

**CRITÉRIOS E PRIORIDADES PARA A GESTÃO
FINANCEIRA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

Nuno Miguel Faria Araújo

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Gestão ao abrigo do art.º 24.º do Despacho n.º 4675/2016 –
Normas Regulamentares Gerais dos Doutoramentos

Março, 2019

**CRITÉRIOS E PRIORIDADES PARA A GESTÃO
FINANCEIRA NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

Nuno Miguel Faria Araújo

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Gestão ao abrigo do art.º 24.º do Despacho n.º 4675/2016 –
Normas Regulamentares Gerais dos Doutoramentos

Júri:

Prof. Doutor Renato Lopes da Costa, Professor Auxiliar, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Prof.^a Doutora Ana Pinto Borges, Professora Coordenadora, ISAG – European Business School

Prof.^a Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, Professora Coordenadora. Escola
Superior de Enfermagem do Porto

Prof.^a Doutora Alexandra Etelvina Martins Marques Fernandes, Professor Auxiliar, ISCTE – Instituto
Universitário de Lisboa

Prof. Doutor Álvaro Augusto Rosa, Professor Auxiliar, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Março, 2019

RESUMO

Introdu o: O Serviço Nacional de Saúde tem sofrido nos últimos 30 anos fortes críticas na sua gestão financeira – para muitos tem havido uma continuada redu o orçamental ou um claro desinvestimento financeiro (e humano) levando a que se verificasse uma degrada o da qualidade do serviço prestado. Ora, a necessidade de reduzir os gastos com a saúde levanta questões sobre medidas efetivas de conten o da despesa. O estabelecimento de prioridades em saúde deve ser considerado nas op es estratégicas que garantam a sustentabilidade. A prioriza o deve ser explícita e sistemática e a perspetiva da popula o deve ser considerada. O objetivo desta disserta o   o perceber a perspetiva da popula o no que se refere ao racionamento e ao estabelecimento de grupos prioritários na saúde

Metodologia: Com base num paradigma positivista foi realizado um estudo descritivo-correlacional e transversal. A popula o em estudo são indivíduos portugueses com idade igual ou superior a 18 anos. A amostra foi aleatória incluindo 400 indivíduos.

Resultados: Da amostra utilizada, verificou-se que em geral os inquiridos discordam da existência de um limite de gastos no SNS e consideram como meios de financiamento adicional o aumento das receitas com a lotaria e os jogos da sorte bem como dos impostos sobre o tabaco e o  lcool. A sua perce o   de que os profissionais de saúde são o grupo profissional mais influente na forma como o dinheiro   gasto no SNS. Concordam com a defini o de grupos prioritários, que seriam os idosos e as crianças. Sobre as áreas prioritárias elegem as relacionadas com a melhoria dos resultados em saúde tais como, a presta o de cuidados de saúde eficientes, aumentar o número de anos de vida com qualidade, e redu o das desigualdades no acesso.

Conclusões: O estabelecimento de prioridades na saúde   complexo e deve incorporar todas as a es de clarifica o e valida o das decisões. Este processo deve sempre englobar todos os atores sociais com o cidadão no centro do modelo de presta o de cuidados de saúde.

Palavras-chave: Prioridades em saúde, racionamento para cuidados de saúde, Recursos financeiros em saúde, participa o da comunidade; Economia financeira, Saúde.

ABSTRACT

Introduction: In the last 30 years, the National Health Service has suffered strong criticism in its financial management - for many there has been a continuous reduction in budget or a clear financial (and human) disinvestment, leading to a degradation of the quality of the service provided. The need to reduce health spending raises questions about effective measures to contain expenditure. The establishment of health priorities should be considered in the strategic options that guarantee sustainability. The prioritization must be explicit and systematic and the population perspective must be considered. The objective of this dissertation is to perceive the population's perspective regarding rationing and the establishment of priority health groups.

Methodology: Based on a positivist paradigm, a descriptive-correlational and cross-sectional study was carried out. The study population are Portuguese individuals aged 18 years or over. The sample was random including 400 individuals.

Results: From the sample used, it was found that in general the respondents disagree about the existence of a spending limit in the NHS and accept as an additional means of financing the increase in lottery and gambling revenues as well as taxes on tobacco and alcohol. The respondent's perception is that health professionals are the most influential professional group in the way money is spent in the NHS. They agree on the definition of priority groups, that would be the elderly and the children. Priority areas include those related to improving health outcomes such as the provision of efficient health care, increasing the number of quality years of life, and reducing inequalities in the access to it.

Conclusions: The establishment of priorities in health is complex and should incorporate all actions for clarification and validation of decisions. This process should always involve all social actors with the citizen at the center of the model of health care delivery.

Keywords: Health priorities, health care rationing, financial resources in health, community participation; Financial management, Health.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor  lvvaro Rosa pela sua orienta o e disponibilidade, pelo interesse com que recebeu esta investiga o, por orientar sem restringir e pela coragem motivadora com que influenciou este caminho.

  Professora Doutora Ana Pinto Borges pela disponibilidade pela exigência dos seus comentários e pela força que me transmitiu.

A todos aqueles que participaram e contribuíram para a sua concretiza o.

Aos colegas e amigos pelo o apoio e incentivo constante.

Aos meus pais e   minha irmã pelo carinho, compreensão e apoio incondicional.

  Miriam, ao Santiago e ao Vicente pelo incentivo, pela paciência e pela inspira o que semeiam na minha vida.

“...a utopia converte-se num projeto apaixonante quando admitimos que o valor da utopia humana não está na sua realiza o, mas no estímulo que representa para alcançarmos uma meta que ainda não atingimos.”

Ernst Bloch

ÍNDICE

INTRODUÇÃO E ESTRUTURA DA TESE	1
CAPÍTULO 1. A IMPORTÂNCIA DO SETOR DA SAÚDE NA ECONOMIA.....	5
1.1. O SETOR DA SAÚDE NA ECONOMIA	7
1.2. MODELOS DA PROCURA NO SETOR DA SAÚDE	11
1.3. OS EFEITOS DA PROCURA NO SETOR DA SAÚDE	17
CAPÍTULO 2. POLÍTIICAS E CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL: O PERCURSO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	20
2.1. CONTEXTO ATUAL DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	34
CAPÍTULO 3 – FINANCIAMENTO NO SETOR DA SAÚDE.....	46
3.1. CAUSAS DOS DÉFICES NA SAÚDE E MEDIDAS DE CONTENÇÃO DE DESPESA	56
CAPÍTULO 4 – RACIONAMENTO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE	60
4.1. CRITÉRIOS E TIPOS DE RACIONAMENTO EM SAÚDE	65
4.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE	72
4.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES: EXPERIÊNCIAS DE ENVOLVIMENTO PÚBLICO	79
4.4. PREFERÊNCIAS INDIVIDUAIS NA PROCURA E UTILIZAÇÃO DA SAÚDE: CONTRIBUTOS DO MODELO DE GROSSMAN.....	84
4.5. QUESTOES DE INVESTIGAÇÃO	86
CAPÍTULO 5. MODELO E ABORDAGEM METODOLÓGICA	89
5.1. FONTE DE DADOS	91
CAPÍTULO 6. RESULTADOS.....	95
6.1. RESULTADOS SOBRE A LIMITAÇÃO DOS GASTOS NO SNS – RACIONAMENTO DA OFERTA	98
6.2. RESULTADOS SOBRE A POSSIBILIDADE DE FINANCIAMENTO ADICIONAL AO SNS.....	101
6.3. RESULTADOS SOBRE A INFLUÊNCIA DE DIFERENTES GRUPOS PROFISSIONAIS NA FORMA COMO O DINHEIRO DO SNS É GASTO	103
6.4. RESULTADOS SOBRE A POSSIBILIDADE DE EXISTIR DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE.....	107

6.5. RESULTADOS SOBRE O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES PARA A GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE.....	111
CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	116
CONCLUSÕES.....	124
BIBLIOGRAFIA.....	127
ANEXOS.....	148
ANEXO A. QUESTIONÁRIO.....	149

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – FÓRMULA DO MODELO GROSSMAN	14
FIGURA 2 – AS RELAÇÕES FINANCEIRAS ENTRE OS INTERVENIENTES NO SISTEMA DE SAÚDE	50

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA, TOTAL E POR SEXO	37
GRÁFICO 2. ÓBITOS POR ALGUMAS CAUSAS DE MORTE EM %	39
GRÁFICO 3. CAMAS HOSPITALARES PÚBLICAS E PRIVADAS.....	40
GRÁFICO 4. PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO SNS EM 2012	43
GRÁFICO 5. GRÁFICO DE PARETO APLICADO À ESCOLHA DE FONTES DE FINANCIAMENTO	103

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. EVOLU�O DA POPULA�O PORTUGUESA	36
TABELA 2. EVOLU�O DAS TAXAS DE MORTALIDADE	38
TABELA 3. PRODU�O DE CUIDADOS DE SAÚDE	41
TABELA 4. NÚMERO DE NADOS VIVOS E CESARIANAS (2000-2017)	42
TABELA 5. DESCRI�O DAS VARIÁVEIS EXPLICATIVAS	93
TABELA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	96
TABELA 7. ESTADO DE SAÚDE E COMPORTAMENTOS	97
TABELA 8. LIMITE DOS GASTOS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	99
TABELA 9. MODELO LOGIT APLICADO � VARIÁVEL DEPENDENTE “RACIONAMENTO”	100
TABELA 10. FONTES DE FINANCIAMENTO ADICIONAL DO SNS	102
TABELA 11. GRAU DE INFLUÊNCIA QUE DIFERENTES GRUPOS TÊM NA FORMA COMO O DINHEIRO DO SNS � GASTO	104
TABELA 12. RESULTADOS DOS TESTES DE KMO E BARTLETT	104
TABELA 13. ANÁLISE FATORIAL APLICADO AOS GRUPOS COM IMPACTO NOS GASTOS DO SNS	105
TABELA 14. MODELO DE REGRESSÃO APLICADO A CADA UM DOS FATORES	106
TABELA 15. PRIORIDADE PARA ALGUNS GRUPOS DA POPULA�O	107
TABELA 16. MODELO LOGIT APLICADO � VARIÁVEL DEPENDENTE “PRIORIDADE”	109
TABELA 17. GRUPOS PRIORITÁRIOS	110
TABELA 18. ÁREAS PRIORITÁRIAS DOS GASTOS DO ESTADO EM SAÚDE	112
TABELA 19. RESULTADOS DOS TESTES DE KMO E BARTLETT	113
TABELA 20. ANÁLISE FATORIAL DAS ÁREAS PRIORITÁRIAS EM SAÚDE	113
TABELA 21. MODELO DE REGRESSÃO APLICADO AO FATOR 1 “RESULTADOS EM SAÚDE” E AO FATOR 2 “CENTROS POLÍTICOS”	114

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

NPM – *New Public Management*

OLS – *Ordinary Least Squares*

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econmico

PIB – Produto Interno Bruto

QALY - *Quality-Adjusted Life Years*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

USF- Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO E ESTRUTURA DA TESE

A realidade e os desafios que se colocam à saúde são complexos e as respostas que pretendemos construir e desenvolver devem estar alinhadas com as expectativas de todos, baseadas em indicadores e resultados transparentes e rigorosos. A saúde é uma dimensão integrante de um sistema social cuja acessibilidade é fundamental no sistema de valores e direitos salvaguardados na nossa matriz política e legal.

A garantia destes pressupostos implica que as propostas e as reformas na saúde devem ser realizadas com rigor e racionalidade, assegurando a equidade, evitando desperdícios e promovendo uma gestão e utilização eficiente dos serviços de saúde. São necessárias respostas e ações em saúde que assegurem a viabilidade económica e financeira do sistema, visando resultados em saúde objetivos e integrando perspetivas inovadoras e disruptivas focadas nas pessoas, nas suas opiniões e sugestões, através de uma administração participativa e mobilizadora.

Sabemos hoje que a forte influência que muitas das opções estratégicas, ou a ausência delas, tiveram nas várias reformas da administração pública, foi motivada por problemas financeiros dos governos, pelas necessidades de reduzir a despesa pública, pela incapacidade de reconduzir uma administração ineficiente e consumidora, pelo descrédito dos serviços públicos e pelas expectativas da população em relação à sua qualidade (Escoval, 2003). A questão que se coloca prende-se então com a sustentabilidade das respostas em saúde na perspetiva da evolução das necessidades da população e das novas abordagens tecnológicas e farmacológicas que se perspetivam. No Relatório de Primavera (2017) do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) sobre sustentabilidade e equidade em saúde, é referido que a crise e a fraca definição de políticas levaram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) a gastar pior os recursos ao seu dispor, já de si escassos, o que cortar gerou graves problemas e desigualdades no seu acesso, tendo-lhe faltado visão estratégica e capacidade de executar as reformas organizativas indispensáveis. Neste documento assume-se também que a recuperação do SNS e do seu desempenho constituem cortar um dos mais árduos e ambiciosos desafios para a próxima década, sendo um teste decisivo à determinação política na defesa do Estado Social.

A sustentabilidade do sistema de saúde tem de ser encarada e avaliada com base em três vertentes fundamentais: a económica (eficiência e financiamento); a social (prestação dos

cuidados necessários à população e a ambiental. Nesta dissertação daremos destaque à vertente económica da sustentabilidade pela garantia que esta representa na oferta de cuidados de saúde e na sua acessibilidade o que por sua vez potencia a sustentabilidade social. Facto é que na envolvência das pessoas na tomada de decisão em saúde as questões relacionadas com esta sustentabilidade passa a ser alvo de escrutínio publico numa abordagem baseada em princípios conhecidos, objetivos e explícitos (Oberman e Buck, 2001).

O contrato social assumido pelos Estados europeus após a II Guerra Mundial orientou a reorganização dos sistemas de saúde, tendo sido assumido por muitos países um seguro social de saúde para garantia do acesso à população deste direito fundamental. As grandes diferenças que se encontram neste contrato estão relacionadas primeiramente com o PIB de cada país e também com a organização que implementaram associada à prestação de cuidados e ao seu financiamento. A realidade dos diferentes contextos gerou diferentes abordagens aos cuidados de saúde e indicadores que retratavam facetas mais frágeis foram decisivos na revolução e renovação histórica que se iniciou em muitos desses sistemas de saúde. Em Portugal os principais indicadores estiveram relacionados com a taxa de mortalidade materna e infantil.

As conquistas realizadas por estes sistemas de saúde, pelos ganhos em saúde obtidos, foram extraordinárias, mas existem hoje novos desafios, novas realidades e novos contextos que justificam novas opções. O crescimento das despesas de saúde e a insuficiência de recursos estão a condicionar o direito à saúde, existindo desafios complexos no que se refere à adequabilidade dos recursos disponíveis às necessidades e expectativas da população.

O sistema de saúde português é eficiente porque em comparação com a média dos países da União Europeia (UE), podemos verificar que a despesa em saúde em percentagem da despesa total do PIB não é muito diferente, mas pelo contrário a despesa per capita é muito mais baixa, cerca de metade. Os indicadores de saúde apresentam valores muito próximos e por vezes melhores do que a média da UE (Simões, Augusto, Fronteira e Hernandez-Quevedo, 2017). Contudo, ao contrário do que seria expectável num país onde a saúde é um direito tendencialmente gratuito, garantido pelo orçamento de estado, o que verificamos é que o financiamento público da saúde tem sido baixo e a despesa privada muito significativa. A despesa pública no total de despesa com a saúde é baixa e o peso

da despesa privada é elevado, nomeadamente no que se refere aos pagamentos diretos (*out-of-pocket*) pelas famílias (OPSS, 2017).

Não será um exercício linear a ponderação do impacto desta realidade na sustentabilidade atual e futura do SNS, mas o que já se verifica é um racionamento de cuidados nas filas de espera, nos tempos de inscrição para consultas, nas listas de cirurgias, nos doentes sem médico de família, na não adesão ao regime terapêutico e na interrupção de tratamentos pelos custos/preço associados. O Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2010), estabelece desafios à sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, tais como o envelhecimento da população e a inovação tecnológica ou farmacêutica o que levará muito provavelmente ao aumento acentuado da despesa e a um forte agravamento das desigualdades no acesso. No imperativo do nosso contrato social, o aumento da despesa privada é ineficiente, inequitativa e descontextualizada no fundamento ideológico que nos suporta como sociedade, portanto assumindo que o aumento da despesa pública tem limitações factuais problemáticas e preocupantes temos que gerar alternativas, ideias inovadoras e soluções distintas.

Assim, o conceito de critérios e prioridades supondo uma limitação da oferta do SNS deve ser considerado nas opções estratégias que garantam a sustentabilidade da gestão financeira do mesmo. A possibilidade desta realidade desafia os alicerces do contrato social, principalmente nos países com sistemas nacionais de saúde, mas existe consciência que perante a limitação atual de recursos este é um debate necessário. Medidas de racionamento e estabelecimento de prioridades, conceitos sinónimos nesta dissertação, já existem e são efetuadas de forma discriminatória e implícita, portanto ao critério das profissionais de saúde. As duas grandes questões que se colocam são, por um lado, a necessidade de políticas de racionamento e de estabelecimento de prioridades explícitas e sistemáticas com métodos e modelos claros (Ham, 1997; Mullen, 1999; Baltussen e Niessen, 2006; Sabik e Lie, 2008; Peacock et al., 2009; Barros e Martins, 2013), e por outro a necessidade declarada abertamente de existir o envolvimento público na definição destes critérios e prioridades e na reflexão sobre as suas implicações e consequências (Mullen, 1999; Obermann e Buck, 2001; Lees, Scott, Scott, Macdonald, e Campbell, 2002; Gibson, Martin e Singer, 2005; Bruni, Lapacis e Martin., 2008; Sibbald et al., 2010; Botelho, Pinho e Veiga, 2013; Kaplan e Baron-Epel, 2015).

O que hoje importa discutir   a realidade do contexto em que vivemos, a forma como este   determinado e quem decide sobre os seus aspetos fundamentais. Assim, o que pretendemos perceber melhor   a opinião das pessoas sobre esta possibilidade de existir racionamento e prioridades em saúde, e sobre quais as áreas e/ou grupos prioritários na necessidade de limita o da despesa. A sociedade necessita de clarificar as suas op oes e valores para que os profissionais de saúde se possam orientar e realizar os seus cuidados. Não podemos perspetivar respostas hoje com imagens de ontem, sem refletir conscientemente nas respostas de amanhã. Certos estamos que estas têm que obrigatoriamente ser transformadoras do contexto e da realidade.

No que se refere   **estrutura da tese**, nos primeiros capítulos pretende--se delimitar o enquadramento teórico e conceptual do problema em análise. No capítulo I, aborda-se a importância do sector da saúde na economia com referência ao modelo da oferta e da procura e aos efeitos desta na saúde. No capítulo II enquadra-se as políticas e os cuidados de saúde em Portugal, com um retrato do percurso realizado pelo SNS. No capítulo III pretende-se perceber os modelos de financiamento no sector da saúde, as causas associadas aos défices que observamos e quais as medidas de conten o de despesa realizada. O capítulo IV aborda o enquadramento do conceito de racionamento e prioridades na saúde, as suas implica es, os seus desafios estratégicos, as experiências conhecidas de envolvimento público e o modelo Grossman na defini o das preferências individuais e na utiliza o da saúde. O capítulo V apresenta o modelo de pesquisa onde se definem as estratégias metodológicas adotadas por forma a responder às questões de investiga o definidas. No capítulo VI apresenta-se a análise quantitativa dos dados e resultados recolhidos e, finalmente, no capítulo VII são discutidos esses resultados e as suas implica es e contributos para o conhecimento.

Esperamos que esta disserta o possa contribuir para alargar a perspetiva e a compreensão da realidade. As questões da saúde e as suas políticas têm agitado e impulsionado muitas vezes a sociedade portuguesa nas suas questões sociais e mediáticas, pelo que achamos importante que a evidência molde o discurso político para uma abordagem mais enriquecedora e transformadora, na perspetiva de uma sociedade com mais e melhor saúde.

CAPÍTULO 1. A IMPORTÂNCIA DO SETOR DA SAÚDE NA ECONOMIA

O presente capítulo aborda o setor da saúde, nomeadamente a sua importância na sociedade, nomeadamente no contexto nacional e o seu papel na economia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o conceito de saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social em detrimento de doença ou debilidade emocional, moral, social ou espiritual (OMS, 2000).

Este conceito é encarado pela população como um bem social e um estado de bem-estar que deve ser continuamente difundido pois o mesmo possibilita um ótimo desempenho quer a nível físico, quer a nível psicológico e social (Rego, 2011).

O aumento do estado de bem-estar e de saúde deve-se ao aumento dos recursos financeiros que são atribuídos aos cuidados de saúde, assim como  melhoria das condições socioeconmicas das famílias (Paulo, 2010).

De modo a que o setor da saúde se torne mais equitativo e eficiente, torna-se crucial a diminuição de custos, o aumento da qualidade e solidariedade, aliadas aos recursos existentes que permitam fazer face ao aumento de custos e garantir a sustentabilidade do setor da saúde (Nunes e Rego, 2002; Nunes, 2009).

Pelo seu carácter transversal, o setor da saúde assume cada vez mais um papel de destaque na sociedade, uma vez que existe uma preocupação constante sobre as formas de organização e de prestação de cuidados de saúde (Abreu, 2011).

Nas formas de organização dos cuidados de saúde destacam-se como intervenientes os utentes (consumidores finais dos cuidados de saúde), os pagadores/financiadores e o corpo clínico (prestadores e reguladores) (Martins, 2010). O mesmo autor distingue os pagadores dos financiadores, na medida em que os pagadores executam os procedimentos e controlam os comportamentos dos prestadores e dos utentes de modo a que estes paguem o valor certo, ao prestador certo e de forma oportuna. Em contrapartida, os financiadores englobam as entidades que disponibilizam os meios monetários, de modo a contrabalanar os custos.

O direito  proteção da saúde em Portugal encontra-se promulgado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, como sendo um direito fundamental do Homem,

associado à qualidade de vida humana. No mesmo artigo, expressa-se que a prestao de cuidados de saúde deve ser realizada através de um serviço nacional de saúde universal, geral e tendencialmente gratuito (Paulo, 2010).

O direito  proteo da saúde engloba uma conquista da sociedade, na medida em que se traduz na garantia da responsabilidade da sociedade e das instituies democráticas, ao mesmo tempo que harmoniza os princípios da equidade, solidariedade, vontade social e os critérios de justiça social, baseados nas necessidades básicas de saúde dos cidadãos (Nunes, 2009; Simões, 2010; Abreu, 2011).

Por se tratar de uma conquista da sociedade, nenhum cidadão deve ser excluído ou proibido de receber cuidados de saúde, sendo da responsabilidade do Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, qualquer que seja a sua condio econmica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitao (Cabral, 2011).

Desse modo, o Estado deverá garantir o direito  proteo da saúde através da coordenao das atividades assistenciais entre os operadores existentes no mercado, realçando que para além de ser um direito, a saúde também é um dever individual que deve ser salvaguardado pela sociedade (Nunes, 2009).

Outros aspetos que caracterizam o setor da saúde em Portugal passam pela existência de prestadores públicos, privados e sociais que operam num contexto de concorrência, assim como pela dimensão do sistema de saúde a nível nacional, pela questão da priorizao e pela necessidade emergente da avaliao da sustentabilidade do sistema de saúde (Cabral, 2011).

Quanto  dimensão do setor da saúde, a mesma  constituída pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), assim como pelos seguros de saúde voluntários e privados e pelos subsistemas de saúde relacionados com a atividade profissional (Paulo, 2010).

Segundo Cabral (2011), o setor da saúde é formado pelo Serviço Nacional de Saúde, assim como pelas entidades públicas, entidades privadas e profissionais livres. O SNS, que será abordado posteriormente, engloba os estabelecimentos hospitalares, centros hospitalares, unidades locais de saúde, centros de saúde e os respetivos agrupamentos.

Nas entidades públicas, a responsabilidade passa pela promoo, preveno e tratamento na área da saúde. Por sua vez,  da incumbência das entidades privadas e dos profissionais

livres estabelecerem um acordo sobre a prestação da parcialidade ou totalidade das atividades na área da saúde, tais como: serviços de diagnóstico, terapêuticos, dentários, reabilitação, psiquiátricos e consultas de especialidade (Paulo, 2010; Cabral, 2011).

1.1. O SETOR DA SAÚDE NA ECONOMIA

O setor da saúde é um dos setores que, cada vez mais, exerce impacto a nível económico, quer pela evolução positiva no acesso aos cuidados de saúde quer pelo aumento dos recursos consumidos, o que se justifica pelas transformações na despesa com a saúde, nomeadamente a riqueza do país, o envelhecimento da população, o aumento da cobertura de seguro, as novas tecnologias, o consumo de medicamentos e a intervenção dos agentes públicos e privados no financiamento da despesa em saúde e na prestação de serviços (Entidade Reguladora da Saúde, 2014).

Se por um lado, quanto maior for a despesa em saúde, menores serão as opções de financiamento e as verbas disponibilizadas para fazer face a outras áreas (investigação, educação, etc) (Paulo, 2010), por outro lado torna-se essencial considerar os motivos de aumento da despesa em saúde, dos quais se destacam as dificuldades econmicas, a prestação de serviços de má qualidade e a ineficiência de gestão hospitalar (Hardaway, 2000; Stewart, 2003).

No que se refere às dificuldades econmicas que levam ao aumento da despesa em saúde, Raimudini e Souza (2003) e Souza, Rodrigues, Lara e Guerra (2009) destacam o facto da estrutura organizacional ser vasta e complexa e o facto da gestão financeira não ser executada de forma eficiente.

A prestação de serviços de má qualidade pode aumentar a despesa em saúde, na medida em que a mesma não é realizada de forma personalizada, consoante as necessidades dos utentes e a alteração do perfil epidemiológico, ou seja, o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de patologias incapacitantes e onerosas, pelo que se torna essencial que o sistema atual de saúde cubra esta alteração, realizando adaptações na oferta de cuidados de saúde (Simões *et al.*, 2007).

De modo a facilitar as adaptações na oferta de cuidados de saúde, assim como estimar o benefício para cada unidade de custo, o retorno das novas tecnologias e uma maior

eficiência na atribuição de recursos escassos, torna-se crucial recorrer  economia da saúde para tentar responder a questões básicas, tais como: Quanto deve um país gastar com a saúde? Quais devem ser as fontes de financiamento dos gastos com saúde? Qual é a relação entre oferta e procura de serviços de saúde? Quais são as necessidades da população? Quais as consequências das taxas moderadoras na utilização de serviços de saúde? (Vianna e Mesquita, 2003).

A economia da saúde pode ser analisada sob três dimensões: tipos de análise a ser realizada, pontos de vista da análise e diferentes tipos de custo observados. Os tipos de análise englobam a análise de custo-efetividade (anos de sobrevivência depois de uma intervenção em saúde), custo-benefício (custo dividido pelo valor monetário do benefício), custo-minimizaco (observar qual é a forma menos dispendiosa de obter o efeito médico desejado) e custo-utilidade (custo por unidade de bem-estar dos utentes, Quality-Adjusted Life Years – QALY) (Ferraz, 1996).

Quanto aos diferentes tipos de custos observados, os mesmos podem ser diretos, indiretos ou intangíveis. Os custos diretos englobam os custos de internamento, exames, medicamentos, honorários médicos, transporte dos utentes para os serviços de saúde. Os custos indiretos referem-se  falta de produtividade, mortalidade precoce ou incapacidade de executar tarefas, quer sejam remuneradas ou não remuneradas. Por sua vez, os custos intangíveis englobam o custo da sobrecarga psicológica dos utentes e o custo do prejuízo da qualidade de vida e bem-estar (Ferraz, 1996).

Estes custos são pagos pelos utentes, pelo que devem ser geridos eficaz e eficientemente de modo a garantir a continuidade dos respetivos cuidados (Sousa, 2011). Para o efeito, o Estado deve organizar as atividades entre os diversos operadores existentes no mercado para que os cuidados de saúde sejam distribuídos equitativamente pelos utentes (Nunes e Brandão, 2007; Nunes, 2009).

Perante o exposto, o papel do setor da saúde assume um papel fundamental na economia, uma vez que o mesmo introduz uma lógica empresarial que ambiciona reduzir custos, maximizar resultados, valorizar a eficiência e promover a qualidade (Harfouche, 2008).

Essa lógica empresarial passa pela procura de maiores ganhos de eficiência e produtividade, ou seja, o “*New Public Management*” (NPM) como designado por Harfouche (2008), onde se pretende encontrar uma solução de gestão empresarial do

sistema de saúde, assim como diferenciá-la das formas tradicionais de comando e controlo, as quais se caracterizam por serem burocráticas, centralizadas, hierárquicas e impessoais (Nunes e Rego, 2010).

De acordo com Nunes (2009), Harfouche (2012) e Carvalho (2013), o conceito de NPM baseia-se numa visão interdisciplinar das reformas do setor da saúde, que engloba a regulação social e a regulação econmica num novo modelo de administração pública caracterizado pela obtenção de ganhos de eficiência, pelo combate ao desperdício e pelo sentido de responsabilidade.

A NPM exige uma adaptação do Estado às novas funções com modelos de gestão privados que, segundo Rego (2011), conduz a uma complexa relação entre o setor público e privado do setor da saúde português que se ambiciona que seja eficiente e eficaz. Tal só será exequível se a adaptação passar por um esforço dos gestores, pela desburocratização e descentralização dos processos de gestão (Rosanvallen, 1995).

O conceito de NPM no setor da saúde concebe uma abordagem de gestão centrada no utente, na responsabilização pelos resultados, no desempenho e transparência, o que conduz ao aumento de competitividade, consentimento de novos operadores no setor, uniformidade de contratualização e entrada de concorrência entre diversos setores (Carvalho, 2007; Ferrer, 2007; Rego, 2011).

Para além disso, também foi adotada uma maior abertura da administração pública  sociedade; uma seleção dos prestadores de cuidados de saúde; e um maior envolvimento dos utentes nas decisões sobre os seus cuidados de saúde, o que resultou numa maior qualidade no acesso ao sistema de saúde, diferenciação positiva entre prestadores e participação ativa da sociedade (Rodrigues e Araújo, 2005; Nunes e Rego, 2010; Fernandes, 2011; Rego, 2011).

Com a adoção destas medidas não se deve descurar o papel social e a justiça distributiva que o Estado deve assumir perante a sociedade, ou seja, estas medidas devem realçar o direito  proteção de saúde, pois, segundo a Constituição da República Portuguesa (Lei Constitucional não 1/2005), nomeadamente no artigo 64, o dever do Estado passa por defender e estimular a proteção da saúde (Rego, 2011).

A responsabilidade da oferta de saúde numa perspetiva do direito ao acesso à saúde é contudo uma conceito que engloba outras variáveis condicionadoras. Uma destas está relacionada com o conceito de procura no setor da saúde que se encontra revestido de um carácter de incerteza, uma vez que não resulta apenas da vontade ou dos recursos dos utentes, mas sim da sua perceção sobre a necessidade e a existência de um problema de saúde (Mulholland, Smith, Carneiro, Becher e Lechman, 2008).

Na conceção de Paulo (2010), a procura no setor da saúde surge do processo de escolha dos utentes, o qual considera diversos aspetos relevantes, tais como: estrutura demográfica da população, estado de saúde e rendimento.

A estrutura demográfica da população é relevante, devido ao aumento da esperança média de vida, baixas taxas de fertilidade, aumento do número de pessoas idosas e aumento do fluxo migratório, o que irá influenciar o estado de saúde dos utentes. No rendimento da população, verifica-se a existência de uma correlação entre o rendimento auferido e as despesas em cuidados de saúde, ou seja, quanto maior for o rendimento dos utentes maior será a despesa em cuidados de saúde (Paulo, 2010).

Desse modo, pode-se afirmar que a procura no setor da saúde depende da oferta, assim como dos custos inerentes ao consumo de cuidados de saúde, fatores culturais e demográficos e tipo de financiamento dos cuidados de saúde (Rego, 2011).

Para além da procura no setor da saúde, também existe como mencionamos anteriormente a questão da oferta no setor da saúde, a qual deriva de uma relação económica pouco usual, uma vez que é da incumbência dos profissionais de saúde serem prestadores de um serviço de saúde e ao mesmo tempo agentes que alteram as necessidades sentidas na saúde em procura de cuidados de saúde (Paulo, 2010).

O mesmo autor menciona que o desenvolvimento tecnológico e o capital físico e humano são aspetos essenciais da oferta no setor da saúde. O desenvolvimento tecnológico contribui para o progresso nos cuidados de saúde, assim como para o crescimento da despesa em saúde. Já as necessidades de capital físico e humano são estabelecidas pelas condições políticas, económicas e orçamentais, as quais podem influenciar o número de profissionais qualificados atribuídos a cada serviço.

1.2. MODELOS DA PROCURA NO SETOR DA SAÚDE

Da procura no setor da saúde resultam diversos modelos, dos quais se destacam: modelo de Bismarck (Alemanha), modelo de Beveridge (Reino Unido), modelo de mercado (EUA), modelo misto (França), modelo tradicional e modelo de Grossman (Cabral, 2011). Os sistemas de cuidados de saúde na região europeia dependem de um misto de quatro fontes de financiamento principais: impostos, contribuição para esquemas sociais de seguro, subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro e pagamentos diretos por parte dos utentes (Barros e Gomes, 2002). Neste enquadramento temos os sistemas de saúde, baseados no modelo de Bismarck, onde o financiamento depende de seguros privados, e os sistemas de saúde assentes no modelo de Beveridge, em que os impostos são o principal método de financiamento. Por fim temos um modelo de transição, em que os sistemas de cuidados de saúde que eram baseados em seguros, começaram a mudar para um sistema com base em impostos (Barros e Gomes, 2002).

O Modelo de Bismarck foi concebido na Alemanha, em 1883, com o objetivo de garantir o seguro social baseado no acesso universal e no esforço das contribuições dos salários e dos superiores hierárquicos, ou seja, este modelo defendia a intervenção do Estado na criação de um seguro-doença a favor dos colaboradores (Cabral, 2011). Este modelo, tem como principal fonte de financiamento o seguro social, onde os fundos recolhidos, através de contribuições para o seguro social, têm como finalidade assegurar as despesas com os cuidados de saúde. Nos países onde este sistema prevalece, os fundos de seguro social são subsidiados pelo Governo, e o orçamento de Estado subsidia o sistema de seguro social com parte dos fundos que possui. O financiamento através dos impostos gerais, representa grande parte da globalidade do financiamento total da saúde, o seguro de saúde é obrigatório e inclui os benefícios dados aos desempregados e o pagamento de pensões. Estas contribuições para o seguro social, são realizadas de acordo com o rendimento de cada um (Barros e Gomes, 2002).

O Modelo de Beveridge foi concebido no Reino Unido, em 1942, baseando-se em quatro princípios: acesso universal, inclusão de todos os tratamentos, gratuidade e financiamento pelo orçamento geral do Estado. Havendo uma necessidade de aumentar a sua universalidade, o Estado foi assumindo uma responsabilidade cada vez maior no financiamento através de receitas fiscais (Barros e Gomes, 2002).

O âmago deste modelo defende a existência de um sistema público, financiado pelos impostos, onde o direito à saúde é exercido, independentemente do trabalho e do emprego das pessoas (Escoval, 2010).

A este respeito, Cabral (2011) compara o modelo de Bismarck com o modelo de Beveridge, uma vez que ambos defendem que o princípio do acesso aos cuidados de saúde é independente da capacidade de pagamento dos cidadãos e dependente da necessidade, o que leva a que a contribuição seja influenciada pelo rendimento dos utentes. Em contrapartida, Campos e Simões (2011) diferenciam os dois modelos, na medida em que no modelo de Bismarck o Estado garante os princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e do sistema de cuidados de saúde, assim como a aprovação de medidas de contenção de custos, acreditação e controlo de qualidade, responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e o financiamento de cuidados para os utentes que não possuam sistema de seguros. Por sua vez, no modelo de Beveridge existem sistemas integrados de financiamento e de cuidados de saúde, onde os poderes públicos influenciam o planeamento e a gestão dos serviços, pois os recursos são atribuídos consoante as políticas de saúde. Assim podemos assumir ainda a existência de um modelo de transição, que substitui o financiamento predominante num seguro social, para um baseado nos impostos. O nosso modelo de SNS caracteriza-se por beneficiar todos os cidadãos e residentes independentemente da sua situação de perante o emprego, é pago por impostos, cobre quase todos, o todos os riscos e eventualidades, que se alarga por todo o território, um modelo onde a maioria das prestações é pública, tendo o privado um papel complementar. É neste modelo que se encontra Portugal (Barros e Gomes, 2002; Campos, 2008).

A teorização apresentada anteriormente sugere uma divisão conceptual estruturada e devidamente caracterizada, mas na realidade todos os sistemas de financiamento que dependem dos impostos, podem também assumir critérios associados aos seguros sociais sendo que estes por sua vez também podem incluir características do financiamento por impostos (Barros e Gomes, 2002).

