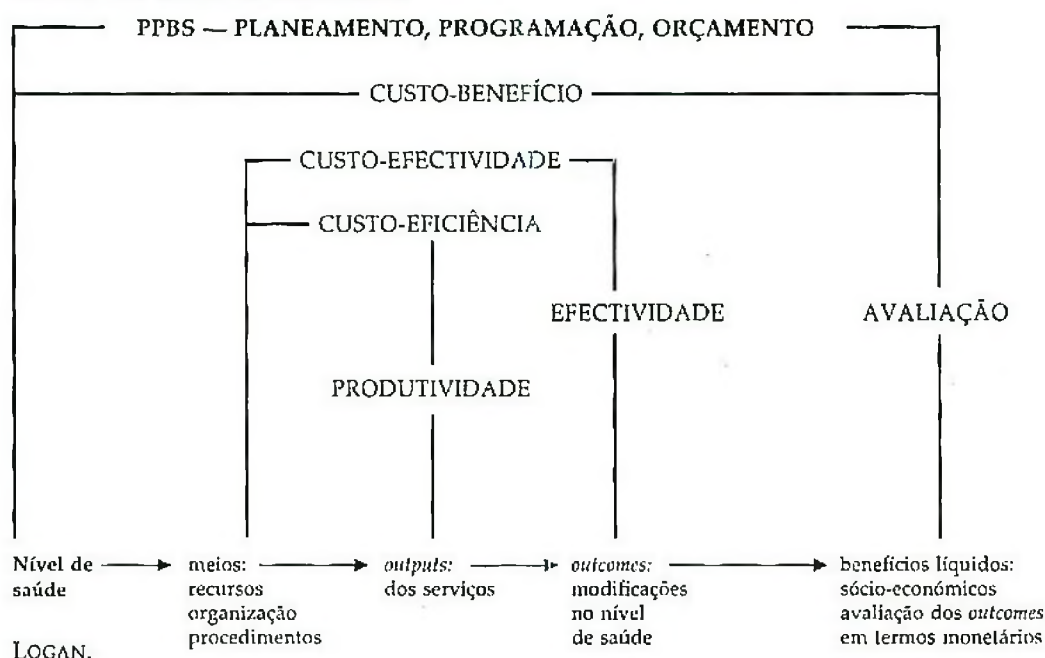
As sistematizações de LOGAN na *figura 15.3* e a de SERIGÓ SEGARRA (1972) no *quadro 15.1* esquematizam, embora com diferenças, os principais elementos utilizados por estas técnicas.

3. Processo de avaliação. Componentes

Em *L'Évaluation des programmes de santé* (OMS, 1981) considera-se que o processo de avaliação é composto pelas seguintes componentes:

- Definição do objecto da avaliação;
- Verificação da pertinência;
- Apreciação da adequação;

Figura 15.3
Níveis de análise económica



Quadro 15.1
Avaliações

De eficácia	De eficiência
Objectivos atingidos	Objectivos atingidos
Objectivos planeados	Recursos utilizados
Actividades realizadas	Actividades realizadas
Actividades planeadas	Recursos utilizados
Recursos utilizados	Objectivos atingidos
Recursos previstos	Actividades realizadas

SERICÓ SEGARRA (1972).

- Exame dos progressos;
- Apreciação da eficiência, da eficácia e do impacto;
- Elaboração de conclusões e propostas com vista à acção futura.

Na *definição do objecto da avaliação* (IMPERATORI, 1985) deverá ser precisada a área geográfico-material e o nível de organização da avaliação: programa, actividade, serviço de saúde local, etc., verificar o interesse em avaliá-lo, determinar a finalidade com que é realizada, prever os obstáculos, pensar nas decisões que poderão ser tomadas à luz dos resultados prováveis da avaliação e prever os circuitos de retorno e de difusão dos resultados.

Um dos passos talvez mais importantes é determinar as necessidades de informação e as fontes de dados. No fundo, esta fase é assimilável ao planeamento de um projecto de investigação na etapa em que é necessário definir as variáveis em jogo, as suas relações e indicadores.

Através da *verificação da pertinência* conseguimos justificar as políticas e as estratégias e esta fase desenvolver-se-á sobretudo de uma maneira qualitativa.

Algumas interrogações podem fazer luz sobre estes assuntos: a política de saúde é coerente com as grandes opções sócio-económicas nacionais? Os programas são pertinentes em relação à política de saúde? As actividades são-no em relação ao programa e aos seus objectivos?

A *apreciação da adequação* da formulação de políticas ou programas é também um problema de pertinência, mas visa sobretudo aspectos formais que pretendem determinar a boa estruturação ou elaboração dos mesmos. Examinar-se-á, por exemplo, se os problemas têm sido correctamente definidos, utilizando critérios claros, como, por exemplo, a dimensão, a importância por grupos etários ou sociais, a gravidade, vulnerabilidade, distribuição geográfica, etc.

Da mesma maneira deve ser examinado o modo como foram definidos os objectivos do programa, as tecnologias que foram escolhidas e as estimativas de pessoal nas diferentes categorias.

O *exame dos progressos* é uma análise dos esforços realizados, dos recursos utilizados e da medida em que a execução corresponde ao previsto. O parâmetro tempo e os índices de cobertura parecem especialmente indicados nesta fase.

Para *apreciar a eficiência* analisar-se-ão os resultados em função dos recursos utilizados para saber se correspondem ao emprego mais satisfatório e económico.

Para *apreciar a eficácia* analisar-se-á a medida em que foram atingidos os objectivos, estes expressos em termos de redução de um problema de saúde.

Na *apreciação do impacte* deve-se procurar determinar em que medida se obteve uma melhoria da situação sanitária e sócio-económica. É, do ponto de vista lógico, semelhante à apreciação da eficácia, mas é mais difícil, dado o grande número de factores intervenientes.

A *formulação de conclusões e propostas*, com vista a acções ulteriores, assegura a utilização dos resultados da avaliação, tornando-a, assim, operativa.

Classicamente, assinalam-se três parâmetros de controle: o tempo, que permitirá reformular o calendário, os custos, cuja avaliação permitirá reformular os orçamentos, e a execução das actividades, que, eventualmente, poderá levar a redistribuir o pessoal, mudar as estratégias ou introduzir novas tecnologias.

Considerando que a avaliação é um processo contínuo, aplicado na gestão corrente de um serviço, será imprescindível formular no momento da sua concepção as perguntas habituais do trabalho de saúde pública: quem?, a quem?, quando?, como?, que?, ou, de outra maneira, definir quem é o responsável pela avaliação nos diferentes níveis, quais são os circuitos a seguir na informação, qual é a frequência ou periodicidade com que os dados são registados, calculados e interpretados, quais serão as modalidades utilizadas (mapas, relatórios, reuniões, etc.) e, finalmente, o que será avaliado, item este último que levanta as principais dificuldades e que variará consoante os objectivos definidos e a natureza do problema.

Ainda em relação às responsabilidades e circuitos, sublinha-se a necessidade de os definir em termos dos diferentes escalões geográficos (local, distrital, regional, nacional) e em termos de indivíduos dentro das instituições, considerando as ligações hierárquicas e funcionais.

4. Avaliação e indicadores

Como já foi referido anteriormente, numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores. É através deles que conhecemos a realidade e medimos os avanços alcançados; até nos sistemas de controle de qualidade são utilizados indicadores, embora neles o sentido deste termo esteja mais próximo da acepção que tem em investigação sociológica do que na sua utilização mais corrente de indicador estatístico.

Tanto num sentido como noutro, os indicadores são os dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação directa pelo observador. A maior parte deles serão relações (taxas ou *ratios*) que deverão reunir determinadas características quanto à sua validade, objectividade, sensibilidade e especificidade.

O estudo destas características tem dado lugar a contributos importantes e tem sido esquematizado da seguinte forma: fácil de obter, simples de calcular, representar a população estudada, ser aceite universalmente, reprodutível, específico e sensível.

A escolha final de um indicador para integrar uma avaliação resultará da apreciação de todas as suas características na situação específica em que será utilizado, mas chama-se a atenção sobretudo para a facilidade de obtenção dos dados e o seu cálculo e a sua especificidade quanto ao fenómeno que pretende medir.

O esforço que significa o processo de recolha, cálculo e análise, unido às já mencionadas características dos indicadores, obriga a realizar uma selecção e a reduzir os dados ao indispensável.

As fontes de dados utilizadas pelos serviços de saúde são, por um lado, os recenseamentos da população e os registos de estado civil e, por outro, os registos habituais dos serviços: mapas, fichas, histórias clínicas, notificações de doenças, etc. Um lugar à parte merecem os inquéritos especiais, realizados habitualmente por amostragem, que permitem completar informações que seria trabalhoso registar sistematicamente.

A dificuldade existente na medição directa da saúde é grande e, por isso, os indicadores positivos são muito poucos. É o caso da esperança de vida ou dos construídos com dados do crescimento pondero-estatural, enquanto os indicadores negativos, como as taxas de mortalidade e morbilidade, são os mais frequentemente usados.

Vulgarmente, dividem-se os indicadores em de impacte, ou resultado, e em de execução, ou actividade, sistematização que, no geral, coincide com a classificação das avaliações em processo e resultado.

Alguns autores acrescentam outras categorias, como os indicadores de recursos, que coincidem com as avaliações de estrutura.

Os indicadores de impacte mais usados são as taxas de mortalidade e morbilidade; os de actividade têm vindo a multiplicar-se nos últimos anos, estando entre eles os de cobertura (percentagem de crianças observadas em relação ao total de crianças em risco, percentagem de mulheres observadas em relação ao total de um grupo determinado, etc.) e os de rendimento (número de consultas por médico, demora média, ocupação média, etc.).

5. Avaliação da qualidade

Trata-se de um termo que, como ficou dito, se utiliza frequentemente, bem como o de garantia de qualidade. A garantia de qualidade é usada muitas vezes em situações clínicas fora do âmbito de programas, embora existam cada vez mais nos serviços de saúde programas de garantia de qualidade e estruturas específicas para isso.

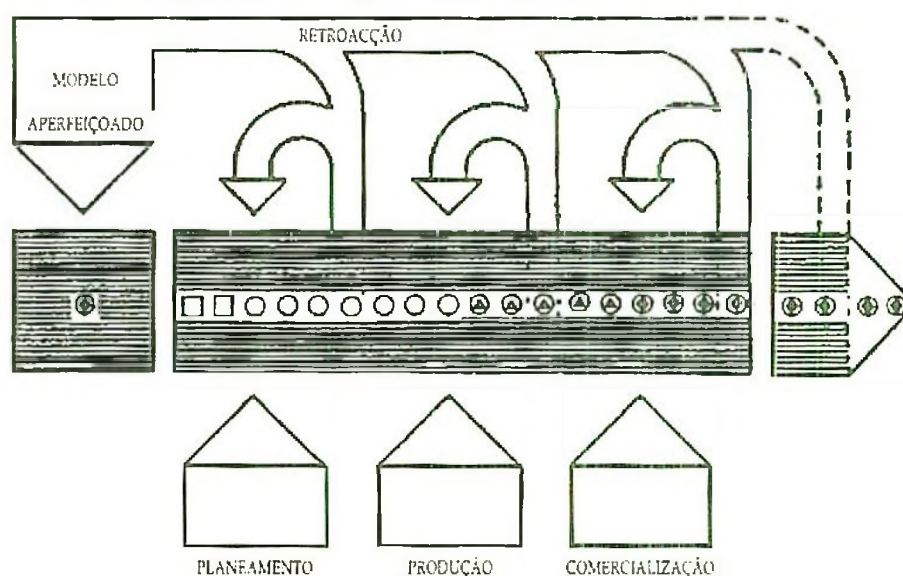
A tendência tem sido para avaliar sobretudo o processo dos cuidados, mas, actualmente, insiste-se na importância de medir os resultados conseguidos: o grau em que se resolvem os problemas de saúde dos doentes, o grau de êxito em aliviar o mal-estar, a incapacidade ou a dor.

Esta evolução não corresponde, aparentemente, à verificada no sector industrial, onde, inicialmente, a qualidade era avaliada pelo consumidor e, progressivamente, passou a sê-lo no momento da comercialização, depois, durante a produção e, por último, na fase de aquisição de matérias-primas e concepção do produto (VUORI, 1984).