Se pensarmos em realidades internacionais refletindo sobre características de financiamento influenciadores da procura em saúde, podemos por exemplo olhar para o modelo que prevalece nos EUA, o modelo de mercado, ou seja, um modelo onde existe um sistema misto de seguros sociais e privados com diversos sistemas concorrentes,

dependente da capacidade de pagamento dos utentes (Escoval, 2003). Por outro lado, no modelo francês prevalece o modelo misto, baseado no modelo de Bismarck e num seguro obrigatório aliado com a proteção social e as prestações contributivas para os utentes excluídos por incapacidade de pagamento (Cabral, 2011). O modelo tradicional baseia-se na análise dos cuidados de saúde, nomeadamente nos bens económicos, na legislação geral da procura, em função do preço, rendimento, hábitos dos utentes, entre outros (Cardoso, 2008).

No início da década de 1970 surge um modelo com o objetivo de tratar a saúde como um *stock* semelhante ao *stock* de capital humano, assim como o de encarar a saúde como sendo um processo de produção conjunto que exige congruência entre os utentes e o consumo de bens e serviços de saúde, o Modelo de Grossman. Estes objetivos derivam num fator produtivo assimilado pela pessoa para produzir saúde e num fator produtivo que engloba o tempo da pessoa dedicado a essa produção, contando também com a influência de outros fatores (educação, idade, salário, etc.) (Barros, 2003; Leibowitz, 2004).

Esta abordagem assume que o *stock* da saúde deve ter uma duração plurianual, ou seja, a saúde produzida em cada momento é encarada como um investimento no *stock* da saúde, pelo que o mesmo está sujeito a depreciações consoante cada pessoa (e.g. taxa de depreciação é tanto maior quanto maior for a idade da pessoa). O modelo encara a saúde como um bem de consumo e de investimento, uma vez que a prestação de cuidados de saúde oferece satisfação aos utentes, o que faz com que o *stock* aumente, os dias de incapacidade diminuam e, conseqüentemente se obtenha um maior nível de rendimento (Barros, 2013).

Se a saúde for encarada como um *stock*, então a mesma poderá ser alvo de alterações ao longo do tempo, ou seja, o *stock* que é adquirido na infância transforma-se e depende de uma taxa de depreciação, a qual é influenciada pelo aumento da idade, pelos hábitos e pelo tipo de bens consumidos pelas pessoas (Leibowitz, 2004). Quando o *stock* de saúde diminui abaixo do limiar mínimo, então dá-se o falecimento das pessoas (Cardoso, 2008). As pessoas distribuem o seu tempo na realização de diversas atividades, tais como: trabalho, lazer e saúde, o que leva a que as suas escolhas estejam limitadas pelo fator tempo e pelo *stock* de saúde, que corresponde ao tempo que cada pessoa dedica à prevenção primária (Barros, 2003; Leibowitz, 2004).

$$H = H(M, T_h; E, A)$$

Figura 1 – Fórmula do Modelo Grossman

A fórmula do modelo de Grossman (figura 1) é representada através de uma equação, onde H corresponde ao estado de saúde ou stock de saúde, M corresponde aos fatores produtivos adquiridos no mercado (serviços médicos, medicamentos, etc); T_h corresponde ao tempo; E corresponde à educação e A corresponde à idade.

A variável educação (E) tem como objetivo transmitir a ideia de que a produtividade no investimento em saúde depende do nível de educação, ou seja, pessoas mais educadas obtêm um investimento em saúde mais eficiente. Por sua vez, a idade (A) tem como objetivo analisar de que forma a mesma influencia a capacidade de produção de saúde, ou seja, pessoas de diferente idade possuem capacidades diferentes de produzir saúde. Desta abordagem conceptual resultam um conjunto de decisões que as pessoas terão que ponderar, das quais se destacam: divisão do tempo entre trabalho e lazer; divisão do tempo restante de lazer na produção de saúde e do bem de consumo puro; divisão do rendimento entre bens intermédios para a produção de saúde e do bem de consumo puro e investimento em saúde para o momento seguinte. O investimento em saúde irá provocar o aumento do rendimento das pessoas, pelo que se supõe que o estado de saúde tem de ser superior a um limiar mínimo ($H > H_{\text{mín}}$), de modo a produzir o bem de consumo e a gerar rendimento. Nos casos em que o estado de saúde é baixo, as pessoas despendem mais tempo para produzir saúde e obter rendimento e, conseqüentemente, mais consumo para ter saúde. Isto conduz ao ponto ótimo de produção e à procura de cuidados médicos, pois, se as pessoas considerarem a saúde como mais um bem de investimento então o ponto ótimo maximizará o bem de consumo. Contudo, se as pessoas considerarem a saúde como bem de consumo então o ponto ótimo dá-se quando as pessoas abdicam de algum bem de consumo para obter saúde adicional (Barros, 2003).

De seguida são explanados os principais fatores que influenciam o modelo de Grossman (idade, rendimento, educação).

O **fator idade** estabelece uma relação com as preferências individuais do processo de envelhecimento, ou seja, as pessoas alteram as suas preferências e necessidades ao longo

do tempo. Barros (2013) afirma que as pessoas de diferentes idades possuem capacidades diferentes para produzir saúde, estando a taxa de depreciação de saúde sujeita as transformações advenientes da idade.

Barros (2003) defende que o investimento em cuidados médicos tende a aumentar com a idade, ao mesmo tempo que, o *stock* de saúde diminui. Galama e Kapteyn (2011) partilha a afirmação de Barros (2003), ao referir que a saúde das pessoas idosas se degenera mais do que a saúde dos jovens, pelo que aqueles tendem a adquirir mais cuidados médicos. Há, contudo, alguns estudos que apresentam conclusões distintas. Groot (2000) conclui que as pessoas mais idosas manifestam melhor estado de saúde do que as pessoas mais jovens. Com o fator idade, pode-se observar que a tendência no mercado de procura mostra que os jovens e crianças recebem cuidados preventivos de saúde infantil em detrimento das pessoas mais idosas que recebem cuidados de saúde consoante a idade que alcançam, ou seja, cuidados de geriatria e domiciliários (Pires, 2010; Nishijima, Postali e Fava, 2011).

O **fator rendimento** reflete a capacidade monetária das pessoas, sendo tanto maior quanto maior o investimento em capital humano, podendo levar ao aumento da procura de cuidados de saúde (Barros, 2013). Com o aumento do *stock* de saúde, as pessoas podem consumir mais bens intermédios, assim como ter mais tempo livre para o investimento na produção de saúde e de bens de consumo (Barros, 2003). As pessoas com rendimentos menores terão que equilibrar o *stock* de saúde, ou seja, os cuidados médicos com as perdas de saúde e a taxa de deterioração de saúde, o que pode causar a morte das pessoas (Grossman, 1972). Por outro lado, as pessoas com rendimentos maiores poderão consumir mais cuidados médicos e dessa forma aumentar o seu *stock* de saúde, causando um excesso de recursos da produção do *stock* de saúde (Barros, 2003). Grossman (1972) defende que se as pessoas que possuem rendimentos maiores então também terão mais cuidados médicos, sem se importarem com as limitações orçamentais e, dedicando menos tempo no investimento com o seu *stock* de saúde.

Por último, o **fator educação** é considerado como um fator que permite aumentar a eficiência com que as pessoas produzem investimentos em saúde e bens de consumo, ou seja, quanto maior a educação maior será o *stock* de saúde e a taxa de depreciação de *stock* de saúde (Barros, 2003). Isto acontece porque as pessoas com mais educação e formação académica percebem adequadamente a influência que os cuidados de saúde

terão na sua saúde e bem-estar, pelo que se prevê que essas pessoas poderão adotar um estilo de vida mais saudável, evitando comportamentos de risco e aderindo a realização de tratamentos e exames de diagnóstico (Barros, 2013). Existe uma relação entre o grau de escolaridade e o nível de literacia em saúde, ou seja, quanto mais elevado o grau de escolaridade, maior o nível de literacia em saúde (Espanha, Ávila, e Mendes, 2016; Pedro, Amaral e Escoval, 2016). Uma pessoa com um nível de literacia em saúde adequada tem capacidade de tomada de decisão, no seu projeto de saúde, na saúde da sua família e da comunidade onde está inserido. A uma melhor interpretação e decisão sobre o estado de saúde, estão associados custos médicos mais reduzidos, hospitalizações mais curtas e uso menos frequente de serviços de saúde (Sørensen, et al., 2012). Níveis baixos de literacia em saúde estão associados a uma menor procura de cuidados de saúde no sentido de promoção da saúde e prevenção da doença e mais hospitalizações e complicações resultantes de patologias crónicas mal controladas (European Parliament, 2013; DGS, 2015).

No estudo realizado por Elo e Preston (1996) pode-se observar que existe uma relação entre os níveis mais elevados de escolaridade e as menores taxas de mortalidade, o que leva a concluir que quanto maior a educação maior a informação e acessibilidade nos cuidados de saúde. Por sua vez, Freedman e Martin (1999) no seu estudo verificou que existe uma relação inversa entre as prevalências de limitações funcionais e as pessoas com mais educação, ou seja, quanto maior a educação menor as prevalências de limitações funcionais. Brito (2005) acrescenta que as pessoas com mais educação tendem a escolher um *stock* de saúde mais elevado, sendo que quando o mesmo diminui, existe uma tendência de maior procura de cuidados médicos, uma vez que as pessoas percecionam os benefícios inerentes, conferindo-lhes maior eficiência no investimento e produção de saúde, o que leva a que o investimento seja menor para a respetiva manutenção.

Perante o exposto, pode-se afirmar que o modelo de Grossman carece de uma procura de cuidados de saúde que depende de fatores, tais como: estado de saúde inicial; ocorrência e situações de doença, os quais são reforçados quando as pessoas manifestam mais doenças em detrimento das pessoas mais saudáveis (Atella, Brindisi, Deb e Rosati, 2003).

Também se conclui que o modelo de Grossman possui diversos benefícios, tais como: efeito consumo, que ocorre quando uma pessoa está com boa saúde; perda de menos dias

no trabalho; maior produtividade por unidade de tempo trabalhada, o que leva a um maior rendimento e maior esperança de vida (Barros, 2003). Mais à frente neste enquadramento retomaremos esta contextualizao numa meno mais objetiva aos vários elementos influenciadores deste modelo e a sua relao com o estabelecimento de prioridades em saúde.

Em suma, a procura no setor da saúde engloba diversos modelos de sistemas de saúde que organizam a forma de prestao de cuidados de saúde, que pode ser direta e universal com maior interveno do Estado ou baseada num seguro de saúde obrigatório ou voluntário aliado à interveno controladora ou reguladora do Estado (Cabral, 2011).

1.3. OS EFEITOS DA PROCURA NO SETOR DA SAÚDE

O setor da saúde permite estabelecer a maior ou menor capacidade de agir e viver de forma livre, individual e participativa na sociedade. Esta participao na sociedade, baseada na procura, deve-se ao envelhecimento da populao, aumento da esperança média de vida, aumento do rendimento, alargamento do acesso de saúde e cobertura de seguros (Barros, 2013).

Quanto maior for a participao na sociedade, maior será o efeito da procura no setor da saúde e, conseqüentemente, a necessidade de receber cuidados de saúde, passando pelo consumo efetivo direto (consultas ou internamentos) ou indireto (exames de diagnóstico) dos serviços de saúde (Miquilin, Marín-Léon, Monteiro e Filho, 2013; Souza e Botazzo, 2013). Desse modo, o aumento da procura no setor da saúde pode levar a existência de um mercado com falhas, que justificam a interveno do Estado na distribuio justa dos recursos disponíveis. Isto significa que a procura no setor da saúde assume um caráter de incerteza, uma vez que a doença  imprevisível e não se pode controlar quando e quantas vezes  que os utentes irão necessitar de cuidados de saúde (Castro, 2002; Pereira, 2003; Cardoso, 2008).

Também o facto dos cuidados de saúde serem gratuitos ou pouco dispendiosos pode levar a que os utentes abusem ou desperdicem os mesmos, podendo existir o risco dos utentes consumirem mais do que necessitam ou negligenciarem os cuidados com a saúde, o que se traduzir em maior probabilidade de adoecerem (Barros, 2003). Por sua vez, no lado

do prestador de cuidados de saúde poderá existir um aumento na procura dos mesmos, pelo facto do prestador recomendar o utente no sistema de saúde (Castro, 2002; Nishijima *et al.*, 2011).

Outros possíveis obstáculos no mercado da oferta refletem-se na procura, podendo causar reservas na entrada de novos prestadores de cuidados no mercado, controlo do número de vagas nas universidades para formação de profissionais de saúde, limitações no número de consultas e exames (Castro, 2002).

Os fatores da procura e da oferta, anteriormente referidos, podem provocar uma crise no setor da saúde e a exigência de medidas de gestão mais eficientes, nas quais seja possível aplicar os recursos existentes, de forma equitativa e universal (Rego, 2011).

Dos recursos necessários para suprir as necessidades básicas de saúde destacam-se os recursos humanos, onde se engloba os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas, médicos de outras especialidades, entre outros), ou seja, as pessoas qualificadas e habilitadas para o desempenho de atividades de assistência ao utente e família. Os recursos físicos englobam a dimensão, localização e uso dos hospitais, centros de saúde e clínicas, sendo que os mesmos devem ser seguros e confortáveis de modo a não prejudicar o repouso e a privacidade dos utentes (Mezomo, 2001). Por sua vez, os recursos materiais englobam os materiais essenciais para o funcionamento dos hospitais, centros de saúde e clínicas (material de escritório, limpeza, conservação e reparação, uso cirúrgico, laboratório, medicamentos, etc.), os quais são escassos, devendo a gestão de recursos materiais garantir o reabastecimento racional e a manutenção do ciclo produtivo sem falhas (Frederico, 2006). O mesmo autor enumera algumas atividades que fazem parte da gestão de recursos materiais: prever quantidades e qualidade; adquirir de forma vantajosa; armazenar de forma funcional; conservar de modo a evitar avarias, destruição ou obsolescência; controlar o seu uso e disponibilizar os mesmos de forma célere, económica e segura.

Os recursos humanos, físicos e materiais irão exercer influência sobre os custos das intervenções, ou seja, o consumo de cuidados de saúde é estabelecido pelos profissionais de saúde que indicam quais os cuidados que os utentes devem receber e qual a respetiva forma de administração. Ao considerar a relação entre as necessidades efetivas da população e os recursos disponíveis pode-se observar que as necessidades são superiores

aos recursos existentes, pelo que se torna crucial que os recursos financeiros sejam atribuídos de uma forma eficaz e eficiente, que garanta a sua futura sustentabilidade, transparência e ética e satisfaça as necessidades dos utentes (Rego, 2011).

Do ponto de vista da participação baseada na oferta, a mesma deve-se à inovação científica e tecnológica que origina novas técnicas, novos medicamentos e novos equipamentos e à prestação de cuidados, ou seja, a procura carece de recursos humanos, físicos e materiais que possam satisfazer as necessidades básicas de saúde (Nunes e Rego, 2010).

Em suma, a natureza dos cuidados de saúde evidencia que existe uma assimetria de informação no mercado da procura, na medida em que uma das partes (prestador de cuidados) detém mais informação sobre a relação económica subjacente do que a outra parte (utentes) (Barros, 2013). Isto acontece uma vez que os utentes desconhecem o resultado que uma ação terá na sua saúde futura, devendo por esse motivo acatar a recomendação do prestador de cuidados de saúde, a qual terá que ser baseada na confiança e respeito mútuo, de modo a que não influencie a procura e oferta de cuidados de saúde (Castro, 2002; Amendoeira, 2009).

CAPÍTULO 2. POLÍTICAS E CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL: O PERCURSO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O presente capítulo aborda a evolução das políticas e das reformas da saúde em Portugal e contexto atual do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Serviço Nacional de Saúde tem sido alvo de diversas reformas, ao longo do tempo, devido aos contextos sociais, religiosos e políticos onde se encontra inserido e à necessidade de satisfazer as necessidades da população. Nos últimos anos os reais avanços tecnológicos, científicos, sociais e económicos permitiram alcançar o atingimento de metas e indicadores de saúde muito positivos, mas por outro lado novos problemas relacionados com as atuais e futuras necessidades de saúde fazem emergir uma nova complexidade às respostas em saúde. Questões como a evolução demográfica, a prevalência de doenças crónicas, o consumo aumentado de recursos de saúde e os recursos financeiros escassos geram situações problemáticas sob o ponto de vista social e da saúde que importa analisar e compreender para a definição de linhas e opções estratégicas exequíveis. Assim, o conhecimento da evolução do sistema de saúde português no que se relaciona fundamentalmente com o Serviço Nacional de Saúde, ajuda-nos a esta compreensão, e na configuração das estratégias necessárias a implementar para a eventual garantia da acessibilidade e universalidade das suas respostas.

Na interpretação das sucessivas ações que contribuíram para a evolução e configuração da saúde em Portugal podemos destacar diferentes períodos, subordinados a ações estratégicas na definição e implementação de objetivas políticas de saúde.

A primeira grande reforma da saúde em Portugal surgiu em 1903 e ficou conhecida como a Reforma de Ricardo Jorge, onde se dá a reestruturação da Direção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e o aparecimento da Inspeção Geral Sanitária, do Conselho Superior de Higiene Pública e do Instituto Central de Higiene, sobretudo dos cursos de Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária (Abreu, 2003; Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição e Barbosa, 2005).

A segunda reforma surgiu com o Decreto-Lei nº 35/108 de 1945, o qual promulgou a Direção-Geral de Assistência, tendo esta como incumbência a administração sobre os

hospitais e sanatórios (Simões e Dias, 2010). Com a Lei nº 2011, de 2 de abril de 1946, dá-se a estruturação dos serviços prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente no lançamento de uma rede de hospitais sob a tutela das Misericórdias (Eira, 2010).

A filosofia de base preconizava o Estado como supletivo às iniciativas e opções de saúde do cidadão e de outras instituições de Previdência Social. Esta época que abarcou o fim da segunda grande guerra e até finais dos anos 60, ficou marcada pelo papel central das Misericórdias que possuíam grande parte dos hospitais e coordenavam as atividades de assistência social e de cuidados de saúde. O sistema de saúde encontrava-se muito fragmentado com Serviços Médico-sociais para os beneficiários da Caixa de Previdência, Hospitais estatais gerais e especializados, localizados nos centros urbanos, serviços privados dirigidos a classes sociais mais elevadas, Serviços de Saúde Pública, médicos municipais e uma enorme rede de hospitais da Misericórdia (OPSS, 2001; Paulo, 2010).

Entre 1945 e 1971, o estado não pretendia assumir responsabilidades na saúde e permitiu a criação de uma complexa rede de subsistemas independentes cuja coordenação era complicada e que não contribuíam nem para a cobertura da população em termos de cuidados de saúde, nem para a qualidade dos cuidados que eram prestados (Simões e Campos, 2014).

O Estatuto de Saúde e Assistência afirmava o Estado no já referido papel supletivo, tendo este apenas como responsabilidade estabelecer planos, organizar e responder através de serviços especializados apenas quando a iniciativa privada não desse resposta pela complexidade das intervenções, e de fomentar a criação de instituições de saúde particulares. Os encargos com a saúde, de acordo com o Estatuto de 1963, eram suportados pela receita de quotizações, rendimento de bens próprios, pagamento de serviços prestados, por heranças, montantes e doações recebidas e por último o Estado para os restantes encargos através de subsídios do governo ou autarquias. Esta interpretação do papel do Estado na saúde, tinha na sua base o princípio da responsabilidade individual, estabelecida na lei desde 1944. A Previdência Social, a partir de 1965, dava cobertura a aos seus beneficiários, que eram uma minoria da população.

Em 1958, foi criado o Ministério da Saúde e da Assistência que assegurava os cuidados de saúde à população não coberta pelos serviços da Previdência, que se encontravam integrados no Ministério das Corporações e Previdência Social. Em 1960, apenas 18% da

população estava coberta por algum sistema público de saúde valor que subiu aos 40% em 1971. Os indicadores de saúde em Portugal eram muito desfavoráveis com resultados muito preocupantes e com um investimento em saúde pelo estado muito reduzido e limitado. Portugal possuía os piores indicadores em comparação com os países da União Europeia, sendo o país com pior desempenho ao nível da cobertura (18% para uma média europeia de 70%), com taxas de mortalidade infantil preocupantes (55 óbitos por cada 1000 habitantes, para uma média europeia de 23,5) e com gastos em saúde na ordem dos 1,7% do PIB para uma média europeia de 3,8%, dados relativos a 1969 (Simões e Lourenço, 1999).

A terceira reforma (Reforma da Saúde e Assistência ou Reforma de Gonçalves Ferreira) surgiu em 1971 com orientação para um novo papel do Estado, onde se dava primazia à promoção de saúde e à prevenção da doença, tendo sido a partir deste momento criados os centros de saúde (Abreu, 2003; Simões e Dias, 2010). Abandonava-se a ideia da caridade e do foco nas instituições privadas como solução para os problemas de saúde da população. É reconhecido o direito à saúde colocando-se tónica na universalidade, o que originou uma reorganização dos serviços por forma a assegurar à população um nível aceitável de cuidados de saúde e de apoio social.

Esta reforma foi desenhada numa perspetiva de política de saúde, que mais tarde foi consagrada, em Alma Ata, como os cuidados de saúde primários. O principal objetivo foi a diminuição das barreiras financeiras e físicas, associadas ao acesso de cuidados médicos. O Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro reconhece pela primeira vez o direito à saúde a todos os cidadãos. Associada a esta reestruturação nas políticas públicas de saúde o estado deixou de ser supletivo na saúde e passou a ser o responsável pela política e pela execução da saúde em Portugal.

Esta reforma dos serviços de saúde desenvolvida por Baltasar Rebelo de Sousa, Francisco Gonçalves Ferreira e Arnaldo Sampaio, permitiu ao país garantir a cobertura e o acesso universal de toda a população à saúde, assegurar a promoção da saúde e a prevenção da doença, reconhecer os grupos vulneráveis e respeitar as prioridades estabelecidas pelo gabinete de estudos e planeamento também criado nessa altura. Reforçada com a melhoria das condições socioeconómicas pós-revolução, esta reforma proporcionou a Portugal uma melhoria da saúde e da análise dos indicadores de saúde como a taxa de mortalidade

infantil, mortalidade materna e a percentagem de cobertura da população pelo sistema de saúde, com uma clara evolução das respostas e dos resultados em saúde.

O período desde a Revolução de 1974 até 1979 foi o período de nacionalização dos cuidados de saúde, do qual resultou a criação do Serviço Nacional de Saúde. A revolução de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram profundamente Portugal e as políticas de saúde incorporaram os ideais político-sociais com o reconhecimento do direito à saúde por parte de todos os cidadãos.

Podemos assumir que após a revolução de Abril o país, no que se refere ao seu sistema de saúde, encontrava-se nas seguintes condições (Simões e Campos, 2014):

- Apenas 58% da população estava coberta por cuidados de saúde existindo diversos subsistemas de saúde que conduziam ao desperdício e à redundância de cobertura;
- Dificuldades na acessibilidade com concentração das unidades de saúde na faixa litoral e grandes cidades. Desigual distribuição de médicos e enfermeiros com uma notória escassez de recursos de ambos os grupos profissionais;
- Dispersão de propriedade, meios materiais e recursos – elevado número de unidades de saúde pertencentes à Misericórdia; sem sistema de referenciação entre os cuidados de saúde primários e hospital; inexistência de carreira de médico de família apesar do investimento em serviços médico-sociais da previdência;
- Ensino médico e de enfermagem com uma perspetiva biomédica centrado para a vertente hospitalar, com deficitária componente de saúde comunitária;
- Inexistência de uma política orientada por um plano estratégico;
- Reforma dos serviços centrais e regionais iniciada com atrasos devido ao fenómeno revolucionário;
- Gastos públicos a aumentar em relação ao PIB, quase duplicando de valor entre 1970 (1,9%) e 1974 (2,9%).

A Lei do Serviço Nacional de Saúde (Decreto de Lei nº 56/79 de 26 de agosto) estabelece a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde para todos os cidadãos independentemente da sua condição social e/ou económica. A nacionalização dos cuidados de saúde passava por criar uma rede estatal de prestação de cuidados de saúde, o que levou a que os hospitais centrais e distritais ficassem sob a tutela do Governo,

englobando posteriormente os hospitais locais, de modo a garantir que toda a população tivesse acesso gratuito aos cuidados de saúde (vigilância da saúde, diagnóstico e tratamento, prevenção de doenças e reabilitação médica e social), independentemente do seu *status* económico e social. Desse modo, o SNS foi descentralizado, englobando órgãos de âmbito central, regional e local, assim como cuidados de saúde primários e diferenciados e atividades de ensino para o aperfeiçoamento das técnicas dos profissionais de saúde.

Esta enorme conquista da população portuguesa, concretizada nesta reforma da saúde, passou, contudo, por uma concretização difícil. Um país a emergir com uma nova democracia, com o processo de descolonização, a frágil base financeira do sistema, a ausência de inovação na organização do sistema, a falta de transparência entre interesses públicos e privados, as dificuldades de acesso e a ineficiência dos serviços públicos foram elementos desafiadores para as exigências estratégicas do SNS (OPSS, 2001).

A principal opção estratégica deste período procurou privilegiar os cuidados de saúde primários. A implementação dos centros de saúde de 1ª geração com foco em atividades na área da saúde pública não foi eficaz na melhoria do acesso o que levou à associação destes centros com os Serviços Médico-Sociais da Previdência constituindo os centros de saúde de 2ª geração (1984). Para além deste foco procurou-se reorganizar a rede hospitalar, reestruturar a carreira dos profissionais de saúde (Decreto Lei nº310/82 de 3 agosto) e desenvolver o controlo e monitorização da clínica privada e dos produtos farmacêuticos. Em 1982, foram criados também as Administrações Regionais de Saúde (Decreto-Lei nº 254 de 29 de junho).

Este período concretiza uma recuperação significativa em indicadores de saúde quantitativos, mas ainda se verificavam algumas lacunas na perspetiva da qualidade dos cuidados. Os gastos do Estado com saúde em Portugal, entre 1974 e 1980, aumentaram cerca de 40%. Nos anos seguintes e até 1986, verificou-se um investimento menos acentuado, de cerca de 11%, com uma recuperação muito significativa entre 1986 e 1990, com cerca de 24% de investimento. Entre 1974 e 1990 passamos de um investimento de 4,1% do PIB para 6,5%, sendo que a média da União Europeia foi de 5,7% para 7,4%. Para além deste indicador a cobertura da população portuguesa passou para 100%, muito associada à criação dos centros de saúde, a mortalidade infantil passou de 37,9 óbitos por 1000 nascimentos em 1974, para 11 óbitos por 1000 nascimentos em 1990, e a esperança

média de vida de 68,9 anos em 1975 para uma esperança média de vida de 73,8 anos em 1990 (Baganha, Ribeiro e Pires, 2002).

A entrada de Portugal para a CEE (1986) contribuiu para um período de inovação, investimento e renovação do SNS. O financiamento europeu permitiu um desenvolvimento de estruturas sociais e económicas com a expansão de instalações e equipamentos do SNS. Uma das reformas mais importantes da saúde em Portugal teve na sua origem a publicação da Lei de Bases da Saúde, em 1990 (Lei nº 48/90 de 24 de agosto). Esta lei efetiva o direito à saúde da população atuando o Estado através de serviços próprios, mas podendo também celebrar acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados. O Estado presta, mas também apoia e fiscaliza a atividade privada de saúde. Todas as entidades públicas e privadas, incluindo o cidadão, devem colaborar na garantia do direito à saúde. O debate sobre a reforma do sistema de saúde nesta altura passava muito pela defesa de um papel mais ativo para o setor privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial do SNS. As reformas que ocorriam em vários países europeus eram influenciadas pela nova gestão pública na competição entre prestadores, na preocupação pela eficiência e pelo estabelecimento de prioridades escolhidas e limites nos cuidados de saúde públicos.

A Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 22/93 de 15 de fevereiro), têm então como objetivo aliar a filosofia de gestão com a ideologia de mercado, a partir da regionalização da administração dos serviços; privatização dos serviços de prestação de cuidados de saúde; possibilidade de transferência para domínio privado do financiamento de cuidados de saúde e integração de cuidados numa região entre hospitais e centros de saúde (Abreu, 2003; Simões e Campos, 2014).

Deste período, entre 1986 e 1995, terá ficado, no essencial, um sistema de saúde português onde passaram a coexistir três sistemas articulados: o Serviço Nacional de Saúde, abrangendo todas as instituições públicas de saúde sob dependência do estado; a existência de subsistemas públicos de apoio, entidades privadas e profissionais livres que estabeleçam uma relação de contrato com o estado para a prestação de cuidados de saúde e a introdução de taxas moderadoras para o acesso à saúde com exceção de alguns grupos de risco e economicamente deficitários (associadas à revisão constitucional de 1989, que assume o serviço nacional de saúde como tendencialmente gratuito).

Com o Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de abril, definem-se as taxas fixas, mas com regime de isenção para determinados utentes (aplicável a meios complementares de diagnóstico e terapêutica ambulatoria, consultas de urgência, nos hospitais, centros de saúde e outros serviços de saúde públicos ou privados). Posteriormente, com o Decreto-Lei nº 173/2003, as taxas moderadoras pretendiam racionalizar a procura através do pagamento das mesmas, de modo a evidenciar o princípio de justiça social no acesso aos cuidados de saúde. De acordo com a Lei de Bases da Saúde, as taxas moderadoras auxiliam na regulação e moderação do consumo dos cuidados de saúde, não tendo como finalidade servir de fonte de receita para o Estado, uma vez que a este nível as taxas moderadoras possuem um peso baixo no total da receita (Leal e Garcez, 2016). Segundo o novo regime da cobrança das taxas moderadoras nos cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 7-A/2016, de 30 de março), as pessoas que se encontram isentas do pagamento das mesmas são: grávidas; menores; utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%; utentes em situação de carência económica; dadores de sangue; dadores vivos de células, tecidos e órgãos; bombeiros; utentes transplantados; militares e ex-militares das Forças Armadas que se encontrem incapacitados permanentemente; desempregados com inscrição válida no Centro de Emprego; jovens que se encontrem sob medida tutelar de internamento, de guarda em centro educativo ou guarda em instituição pública ou privada; jovens integrados em respostas sociais de acolhimento e os requerentes de asilo e refugiados. O grande objetivo da introdução de taxas moderadoras é o facto destas permitirem controlar o consumo desnecessário dos serviços, aumentar a eficiência no consumo, contribuir para o financiamento do sistema, aumentar a qualidade dos serviços e o aumento da igualdade no acesso aos cuidados de saúde (Lagaarde e Palmer, 2006).

No que se refere aos resultados de saúde, no período entre 1986 e 1995, Portugal abandonou o último lugar da tabela europeia no que se refere à mortalidade infantil e perinatal e à melhoria da esperança média de vida à nascença. Em termos de gastos em saúde podemos assumir que até ao final do Governo de Leonor Beza se verificou uma contenção de despesa e uma estagnação dos gastos e após 1991, uma despesa pública sempre a crescer tendo os gastos públicos com a saúde passado de 3,3% para 4,9% em percentagem do PIB. A utilização dos serviços registou um importante crescimento com um aumento de 41,5% nas consultas, 55% nas urgências e 62,8% nos doentes tratados no hospital (Simões e Campos, 2014).

As mudanças políticas ocorridas em 1995, concretizam o consenso de manter o SNS como garante da universalidade da cobertura afirmando como prioritário o investimento no seu potencial. Em 1997, foi lançado o documento “Saúde, um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)” com o intuito de enumerar os princípios para uma nova política que salienta o papel do Estado no sistema de saúde baseado em três aspetos: contratualização entre os contribuintes, agentes financiadores de serviços e prestadores de cuidados; nova gestão pública no sistema de saúde com a inspeção da gestão de hospitais e centros de saúde e a remuneração dos profissionais consoante o respetivo desempenho (Peleteiro, Marques, Galhardo, 2004).

A necessária melhoria na eficiência e efetividade do setor da saúde com alterações na gestão das organizações levou à focalização, neste período, em algumas ações e políticas estratégicas para a saúde em Portugal: um novo papel do setor privado; um modelo organizativo para o hospital público com regras de gestão privada; centros de responsabilidade integrada dentro dos hospitais; a regionalização e integração do SNS para melhorar o acesso, promover a saúde e reduzir desigualdades com recursos públicos, privados e sociais; conceção de centros de saúde de 3ª geração, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, técnica e financeira. Algumas destas visões estratégicas para a saúde integravam as recomendações da OCDE após um relatório que especificou severas ineficiências do sistema de saúde português.

A utilização dos serviços de saúde, no período de 1995 a 1999, cresceu moderadamente com significativo aumento nas urgências hospitalares e nos centros de saúde. O crescimento económico desta fase e a melhoria dos cuidados levou a uma nova melhoria nas taxas de mortalidade infantil e perinatal aproximando-se da média comunitária.

A empresarialização da saúde em Portugal, ou seja, a inclusão da gestão privada nas instituições de saúde, teve como objetivo implementar princípios associados à nova gestão pública ou *NPM*. Estas estratégias dinamizaram novas estratégias de remuneração baseadas no desempenho, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e de garantia da qualidade total e a introdução e desenvolvimento de sistemas de informação em saúde. O período entre 1999 e 2002 manteve a continuidade dos propósitos anteriores e das ações estratégicas definidas no período anterior. Importa, contudo, referir que as únicas mudanças introduzidas se relacionaram com os hospitais: criação de uma estrutura de missão para o lançamento de parcerias público-privadas, alteração da forma de

designação dos diretores clínicos e de enfermagem nos hospitais e dos diretores técnicos nos centros de saúde e normas de direito privado na contratação de bens e serviços nos hospitais (Simões e Campos, 2014).

O período entre 2002-2005, com a nova coligação de governo, foi significativo devido à interligação entre o setor público, o setor privado e o setor social, ou seja, o SNS pretendia agrupar as redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e cuidados continuados num só sistema.

Desse modo, em 2002 foi promulgada a Lei nº 27/2002 de 8 de novembro (Lei de Gestão Hospitalar), a qual definiu um novo regime jurídico de gestão hospitalar, e foi alterada a Lei de Bases da Saúde para permitir o contrato individual de trabalho para trabalhadores do SNS e a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capital público (Simões e Dias, 2010). A antiga gestão hospitalar era burocrática, rígida e inflexível na inovação, o que demonstrava um baixo desempenho, ausência de participação na gestão e organização de serviços, ausência de reconhecimento e falta de uma estrutura salarial atrativa (Rocha, 2001; Moreira, 2004; Ribeiro, 2009).

Foi criada uma nova classificação dos hospitais públicos segundo o seu estatuto jurídico-financeiro, hospitais com modelos jurídicos de sociedades anónimas (SA) e hospitais pertencentes ao setor público administrativo (SPA) (Direção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde - DGIES, 2006).

O objetivo da rede de cuidados hospitalares passava por simular um mercado para os hospitais, ou seja, um mercado onde o SNS tanto adquiria produtos/serviços ao setor público como ao setor privado. Esta reforma fundamentou-se em duas vertentes: reestruturação da oferta de cuidados de saúde e alterações ao modelo de financiamento e de gestão. No que se refere à reestruturação da oferta de cuidados de saúde, foram implementadas algumas medidas, tais como: encerramento de maternidades públicas devido à segurança clínica; junção de duas ou mais unidades hospitalares em centros hospitalares sob a mesma direção e divulgação da construção de novos hospitais em regime de parceria público-privada. Nas alterações ao modelo de financiamento e de gestão destacam-se a empresarialização de 31 hospitais do SNS em sociedades anónimas com capital totalmente público (OPSS, 2008).

Com a empresarialização dos hospitais passa-se para entidades empresariais remuneradas pelos cuidados de saúde prestados e para utentes que pagam por esses cuidados, quer de forma direta ou indireta, ou seja, pretende separar-se o financiador, prestador e regulador e estimular o papel do setor privado e social na prestação pública. O Estado assume, dessa forma, um papel de empresário, produtor e distribuidor de bens e serviços, mas também um papel de regulador que fiscaliza o mercado do setor da saúde (Bilhim, 2000).

Esse papel do Estado é realizado de forma indireta, ou seja, o Estado apenas regula as atividades de saúde e salvaguarda a prestação das mesmas (Harfouche, 2012). A regulação na saúde engloba aspetos relacionados com a qualidade, a acessibilidade e a equidade (Rego, 2011). Por esse motivo, em 2003 foi promulgado o Decreto-Lei nº 309/2003 de 10 de dezembro, o qual define a Entidade Reguladora da Saúde que consiste num organismo regulador independente que ambiciona separar as funções de controlo, supervisão e acompanhamento dos intervenientes no setor da saúde, assim como defender e salvaguardar os direitos dos utentes, evitar os monopólios, administrar as regras de concorrência e a definição de preços (OPSS, 2004; Nunes, 2009). Estas adaptações surgiram devido às reformas na administração pública e no setor da saúde, onde se evidencia o papel do Estado baseado no Serviço Nacional de Saúde (Harfouche, 2008).

Este modelo de sistema de saúde atribui desde de sempre ao hospital um grande papel de centralidade na estrutura dos cuidados de saúde, estando a estes associados grande parte do cumprimento dos princípios constitucionais da gratuitidade, generalidade e universalidade (Carapinheiro, 2006; Teixeira, 2012). Contudo é possível observar-se, quase paralelamente a esta centralidade hospitalar, as opções políticas na saúde a estruturarem-se em torno da perspetiva emergente e fundamental dos cuidados de saúde primários (Carapinheiro e Page, 2001; Simões 2004; Teixeira, 2012), tendo-se estes nas últimas décadas assumido como a principal estratégia estruturadora da política de saúde portuguesa. Esta importância não estava a ser reconhecida na concretização política deste período, ocupando os centros de saúde um lugar periférico na centralidade dos cuidados (Carapinheiro e Page, 2001).

As alterações verificadas nos cuidados de saúde primários, concretizam-se na criação de uma rede constituída por centros de saúde integrados no SNS, por entidades privadas que prestam cuidados a utentes do SNS e também por profissionais, que em regime liberal são também prestadores de cuidados. Esta rede dispersava a prestação de cuidados de

saúde primários havendo o risco de se perderem intervenções fundamentais para a promoção da saúde. O modelo foi mal recebido pelos médicos de família e outros setores da sociedade civil e sua promulgação presidencial só existiu em associação à criação da Entidade Reguladora da Saúde, já descrita e justificada anteriormente. (Simões e Campos, 2014). A rede de cuidados continuados não registou grande evolução nem se verificou o estabelecimento de relações sólidas com as estruturas prestadoras da segurança social. Por outro lado, a política do medicamento apresentou resultados muito positivos com a promoção dos genéricos e estabelecimento de preços referência (Decreto-Lei n. 271/2002, de 2 de Dezembro).

Os resultados de saúde que se referem a este período, 2002-2005, revelam taxas de mortalidade infantil com melhorias crescentes e com valores superiores à média comunitária, a mortalidade perinatal aproximou-se do melhor valor comunitário e na esperança média de vida à nascença Portugal aproximou-se da média deixando as posições mais do ranking comunitário. No que se refere aos gastos em saúde verificou-se um aumento crescente da despesa em percentagem do PIB, superior à média comunitária (OPSS 2005).

Apesar das reformas realizadas, no início do século XXI ainda existiam diversos obstáculos no SNS, dos quais se destacam: listas de espera cirúrgicas elevadas; funcionamento desadequado dos cuidados de saúde primários; sentimento de insatisfação por parte dos utentes e dos profissionais de saúde e aumento desequilibrado dos custos em saúde (Barros e Simões, 2007).

Em 2005, a viragem política pretendeu afirmar a ideologia do SNS, com a necessidade de introduzir medidas que possam garantir a sua sustentabilidade. Os três objetivos centrais da estratégia política deste período, traduziram-se na criação da rede de Unidades de Saúde Familiares, a criação da rede de Cuidados Continuados Integrados e uma boa gestão das contas públicas (Campos, 2008; Simões e Campos, 2014). O OPSS (2008), reconheceu que as várias tentativas de reforma dos CSP apresentavam falhas a nível dos seus modelos de gestão e organização com consequências negativas em termos de prestação de cuidados.

A “Reinvenção dos Cuidados de Saúde Primários”, foi um marco na evolução das reformas de saúde em Portugal, reafirmando a centralidade dos cuidados de saúde

primários. Esta reforma reestruturou a dinâmica do centro de saúde e teve como maior dos seus contributos a criação da Unidades de Saúde Familiar (USF). O conceito de USF tinha na sua base equipas pequenas multiprofissionais auto-organizadas e auto-propostas, autonomia organizativa funcional e técnica, contratualização de serviços e um sistema retributivo que premeia a produtividade, acessibilidade e qualidade. Outra das alterações importantes nos cuidados de saúde primários foi a criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS), com o objetivo de criar um novo modelo de gestão autónoma assente na contratualização promovido pelas administrações regionais de saúde.

A criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados tinha por objetivo a continuidade de cuidados, libertar camas nos hospitais de agudos e evitar o internamento de cidadãos com necessidades de cuidados pouco diferenciadas ou muito específicas. Esta rede, pela inexistência de respostas para situações/pessoas com perda de funcionalidade, como apoio às famílias na prestação de cuidados consistiu numa opção muito valorizada no panorama da saúde em Portugal. Apesar de hoje sabermos da necessidade de repensar o modelo de incentivo ao internamento/financiamento, com necessidade de integrar um modelo promotor da recuperação da funcionalidade e não centrado no número de camas ocupadas, esta rede responde e integra todo o sistema público de saúde e consegui criar com o setor social um modelo de parceria e resposta em saúde muito positivo.

A consolidação das contas da saúde concentraram-se em duas áreas distintas que representavam um volume de gastos muito significativos: os medicamentos e as convenções entre o SNS e privados. Na questão do medicamento foram definidas medidas associadas à redução da comparticipação, do preço de venda e a eliminação da majoração. Nas convenções foram revistos e reduzidos os preços associados a algumas áreas convencionadas. Este esforço orçamental permitiu também a criação de programas relacionados com a saúde oral, com a introdução do cheque dentista, programas de procriação medicamente assistida, prevenção e luta contra o aborto clandestino e luta anti-tabágica.

Estas reformas no sistema de saúde são o resultado do aumento das despesas dos cuidados de saúde, pelo que se tornava essencial a existência de um controlo e responsabilização sobre os mesmos, ou seja, o sistema de saúde deve reestruturar-se consoante os resultados, solidificando a centralidade dos utentes e convertendo as formas de atuação do sistema de saúde mais empresariais (Ferreira, 2004; Campos, 2008). Estas reformas tinham como

finalidade desburocratizar o modelo de gestão em saúde ajustando-o de uma gestão centralizada, hierárquica e estática para uma gestão descentralizada, com responsabilidade e autonomia no processo de tomada de decisões (Carvalho e Santiago, 2008).

O período correspondente a 2011 ficou marcado pela assinatura de um Memorando de Entendimento com a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional sobre medidas económicas que condicionavam a atribuição de ajuda externa a Portugal. No que se refere com a saúde as orientações estavam relacionadas com a melhoria da eficiência e eficácia com um uso racional dos serviços e controlo dos gastos. Uma lista de 34 medidas relacionadas com o financiamento do SNS, mercado dos produtos farmacêuticos, centralização de compras, prescrição e monitorização da prescrição, política de contratação, cuidados primários, hospitalares e serviços transversais. Assistimos ao aumento das taxas moderadoras, à redução das margens e preços no setor farmacêutico, aumento da quota dos genéricos, disseminação de médicos de família e aumento do número de USF, atrasos de pagamento dos hospitais, redução de custos operacionais hospitalares, racionalização da rede hospitalar e redução dos custos com o transporte de doentes. Inúmeras medidas foram tomadas na base dos desafios e dos compromissos assumidos durante este período difícil da vida dos portugueses, e se por um lado foram conseguidos resultados objetivos positivos, como com os gastos em medicamentos, na aquisição de serviços de diagnóstico e terapêutica, nas metas para os cuidados de saúde primários e na redução significativa com os custos com o transporte de doentes, existiram também dificuldades e aspetos mais complexos. As maiores dificuldades estiveram relacionadas com a regularização das dívidas com os hospitais verificando-se uma tendência para o aumento da dívida e dos prazos de pagamento, as medidas para a redução dos custos operacionais que incluíram redução de horas extraordinárias e bloqueios a contratações, e a reorganização e a racionalização da rede hospitalar.

Os impactos reais das políticas e das medidas implementadas não são fáceis de analisar e de distinguir dos efeitos da própria crise, contudo, não se verificou neste período (2009-2013) uma deterioração do estado de saúde das populações e do acesso aos cuidados de saúde (Campos e Simões, 2014). A questão que se coloca nesta análise e reflexão está relacionada com o aumento do pagamento *out of pocket* pelas famílias e pelos portugueses. As medidas de austeridade e a manutenção do estado de saúde dos

portugueses parecem configurar uma diminuição da responsabilização do estado com os cuidados de saúde e um aumento dos encargos financeiros assumidos pelos cidadãos. Esta realidade configura que os esforços de sustentabilidade e de rigor financeiro para combater as dificuldades financeiras do SNS, comprometem um crescente aumento dos encargos das famílias e cidadãos com a saúde. A manutenção desta realidade pode comprometer e desconfigurar a universalidade e o caráter tendencialmente gratuito do SNS (Simões e Carneiro, 2013).

A mudança política ocorrida em 2015 configurou uma expectativa de alteração das medidas assumidas anteriormente como necessárias e fundamentais para o SNS, apresentando um programa para a saúde intitulado “Defender o SNS, promover a Saúde”. Importa salientar que a orientação política subjacente assumia, na nota introdutória deste plano de governo, que a crise e a fraca definição de políticas tinham levado o SNS a gastar pior os recursos escassos e tinham gerado piores resultados e gerado os problemas e desigualdades no acesso, não tendo existido visão estratégica e capacidade de realização das reformas necessárias, com a determinação política de defesa do Estado Social.

Entre as principais medidas assumidas podemos destacar as seguintes: uma nova ambição para a saúde com o **programa de educação para a saúde**, Literacia e Autocuidados; a orientação para a **redução das desigualdades**, com a redução das taxas moderadoras, melhoria das respostas dos cuidados de saúde primários no que se refere à saúde oral, saúde mental, psicologia e nutrição; **o reforço do papel do cidadão** com a possibilidade do cidadão optar e escolher ser assistido fora da sua área ou da sua organização de referência, a criação de diversos programas de telemedicina e telemonitorização; **a expansão e melhoria da rede de cuidados de saúde primários** com a criação de novas Unidades de Saúde Familiares e reforço do papel diferenciador das outras unidades de suporte aos cuidados; **a melhoria da gestão dos hospitais** com uma alteração de cultura orientada para resultados, a articulação com os cuidados de saúde primários, a atribuição de um gestor de caso para quem recorre muito às urgências hospitalares, uma necessária revisão da organização interna dos hospitais e uma alteração do modelo de gestão com ênfase na autonomia e aplicação de incentivos de desempenho; **a criação do sistema integrado na gestão do acesso (SIGA)**; a expansão e melhoria da **integração da rede nacional de cuidados continuados integrados**, havendo um maior investimento disponível e promovendo o apoio e os cuidados no domicílio; **aperfeiçoar a gestão de recursos humanos** em número, competência e aposta na sua motivação, a adequação da

oferta formativa superior às necessidades; **melhorar a governação e melhorar a qualidade** (OPSS, 2017).

Existem dificuldades manifestas e desafios enormes que se colocam ao SNS, aos seus atores e aos portugueses. O sistema de saúde português e o seu serviço nacional de saúde caminhou ao longo das últimas décadas, como descrevemos neste capítulo, num percurso de continuidade ideológica apesar de das diferentes oscilações políticas, e mesmo com todas as descritas reformas, dificuldades manifestadas e desafios assumidos o SNS tem subsistido com resiliência e determinação. Importa, nesta fase, analisar como estamos e qual a evolução de alguns indicadores de saúde para a afirmação da real necessidade de reinventar as respostas que o SNS e os portugueses merecem.

2.1. CONTEXTO ATUAL DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A oferta de prestação de cuidados de saúde, em Portugal, é disponibilizada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual constitui um elemento-chave na definição de políticas de saúde, uma vez que se reveste de complexidade e inseparabilidade do direito de igualdade no sistema de saúde. O Estado assume o papel de coordenação, gestão, financiamento, proteção e regulação. Com o passar do tempo, o papel do Estado tem sido menos intervencionista, assumindo o financiamento da saúde por forma a garantir a equidade, controlo e responsabilização, assim como colmatar lacunas de mercado (Dinis, 2008; Harfouche, 2008; Nunes e Rego, 2010; Carvalho, 2013).

Os objetivos das diversas reformas no setor da saúde passaram pelo aumento da qualidade dos cuidados prestados; melhoria no acesso; liberdade de escolha dos utentes; maximização da eficiência; controlo da despesa total; responsabilização e combate ao desperdício e mudança da gestão tradicional da administração pública (Pereira, 2005; Abreu, 2011). Apesar destes objetivos permanecem no SNS importantes desafios relacionados com os cuidados de saúde primários, gestão hospitalar e com os cuidados continuados, como já anteriormente referido. O OPSS (2018) destaca alguns destes desafios: a cobertura insuficiente pelos cuidados de saúde primários, primeira solução de proximidade e ferramenta essencial para cuidados e cientes e equitativos; setor hospitalar endividado; cuidados continuados com desenvolvimentos menores, longe do salto

expectável ao nível populacional; política do medicamento pouco compreensível e aparentemente em regressão.

A situação económica pode condicionar e limitar os investimentos e iniciativas no setor da saúde, mas são inúmeras as medidas de saúde pública simples e efetivas necessárias para a população. Muitos são os aspetos que sugerem preocupação, mas o contexto económico do país continua frágil, e o endividamento do Estado permanece alto. Deve existir, portanto, uma reflexão sobre a importância e o investimento no SNS, enquanto serviço público, e sobre as estratégias alternativas e complementares que melhore respondem às necessidades da população.

Assim, numa análise ao programa de Governo atual (Governo Constitucional, 2015), e perspetivando os eixos estratégicos definidos por responsáveis políticos anteriores (Campos, 2008; Macedo, 2012) podemos assumir, curiosamente, que os desafios assumem um consenso de política estratégica e relacionam-se com a necessidade de uma melhoria na Gestão Hospitalar: eficiência, controlo de desperdício, integração de cuidados, rigor financeiro; Acessibilidade de Cuidados: melhoria no acesso, expansão dos cuidados primários e continuados, promoção da saúde, redução de desigualdades; Governação do SNS: política do medicamento, desenvolvimento dos sistemas de informação, melhoria da gestão de recursos humanos e motivação dos profissionais de saúde, certificação da qualidade em saúde. Já descrevemos várias vezes estes desafios ao longo do retrato do percurso do SNS, referido anteriormente, sendo agora pertinente apresentar alguns dos indicadores e do contexto atual deste serviço para melhor perspetivarmos as necessidades e as opções estratégicas futuras.

O estado de saúde de uma população e os seus indicadores associados são resultado das condições sociais e históricas do seu desenvolvimento, das suas características intrínsecas e genéticas e também das condições sanitárias e de saúde a que a população tem acesso. Neste sentido, importa referir que a evolução positiva registada em muitos dos indicadores de saúde que observamos e que passaremos a apresentar resultam do alargamento progressivo do acesso a cuidados de saúde e da evolução crescente da dinâmica das estratégias e das reformas de saúde definidas e implementadas. A informação relevante para a compreensão desta evolução foi estrutura da seguinte forma: população e resultados em saúde; evolução da atividade e produção de cuidados; financiamento e recursos afetos aos cuidados de saúde. O objetivo da apresentação destes

indicadores para além de evidenciar o contexto atual da saúde população é observar os ganhos em saúde alcançados desde o início da criação do SNS.

Apresentamos de seguida a informação relacionada com a população e resultados em saúde (tabela 1).

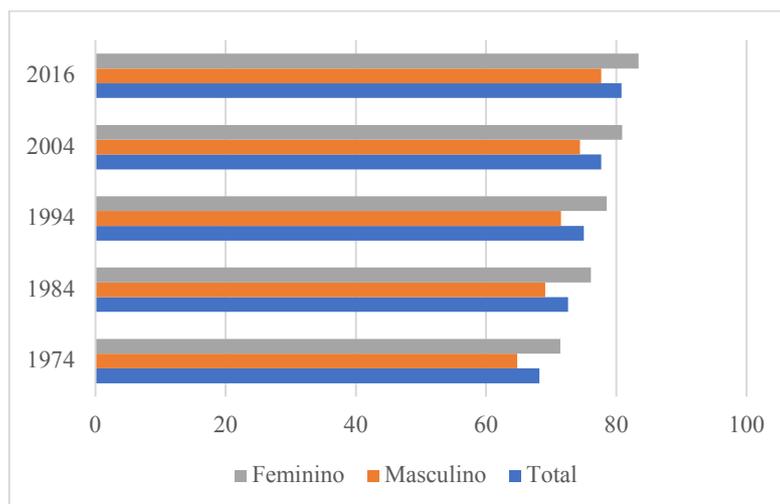
Tabela 1. Evolução da população portuguesa

	1970	1991	2017
População residente milhares	8 680,6	9 960,2	10 300,3
Jovens (%) menos de 15 anos	-	19,7	13,9
Idosos (%) 65 e mais anos	-	13,8	21,3
Índice de envelhecimento idosos por cada 100 jovens	32,9	70,0	153,2
Indivíduos em idade ativa por idoso	6,6	4,8	3,0
População estrangeira em % da população residente	-	1,1	4,1
Nascimentos	180 690	116 299	86 154
Índice sintético de fecundidade número médio de filhos por mulher em idade fértil	3,00	1,56	1,37

Fonte: Elaborado a partir de Pordata, 2018

Portugal tem atualmente cerca de 10 milhões de habitantes, cerca de mais de 2 milhões do que na década de 70. A percentagem de jovens com menos de 15 anos e de idosos têm evoluções inversas, sendo que o índice de envelhecimento quase que quintuplicou. Por cada 100 jovens existem 150 idosos em Portugal. O índice de sustentabilidade potencial passou de 6,4 em 1970, para 3,5 em 2011. O número de nascimentos e o índice de fecundidade reduziram para menos de metade entre os anos 1970 e 2017. Em 2017, a idade média da população residente em Portugal situou-se em 44,2 nos tendo aumentado cerca de 3,1 anos nos últimos 10 anos. Numa perspetiva futura podemos assumir que o declínio populacional se vai manter com o agravamento do envelhecimento demográfico. Portugal perderá população até 2080, perdendo cerca dos atuais 10,3 milhões para 7,7 milhões de residentes. O número de jovens irá reduzir de 1,4 para 0,9 milhões e o número de idosos passará de 2,2 para 2,8 milhões (INE, 2018).

Gráfico 1. Esperança de vida  nascença, total e por sexo



Fonte: Elaborado a partir de INE e Pordata, 2018

O acréscimo da esperança média de vida é um dos aspetos relevantes na evoluo da populao portuguesa. Pela análise do gráfico 1 verificamos que em cerca de 40 anos a esperança média de vida  nascença aumentou 12,6 anos (de 68,2 anos para 80,8), existindo uma diferença de 5,7 anos entre o sexo masculino e feminino. Este indicador reflete o nível de desenvolvimento económico e social e estabelece também uma positiva análise associada a outros indicadores como a taxa de mortalidade infantil e o número de mortes evitáveis. Um outro indicador que interessa analisar é a esperança de vida aos 65 anos. Numa análise comparativa com os países europeus, Portugal está na mdia no que se refere ao número de anos que podemos esperar viver aos 65 anos (20,1 anos). A evoluo registada desde 1960 neste indicador é um aumento de cerca de 6,5 anos. Contudo quando comparamos este indicador no que se refere  ao número de anos de vida saudáveis aos 65 anos verificamos que nos últimos 20 anos em Portugal, houve um decréscimo de 9,1 anos para 7,1 anos, sendo que a média dos países europeus é de 10 anos. Este resultado comparado com o de alguns países europeus é muito preocupante pelas implicaes relacionadas com a qualidade de vida, mas também com o aumento da procura de cuidados de saúde (15,1 anos na Suécia e 12 anos na Irlanda).

Um outro dado que é importante referir está relacionado com a perceo sobre o estado de saúde entre os adultos. Em Portugal, a perceo do estado de saúde entre os adultos ocupa os últimos lugares entre os países da OCDE. Apenas 46,4% dos portugueses afirmam ter uma boa perceo sobre o seu estado de saúde (68,2% média OCDE), e 20% afirmam ter uma perceo do estado de saúde m ou muito má (9,4% média OCDE). Quando nos referimos às pessoas com mais de 65 anos apenas 12,7% dos portugueses

afirmam ter uma boa perceção do seu estado de saúde (44% média OCDE). Um outro indicador também importante na definição de política estratégica está relacionado com as limitações nas atividades de vida diária nos idosos. Em Portugal 45,5% dos idosos referem ter alguma limitação nas atividades de vida diária e destes 22,5% são limitados severamente (32,7% e 17,8% respetivamente na média da OCDE) (Health at Glance Report - OCDE, 2017).

A redução que observamos na tabela 2, consistente e contínua da mortalidade infantil, materna, perinatal e neonatal representam um dos mais importantes sucessos diretamente relacionados com o Serviço Nacional de Saúde. As conquistas que nestas áreas se conseguiram deram a Portugal e aos Portugueses ganhos em saúde e uma segurança no que se refere aos cuidados de saúde imensuráveis.

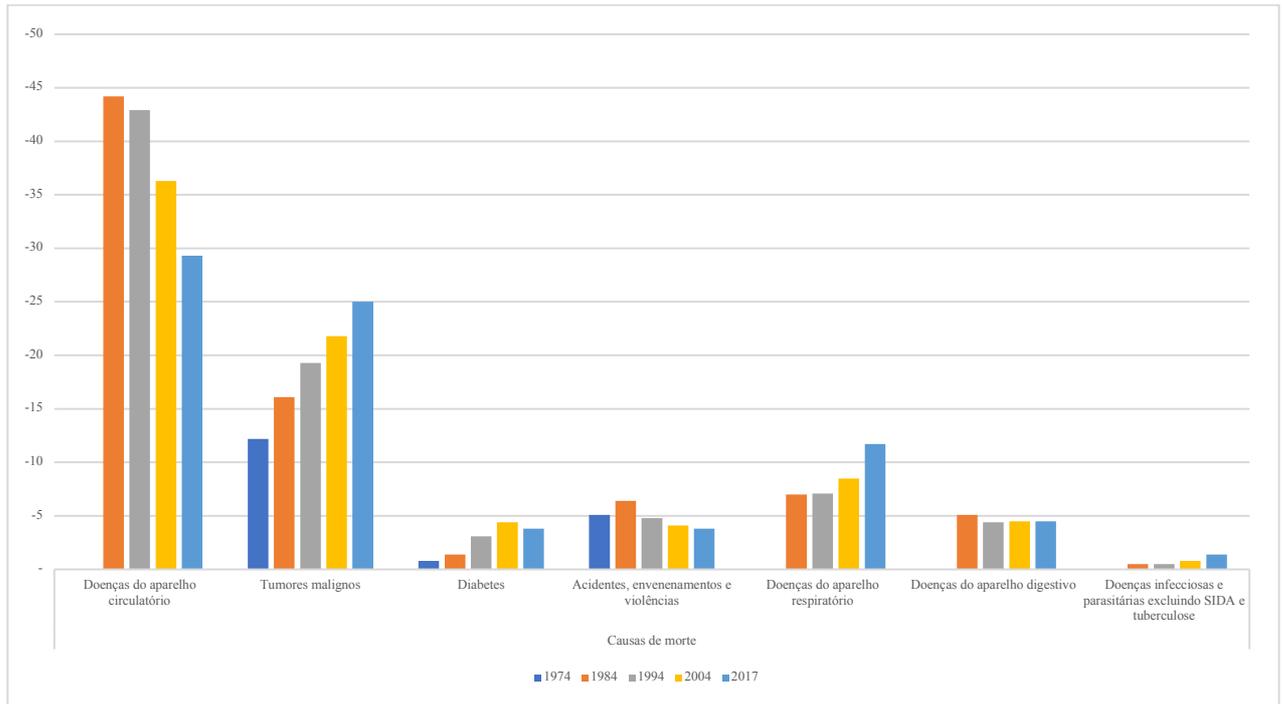
Tabela 2. Evolução das taxas de mortalidade

	1970	1991	2017
Taxa bruta de mortalidade	10,7	10,4	10,7
Taxa de mortalidade infantil (‰) bitos de crianças com menos de 1 ano de idade por cada 1000 nados-vivos	55,5	10,8	2,7
Taxa de mortalidade materna (‰) número de mulheres que morre devido à gravidez ou após o parto, por cada 100.000 nascimentos	73,4	12	10,4
Taxa de mortalidade neonatal (‰) número de crianças que morre antes de completar 28 dias de idade por cada 1000 crianças nascidas com vida.	25,4	6,9	1,8
Taxa de mortalidade perinatal (‰) número de fetos-mortos a partir das 28 semanas de gravidez e de mortes de crianças até uma semana de idade por cada 1000 nascimentos.	38,9	12,1	3,3

Fonte: Elaborado a partir de Pordata, 2018

Em comparação com os resultados médios dos países da união europeia podemos constatar que apresentamos resultados muito próximo, apesar de que um pouco menos satisfatórios nas taxas de mortalidade materna, neonatal e perinatal, mas no que se refere à mortalidade infantil estamos na linha da frente com resultados mais positivos que a média dos países europeus (3,6%).

Gráfico 2. bitos por algumas causas de morte em %



Fonte: Elaborado a partir de INE e Pordata, 2018

Para percebermos a evoluo da situao no que se refere a indicadores/resultados de saúde o gráfico 2 apresenta as principais causas de morte entre 1974 e 2017. A reduo que se observa no número de óbitos causados por doenças do aparelho circulatório agrava-se o peso de outras causas de morte. Destacam-se as causas relacionadas com tumores malignos, diabetes, doenças do aparelho respiratório, em parte relacionadas com hábito e estilos de vida. Embora se verifique uma tendência de diminuio da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, 44% (1984) para 29,3% (2017) este grupo continua a ser responsável por um elevado número de mortes em Portugal. Entre elas as doenças cerebrovasculares continuam a ser uma das principais causas de morte em Portugal. A média da União Europeia no que se refere a esta causa de morte é de cerca de 37,1%. Estes dados justificam o desenvolvimento de programas de educao para a saúde e de promoo de hábitos e estilos de vida saudáveis com necessidade de foco na gestão dos determinantes destas doenças pelos cuidados de saúde primários.

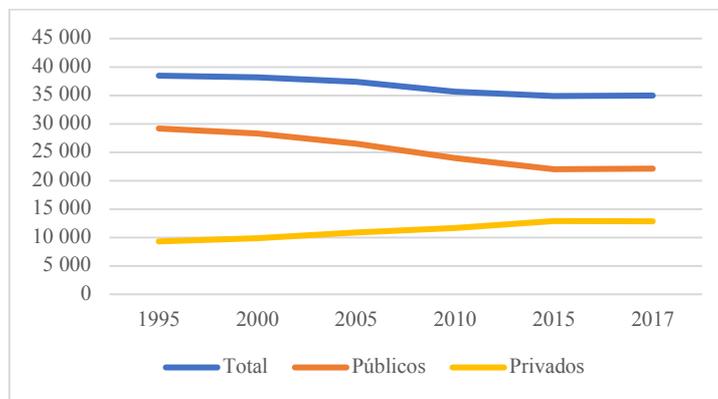
O número de casos de morte relacionados com tumores malignos tem vindo a aumentar progressivamente, de 12,2% (1974) aos 25% (2017), a média da União Europeia  (26,7%). Esta causa de morte pode resultar de uma combinao de fatores demográficos e fatores de risco (consumo de tabaco). Pela associao entre o sucesso da cura e o diagnóstico precoce a acessibilidade geográfica a cuidados de saúde, o nível de

informação e a educação para a saúde são fundamentais para a evolução positiva deste indicador.

Outras doenas como a diabetes com uma evolução negativa 0,8 (1984) para 3,8% (2017), com média europeia (2,2%) merece uma atenção sistemática pelas morbidades associadas, podendo esta ser reduzida por uma utilização e acesso regular  saúde e em aes e programas de prevenção e controlo da doena.

No que se refere à evolução da atividade e produção de cuidados de saúde importa analisar alguns indicadores que nos permitam compreender a distribuição, procura e acesso destes cuidados pela população e as respostas associadas das organizaes de saúde.

Gráfico 3. Camas Hospitalares Públicas e Privadas



Fonte: Elaborado a partir de Pordata, 2018

Um dado relevante para a interpretação desta evolução está relacionado com a mudana ocorrida no número total de camas. Como podemos observar pela análise do gráfico 3 o número total de camas diminui desde 1995 cerca de 3500 camas sendo que o decréscimo se verificou sobretudo nas camas hospitalares do setor público (menos cerca de 7000), enquanto no setor privado se verificou um aumento de cerca de 3500 camas. No total a importância relativa deste setor, passou de cerca de 24% para 37%. Estes dados apontam numa diminuição da oferta e eventual limitação do acesso no que se refere ao setor público.

No que se refere à atividade funcional também se verificaram importantes evolues. A tabela 3 demonstra que entre o ano 2000 e o ano 2011 se verificou um crescimento no número de consultas, número de urgências e uma manutenção do número de internamentos. O período que se seguiu assume uma preocupante estagnação que pode indiciar alteraes significativas no acesso a cuidados de Saúde pela população. O

resultado mais significativo é a variação do número de consultas. A variação do período (2000-2011) é de 69% enquanto que no período seguinte (2011-2017) é de 1,2%. As consultas nos hospitais são a única forma de assistência que realmente cresce (+4546). As urgências em centros de saúde atingiram o seu pico em 2005 (5978), baixando significativamente até 2011 (variação de -67%). Vários fatores podem ter contribuído para esta realidade, tais como: a redução das camas hospitalares públicas, a falta de recursos e transportes do setor público para internamento e para o acesso ao centro de saúde, as subidas taxas moderadoras e o encerramento de serviços de atendimento permanente noturnos dos cuidados de saúde primários. Campos (2015), assume que o movimento e a evolução estagnada e decrescente assistencial está relacionada com estes mesmos aspetos, taxas moderadoras, cessação da gratuidade dos transportes para acesso a urgências e consultas e crescimento do setor privado de ambulatório.

Tabela 3. Produção de Cuidados de Saúde

	Consultas		Internamentos		Urgências	
	Hospitais	Centros de saúde	Hospitais	Centros de saúde	Hospitais	Centros de saúde
2000	6 621	26 597	906,0	17,7	5 943	5 470
2005	8 898	28 117	959,0	10,9	6 447	5 978
2011	11 167	27 227	881,3	0,2	6 341	1 783
2015	12 012	--	857,6	--	5 828	--
2017	12 146	--	850,8	--	6 081	--
2011-2000	+4 546	+630	-25	-18	+398	-3 687
Δ%	69	2	-3	-99	7	-67
2017-2011	134	--	-7	--	253	--
Δ%	1,2	--	-0,8	--	4,0	--

Fonte: Elaborado a partir de Pordata, 2018

Ainda relativamente à atividade e produção de cuidados se analisarmos a evolução de partos e cesarianas entre 2000 e 2017 (tabela 4), podemos constatar um crescimento muito significativo do número de nascimentos em hospitais privados (+85,2%), e uma redução nos hospitais públicos, 20% entre 2000 e 2011 e 11% entre 2011 e 2017. As cesarianas nos hospitais privados aumentaram 121% entre 2000 e 2011 sendo que se verificou uma redução de 18% das cesarianas realizadas no público entre o período de 2011 e 2017. Em 2017 a percentagem de cesarianas é de 33,1% no público e de 62,1% em hospitais privados. De realçar que a percentagem de partos realizados em organizações de saúde passou de 61,1% em 1975 para 99,29% em 2017, facto que em muito contribui para a diminuição dos índices de mortalidade materna e infantil que conseguimos garantir. Comparando a produção de cuidados e atividade assistencial com a dos países da OCDE

podemos concluir que houve uma aproximação dos indicadores de Portugal aos dos outros países.

Tabela 4. Número de Nados Vivos e Cesarianas (2000-2017)

	2000	2011	2017	2011-2000	Δ%	2017-2011	Δ%
Nº. Total NV HPúblicos	118 991	95 149	84684	-23 842	<u>-20,0</u>	-10 465	<u>-11,0</u>
Nº. Total NV HPrivados	6 787	12 567	12 567	5 780	<u>85,2</u>	0	0,0
% NV em HPrivados	5,4%	11,7%	12,9%	6,3%	--	1,3%	--
Nº. Cesarianas em HPúblicos	33 294	34 076	28022	782	2,3	-6 054	<u>-17,8</u>
Nº. Cesarianas em HPrivados	3 836	8 480	7801	4 644	<u>121</u>	-679	-8
%Cesarianas em HPúblicos	28,0%	35,8%	<u>33,1%</u>	0	--	-0	--
%Cesarianas em HPrivados	56,5%	67,5%	<u>62,1%</u>	0	--	-0	--

Fonte: Elaborado a partir de Pordata, 2018

Segundo Alves (2014) e Campos (2015), a atividade assistencial e a produção de cuidados registaram uma significativa evolução na qualidade das instalações, a atualização tecnológica e a melhoria da eficiência no uso de recursos e nos tempos de resposta cirúrgicos. No período de 2005 a 2012 houve uma melhoria de 29% da mortalidade evitável. No entanto, existem oportunidades de melhoria relacionadas com: a frequência às urgências, muito superior à média europeia; melhor adequação dos CSP e aumento do ambulatório; tempos de resposta elevados para efetuar exames complementares de diagnóstico; elevada percentagem de cesarianas.

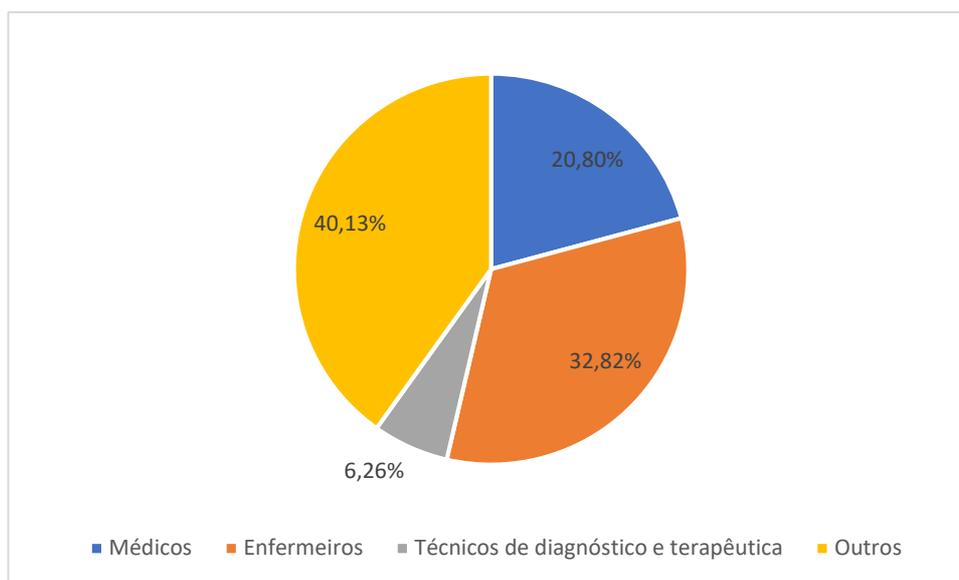
São observáveis também outros indicadores assistenciais preocupantes: uma em cada quatro consultas hospitalares são realizadas fora do tempo máximo previsto; a média de espera por uma primeira consulta hospitalar é de 120 dias; 15% das cirurgias são realizadas depois do prazo máximo; o tempo de espera por cirurgia é de 100 dias; a procura dos serviços de urgência tem aumentado (7 milhões de episódios para 10 milhões de portugueses) causando ineficiência e potenciando a despesa e custos; mais de 800 mil portugueses continuam sem médico de família; emigração de profissionais de saúde; necessidades de formação de médicos e o necessário aumento da contratação de outros profissionais (Arnaud e Semedo, 2017).

Os recursos ou inputs utilizados em qualquer sistema são uma componente fundamental do seu resultado. Assim, é fundamental também analisar neste enquadramento do SNS, questões relacionadas com o financiamento e recursos afetos aos cuidados de saúde. A análise do financiamento será enquadrada no próximo capítulo uma vez que se pretende

caracterizar o modelo conceptual de organização e financiamento do nosso sistema de saúde e nessa altura problematizar o estado atual e os desafios que a ele se colocam.

A análise da evolução dos recursos humanos na saúde transforma-se no balanço fundamental de qualquer sistema pois sem estes os serviços de saúde não podiam existir. A garantia da qualidade dos cuidados, a garantia do acesso e da eficiência só se atinge com a salvaguarda da adequabilidade dos recursos com base nas suas competências técnicas, humanas e na motivação comportamental do seu exercício.

Gráfico 4. Profissionais de Saúde do SNS em 2012



Fonte: Elaborado a partir de Pordata, 2018

A população cresceu entre 1970 e 2011 cerca de 23% de acordo com os últimos censos disponíveis. Em período idêntico (1975-2015) o número de enfermeiros cresceu 264,3% e o número de médicos cresceu 336,8%. O rácio de médicos por 1000 habitantes aumentou de 1,2/mil habitantes, em 1975, para 5,04/mil habitantes, em 2015. O rácio de enfermeiros por 1000 habitantes aumentou de 2,04/mil habitantes para 6,94/mil habitantes (Pordata, 2018). Enquanto que o rácio de médicos está acima da média da OCED, o rácio dos enfermeiros está longe da média dos 9/mil habitantes. O rácio enfermeiro médico é em 2015, de 1,4 Enfermeiros/Médico, enquanto que a média da OCDE é 2,8 Enfermeiros/Médico (OCDE, 2017).

Analisando a distribuição percentual dos profissionais de saúde do SNS (Gráfico 4), verificamos que os médicos (20,8%) e os enfermeiros (32,8%) são os grupos profissionais mais representativos. Nas últimas décadas registou-se um reforço destes profissionais de

saúde nos hospitais e nos cuidados de saúde primários, contudo este reforço foi mais acentuado na perspetiva hospitalar. No período de 2000 a 2012 o número de médicos dos hospitais do SNS aumentou cerca de 14,3%, enquanto que nos cuidados de saúde primários, no mesmo período o reforço foi de cerca de 1,1%. Apesar de várias recomendações políticas a favor do investimento na rede de cuidados primários, o setor hospitalar continua a concentrar a grande maioria dos trabalhadores, 71,8% dos médicos e 80,3% dos enfermeiros (Pordata, 2018). Há pouca informação sobre o número de médicos e enfermeiros no setor privado, mas sabe-se que muitos destes profissionais combinam a prática privada com a do SNS, com as respetivas questões que isso possa levantar. Outros grupos profissionais como farmacêuticos e dentistas trabalham maioritariamente no privado.