A precocidade da avaliação aumenta a possibilidade de melhorar a sua qualidade. Pretende-se que os serviços de saúde utilizem a mesma perspectiva. A dificuldade está, no entanto, em que nestes é impossível homogeneizar totalmente o grupo de utentes em que cada um exige cuidados especiais (*figura 15.4*).

A garantia da qualidade não pode ser utilizada na saúde como na indústria, devido à dificuldade de medir o produto final. A forma mais desejável de medir a qualidade das prestações de saúde seria medir os seus resultados na população, mas, como já foi dito, os indicadores de impacte não conseguem determinar a percentagem de influência de todos e cada um dos factores que determinam a saúde.

Figura 15.4
Controle de qualidade da produção industrial



VUORI (1984).

Por estas dificuldades inerentes às avaliações de resultados é que se têm utilizado mais as avaliações de processo.

Os serviços que têm avançado mais facilmente no controle de qualidade são os laboratórios, dadas as suas semelhanças com os processos industriais. Na clínica e na saúde pública uma das principais pistas de trabalho é a elaboração de normas que sirvam de modelo de comparação para as actividades realizadas: normas terapêuticas que permitam avaliar a eficácia de um tratamento e normalização de observações e exames de saúde, através da qual seja possível conhecer, por comparação, a qualidade de uma consulta ou de um exame.

A definição de qualidade dos cuidados tem sido muito discutida e o consenso é admitir que se trata de um conceito multidimensional.

As suas dimensões mais aceites são:

- *Eficácia*: mais concretamente entendida como efectividade, isto é, medida como melhoria do estado de saúde na prática (e não só como a relação entre o resultado actual e o esperado);
- *Eficiência*: relação entre resultados obtidos e recursos utilizados;
- *Adequação*: pertinência das actividades em relação às necessidades;
- *Qualidade técnico-científica* (ou competência, ou desempenho profissional da literatura americana): corresponde ao grau de aplicação da tecnologia nas prestações de saúde; para outros, capacidade de utilizar recursos e conhecimentos para produzir saúde e satisfação. A nível individual, incluiria capacidades técnicas e de trato interpessoal; a nível institucional, refere-se ao seu funcionamento global;
- *Satisfação*: medida em que os cuidados agradam aos seus destinatários.

Têm sido descritas outras dimensões, como a acessibilidade e a equidade, mas referidas a uma instituição ou um sistema, e não a um acto em si próprio. O que é importante é definir exactamente a dimensão que se pretende medir, tendo em conta que, no fundo, «cuidados de saúde de qualidade são aqueles que vão maximizar o estado de bem-estar do paciente, após consideração dos prós e contras de todas as componentes do processo de cuidados» (DONABEDIAN, 1980).

Cada dimensão interessa mais a um ou outro grupo social. Assim, a efectividade afecta particularmente os utentes (embora por vezes só se preocupem com a satisfação), a eficiência interessa sobretudo às autoridades (embora por vezes se preocupem só com a produtividade) e a qualidade técnico-científica aos médicos.

Nos cuidados ambulatoriais, e nomeadamente nos cuidados de saúde primários, existem algumas dificuldades específicas para avaliar a sua qualidade (CHRISTOFFEL, 1976), observáveis no *quadro 15.2*.

Quadro 15.2

Dificuldades para avaliar a qualidade nos cuidados de saúde primários (e no ambulatório em geral)

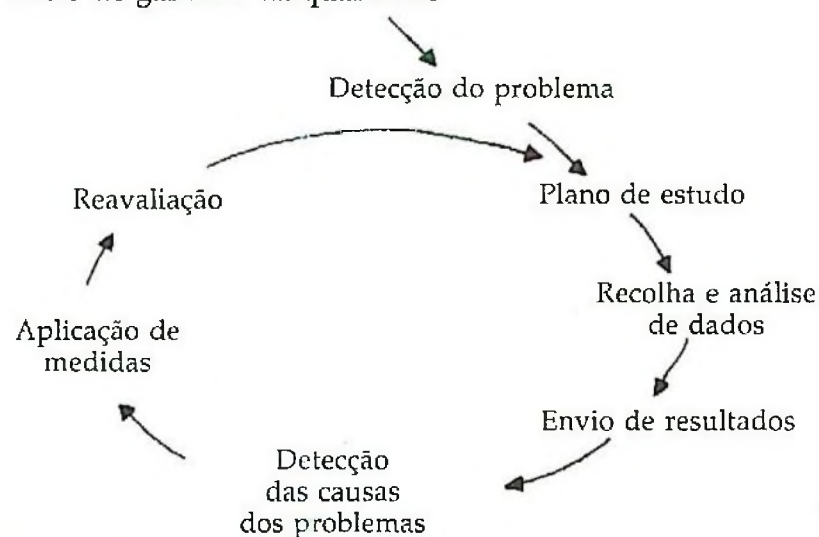
1. Episódios patológicos dificilmente definíveis.
2. Diagnósticos menos precisos do que em meio hospitalar.
3. *Dossiers* nem sempre uniformizados e quase sempre incompletos.
4. Falta de tradição em investigação para melhorar a qualidade.
5. Menor controle sobre a adesão do doente ao tratamento instituído.
6. Dificuldade para elaborar regras e normas.

Adaptado de CHRISTOFFEL e LOWENTHAL.

PALMER (1989) descreve o processo de garantia de qualidade em sete fases diferentes, semelhantes na sua lógica a um microplaneamento (*figura 15.5*).

Figura 15.5

Ciclo de garantia da qualidade



PALMER (1989).

Nele compara-se a realidade com uma situação definida como desejável, identificam-se os motivos da diferença, aplicam-se as medidas necessárias para melhoria e reavalia-se posteriormente a sua efectividade.

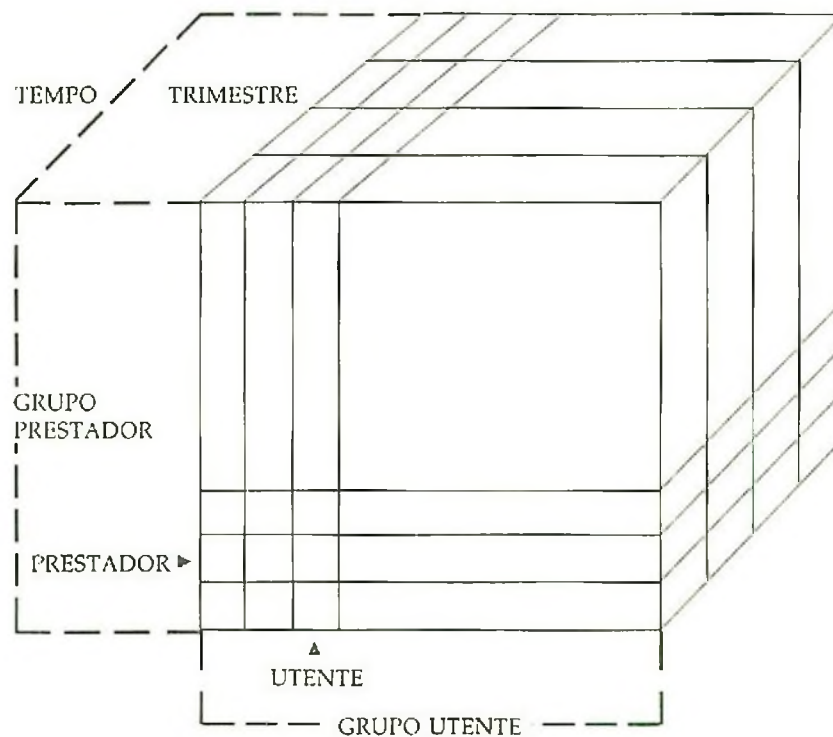
É esta reavaliação da efectividade das medidas o que dá sentido à palavra *garantia*, porque, em princípio, não se abandona o problema até estar definitivamente solucionado.

Depois de ter sido identificado o problema (utilizando procedimentos diversos, que vão das técnicas de diagnóstico da situação aos métodos de priorização) e a dimensão da qualidade a estudar, será necessário definir a unidade de estudo e a maneira como são identificados e escolhidos os casos (universo, amostragens, estudos populacionais, institucionais, etc.).

Em relação à unidade de estudo, é necessário considerá-la de três pontos de vista diferentes: utente, prestador e tempo (*figura 15.6*).

A escolha da unidade de análise dependerá do poder de intervenção estimado; por exemplo, não interessa a nível nacional saber qual o clínico geral que diagnostica mal os enfartes de miocárdio, facto que seguramente interessa e pode ser resolvido a nível de um centro de saúde.

Figura 15.6
Unidade de estudo



Adaptado de PALMER (1989).

A dimensão da qualidade determina o tipo de dados que se utilizarão (de estrutura, processo ou resultados), o que, por sua vez, determinará as fontes de informação.

As fontes de dados em avaliação da qualidade são mais numerosas do que aquilo que se pensa, sendo as histórias clínicas as mais utilizadas. Outras fontes possíveis são os relatórios das instituições, os resumos de altas de internamento, as queixas e reclamações, fichas de contacto no ambulatório, prescrição de medicamentos, resumos de histórias, relatórios de incidentes, observação directa, técnicas de simulação, audiovídeos, entrevistas a pacientes, inquéritos, reexames de pacientes, etc.

Em garantia da qualidade é frequente o uso do termo *critério*, significando um aspecto relevante dos cuidados que foi decidido medir, e *standard*, como nível óptimo de aplicação de um critério. Em situações de planeamento/programação, *critério/standard* podem coincidir com objectivos ou metas.

Os critérios classificam-se em implícitos (para situações onde não é possível definir padrões de desempenho ou resultados) e explícitos, podendo estes últimos ser empíricos (quando saem directamente da experiência, como, por exemplo, médias de cobertura) ou normativos (elaborados por consenso de peritos).

Em planeamento, os objectivos e metas assemelham-se a critérios normativos; os critérios, por outro lado, funcionam como indicadores (dados disponíveis na realidade) de determinadas variáveis (dimensão da qualidade escolhida).

Na redacção dos critérios é necessário procurar que sejam:

- Objectivos;
- Explícitos;
- Realistas;
- Aceitáveis;
- Em número reduzido;
- De elaboração participada;

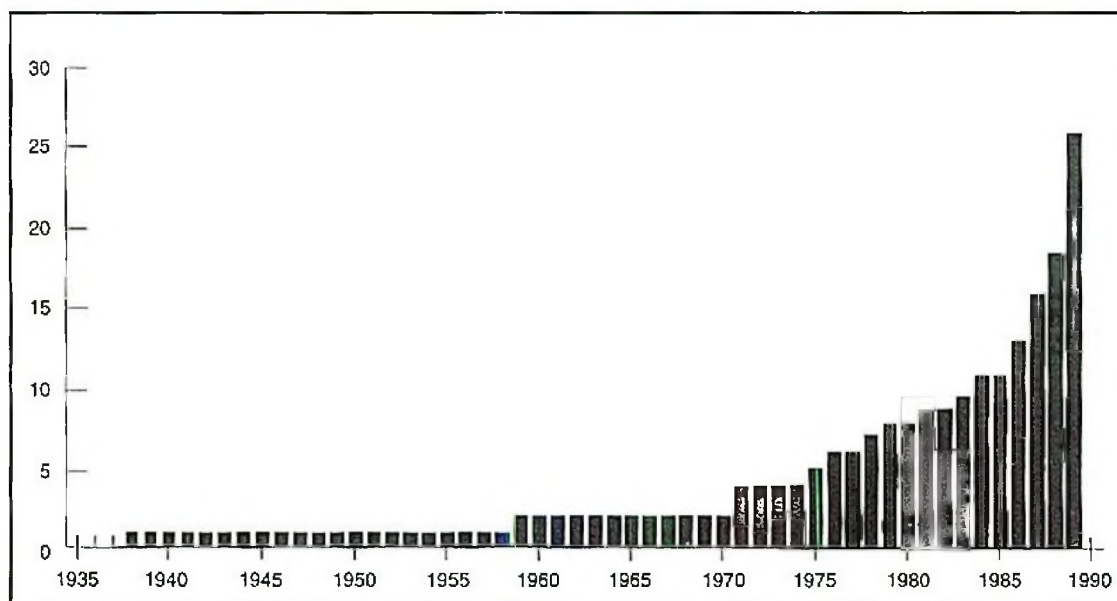
especificando as alternativas possíveis.