O aumento extraordinário da disponibilidade destes e de outros grupos de profissionais de saúde não implicou necessariamente um aumento no acesso a cuidados de saúde, verificando-se a saída de muitos destes profissionais para o estrangeiro ou para organizações privadas de saúde. No período entre 2009 e 2015, a Ordem dos Enfermeiros estima que cerca de 12500 enfermeiros emigraram (Pereira, 2015). Outro dado importante relacionado com os recursos humanos na saúde refere-se à ocorrência da síndrome de burnout nos profissionais de saúde. Entre 2011 e 2013, 21,6% dos profissionais referem burnout moderado e 47,8% referem burnout, sendo que o principal preditor desta aparece relacionada com as más condições de trabalho (Marôco, 2016). São necessárias estratégias para o reforço da retenção, satisfação e da motivação profissional (Leone e Dussault, 2015; Ribeiro et al., 2014).

Hoje o SNS é vítima de ineficiências antigas (Campos, 2015), a que agora se agregam questões relacionadas com os ordenados e progressões nas carreiras, incertezas no planeamento e na programação do acesso, a necessidade de mais copagamentos e demoras significativas no atendimento. Existe um centralismo de decisão uma falta de responsabilização dos gestores públicos, incentivos de financiamento desajustados e perversos, o partidarismo nas nomeações evidente e explícito, o que leva a uma diminuição dos padrões de exigência e qualidade.

A situação num futuro próximo é passível de várias ruturas: degradação do atendimento nas urgências; deterioração da assistência por reduções de pessoal; dificuldade na administração de terapêuticas dispendiosas; desinformação criada por uma comunicação

social sensacionalista (Campos, 2015). Todas estas situações, e outras anteriormente mencionadas, causam um aumento da conflitualidade social, com greves e um clima de insegurança que geram um aumento da agressividade na relação com os profissionais e não potenciam os ganhos necessários para a saúde.

Num estudo realizado por Sakellarides *et al.*, (2015), intitulado “O Futuro do Sistema de Saúde Português – Saúde 2015”, verifica-se que o sistema de saúde exige dispositivos de análise e direção estratégica que promovam uma mistura entre hierarquias, redes e interfaces transacionais e mercados que sirvam o interesse das pessoas; promovam um novo tipo de serviços públicos de saúde através de apoio social de proximidade; promovam sistemas de informação de saúde centrados e geridos pelos utentes e famílias e não apenas pelos serviços ou instituições do Estado; incentivem, apoiem e qualifiquem as escolhas individuais e coletivas na saúde; participem em dispositivos de governação horizontal de modo a aliar as necessidades de crescimento económico, a gestão dos recursos energéticos e naturais e segurança nacional e global com a democratização e transparência; interrelacione as decisões locais (famílias, serviços de saúde, escolas, empresas, locais de desporto e recreação) com as globais e europeias através do crescimento económico global, risco de epidemias, catástrofes e terrorismo, acessibilidade ao medicamento e às tecnologias de saúde.

As prioridades estratégicas definidas sugerem empenhamento e determinação na política de saúde na defesa do Estado Social. Mudar de sistema pode não fazer sentido, temos, pois, como menciona Campos (2008), enfrentar duas escolhas, permitir uma evolução desajustada ao sabor de dinâmicas e interesses instalados, ou organizar a sua evolução no sentido de melhor utilização de recursos, respondendo a crescentes necessidades, com qualidade, equidade e propondo caminhos de reflexão.

CAPÍTULO 3 – FINANCIAMENTO NO SETOR DA SAÚDE

O presente capítulo aborda o financiamento no setor da saúde, nomeadamente a caracterização e problemática do financiamento subjacente ao setor da saúde, os seus principais desafios, o contexto atual do financiamento do Serviço Nacional de Saúde e as principais medidas de contenção de gastos em saúde.

O financiamento no setor da saúde deve ser interpretado como algo que vai muito para além da simples angariação de dinheiro para a saúde. Este relaciona-se também sobre a quem se pede para pagar, quando se paga e como dinheiro obtido é gasto (OMS, 2010). Esta complexidade remete-nos para uma abordagem muito diferenciada entre os países para responder às necessidades da população com efeitos e resultados muito distintos. A promoção e proteção da saúde são essenciais para o bem-estar do homem e são fundamentais para o desenvolvimento económico e social. A declaração de Alma-Ata assinala esta realidade factual, de que a saúde para todos contribui para uma melhor qualidade de vida, paz e segurança. A saúde é interpretada pelas pessoas na maioria dos países como uma das maiores prioridades e focos de intervenção, ultrapassada apenas pelas preocupações económicas onde se destaca o desemprego, os baixos salários e o custo de vida (Comissão Europeia, 2009; OMS, 2010).

Numa interpretação aos mecanismos que podem influenciar a saúde, na sua vivência individual e coletiva, existem circunstâncias que ultrapassam a área de influência do setor da saúde e que se podem agregar em componentes de um stock de saúde. Assim, questões como a educação, habitação, alimentação e o emprego influenciam os dias saudáveis e condicionam o consumo e a qualidade deste consumo de saúde (Giraldes, 1997). Contudo, este acesso a cuidados de saúde nas suas vertentes de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação só é possível com sistemas de financiamento que permitam às pessoas aceder aos serviços sem enormes sacrifícios financeiros.

O Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2010) assume que existem três questões políticas e sociais para um acesso/cobertura universal: como deve ser financiado o sistema de saúde, como proteger as pessoas das consequências da falta da saúde ou da falta de pagamento dos cuidados de saúde e como otimizar os recursos disponíveis. Este relatório expressa que não existe um único modo de desenvolver um sistema de financiamento para atingir um acesso/cobertura universal o que implica escolhas e opções relativamente

à forma como os fundos são alocados num constante desafio ao equilíbrio de prioridades. Os fundos mantêm-se escassos, mas as pessoas exigem mais e as novas tecnologias para a melhoria da saúde também são mais caras. Este conflito financeiro tem implicações sérias nas opções governamentais e políticas que obrigam que em resposta às questões anteriores mencionadas tenhamos que avaliar a proporção da população a ser coberta, o leque de serviços a que se dá acesso a proporção dos custos totais abrangidos.

Assim, assumido que os sistemas de saúde são sistemas complexos e adaptativos, o caminho para um financiamento universal passa primeiro por reconhecer a situação atual e contextual, em segundo por analisar e discutir cedências e prioridades que serão estabelecidas, numa lógica do limite admissível e contextualmente variável do conceito de justiça social que não implique o empobrecimento para o acesso à saúde, e em terceiro lugar como melhorar a eficiência e equidade dos recursos e do modo como os fundos são utilizados.

Os sistemas de saúde Europeus enfrentam desafios substanciais. Estes desafios estão relacionados com mudanças demográficas, padrões de privação e pobreza infantil, envelhecimento da população, múltiplos fatores de morbilidade, aumento das doenças crónicas, obesidade, redução das taxas de natalidade, inatividade física da população, tratamentos cada vez mais caros, avanço tecnológico e consequências diversas em relacionadas com a crise económica financeira que afetou grande parte destes países nos últimos anos (OMS, 2010; Simões *et al.*, 2017). A questão da reflexão sobre financiamento no setor da saúde é por este motivo complexa, necessária e urgente.

No relatório já mencionado do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (Simões *et al.*, 2017), as despesas dos estados com a saúde representam em média cerca de 70% da despesa total dos estados. Assumindo a tendência crescente das despesas em saúde, o aumento da esperança de vida e da qualidade de vida, os decrescentes rendimentos marginais da população, falta de recursos físicos e limitações na necessidade de recursos humanos, indicadores de saúde muito positivos e riscos/custos muito acrescidos para a manutenção desses indicadores coloca-se ao setor da saúde a questão do seu financiamento na perspetiva da sua sustentabilidade (Barros, 2008). Ou seja, apesar das diversas reformas e benefícios (equidade no acesso e universalidade na cobertura) obtidos no setor da saúde, que medidas e/ou critérios de contenção de despesas a longo prazo podem garantir a sustentabilidade financeira destes sistemas (Nunes, 2008).

De acordo com Lima (2012), a sustentabilidade financeira depende da evolução da despesa e das receitas públicas, assim como dos compromissos assumidos no que se refere às contas públicas, o que significa que para existir uma adequada sustentabilidade financeira é necessário que as despesas e as receitas estejam equilibradas. Por sua vez, Nunes e Rego (2010) acrescentam que a sustentabilidade financeira depende de uma boa gestão em detrimento do aumento absoluto dos recursos financeiros.

As despesas no setor da saúde, segundo Barros e Martins (2013), surgem da soma de três elementos: volume de cada serviço prestado, custo ou preço (SNS ou entidades privadas) e a proporção do valor total paga pelo SNS, pelo que se torna fundamental a diminuição de um ou mais desses elementos de modo a existir uma contenção nas despesas de saúde.

O aumento das despesas de saúde deve-se ao aumento das necessidades de saúde da população, novas oportunidades de tratamento, novas tecnologias, excessiva utilização do sistema e comportamentos de risco que deixam a população mais desprotegida, tendo por isso que recorrer com mais frequência aos cuidados de saúde. Estas necessidades carecem de respostas mais complexas de modo a colmatar a alteração do perfil epidemiológico das doenças, ou seja, os cuidados de saúde devem assistir esta alteração, assim como adaptar o perfil académico dos profissionais de saúde para que estes possam antecipar as respetivas consequências das alterações e ajustá-las com o financiamento dos cuidados de saúde (Lima, 2012; Nunes e Rego, 2010).

Como já referimos no primeiro capítulo os modelos de financiamento da saúde podem assumir diferentes perspetivas e abordagens (Modelo Bismark; Modelo Beveridge ou Misto). No enquadramento conceptual de cada um destes modelos a questão do financiamento pode então estar vinculada a diferentes tipos de pagamento: Seguros privados (Estados Unidos e Suíça), Seguro Público (Centralizado: Reino Unido, Portugal, Espanha; Descentralizado: Itália, Dinamarca, Finlândia, Suécia), Seguro Social (Existência de Fundos: Holanda, Alemanha, Bélgica) e Seguro baseado no emprego (Austria e França). Em qualquer destas opções o estado não está obrigado a ser necessariamente, também o prestador. Sabemos também, que na operacionalização destes modelos, o reembolso de custos cria ineficiência, pagar um valor per capita cria interesse em reduzir a atividade/produção e que o pagamento por episódio de internamento tem sido a opção mais comum. Assim na base da problemática exposta entre o acesso e a equidade temos que considerar questões que se relacionam não só com a sustentabilidade

financeira do problema, que se pode interpretar como a capacidade de pagamento de uma outra dimensão da sustentabilidade – sustentabilidade técnica - referente à capacidade de resposta dos sistemas às necessidades da população. Por sua vez, a sustentabilidade agregada, relaciona-se com a capacidade da população/sociedade gerar riqueza para pagar as suas necessidades de saúde e, muito relevante no enquadramento deste trabalho, a capacidade para realizar escolhas adequadas face aos ganhos/custos em saúde associados (Barros, 2008).

Deste modo, pode-se afirmar que a população assume um papel de destaque nos cuidados de saúde, uma vez que no momento da utilização e de pagamento a mesma exige mais eficiência e qualidade do sistema (Nunes e Rego, 2010). Como os cuidados de saúde devem ser redistribuídos e garantidos a toda a população torna-se necessário que exista um financiamento adequado do setor da saúde, quer porque a saúde é um bem social independentemente do nível de rendimento das pessoas, quer porque os tratamentos devem ser realizados consoante a pessoa e situação ou porque os custos sociais da doença devem ser investigados. Contudo também é verdade que no financiamento realizado através de financiadores (impostos), a população exija mais eficiência e qualidade, pois, quanto maior for o rendimento da população maior será a preocupação em receber cuidados de saúde e maior será o pagamento pelos mesmos (Campos e Simões, 2011).

Ribeiro (2011) defende que o financiamento deveria ser realizado de forma uniforme e considerando uma mesma e única tabela de atos e serviços, pelo que os respetivos preços deveriam ser fixados antecipadamente, ou seja, com base num modelo prospetivo cujo pagamento corresponde ao nível de produção em detrimento do modelo baseado na despesa histórica (Costa e Santana, 2008; Nunes e Rego, 2010).

Com esta fixação dos preços numa tabela única, os cuidados de saúde poderão experienciar a situação dos utentes que estão realmente doentes, mas que não possuem recursos financeiros deixarem de ser assistidos dando a sua vez aos doentes menos doentes mas com mais recursos financeiros (Botelho e Capelas, 2011).

Para que a oferta disponibilizada aos utentes seja ajustada às suas necessidades é imperativo que se desenvolvam novos modelos de prestação de cuidados e, consequentemente, novos sistemas de pagamento aos prestadores de cuidados de saúde,

os quais irão exercer impacto na eficiência, qualidade e estruturação dos cuidados de saúde (Hofmarcher, Oxley e Rusticelli, 2007).

Busse, Blumel, Kreinsen e Annette (2010) enumeram as principais relações definidas entre os diversos intervenientes no sistema de saúde (população, utentes; *pooler* financeiro; pagador / comprador; prestadores de saúde tais como: técnicos qualificados, hospitais, enfermeiras, etc). Na Figura 2,  possível observar que a relação  cíclica, uma vez que tem início nos prestadores de saúde através da partilha de custos e pagamentos diretos realizados pela população / utentes em forma de pagamento de impostos, contribuições ou prmios aos *pooler* financeiros, os quais realocam os serviços consoante as necessidades dos pagadores / compradores que irão pagar os cuidados de saúde prestados ou obter o respetivo reembolso.

Figura 2 – As relações financeiras entre os intervenientes no sistema de saúde



Fonte: Adaptado de Busse *et al.*, (2010)

No que concerne aos pagamentos realizados aos profissionais de saúde, os mesmos podem ser baseados na atividade, slario e capitação. O pagamento baseado na atividade corresponde aos serviços que são produzidos; o pagamento baseado no slario corresponde a remuneração do recurso ou ao tempo gasto pelo recurso (acumulação de outras atividades) e o pagamento por capitação corresponde a responsabilidade pela saúde dos utentes, podendo existir a responsabilidade pela saúde da população durante um determinado período de tempo ou a responsabilidade pelo tratamento de uma situação de cuidados (Barros e Gomes, 2002).

O pagamento baseado na atividade pode ter um efeito retrospectivo, sendo que os pagamentos baseados no salário e na capitação podem ter um efeito prospetivo. O pagamento retrospectivo surge da atividade realizada pelos médicos, ou seja, os médicos são pagos consoante os utentes que atendem. Por sua vez, no pagamento prospetivo podem existir incentivos aos profissionais de modo a controlar as despesas e a serem mais preventivos nos cuidados de saúde, o que pode levar a diminuição do tempo de consultas, diminuição da qualidade do atendimento, escolha dos utentes mais rentáveis (Barros e Gomes, 2002).

Por esse motivo, nenhum destes métodos de pagamento é considerado como modelo a seguir, uma vez que pode existir o pagamento misto, ou seja, que possua características do retrospectivo e do prospetivo (Pisco, 2008). Este caso ocorre quando um profissional recebe um salário-base (valor fixo) consoante o número dos utentes (capitação), podendo receber complementos (turnos, cargos de gestão, formação) ou pagamentos consoante a atividade que realiza (domicílios, pequena cirurgia, etc).

Barros (2009) acrescenta que o financiamento deve ser realizado de forma integrada nos hospitais e centros de saúde através da promoção da saúde e da prevenção, ou seja, o financiamento deve ser baseado na referenciação de utentes pelo custo de tratamento nos hospitais em detrimento do custo de tratamento nos cuidados primários. O mesmo autor defende a criação de linhas de financiamento específicas para programas de resposta integrada a doentes crónicos, sendo para o efeito realizada a separação por risco e por necessidades.

Na conceção de Ferreira, Escoval, Lourenço, Matos e Ribeiro (2010), o financiamento também pode ser realizado consoante as necessidades em saúde, o desempenho e a autonomia organizacional dos prestadores, ou seja, através da contratualização cuja finalidade passa por estabelecer as funções dos diversos intervenientes, assim como a partilha de riscos e clarificação de responsabilidades das partes (financiador e prestadores).

Para que exista uma integração de cuidados adequada no que se refere ao financiamento, torna-se essencial a existência de alguns instrumentos, tais como: central de compras; consolidação de funções; referenciação de utentes; alianças estratégicas; formação conjunta; gestão de caso; gestão de doença; equipas multifacetadas; integração de

sistemas de informação; ferramentas conjuntas de suporte à decisão clínica; planeamento de cuidados; registo clínico partilhado; monitorização contínua dos utentes; apoio à família e cultura de colaboração e de partilha (Kodner, 2009).

Contudo, a contratualização e os aspetos referidos para uma real integração de cuidados não são fáceis de implementar, na medida em que existe uma complexidade na desvinculação financiador-prestador devido à função de regulação, assim como pelo facto da oferta em saúde ser descontínua, ou seja, a prestação de cuidados de saúde não produz os resultados esperados ou ultrapassa os custos definidos, quer pelas dificuldades inerentes a uma gestão em redes ou de alianças organizacionais (Ferreira *et al.*, 2010). Os modelos de contratualização podem apresentar também algumas limitações, tais como: pagamento baseado na oferta em detrimento das necessidades; baixa qualidade clínica; reduzido *benchmarking* e coordenação de cuidados; informação baseada em dados administrativos; falta de auditorias mais frequentes; falta de quantificação das necessidades em saúde; ausência de avaliação e de informação sobre o desempenho das organizações de saúde (Alves, 2014).

Os objetivos destes modelos devem então englobar o planeamento da atividade das organizações de saúde, assim como a delimitação da despesa realizada e a oferta disponibilizada aos utentes, pelo que o preço estabelecido pelo comprador deve alcançar melhores níveis de eficiência e de qualidade exigidos pelo próprio sistema de saúde (Harfouche, 2008). Com esta alternativa, o pagamento é realizado consoante os serviços prestados, a complexidade técnica da prestação e um preço de base para cada grupo de organizações de saúde (Harfouche, 2012).

Loevinsohn (2001), assume que a contratualização é um dos principais mecanismos para melhorar os serviços de saúde pois a ela estão associados princípios como a flexibilização, responsabilização e melhoria contínua dos serviços; melhoria da autonomia e descentralização da tomada de decisão, que sugere uma abordagem aos problemas contextual; introduz mecanismos de concorrência; potencia a eficiência e a qualidade.

Os mecanismos e estratégias que estabelecem e definem a metodologia de financiamento na sua multiplicidade devem sempre assumir como desafios a eficiência e equidade dessa metodologia. Eficiência no que se refere à componente prospetiva do financiamento, mecanismos de proteção do risco, definição da unidade de pagamento e controle da

qualidade. Equidade na perspetiva da adequação do financiamento à capacidade e qualidade de resposta e não só e apenas de acordo com o risco (Barros, 2008). É certo, porém, que esta eficiência e equidade são pontos posteriores ao que na perspetiva da OMS (2010), no seu relatório mundial de saúde, se assume como as áreas críticas do financiamento, tais como: angariação de fundos suficientes para a saúde, remoção das barreiras financeiras para o acesso e a redução dos riscos financeiros da doença e uma melhor utilização dos recursos disponíveis.

Nesta perspetiva de análise sobre a metodologia de financiamento e os seus impactos na população importa explorar o contexto atual do financiamento do Serviço Nacional de Saúde.

O financiamento da saúde em Portugal é executado por entidades de natureza quer pública quer privada. O Estado assume o papel de pagador principal, como consequência da necessidade de garantir o direito ao acesso a cuidados de saúde à generalidade da população financiando cerca de 70% da despesa total em saúde em Portugal. Os outros subsistemas e os seguros de saúde são outras entidades que asseguram também cuidados de saúde aos seus beneficiários numa base de prémios e pagamentos pelos próprios ou por as suas entidades patronais. A população também tem participação neste financiamento pagando um conjunto de taxas moderadoras, quando recorrem ao SNS, para além dos pagamentos de impostos e dos seguros privados ou a quotização nos diferentes subsistemas (Deloitte, 2011).

As taxas moderadoras nos cuidados de saúde foram introduzidas, em 1980, através do Despacho nº 57/80, de 29 de dezembro, cujo objetivo passava por atualizar as taxas definidas em 1971 nos serviços médico-sociais da Caixa de Previdência para as consultas, visitas domiciliárias e meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Em 1986, foi promulgado o Decreto-Lei nº 57/86, de 20 de março, com o objetivo de tornar a cobrança de taxas moderadoras no SNS juridicamente legais. Em 1992, com o Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de abril, definem-se as taxas fixas, mas com regime de isenção para determinados utentes (meios complementares de diagnóstico e terapêutica ambulatória, consultas de urgência, nos hospitais, centros de saúde e outros serviços de saúde públicos ou privados. Posteriormente, com o Decreto-Lei nº 173/2003, as taxas moderadoras pretendiam racionalizar a procura através do pagamento das mesmas, de modo a evidenciar o princípio de justiça social no acesso aos cuidados de saúde. De acordo com

a Lei de Bases da Saúde, as taxas moderadoras auxiliam na regulação e moderação do consumo dos cuidados de saúde, não tendo como finalidade servir de fonte de receita para o Estado, uma vez que a este nível as taxas moderadoras possuem um peso baixo no total da receita (Leal e Garcez, 2016). No ato do consumo de cuidados de saúde são devidas taxas moderadoras, as quais podem ser pagas pelos utentes ou isentas. Segundo, o novo regime da cobrança das taxas moderadoras nos cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 7-A/2016, de 30 de março), as pessoas que se encontram isentas do pagamento das mesmas são: grávidas; menores; utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%; utentes em situação de carência económica; dadores de sangue; dadores vivos de células, tecidos e órgãos; bombeiros; utentes transplantados; militares e ex-militares das Forças Armadas que se encontrem incapacitados permanentemente; desempregados com inscrição válida no Centro de Emprego; jovens que se encontrem sob medida tutelar de internamento, de guarda em centro educativo ou guarda em instituição pública ou privada; jovens integrados em respostas sociais de acolhimento e os requerentes de asilo e refugiados. Em suma, as taxas moderadoras são relevantes, pois, permitem controlar o consumo desnecessário dos serviços, aumentar a eficiência no consumo, contribuir para o financiamento do sistema, aumentar a qualidade dos serviços e o aumento da igualdade no acesso aos cuidados de saúde (Lagaarde e Palmer, 2006).

Concretizando o descrito, o financiamento do Serviço Nacional de Saúde engloba uma vertente de recursos públicos e uma vertente de recursos privados, ou seja, o SNS obtém o seu financiamento através da tributação geral e das contribuições dos subsistemas públicos de saúde (Estado e colaboradores). Na vertente privada, o financiamento é obtido através dos pagamentos diretos e copagamentos realizados pelos utentes e pelos prémios de seguros voluntários de saúde (Paulo, 2010).

O modo de financiamento do SNS engloba duas vertentes: pagamento realizado pela população no ato de consumo que pode ser inexistente no caso de desempregados, reformados, inválidos, crianças, entre outros e pagamento realizado pelos financiadores por conta dos cuidados prestados através da captação de fundos junto da população (donativos, impostos, seguro social, prémio de seguro privado).

O modelo de financiamento em Portugal, no que se refere ao Serviço Nacional de Saúde, assume três metodologias distintas: No que se refere aos hospitais, o financiamento está associado a metas e produção, eficiência e qualidade, com preços ponderados pelo índice

de case-mix do hospital. O case-mix index é um valor relativo atribuído a um grupo relacionado de diagnósticos (DRG / MSDRG) de doentes. O valor do case-mix index é usado para determinar a alocação de recursos para cuidar/tratar aqueles doentes que pertencem ao mesmo grupo de diagnóstico. Os doentes são classificados em grupos com a mesma condição (com base em diagnósticos principais e secundários, procedimentos, idade), complexidade (comorbilidade) e necessidades, nos chamados Grupos de Diagnóstico Homogéneos. A cada grupo de diagnóstico é atribuído um valor médio que indica a quantidade de recursos necessários para aquelas situações problema, em comparação com todos os outros grupos relacionados ao diagnóstico dentro do sistema (Pettengill e Vertrees, 1982; Mendez Harrington, Christenson e Spellberg, 2014).

Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários existe uma negociação com base num perfil de desempenho, no qual se atribui um orçamento económico que no caso das USF, podem estar acrescidos incentivos de acordo com indicadores estabelecidos. Nas Unidades Locais de Saúde existe um pagamento por capitação ajustado pelo risco associado à população da área de cobertura daquela ULS (Deloitte, 2011).

A Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, promulga que o financiamento das atividades realizadas nos cuidados de saúde é baseado na valorização dos atos e serviços prestados consoante a tabela de preços e acordos vigentes no momento no SNS. Por esse motivo, o financiamento deveria ser realizado de forma uniforme e através de uma mesma e única tabela de atos e serviços, pelo que os respetivos preços deveriam ser fixados oportunamente, ou seja, com base num modelo prospetivo cujo pagamento corresponde ao nível de produção em detrimento do modelo baseado na despesa histórica (Costa e Santana, 2008; Nunes e Rego, 2010; Ribeiro, 2011).

Com esta fixação dos preços numa tabela única, os cuidados de saúde poderão experienciar a situação dos utentes que estão realmente doentes, mas que não possuem recursos financeiros deixarem de ser assistidos dando a sua vez aos doentes menos doentes, mas com mais recursos financeiros (Botelho e Capelas, 2011).

Por não existir uma tabela única de atos e serviços, é que no atual modelo de financiamento do SNS não é exequível conhecer e controlar, nem a procura nem os custos, o que leva a que a cultura na saúde esteja baseada na qualidade da prestação de cuidados de saúde e na otimização da utilização de recursos disponíveis (Nunes, 2009;

Rego, 2011). Rego (2011) corrobora a afirmação de Nunes (2009) quando explica que a cultura na saúde deve harmonizar a qualidade na prestação de cuidados de saúde e na utilização de recursos financeiros. Desse modo, quanto mais eficiente forem os cuidados de saúde maior será a qualidade e menor será o esforço financeiro, dispensado pelo SNS. Para isso, o SNS terá que se preocupar mais com os seus utentes, independentemente das suas habilitações, rendimento e classe social, tratando todos por igual (Cabral, 2011).

Para Alves (2014), o atual modelo de financiamento pretende estimular a ligação entre os recursos e a produção através da diferenciação e de métodos seguros. Apesar dos métodos seguros também existem alguns obstáculos, tais como: utilização desadequada do modelo de contratualização com cobertura de défices; pagamento da atividade no ambulatório sem prejuízo de inapropriação; ausência de incentivos à qualidade e ao tempo de resposta e desajustamento no financiamento de algumas organizações de saúde.

3.1. CAUSAS DOS DÉFICES NA SAÚDE E MEDIDAS DE CONTENÇÃO DE DESPESA

Numa reflexão sobre a evolução das despesas em saúde podemos afirmar que na grande maioria dos estados se verifica um aumento das despesas com a saúde. No relatório *Health at a Glance* da OCDE (2017), podemos verificar dados muito relevantes relativos à evolução dos gastos em saúde.

Numa análise aos gastos *per capita*, verificamos que houve um decréscimo da taxa média anual de crescimento em, termos reais, entre 2003 a 2016, de 2,1% entre os países da OCDE e em Portugal um decréscimo de cerca de 3,5%. Relativamente ao valor gasto em relação aos custos com todos os outros bens e serviços da economia é estimado que em 2016, os gastos com saúde são de cerca de 9,0% do PIB, em média, nos países da OCDE (OCDE, 2017). Portugal está alinhado com a média descrita, porém quando analisamos o valor real em dólares verificamos que a diferença de valores gastos com a média da OCDE é de cerca de 1270 USD dólares *per capita*. Na análise da despesa em cuidados de saúde, entre 2000 e 2016, verificamos que na Alemanha houve um aumento de cerca de 60% dos gastos (de 2530€ para 4259€) e em Portugal de cerca de 40% (de 1045€ para 1630€) (Pordata, 2018). A previsão de evolução desta despesa, se não forem tomadas medidas de controlo de custos e diminuição da despesa, é de que em 2050, Portugal possa

ter uma despesa de saúde de cerca de 20% do PIB. (Associação Portuguesa de Seguradoras – APS, 2009).

O sector público é a principal fonte de financiamento na área da saúde, e a proporção desta despesa pública com a saúde tem vindo a convergir com os padrões da OCDE. Esta despesa pública cresceu, em percentagem do PIB, do mínimo de 0,3% em 1974, para o máximo de 6% em 2005. A sua proporção com as despesas totais em saúde é de cerca de 65% do total da despesa. As despesas diretas com a saúde, *out-of-pocket*, aumentaram de 27,4%, da despesa total em saúde em 2010, para 28,9% em 2011 e 31,7% em 2012 (INE, 2017). É, assim, esperado que esta evolução das despesas diretas venha a tornar-se mais um fator de empobrecedor das famílias portuguesas, especialmente aquelas onde há crianças, doentes crónicos ou pessoas com incapacidades (Kronenberg e Barros, 2014).

Contudo, o retrato da saúde de 2018, (Ministério da Saúde, 2018), referênciã que existe um aumento do reforço financeiro público na saúde, mantendo-se o reforço progressivo do financiamento das políticas públicas neste setor, sendo que em 2018 se atingiu o valor mais elevado nos últimos anos. Um estudo realizado pela Universidade Nova de Lisboa para o SNS, mostra que este se encontra mais sustentável, apresentando um aumento do financiamento (3.1%) e uma diminuição da despesa (-1.2%) comparativamente ao ano 2015 sendo que o financiamento do SNS rondou os 8,65 mil milhões de euros e a despesa rondou os 9,03 mil milhões de euros.

Já descrevemos anteriormente a previsão de evolução de alguns indicadores que vão condicionar a despesa/custos e implicar mais financiamento, como o envelhecimento da população, as doenças crónicas e a inovação terapêutica e tecnológica. O grande desafio à Saúde é então a manutenção da equidade do acesso e a garantia da qualidade dos cuidados de saúde.

A afetação de recursos na prestação de cuidados de saúde tem vindo a ser um dos principais desafios no âmbito da política social, que só será satisfeita se existir um aumento da quantidade absoluta de recursos atribuídos à saúde, assim como uma melhoria da gestão desses recursos, aumento da eficácia administrativa e aumento da eficiência relacionada com a igualdade de oportunidades no acesso aos sistemas de saúde (Nunes e Rego, 2002).

Neste contexto, as medidas de contenção de gastos em saúde consideram a preocupação de determinar qual o montante que cada país deve gastar, sobretudo os gastos públicos com a saúde, de modo a manter o crescimento perante o PIB (Carrin e Hanvoravongchai, 2003).

Antes, porém, de refletir sobre as medidas de contenção da despesa e de custos é importante analisar as causas possíveis dos défices da saúde. Moreira (2008) assume duas causas que parecem explicar a tendência internacional para o aumento a despesa em saúde, para além da evolução demográfica e tecnológica já descrita: o descontrole dos custos e a reduzida eficiência.

Assim, na origem dos principais custos/descontrole de custos com cuidados de saúde está o desperdício. Este desperdício está associado a duas dimensões. A primeira relacionada com um incorreto comportamento/atividade dos profissionais de saúde, que passa pelo excesso de exames complementares de diagnóstico e sua repetição, a inexistência de guidelines em alguns dos protocolos e indicações terapêuticas mal compreendidas. A segunda associada ao planeamento deficiente dos cuidados de saúde, com descoordenação na marcação de cirurgias e consultas, reduzidas taxas de ocupação e utilização, inexistência de cuidados de saúde primários eficazes, sobre utilização dos serviços de urgência, elevadas taxas de reinternamento e riscos de agravamento da situação da doença desnecessários.

No que se relaciona com a reduzida eficiência, o mesmo autor, sugere que o problema está relacionado com a interpretação do output em saúde. A eficiência das organizações de saúde deve estar relacionada com a capacidade de gerar ganhos em saúde, que devem ser medidos pelo seu impacto no estado de saúde da população. O output em saúde deve ser a redução da incidência da doença, resultado do tratamento, o que obriga a introduzir variáveis por exemplo no cálculo do case-mix já mencionado.

Sendo esta uma realidade comum aos países desenvolvidos, em Portugal, a estratégia tem passado então por medidas que possam gerar mais eficiência: otimização da capacidade instalada; aumento da produtividade dos recursos humanos, definição de tetos máximos das despesas em medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica; aquisição centralizada de produtos e dispositivos médicos e o combate ao desperdício (Ministério da Saúde, 2018).

Ferreira (2004) menciona que as medidas implementadas pelo Governo no que se refere à contenção de gastos podem ser divididas consoante a sua finalidade: oferta de serviços de saúde ou procura de serviços de saúde. Algumas medidas na oferta de serviços de saúde passam pela limitação de investimentos; preços; admissões de pessoal; melhoria da oferta de cuidados ambulatoriais; generalização de protocolos clínicos. Por sua vez, na procura de serviços de saúde podem ser concebidos mecanismos de partilha de custos; definição de prioridades no acesso a cuidados; destaque das estratégias de prevenção de saúde e promoção dos cuidados primários.

De acordo com o relatório realizado pela PricewaterhouseCoopers (PwC) (2012), as medidas de contenção dos gastos em saúde podem ser classificadas em três grandes grupos: nível da regulação e governação; nível da organização e nível da operação.

Na regulação, as medidas que podem ser implementadas passam por rever e aumentar as taxas moderadoras; reduzir as deduções fiscais com despesas de saúde; corrigir o sistema de preços e comparticipação de medicamentos; alterar o atual sistema de preços de referência considerando os preços praticados a nível internacional; ajustar o preço da prestação de cuidados pelo Estado ao seu custo. Na organização, pode ser reestruturada a racionalização da rede hospitalar e avaliadas as oportunidades de fusão, concentração ou dissolução de hospitais e serviços. Por sua vez, na operação, podem ser definidos os programas de medidas de redução de custos operacionais dos hospitais e reduzidos os custos com transporte de doentes.

Morgan e Astolfi (2013), no relatório que elaboraram para a OCDE, enumeram algumas medidas implementadas por Portugal, tais como: poupanças no setor da saúde através da diminuição dos subsídios fiscais e dos regimes de prestações de saúde para os funcionários públicos; diminuição do pessoal de gestão devido à concentração e racionalização nos hospitais e centros de saúde.

As ações necessárias na perspetiva da garantia do acesso à saúde, da equidade e da qualidade nesses cuidados implicam como abordamos desafios múltiplos em várias dimensões da ação política, social e da gestão em saúde. São necessárias escolhas, algumas delas são impostas pelo enquadramento legal do Serviço Nacional de Saúde, outras como refere (Campos, 2008) são dolorosas, mas necessárias, implicam risco e um fio condutor que as relacione de forma coerente.

CAPÍTULO 4 – RACIONAMENTO E DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE

O presente capítulo aborda as prioridades e racionamento em saúde, os respectivos critérios e tipos de racionamento, as metodologias e as orientações para a definição de prioridades em saúde, com ênfase na necessidade do envolvimento da população. Serão também abordadas experiências do envolvimento público na definição destas prioridades, e a ética que deve ser adotada no racionamento em saúde.

A realidade pessoal, social, política, econômica e financeira apresenta um conjunto de desafios às sociedades atuais que não devem ser negligenciados ou ignorados. Estes obrigam a um debate e a uma reflexão ponderada e efetiva na busca de possíveis caminhos, alternativas e ideias que congreguem as respostas e ações necessárias na lógica dos objetivos e metas que se pretendem atingir. A Saúde, como já anteriormente referimos, ocupa um lugar de destaque pela sua importância, contributo e influência, nas dimensões das realidades mencionadas. Por esta relevância e abrangência, os cuidados de saúde são um direito fundamental do Homem, contudo, devido às crises de financiamento, qualidade e sustentabilidade, resultantes dos progressos da ciência e tecnologia na área da saúde, às alterações demográficas mencionadas, aos custos dos novos medicamentos e tecnologias e à necessidade de maior transparência, coloca-se a questão da sua sustentabilidade financeira e a necessidade de inclusão de critérios e estratégias que a garantam numa perspetiva de responsabilização das políticas públicas assumidas (Kenny e Joffres, 2008).

Nos países desenvolvidos e emergentes, os cuidados de saúde têm que diariamente fazer face a estas questões dos recursos escassos versus as necessidades de saúde crescentes da população (Robertson, Walkom e Henry, 2011). Importa então refletir sobre como garantir esta sustentabilidade e que medidas podem ser tomadas que possam garantir

Segundo Barros (2010), a sustentabilidade deve estar baseada na inovação, de modo a garantir que os recursos são utilizados eficientemente em cada momento, isto significa que o setor da saúde deve evitar desperdícios e definir estratégias que lhe permitam alcançar a sustentabilidade e disponibilizar uma boa prestação de serviços aos seus utentes. Rosa (2010) corrobora esta visão ao afirmar que a sustentabilidade baseada na inovação deve englobar uma perspetiva de custo-benefício ou custo-efetividade. Na perspetiva de custo-benefício ou custo-efetividade associada à sustentabilidade financeira

dos cuidados de saúde, surge o princípio de utilizador-pagador, que se pretende que seja uma alternativa para a sustentabilidade financeira no setor da saúde no que concerne à limitação da procura e ao aumento do pagamento do utente no momento de consumo dos cuidados de saúde. Assim, a procura do serviço irá refletir-se no aumento do pagamento por parte do utente e, conseqüentemente no aumento de receita, sendo o custo tanto menor quanto maior for a utilização do serviço (Barros, 2009). Contudo, o mesmo autor verificou que o princípio de utilizador-pagador era ineficaz, uma vez que o mesmo ficava muito aquém a nível económico, pois, exigia renunciar da eficiência económica relativamente ao objetivo de disponibilizar cobertura de seguro dos cuidados de saúde de forma transparente e sem margens de incerteza.

Zweifel (2015) a este respeito, enumera também algumas alternativas para a sustentabilidade, tais como: maiores franquias em troca de contribuições inferiores; taxas mais elevadas de copagamento em troca de contribuições inferiores; contas de poupança médica e planos de cuidados em troca de contribuições mais baixas. Outras alternativas para atenuar a discrepância existente entre os recursos necessários e os recursos disponibilizados dos cuidados de saúde englobam a limitação de prescrição de medicamentos; aumento de recursos para a saúde (novas tecnologias); aumento dos recursos financeiros; diminuição das assimetrias na distribuição dos prestadores de cuidados de saúde; aumento da comparticipação dos utentes; desenvolvimento de seguros privados (Lima, 2012).

No entanto, se estas alternativas não forem exequíveis, terá que se optar pela sustentabilidade dos cuidados de saúde, ou seja, os cuidados de saúde devem apresentar resultados aceitáveis para os *stakeholders* de modo a manter os encargos suportáveis, podendo existir um aumento de impostos, contribuições para seguros ou pagamentos diretos e, conseqüentemente, aumento da receita e de resultados positivos de saúde. Por estes motivos para se alcançar uma sustentabilidade dos cuidados de saúde, torna-se essencial que ocorra uma diminuição de gastos, aumento da qualidade e da eficiência através de uma boa gestão, monitorização, avaliação e envolvimento dos prestadores de cuidados de saúde.

Algumas medidas para aumentar a sustentabilidade da saúde passam também pela prevenção e tratamento integrado da doença crónica e pela garantia de equidade através do financiamento e da gestão institucional (Alves, 2014). Ou seja, para a sustentabilidade

financeira compete também aos gestores da saúde a incumbência de atuar de forma coordenada e articulada de modo a evitar a separação, sobre consumo ou subconsumo dos cuidados, assim como cumprir a estratégia de oferta (prioridades, objetivos estratégicos e programas plurianuais), aumentar a transparência, mérito e a prestação de contas. Compete à gestão institucional, atuar através de ações concretas consoante as necessidades, capacidades e execução, ou seja, coordenar cuidados; diminuir erros e desvios; garantir a qualidade e segurança a nível global; determinar, avaliar e monitorizar os objetivos; aumentar a produtividade; diminuir o desperdício em serviços e atividades; melhorar o sistema de informação, análise e avaliação; gerir a cultura e os valores de modo a alcançar a estratégia e objetivos.

Pela sua complexidade, os sistemas de saúde apresentam cada vez mais uma lacuna entre as necessidades e expectativas da população e os recursos disponíveis que permitam satisfazer as mesmas (Pinho e Veiga, 2010). A sustentabilidade pode então também ser conseguida através de medidas de racionalização, tais como: aumento da receita tributária e limitação da cobertura pública dos cuidados de saúde (Borges, Reis e Anjos, 2017).

Medidas de racionalização ou racionamento em saúde englobam a atribuição de recursos escassos, o que subentende uma retenção de potenciais tratamentos benéficos dos pacientes, podendo afetar as vidas dos mesmos, mas também os valores mais essenciais da sociedade (Scheunemann e White, 2011).

A nível económico, o racionamento é um conceito que se encontra sempre presente em todas as áreas, uma vez que quando os recursos disponíveis são escassos ou limitados é exigida uma escolha mais restrita dos pacientes e dos cuidados de saúde (Barros e Martins, 2013).

Para Daniels e Sabin (1997) e King e Maynard (1999) as áreas dos cuidados de saúde, educação, defesa, infraestruturas, proteção do ambiente e saúde pública retiram fundos de um fundo comum, contrastando a crescente necessidade desses bens sociais com a oferta limitada de recursos disponíveis, pelo que devem ser realizadas escolhas equilibradas e equitativas, de modo a manter o bem-estar global da sociedade.

Para Tragakes e Vienonen (1998), o racionamento a nível económico ocorre quando uma oferta limitada pelo custo enfrenta uma procura que não é limitada pelo preço, ou seja,

ocorre quando não existe preço de mercado para distribuir a procura excessiva de serviços pelos pacientes.

A nível político, o desafio passa pela harmoniza o entre a insuficiência de recursos e a manuten o de sistemas de saúde fundamentados nos princípios da universalidade na cobertura, equidade no acesso e solidariedade no financiamento (Pinho, 2008; Pinho e Veiga, 2010).

Apesar do racionamento ser um desafio que deve ser ultrapassado, de modo a garantir a equidade de tratamento e cuidados de saúde a todos os pacientes, existe um forte impacto sobre o serviço público de saúde em todos os países desenvolvidos, assim como nos países recém-industrializados, o que leva os responsáveis políticos a conformarem-se e a concluir m que o racionamento   obrigatório (Anderson, Richardson, Mckie, Iezzi e Khan, 2011).

  nos países desenvolvidos que os custos dos cuidados de saúde apresentam um maior aumento em detrimento do crescimento económico geral, o que leva a que sejam adotadas medidas de distribui o dos recursos sanitários, ou seja, do racionamento dos cuidados de saúde. Para o efeito, o racionamento deve ser baseado nas abordagens de avalia o econ mica, nomeadamente no princípio da maximiza o dos benefícios para a saúde por unidade de custo. No entanto, este princípio tem como maior obstáculo às técnicas de avalia o econ mica, uma vez que se torna inexecuível harmonizar os princípios de eficiência com os valores sociais. (Botelho et al., 2013).

O modelo de racionamento pode ser orientado consoante o benefício resultante da decisão tomada, ou seja, se um determinado tratamento não oferecer benefícios evidentes, então,   mais provável que tal não seja realizado em detrimento de outros tratamentos com benefícios mais evidentes (Scheunemann e White, 2011).

Pinho e Veiga (2010) mencionam que a maneira dos responsáveis pelos cuidados de saúde executarem a afeta o dos recursos escassos de saúde pode diferir entre a discricionariedade dos prestadores de cuidados médicos e a ado o de algoritmos baseados na evidência científica, na medida em que a afeta o dos recursos aumenta o processo de tomada de decisões quando os recursos são escassos.

Neste processo de tomada de decisões referente à afetação dos recursos, também deve participar a sociedade, na medida em que a mesma encontra-se em desvantagem informacional devido à aspetos técnicos do tratamento e do respetivo benefício, os quais têm sido ponderados de forma não sistemática pelos responsáveis dos cuidados de saúde (Obermann e Buck, 2001). Em contrapartida, Jacobson e Bowling (1995) referem que a participação da sociedade no processo de tomada de decisões sobre a afetação de recursos exige alguma transferência de poder e autoridade, o que pode causar um confronto com os interesses dos restantes *stakeholders*, sobretudo dos médicos. Retomaremos este assunto mais à frente na lógica da exposição de conceitos definida.

O conceito de racionamento alude aos princípios da ética, justiça distributiva, afetação consoante a necessidade, mérito ou utilitarismo, uma vez que os cuidados de saúde englobam aspetos técnicos, julgamentos e dilemas morais (Pinho, 2008). O princípio da justiça distributiva, nomeadamente as teorias utilitaristas, igualitaristas, prioritárias e sociais, a partir das quais foram concebidos métodos de racionamento, permitem assegurar um processo de tomada de decisão equitativo e justo (Strech e Danis, 2014).

Os princípios e valores que norteiam o racionamento auxiliam a definir a natureza das compensações resultantes do processo de tomada de decisões, de modo a evitar possíveis conflitos (Sánchez, Abellan e Martinez, 2008; Sabik e Lie, 2008). Scheunemann e White (2011) corroboram os autores anteriores ao afirmarem que o racionamento, nos cuidados de saúde, exige escolhas baseadas em princípios justos, na medida em que influencia a vida da população e os respetivos valores para a sociedade. O utilitarismo em saúde, envolve o princípio certo de que qualquer ação é determinada por um único critério: a satisfação, quando esta contribui para a maior felicidade de um grande número de pessoas. Para fins de alocação de recursos em saúde, isso traduz-se numa alocação que maximiza o ganho geral de satisfação, resultante dos gastos com saúde. Nessa visão, os ganhos sociais têm prioridade sobre os ganhos individuais (Tragakes e Vienonen, 1998; Pinho, 2008).

De nada adianta seguir um conjunto de normas, se os princípios éticos conduzem a diferentes caminhos e nenhuma resposta é válida sobre o que é justo ou injusto, assim como o que poderia ser realizado mas não o que deveria ser realizado, ou seja, se um método for encarado como justo então as decisões tomadas também serão justas (Martin e Singer, 2003).

É neste contexto que surge o princípio da responsabilidade pela razoabilidade, ou seja, um quadro ético para um racionamento justo, o qual deve englobar quatro condições: relevância, publicidade, recursos e execução (Martin e Singer, 2003). A relevância expressa que o racionamento deve seguir evidências, princípios, valores e argumentos que serão utilizados pelas pessoas com bom senso. A publicidade define que as decisões e as justificações devem estar acessíveis à população. O recurso traduz-se no mecanismo de revisão das decisões sob a perspectiva dos *stakeholders*, sendo que a execução define o mecanismo regulador do processo que assegura as condições supracitadas (Kapiriri, Norheim e Heggenhougen, 2003; Teng, Mitton e MacKenzie, 2007).

A nível social, também Pinho e Veiga (2010) acrescentam que o racionamento vai contra o direito fundamental à saúde, uma vez que todos os pacientes têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover independentemente da sua condição económica, assim como garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde.

Independentemente das implicações que possam existir no âmbito da existência de uma política de racionamento na saúde, Kapiriri e Norheim (2004), referem que as opções e decisões que lhes estão associadas são uma questão fundamental das políticas de saúde, e que mesmo não existindo um consenso sobre os critérios e métodos a utilizar para a sua definição este traz muitas vantagens para a gestão e administração em saúde.

Se assumirmos a realidade já mencionada dos condicionantes e dos desafios que se colocam à saúde e se na garantia da acessibilidade à saúde o racionamento é uma realidade que pode contribuir para a sua sustentabilidade, torna-se essencial desenvolver estes conceitos, bem como definir critérios sistemáticos que contribuam para a sua aplicabilidade (Pinho e Borges, 2015).

4.1. CRITÉRIOS E TIPOS DE RACIONAMENTO EM SAÚDE

A tomada de decisão sobre os cuidados de saúde baseia-se na atribuição de recursos entre programas, serviços e tecnologias que competem por um número limitado de recursos, sendo por isso, necessário definir critérios que contribuam para as decisões de financiamento de uma forma clara e organizada (Cromwell, Peacock e Mitton, 2015).

Os critérios de racionamento por serem um conjunto universal de critérios podem não traduzir de forma fidedigna, as alterações socioeconómicas e culturais, dos mesmos (Baltussen, Youngkon, Paolucci e Niessen, 2010). Por esse motivo, Sánchez, Abellán e Martínez (2008) afirmam que a identificação e seleção de critérios de racionamento deve ser baseado na participação e na harmonização de ideias entre os políticos, gestores, profissionais e cidadãos.

Neste sentido, Sabik e Lie (2008) estabelecem os seguintes critérios para o racionamento: participação pública; utilização de princípios adequados e efeito sobre a política e a prática. A participação pública evidencia a promoção da discussão pública que considera as necessidades, valores e preferências da população e as alternativas de racionamento. A utilização de princípios adequados evidencia um conjunto de princípios coerente e direcionado para uma ação aceitável baseada na utilidade prática das prioridades. Por último, o efeito sobre a política e a prática considera o processo de revisão, avaliação e reapreciação das prioridades estabelecidas.

Para além disso, os critérios devem ser detalhados e mutuamente exclusivos, de modo a evitar uma subestimação dos benefícios e a sua sobrevalorização (Wilson, Rees e Fordham, 2006). Cromwell *et al.*, (2015) acrescentam que os critérios de racionamento devem ser eficazes, acessíveis, éticos e equitativos.

Segundo Tragakes e Vienonen (1998), os princípios de distribuição que norteiam os critérios de racionamento são: distribuição de acordo com as necessidades, distribuição pelo mérito e distribuição utilitarista. A distribuição consoante as necessidades refere-se à uma abordagem mais igualitária do racionamento, sendo que a distribuição pelo mérito se refere ao reconhecimento de características dos indivíduos (e.g. crianças e idosos). Por sua vez, a distribuição utilitarista refere-se à atribuição que maximiza o ganho geral em utilidade subjacente dos recursos disponíveis, já descrito anteriormente.

Tragakes e Vienonen (1998) classificam também, três abordagens técnicas para a definição dos critérios de racionamento: contribuições epidemiológicas, económicas e de medicina baseada em evidências. A contribuição epidemiológica baseia-se nas medidas de necessidade para a aplicação do princípio da equidade na atribuição de recursos, ou seja, a epidemiologia ao abordar os padrões de morbidade e mortalidade pretende definir as necessidades relativas de cuidados de saúde, hierarquizando-as consoante a sua

relevância na sociedade. A contribuição económica baseia-se na análise económica da atribuição dos recursos entre as reivindicações concorrentes, ou seja, a análise custo-benefício ou análise custo-utilidade. Por sua vez, a contribuição da medicina baseada em evidência refere-se à eficácia das intervenções nos problemas de racionamento, ou seja, as intervenções que são consideradas como ineficazes podem ser eliminadas das intervenções a serem realizadas nos cuidados de saúde, passando a existir mais recursos para outras intervenções.

Com base na eficácia, Pinho e Borges (2015) apresentam quatro princípios de racionamento para um processo mais transparente, podendo ser incompatíveis: maximização da saúde; distribuição consoante a necessidade; distribuição para atenuar as desigualdades na saúde e o princípio da lotaria.

A maximização da saúde permite analisar a utilidade de custo (CUA) e avaliar a relação entre a expectativa de vida e a qualidade de vida, ou seja, a utilidade de custo é hierarquizada consoante a maximização da QALY (Culyer, 1997). A distribuição consoante a necessidade pode ser ambígua, na medida em que o conceito de necessidade difere de indivíduo para indivíduo e da capacidade de benefício pela deterioração ou gravidade do estado de saúde (Hadorn, 1991). A distribuição para atenuar as desigualdades na saúde refere-se ao princípio da equidade intergeracional, ou seja, os pacientes mais jovens devem ser privilegiados, uma vez que ainda não tiveram uma expectativa de vida normal (Williams, 1997). Por último, o princípio da lotaria refere que os critérios de racionamento são aplicados consoante o método “selecionar não selecionar”, ou seja, todos os pacientes têm uma oportunidade de receber um recurso limitado (Coast, 2000). Estes critérios apresentam algumas limitações na harmonização da eficiência e da equidade, as quais podem ser traduzidas nos critérios de racionamento, o que demonstra que nenhum critério é considerado como único e adequado.

Para Gibson et al., (2005), o racionamento em saúde engloba a atribuição de recursos entre diferentes grupos de pacientes, sendo para o efeito classificados consoante os critérios que diferem entre países e áreas de atuação, podendo ser utilizados para delimitar os cortes do orçamento e estabelecer um racionamento dos serviços com menor classificação. Esta classificação é realizada consoante os critérios e as condições de prioridade dos tratamentos, ou seja, quando o número de tratamentos é elevado deve-se

optar por uma triagem dos mesmos antes da aplicação de um critÉrio de priorização (Imperatori e Giraldes, 1992).

Após ser realizada a triagem, existem diversas tÉcnicas de ordenação que permitem a comparação sistemática dos tratamentos, da qual surgem os tratamentos mais prioritários, levando a uma ordenação final dos tratamentos (Imperatori e Giraldes, 1992). Os mesmos autores enumeram algumas tÉcnicas de ordenação, das quais se destacam: grelha de análise e análise multicritÉrio da tomada de decisão.

A grelha de análise tem como objetivo ordenar os tratamentos pela aplicação de critÉrios categorizados dicotomicamente, a partir da qual se obtém 16 possibilidades de recomendação por ordem decrescente de prioridade, onde o valor 1 corresponde  prioridade máxima. A análise multicritÉrio da tomada de decisão (MCDA) engloba os mÉtodos e processos que servem de apoio para a tomada de decisões de forma racional (Baltussen e Niessen, 2006; Sánchez *et al.*, 2008; Peacock *et al.*, 2009).

Cronwell, Peacock e Mitton (2015) enumeram outros critÉrios, tais como: orçamento de programa e análise marginal (PBMA) e análise multicritÉrio da tomada de decisão (MCDA).

O PBMA engloba todas as atividades importantes e as respetivas necessidades de recursos (recursos disponíveis; recursos gastos; candidatos aos recursos; nível de eficácia; áreas de cuidados fornecidas com eficácia, mas com menos recursos; áreas de cuidados que devem receber menos recursos). A MCDA engloba os modelos de decisores e a comparação das alternativas de tratamento, de forma consistente, com os objetivos dos *stakeholders*. Isto significa que o MCDA pode ser inserido dentro da abordagem PBMA, de modo a avaliar os benefícios de atribuição ou reatribuição de recursos.

Também existem outros critÉrios de racionamento, tais como:

- Magnitude ou dimensão do problema consoante os indicadores epidemiológicos (morbidade e mortalidade) (Teixeira, 2010);
- Vulnerabilidade ao evitar uma doença consoante a tecnologia atual disponível, ou seja, os cuidados de saúde devem disponibilizar condições organizativas e tecnológicas para resolver o problema (Teixeira, 2010);

- Gravidade ao nível de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos do problema a ser tratado (Platonova, Studnicki, Fisher e Bridger, 2010);
- Exequibilidade económica ou política;
- Aceitabilidade da população e das necessidades sentidas pela sociedade (Ham, 1997);
- Evolução ou possibilidade de agravamento, estagnação ou resolução de um problema de forma espontânea (Platonova *et al.*, 2010);
- Carga da doença, de morbilidade, incapacidade e mortalidade prematura de uma doença (Wiseman e Mooney, 1998);
- Equidade ou ausência de diferenças nos cuidados de saúde, ao nível geográfico e demográfico (Baltussen e Niessen, 2006);
- Alinhamento estratégico com o nível nacional, ou seja, a hierarquização dos problemas de saúde consoante a sua consistência com as prioridades nacionais e posterior alinhamento com o sistema de saúde público (Sánchez *et al.*, 2008);
- Custo com os tratamentos de uma doença (Wiseman e Mooney, 1998);
- *Benchmarking*, ou seja, comparação das práticas de uma empresa com as práticas das outras, de modo a aperfeiçoar o seu desempenho (Platonova *et al.*, 2010);
- Transcendência social, ou seja, valorização das mortes nos diversos grupos de idade (Teixeira, 2010);
- Conformidade legal (Imperatori e Giraldes, 1992);
- Capacidade de prevenção, ou seja, quando uma parte da doença é prevenida é possível reconhecer os fatores de risco que podem atenuar as desigualdades nos cuidados de saúde (Wiseman e Mooney, 1998).

Qualquer que seja o critério orientador da tomada de decisão para a medida de racionamento esta só existe e torna-se necessária porque como vimos anteriormente existe cada vez mais um aumento da procura de cuidados de saúde com uma consequente escassez de recursos disponíveis. Porém, o que se torna perceptível na análise dos critérios

apresentados é que a natureza/regra associada à sua formulação tem uma classificação e dinâmica distinta. Assim, diversos autores classificam este racionamento em dois tipos: explícito e implícito (Mechanic, 1995; Doyal, 1997; Tragakes e Vienonen, 1998; Pinho, 2008; Barros e Martins, 2013).

Para Mechanic (1995), o racionamento explícito (orçamentos globais fixos) evidencia maior insatisfação e privação do que o racionamento implícito, uma vez que o racionamento implícito considera as decisões médicas, as necessidades pessoais e culturais dos pacientes, partilha de custos e listas de espera.

O racionamento explícito é fundamental para a gestão moral dos cuidados de saúde, uma vez que contribui para a transparência da atribuição de recursos, apesar de tal não ser exequível, pois, os profissionais de saúde continuam a tomar decisões baseadas em diversos critérios que ocultam a necessidade clínica (Doyal, 1997). Estes critérios permitem a transferência de responsabilidade dos prestadores de cuidados de saúde para outros agentes, de modo a que sejam desenvolvidos princípios normativos para a inclusão / exclusão de pacientes ou tratamentos (Doyal, 1997).

Isto significa que o racionamento explícito surge quando as decisões de distribuição de recursos são apresentadas e os métodos de racionamento devidamente fundamentados, podendo ser de nível técnico ou político. É de nível técnico quando se baseia num princípio predefinido, ou seja, se o princípio estiver relacionado com a maximização dos anos de vida, a metodologia terá que ser a análise custo-efetividade. Por sua vez, é de nível político quando se baseia na negociação entre as diversos *stakeholders*, onde cada indivíduo expressa as suas ideias, de modo a obter um resultado satisfatório para todos (Barros e Martins, 2013).

Os mesmos autores mencionam que o racionamento implícito ocorre quando não existe um conjunto de regras que definem a utilização dos recursos disponíveis, existindo sim uma consciencialização dos profissionais de saúde de que os recursos são limitados para o número de pacientes que necessita de tratamento. O racionamento implícito surge ao nível da decisão clínica, o qual não segue um critério predefinido, considerando antes a seleção de doentes ou lista de espera, de modo a facilitar a vida dos prestadores de cuidados de saúde (Pinho, 2008).

Na conce o de Tragakes e Vienonen (1998) e Arvidsson (2013), o racionamento implícito pode assumir a forma de nega o; sele o; deflexão; dissuasão; atraso; dilui o e término:

- A nega o surge quando os prestadores de cuidados de saúde afastam os pacientes, explicando que as suas necessidades não são urgentes;
- A sele o surge quando os prestadores de cuidados de saúde são aceitam os pacientes que obterão maiores benefícios no tratamento;
- A deflexão surge quando os pacientes são encaminhados para outros programas ou serviços;
- A dissuasão dificulta o acesso a um serviço, levando ao desinteresse pelo mesmo (e.g. longas filas, informa o desadequada, etc.);
- O atraso surge quando existem longos períodos de espera;
- A dilui o deve-se   oferta de serviços quando a escala   diminuta;
- O término surge quando o tratamento   encerrado mais cedo do que o previsto (e.g. alta antecipada, etc.).

Em suma, o racionamento implícito, apesar de não ser a ausência de racionamento, caracteriza-se por um conjunto de decisões e situa es em que não existem um conjunto de regras pré-definidas para limitar o uso dos recursos disponíveis (Barros e Martins, 2013). O racionamento explícito passa pela defini o de prioridades, assim como pelos motivos das decisões tomadas e dos critérios de orienta o das decisões, o que maximiza a eficiência da atribui o de recursos e transmite credibilidade às decisões tomadas (Kenny e Joffres, 2008).

Este tipo de racionamento explícito pode surgir a nível de macroatribui o ou microatribui o, ou seja, a macroatribui o engloba o nível da sociedade e as decisões de atribui o de fundos em bens públicos (defesa, educa o, infraestruturas, saúde pública e cuidados de saúde). Por sua vez, a microatribui o engloba as decisões de atribui o de recursos de cuidados de saúde a cada paciente (Scheunemann e White, 2011).

A orientação para a utilização de critérios de racionamento mais explícitos e responsáveis para estabelecer prioridades estão relacionados, segundo Tragakes e Vienonen (1998), com os seguintes fatores: crescente preocupação da população quanto ao futuro dos Estados Providência e ao papel dos serviços de saúde com base no financiamento público; maior disponibilidade de informação, reconhecimento das ineficiências e deficiências dos sistemas e menos tolerância com a falta de transparência; papel da comunicação social na partilha de informações e na comunicação de factos associados a medidas de racionamento implícitas e das suas consequências clínicas para os pacientes.

Desta forma, como referem Wilson *et al.*, (2006) e Sánchez, Abellan, e Martinez, (2008), o racionamento explícito possibilita que os recursos sejam otimizados, consoante um processo de tomada de decisões transparente, onde se englobem objetivos e critérios sistemáticos. O que diferencia estes dois tipos de racionamento é então, a definição de critérios sistemáticos e a participação da população no processo de tomada de decisões (Pinho e Veiga, 2010; Arvidsson, 2013).

4.2. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE

Perceber os critérios e os tipos de racionamento que podem condicionar os processos de tomada de decisão política, económica, clínica e social, relacionados com a saúde implica também, necessariamente, clarificar a definição e interpretação dos conceitos de racionamento e definição de prioridades em saúde. Existe na literatura uma complexa discussão sobre esta problemática.

Numa perspetiva económica, racionamento, está relacionado com a distribuição/fornecimento sob condições em que uma oferta se encontra limitada por questões de custo enfrentando uma procura que não é restringida por questões de preço. Isto significa que o racionamento surge como uma alternativa no processo de afetação de recursos limitados, assim como na falta de mecanismos de preços nos cuidados de saúde públicos (Tragakes e Vienonen, 1998; Pinho, 2008; Pinho e Veiga, 2010).

Por outro lado, o conceito de definição de prioridades pode ser entendido como um processo consciente levado a cabo por um governo ou autoridade sanitária, com o objetivo

de atribuir recursos entre utilizações concorrentes e baseadas em regras e critÉrios predefinidos (Tragakés e Vienonen, 1998).

Ou seja, a definição de prioridades pode ser entendida como a decisão sobre a alocação de recursos entre diferentes grupos de pacientes ou diferentes elementos de cuidado, e o racionamento como a não satisfação das necessidades manifestas por recursos escassos ou inexistentes (Arvidsson, 2013).

Contudo, se a definição de prioridades englobar um processo rigoroso consciente e organizado de utilização e distribuição de recursos, baseado em regras e critÉrios bem definidos pode ser interpretada com uma forma de racionamento, racionamento explícito. No contexto do racionamento, a definição de prioridades corresponde à tomada de decisões sobre os tratamentos a serem realizados e os pacientes a serem selecionados para os mesmos. Sendo esta a configuração da priorização, esta é praticamente indistinguível de racionamento (Tragakés e Vienonen, 1998).

Assumindo que racionamento e a definição de prioridades, são dois termos que se relacionam, pela conceptualização anterior, ambos denotam uma duplicidade emocional, na medida em que o racionamento pode ser encarado numa vertente negativa que alude à escassez, privação e escolha forçada, negligenciando os interesses da sociedade. Por sua vez, a definição de prioridades pode ser encarada numa vertente positiva, pois, alude à uma situação de controlo, de conhecimento das alternativas e escolhas informadas que serão vantajosas para a sociedade (Tragakés e Vienonen, 1998).

Muitos estudos utilizam os dois termos como sinnimos (Tragakés e Vienonen, 1998; Godlee, 2008; Bruni *et al.*, 2008; Pinho, 2008; Sibbald *et al.*, 2009; Pinho e Veiga, 2010), em que racionar ou estabelecer prioridades envolve um processo de escolhas entre programas e serviços alternativos de cuidados de saúde entre pacientes ou grupo de pacientes. No âmbito deste estudo utilizamos tambÉm este enquadramento como orientador do que pretendemos refletir.

Retomando a questão da definição de prioridades em saúde, agora tambÉm podendo ser interpretado por racionamento explícito, Tragakes e Vienonen (1998), Ryyananen (1999) e Pinho (2008), referem que as decisões sobre a definição de prioridades na saúde podem ser realizadas em trÉs nÍveis: macro, meso e micro. O nÍvel macro ocorre quando o governo toma decisões referentes à polÍtica de saúde e atribuição de recursos. O nÍvel

meso ocorre quando é da incumbência do hospital ou da população tomarem essa decisão, ocorrendo o nível micro quando os profissionais de saúde tomam decisões sobre o tratamento dos pacientes. Os autores (McKie, Shrimpton, Hurworth, Bell e Richardson, 2008; Scheunemann e White, 2011) também identificam as decisões sobre a definição de prioridades na saúde em três níveis: macro, meso e micro, os quais se referem à atribuição de recursos entre os hospitais locais e os cuidados de saúde primários, ao nível do programa (diferentes grupos de doenças ou pacientes) e ao nível clínico dos pacientes.

As decisões sobre a definição de prioridades na saúde podem também assumir a forma vertical ou horizontal. As decisões verticais são tomadas pelos representantes dos profissionais de saúde e englobam as diversas intervenções (prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação) dentro de um serviço (especialidade médica ou doença). Por sua vez, as decisões horizontais são tomadas pelos gestores de cuidados de saúde e englobam os diversos serviços, especialidades médicas ou condições de doenças (Ham, 1997). Kenny e Joffres (2008) argumentam que estes níveis de definição de prioridades se encontram relacionados, uma vez que todas elas contribuem para a ponderação na atribuição de recursos.

Qualquer que seja o nível da tomada de decisão sobre a priorização em saúde a implementar esta necessita sempre de se justificar num processo de decisão. Este processo de tomada de decisão pode ser técnico ou político (Barros e Martins, 2013).

A utilização ou a vinculação a um processo de decisão político tem na sua base que as decisões devem sempre ser objeto de um debate plural entre as várias partes afetadas/interessadas. Todas as partes devem expor as suas perspetivas e os resultados definidos devem ser satisfatórios para todos. As prioridades definidas englobam uma relação entre os cuidados de saúde e as reivindicações de fundos concorrentes. Os recursos são distribuídos e atribuídos relativamente à escolha dos tratamentos e dos pacientes que receberão os mesmos (Baltussen e Niessen, 2006; Mullen, 1999).

O problema está relacionado com a definição das partes afetadas/interessadas que devem contribuir para a definição da afetação dos recursos e à escolha do critério de priorização. Barros e Martins (2013), afirmam que como os benefícios nos cuidados de saúde são muito dispersos, envolvendo por vezes a população inteira, e a questão da afetação dos recursos e custos estão concentrados (governo, hospitais, indústria farmacêutica) a

formação destes grupos de decisão política normalmente deixa a população sem representação. Estas decisões revestem-se então de uma grande complexidade, podendo a definição de critérios e prioridades ser ponderada sob a uma abordagem heurística ou intuitiva, negligenciando informação relevante, ou colocando em causa o bem-estar geral por interesses económicos, e mesmo implicando critérios de racionamento implícito aleatório. Por esse motivo, os autores aconselham que os critérios sejam ponderados sob uma abordagem racional e clara na definição de prioridades com recurso a processos de tomada de decisão técnicos e analíticos (Ham, 1997; Mullen, 1999; Baltussen e Niessen, 2006; Sabik e Lie, 2008; Peacock et al., 2009; Barros e Martins, 2013).

Estas abordagens técnicas estão agrupadas em três grandes categorias: as contribuições epidemiológicas, económicas e as médicas baseadas em evidência científica. As contribuições epidemiológicas analisam padrões de morbilidade e mortalidade grupos etários e grupos sociais, para determinar as necessidades relativas de cuidados de saúde priorizando-as com base na sua importância relativa. A análise económica examina o problema sob a perspectiva dos custos e benefícios económicos, de intervenções ou programas alternativos. A análise de custo-efetividade compara os benefícios de saúde incrementados, associados a gastos adicionais com recursos. A contribuição da medicina baseada em evidência, identifica intervenções ineficazes e, assim, orienta e liberta recursos (Tragakes e Viononen, 1998; Pereira, 2011).

De modo a que a definição de prioridades na saúde seja realizada de forma justa e equitativa, torna-se essencial a presença de factos científicos ou clínicos sobre os serviços, assim como de valores, princípios éticos e processos analíticos rigorosos (Gibson *et al.*, 2005; Sabik e Lie, 2008).

Dos valores e princípios éticos destacam-se o utilitarismo (maximização de benefícios globais na sociedade), o igualitarismo (todos os pacientes devem ser tratados de forma equitativa) e o prioritarismo (os pacientes com mais necessidades de tratamento têm mais prioridade do que os outros) (Crockett, Wilkinson e Marteau, 2008; Persad, Wertheimer e Emanuel, 2009).

Um processo de decisão técnica parte da definição de uma metodologia com princípios pré-definidos e com recurso a um processo de avaliação económica. Se, por exemplo, o princípio for a maximização dos anos de vida, então normalmente utiliza-se a

metodologia da análise custo/efetividade. Para os recursos disponíveis, são analisados os anos de vida ganhos ajustados pela qualidade segundo um rácio de custos, escolhendo-se aquelas medidas ou abordagens que cujo rácio é menor. Os normalmente designados QALYs (Dolan, Shaw, Tsuchiya e Williams, 2005; Barros e Martins, 2013; Anjos, 2016)

Estes processos pretendem maximizar os recursos de saúde através de uma menor priorização aos tratamentos ineficazes ou que acarretem menos benefícios para os pacientes. Devem sempre englobar a revisão de recursos e decisões sempre que existam novas evidências; a publicação acessível das decisões de definição das prioridades e a posterior aplicação através da regulação voluntária ou pública dos processos (Daniels, 2000; Daniels e Sabin, 2008).

As questões que se colocam a estes métodos estão relacionadas com o facto de apesar dos fundamentos de decisão serem claros a maximização do bem-estar social levanta questões éticas relacionados com juízos de equidade. Por outro lado, o enviesamento presente muitas vezes, para desfavorecer as pessoas mais velhas e necessidade para a utilização destes métodos de um uso alargado de informação. São necessários dados sobre os custos mas também sobre a sua eficácia. Muitas vezes estes dados não se encontram disponíveis ou são incertos e de fraca qualidade (Dolan *et al.*, 2005; Barros e Martins, 2013).

O Reino Unido, a Holanda e Israel foram pioneiros no estabelecimento de um processo sistemático de estabelecer prioridades mas enfrentaram inúmeras dificuldades na aplicação de técnicas e metodologias de avaliação económica, uma vez que a sociedade valoriza para além da eficiência os aspetos associados à afetação, ou seja, o enorme desafio de incorporar a maximização dos ganhos em saúde associados à eficiência com a equidade da afetação (Obermann e Buck, 2001; Dolan *et al.*, 2005).

Esta situação de não relação entre a eficiência e a equidade é que muitas vezes justifica o racionamento político como autoridade moderadora (Barros e Martins, 2013).

A literatura tem, porém, apresentado a necessidade da introdução de um outro elemento neste processo para que a definição de prioridades na saúde seja realizada de forma justa e equitativa, sendo este, a participação da população no processo de tomada de decisões (Mullen, 1999; Obermann e Buck, 2001; Lees *et al.*, 2002; Gibson *et al.*, 2005; Bruni *et al.*, 2008; Sibbald *et al.*, 2010; Botelho *et al.*, 2013; Kaplan e Baron-Epel, 2015).

Obermann e Buck, (2001) alargam o debate em torno do racionamento explícito no estabelecimento de prioridades para esta necessidade, ou não, do envolvimento da popula o no debate sobre o racionamento e sobre o processo de tomada de decisão na defini o de prioridades em saúde.

A participa o da popula o nos processos de tomada de decisão  , contudo, um tema complexo e depende de muitos fatores. Mullen (1999) destaca os seguintes: as preferências sociais dependem das necessidades concretas de prioriza o; a ênfase atribuída pelos governos   opinião da popula o; os objetivos da decisão e a tipologia de prioridades.

Para Bruni *et al.*, (2008), a popula o   a parte mais relevante nos cuidados de saúde, na medida em que o compromisso da popula o baseia-se nos ideais da democracia, dando uma perspetiva sobre os valores e prioridades da sociedade, que podem aumentar a qualidade dos serviços e a confiança nos cuidados de saúde.

Os membros da popula o escolhidos para servirem de representantes da popula o, devem saber transmitir as verdadeiras necessidades, prioridades e valores que pretendem ver satisfeitos pelos cuidados de saúde (Daniels e Sabin, 2002). Neste envolvimento e sele o dos membros da popula o em geral que devem ser escolhidos, podem ser considerados prestadores de cuidados de saúde, doentes e público em geral (NHC, 2004), administradores hospitalares e políticos (Mossialos e King, 1999), enfermeiros, investigadores, organiza es de caridade e profissionais de medicinas alternativas (Wiseman, Mooney e Berry, 2003) e associa es cívicas, empresas locais, e comunica o social (OMS, 1995).

O envolvimento da popula o no estabelecimento de prioridades incorporando as suas preferências aumenta a responsabiliza o pública sobre a aloca o de recursos o que torna os prestadores de cuidados de saúde mais responsabilizados com a comunidade que servem. Esta participa o da popula o afasta o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde e traz para o debate ideias e perspetivas novas, diferentes e igualmente válidas (Charles e DeMaio, 1993). A evidência demonstra que as preferências dos cidadãos diferem da perspetiva dos profissionais de saúde o que significa que a incorpora o destas perspetivas favorece o debate e o enriquecimento do processo

inerente à tomada de decisão (Mylykangas, Ryynanen, Kinnunen e Takala, 1996; Lees *et al.*, 2002).