A elaboração de critérios está simplificada se existirem normas de serviço ou orientações (*guidelines*). A WONCA (World Organization of Family Doctors) (1991) considera que a existência de orientações é o principal contributo para a garantia de

qualidade dos clínicos gerais, posição partilhada por 26 associações profissionais americanas que, em 1989, elaboraram orientações para a actuação clínica (KELLY, 1990) (figura 15.7).

Figura 15.7

Evolução do número de associações profissionais americanas que elaboraram orientações para a prática clínica



Fonte: KELLY (1980).

Por último, quando se prepara uma avaliação, é necessário pensar nas medidas de melhoria que eventualmente poderão ser tomadas, porque, se estas não são possíveis de introduzir, a avaliação terá sido inútil.

A avaliação tem muito em comum com a investigação científica, mas a aplicação imediata de medidas de melhoria é uma das suas principais diferenças. A investigação pretende estabelecer teorias e verdades científicas, o que a obriga a um maior rigor no controle do acaso (amostragem, etc.) para poder generalizar e reproduzir os seus resultados. As conclusões de uma avaliação só são aplicáveis no contexto onde ela foi realizada.

6. Exemplos

6.1. Avaliações da estrutura

O número de habitantes por médico ou por outro pessoal de saúde é um elemento que indica a qualidade possível a atingir por um sistema de saúde. O número de camas hospitalares ou outros recursos materiais, calculados em relação ao número de habitantes, dá igualmente indicações sobre as estruturas disponíveis e permite prever a qualidade dos serviços (quadro 15.3).

A precisão e valor destas indicações variam com o tempo: o número de centros de saúde por concelho foi, nos anos 70, um elemento útil; hoje (ultrapassada essa fase) convém calcular o indicador de maneira que nos informe sobre a disponibilidade de centros de saúde por distrito ou concelho por mil habitantes.

A estrutura relativa a um serviço ou programa pode ser avaliada através de uma lista simples (quadro 15.4) ou de um score (quadro 15.5).

Nos casos das listagens pode considerar-se necessário que exista a totalidade dos elementos listados ou unicamente uma parte.

Vejam-se no quadro 15.4, elaborado a partir da lista da JCAH, alguns dos elementos exigidos para acreditação de um serviço de cuidados ambulatoriais.

Quadro 15.3
Distribuição da densidade médica (médicos/10 000 habitantes)

Continentes e regiões autónomas	1970	1973	1977	1981	Comparações internacionais	
	9,0	10,1	14,1	21,4		
Aveiro	6,0	6,1	6,4	8,9		
Beja	3,9	4,3	6,0	8,0		
Braga	4,4	4,3	5,3	8,2	EUA (1979)	18,2
Bragança	4,7	5,0	3,7	5,9		
Castelo Branco	4,3	4,5	4,9	7,3	Japão (1981)	13,14
Coimbra	19,0	21,9	32,0	60,3		
Évora	5,1	5,3	6,5	8,7	França (1977)	17,23
Faro	4,6	4,9	5,9	8,3		
Guarda	4,7	4,7	4,2	4,9	RFA (1980)	22,65
Leiria	4,2	4,5	5,0	7,0		
Lisboa	20,6	23,6	30,4	44,5	Inglaterra (1979)	14,07
Portalegre	5,9	6,1	8,1	9,1		
Porto	13,3	15,1	21,2	29,4		
Santarém	4,7	4,7	5,0	7,7		
Setúbal	3,9	4,5	6,4	12,0		
Viana do Castelo	3,4	3,5	4,0	6,4		
Vila Real	3,6	3,6	3,7	5,0		
Viseu	4,2	4,2	4,4	6,3		
Regiões autónomas	3,6	5,8	5,0	16,3		

INE e Organização Mundial de Saúde (1983).

Quadro 15.4
Programa de acreditação de cuidados ambulatoriais

- Política sobre direitos dos pacientes afixada
- Extintores de fogo visíveis e em dia
- Limpeza das instalações
- Armazém de materiais cumprindo regras anti-incêndios
- Acessibilidade fácil a medicamentos, receitas e material
- Pessoal com cartões de identificação
- Caixa de sugestões
- Sinais de saída iluminados e bilingues
- Sinais de emergência iluminados e bilingues
- Portas protegidas
- Ambulância (com O₂, desfibrilador, etc.)
- Normas de esterilização
- Parque de estacionamento para doentes
- Facilidades para deficientes (rampas, corrimãos, etc.)

Adaptado de JCAH.

Os elementos de estrutura não se limitam a instalações e equipamento; a legislação, a política definida, podem ser dados estruturais, na medida em que permitem um bom desempenho.

O Ministério da Saúde exige aos laboratórios de análises clínicas que lhes vendem serviços que reúnam um conjunto mínimo de características — é uma forma de avaliar a estrutura, considerando que abaixo desse nível não é possível assegurar qualidade.

Este tipo de listagem tem a vantagem de ser objectiva, sendo muito útil na acreditação de serviços convencionados.

A sua limitação é, naturalmente, o facto de uma boa estrutura não assegurar um bom processo nem bons resultados.

Quadro 15.5

CENTROS DE SAÚDE
AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA
Saúde materna

PESSOAL

1 — 1 clínico geral c/1500 habitantes

2 — 1 enfermeiro c/2000 habitantes

INSTALAÇÕES

3 — 1 gabinete c/2 clínicos gerais

4 — 1 biblioteca

5 — 1 sala de ensinos

6 — 50% dos gabinetes médicos no rés-do-chão (ou elevador)

ORGANIZAÇÃO

7 — Acordo com uma consulta de referência hospitalar (alto risco)

8 — Acordo com um serviço de obstetria (partos)

9 — Todos os clínicos gerais fazem saúde materna

10 — Todos os gabinetes com normas de saúde materna

11 — Existência de boletim de saúde materna em todos os gabinetes médicos

12 — Existência de boletim de saúde materna em recepções (ou secretaria de equipa)

13 — Existência de fichas de saúde materna em todos os gabinetes médicos

14 — Existência de fichas de saúde materna em recepções (ou secretaria de equipa)

15 — Programa escrito de saúde materna para o ano em curso

16 — Relatório de avaliação do ano transacto

EQUIPAMENTO GERAL NO GABINETE MÉDICO

17 — Mesa de trabalho

18 — Negatoscópio

19 — Aquecimento

20 — Lavatório

21 — Balde com tampa

22 — Esfigmomanómetro

23 — Estetoscópios

EQUIPAMENTO ESPECÍFICO NO GABINETE MÉDICO

24 — Catre marquesa para observação ginecológica

25 — Balança com craveira

26 — Estetoscópio de Pinard, ou *sonicaid*, ou *doppler*

27 — Espéculos (pequenos, médios e grandes)

28 — Luvas

29 — Fita métrica

30 — Foco de luz

31 — Histerómetros

FORMAÇÃO

32 — 1 médico no centro de saúde com curso de saúde materna

33 — 1 enfermeiro no centro de saúde com especialização em obstetria ou curso de saúde materna

Valores	
Observados	Referência
	<u>20</u>
	10
	10
	<u>20</u>
	7
	3
	5
	5
	<u>20</u>
	2
	2
	2
	2
	2
	2
	2
	2
	2
	<u>14</u>
	2
	2
	2
	2
	2
	2
	<u>22</u>
	3
	2
	3
	3
	3
	3
	3
	2
	<u>4</u>
	2
	2
	100

CENTRO DE SAÚDE	
DISTRITO	
NOME DO TÉCNICO	
DATA	____/____/____

STANDARD

> 75 — Bom

75 - 60 — Aceitável

< 60 — Mau

6.2. Avaliações do processo

São as mais frequentes. A nível de serviços ou instituições utilizam-se os índices de cobertura (que informam também sobre qualidade).

Os elementos do *quadro 15.6* indicam, de maneira geral, através das relações entre primeiras consultas e consultas seguintes, a média de consulta durante a gravidez nos

Quadro 15.6
Consultas de saúde materna em 1974

Distritos	Primeiras consultas (1)	Consultas seguintes (2)	(2)/(1)
Braga	3 554	17 238	4,9
Bragança	899	3 159	3,5
Porto	1 816	9 089	5,0
Viana do Castelo	471	1 355	2,9
Vila Real	750	2 842	3,8
Total	7 490	33 683	4,5
Aveiro	865	4 406	5,1
Castelo Branco	899	3 350	3,7
Coimbra	704	4 381	6,2
Guarda	634	2 875	4,5
Leiria	1 033	3 292	3,2
Viseu	1 478	5 723	3,9
Total	5 613	24 027	4,3
Lisboa	496	1 018	2,1
Santarém	810	3 517	4,3
Setúbal	1 428	5 124	3,6
Total	2 734	9 659	3,5
Beja	669	3 389	5,1
Évora	610	2 429	4,0
Faro	693	3 070	4,4
Portalegre	627	3 499	5,6
Total	2 599	12 387	4,8

DGS.

diferentes distritos do continente. Como está determinado o número adequado de consultas durante esse período, conseguimos por este mapa indicações úteis quanto à vigilância da saúde materna e, sobretudo, pistas importantes para onde orientar a avaliação.

No *quadro 15.7* as variações observadas afastam-se da média do continente de maneira tal que não é provável que se devam ao acaso. Neste, por exemplo, deve ser investigada a razão que leva a ter num distrito 15,1 consultas por período (manhã ou tarde) e noutros só 3,1 consultas.

Num grau de maior aperfeiçoamento aparece o *quadro 15.8*, onde se indica não só o número de alunos que foram enviados às consultas, mas também a percentagem de alunos que realmente foi. Este indicador mostra-nos simultaneamente a aceitação pelas famílias e o grau de resposta do serviço a que foram enviados os alunos.

Quadro 15.7
Consultas de saúde materna e períodos de consulta em 1974

Distritos	Primeiras consultas (1)	Consultas seguintes (2)	(2)/(1)
Braga	20 792	1 939	10,7
Bragança	4 054	1 075	5,8
Porto	10 905	1 735	6,3
Viana do Castelo	1 826	392	4,7
Vila Real	3 592	589	6,1
Total	41 173	5 730	7,2
Aveiro	5 271	765	6,9
Castelo Branco	4 249	1 100	3,9
Coimbra	5 085	1 295	3,9
Guarda	3 509	1 128	3,1
Leiria	4 325	747	5,8
Viseu	7 201	1 397	5,1
Total	29 640	6 432	4,6
Lisboa	1 514	201	7,5
Santarém	4 327	704	6,1
Setúbal	6 552	434	15,1
Total	12 393	1 639	7,6
Beja	4 058	764	5,3
Évora	3 039	967	3,1
Faro	3 763	878	4,3
Portalegre	4 126	640	6,4
Total	14 986	3 249	4,6

DGS.

Quadro 15.8
Encaminhamento de casos detectados no ensino básico

Especialidades	Número de envios a consultas			Número de alunos que foram à consulta	Porcentagem de alunos que foram à consulta
	Primária	Ciclo	Total		
Estomatologia	5 302	4 411	9 713	5 031	51,8
Ortodôncia	486	652	1 138	589	51,8
Oftalmologia	3 510	2 666	6 176	3 333	54,0
Otorrino/audiologia	2 491	1 146	3 637	2 355	64,8
Alergologia/asmologia	29	38	67	46	68,7
Cardiologia	573	209	782	581	74,3
Dermatologia	572	120	692	485	70,1
Endocrinologia	108	138	246	117	47,6
Fisioterapia	12	2	14	8	57,3
Ginecologia	16	16	32	30	93,8
Neurologia	153	48	201	131	65,2
Ortopedia	1 199	554	1 753	756	43,1
Pediatria cirúrgica/clínica cirúrgica	578	219	797	357	44,8
Pediatria médica/clínica médica	599	221	820	375	45,7
Pneumotisiologia (SLAT)	170	29	199	140	70,4
Urologia	424	173	597	382	64,1
Outras (psiquiatria infantil, etc.)	484	106	590	521	88,3
Ortofonía	141	32	173	114	65,9
Análises clínicas	100	5	105	93	88,6
Ginástica	49	—	49	20	40,8

MEIC.