Importa também referir, que apesar de grande parte dos argumentos que sugerirem a necessidade da participação da população, existem também outros que levantam questões e põe em causa esta legitimidade. Entre eles destacam-se a dificuldade de incluir/ouvir um grupo que seja representativo da população (Mullen, 1999), o desconhecimento técnico especializado e o risco de populismo das decisões (Mullen, 1999), a evidência de divergências entre a opinião técnica especializada dos profissionais de saúde e da população com o risco de liderança pelos desinformados (Tragakes e Viononen, 1998). Curioso, porém, é verificar que, Lomas (1997) refere que a população não reconhece a importância da sua participação no processo de tomada de decisões na definição de prioridades, como sendo válida, pelo que é designada de “racionador relutante”. Por este motivo, quando pensarmos inclui-la, deve existir previamente uma educação sobre essa temática, de modo a que a população reconheça o seu papel e concorde em participar no processo de tomada de decisões (Kapiriri *et al.*, 2003). Lenaghan (1999) menciona também que alguns prestadores cuidados de saúde não consideram envolver a população no processo de tomada de decisões na definição de prioridades, pois, isso iria causar atrasos no mesmo, o que poderia ser resolvido através da consulta em fóruns públicos.

Outros aspetos pelos quais a população não é envolvida no processo de tomada de decisões na definição de prioridades deve-se ao facto de poder surgir arrependimento, assim como desconhecimento dos recursos de saúde racionalizados e confiança depositada nas escolhas dos médicos (Richardson, Charny e Hammer-Lloyd, 1992; Mylykangas *et al.*, 1996).

O envolvimento e a consulta pública nesta discussão da priorização têm recebido cada vez mais atenção por parte de todos os intervenientes da saúde, e a literatura particulariza este interesse na medida em que questiona o seu grau e limite. Os cuidados de saúde sempre foram racionados, mas a maneira como este ocorre está a mudar e interessa acrescentar novos autores (Doyal, 1997; Mechanic, 1995).

Podemos, contudo, concluir que entre outros, os principais fatores que devem ser considerados na definição de prioridades nos cuidados de saúde passam pelo ganho de saúde; perfil de não tratamento; perfil de saúde; estilo de vida; impacto sobre os outros;

avaliação económica; reivindicações fundamentadas em compensação ou recompensa e tempo despendido à espera de tratamento (Dolan e Shaw, 2003).

4.3. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES: EXPERIÊNCIAS DE ENVOLVIMENTO PÚBLICO

Todos os sistemas de saúde lidam com questões relacionadas com a justiça e eficiência relacionados com o estabelecimento de prioridades na alocação de recursos limitados para a sua população. Sabik e Lie (2008) analisaram o conjunto o conjunto de esforços explícitos de definição de prioridades na Noruega, Suécia, Israel, Holanda, Dinamarca, Nova Zelândia, o Reino Unido e o estado de Oregon, nos EUA. Em todos estes países foram incluídos no processo de definição de prioridades profissionais de saúde, mas nem todos incluíram representantes políticos ou membros da população (Pinho e Veiga, 2010). Apesar das diferentes metodologias de inclusão, sistematizaram os esforços de definição efetuados por cada país.

Na Noruega a orientação foi para incluir especialistas na definição de prioridades com pouco envolvimento público. O Comité *Lønning* estabeleceu como princípios de prioridade a severidade, o efeito potencial e o custo-efetividade. (Sabik e Lie, 2008; Pinho e Veiga, 2010).

A Holanda desenvolveu o Comité *Dunning*, para determinar como as prioridades devem ser definidas para a saúde. Deveriam ser defendidos valores sociais como a igualdade, a proteção da vida humana, a solidariedade e a responsabilidade individual (Tragakes e Viononen, 1998). Os critérios estabelecidos englobaram questões relacionadas com a necessidade, eficiência e efetividade dos cuidados e a questão da responsabilização individual no acesso a esses cuidados. Foram propostas combinações de condição-tratamento que deveriam ser classificadas em categorias e numa ordem de critérios. Algumas falhas foram detetadas e uma nova abordagem baseada em critérios de prevenção e promoção foram incluídos. O objetivo passou por ser muito educativo incentivando as pessoas a realizar as suas próprias escolhas de saúde (Tragakes e Viononen, 1998; Sabik e Lie, 2008).

Na Suécia o processo de análise e estabelecimento de prioridades tem vindo a ser desenvolvido e recentemente foi instituído um centro nacional para o estabelecimento e

prioridades em saúde, com o objetivo de recolher, analisar e comunicar informações relacionadas com esta priorização (Pinho e Veiga, 2010). Na base do trabalho efetuado estão princípios éticos relacionados com dignidade humana, necessidades e solidariedade e custo-eficiência. Os grupos prioritários estabelecidos incluem doenças aguda com risco de vida, doenças crónicas graves e cuidados terminais paliativos, prevenção e reabilitação e cuidados relacionados com outras razões que não doença (Sabik e Lie, 2008).

O Conselho de Ética Dinamarquês estabeleceu como valores fundamentais para o estabelecimento de prioridades a igualdade, a solidariedade, a segurança e a proteção e a liberdade e autodeterminação. Estes valores de base remeteriam a priorização para situações que independentemente do contexto social ou condição económica deveriam garantir a equidade social e geográfica, a qualidade, o custo-efetividade, a democracia e a influência do consumidor (Tragakos e Viononen, 1998; Sabik e Lie, 2008).

Ao contrário da definição de princípios abstratos, Israel, a Nova Zelândia, o Reino Unido e o estado Americano do Oregon abordaram a problemática do estabelecimento de prioridades com um conjunto de decisões concretas de atribuição.

A primeira grande ação na perspetiva da limitação explícita do uso dos recursos dedicados à saúde aconteceu em 1989, no estado norte-americano de Oregon. O principal objetivo era listar os vários tipos de patologias e tratamento respetivo por ordem de importância, sendo que a restrição orçamental definia a fronteira na lista referente à acessibilidade de cuidados. Este plano proponha um novo sistema de saúde que reconhecesse a realidade dos limites monetários, que definisse criteriosamente os objetivos das políticas públicas e que incluísse a responsabilização nas decisões de alocação de recursos (Tragakos e Viononen, 1998; Sabik e Lie, 2008). O alargamento do número de beneficiários do sistema de Medicaid, foi possível recorrendo a uma metodologia que envolveu a utilização de dados e valores sociais obtidos em audiências públicas. Esta metodologia incorporava uma primeira fase de criação de um ranking de combinações diagnóstico e do seu tratamento, com base no seu valor para a sociedade. Depois uma análise ao custo por QALY, para ordenação em cada categoria as combinações criadas, e por último a ponderação de resultados com base em critérios de razoabilidade (Sabik e Lie, 2008; Pinho, 2008). A análise de custo-utilidade realizada acabou por ser considerada contra-intuitiva e que os dados utilizados para análise eram de qualidade duvidosa. Este critério atribui maior prioridade a tratamentos que geram mais benefícios e/ou tem custos mais

baixos. Assim, patologias/tratamentos com baixo custo e baixo benefício apareciam no topo da tabela, sendo rejeitados pela população. Esta foi uma das maiores contribuições do plano de Oregon, mostrar que não é possível utilizar só métodos técnicos e que a priorização deve englobar uma componente política, para equilibrar, com a percepção da população (Barros e Martins, 2013).

A Nova Zelândia em 1993, criou um comité de assessoria nacional para o estabelecimento de prioridades. Reconhecendo o que as práticas existentes eram realizadas ad hoc, este comité começou por identificar discrepâncias na provisão e gestão dos serviços, áreas onde a eficiência poderia ser melhorada e as preferências das comunidades em relação aos cuidados de saúde. Foi rejeitada a ideia de lista de serviços e foram definidos critérios de elegibilidade para a cobertura de serviços específicos. Os princípios orientadores têm na sua base critérios de eficiência, equidade, aceitabilidade, custo-efetividade, benefícios para a comunidade e respeito pelos valores da sociedade (Sabik e Lie, 2008; Pinho, 2008).

Em Israel, o Ministério da Saúde criou um processo de avaliação tecnológica para fazer recomendações sobre o pacote básico de cuidados de saúde. Novas tecnologias são analisadas regularmente para identificar aquelas que não possuem alternativas em comparação com tecnologias existentes. A avaliação dessas tecnologias inclui a avaliação de evidências clínicas, aspetos epidemiológicos e económicos. Os critérios de priorização incluem o potencial para prevenir mortalidade ou morbidade, o número de pacientes a serem beneficiados, a carga financeira para a sociedade e o paciente, acessibilidade, aumento da longevidade e qualidade de vida, benefícios na redução da morbilidade vs. melhoria da qualidade de vida, o ganho líquido é maior do que o custo de curto ou longo prazo e se o financiamento do tratamento é eficaz. Neste processo de avaliação a população é incluída (Sabik e Lie, 2008).

O modelo de envolvimento público seguido no Reino Unido é dos mais significativos pois conta com a participação da sociedade em todos os níveis de racionamento (Pinho, 2008). O Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica foi criado com o objetivo de avaliar novas tecnologias, desenvolver *guidelines* clínicas e avaliar procedimentos. Nesta avaliação são incorporadas questões de custo-efetividade e questionadas quias devem ser financiadas por fundos públicos (Sabik e Lie, 2008). Na Escócia, foi criado um conselho de saúde (Argyll e Clyde), entretanto dissolvido e integrado no NHS, que utiliza um índice de pontuação de priorização (PSI). Este índice é um exercício para determinar

prioridades de financiamento, classificar as intervenções de saúde e orientar programas de melhoria em saúde. É um quadro lógico que permite a avaliação e o estabelecimento do ranking de intervenções de saúde. São solicitadas propostas a parceiros e a peritos do serviço nacional de saúde, num proforma. As propostas recebidas são validadas pelo conselho de saúde e pontuadas por um painel multidisciplinar e classificadas de acordo com critérios de utilidade e de custo por pessoa que recebe a intervenção. Têm sido desenvolvidos estudos para validar as opções priorização deste índice entre profissionais de saúde e a população (Lees *et al.*, 2002).

A oferta de prestação de cuidados de saúde, em Portugal, é disponibilizada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual constitui um elemento-chave na definição de políticas de saúde, uma vez que se reveste de complexidade e inseparabilidade do direito de igualdade no sistema de saúde (Dinis, 2008). Os cuidados de saúde nacionais podem ser classificados em três sistemas sobrepostos: SNS universal (financiado através da tributação); regimes de seguros públicos e privados (subsistemas de saúde) e seguro de saúde voluntário privado, como verificamos em capítulos anteriores (Barros, Machado e Simões, 2011). No SNS, a realidade do racionamento em Portugal é marcada por períodos de crise e uma situação financeira desfavorável, na medida em que se observa um desperdício dos recursos financeiros de cerca de 25% do montante destinado aos cuidados de saúde (Nunes, 2009). A escassez de recursos no SNS português tem vindo a ser agravado, devido ao aumento dos custos de saúde, o qual foi controlado através do racionamento e da melhoria da eficiência nos cuidados de saúde (Botelho *et al.*, 2013). Este esforço é visível pelo controlo da despesa pública, onde a Saúde esta incluída.

O contexto nacional dos cuidados de saúde caracteriza-se por possuir um sistema onde existe sobreposição de coberturas, assim como desequilíbrio de recursos em prol da cura e dos hospitais; desigualdade na acessibilidade aos cuidados de saúde; mediatização; decisões infundadas e ausência de sistema de avaliação (Alves, 2014). Contudo foram já feitos esforços e reformas que tornam o sistema publico mais acessível, mais ágil, mais eficiente e mais justo. O exercício do racionamento explícito decorre destes objetivos (Pinho, 2008).

A população portuguesa está consciente sobre o racionamento nos cuidados de saúde e a existência de diversos critérios de racionamento, dos quais se destacam: atribuição consoante as necessidades clínicas; atribuição consoante a eficácia de tratamentos ou

benefícios; atribuição para evitar as desigualdades em saúde e princípio de lotaria (Pinho e Borges, 2015). Contudo, este racionamento não considera a participação da população portuguesa, à exceção de situações esporádicas, tais como o encerramento de serviços de apoio ou unidades de maternidade, optando antes por facultar o papel de consultor à população (Botelho *et al.*, 2013).

Em Portugal a prática mais comum de priorização em saúde está mais relacionada com o momento prévio da avaliação e adoção de uma tecnologia do que com a decisão clínica. O exemplo da introdução da vacina do (HPV) vírus do papiloma humano é uma situação de racionamento. A vacina tinha um público alvo bem definido e foi escolhida uma, de duas possíveis. Este foi um exercício de racionamento explícito (Barros e Martins, 2013).

A população portuguesa privilegia um processo aberto de racionamento no que se refere ao envolvimento do público, assim como os critérios de ganho de saúde implementados pelos médicos, ou seja, a população portuguesa privilegia o racionamento realizado de forma sistemática (Botelho *et al.*, 2013).

O futuro dos sistemas públicos de saúde depende das políticas de racionamento a adotar, não no sentido de menos custos, mas numa perspetiva de melhor utilização e aplicação dos recursos. A eficácia de qualquer reforma ou opção que venha a ser desenhada necessita um debate plural de todas as partes envolvidas e não só dos decisores clínicos e políticos. Um estabelecimento de prioridades explícito e transparente é um processo complexo e ambicioso para o qual não existem soluções certas ou únicas (Tragakes e Viononen, 1998; Obermann e Buck, 2001; Lees *et al.* 2002; Sabik e Lie, 2008; Pinho, 2008; Pinho e Veiga, 2010).

O que hoje devemos discutir não é se há ou não racionamento, mas sim o seu processo e metodologia e sobretudo quem decide os seus aspetos e valores fundamentais. A sociedade necessita de clarificar os seus valores e as suas opções para que os profissionais de saúde possam construir os seus caminhos para a qualidade e acessibilidade de cuidados que pretendemos.

4.4. PREFERÊNCIAS INDIVIDUAIS NA PROCURA E UTILIZAÇÃO DA SAÚDE:

CONTRIBUTOS DO MODELO DE GROSSMAN

O estabelecimento de prioridades na saúde implica escolhas e opções onde a população desempenha um papel fundamental para a construção, definição e implementação das mesmas. Estas escolhas e opções individuais implicam diferentes fatores e características associadas à pessoa que são influenciadas por questões relacionadas com a procura de cuidados de saúde. O modelo proposto por Grossman é um dos modelos teóricos de referência para o enquadramento e compreensão da procura em saúde. No capítulo inicial deste trabalho já detalhamos alguns elementos associados à compreensão deste modelo, contudo, é importante nesta fase enquadrar as dimensões teóricas deste modelo, no seguimento do exposto anteriormente sobre a natureza das escolhas e opções individuais para o estabelecimento de prioridades em saúde.

Grossman (1972) considera que a procura de cuidados de saúde é um produto intermédio de um processo produtivo pela pessoa/indivíduo para adquirir saúde. Os principais fundamentos associados a este modelo teórico estão relacionados com o facto de este considerar que a saúde é um stock, e que esta resulta de um processo de produção que engloba o indivíduo e a forma como este utiliza e rentabiliza o seu tempo e consume/utiliza os cuidados de saúde. A procura de cuidados de saúde manifesta-se quando um indivíduo considera ter uma necessidade e deseja receber tratamento. A utilização relaciona-se com o consumo efetivo de cuidados de saúde (Souza e Botazzo, 2013). Assim, podemos estabelecer três abordagens fundamentais na procura de saúde. Por um lado, a utilização de cuidados de saúde e a influência de fatores como o tempo, a educação e a idade no processo produtivo para gerar saúde. Por outro lado, a interpretação da saúde como um stock, sujeito a uma taxa de depreciação, variável em cada indivíduo e sujeito a uma natureza aleatória de incerteza por danos agudos e externalidades diversas. Por último, a interpretação da saúde como um bem de consumo e de investimento. Como bem de consumo importa a sua melhor gestão no sentido da utilidade/satisfação, e um investimento porque melhores stocks potenciam *incomes* para a pessoa diversos, quer associados a melhores índices de produtividade, como inerentemente, melhores e maiores rendimentos. Assim quanto melhores os inputs no stock individual melhores *outputs*, dias saudáveis, para potenciar melhores rendimentos. O modelo pressupõe ainda que a limitação do tempo é importante devido às escolhas individuais associadas à produção de saúde na otimização das estratégias para melhores *outputs*.

Neste enquadramento devemos interpretar as escolhas do indivíduo que afetam a procura de cuidados de saúde não como o modelo tradicional de mercado, que assume o consumo como um bem económico influenciado pela procura, preço, rendimento e preferências do consumidor, mas como um modelo de procura de saúde. Assim, esta procura de saúde é influenciada por múltiplos fatores, e resulta de um processo individual em que as opções e escolhas dos bens e serviços adquiridos no mercado afetam a sua produção.

Porém das várias dimensões descritas do modelo, o foco teórico com maior relevância para a construção de prioridades em saúde está muito associado à abordagem relacionada com a utilização de cuidados de saúde descrita anteriormente. Andersen (1995), desenvolveu um modelo comportamental que complementa o modelo de Grossman na identificação de variáveis associadas ao processo de utilização de cuidados de saúde. O modelo de Andersen, classifica então os determinantes da utilização de serviços de saúde em três grupos de variáveis/fatores: predisposição; capacitação; necessidade; serviços de saúde.

As variáveis/fatores de **predisposição** estão relacionadas com a idade, o género, situação profissional, estado civil, educação e fatores ambientais e sociais (Grossman, 1972; Pires, 2010; Nishijima *et al.*, 2011; Barros, 2013).

A idade já anteriormente mencionada, afeta utilização pois diferentes idades implicam maior capacidade de produção de saúde, e maior ou menor utilização. A evolução etária de uma sociedade pode determinar enormemente a utilização de cuidados de saúde. No que se refere ao género as mulheres utilizam com maior frequência os cuidados de saúde, associado a questões relacionadas com interpretação do seu custo oportunidade, ou por terem uma maior preocupação com a sua saúde. Os indivíduos com uma situação profissional menos satisfatória utilizam também com maior frequência os cuidados de saúde que pode estar relacionado com a sua perceção da deterioração do seu estado de saúde. No que se refere ao estado civil está descrito que num casal quando existe menor utilização pelo apoio e pelo papel de cuidador assumido por um dos conjugues. A educação já foi também descrita anteriormente e a literatura reforça que um maior nível de habilitações é sugestivo de menor utilização de cuidados pela qualidade da interpretação da informação de saúde. Os fatores ambientais e sociais condicionam a utilização de cuidados na medida em que o ambiente e o contexto podem potenciar comportamentos e determinantes epidemiológicos específicos.

As variáveis/fatores de **capacitação** estão relacionadas com o rendimento e com os seguros de saúde (Grossman, 1972; Pires, 2010; Barros, 2013).

O rendimento é uma variável influenciadora da utilização de cuidados, já descrita anteriormente, na medida em que um aumento está quase sempre relacionado com uma maior utilização. Qualquer estado de depreciação da saúde justifica a utilização. Os seguros de saúde são uma garantia de utilização e consumo, mesmo em situações pouco graves e mesmo desnecessárias. Existe, contudo, um risco moral associado à sua existência pela segmentação imposta a quem só financeiramente os consegue suportar.

As variáveis/fatores de **necessidade** estão relacionadas com a perceção do risco, e o estado de saúde (Grossman, 1972; Barros, 2013). A perceção do risco e o estado de saúde têm uma relação linear com a utilização de cuidados de saúde. A perceção da deterioração da minha saúde ou de um potencial risco por um comportamento inadequado justifica a utilização. Da mesma forma o meu estado de saúde condiciona a utilização. O modelo Grossman implica este estado como variável da procura e da utilização. O processo de adaptação à doença em situações crónicas pode, contudo, mediar esta utilização.

As variáveis/fatores de relacionados com os **serviços de saúde** podem implicar a utilização pela disponibilidade da oferta de cuidados de saúde que existe, e também pelo preço associado à sua utilização. O preço e a quantidade de produto que queremos têm uma relação inversa o que neste aspeto em particular assume a utilização na mesma linha do consumo tradicional de bens e serviços.

A compreensão deste modelo teórico é fundamental para o desenvolvimento de qualquer tentativa de metodologia de estabelecimento de prioridades, pois a implicação das variáveis descritas tem que ser tida em consideração nesse mesmo desenho metodológico ou estratégia de implicação, quando pretendemos analisar as opções e escolhas do indivíduo/população.

4.5. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

O SNS enfrenta desafios complexos relacionados como já descrevemos com a realidade do envelhecimento, da inovação tecnológica, da escolha entre prestadores públicos e privados, da exigência da qualidade dos serviços, da crise orçamental e evolução da

despesa. Esta complexidade implica um ajuste das opções e ações estratégicas às expectativas da população. Contudo, o ajuste implica sustentabilidade e esta depende da possibilidade de existirem medidas de racionalização que podem afetar os valores mais essenciais da sociedade (Scheunemann e White, 2011; Borges *et al.*, 2017).

Por este motivo, a identificação e seleção de critérios de racionamento ou o estabelecimento de prioridades deve: ser baseado na participação e na harmonização de ideias entre os políticos, gestores, profissionais e cidadãos; ser eficaz, acessível, ético e equitativo; e ponderado sob uma abordagem racional e claro na definição de prioridades com recurso a processos de tomada de decisão técnicos e analíticos (Ham, 1997; Mullen, 1999; Baltussen e Niessen, 2006; Wilson *et al.*, 2006; Sabik e Lie, 2008; Sánchez *et al.*, 2008; Peacock *et al.*, 2009; Barros e Martins, 2013; Cromwell *et al.*, 2015). A eficácia de qualquer reforma ou opção que venha a ser desenhada necessita de um debate plural e o estabelecimento de prioridades deve ser explícito e transparente, justo e equitativo, sendo que a participação da população neste processo é provavelmente o garante de todos os critérios e recomendações mencionadas (Tragakes e Viononen, 1998; Mullen, 1999; Obermann e Buck, 2001; Lees *et al.* 2002; Gibson *et al.*, 2005; Bruni *et al.*, 2008; Pinho, 2008; Sabik e Lie, 2008; Pinho e Veiga, 2010; Sibbald *et al.*, 2010; Botelho *et al.*, 2013; Kaplan e Baron-Epel, 2015).

A relevância e a necessidade inequívoca da validação das prioridades estratégias em saúde - seja no racionamento ou no estabelecimento de prioridades ou nouro contexto com impacto social - com recurso à população deve englobar a compreensão do modelo que classifica alguns dos determinantes da utilização de serviços de saúde (Grossman, 1972; Andersen, 1995). A compreensão deste modelo teórico inclui a análise de variáveis/fatores de predisposição, de capacitação, de necessidade e de serviços de saúde, pela sua implicação e importância nas opções e escolhas do indivíduo/população quando nos referimos ao acesso e utilização de cuidados de saúde.

As questões de investigação surgem da necessidade de aquisição de conhecimento em algumas áreas específicas e são fulcrais para que o investigador direcione todo o processo de pesquisa, de uma forma planeada e eficiente. Nesta dissertação o nosso objetivo está relacionado com perceber a opinião da população e dos profissionais de saúde sobre o estabelecimento de critérios e prioridades na saúde que possam contribuir para a gestão financeira, nomeadamente a sustentabilidade, do Serviço Nacional de Saúde. As nossas questões de investigação estão fundamentalmente relacionadas com a possibilidade de

limitação dos gastos do SNS, racionamento da oferta, e com a definição de áreas ou grupos prioritários em saúde. Desta forma e com base nesta problemática este estudo pretende responder às seguintes questões:

- Qual a perceção do seu estado de saúde pelos portugueses?
- Qual a opinião dos portugueses sobre a limitação dos gastos no Serviço Nacional de Saúde?
- Qual a opinião dos portugueses sobre a possibilidade de financiamento adicional, e quais as suas fontes, ao Serviço Nacional de Saúde?
- Qual a opinião dos portugueses sobre a influência de determinados grupos profissionais (saúde, políticos e associações) na definição de como se gasta o dinheiro no Serviço Nacional de Saúde?
- Qual opinião dos portugueses sobre a necessidade de definição de prioridades em saúde?
- Qual opinião dos portugueses sobre as áreas prioritárias para gestão financeira, sustentabilidade, no Serviço Nacional de Saúde?

CAPÍTULO 5. MODELO E ABORDAGEM METODOLÓGICA

A investigação é um caminho de natureza cognitiva que resulta de um processo sistemático o objetivo de questionamento e indagação e que na sua gnese contribui para explicar e compreender fenmenos sociais. A atitude de problematização estabelece indicadores objetivos de debate, ideias inovadoras, eventualmente disruptivas, que ajudam as sociedades e a ciência no processo construtivo de gerar soluções, respostas e possibilidades para o presente e futuro. A multiplicidade de eventos e problemas, a dependência contextual do investigador e aspetos epistemológicos e metodológicos da investigação devem ser apresentados com rigor e sistematização para a garantia da sua adequabilidade ao objeto de estudo.

O processo de investigação deve desenvolver os conhecimentos sobre fenmenos e obter resultados que possam ser utilizados nas tomadas de decisões práticas ou na melhoria e implementação de programas com preocupações comuns nas implicações deste processo (Escoval, 2003; Coutinho, 2011). Os métodos utilizados no desenvolvimento do estudo compreendem formalizações e procedimentos particulares do percurso que são adaptados aos fenmenos e domínios que se pretendem estudar, e dependem da natureza do próprio estudo e do tipo de informação que se pretende obter.

Também denominado de positivista, empírico-analítico, racionalista, empiricista, este estudo tem por base uma metodologia quantitativa adequada ao modelo das Ciências Sociais que defende abordagens baseadas na observação e exploração de fenmenos objetivos que possam ser questionados e estatisticamente comprovados, a fim de evitar a subjetividade e os juízos de valor (Quivy e Campenhout, 2003; Fortin, Cte, e Filion, 2009; Coutinho 2011).

O paradigma quantitativo explora as causas objetivas de um fenmeno, onde o investigador observa um conjunto de acontecimentos e factos objetivos que podem ser mensuráveis e generalizáveis. O método quantitativo visa a generalização às populações dos resultados obtidos a partir de uma determinada amostra. É necessário definir variáveis e a sua forma de operacionalização, a recolha de dados verificáveis junto dos participantes e a análise dos mesmos recorrendo a técnicas estatísticas de forma estruturada estruturados e controlada. Assim, com base num paradigma positivista, foi realizado um estudo Descritivo-Correlacional e transversal pois é nosso objetivo perceber o

comportamento da população no que se refere ao racionamento e ao estabelecimento de grupos prioritários na saúde.

Os estudos descritivos procuram conhecer as características de determinada população ou estabelecer relações entre variáveis analisando como um fenómeno se manifesta objetivamente através da avaliação de vários atributos. Os estudos correlacionais determinam relações entre as variáveis permitindo uma recolha considerável de dados a respeito de um problema. Este estudo é também de carácter transversal pois examina simultaneamente um grupo de indivíduos, num determinado tempo, em relação a fenómenos presentes aquando da investigação. Estes estudos são importantes no planeamento, avaliação de necessidade e definição de estratégias de saúde (Quivy e Campenhout, 2003; Vilelas, 2009; Fortin *et al.*, 2009; Coutinho, 2011).

No que se refere à população em estudo esta pode ser definida como o conjunto de elementos que têm características comuns que satisfaçam os critérios de seleção definidos e o âmbito e enquadramento do objetivo e problema de investigação. A amostra é a fração de uma população, sobre a qual se faz o estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população (Quivy e Campenhout, 2003; Smith e Sach, 2010; Coutinho, 2011).

Assim, a população em estudo são indivíduos portugueses com idade igual ou superior a 18 anos. Foi considerada uma amostra aleatória, sem interesse direto nos resultados do inquérito em causa, pelo que é solicitado aos inquiridos que expressem a sua opinião *ex-ante*, ou seja, antes da intenção política de aplicar medidas de racionamento ou definição de prioridades. Com efeito, as análises *ex-ante* são consideradas o contexto político mais adequado para a obtenção de respostas que traduzam mais fielmente as opiniões dos inquiridos (Smith e Sach, 2010).

A amostra deste estudo inclui 400 indivíduos portugueses. A nível metodológico, são considerados dois grupos em contraposição, público em geral e profissionais de saúde (onde se inclui os enfermeiros, os médicos e os técnicos de saúde), de acordo com os objetivos definidos e com base na problematização referida no enquadramento deste estudo.

5.1. FONTE DE DADOS

Todo e qualquer processo de investigação implica uma recolha de dados relacionados com o problema em estudo. Neste estudo foi realizado um inquérito por questionário para a obtenção expressa da perspetiva dos participantes relativa à temática. Na base da sua construção estiveram dois pressupostos fundamentais, já devidamente fundamentados no enquadramento deste estudo, relacionados com: Modelo Grossman (1972) associado às variáveis e fatores que influenciam a utilização de cuidados de saúde e um índice de priorização (PSI) em saúde relacionado com a racionalização da oferta, fontes de financiamento prioritárias e grupos aos quais deve ser dada prioridade nos cuidados de saúde (Lees *et al.* 2002; Miraldo *et al.* 2014). Na base da construção deste questionário está também a orientação expressa na literatura relacionada com a necessidade de estabelecermos uma comparação entre a população em geral e os profissionais de saúde pelas suas eventuais divergências de opinião relativas às variáveis em estudo (Tragakes e Viononen, 1998). O questionário foi testado previamente junto de um conjunto de indivíduos com diversas características, no sentido da aferição da sua clareza e completude face ao público-alvo e objetivos a que se propunha, tendo sido, posteriormente, validado por peritos na área da economia da saúde e gestão.

Os dados foram recolhidos mediante implementação de um questionário *online*, disseminado em diversas redes sociais durante seis meses do ano de 2016 (entre julho e dezembro). O questionário encontra-se estruturado em quatro grupos. O Grupo I inclui as características sociodemográficas da população e o Grupo II inclui questões sobre o estado de saúde autoavaliado, os estilos de vida (consumo de álcool, consumo de tabaco, prática de atividade física e hábitos alimentares) e a utilização de cuidados de saúde. O Grupo III pretende extrair a opinião dos inquiridos acerca: da possibilidade de existir um limite aos gastos do SNS (racionamento da oferta); do grau de influência que determinados grupos têm na forma como os recursos são alocados; e da definição de prioridades em saúde (fontes de financiamento prioritárias e grupos aos quais deve ser dada prioridade nos cuidados de saúde). Por último, o Grupo IV inclui a aplicação de uma escala de *Likert* a um conjunto de afirmações que pretendem extrair a perceção dos inquiridos sobre áreas prioritárias que devem ser financiadas pelo Estado (anexo A).

O inquérito foi desenvolvido tendo por base um cenário fictício, em ambiente académico, sem consequências políticas diretas daí advindas, o que minimiza a possibilidade de comportamento estratégico por parte dos inquiridos (Ahmed, 2004).

Para além da utilização de estatísticas descritivas, são apresentados testes estatísticos para aferição da existência de diferenças entre profissionais de saúde e público em geral. Em concreto, aplica-se o teste Qui-quadrado de Pearson, para determinar se ser ou não profissional de saúde influencia a opinião do respondente no conjunto de questões em análise. Este teste adequa-se à natureza binária das variáveis consideradas, e assume como hipótese nula que duas variáveis são independentes (Dytham, 2011). Quando a hipótese nula é rejeitada ($p\text{-value} < 0,01$) o teste permite concluir que ser profissional de saúde está relacionado com o grau de concordância dos inquiridos face à questão considerada.

Adicionalmente, são implementados dois modelos econométrico de escolha binária, associados a cada uma das seguintes questões: (i) “Na sua opinião deverá haver um limite dos gastos do Serviço Nacional de Saúde?” e (ii) “Considera que deve ser dada prioridade a alguns grupos da população em detrimento de outros?”, nas quais é admitida como resposta “sim” e “não”. O objetivo deste modelo é identificar as variáveis que afetam a probabilidade do indivíduo responder que “sim” a cada uma das questões.

O modelo dos mínimos quadrados (OLS) ignora a natureza discreta e binária da variável dependente e não limita a probabilidade entre zero e um, pelo que não se adequa à análise em causa (Cameron e Trivedi, 2005). Com efeito, modelos especificados para analisar variáveis dependentes de escolha binária são mais apropriados (Wooldridge, 2013), pelo que se escolheu o modelo de escolha binária Logit.

A descrição das variáveis explicativas relacionadas com as características dos inquiridos, utilizadas nos dois modelos, bem como a descrição das variáveis dependentes, são apresentadas na tabela 5.

Tabela 5. Descrição das variáveis explicativas

Variáveis explicativas	Descrição
Idade	Número de anos de vida.
Sexo	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente for do gnero masculino e zero se for do gnero feminino.
Estado civil	Variáveis binárias que assumem o valor 1 se o respondente for casado, vivo e divorciado, respetivamente, tendo por base o estado civil solteiro.
Profissional saúde	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente for profissional de saúde e zero se não for profissional de saúde.
Gestão	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente exerce um cargo de gestão ou coordenação e zero caso contrário.
Rendimento	Variável categórica ordinal que assume os seguintes valores: 1 se o rendimento for inferior a 500; 2 se o rendimento estiver compreendido entre 500 e 1000; 3 se o rendimento estiver compreendido entre 1001 e 1500; 4 se o rendimento estiver compreendido entre 1501 e 2000; 5 se o rendimento for superior a 2001.
Conta própria	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente for trabalhador por conta própria e zero se o respondente for reformado, estudante ou trabalhador por conta de outrem.
Desemprego	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente for desempregado e zero se for reformado, estudante ou trabalhador por conta de outrem.
Escolaridade	Variáveis binárias que assumem o valor 1 se o respondente tiver ensino secundário, licenciatura ou mestrado/doutoramento, respetivamente, tendo por base o nível de ensino básico.
Fuma	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente  fumador corrente.
lcool	Variável categórica ordinal que assume um de cinco valores consoante a frequência de consumo de bebidas alcoólicas, nos 12 meses anteriores ao inqrito: 1 se raramente/nunca; 2 se 1-2 vezes/ms; 3 se 1-2 vezes/ semana; 4 se 3-5 vezes/semana; e 5 se 6-7 vezes/semana.
Atividade física	Variável categórica ordinal que assume um de cinco valores consoante a prática de atividade física, nos 12 meses anteriores ao inqrito: 1 se raramente/nunca; 2 se 1-2 vezes/ms; 3 se 1-2 vezes/ semana; 4 se 3-5 vezes/semana; e 5 se 6-7 vezes/semana.
Fruta	Variável categórica ordinal que assume um de cinco valores consoante a frequência de consumo de fruta, nos 12 meses anteriores ao inqrito: 1 se raramente/nunca; 2 se 1-2 vezes/ms; 3 se 1-2 vezes/ semana; 4 se 3-5 vezes/semana; e 5 se 6-7 vezes/semana.
Seguro	Variável binária que assume o valor 1 se o respondente tem algum seguro de saúde privado ou subsistema público de saúde (ADSE, ADM), e zero caso contrário.
Saúde	Variável categórica ordinal que assume os seguintes valores de acordo com o estado de saúde: 1 se Fraca; 2 se Razoável; 3 se Boa; 4 se Muito Boa; e 5 se ótima.
Variáveis dependentes	
Racionamento	Resposta  questão “Na sua opinião deverá haver um limite dos gastos do Serviço Nacional de Saúde?”. Variável binária que assume o valor 1 se a resposta foi “sim” e zero se “não”.
Prioridades	Resposta  questão “Considera que deve ser dada prioridade a alguns grupos da população em detrimento de outros?”. Variável binária que assume o valor 1 se a resposta foi “sim” e zero se “não”.

Nesta dissertação são também exploradas as preferências dos Portugueses quanto à definição de prioridades nos cuidados de saúde, através da atribuição do grau de importância a 24 afirmações relativas a áreas onde se deverão alocar os recursos do Estado, em que o 1 significa "sem importância", 2 "pouco importante", 3 "importante", 4 "muito importante" e 5 "extremamente importante". De forma a analisar os principais fatores que influenciam a definição de prioridades pelos inquiridos, realiza-se uma análise fatorial, através de componentes principais, com método de rotação varimax. No sentido de validar a utilização deste método, são realizados pré-testes, em concreto o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), medida de adequação da amostra, e o teste de esfericidade de Bartlett.

Por último, são realizadas duas análises de regressão linear múltipla, pelo método dos mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares – OLS*) (Wooldridge, 2013), utilizando como variável dependente cada um dos fatores obtidos na análise fatorial. Com esta análise pretende-se explorar a relevância das características individuais na determinação dos fatores que contribuem para opinião expressa pelos inquiridos.

As análises quantitativas foram realizadas com recurso ao Excel, ao SPSS versão 24 e ao STATA versão 13.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

Em 2015, 47,7% da população residente em Portugal era do género masculino, e 17,1% tinha ensino superior (Pordata, 2017). No que respeita à situação perante o emprego, 81,6% da população empregada era trabalhador por conta de outrem e 17,9% trabalhava por conta própria, sendo o rendimento médio disponível das famílias cerca 28.737 (Pordata, 2017). De acordo com os resultados do último Censos, empreendido em Portugal em 2011, a idade média correspondia a 41,8 anos, 62,6% da população era casada e 40,5% solteira (INE, 2012).

De acordo com as estatísticas descritivas apresentadas na tabela 6, a amostra recolhida aproxima-se do perfil da população portuguesa no que respeita à idade (38,4 anos), com maioria de indivíduos do género feminino (67,0%), com maior predominância de indivíduos casados (52,3%), seguidos dos solteiros (40,8%).

As categorias mais prevalentes de rendimento mensal do agregado familiar da amostra incluem rendimentos entre os 1501€ e os 2000 € e superiores a 2001 €, com cerca de 16% de trabalhadores por conta própria, o que revela uma aproximação ao valor de referência em Portugal. Porém, verifica-se uma sobre representação de licenciados na amostra (51,3%). Esta diferença pode, em certa medida, decorrer do método escolhido para implementação do questionário. Embora os inquéritos *online* permitam recolher rapidamente um grande número de respostas, excluem indivíduos que não acedem à Internet, sendo que em Portugal, 68,6% da população com idade igual ou superior a 16 anos tinha acesso à Internet, em 2015 (Pordata, 2017).

Adicionalmente, é possível extrair da tabela 6 que 39,8% dos inquiridos declarou ser profissional de saúde, a maioria com formação em enfermagem. Por último, cerca de 65,5% não detinha um cargo de gestão.

Tabela 6. Características sociodemográficas da amostra

Variáveis	n	%
Idade (média=38,4, com desvio-padrão 11,3)		
Menor ou igual 24	41	10,3%
Maior ou igual a 25 e menor do que 34	114	28,5%
Maior ou igual a 35 e menor do que 44	133	33,3%
Maior ou igual a 45 e menor do que 54	72	18,0%
Maior ou igual a 55 e menor do que 64	32	8,0%
Maior ou igual a 65	8	2,0%
Género		
Feminino	268	67,0%
Masculino	132	33,0%
Escolaridade		
Ensino básico	19	4,8%
Ensino secundário	59	14,8%
Licenciatura	205	51,3%
Mestrado ou Doutoramento	117	29,3%
Estado Civil		
Casado/União de Facto	209	52,3%
Solteiro	163	40,8%
Divorciado	21	5,3%
Viúvo	7	1,8%
Situação perante o emprego		
Trabalhador por conta própria	64	16,0%
Trabalhador por conta de Outrem	276	69,0%
Desempregado	22	5,5%
Estudante	20	5,0%
Reformado	18	4,5%
Profissional de saúde		
Sim	159	39,8%
Não	241	60,3%
Profissão		
Enfermeiro	109	67,7%
Médico	19	11,8%
Técnico de Saúde	33	20,5%
Cargo de gestão		
Não	262	65,5%
Sim	138	34,5%
Adequação dos rendimentos		
Chega para as suas necessidades	123	30,8%
Confortáveis	84	21,0%
Insuficientes	31	7,8%
Não tem com que se preocupar	9	2,3%
Tem que ter cuidado com os gastos	153	38,3%
Rendimento mensal líquido do agregado familiar		
< 500 €	13	3,3%
500 - 1000 €	73	18,3%
1001 - 1500 €	87	21,8%
1501 - 2000 €	91	22,8%
> 2001 €	136	34,0%

O questionário incluiu também um conjunto de questões relativas ao estado de saúde, comportamentos e procura de cuidados de saúde (tabela 7).

Tabela 7. Estado de saúde e comportamentos

Variáveis	n	%
Estado de saúde		
Fraca	12	3,0%
Razoável	57	14,3%
Boa	178	44,5%
Muito Boa	118	29,5%
tima	35	8,8%
Fumador corrente? (6/7 dias por semana)		
Sim	55	13,8%
Consumo de vegetais/legumes		
Raramente / Nunca	7	1,8%
1-2 vezes / ms	10	2,5%
1-2 vezes / semana	39	9,8%
3-5 vezes / semana	126	31,5%
6-7 vezes / semana	218	54,5%
Consumo de fruta		
Raramente / Nunca	7	1,8%
1-2 vezes / ms	10	2,5%
1-2 vezes / semana	38	9,5%
3-5 vezes / semana	87	21,8%
6-7 vezes / semana	258	64,5%
Consumo de "fast-food"		
Raramente / Nunca	152	38,0%
1-2 vezes / ms	191	47,8%
1-2 vezes / semana	48	12,0%
3-5 vezes / semana	7	1,8%
6-7 vezes / semana	2	0,5%
Atividade física		
Raramente / Nunca	76	19,0%
1-2 vezes / ms	77	19,3%
1-2 vezes / semana	158	39,5%
3-5 vezes / semana	72	18,0%
6-7 vezes / semana	17	4,3%
Consumo de lcool		
Raramente / Nunca	151	37,8%
1-2 vezes / ms	110	27,5%
1-2 vezes / semana	91	22,8%
3-5 vezes / semana	33	8,3%
6-7 vezes / semana	15	3,8%
Seguro de saúde privado ou subsistema público de saúde		
Sim	219	54,8%
Recurso a serviços de saúde nos últimos 12 meses		
Sim	326	81,5%
Motivo da procura de cuidados		
Doença crnica	24	7,3%
Episódio de doença	127	38,7%
Prevenção	49	14,9%
Rotina	128	39,0%
A que serviços recorreu		
Ambos	101	30,3%
Privado ou Social	101	30,3%
Público (hospital ou centro de saúde)	131	39,3%

A maioria dos inquiridos considerava ter uma saúde boa ou muito boa (74,0%), não fumava (86,2%), consumia álcool menos de três vezes por mês (65,3%), consumia vegetais/legumes e fruta quase todos os dias (54,5% e 64,5%, respetivamente), e praticava atividade física pelo menos uma vez por semana (61,8%).

Quanto à procura de cuidados de saúde, mais de metade dos inquiridos tinha seguro de saúde ou subsistema público de saúde (54,8%) e recorreu a cuidados de saúde nos doze meses que precederam ao inquérito (81,5%), tendo procurado cuidados de rotina (39,0%), em serviços públicos (39,3%).

Os Grupo III e Grupo IV do questionário incluem questões que pretendem extrair a opinião dos inquiridos quanto à possibilidade de racionamento no SNS, nomeadamente: se deveria existir um limite aos gastos do SNS, quais as fontes de financiamento adicionais que poderiam ser utilizadas para aumentar a receita do SNS; e qual o grau de influência de vários grupos na forma como o dinheiro do SNS é gasto. Por outro lado, é também questionada a opinião dos inquiridos sobre a definição de prioridades em saúde, concretamente: se deve ser dada prioridade a alguns grupos da população em detrimento de outros; e quais os grupos/áreas que o respondente considera prioritários.

6.1. RESULTADOS SOBRE A LIMITAÇÃO DOS GASTOS NO SNS – RACIONAMENTO DA OFERTA

Na questão “Na sua opinião deverá haver um limite dos gastos do Serviço Nacional de Saúde?”, foi obtida uma taxa de resposta de 86,3%. Os restantes 13,7% inquiridos selecionaram a opção “não sabe/sem opinião”, pelo que aparentam não estar disponíveis para debater questões sobre racionamento da oferta do SNS. Dos 86,3% indivíduos que optaram por expressar a sua opinião, cerca de 48,4% responderam “sim” (tabela 8). Desagregando entre profissionais de saúde e público em geral, constata-se que mais de metade dos profissionais de saúde (61,8%) entendem que deveria haver um limite para os gastos do SNS, enquanto apenas 38,8% do público em geral respondeu afirmativamente. Este resultado revela que os profissionais de saúde tendem a concordar mais com a hipótese de existir racionamento através de um limite de gastos do SNS. Também os inquiridos que exercem cargos de gestão estão mais dispostos a concordar com esta questão, com 55,9% de respostas afirmativas.

Tabela 8. Limite dos gastos do Serviço Nacional de Saúde

Variáveis		Sim		Não		χ^2
		n	%	n	%	
Tipo de respondente	Público em geral	78	38,8%	123	61,20%	17,77*** p-value=0,000
	Profissionais de saúde	89	61,8%	55	38,20%	
Cargo de gestão	Sim	71	55,9%	56	44,10%	4,526** p-value=0,033
	Não	96	44,0%	122	56,0%	
Género	Feminino	116	51,3%	110	48,7%	2,239 p-value=0,135
	Masculino	51	42,9%	68	57,1%	
Situação perante o emprego	Trabalhador por conta própria	24	44,4%	30	55,6%	8,039* p-value=0,090
	Trabalhador por conta de outrem	122	50,2%	121	49,8%	
	Desempregado	7	38,9%	11	61,1%	
	Estudante	11	68,8%	5	31,3%	
	Reformado	3	21,4%	11	78,6%	
Escolaridade	Ensino básico	0	0,0%	12	100,0%	12,331** p-value=0,006
	Ensino secundário	20	45,5%	24	54,5%	
	Licenciatura	95	51,9%	88	48,1%	
	Mestrado ou Doutoramento	52	49,1%	54	50,9%	
Estado Civil	Casado/União de Facto	81	44,8%	100	55,2%	2,643 p-value=0,450
	Solteiro	75	53,2%	66	46,8%	
	Divorciado	8	44,4%	10	55,6%	
	Viúvo	3	60,0%	2	40,0%	
Total		167	48,40%	178	51,60%	

Foi implementado um teste Qui-quadrado para determinar se as características sociodemográficas dos inquiridos influenciam a opinião dos inquiridos face a esta questão. Este teste adequa-se à natureza binária da variável de interesse “Deverá haver um limite dos gastos do Serviço Nacional de Saúde?” em que as respostas assumem o valor um se o respondente disse “sim” e zero se “não” e permite a comparação com variáveis com duas ou mais opções de resposta. Os resultados dos testes Qui-quadrado apontam para a rejeição da hipótese nula de independência entre a variável de interesse e as variáveis que expressam o tipo de respondente, o exercício de cargo de gestão, a situação perante o emprego e a escolaridade (p-value < 0,01). Estes resultados indiciam que ser profissional de saúde e o exercício de cargos de gestão impactam, com significância estatística, na opinião expressa pelos inquiridos, evidenciando uma maior concordância de inquiridos com estas características.

Em complemento foi estimado um modelo econométrico Logit, adequado a variáveis dependentes de natureza binária, ou seja, que podem assumir um de dois valores, neste caso o valor zero se o indivíduo respondeu “não”, e o valor um se o indivíduo respondeu “sim”. Esta análise inclui no mesmo modelo a estimação dos efeitos de um conjunto de

variáveis explicativas sobre a variável de interesse, distinguindo-se do teste estatístico anteriormente apresentado (o teste Qui-quadrado) que analisa a relação de cada variável explicativa, individualmente. Os resultados desta análise suplementar apresentam-se na tabela 9.

Tabela 9. Modelo Logit aplicado à variável dependente “acionamento”

Racionamento	Coefficientes	Efeitos marginais	Coefficientes	Efeitos marginais
Idade	-0,046 (0,015)***	-0,010 (0,003)***	-0,045 (0,015)***	-0,010 (0,003)***
Sexo	-0,376 (0,267)	-0,082 (0,058)	-0,382 (0,262)	-0,084 (0,057)
Casado	-0,219 (0,303)	-0,048 (0,066)	-0,207 (0,295)	-0,045 (0,065)
Divorciado	0,433 (0,590)	0,095 (0,129)	0,432 (0,581)	0,095 (0,127)
Viúvo	1,500 -1,137	0,329 (0,247)	1,529 -1,137	0,335 (0,247)
Profissional saúde	0,938 (0,257)***	0,205 (0,052)***	0,912 (0,245)***	0,200 (0,049)***
Gestão	0,660 (0,267)**	0,145 (0,057)**	0,652 (0,258)**	0,143 (0,055)***
Rendimento	0,136 (0,129)	0,030 (0,028)	0,132 (0,121)	0,029 (0,026)
Conta própria	-0,049 (0,343)	-0,011 (0,075)		
Desemprego	-0,178 (0,583)	-0,039 (0,128)		
Licenciatura	-0,163 (0,380)	-0,036 (0,083)		
Mestrado	-0,381 (0,410)	-0,083 (0,089)	-0,243 (0,257)	-0,053 (0,056)
Fuma	-0,229 (0,347)	-0,050 (0,076)	-0,237 (0,345)	-0,052 (0,075)
Álcool	0,114 (0,120)	0,025 (0,026)	0,112 (0,118)	0,025 (0,026)
Atividade física	0,186 (0,108)*	0,041 (0,023)*	0,185 (0,106)*	0,041 (0,023)*
Fruta	0,013 (0,135)	0,003 (0,030)		
Seguro	0,383 (0,260)	0,084 (0,056)	0,380 (0,256)	0,083 (0,056)
Saúde	-0,133 (0,140)	-0,029 (0,031)	-0,137 (0,139)	-0,030 (0,030)
Constante	0,400 (0,995)		0,315 (0,844)	

Legenda: N=345. Erros padrão entre parênteses * p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01. Como nenhum dos indivíduos com ensino básico selecionou a resposta “sim” na questão aqui analisada, a categoria “ensino secundário” serve de base de comparação com os restantes níveis de escolaridade (licenciatura e mestrado/doutoramento).

Do conjunto de variáveis explicativas utilizadas constatou-se que as que influenciam a opinião sobre o limite dos gastos do SNS, com força estatística, referem-se à idade, a ser

profissional de saúde, a desempenhar um cargo de gestão e à prática de atividade física. Os coeficientes apresentados não têm interpretação direta, apenas sendo interpretável o sinal, pelo que são também apresentados os efeitos marginais. A probabilidade de responder “sim” varia negativamente cerca de 1 ponto percentual (p.p.) por cada ano de idade. Por outro lado, ser profissional de saúde tem um impacto positivo de 20,5 p.p. na probabilidade de responder “sim”, e desempenhar um cargo de gestão aumenta essa probabilidade em 14,5 p.p.. Ou seja, os profissionais de saúde e os inquiridos que desempenham um cargo de gestão tendem a ter uma opinião favorável quanto à possibilidade de existir limite dos gastos do SNS, à semelhança do que ocorre também com quem pratica mais atividade física.

Posteriormente, realizou-se nova estimação de um modelo Logit, excluindo as variáveis com menor força estatística (maior p-value), ou seja, cuja probabilidade de contribuir para a explicação da variável explicativa (“acionamento”) é praticamente inexistente do ponto de vista estatístico. Esta estimação, também apresentada na tabela 9, corrobora os resultados descritos anteriormente

6.2. RESULTADOS SOBRE A POSSIBILIDADE DE FINANCIAMENTO ADICIONAL AO SNS

Na questão “Se o Estado necessitar de mais receita para financiar as despesas em saúde, indique três fontes prioritárias de financiamento”, os inquiridos teriam de selecionar três fontes de financiamento, de entre 16 hipóteses. De acordo com os resultados apresentados na tabela 10, constata-se que a lotaria e jogos da sorte e o aumento de impostos sobre o álcool e tabaco foram as principais fontes de receita escolhidas quer pelo público em geral quer pelos profissionais de saúde. No extremo oposto, tendo sido selecionadas por aproximadamente 2% ou menos inquiridos, figuram as seguintes despesas: aumento de impostos sobre transportes; aumento de impostos sobre combustíveis; diminuição de pensões; diminuição do orçamento do Estado para a educação; e aumento de impostos sobre a habitação.

Adicionalmente foi aplicado um teste Qui-quadrado, que permitiu identificar diferenças estatisticamente significativas entre profissionais de saúde e público em geral face às seguintes fontes de financiamento: aumento de impostos sobre o tabaco e álcool; aumento de impostos sobre “fast-food”; diminuição dos apoios sociais; aumento dos benefícios da

segurança social; e aumento de impostos sobre transportes, veículos e na circulação nas estradas.

Tabela 10. Fontes de financiamento adicional do SNS

	Público em geral	Profissionais de saúde	Não Gestor	Gestor
Receitas das lotarias e jogos da sorte	56,8%	49,1%	53,4%	54,3%
Aumento de impostos sobre o tabaco e álcool ¹	53,5%	67,3%	56,1%	64,5%
Aumento de impostos sobre os rendimentos mais elevados ²	35,3%	30,8%	39,7%	21,7%
Aumento de impostos sobre a poluição	27,4%	22,0%	24,8%	26,1%
O utente financiar alguns dos seus cuidados de saúde ²	14,1%	15,7%	12,6%	18,8%
Diminuição do orçamento para a Administração Interna ²	16,2%	13,2%	17,2%	10,9%
Aumento do orçamento para as despesas em saúde	34,0%	26,4%	30,5%	31,9%
Aumento dos benefícios da segurança social ¹	7,1%	2,5%	5,3%	5,1%
Aumento de impostos sobre transportes ¹	2,1%	0,0%	1,9%	0,0%
Aumento de impostos sobre combustíveis	0,8%	0,0%	0,4%	0,7%
Aumento das taxas moderadoras nos cuidados de saúde	6,2%	5,0%	5,0%	7,2%
Aumento de impostos sobre a habitação	0,0%	0,6%	0,0%	0,7%
Aumento de impostos sobre “fast-food” ¹	33,2%	46,5%	38,5%	38,4%
Diminuição de pensões	0,4%	0,6%	0,8%	0,0%
Diminuição do orçamento do Estado para a educação	0,4%	0,0%	0,0%	0,7%
Diminuição dos apoios sociais ¹	12,4%	20,1%	13,7%	18,8%

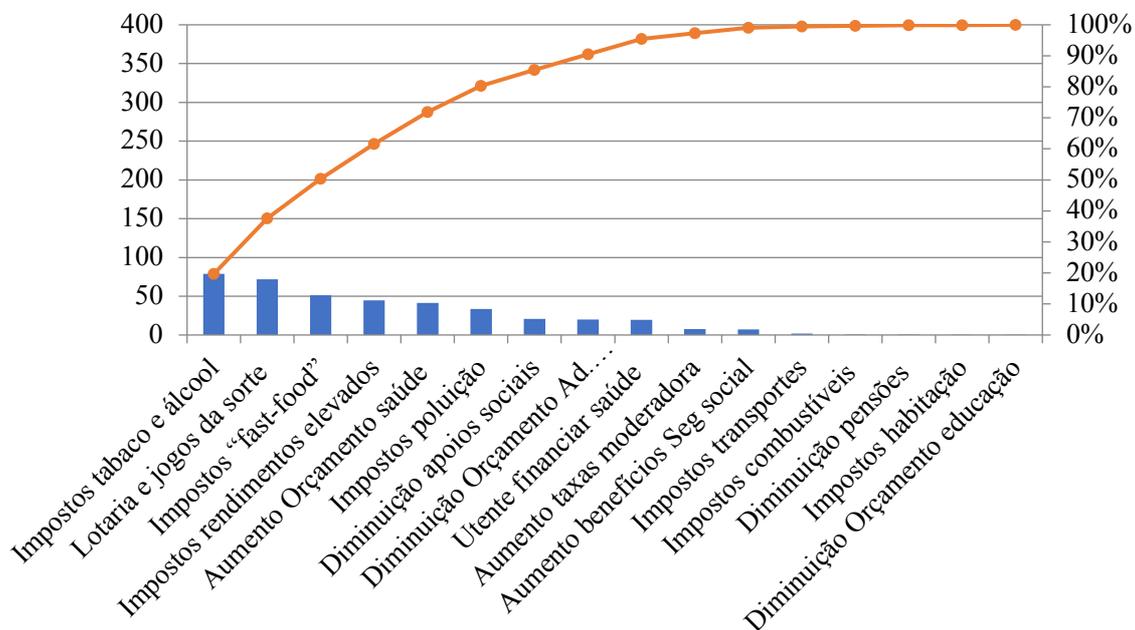
Legenda: ¹ Com diferenças estatisticamente significativas entre profissionais e público em geral; ² Com diferenças estatisticamente significativas entre gestores e não gestores.

Quando comparados os gestores com os não gestores, constata-se que maior percentagem de gestores considera que o financiamento adicional do SNS se deveria processar através do aumento de impostos sobre o tabaco e álcool, seguido das receitas das lotarias e jogos da sorte, semelhante ao resultado obtido para os profissionais de saúde. Da implementação do teste Qui-quadrado conclui-se que ser ou não gestor apresenta significância estatística, ou seja, impacta na escolha dos inquiridos para as seguintes fontes de financiamento: aumento de impostos sobre os rendimentos mais elevados; o utente financiar alguns dos seus cuidados de saúde; e diminuição do orçamento para a Administração Interna. Em suma, quanto às restantes fontes de financiamento não surgiram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de gestores e o grupo de não gestores.

Para esquematização gráfica dos resultados anteriores, foi elaborado um gráfico de Pareto (Gráfico 5), que apresenta a percentagem de inquiridos que selecionaram cada fonte de financiamento e a percentagem acumulada. Da sua análise retira-se que houve uma concentração de 50% dos inquiridos na escolha das seguintes três fontes prioritárias de

financiamento: impostos sobre o tabaco e álcool; receitas das lotarias e jogos da sorte; e aumento de impostos sobre “fast-food”.

Gráfico 5. Gráfico de Pareto aplicado à escolha de fontes de financiamento



6.3. RESULTADOS SOBRE A INFLUÊNCIA DE DIFERENTES GRUPOS PROFISSIONAIS NA FORMA COMO O DINHEIRO DO SNS É GASTO

A Tabela 11 apresenta a resposta à questão “Qual o grau de influência que cada grupo tem na forma como dinheiro do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é gasto?” em que cada respondente deveria selecionar uma de quatro opções: “Muita influência”, “Alguma influência”, “Nenhuma influência” e “Não sei/Sem opinião”. A grande maioria dos inquiridos considera que o Governo e os Gestores do SNS têm muita influência na forma com o dinheiro do SNS é gasto, e em conjunto com os médicos são considerados os grupos mais influentes. Por seu turno, pelo menos 70% dos profissionais de saúde e do público em geral considera que os cidadãos ou associações de utentes têm apenas alguma ou nenhuma influência na decisão.

Tabela 11. Grau de influência que diferentes grupos têm na forma como o dinheiro do SNS é gasto

	Muita Influência		Alguma Influência		Nenhuma Influência		Não sei / Sem opinião	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Público em geral								
Médicos	133	55,2%	77	32,0%	11	4,6%	20	8,3%
Enfermeiros	44	18,3%	134	55,6%	41	17,0%	22	9,1%
Outros Profissionais de Saúde	24	10,0%	137	56,8%	47	19,5%	33	13,7%
Cidadãos	34	14,1%	99	41,1%	85	35,3%	23	9,5%
Autarcas locais	51	21,2%	104	43,2%	46	19,1%	40	16,6%
Governo	192	79,7%	32	13,3%	5	2,1%	12	5,0%
Gestores do SNS	196	81,3%	31	12,9%	3	1,2%	11	4,6%
IPSS	63	26,1%	124	51,5%	19	7,9%	35	14,5%
Associações de doentes	26	10,8%	115	47,7%	56	23,2%	44	18,3%
Profissionais de saúde								
Médicos	110	69,2%	35	22,0%	5	3,1%	9	5,7%
Enfermeiros	27	17,0%	96	60,4%	28	17,6%	8	5,0%
Outros Profissionais de Saúde	15	9,4%	101	63,5%	32	20,1%	11	6,9%
Cidadãos	41	25,8%	78	49,1%	33	20,8%	7	4,4%
Autarcas	31	19,5%	92	57,9%	25	15,7%	11	6,9%
Governo	137	86,2%	16	10,1%	2	1,3%	4	2,5%
Gestores do SNS	140	88,1%	15	9,4%		0,0%	4	2,5%
IPSS	45	28,3%	89	56,0%	17	10,7%	8	5,0%
Associações de doentes	20	12,6%	72	45,3%	48	30,2%	19	11,9%

Adicionalmente foi realizada uma análise fatorial para identificar os fatores/componentes que mais contribuem para explicar a opinião expressa pelos inquiridos sobre o grau de influência que atribuem a cada grupo. Da implementação dos testes de KMO e de Bartlett conclui-se que a análise fatorial é adequada. Por um lado, o valor de KMO – que pode variar entre zero e um, e quanto mais próximo da unidade mais a análise fatorial se adequa ao objeto em análise –, no nosso caso aproxima-se de um, como pretendido (KMO=0,7). Por outro lado, o teste de Bartlett ($\chi^2 = 664,8$) apresenta significância estatística (p-value < 0,01), o que indica que as correlações entre variáveis permitem a consideração da análise fatorial em causa (tabela 12).

Tabela 12. Resultados dos testes de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin		0,7
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	664,8
	Graus de liberdade	36
	Significância	0,000

A análise fatorial teve por base o método de componentes principais, com método de rotação *Varimax* são apresentados na tabela 13, com matriz de componente rotativa obtida com rotação convergida em cinco iterações para estimar a solução. As três componentes obtidas são responsáveis pela explicação de 62,8% da variância das respostas. A componente com maior poder explicativo abrange os três tipos de profissionais de saúde (médicos, enfermeiro e profissionais de saúde).

Tabela 13. Análise fatorial aplicado aos grupos com impacto nos gastos do SNS

Variáveis	Profissionais de saúde	Utentes e seus representantes	Decisores
Médicos	0,737		
Enfermeiros	0,835		
Outros profissionais de Saúde	0,791		
Cidadãos		0,586	
Autarcas		0,530	
IPSS		0,728	
Associações		0,764	
Governo			0,881
Gestores do SNS			0,858
Valores próprios/ Somas de rotação de carregamentos ao quadrado	2,752	1,891	1,012
% Variância	30,573	21,008	11,242

Método de Extração: Análise de Componente Principal. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Adicionalmente foram realizadas três análises de regressão linear múltipla, através método OLS, utilizando como variável dependente cada um dos fatores obtidos na análise anterior (tabela 14). As variáveis explicativas inicialmente utilizadas constam da tabela 5 (nas colunas com a denominação modelo 1). Posteriormente foram estimados novos modelos excluindo as variáveis com maior p-value (colunas com a denominação modelo 2). No caso do terceiro fator apenas se apresenta o primeiro modelo porque em nenhum dos dois as variáveis consideradas revelaram ter força estatística, o que denota que as características sociodemográficas e os comportamentos não parecem influenciar esta escolha.

No que se refere ao fator 1, que inclui a importância atribuída ao papel dos profissionais de saúde na forma como o dinheiro do SNS é gasto, a idade, ser profissional de saúde, ter ensino superior e o rendimento apresentam uma relação positiva e estatisticamente significativa neste fator, enquanto ser fumador impacta negativamente. Quanto ao fator 2, apenas a variável associada ao género e ter mestrado se relacionam com a opinião

relativa ao papel do utente e seus representantes na decisão de como gastar o dinheiro do SNS, com sinal negativo.

Tabela 14. Modelo de regressão aplicado a cada um dos fatores

	Fator 1 modelo 1	Fator 1 modelo 2	Fator 2 modelo 1	Fator 2 modelo 2	Fator 3
Idade	0,013 (0,008)*	0,011 (0,006)*	-0,006 (0,008)	-0,006 (0,007)	-0,005 (0,008)
Sexo	0,085 (0,143)	0,080 (0,138)	-0,250 (0,142)*	-0,249 (0,140)*	-0,230 (0,145)
Casado	-0,238 (0,158)	-0,221 (0,139)	-0,158 (0,158)	-0,167 (0,136)	0,020 (0,161)
Divorciado	-0,081 (0,335)		0,319 (0,334)	0,309 (0,325)	-0,205 (0,341)
Viúvo	-0,117 (0,454)		0,065 (0,452)		0,476 (0,462)
Profissional saúde	0,235 (0,132)*	0,237 (0,129)*	0,120 (0,132)	0,123 (0,130)	-0,020 (0,134)
Gestão	0,061 (0,136)	0,066 (0,133)	-0,012 (0,136)		0,012 (0,139)
Rendimento	0,105 (0,064)	0,110 (0,059)*	0,001 (0,063)		0,016 (0,065)
Conta própria	0,131 (0,168)	0,132 (0,165)	0,067 (0,167)	0,064 (0,161)	-0,227 (0,171)
Desemprego	-0,117 (0,296)	-0,114 (0,293)	0,297 (0,295)	0,296 (0,289)	-0,113 (0,301)
Ensino Secundário	0,465 (0,347)	0,402 (0,193)**	0,116 (0,346)	0,107 (0,325)	-0,143 (0,354)
Licenciatura	0,217 (0,355)	0,138 (0,133)	-0,405 (0,354)	-0,413 (0,321)	0,044 (0,362)
Mestrado	0,087 (0,362)		-0,531 (0,361)	-0,541 (0,327)*	-0,138 (0,369)
Fuma	-0,433 (0,199)**	-0,432 (0,196)**	-0,140 (0,198)	-0,142 (0,196)	0,030 (0,202)
Álcool	-0,062 (0,061)	-0,064 (0,061)	0,092 (0,061)	0,093 (0,060)	0,057 (0,062)
Atividade física	0,026 (0,055)	0,028 (0,054)	0,022 (0,055)	0,021 (0,055)	-0,006 (0,057)
Fruta	-0,001 (0,068)		-0,026 (0,068)	-0,026 (0,067)	0,034 (0,069)
Seguro	-0,079 (0,130)	-0,077 (0,127)	-0,089 (0,130)	-0,089 (0,127)	0,050 (0,133)
Saúde	0,027 (0,073)	0,028 (0,072)	-0,076 (0,073)	-0,076 (0,071)	0,006 (0,075)
Constante	-1,055 (0,580)*	-0,965 (0,437)**	0,834 (0,578)	0,833 (0,570)	-0,032 (0,591)

Legenda: N= 296. Erros padrão entre parênteses * p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01

6.4. RESULTADOS SOBRE A POSSIBILIDADE DE EXISTIR DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE

Como referido previamente, um dos objetivos e das questões em estudo era identificar se os cidadãos portugueses entendem dever existir definição de prioridades em saúde. Nesse sentido, foi questionado se “Considera que deve ser dada prioridade a alguns grupos da população em detrimento de outros?”.

Tabela 15. Prioridade para alguns grupos da população

Variáveis	Sim		Não		χ^2	
	N	%	n	%		
Tipo de respondente	Público em geral	168	72,7%	63	27,3%	0,739 p-value =0,390
	Profissionais de saúde	115	76,7%	35	23,3%	
Cargo de gestão	Sim	95	71,4%	38	28,6%	0,868 p-value=0,351
	Não	188	75,8%	60	24,2%	
Gnero	Feminino	196	77,2%	58	22,8%	3,325* p-value=0,068
	Masculino	87	68,5%	40	31,5%	
Situação perante o emprego	Trabalhador por conta própria	38	60,3%	25	39,7%	9,718** p-value=0,045
	Trabalhador por conta de outrem	204	78,5%	56	21,5%	
	Desempregado	15	71,4%	6	28,6%	
	Estudante	15	75,0%	5	25,0%	
	Reformado	11	64,7%	6	35,3%	
Escolaridade	Ensino básico	6	40,0%	9	60,0%	10,033** p-value=0,018
	Ensino secundário	42	72,4%	16	27,6%	
	Licenciatura	148	75,9%	47	24,1%	
	Mestrado ou Doutoramento	87	77,0%	26	23,0%	
Estado Civil	Casado/Uno de Facto	142	70,3%	60	29,7%	6,427* p-value=,093
	Solteiro	124	81,0%	29	19,0%	
	Divorciado	13	65,0%	7	35,0%	
	Viúvo	4	66,7%	2	33,3%	
Total		283	74,3%	98	25,7%	

A taxa de resposta a esta questão foi de 95,3%, o que revela que a grande maioria da amostra tem opinião sobre esta matéria e poderá estar disponível para discutir a possibilidade de definir prioridades em saúde.

Das respostas apresentadas na tabela 15 constata-se que mais de 70% do público em geral e dos profissionais de saúde responderam afirmativamente  questão, percentagem superior no caso dos profissionais de saúde. Da aplicação do teste Qui-quadrado, conclui-se pela não rejeição da hipótese nula (p-value = 0,390), de que não existe relação entre as variáveis. Assim, ser ou não profissional de saúde não parece impactar, com significância

estatística, na decisão de responder que sim à questão. Semelhante resultado foi obtido para a variável que traduz o exercício de um cargo de gestão. Por último, refira-se que as variáveis relativas à escolaridade e à situação perante o emprego apresentaram significância estatística ao nível de 5%.

Para aprofundar os resultados obtidos pelos testes estatísticos apresentados, foi implementado o modelo econométrico Logit à variável dependente “prioridade”, com o objetivo de identificar as variáveis (descritas na tabela 5) suscetíveis de influenciar a resposta à pergunta “Deve ser dada prioridade a alguns grupos da população?”. A variável “prioridade” assume o valor um se a resposta foi “sim” e zero se “não”. De acordo com a tabela 16, as variáveis que influenciam a opinião dos inquiridos nesta questão, com significância estatística, relacionam-se com o rendimento, a situação perante o trabalho, a escolaridade, e os hábitos de alimentação.

A probabilidade de concordância com esta questão varia negativamente com o rendimento, reduzindo-se também se o respondente é trabalhador por conta própria, cerca de 13,8 p.p.. Os graus de licenciatura e mestrado/doutoramento têm um efeito positivo na probabilidade de concordar com a necessidade de estabelecer prioridades em saúde, 22,8 e 25,1 p.p., respetivamente. Este último resultado pode indicar que indivíduos com níveis superiores de escolaridade estão mais sensibilizados para a necessidade de definição de prioridades em saúde, como resposta à escassez de recursos. A adoção de hábitos de alimentação saudáveis, traduzidos pela variável que capta a frequência com que os inquiridos comiam fruta nos 12 meses anteriores ao inquérito, tem um impacto positivo na probabilidade de responder “sim” à questão.

Destaca-se que as variáveis que identificam que o respondente é profissional de saúde e que desempenha cargos de gestão não apresentaram significância estatística. Confrontando este resultado com o obtido no outro modelo econométrico (apresentado na tabela 9), conclui-se que estas variáveis importam para a explicação da perceção dos inquiridos sobre a necessidade de racionamento da oferta, mas não para a definição de prioridades em saúde.

Tabela 16. Modelo Logit aplicado à variável dependente “prioridade”

Prioridade	Coefficientes	Efeitos marginais	Coefficientes	Efeitos marginais
Idade	-0,023 (0,016)	-0,004 (0,003)	-0,022 (0,015)	-0,004 (0,003)
Sexo	-0,121 (0,284)	-0,021 (0,049)		
Casado	0,035 (0,342)	0,006 (0,059)		
Divorciado	-0,472 (0,590)	-0,081 (0,102)	-0,515 (0,548)	-0,089 (0,094)
Viúvo	0,717 -1,059	0,124 (0,182)	0,663 (0,996)	0,115 (0,172)
Profissional saúde	-0,211 (0,283)	-0,036 (0,049)	-0,210 (0,282)	-0,036 (0,049)
Gestão	-0,197 (0,288)	-0,034 (0,050)	-0,207 (0,288)	-0,036 (0,050)
Rendimento	-0,270 (0,141)*	-0,047 (0,024)*	-0,270 (0,128)**	-0,047 (0,022)**
Conta própria	-0,800 (0,335)**	-0,138 (0,056)**	-0,795 (0,330)**	-0,137 (0,056)**
Desemprego	-0,511 (0,563)	-0,088 (0,097)	-0,516 (0,561)	-0,089 (0,096)
Ensino Secundário	1,172 (0,745)	0,202 (0,127)	1,185 (0,738)	0,205 (0,126)
Licenciatura	1,321 (0,779)*	0,228 (0,132)*	1,341 (0,762)*	0,232 (0,129)*
Mestrado	1,455 (0,797)*	0,251 (0,135)*	1,479 (0,783)*	0,255 (0,133)*
Fuma	-0,368 (0,353)	-0,063 (0,061)	-0,372 (0,348)	-0,064 (0,060)
Álcool	-0,069 (0,123)	-0,012 (0,021)	-0,082 (0,116)	-0,014 (0,020)
Atividade física	0,035 (0,116)	0,006 (0,020)		
Fruta	0,256 (0,138)*	0,044 (0,023)*	0,273 (0,134)**	0,047 (0,023)**
Seguro	0,209 (0,277)	0,036 (0,048)	0,226 (0,274)	0,039 (0,047)
Saúde	0,188 (0,151)	0,032 (0,026)	0,185 (0,151)	0,032 (0,026)
Constante	0,338 (1,233)		0,326 (-1,221)	

Legenda: N=381. Erros padrão entre parênteses * p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01

Também para esta questão foi realizado um modelo Logit após exclusão das variáveis que apresentaram menor relevância estatística na explicação da variável dependente (“prioridade”). Os resultados desta estimação (expressos nas duas últimas colunas da tabela 16) assemelham-se aos anteriormente obtidos.

Tendo por base os indivíduos que responderam afirmativamente à questão anterior, foi solicitado que indicassem até três grupos que considerassem prioritários. A análise das respostas teve em conta a separação entre público em geral e profissionais de saúde, e apresenta-se na tabela 17. Os dois grupos que maior percentagem de inquiridos selecionou foram os idosos e as crianças, embora o público em geral tenha escolhido os idosos com maior frequência relativa (70,2%) e o grupo das crianças apareça na primeira posição no caso dos profissionais de saúde. O grupo menos escolhido pelos dois tipos de inquiridos refere-se às pessoas saudáveis e sem comportamento de risco, embora no caso do público em geral apenas 1,8% dos inquiridos tenha selecionado esta categoria e no caso dos profissionais de saúde 10,4%.

Da implementação do teste Qui-quadrado foram identificadas diferenças estatísticas entre público em geral e profissionais de saúde na escolha dos seguintes grupos: idosos, pessoas em fase terminal e pessoas saudáveis e sem comportamentos de risco.