Do quadro 15.9, que mostra os alunos enviados às principais consultas de especialidade pelas equipas de saúde escolar de uma cidade durante o ano lectivo, podem-se tirar

Quadro 15.9

Alunos enviados a consultas de estomatologia, oftalmologia e ortopedia
(Percentagem em relação ao número de inspeccionados)

Número da equipa	Número de alunos inspeccionados	Estomatologia		Oftalmologia		Ortopedia	
		Número de envio	Percentagem	Número de envio	Percentagem	Número de envio	Percentagem
I	841	252	29,9	106	12,6	115	13,7
II	1 000	56	5,6	165	16,5	18	1,8
III	1 006	460	42,4	79	7,3	170	15,7
IV	1 167	466	39,9	168	14,4	92	7,9
V	654	230	35,2	143	21,9	143	21,9
VI	736	182	24,7	74	10,1	39	5,5
VII	315	99	31,4	43	21,6	70	22,2
VIII	1 000	281	28,1	219	21,9	50	5,0
VIII-a)	508	116	22,8	83	16,3	15	2,2
IX	562	230	40,9	68	12,1	102	18,1
IX-a)	628	135	21,5	33	5,3	16	2,5
X	760	205	26,9	62	8,2	149	19,6
XI	1 406	367	26,1	145	10,3	134	9,5
XII	1 107	317	28,6	63	5,7	131	11,8
XIII	1 349	352	26,1	136	10,1	50	3,7
XIV	1 175	455	38,7	236	20,1	147	12,5
XV	886	272	30,7	167	18,8	234	33,2
XVI	929	267	28,7	242	26,0	76	8,2
XVII	774	186	24,0	162	20,9	42	5,4
XVIII	599	363	60,6	41	6,8	152	25,4
XX	298	53	17,8	87	29,2	33	11,1
Totais	17 780	5 344	30,1	2 547	14,3	2 038	11,5

Centro de Saúde Escolar de Lisboa.

alguns elementos relativos à qualidade. Observe-se que as diferenças das médias de algumas equipas em relação à média da cidade são significativas. A análise deste mapa levou a detectar três factos: uma equipa de muito baixo rendimento (equipa II, cujo médico tinha pedido a reforma); o rastreio da acuidade visual devia ser aperfeiçoado (as equipas utilizavam métodos diferentes na sua determinação); existiam diferenças nos critérios utilizados pelos médicos escolares nos envios a consultas de ortopedia.

O *audit* médico é um dos tipos de avaliação mais utilizados na clínica. Pode aplicar critérios explícitos ou implícitos (se utilizar os explícitos, poderá seguir as recomendações indicadas no ponto 5), podendo ser externos ou internos. O *audit* é realizado através da análise de *dossiers*, habitualmente por um grupo de médicos (*peer audit* ou avaliação interpares).

A análise de perfis é outra abordagem de avaliação do processo, útil na monitorização de determinados parâmetros, aplicando frequentemente critérios empíricos (a lista dos 50 médicos mais gastadores utilizada pelas ARS é uma forma de análise de perfis onde é possível identificar a prescrição de diferentes grupos de medicamentos).

A supervisão é também uma técnica de avaliação do processo que utiliza os registos existentes e, sobretudo, a observação directa. Esta é a vantagem em relação ao *audit*, que se critica por ser mais uma forma de avaliação do registado do que do verdadeiramente realizado. A supervisão é uma oportunidade importante de formação.

Recomenda-se para a supervisão uma frequência de um a três meses, com aviso prévio, observando todas as actividades e começando pelos problemas indicados pelo supervisionado. A observação não deve interferir com a prática.

Mais recentemente têm-se utilizado as gravações áudio e vídeos como avaliações do processo.

A simulação por actores ou por pessoal de saúde é outro procedimento utilizado (com autorização do avaliado, naturalmente), mas não é realizável sistematicamente.

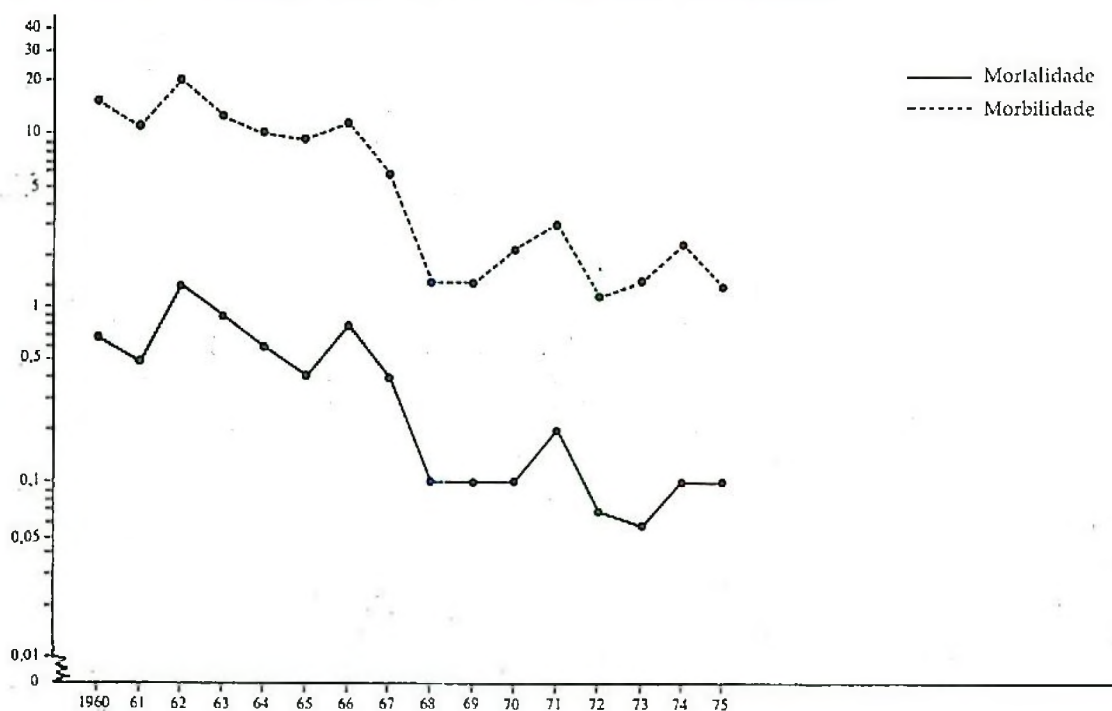
6.3. Avaliações de resultados

Podem referir-se à área fisiopatológica ou à psicossocial. Não se fazem aqui distinções entre resultados e impacto (*output* e *outcome*), embora as avaliações deste tipo em grandes programas de saúde pública correspondam a impacto e nas actividades da prática clínica a resultado propriamente dito.

Assim, e na área fisiopatológica, as *figuras 15.8 e 15.9* mostram o impacto da vacinação contra a tosse convulsa e a poliomielite; como se pode observar, tanto nas curvas de

Figura 15.8

Tosse convulsa. Taxas de morbilidade e mortalidade por 100 000 habitantes nos anos de 1960 a 1975 (continente)



Escala logarítmica

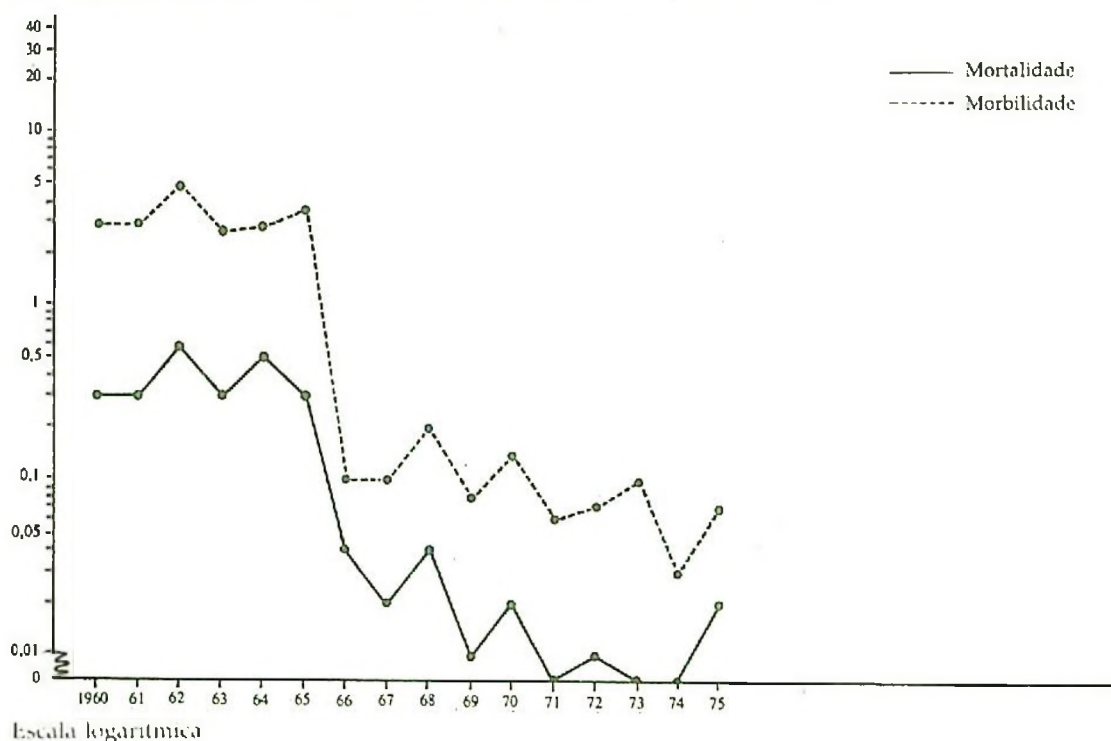
Direcção-Geral de Saúde, Serviços de Estatística.

morbilidade como de mortalidade existe uma descida brusca a partir do ano de 1966, resultado do programa nacional de vacinações iniciado pouco antes.

Estes mapas constituem dois excelentes exemplos de indicadores de impacto de um programa. Na poliomielite a queda é mais brusca devido à eficácia da vacina e à notificação mais rigorosa, além de que não se põem aqui os problemas de diagnóstico que se vêem na tosse convulsa em relação aos casos de doença por *para-pertussis*.

As condições sentinela avaliam a qualidade dos serviços através do seu impacto pelo aparecimento na população de patologias que, por existirem medidas preventivas ou curativas, não deviam acontecer. RUTSTEIN *et al.* (1970) elaboraram uma lista de situações em que não se justifica a ocorrência de um único caso de doença, incapacidade ou morte (por exemplo, sífilis congénita, *tetanus neonatorum* ou morte materna) e outra lista em que o aumento da morbilidade, complicações ou mortalidade pode servir para medição da qualidade (por exemplo, a taxa de mortalidade por anoxia ou hipoxia do parto). Estas listas estão estreitamente relacionadas com a vulnerabilidade dos problemas e, em termos de controle industrial, estão próximas da noção de acidente crítico ou acontecimento inadmissível.

Figura 15.9
Poliomielite. Taxas de morbilidade e mortalidade
por 100 000 habitantes nos anos de 1960 a 1975 (continente)



Direcção-Geral de Saúde, Serviços de Estatística.

Os *tracers* foram descritos por KESSNER (1973) como entidades clínicas, tendo as seguintes características:

- Efeito funcional bem definido;
- Fácil de diagnosticar;
- Alta de prevalência;
- Sensível à terapêutica;
- Tratamento bem definido e consensual;
- Efeito conhecido dos factores não médicos na sua evolução.

Inicialmente, KESSNER descreveu como *tracer* a anemia, a otite, a perda de audição e os defeitos visuais, observando que, num grupo de crianças, 12% necessitavam de óculos e não os tinham, 31% tinham óculos e não necessitavam deles, 37% não foram devidamente corrigidas e em 5% os óculos prejudicavam, em vez de beneficiarem.

Foram posteriormente usados como *tracers* a asma, cancro da mama, colecistectomia, doença isquémica do coração, osteoartrose, amigdalectomia, hipertensão arterial, infecção urinária e cancro do colo do útero.

O APO (*adverse patient occurrences*), de CRADDICK (1983), centra-se na identificação e quantificação de acontecimentos que em condições normais não são consequência natural da doença nem da terapêutica. Na prática, obriga à detecção de todos os casos assistidos por determinada doença, à avaliação do processo de cuidados nos casos-problema e ao seguimento estatístico da tendência até conseguir níveis aceitáveis.

O ABNA (*achievable benefit not achieved*), descrito por WILLIAMSON em 1973 (CORBELL e SATURNO, 1990), avalia três aspectos: o resultado diagnóstico, medindo o número de falsos positivos e negativos, cuja proporção aceitável é previamente fixada, o resultado terapêutico segundo índices de eficácia, efectividade e eficiência do tratamento aceites como objectivo atingível e o nível de saúde ou doença segundo uma escala de cinco níveis, que vão do assintomático até à morte. O ABNA é a diferença entre os *standards* fixados como desejáveis para o diagnóstico e o tratamento e a realidade segundo o nível de saúde dos pacientes.

O *staging method*, descrito por GONNELLA em 1976 (também CORBELL e SATURNO 1990), valoriza o nível de gravidade do doente no momento do seu internamento num hospital, como indicador das prestações anteriormente recebidas nos cuidados primários. Obriga a seleccionar um conjunto de patologias em que os cuidados primários podem modificar a sua evolução e complicações, como, por exemplo, apendicite, colecistite, diabetes, hipertensão arterial, etc., e a definir níveis de gravidade para cada um. O nível que apresenta o doente no momento do internamento dará ideia do grau de qualidade dos cuidados recebidos previamente. O método necessita de uma estreita coordenação entre serviços de cuidados primários e secundários.

Os procedimentos apresentados são formalmente muito atractivos, mas, na prática, não se têm revelado operacionais, tal o caso dos *tracers* lançado na década de 70 e muito divulgado nos anos seguintes, embora com poucos seguidores.

No fundo, o mais importante é estabelecer critérios empíricos relativamente ao êxito de determinadas terapêuticas e complicações (IMPERATORI, 1990).

O outro aspecto a considerar nas avaliações de resultados é a área psicossocial, onde é possível distinguir as referentes às percepções do nível de saúde e à satisfação e aceitabilidade.

Percepções do nível de saúde

O antecedente obrigatório deste tipo de avaliações é o de WILLIAMSON (1978), que fixa primeiro os critérios normativos e os *standards* por técnicas de consenso de grupo e depois verifica os níveis reais conseguidos na prática.

No caso de os resultados reais ficarem abaixo dos esperados, faz uma avaliação de processo para ver se estes poderiam ter sido melhores. Realiza-se uma avaliação detalhada nas áreas onde é possível melhorar cuidados. Isto é essencialmente o *health accounting* e pode ser adaptado em qualquer hospital ou centro de saúde.

Outros estudos importantes neste subcapítulo são os de:

- SCHACH e STARFIELD (1973): analisaram resultados em crianças com doenças agudas através de entrevistas com os pais. As medidas foram sensíveis a estilos de vida e sintomas;
- AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PRACTICE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINE (1973): utilizou medidas de processo e medidas de resultados através de entrevistas a pacientes para avaliar cuidados primários;
- KANE (1976): avaliou cuidados primários a adultos, comparando resultados esperados pelos profissionais com resultados indicados pelos pacientes;
- BROOK (1977): desenvolveu *standards* de resultados para determinadas doenças, mas adverte para a necessidade de estes serem validados localmente;
- SACKETT (1974, 1977): elaborou um questionário indicativo do nível de saúde para medir resultados em adultos, utilizado depois com pouco sucesso numa experiência que comparou em cuidados primários, trabalho de médicos e de enfermeiras;
- MUSHLIN (1980): utilizou questionários (preenchidos por entrevista, correio ou telefone) no momento do primeiro contacto e nos posteriores. O estado de saúde manifestado pelo paciente era comparado com as previsões do profissional. Se o resultado era pior do que o previsto, fazia-se uma avaliação com critérios implícitos para detectar deficiências no processo. Os parâmetros estavam relacionados com bem-estar, ansiedade e incapacidade;
- RAND HEALTH INSURANCE STUDY (HIS) (1979): utilizou um questionário auto-administrado para comparar resultados obtidos por diferentes instituições de seguros. O mesmo tem vários conjuntos de perguntas sobre saúde física, mental, social e percepção de saúde em geral, tendo sido validado para adultos com poucos problemas e existindo uma versão «pediátrica» para ser respondida por pais;
- BERGNER (1981): elaborou o *sickness impact profile* (SIP), que pretende identificar ao longo do tempo mudanças no estado de saúde percebidas individualmente ou em grupos de pacientes. Trata-se de 136 itens para 12 áreas que incluem aspectos físicos e psicossociais e que pode ser completado em 20 ou 30 minutos (auto-administrado

ou não). A sua fiabilidade e validade foram testadas em adultos com doenças específicas em cuidados primários e em instituições de seguros;

- PARKERSON (1981): criou o Duke-UNC Health Profile (DUHP), orientado para adultos assistidos num centro de medicina familiar, com a finalidade de avaliar os resultados dos cuidados primários no estado funcional e nos «sentimentos» dos utentes (sintomas, funções físicas e psicossociais). Pode ser preenchido em menos de dez minutos (auto-administrado ou não) e inclui 63 parâmetros.

Estas avaliações têm comparado percepções individuais relativas aos resultados com relativas ao processo, resultados percebidos por profissionais com resultados percebidos por pacientes, percepções de resultados estudados ao longo do tempo e percepções de resultados em diferentes instituições.

Satisfação e aceitabilidade

Os estudos de satisfação são cada vez mais frequentes. Como a satisfação é uma dimensão da qualidade dos cuidados muito ligada ao factor interpessoal, a sua existência não assegura necessariamente qualidade científico-técnica. Contrariamente, a sua ausência determina com certeza uma baixa qualidade, porque influencia directamente a adesão do utente ao tratamento.

Se na maior parte das avaliações de processo elas são realizadas por indivíduos da mesma profissão (*peer audit*), no caso das avaliações referentes à satisfação, é obrigatório o recurso a sociólogos e psico-sociólogos, que serão úteis na elaboração dos questionários.

A satisfação profissional não é habitualmente considerada uma dimensão da qualidade dos cuidados, mas um requisito prévio para a mesma, sendo, assim, um parâmetro de estrutura.

Um estudo decisivo neste capítulo é o de WARE (1975, 1976), que utilizou dois conceitos essenciais: mecanismos de acesso (incluindo esforços para procurar e receber cuidados) e actuação profissional (juízos sobre a intervenção profissional).

O questionário de WARE (*patient satisfaction questionnaire*), tinha 17 itens, estando dirigido à população adulta. Os utentes não diferenciaram, aparentemente, a competência técnica da capacidade de relação interpessoal, mas diferenciaram bem componentes de acessibilidade (horários de consulta, situação do centro, tempo de demora, lista de espera, etc.) e componentes da actuação profissional (prudência, respeito, preocupação, cortesia, amabilidade, interesse pelo preventivo, recolha de informação, etc.).

As variações encontradas explicam-se em 60% dos casos pelos seguintes factores: actuação do médico, instalações, continuidade, acessibilidade e disponibilidade do médico ou dos serviços.

Tendo em conta as naturais resistências para o público responder a este tipo de inquéritos, é necessário tomar algumas medidas práticas. Assim, HULKA (1970) e ZIZANSKY (1974) fazem afirmações «gerais», pedindo que, ao responder, se «pense» no próprio clínico geral do centro de saúde, mas evitando fazer perguntas directas sobre os mesmos, e o próprio WARE (1978) equilibra o número de enunciados positivos e negativos, fazendo também perguntas de «controle» para testar a veracidade das respostas.

Um exemplo realizado mais perto de nós é o questionário sobre satisfação com os cuidados de saúde na Andaluzia (RODRIGUEZ LEGIDO, 1986) e os trabalhos elaborados no âmbito dos últimos cursos de Saúde Pública, onde existe muito material útil para quem se interesse por estes aspectos.

HULKA (1971) desenvolveu também um método para medir até que ponto os médicos conhecem as preocupações dos seus pacientes como forma adicional de avaliar a qualidade.

WOLF (1978) verificou que a satisfação estava relacionada com a comunicação médico/paciente, gravando em vídeo as consultas para observar o tipo de comunicação e comparar com a opinião dos utentes.

DI MATTEO (1980, 1980, 1981) verificou que a satisfação pode prever-se a partir da capacidade de comunicação não verbal dos médicos. Fez também comparações entre auto-

Quadro 15.10

Modelo de avaliação para uma unidade rural de cuidados de saúde de base (continuação)

Unidade de internamento/serviço de urgência

Indicador	Cálculo	Fonte de dados	Valor total das características	Periodicidade e responsabilidade		
				Registo	Tratamento	Análise
1. Número médio de camas por médico e por enfermeiro/ano	$\frac{\frac{\text{Número de camas}}{\text{Número de médicos}}}{\frac{\text{Número de camas}}{\text{Número de enfermeiros}}}$	Registo do hospital	13	A Admin.	A MResp.+ +DCS	A MResp.+ +DCS
2. Demora média na unidade de internamento	$\frac{\text{Número total de dias de internamento}}{\text{Número de doentes saídos}}$	Registo do hospital	13	M Admin.	T MResp.+ +DCS	T MResp.+ +DCS
3. Percentagem da ocupação média das camas por ano	$\frac{\text{Número total de dias de internamento}}{\text{Número total de camas}} \times \frac{100}{365}$	Registo do hospital	14	M Admin.	A MResp.+ +DCS	A MResp.+ +DCS
4. Percentagem de doentes internados com história clínica e processos completos	$\frac{\text{Número total de doentes internados com história clínica e processos completos}}{\text{Número total de doentes internados no mesmo período de tempo}}$	Registo do hospital	11	M MResp.	T MResp.+ +DCS	T MResp.+ +DCS
5. Número médio de urgências/dia	$\frac{\text{Número total de urgências/ano}}{365}$	Registo do hospital	12	D Admin.	A MResp.+ +DCS	A MResp.+ +DCS

Adm. — administrativo.
MResp. — médico responsável.

Quadro 15.10

Modelo de avaliação para uma unidade rural de cuidados de saúde de base

Saúde materna

Indicador	Cálculo	Fonte de dados	Valor total das características	Periodicidade e responsabilidade		
				Registo	Tratamento	Análise
1. Tempo médio mensal por médico ou enfermeira em saúde materna	Número total de horas de consulta	Mapa de saúde materna	13	D ENF	M ENF+ +MV	T e A ENF+ +MV+ +DCS
	Número de médicos					
	Número total de horas de ensino					
	Número de enfermeiras					
2. Tempo médio de consulta ou ensino em saúde materna	Número total de horas de consulta	Mapa de saúde materna	13	D ENF	M ENF+ +MV	T e A ENF+ +MV+ +DCS
	Número total de consultas					
	Número total de horas de ensino					
	Número total de ensinos					
3. Percentagem de cobertura na população de grávidas	Número total de primeiras consultas	Mapa de saúde materna e registo civil	12	D ENF	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
	Número de NV + FM					
4. Percentagem de grávidas inscritas no 1.º e 3.º trimestres	Número de grávidas inscritas no 1.º trimestre	Mapa de saúde materna	15	D ENF	M ENF+ +MV	T e A ENF+ +MV+ +DCS
	Número total de grávidas inscritas					
	Número total de grávidas inscritas no 3.º trimestre					
	Número total de grávidas inscritas					
5. Taxa de cumprimento do calendário da população de grávidas	Número total de grávidas com calendário completo	Mapa de saúde materna individual (adaptado)	13	D ENF	M ENF+ +MV	T e A ENF+ +MV+ +DCS
	Número total de grávidas inscritas					
6. Percentagem de grávidas imunizadas correctamente em relação às inscritas	Número total de grávidas imunizadas correctamente	Mapa de saúde materna e piloto individual	12	D ENF	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
	Número total de grávidas inscritas					

D — diário, ENF — enfermeira,
 M — mensal, MV — médico de valência,
 T — trimestral, DCS — director do controlo de saúde,
 A — anual.

Quadro 15.11

MODELO DE AVALIAÇÃO				
com indicação de frequência da análise de cada indicador, número de centros de saúde que o aplicaram e valores extremos encontrados				
ACESSIBILIDADE/DISPONIBILIDADE DE RECURSOS				
			Número de centros	Valores extremos
1. Consulta por utilizador	$\frac{\text{Número de consultas}}{\text{Número de utilizadores activos}^*}$		26	0,5/6
2. Média de consultas/dia	$\frac{\text{Número de consultas no mês}}{\text{Número de dias de consulta no mês}}$		27	15/500
3. Ratio população/pessoal	$\frac{\text{Número de habitantes}}{\text{Número de médicos}}$	$\frac{\text{Número de habitantes}}{\text{Número de enfermeiros}}$	27	1227/2932
			27	990/7331
	$\frac{\text{Número de habitantes}}{\text{Número de horas médicas/semana}}$	$\frac{\text{Número de habitantes}}{\text{Número de horas de enfermagem/semana}}$	25	27/146
			24	31/115
4. Ratio camas/pessoal	$\frac{\text{Número de camas}}{\text{Número de médicos}}$	$\frac{\text{Número de camas}}{\text{Número de enfermeiros}}$	16	1,1/6
			(11 n/a)	
	(só pessoal ligado ao internamento)		16 (11 n/a)	2,5/10
5. Ocupação média	$\frac{\text{Número total de dias de internamento}}{\text{Número total de camas}} \times \frac{100}{365}$		16 (11 n/a)	23,7/94,3
6. Demora média	$\frac{\text{Número total de dias de internamento}}{\text{Número total de doentes saídos}}$		16 (11 n/a)	5,7/28
* Novas inscrições e primeiras consultas do ano de indivíduos já inscritos. n/a — não aplicável.				
COBERTURA				
			Número de centros	Valores extremos
1. Vig. de saúde materna	$\frac{\text{Número de consultas de gravidez}}{\text{Número de nados-vivos}} 10^3$		27	14/95
2. Planeamento familiar	$\frac{\text{Número de } \varnothing \text{ inscritas no planeamento familiar (activo)}^*}{\text{Número de mulheres entre os 15 - 49 anos}} 10^3$		20 (1 n/a)	1,9/288
3. Vig. de crianças	$\frac{\text{Número de primeiras consultas < 1 ano}}{\text{Número de nados-vivos}} 10^2$		27	19/100
4. População total	$\frac{\text{Número de casos novos + primeira consulta do ano}}{\text{População}} 10^3$		22	44/564
5. «Novo sistema»	$\frac{\text{Número de indivíduos inscritos nos clínicos gerais}}{\text{População}} 10^2$		24	27/90
6. Saúde escolar	$\frac{\text{Número de crianças da 1.ª classe e do 1.º ano do ciclo preparatório com rastreios}}{\text{Total de crianças nessas fases de ensino}} 10^2$		23 (3 n/a)	0,15/100
* Última consulta ≥ 18 meses.				

Quadro 15.10

Modelo de avaliação para uma unidade rural de cuidados de saúde de base (continuação)

Resultado

Indicador	Cálculo	Fonte de dados	Valor total das características	Periodicidade e responsabilidade		
				Registo	Tratamento	Análise
1. Percentagem de partos hospitalares	$\frac{\text{Número total de partos hospitalares}}{\text{NV+FM no mesmo período de tempo}} \times 100$	Registo do hospital e registo civil	13	M Admin.	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
2. Taxa de mortalidade materna	$\frac{\text{Número de óbitos por causas devido a gravidez, parto, puerpério}}{\text{NV+FM no mesmo período de tempo}}$	Registo civil	11	M Admin.	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
3. Três principais causas de mortalidade materna	Lista de óbitos	Registo civil	12	M Admin.	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
4. Percentagem de grávidas em mulheres <17 anos ou >40 anos	$\frac{\text{Número de NV+FM de mulheres < 17 ou > 40 anos}}{\text{NV+FM no mesmo período de tempo}} \times 100$	Registo civil	12	D ENF	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
5. Percentagem de grávidas com risco 3 inscritas na consulta	$\frac{\text{Número de grávidas com risco 3}}{\text{Total de grávidas inscritas}} \times 100$	Registo do centro de saúde	12	D ENF	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
6. Taxa de mortalidade infantil	$\frac{\text{Número de óbitos em crianças < 365 dias}}{\text{NV no mesmo período}}$	Registo civil INE	14	M Admin.	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
7. Taxa de mortalidade neonatal	$\frac{\text{Número de óbitos em crianças < 28 dias}}{\text{NV no mesmo período}}$	Registo civil	14	M Admin.	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS
8. Taxa de mortalidade pos-neonatal	$\frac{\text{Número de óbitos de crianças > 28 dias e < 365}}{\text{NV no mesmo período}}$	Registo civil INE	14	M Admin.	A ENF+ +MV	A ENF+ +MV+ +DCS

SUSPIRO, IMPERATORI, CORREIA, FERNANDES (1982).

NV — nados-vivos.
FM — fetos mortos.

Quadro 15.11 (continuação)

QUALIDADE (outros)			
		Número de centros	Valores extremos
1. Percentagem de casos transferidos	Número de casos de urgência transferidos pelo centro de saúde para os cuidados diferenciados Número total de casos atendidos na urgência	18	1,8/9,8
2. Precocidade de inscrição dos nados-vivos	Número de nados-vivos ≤ 28 dias inscritos Número total de nados-vivos inscritos	25	5/90
3. Precocidade da vigilância	Número de grávidas inscritas no 1.º trimestre de gravidez Número total de grávidas inscritas	23	30/97
4. Pertinência do tratamento *	Número de casos de amigdalite aguda «bem» tratados Número total de casos de amigdalite Número de casos de HTA «bem» tratados Número total de casos de HTA	9 7	30/97 12/95
	Número de fichas de tuberculose com quatro itens preenchidos ** Número total de casos de tuberculose pulmonar *	16	5/100
5. Preenchimento de fichas *	Número de fichas de tumor maligno com quatro itens preenchidos *** Número total de casos de tumor maligno Número de fichas de saúde materna com seis itens preenchidos **** Número de fichas de saúde materna abertas	5 18	1/90 74/100
6. Percentagem de grávidas de alto risco	Número de grávidas de alto risco Número total de grávidas inscritas	19	2/22

* Nestes indicadores é possível utilizar uma amostra do total.
No caso das amigdalites podem ser utilizados, por exemplo, os atendidos na urgência, discriminando-os pelo tipo de terapêutica instituída (penicilinas, penicilinas sintéticas ou semi-sintéticas, cefalosporinas, tetraciclina, outros antibióticos, sulfamidas). No caso de HTA podem-se estudar, por exemplo, só os casos de HTA limitar ou lábil, onde, em regra, não se institui tratamento anti-hipertensivo. No caso de estudar uma amostra, e não a totalidade, o denominador deve corresponder ao número total da amostra.

** Peso, raios X tórax, tosse e expectoração, auscultação, baciloscopia.

*** Queixas subjetivas, exame objectivo, avaliação do doente, plano de tratamento/orientações.

**** TA, peso, edema, altura uterina, foco de auscultação, hemorragia, no primeiro contacto.

IMPERATORI (1988).

Quadro 15.11 (continuação)

CONTINUIDADE				
			Número de centros	Valores extremos
1. Grávidas que cumpriram o esquema de vigilância por trimestre	$\frac{\text{Grávidas com } \geq 2 \text{ consultas no 2.º trimestre}}{\text{Número total de grávidas inscritas}^*}$	10^2	21	20/94
	$\frac{\text{Grávidas com } \geq 3 \text{ consultas no 3.º trimestre}}{\text{Número total de grávidas inscritas}^*}$	10^2	21	19/100
2. Consultas de puerpério	$\frac{\text{Número de consultas de puerpério}}{\text{Número total de grávidas inscritas}}$	10^2	21	5/58
	$\frac{\text{Número de grávidas de alto risco } \geq 6 \text{ consultas}}{\text{Número de grávidas de alto risco}^*}$	10^2	17	0/100
3. Grávidas de «alto risco»	$\frac{\text{Número de grávidas de alto risco enviadas aos cuidados diferenciados}}{\text{Número de grávidas de alto risco}^*}$	10^2	17	0/100
4. Percentagem < 1 ano com esquema de vigilância	$\frac{\text{Número de } < 1 \text{ ano com } \geq 6 \text{ consultas}}{\text{Número de } < 1 \text{ ano inscritas}^*}$	10^2	19	6/100
5. Clínicos gerais que implementam registo de HTA	$\frac{\text{Número de registos de HTA}}{\text{Número de clínicos gerais}}$	10^2	12	5/100
6. Taxa de abandono de HTA	$\frac{\text{Número de casos de HTA sem consulta } > 6 \text{ meses}}{\text{Número de casos de HTA registados}}$	10^3	8	2/100
7. Protecção vacinal	$\frac{\text{Número de crianças } < 12 \text{ meses inscritas com esquema completo de vacinação}}{\text{Número de crianças } < 12 \text{ meses inscritas}^*}$	10^2	25	26/99
	$\frac{\text{Número de crianças } \geq 12 - < 24 \text{ meses com esquema completo de vacinação}}{\text{Número de crianças } \geq 12 - < 24 \text{ meses inscritas}^*}$	10^2	23	10/100
* Pode ser utilizada uma amostra representativa se a totalidade for muito grande em relação aos recursos.				
ABORDAGEM GLOBAL				
			Número de centros	Valores extremos
1. Duração média da consulta	$\frac{\text{Número total de horas de consultas/mês}}{\text{Número total de consultas/mês}}$		26	12/30
2. Ratio consulta/visita	$\frac{\text{Número de consultas}}{\text{Número de visitas domiciliárias}}$		20 (4 n/a)	10/1000
3. Duração média das visitas	$\frac{\text{Número de horas visitas/mês}}{\text{Número de visitas}}$		6 (4 n/a)	20/120
4. Abordagem familiar *	$\frac{\text{Número de fichas familiares bem preenchidas}^{**}}{\text{Número de famílias em activo}^{**}}$	10^2	9 (1 n/a)	0,9/70
5. Abordagem social *	$\frac{\text{Número de itens «profissão» preenchidos (ficha «saúde materna»)}}{\text{Número de fichas «saúde materna» estudadas (abertas no ano)}}$	10^2	16	33/100
	$\frac{\text{Número de fichas «Saúde Escolar» com opinião do professor}}{\text{Número de fichas «saúde escolar» abertas no ano lectivo}}$	10^2	11 (4 n/a)	2/100
6. Absentismo	$\frac{\text{Número de indivíduos com «baixa»}}{\text{Número de indivíduos em «activo»}}$	10^3	24	5/12
* Utilizar eventualmente uma amostra do total de fichas.				
** Rosto, habitação, assistência, e mais qualquer anotação.				
*** Famílias em que durante esse ano, pelo menos, um dos membros contactou o centro de Saúde.				

-avaliações e avaliações feitas por colegas e pacientes, encontrando uma correlação estatisticamente significativa entre capacidade de relação interpessoal e capacidade técnica, o que é um facto de enorme interesse.

Tudo isto dá ideia do nível de sofisticação necessário para avaliar a satisfação, pelo que alguns pensam preferível recorrer às técnicas da antropologia social (tipo observação não participante).

Em todo o caso, convém «distanciar» o inquérito ou entrevista do serviço de saúde estudado para evitar respostas pressionadas ou de complacência.

Em relação à satisfação, podemos concluir, contrariando ligeiramente DI MATTEO, que quando há satisfação, não há necessariamente qualidade ou bons resultados, mas, quando não há satisfação, dificilmente há qualidade.

6.4. Modelos globais

A qualidade total de um serviço pode ser avaliada de diversas maneiras. Os *tracers* já comentados pretendem fazê-lo através de uma entidade clínica ou de um pequeno conjunto das mesmas. Uma abordagem diferente é avaliar o serviço por um conjunto sistémico de indicadores.

É destes conjuntos que se apresentam alguns exemplos.

O *quadro 15.10* mostra um modelo elaborado para avaliação de uma unidade rural de cuidados de saúde primários construído a partir de indicadores interligados. Este quadro refere-se só a alguns sectores, reunindo indicadores de recursos, cobertura, actividade e impacte, especificando para cada um a fonte dos dados, uma apreciação numérica da importância das características tidas em conta para a sua selecção, feita por consenso, utilizando uma escala de 15 valores, e a periodicidade e responsabilidade dos técnicos na recolha, tratamento e análise dos dados (SUSPIRO *et al.*, 1982).

No *quadro 15.11* apresenta-se um modelo para avaliar centros de saúde (IMPERATORI, 1988), onde os indicadores foram previamente testados em pequenos conjuntos. Indica-se também o número de centros que na testagem do modelo global aplicaram cada indicador e os valores extremos encontrados para cada um. O número total de centros de saúde a aplicar o modelo foi de 27, dos quais, 22 implementaram mais de dois terços do mesmo. Um ano depois da aplicação do modelo foi perguntado aos centros se tinham tomado medidas correctoras, tendo respondido afirmativamente 19, observando-se que em 17 casos as medidas tomadas tinham sido eficazes, por se terem verificado melhorias numa reavaliação.

O conjunto proposto pela DGCSP em 1986 para monitorizar a actividade dos centros de saúde a partir do sistema de informação em vigor a nível nacional agrupa os indicadores segundo os principais programas existentes na altura (*quadro 15.12*).

Quadro 15.12

Indicadores para monitorização de programas

I — Programas ligados à morbimortalidade perinatal e infantil

- 1) $\frac{\text{Número de primeiras consultas de planeamento familiar no ano}}{\text{Total de mulheres dos 15-49 anos}} \times 100$
- 2) $\frac{\text{Número total de consultas de planeamento familiar}}{\text{Número de primeiras consultas de planeamento familiar no ano}} \times 100$
- 3) $\frac{\text{Número de primeiras consultas de gravidez}}{\text{Número de nascimentos (nados-vivos + fetos mortos de 28 e mais semanas)}} \times 100$

- 4) $\frac{\text{Número de primeiras consultas no 1.º trimestre de gravidez}}{\text{Total de primeiras consultas de gravidez}} \times 100$
- 5) $\frac{\text{Número de primeiras consultas no 2.º trimestre de gravidez}}{\text{Total de primeiras consultas de gravidez}} \times 100$
- 6) $\frac{\text{Número de primeiras consultas no 3.º trimestre de gravidez}}{\text{Total de primeiras consultas de gravidez}} \times 100$

- 7) $\frac{\text{Total de consultas de gravidez}}{\text{Total de primeiras consultas de gravidez}}$
- 8) $\frac{\text{Número de consultas de revisão de puerpério}}{\text{Total de primeiras consultas de gravidez}} \times 100$
- 9) $\frac{\text{Número de primeiras consultas na vida da criança com } \leq 11 \text{ meses}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100$
- 10) $\frac{\text{Número de consultas por doença a crianças com } \leq 11 \text{ meses}}{\text{Total de consultas a crianças com } \leq 11 \text{ meses}} \times 100$
- 11) $\frac{\text{Número de consultas por doença a crianças de 12 a 23 meses}}{\text{Total de consultas a crianças de 12 a 23 meses}} \times 100$
- 12) $\frac{\text{Número de primeiras consultas na vida da criança com } < 28 \text{ dias}}{\text{Total de primeiras consultas na vida da criança com } \leq 11 \text{ meses}} \times 100$
- 13) $\frac{\text{Total de consultas a crianças no primeiro ano de vida}}{\text{Número de primeiras consultas no ano a crianças com } \leq 11 \text{ meses}}$
- 14) $\frac{\text{Total de consultas no segundo ano de vida}}{\text{Número de primeiras consultas no ano a crianças dos 12 aos 23 meses}}$
- 15) $\frac{\text{Total de terceiras doses de vacina DTP no primeiro ano de vida}}{\text{Total de nascidos vivos — óbitos de crianças } < 1 \text{ ano}} \times 100$
- 16) $\frac{\text{Total de terceiras doses de vacina antipolio no primeiro ano de vida}}{\text{Total de nascidos vivos — óbitos de crianças } < 1 \text{ ano}} \times 100$
- 17) $\frac{\text{Número de doses de vacina anti-sarampo no segundo ano de vida}}{\text{Total de nascidos vivos — óbitos de crianças } < 1 \text{ ano (do ano anterior)}} \times 100$

II — Programa de controle das doenças cárdio-vasculares

- 18) $\frac{\text{Número de primeiras consultas a hipertensos}}{\text{População geral}} \times 100\,000$

- 19) $\frac{\text{Número de primeiras consultas a diabéticos}}{\text{População geral}} \times 100\,000$
- 20) $\frac{\text{População-alvo do programa}}{\text{População inscrita}} \times 100 *$
- 21) $\frac{\text{Número de hipertensos registados}}{\text{População-alvo do programa}} \times 100 *$
- 22) $\frac{\text{Número de unidades de saúde com registo}}{\text{Número total de unidades}} \times 100 *$

III — Programa de saúde escolar

- 23) $\frac{\text{Número de escolas abrangidas}}{\text{Número total de escolas}} \times 100$
- 24) $\frac{\text{Número de crianças abrangidas}}{\text{Número total de crianças}} \times 100$

IV — Programa de saúde oral em saúde escolar

- 25) $\frac{\text{Número de crianças observadas (em programa)}}{\text{Número de crianças matriculadas}}$

V — Outros programas

- 26) $\frac{\text{Número de horas anuais de todos os médicos}}{\text{População geral}} \times 1000$
- 27) $\frac{\text{Total de consultas médicas}}{\text{Total de médicos}}$
- 28) $\frac{\text{Total de consultas domiciliárias no ano}}{\text{Total de médicos}}$
- 29) $\frac{\text{Número de horas de enfermeiras mensais}}{\text{População geral}} \times 1000$
- 30) $\frac{\text{Total de entrevistas sem consulta médica no ano}}{\text{Total de enfermeiras}}$
- 31) $\frac{\text{Total de sessões de educação de saúde em grupo no centro de saúde no ano}}{\text{Total de enfermeiras}}$
- 32) $\frac{\text{Total de sessões de educação de saúde em grupo fora do centro de saúde no ano}}{\text{Total de enfermeiras}}$

$$33) \frac{\text{Total de visitas domiciliárias para promoção de saúde no ano}}{\text{Total de visitas domiciliárias no ano}} \times 100$$

$$34) \frac{\text{Total de visitas domiciliárias para injeções, pensos e outros tratamentos no ano}}{\text{Total de visitas domiciliárias no ano}} \times 100$$

$$35) \frac{\text{Total de visitas domiciliárias no ano}}{\text{Total de enfermeiras}}$$

$$37) \frac{\text{Total de dias de internamento}}{\text{Número de doentes saídos}}$$

$$38) \frac{\text{Total de dias de internamento}}{\text{Total de camas da unidade de internamento} \times 365} \times 100$$

$$39) \frac{\text{Número de doentes saídos com idade} \leq 14 \text{ anos}}{\text{Total de doentes saídos}} \times 100$$

VI — Nas unidades com internamento

$$36) \frac{\text{Total de camas}}{\text{População geral}} \times 1\,000$$

$$40) \frac{\text{Número de doentes saídos com idade} \geq 65 \text{ anos}}{\text{Total de doentes saídos}} \times 100$$

DGCSP (1986).

A aplicação destes modelos é de grande utilidade, por um lado, porque informam sobre toda a instituição e, por outro, porque permitem a monitorização específica de problemas.

Devem, no entanto, ser periodicamente revistos, porque as situações mudam não só em termos de problemas de saúde, mas também em termos de problemas de qualidade de serviços que interessa monitorizar.

O valor dos modelos está relacionado com as decisões que permitem tomar. A avaliação tem de fazer parte da gestão normal das instituições, única forma de ser verdadeiramente útil.

BIBLIOGRAFIA

- BERGNER, M., *et al.* — «The sickness impact profile, development and final revision of a health status measure», in *Medical Care*, 19, 787.
- BROOK, R. H., *et al.* — «Assessing the quality of medical care using outcomes measures: an overview of the method», in *Medical Care*, 15, sup., 1977.
- BROOK, R. H., *et al.* — «Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study», in *Medical Care*, 17, sup., 1979.
- CHRISTOFFEL, J. — «Medical care evaluation an old new idea», in *Journal of Medical Education*, 15, 1976.
- CORBELLA, A., e SATURNO, P. — *La Garantia de Calidad en Atención Primaria in Organización del Equipo de Atención Primaria*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- CORREIA DE CAMPOS — «Avaliação económica de programas de saúde», in *Cadernos de Saúde*, 10, série XII, n.º 2, Lisboa, ENSP, 1987.
- CRADDICK, J. W., *et al.* — *Medical Manager Analysis*, California, Auburn, 23-31, 1983.
- DI MATTEO, M., *et al.* — «The significance of patient's perceptions of physician conduct a study of patient satisfaction in a family practice center», in *Journal of Community Health*, 6, 18, 1980.
- DI MATTEO, M., *et al.* — «Predicting patient satisfaction from physician's nonverbal communication skills», in *Medical Care*, 18, 376, 1980.
- DI MATTEO, M., *et al.* — «Sources of assessment of physician performance: a study of comparative reliability and patterns of intercorrelation», in *Medical Care*, 19, 829, 1981.
- DONABEDIAN, A. — *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, vol. 1, Health Administration Press, Ann Harbour, 1980.
- DRUMOND, M., *et al.* — *Methods for the Economics Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford, Oxford Medical Pub., 1987.
- HULKA, B., *et al.* — «Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary health care», in *Medical Care*, 8, 429, 1970.
- HULKA, B., *et al.* — «A method for measuring physician's awareness of patient's concerns», in *HSMHA Health Reports*, 86, 741, 1971.

- HULKA, B. S., e CASSEL, J. C. — «The AAPP-UNC study of the organization, utilization and assessment of primary medical care», in *American Journal of Public Health*, 63, 494, 1973.
- IMPERATORI, E. — *Avaliação de Centros de Saúde. Aspectos Conceptuais*, Lisboa, DGCSP, 1985.
- IMPERATORI, E. — *Um Modelo de Avaliação para os Nossos Centros de Saúde* (I Encontro da Qualidade em Serviços de Saúde), Lisboa, APQ, 1988.
- IMPERATORI, E. — *Serviços de Saúde. Avaliação da Qualidade através dos Resultados* (II Encontro da Qualidade em Saúde), Lisboa, APQ, 1990.
- KANE, R. L., et al. — «Measuring outcomes of care in an ambulatory primary care population», in *Journal of Community Health*, 1, 233, 1976.
- KELLY, J., e SWARTWOUT, J. — *Development of Practice Parameters by Physician Organizations*, QRB, Fevereiro de 1990.
- KESSNER et al. — «Assessing health quality. The case for tracers», in *The New England Journal of Medicine*, 288, 1973.
- MUSHLIN, A., e APPEL, F. — «Testing and outcomebased quality assurance strategy in primary care», in *Medical Care*, 18, sup., 1980.
- OMS — *La définition des paramètres de l'efficacité des soins primaires et le rôle de l'infirmière dans les soins primaires. Rapport de deux groupes de travail*, Reykjavik, 1975, OMS/EURO, Copenhaga, 1978.
- OMS — *L'Évaluation des programmes de santé. Principes directeurs*, série «Santé pour tous», 6, Genève, 1981.
- PALMER, R. — *Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y Práctica*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- PARKERSON, G. R., et al. — «The Duke UNC health profile: an adult health status instrument for primary care», in *Medical Care*, 19, 806, 1981.
- RODRIGUES LEGIDO, C. — *La Satisfacción con la Atención Médica en Andalucía: Un Método para Ser Medida*, Sevilha, Dirección General de Ordenación Sanitaria, 1986.
- RUTSTEIN, D., e BERENBERG, W. — «Measuring the quality of medical care. A clinical method», in *The New England Journal of Medicine*, 11 de Março de 1976.
- SACKETT, D., et al. — «The Burlington randomized trial of the nurse practitioner: health outcomes of patients», in *Annals of Internal Medicine*, 80, 137, 1974.
- SACKETT, D., et al. — «The development and application of indices of health: general methods and a summary of results», in *American Journal of Public Health*, 67, 423, 1977.
- SCHACH, E., e STARFIELD, B. — «Acute disability in childhood: examination of agreement between various measures», in *Medical Care*, 11, 297, 1973.
- SERIGO SEGARRA, A. — *Medicina Preventiva y Social*, Leão, Int. B. Sahagún, 1972.
- SUSPIRO, A., et al. — *Modelo de Avaliação para Uma Unidade Rural de Cuidados de Saúde de Base* (Jornadas de Planeamento da Saúde), Lisboa, ENSP, 1982.
- VUORI, H. — *L'Assurance de la qualité des prestations de santé*, Copenhaga, OMS/EURO, 1984.
- WARE, J., et al. — «Dimensions of patient attitude regarding doctors and medical care services», in *Medical Care*, 13, 669, 1975.
- WARE, J. — «Consumer perceptions of health care services: implications for academic medicine», in *Journal of Medical Education*, 50, 839, 1976.
- WARE, J. — «Effects of acquiescent response set on patient satisfaction ratings», in *Medical Care*, 16, 327, 1978.
- WILLIAMSON, J. W. — *Assessing and Improvement Health Care Outcomes: the Health Accounting Approach to Quality Assurance*, Cambridge, M. A. Ballinger Publishing Co., 1978.
- WOLF, W., et al. — «The medical interview satisfaction scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior», in *Journal Behavior Medicine*, 1, 391, 1978.
- WOLLAST, E. — *Méthodes d'évaluation*, Bruxelas, ESP/ULB, 1981.
- WONCA (The World Organization of Family Doctors) — *Quality Assurance for Family Doctors*, 3rd. Draft, 1991.
- ZYZANSKI, S., et al. — «Scale for the measurement of satisfaction with medical care», in *Medical Care*, 12, 611, 1974.

Índice

Prefácio à 1. ^a edição	3
Nota dos autores à 3. ^a edição	5
PARTE I — INTRODUÇÃO	7
Capítulo 1 — Saúde e factores sócio-económicos	7
1. Justificação	7
2. Fundamentação teórica: a perspectiva do <i>stock</i> de saúde	9
3. Estratégias multisectoriais	11
Capítulo 2 — Políticas de saúde	13
1. Conceito	13
2. Política e plano	15
3. Formulação de políticas	15
4. Tipos de política	17
5. Processo e componentes	18
6. Transparência	18
Capítulo 3 — Planeamento da saúde	21
1. Conceito	21
2. Necessidade do planeamento da saúde	23
3. Planeamento e mudança programada	24
4. Participação da população	25
5. Tempo e espaço no planeamento	26
6. Fases do processo de planeamento	28
Capítulo 4 — Evolução histórica do planeamento do sector da saúde em Portugal	31
1. Evolução da estrutura de planeamento da saúde	31
2. Análise comparada dos planos de desenvolvimento	32
2.1. Análise da metodologia de elaboração dos planos	32
2.2. Análise do conteúdo dos planos	33
3. Principais limitações do planeamento da saúde em Portugal	35
PARTE II — DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	43
Capítulo 5 — Diagnóstico da situação	43
1. Conceito	43
2. O diagnóstico no processo de planeamento	44

3. Diagnóstico e necessidades de saúde	45
4. Diagnóstico e informação	47
5. Elementos e requisitos do diagnóstico	48
6. Procedimentos para elaborar o diagnóstico	50
7. Exemplos	51
7.1 Informação utilizada no diagnóstico do Plano de Vila Real-Bragança	51
7.2 Informação utilizada no diagnóstico do Plano da Biscaia	52
Capítulo 6 — Elaboração de cenários	57
1. Técnicas de elaboração	57
2. Exemplos	60
PARTE III — DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	63
Capítulo 7 — Definição de prioridades	63
1. Situação no processo de planeamento	63
2. Conceito	64
3. Critérios de selecção	65
4. Combinação de critérios	66
5. Exemplos	67
5.1. Triagem	67
5.2. Método CENDES/OPS	68
5.3. Plano da Biscaia	71
5.4. Plano Integrado de Vila Real-Bragança	73
5.5. Grelha de análise	74
5.6. Comparação por pares	76
PARTE IV — FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS	77
Capítulo 8 — Fixação de objectivos	77
1. Situação no processo de planeamento	77
2. Selecção dos indicadores dos problemas de saúde	77
3. Tendência dos problemas de saúde	78
4. Fixação dos objectivos	79
5. Objectivos operacionais: metas	80
6. Exemplos	81
6.1. IV Plano de Fomento (1974-1979): objectivos fixados e respectiva avaliação	82
6.2. Plano de Médio Prazo para 1979-1984	84
6.3. Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança	85
6.4. Plano da Biscaia	86
6.5. A fixação de objectivos segundo Bainbridge e Sapirie	86
PARTE V — SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS	87
Capítulo 9 — Selecção de estratégias	87
1. Situação no processo de planeamento	87
2. Conceito	87
3. Fases de elaboração de estratégias	88
3.1. Estabelecimento dos critérios de concepção	88
3.2. Enumeração das modificações necessárias	88
3.3. Esboço de estratégias potenciais	88
3.4. Escolha das estratégias mais realizáveis	89
3.5. Descrição detalhada das estratégias escolhidas	90
3.6. Cálculo dos custos das estratégias	90
3.7. Avaliação da adequação dos recursos futuros	90
3.8. Revisão das estratégias e dos objectivos	90
4. Exemplos	91

4.1. Plano de Médio Prazo para 1979-1984	91
4.2. Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança	93
4.3. A selecção de estratégias segundo Bainbridge e Sapirie	93
Capítulo 10 — Bases para a distribuição de recursos num sistema público de saúde	95
1. Introdução	95
2. Redistribuição de recursos baseada na equidade: proposta para os cuidados de saúde primários	96
3. Redistribuição de recursos baseada na eficiência técnica: exemplo dos cuidados de saúde diferenciados	96
4. Redistribuição de recursos baseada na eficiência distributiva	97
5. Conclusões	103
Capítulo 11 — Distribuição de recursos em CSP: uma intervenção estratégica na perspectiva da equidade	107
1. Evolução da despesa	107
2. Assimetrias na distribuição da despesa	109
3. Proposta de uma nova estrutura da despesa	112
4. Critérios de distribuição da despesa	114
4.1. Metodologia	114
4.2. Resultados	121
4.3. Evolução no período de 1983-1986	124
PARTE VI — ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS	129
Capítulo 12 — Elaboração de programas e projectos	129
1. Situação no processo de planeamento	129
2. Conceitos de programa e projecto	129
3. Componentes de um programa	131
4. Cálculo de recursos humanos	133
4.1. Método das necessidades de saúde	134
4.2. Método das metas dos serviços	134
4.3. Método da utilização dos serviços	134
4.4. Método dos <i>ratios</i> pessoal/população	135
5. Análise dos obstáculos à realização de programas e projectos	136
6. Exemplos	137
6.1. Programação na metodologia CENDES/OPS	137
6.2. Programação no IV Plano de Fomento	138
6.3. O modelo de planeamento dos serviços de saúde	144
6.4. A programação no Plano Integrado de Saúde de Vila Real-Bragança	146
PARTE VII — PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO	149
Capítulo 13 — Preparação da execução	149
1. Importância e situação no processo de planeamento	149
2. Especificação detalhada das actividades	149
2.1. Responsabilidade na especificação das actividades	150
2.2. Definição detalhada dos produtos intermédios e dos produtos finais	150
2.3. Lista detalhada das actividades do projecto	151
2.4. Inter-relação entre as actividades	151
2.5. Necessidades em recursos e duração das actividades	151
2.6. Campos de actividade e de responsabilidade e respectivas inter-relações	151
3. Estabelecimento de horários e calendários	152
4. Cronogramas	154
5. Redes PERT	155
6. Algoritmos ou árvores de decisão	159
7. Fluxogramas	160

Capítulo 14 — Orçamentos-programa: fundamentação e conceitos	163
1. Origem do PPBS/RCB	163
2. Motivos que levam a adoptar o PPBS/RCB	164
3. Objectivos dos orçamentos-programa	164
4. Conceitos	165
5. Metodologia do PPBS/RCB	166
6. Experiência piloto do Centro de Saúde de Serpa	168
 PARTE VIII — AVALIAÇÃO	 173
Capítulo 15 — Avaliação	173
1. Conceito e situação no processo de planeamento	173
2. Tipos de avaliação	174
3. Processo de avaliação. Componentes	176
4. Avaliação e indicadores	178
5. Avaliação da qualidade	179
6. Exemplos	183
6.1. Avaliações da estrutura	183
6.2. Avaliações do processo	186
6.3. Avaliações de resultados	189
6.4. Modelos globais	193

Emilio Imperatori é licenciado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Montevideo e tem o curso de Desenvolvimento de Comunidades do CREFAL (UNESCO) e o de Saúde Pública da ENSP. Na sua formação complementar de curta duração constam cerca de 20 cursos e seminários.

É actualmente consultor da carreira médica de saúde pública, desempenhando as funções de chefe da Divisão de Planeamento e Avaliação da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e na ENSP é professor auxiliar da *Cadeira Técnica de Administração de Saúde Pública*.

Foi responsável pelo Núcleo de Planeamento da Direcção-Geral de Saúde e director de Serviços Médicos Pedagógicos do Ministério da Educação.

A sua actividade docente, além da ENSP, tem-se centrado no Planeamento e Avaliação, tendo colaborado com a Escola Superior de Enfermagem M^{te} Fernanda Resende, o Instituto Superior de Serviço Social, o Departamento de Educação Permanente dos Hospitais Cíveis de Lisboa, a Faculdade de Medicina de Lisboa (curso de Medicina e mestrado de Medicina Escolar), a Escola de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Montevideo, a Faculdade de Medicina de Múrcia, o Centro de Formação Profissional para a Qualidade do Porto, a Associação Portuguesa para a Qualidade, a Escola de Reabilitação de Alcoitão, o Instituto Nacional de la Salud (La Coruña), a Direcção-Geral dos Hospitais, a Direcção-Geral de Saúde e a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, realizando para os dois últimos perto de 30 seminários sobre planeamento.

Em várias oportunidades foi perito temporário da OMS/EURO na área da garantia de qualidade e assessor do Ministério de Sanidad y Consumo Español no mesmo âmbito.

Publicou cerca de 60 trabalhos científicos, a maior parte relacionados com o planeamento e avaliação, tendo participado em mais de 70 congressos, nacionais e estrangeiros, e pertencendo a 14 associações científicas.

Maria do Rosário Giraldes é licenciada em Economia pelo Instituto Superior de Economia e Gestão de Lisboa, professora auxiliar de Economia da Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública e assessora do Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Possui um curso de especialização em Planeamento da Saúde na Johns Hopkins University, Baltimore, EUA.

Tem exercido funções de consultora temporária da OMS, a partir de 1979, na área do planeamento da saúde e da economia da saúde.

Tem dado cooperação técnica a países de língua portuguesa, designadamente, foi técnica residente do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) em Cabo Verde, onde apoiou, durante um ano, a elaboração do II Plano Nacional de Desenvolvimento 1986-1989 no sector da saúde. Deu colaboração ao Seminário Internacional sobre Economia da Saúde, realizado em Brasília de 27 de Novembro a 1 de Dezembro de 1989, organizado pelo Centro de Treinamento para o Desenvolvimento Económico daquela cidade e pela Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa e que contou com o apoio da Associação Portuguesa de Economia da Saúde e da Asociación de Economía de la Salud (Espanha). Ainda em Brasília foi consultora sobre «Contribuição de recursos num sistema público de saúde» de 3 a 5 de Dezembro de 1989. Realizou também uma consultadoria sobre orçamentação do programa da SIDA em Moçambique, Maputo, de 19 a 31 de Março de 1990, através da OMS (Genève).

Publicou cerca de quarenta trabalhos científicos, destacando-se os trabalhos sobre o tema da equidade na distribuição da despesa em saúde, no âmbito dos cuidados de saúde primários, que constituiu o tema da sua dissertação no concurso para professora auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública.

É, neste momento, coordenadora internacional de um projecto de investigação, no âmbito da CE, sobre o tema da equidade, denominado «Socio-economic factors in health and health care».

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



obras avulsas

2.02a