Tabela 17. Grupos prioritários

	Público em geral	Profissionais de saúde	Não gestor	Gestor
Idosos¹	70,2%	48,7%	61,2%	62,1%
Crianças²	63,7%	62,6%	58,5%	72,6%
Pessoas com doenças crónicas	42,3%	40,0%	38,8%	46,3%
Pessoas em risco de Vida²	37,5%	40,0%	44,7%	26,3%
Pessoas que vivem na pobreza²	30,4%	29,6%	34,0%	22,1%
Pessoas em fase terminal¹	20,8%	30,4%	26,1%	22,1%
Pessoas com deficiências físicas	19,0%	16,5%	17,0%	20,0%
Pessoas com doenças mentais	10,1%	13,9%	9,6%	15,8%
Pessoas saudáveis sem comportamento de risco¹	1,8%	10,4%	5,3%	5,3%

Legenda: ¹ Com diferenças estatisticamente significativas entre profissionais e público em geral; ² Com diferenças estatisticamente significativas entre gestores e não gestores.

Foi realizada análise idêntica tendo por base o exercício de um cargo de gestão, sendo possível concluir que os inquiridos que exercem cargos de gestão escolheram como três grupos prioritários os mesmo grupos que os profissionais de saúde (crianças, idosos e pessoas com doenças crónicas). Da implementação do teste Qui-quadrado verificou-se

que existem diferenças associadas a ser ou não gestor na escolha das crianças, das pessoas em risco de vida e das pessoas que vivem em pobreza.

6.5. RESULTADOS SOBRE O ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES PARA A GESTÃO FINANCEIRA EM SAÚDE

No grupo IV do questionário foi auscultada a perceção dos inquiridos quanto à prioridade na alocação dos gastos públicos em saúde a cada item listado na tabela 18, através da utilização de uma escala de *Likert* em que 1 significa "sem importância", 2 "pouco importante", 3 "importante", 4 "muito importante" e 5 "extremamente importante" e a inclusão da opção "não sabe/não responde".

O público em geral atribuiu mais importância relativa, com média igual ou superior 4 e mediana 4 ou 5 nos seguintes itens: "Para a redução do tempo de espera por tratamento urgentes"; "Para uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz"; "Para que todos os cuidados de saúde estejam acessíveis a todos os utentes"; e "À melhoria do estado de saúde da população". Os profissionais de saúde assinalaram também estes itens, nos quais a mediana foi 5, bem como aos seguintes: "A evitar futuras doenças"; "Em medidas de promoção da saúde e prevenção da doença"; "A aumentar o número de anos de vida com qualidade"; "Nos cuidados de saúde primários"; "A evitar os desperdícios na prestação dos cuidados de saúde".

Por outro lado, o público em geral atribuiu menor importância aos seguintes itens: "Em incentivos que favoreçam a contenção de custo na prestação dos cuidados de saúde"; "Nas prioridades de saúde estabelecidas pelo Governo"; e "Às prioridades de saúde definidas pelo poder local". Os profissionais de saúde atribuíram menor importância relativa, com mediana igual a 3, aos seguintes pontos: "Às prioridades de saúde definidas pelo poder local"; e "A aumentar o número de anos de vida".

Se considerada a divisão das questões por categorias, constata-se que o público em geral entende que, em média, deve ser dada maior prioridade em função do "tipo de cuidados prestados", enquanto os profissionais de saúde consideram relativamente mais prioritário investir o dinheiro público em itens com "benefícios diretos para os utentes".

Tabela 18. Áreas prioritárias dos gastos do estado em saúde

	Público em geral		Profissionais de saúde	
	Média	Mediana	Média	Mediana
Benefícios diretos para os utentes	3,83	4	4,15	4
À melhoria do estado de saúde da população	4,00	4	4,36	5
A evitar futuras doenças	3,93	4	4,45	5
A ajudar os utentes a ter uma melhor qualidade de vida	3,88	4	4,18	4
A aumentar o número de anos de vida	3,46	4	3,37	3
A aumentar o número de anos de vida com qualidade	3,95	4	4,38	5
Aos profissionais de saúde a dedicarem mais tempo a cuidar dos utentes	3,73	4	4,20	4
Para criar melhores condições para os utentes	3,84	4	4,12	4
Custos	3,78	4	4,10	4
Em incentivos que favoreçam a contenção de custo na prestação dos cuidados de saúde	3,36	3	3,54	4
A evitar os desperdícios na prestação dos cuidados de saúde	3,89	4	4,33	5
Para uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz	4,09	4	4,46	5
Equidade e universalidade no acesso	3,85	4	4,02	4
Para que todos os cuidados de saúde estejam acessíveis a todos os utentes	4,06	5	4,36	5
Para que todos os cuidados de saúde estejam disponíveis no hospital mais próximo	3,78	4	3,69	4
Para redução das desigualdades no acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes	3,98	4	4,22	4
Em cuidados de saúde destinados a um grande grupo de pessoas em vez de um grupo minoritário	3,57	4	3,81	4
Tipo de cuidados prestados	3,87	4	4,12	4
Para a redução do tempo que os utentes esperam por tratamento não urgentes	3,49	4	3,44	4
Para a redução do tempo de espera por tratamentos urgentes	4,14	5	4,42	5
Nos cuidados de saúde primários	3,87	4	4,38	5
Nos cuidados de saúde hospitalares	3,92	4	4,17	4
Nos cuidados de saúde continuados e/ou paliativos	3,94	4	4,22	4
Estratégia da política de saúde	3,54	4	3,90	4
Na melhoria da literacia em saúde dos utentes	3,59	4	3,94	4
Em medidas de promoção da saúde e prevenção da doença	3,82	4	4,44	5
Em medidas de utilização racional de medicamentos	3,79	4	4,13	4
Às prioridades de saúde definidas pelo poder local	3,18	3	3,42	3
Nas prioridades de saúde estabelecidas pelo Governo	3,31	3	3,58	4

Adicionalmente foi realizada uma análise fatorial com os 24 itens, no sentido de identificar os fatores/componentes que mais contribuem para explicar a opinião expressa pelos inquiridos. Da implementação dos testes de KMO e de Bartlett conclui-se que a análise fatorial é adequada - o valor de KMO aproxima-se de um (KMO=0,9) e o teste de Bartlett ($\chi^2 = 2782,6$) apresenta significância estatística (p-value < 0,01), o que indica

que as correlações entre variáveis permitem a consideração da análise fatorial em causa (tabela 19).

Tabela 19. Resultados dos testes de KMO e Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin		0,9
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	2782,6
	Graus de liberdade	45
	Significância	0,000

Os resultados da implementação da análise fatorial são apresentados na tabela 20, obtida através do método de componentes principais. Da sua análise constata-se que foram obtidas duas componentes principais, responsáveis pela explicação de 76,3% da variância de todos os dados.

Tabela 20. Análise fatorial das áreas prioritárias em saúde

Variáveis	Resultados em saúde	Centros políticos de decisão
Prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz	0,889	
Evitar futuras doenças	0,859	
Redução do tempo de espera por tratamentos urgentes	0,853	
Aumentar o número de anos de vida com qualidade	0,845	
Melhoria do estado de saúde da população	0,842	
A ajudar os utentes a ter uma melhor qualidade de vida	0,833	
Todos os cuidados de saúde estejam acessíveis a todos	0,831	
Redução das desigualdades no acesso	0,804	
Prioridades de saúde definidas pelo poder local		0,928
Prioridades do Governo		0,891
Valores próprios/ Somas de rotação de carregamentos ao quadrado	5,773	1,858
% Variância	61,698	14,610

Método de Extração: Análise de Componente Principal. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

A primeira componente explica 61,7% da variância, e relaciona-se com os resultados em saúde obtidos, em concreto se as prioridades são definidas tendo em conta a melhoria do estado de saúde da população, com qualidade, equidade, eficácia e eficiência. A segunda componente contribui para explicar 14,6% da opinião dos inquiridos, e refere-se ao poder de decisão dos centros políticos (autarquias e Governo) na definição das prioridades dos

gastos públicos em saúde. Em suma, da aplicação da análise fatorial retira-se que nem todos os 24 itens apresentados importam para determinação das prioridades de financiamento público. Com efeito, a componente “resultados em saúde” (que inclui oito dos 24 itens) explica mais de 60% da variância na perceção dos inquiridos face  definição de prioridades em saúde.

Tabela 21. Modelo de regressão aplicado ao fator 1 “Resultados em saúde” e ao fator 2 “Centros Políticos”

Variáveis	Fator 1 modelo 1	Fator 1 modelo 2	Fator 2 modelo 1	Fator 2 modelo 2
Idade	-0,001 (0,007)		-0,006 (0,007)	-0,005 (0,006)
Sexo	0,055 (0,122)	0,055 (0,121)	-0,166 (0,125)	-0,169 (0,123)
Casado	-0,441 (0,138)***	-0,459 (0,126)***	-0,031 (0,142)	
Divorciado	0,305 (0,260)	0,283 (0,236)	0,149 (0,267)	0,160 (0,244)
Viúvo	-1,007 (0,490)**	-1,078 (0,453)**	0,608 (0,503)	0,675 (0,470)
Profissional saúde	0,128 (0,117)	0,138 (0,114)	0,123 (0,121)	0,128 (0,119)
Gestão	-0,222 (0,123)*	-0,221 (0,118)*	-0,196 (0,126)	-0,200 (0,123)
Rendimento	0,077 (0,057)	0,081 (0,054)	-0,003 (0,059)	
Conta própria	0,106 (0,155)	0,095 (0,152)	-0,138 (0,159)	-0,151 (0,153)
Desemprego	0,056 (0,233)		-0,155 (0,239)	-0,158 (0,233)
Ensino Secundário	-0,226 (0,335)	-0,328 (0,157)**	-0,051 (0,344)	
Licenciatura	0,123 (0,341)		-0,282 (0,350)	-0,248 (0,160)
Mestrado	0,103 (0,349)		-0,220 (0,358)	-0,188 (0,176)
Fuma	-0,130 (0,165)	-0,121 (0,163)	-0,085 (0,169)	
lcool	0,032 (0,055)	0,030 (0,054)	0,076 (0,057)	0,065 (0,053)
Atividade física	0,045 (0,051)	0,047 (0,050)	0,116 (0,052)**	0,120 (0,051)**
Fruta	0,062 (0,063)	0,061 (0,062)	-0,046 (0,065)	-0,050 (0,064)
Seguro	0,174 (0,118)	0,177 (0,114)	-0,125 (0,121)	-0,131 (0,116)
Saúde	0,056 (0,067)	0,062 (0,063)	-0,027 (0,069)	
Constante	-0,828 (0,536)	-0,765 (0,388)**	0,462 (0,551)	0,314 (0,383)

Legenda: N=349. Erros padrão entre parênteses * p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01

Em complemento, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla, estimada pelo método OLS, aplicado a cada um dos fatores obtidos na análise anterior, com o conjunto de variáveis da tabela 5. Em seguida, foram excluídas do modelo as variáveis explicativas com maior p-value, ou seja, que não têm poder explicativo na previsão da variável dependente (que no nosso caso é cada um dos fatores decorrentes da análise apresentada na tabela anterior).

Como se verifica na tabela 21, as variáveis relativas ao estado civil e ao exercício de um cargo de gestão reduzem o valor do fator “resultados em saúde”, com significância estatística. No segundo modelo, após exclusão de variáveis que não contribuem para a explicação da variável dependente, também o nível de ensino secundário revela significância estatística, impactando negativamente na importância atribuída ao fator “resultados em saúde”.

Por outro lado, as características dos indivíduos não parecem impactar no segundo fator, relativo à opinião sobre o papel dos centros políticos de decisão na definição de prioridades em saúde. Com efeito, a única variável a apresentar significância estatística refere-se à prática de atividade física.

CAPÍTULO 7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados obtidos nos testes realizados, importa comparar e confrontar os mesmos com os estudos de diversos autores, relevantes para as temáticas abordadas.

Como exposto anteriormente, a maioria dos participantes inquiridos do presente estudo pertence ao género feminino (n=268; 67%), é casada (n=209; 52,3%), não é profissional de saúde (n=241; 60,3%), não exerce um cargo de gestão (n=262; 65,5%) e é trabalhadora por conta de outrem (n=276; 69%). A maioria dos inquiridos que pertence aos profissionais de saúde é do grupo dos enfermeiros (n=109; 67,7%).

No que se refere às categorias mais prevalentes do rendimento mensal do agregado familiar dos participantes inquiridos, as mesmas englobam rendimentos entre os 1.501€ e os 2.000€ (n=91; 22,8%) e superiores a 2.001 € (n=136; 34%). Quanto à adequação dos rendimentos, os inquiridos concordam que tem que ter cuidado com os gastos (n=153; 38,3%), seguidos dos que responderam que o rendimento chegava para as suas necessidades (n=123; 30,8%) e dos que se sentiam confortáveis com o seu rendimento (n=84; 21%).

Relativamente às questões sobre o estado de saúde e comportamentos de saúde, a maioria dos participantes inquiridos considera ter uma saúde boa ou muito boa (n=296; 74%), não fuma (86,2%), consome vegetais/legumes (n=218; 54,5%), consome fruta 6-7 vezes por semana (n=258; 64,5%), consome *fast-food* raramente ou 1-2 vezes por mês (n=343; 85,8%), pratica atividade física entre 1-5 vezes por semana (n=230; 57,5%) e consome álcool raramente ou 1-2 vezes por mês (n=261; 65,3%). Estes resultados mostram que a maioria dos participantes assume ter um estado de saúde bom, assim como adota comportamentos saudáveis (alimentação, atividade física e hábitos tabágicos/álcool).

Na procura de cuidados de saúde, a maioria dos inquiridos possui seguro de saúde ou subsistema público de saúde (n=219; 54,8%), tem recorrido a cuidados de saúde durante os últimos 12 meses (n=326; 81,5%), por questões de rotina (n=128; 39%) ou por episódios de doença (n=127; 38,7%), quer em serviços públicos (n=131; 39,3%) quer em serviços privados ou sociais (n=101; 30,3%).

Depois de descritos os dados sociodemográficos e hábitos de saúde da amostra, torna-se crucial analisar as respostas obtidas, através da aplicação do questionário.

Na questão “Na sua opinião deverá haver um limite dos gastos do Serviço Nacional de Saúde?”, a maioria dos participantes discorda (n=178; 51,60%) a existência de um limite dos gastos do SNS. Para além disso, verifica-se que a maioria dos profissionais de saúde (n=89; 61,8%) e dos inquiridos com cargo de gestão (n=71; 55,9%) concordam que deveria haver um limite para os gastos do SNS. O presente estudo corrobora o estudo realizado por Lees *et al.*, (2002), uma vez que a maioria dos profissionais de saúde (84%) concorda que deve haver um limite para os gastos do SNS, em detrimento do público em geral, onde apenas 48% concorda com a existência de um limite para os gastos do SNS.

Quando realizado o teste de Qui-quadrado, observou-se a rejeição da hipótese nula de independência entre a variável de interesse e as variáveis que expressam o tipo de respondente (exercício de cargo de gestão, situação perante o emprego e escolaridade) (p-value < 0,01), ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas na relação entre o ser profissional de saúde e o exercício de cargos de gestão.

No modelo Logit, os resultados mostram que os profissionais de saúde e os inquiridos que desempenham um cargo de gestão tendem a ter uma opinião favorável quanto à possibilidade de existir limite dos gastos do SNS, à semelhança do que acontece também com quem pratica mais atividade física.

Na questão “Se o Estado necessitar de mais receita para financiar as despesas em saúde, indique três fontes prioritárias de financiamento”, a maioria dos participantes inquiridos escolheu a lotaria e jogos de sorte, aumento de impostos sobre o álcool e tabaco. As fontes menos prioritárias de financiamento são o aumento de impostos sobre transportes; aumento de impostos sobre combustíveis; diminuição de pensões; diminuição do orçamento do Estado para a educação e aumento de impostos sobre a habitação. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Lees *et al.*, (2002), onde as fontes prioritárias de financiamento passam pela lotaria nacional (80%) e pelo aumento de impostos sobre o álcool e tabaco, sendo as fontes menos prioritárias a diminuição do orçamento do Estado para a educação, aumento de impostos sobre a habitação e diminuição de pensões.

Com o teste de Qui-quadrado, foi possível verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre profissionais de saúde e público em geral face às seguintes fontes de financiamento: aumento de impostos sobre o tabaco e álcool; aumento de impostos sobre “*fast-food*”; diminuição dos apoios sociais; aumento dos benefícios da segurança social; aumento de impostos sobre transportes, veículos e na circulação nas estradas. Para a maioria dos gestores (64,5%), o financiamento adicional do SNS se

deveria processar através do aumento de impostos sobre o tabaco e álcool, seguido das receitas das lotarias e jogos da sorte. Também se pode observar que ser ou não gestor apresenta diferenças estatisticamente significativas nas seguintes fontes de financiamento: aumento de impostos sobre os rendimentos mais elevados; o utente financiar alguns dos seus cuidados de saúde e diminuição do orçamento para a Administração Interna. Quanto às restantes fontes de financiamento, não surgiram diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo de gestores e o grupo de não gestores.

Outras fontes de financiamento são enunciadas por Lees *et al.*, (2002), onde se destacam: gestão mais eficiente do SNS; diminuição da burocracia do SNS; diminuição dos salários dos deputados e funcionários públicos; diminuição da fraude em benefícios da segurança social e multas pela falta de comparência nas consultas no hospital.

Segundo Barros (2009), o financiamento pode ser realizado de forma integrada, através da promoção da saúde e da prevenção, ou seja, o financiamento deve fundamentar-se na referenciação de utentes pelo custo de tratamento nos hospitais, assim como pela criação de linhas de financiamento específicas para programas de resposta integrada a doentes crónicos. A integração dos cuidados, nomeadamente no financiamento, é conseguida por meio da central de compras; consolidação de funções; referenciação de utentes; alianças estratégicas; formação conjunta; gestão de caso; gestão de doença; equipas multifacetadas; integração de sistemas de informação; ferramentas conjuntas de suporte à decisão clínica; planeamento de cuidados; registo clínico partilhado; monitorização contínua dos utentes; apoio à família e cultura de colaboração e de partilha (Kodner, 2009).

Quando questionado sobre “Qual o grau de influência que cada grupo tem na forma como o dinheiro do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é gasto?”, a maioria dos inquiridos considera que os Gestores do SNS (n=336), o Governo (n=329) e os médicos (n=243) têm muita influência na forma como o dinheiro do SNS é gasto, o que difere dos estudos realizados por Lees *et al.*, (2002), Botelho *et al.*, (2013) e Pinho e Borges (2015), onde são os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que exercem muita influência na forma com o dinheiro do SNS é gasto, em detrimento dos economistas e gestores do SNS.

No estudo de Robertson *et al.*, (2011), os profissionais de saúde consideram que exercem um papel relevante na forma como o dinheiro do SNS é gasto. Por sua vez, o público compreende as pressões dos custos nos cuidados de saúde, pelo que manifesta vontade

em se envolver no processo de tomada de decisões de saúde, o que vai ao encontro dos estudos de Nord *et al.*, (1995) e Wiseman *et al.*, (2003). Borges *et al.*, (2017) também partilham desta opinião, ao indicarem que o público mostra interesse em debater o financiamento da saúde, pois, está disposto a pagar os gastos com a saúde das outras pessoas. O público que está disposto a pagar pela saúde das outras pessoas caracteriza-se por possuir contrato de seguro, baixa escolaridade e sem comportamentos de risco. Estes resultados são inversos aos resultados obtidos por Dolan *et al.*, (1999) e Mckie *et al.*, (2008), onde o público se mostra mais reservado, não mostrando muito entusiasmo sobre a influência na forma como o dinheiro do SNS é gasto, favorecendo a influência dos gestores do SNS.

Para Pinho (2008), o público constitui o âmago do modelo de prestação de cuidados de saúde, sendo por isso que devem ser auscultados sobre os cuidados prestados e as necessidades que pretendem ver satisfeitas.

Em contrapartida, para o público em geral e para os profissionais de saúde são os cidadãos (n=85; 35,3% e n=33; 20,8% respetivamente) e a associação de doentes (n=56; 23,2% e n=48; 30,2% respetivamente) os grupos que não exercem nenhuma influência na forma como o dinheiro do SNS é gasto. Estes resultados são contraditórios aos resultados obtidos por Lees *et al.*, (2002), pois para estes autores, são os gestores do SNS, o Governo que não possuem influência na forma como o dinheiro do SNS é gasto.

Outros grupos que deveriam ter algum grau de influência na forma com o dinheiro do SNS é gasto, são: instituições de solidariedade e voluntariado; instituições sem fins lucrativos; associações profissionais; grupos de utilizadores com doenças ou condições específicas; cuidadores e conselhos de saúde locais (Lees *et al.*, 2002; Pinho e Borges, 2015).

Na questão “Considera que deve ser dada prioridade a alguns grupos da população em detrimento de outros?”, a maioria do público em geral (n=168; 72,7%) e dos profissionais de saúde (n=115; 76,7%) concordaram que deveria ser dada prioridade a alguns grupos da população em detrimento de outros.

Da aplicação do teste Qui-quadrado, observa-se pela não rejeição da hipótese nula (p-value = 0,390), que não existe relação entre as variáveis, ou seja, ser ou não profissional de saúde ou exercer um cargo de gestão não apresentam diferenças estatisticamente significativas na decisão de concordar com esta questão. Por último, as variáveis relativas

à escolaridade e à situação perante o emprego apresentam diferenças estatisticamente significativas com um nível de significância de 5%.

No modelo Logit, as variáveis com diferenças estatisticamente significativas, relacionam-se com o rendimento, a situação perante o trabalho, a escolaridade e os hábitos de alimentação. A probabilidade de concordância com esta questão varia negativamente com o rendimento, com uma diminuição de 13,8 p.p, se o respondente é trabalhador por conta própria. O facto dos participantes terem curso superior (licenciatura e mestrado/doutoramento) tem um efeito positivo na probabilidade de concordar com a necessidade de estabelecer prioridades em saúde (22,8 e 25,1 p.p., respetivamente), o que significa que estes participantes estão mais sensibilizados para a necessidade de definição de prioridades em saúde, como resposta à escassez de recursos. O facto dos participantes adotarem hábitos de alimentação saudáveis (comer fruta durante os últimos 12 meses) tem um impacto positivo na probabilidade de concordar com esta questão. As variáveis “ser profissional de saúde” e exercer “cargos de gestão” não apresentam diferenças estatisticamente significativas, ou seja, estas variáveis são relevantes para a explicação da perceção dos inquiridos sobre a necessidade de racionamento da oferta, mas não para a definição de prioridades em saúde.

De acordo com o publico em geral e os não gestores, os grupos prioritários são os idosos (70,2% e 61,2, respetivamente) e as crianças (63,7% e 58,5, respetivamente), o que corrobora o estudo de Lees *et al.*, (2002). Para os profissionais de saúde e os gestores, são as crianças que assumem o primeiro lugar (62,6% e 72,6%, respetivamente), seguidas dos idosos (48,7% e 62,1%, respetivamente), o que vai ao encontro do estudo realizado por Williams (1997) e Pinho e Borges (2015), o que se pode dever ao instinto protetor e a repulsão pelas desigualdades na saúde. Por sua vez, o presente estudo difere dos estudos realizados por Nord *et al.*, (1995), Anand e Wailoo (2000), Diederich *et al.*, (2011) e Pinho (2014), na medida em que para estes autores, a idade não constitui um fator de priorização, favorecendo antes, a igualdade de oportunidade no acesso aos cuidados de saúde.

Para Kapiriri e Norheim (2004), a idade do paciente, critérios associados à doença, local de residência, estilo de vida, opiniões da sociedade e igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde são aspetos que devem ser considerados ao estabelecer prioridades na saúde, sendo os menos prioritários os aspetos referentes à religião, poder e influência do paciente.

Os grupos menos prioritários, segundo os inquiridos no geral, são as pessoas com doenças mentais e as pessoas saudáveis sem comportamento de risco, o que difere dos estudos de Anderson *et al.*, (2011), Van der Star e Van den Berg (2011) e Gu *et al.*, (2015), onde as pessoas com hábitos pouco saudáveis (tabaco ou álcool em demasia) são menos prioritárias nos cuidados de saúde. Em contrapartida, Mason *et al.*, (2011) afirmam que é de a responsabilidade da sociedade e do Estado ajudar as pessoas com comportamentos de risco (fumadores ou alcoólicos). Para Bonnie *et al.*, (2010), as pessoas com hábitos pouco saudáveis só deveriam ser prioritárias, se possuírem um sistema de saúde, com acordo financeiro. Bringedal e Feiring (2011) concluem que 1 em cada 3 médicos, é da opinião que as pessoas com comportamentos de risco (tabagismo, consumo de álcool, drogas e atividades desportivas de elevado risco) devem ser consideradas no processo de tomada de decisão sobre a priorização nos cuidados de saúde, assim como se verifica no estudo de Myllkangas *et al.*, (1996), onde os médicos e enfermeiros eram menos punitivos no que se refere às pessoas com comportamentos de risco.

No estudo de Dolan *et al.*, (1999), o público primeiro concordou que as pessoas com comportamentos de risco deveriam ser menos prioritárias nos cuidados de saúde. Contudo, após debate sobre esta temática, o público alterou a sua opinião, passando a afirmar que estas pessoas deveriam ser prioritárias, ou seja, não deveriam ser discriminadas devido ao seu comportamento.

Este resultado também difere do resultado obtido por Lees *et al.*, (2002), uma vez que as pessoas com doenças mentais, em conjunto com as pessoas com doenças crónicas, com deficiência física, economicamente pobres e em estado terminal são grupos prioritários nos cuidados de saúde.

Na implementação do teste de Qui-quadrado, evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas entre o público em geral e os profissionais de saúde na escolha dos seguintes grupos: idosos, pessoas em fase terminal e pessoas saudáveis sem comportamentos de risco, assim como a existência de diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao facto de ser ou não ser gestor na escolha das crianças, das pessoas em risco de vida e das pessoas que vivem em pobreza.

Quanto à prioridade na alocação dos gastos públicos em saúde, o público em geral atribuiu mais importância relativa, aos seguintes itens: “Para a redução do tempo de espera por tratamento urgentes”; “Para uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz”; “Para que todos os cuidados de saúde estejam acessíveis a todos os utentes”; e

“ melhora do estado de saúde da população”. Segundo Lees *et al.*, (2002), o público em geral atribui mais importância ao facto de todos os tipos de cuidados de saúde estarem disponíveis no hospital mais próximo e a diminuição do tempo de espera em tratamentos não urgentes.

Os profissionais de saúde assinalaram também estes itens, assim como os seguintes: “A evitar futuras doenças”; “Em medidas de promoção da saúde e prevenção da doença”; “A aumentar o número de anos de vida com qualidade”; “Nos cuidados de saúde primários”; “A evitar os desperdícios na prestação dos cuidados de saúde.”

Bowling (1996) enumera alguns itens relevantes na alocação dos gastos públicos em saúde, dos quais se destacam: tratamentos para crianças em risco de vida; cuidados especiais para pessoas em estado terminal. Por sua vez, os itens menos relevantes são o tratamento para infertilidade e tratamento para pessoas com 75 anos ou mais e com doença potencialmente fatal.

De acordo com Kaporiri e Martin (2010), os itens a que foram atribuídos mais importância englobam: maior eficiência na tomada de decisões; melhoria da qualidade das decisões; definição de prioridades mais equitativa; melhor compreensão pública; aumento da participação pública; aumento da confiança; orçamento equilibrado; melhor responsabilização interna e consolidação dos sistemas de saúde.

No estudo de Pinho e Borges (2015), observa-se que o público português está consciente sobre o racionamento nos cuidados de saúde, mencionando diversos critérios de racionamento, tais como: atribuição consoante as necessidades clínicas; atribuição consoante a eficácia de tratamentos ou benefícios; atribuição para evitar as desigualdades em saúde e princípio de lotaria.

Por outro lado, o público em geral atribuiu menor importância aos seguintes itens: “Em incentivos que favoreçam a contenção de custo na prestação dos cuidados de saúde”; “Nas prioridades de saúde estabelecidas pelo Governo”; e “s prioridades de saúde definidas pelo poder local”. Os profissionais de saúde atribuíram menor importância relativa, aos seguintes itens: “s prioridades de saúde definidas pelo poder local”; e “A aumentar o número de anos de vida.”

Isto significa que o público em geral entende que, em média, deve ser dada maior prioridade em função do “tipo de cuidados prestados”, sendo que os profissionais de saúde consideram relativamente mais prioritário investir o dinheiro público em itens com “benefícios diretos para os utentes.”

Recapitulando, o público em geral discorda sobre a existência de um limite dos gastos do SNS, mencionando as receitas das lotarias e jogos da sorte, aumento de impostos sobre o tabaco e álcool e aumento de impostos sobre os rendimentos mais elevados, como fontes prioritárias de financiamento para as despesas em saúde. Para estes participantes, a prioridade na alocação dos gastos públicos em saúde, deveria ser dada em função do “tipo de cuidados prestados.”, tais como: redução do tempo de espera por tratamentos urgentes; cuidados de saúde eficientes e eficazes; acessibilidade nos cuidados de saúde e melhoria do estado de saúde da população.

Para os profissionais de saúde, deveria existir um limite dos gastos do SNS, mencionando as receitas das lotarias e jogos da sorte, aumento de impostos sobre o tabaco e álcool e o aumento de impostos sobre “*fast-food*”, como fontes prioritárias de financiamento para as despesas em saúde. Segundo os profissionais de saúde, a prioridade na alocação dos gastos públicos em saúde deveria ser baseada nos benefícios diretos para os utentes, tais como: evitar futuras doenças; promoção da saúde e prevenção da doença; aumentar o número de anos de vida com qualidade; cuidados de saúde primários; evitar desperdícios na prestação dos cuidados de saúde.

Os pontos em comum entre o público em geral e os profissionais de saúde recaem sobre a influencia na forma como o dinheiro do SNS é gasto, onde ambos afirmam que são os cidadãos e a associação de doentes, os grupos que não exercem nenhuma influencia na forma como o dinheiro do SNS é gasto. Nos grupos prioritários nos cuidados de saúde, a opinião incide sobre os idosos e as crianças.

Os gestores concordam que deveria haver um limite para os gastos do SNS, referindo as receitas das lotarias e jogos da sorte, aumento de impostos sobre o tabaco e álcool e o aumento de impostos sobre “*fast-food*”, como fontes prioritárias de financiamento para as despesas em saúde. Para além disso, os gestores concordam que deveria ser dada prioridade nos cuidados de saúde, as crianças e aos idosos.

Por sua vez, os não gestores discordam da existência de um limite para os gastos do SNS, afirmando que as receitas das lotarias e jogos da sorte, aumento de impostos sobre o tabaco e álcool e o aumento de impostos sobre os rendimentos mais elevados, deveriam ser fontes prioritárias de financiamento para as despesas em saúde. Os não gestores também concordam que os grupos prioritários nos cuidados de saúde são os idosos e as crianças.

CONCLUSÕES

A reflexão sobre as prioridades estratégicas na saúde implicam a análise de duas vertentes fundamentais do exercício consciente e rigoroso da ação política, dos gestores e dos profissionais de saúde: a monitorização/avaliação das ações empreendidas, com recolha de dados e medição de indicadores de impacto; e a investigação, que se traduz na tentativa explicativa das causas e dos potenciais impactos na definição e proposta de novos desafios face a constrangimentos e modelos já desenquadrados do contexto. Esta dissertação, pretende contribuir como investigação para a explicação e construção de modelos de priorização de cuidados de saúde.

Na realidade, quando o que temos já não responde ao que precisamos, perspectiva-se a necessidade da inovação. Na definição de novas abordagens ou políticas de saúde, não conseguimos demonstrar a pertinência e o benefício desta inovação se não orientarmos e ajustarmos a nossa perspectiva, assim como a das organizações de saúde, dos seus profissionais e dos decisores políticos às pessoas e às suas expectativas, num humanismo indispensável à qualidade da gestão e da prestação de cuidados de saúde.

O empenho e determinação na política de saúde pode enfrentar uma evolução desajustada, ou uma organização transformadora no sentido de melhorar a utilização dos recursos com qualidade e equidade. Como detalhamos nesta dissertação existem desafios múltiplos em várias dimensões da ação política, social e da gestão em saúde: a evolução demográfica; a garantia da acessibilidade à saúde; a inovação tecnológica e farmacológica; o diminuição da despesa pública com a saúde; o aumento das despesas *out of pocket*; o aumento do número de anos de vida com fenómenos de multi-morbilidade; e a necessidade de uma transformação da estrutura da administração pública e da saúde. São necessárias escolhas e algumas destas escolhas são dolorosas, mas necessárias, implicam risco e um fio condutor que as relacione de forma coerente.

A identificação e seleção de critérios de racionamento ou o estabelecimento de prioridades deve ser explícito e transparente, justo e equitativo, sendo que o envolvimento da população é fundamental para o a incorporação das mudanças e superação dos obstáculos. O estado de saúde desta população e o stock de saúde individual deve também ser promovido pela sua implicação nos determinantes associados à utilização de serviços de saúde.

Com base nestes pressupostos esta dissertao estudou a relao entre algumas destas variáveis e conceitos, e assumindo as questões de investigao definidas podemos concluir os seguintes aspetos:

- A maioria dos inquiridos considerava ter uma boa ou muito boa saúde;
- O público em geral discorda da existência de um limite de gastos no SNS, ao contrário do que consideram os profissionais de saúde e os gestores;
- Sobre os possíveis meios de financiamento adicional para a saúde, o público em geral, os profissionais de saúde e os gestores em Portugal concordam com a possibilidade do aumento das receitas com a lotaria e os jogos da sorte e com o aumento dos impostos sobre o tabaco e o lcool. O aumento dos impostos sobre a “*fast-food*”  também consensual entre profissionais e gestores;
- Sobre a influência que os diferentes grupos profissionais têm na forma como o dinheiro é gasto no SNS, a perceo dos inquiridos é a de que o grupo mais influente são os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros profissionais);
- Sobre a necessidade de existirem grupos prioritários em saúde, a grande maioria do público em geral e dos profissionais de saúde responderam afirmativamente, o que pode significar a disponibilidade para discutir este assunto de priorizao em saúde. Variáveis como a escolaridade (mestrado/doutoramento) e os hábitos alimentares saudáveis têm um impacto positivo na concordância com a definio de prioridades. A variável rendimento influencia negativamente a probabilidade de concordância com esta possibilidade de priorizao;
- De entre os inquiridos que mencionaram que concordam com o estabelecimento de prioridades, os dois grupos mencionados como prioritários em saúde foram os idosos e as crianças;
- Sobre as áreas prioritárias na gestão financeira do SNS, o público em geral considera como prioritárias as áreas relacionadas com o tipo de cuidados prestados (reduo dos tempos de espera de tratamentos urgentes, cuidados de saúde eficientes e eficazes, acessibilidade e melhoria do estado de saúde). Para os profissionais de saúde a prioridade para a alocao do financiamento relaciona-se com os benefícios diretos para os utentes (evitar futuras doenças, promoo da saúde e preveno, aumentar o número de anos de vida, cuidados de saúde primários e evitar desperdícios).

- Agregando estes resultados, conclui-se que as áreas prioritárias estão relacionadas com a melhoria dos resultados em saúde da popula o e não tanto com as op es e as áreas de atua o definidas pelo governo ou poder local.

A defini o estratégica do estabelecimento de prioridades   complexo e deve incorporar todas as a es e todas as tentativas de clarifica o de posi es e de produ o de informa o. Este processo deve sempre englobar todos os atores sociais com o cidadão no centro do modelo de presta o de cuidados de saúde. As op es tomadas devem também ser eticamente aceites e validadas pela sociedade pelas implica es que isso possa causar.

Existem certamente limita es que podem ser atribuídas a esta disserta o, desde logo pelo conjunto hierarquizado de op es construídas que podem apenas refletir a sensibilidade de peritos e o reflexo da literatura, certamente condicionada pelos diferentes contextos, mas acreditamos que esta disserta o contribui para esta discussão e para a orienta o de eventuais op es na gestão financeira do SNS.

A continuidade dos sistemas nacionais de saúde com um peso significativo da despesa pública, na garantia do acesso e da equidade pode depender agora e no futuro de políticas de racionamento e do estabelecimento de prioridades, não no sentido de uma redu o de custos e da despesa, mas sim duma melhor aplica o, gestão e distribui o dos mesmos.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, S. (2003). *Políticas e sistemas de saúde*. Instituto Superior Miguel Torga: Textos Académicos.
- Abreu, P. (2011). *Análise comparativa da eficiência dos hospitais S.A. transformados em E.P.E.* Lisboa: Chiado Editora.
- Ahmed, M. (2004). The Measurement of Contingent Valuation for Health Economics. *Pharmacoeconomics*, 22 (11), 691-700.
- Alves, A. (2014). A inovação em gestão hospitalar. In A. C. Campos, J. A. Simões, (Eds). *40 anos de Abril na saúde* (273-319). Coimbra: Almedina.
- Amendoeira, J. (2009). *Políticas de saúde em Portugal e desigualdades*. Acedido em Abril 2016, em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/86>
- Anand, P. e Wailoo, A. (2000). Utilities versus rights to publicly provided goods: Arguments and evidence from health care rationing. *Economica*, 67, 543–577.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*, 36(1), 1–10.
- Anderson, M., Richardson, J., McKie, J., Jezzi, A. e Khan, M. (2011). The relevance of personal characteristics in health care rationing: What the Australian public thinks and why. *Am. J. Econ. Sociol*, 70 (1), 131-151.
- Arnaut, A. e Semedo, A. (2018). *Salvar o SNS - Uma Nova Lei de Bases da Saúde Para Defender a Democracia*. Porto: Porto Editora.
- Arvidsson, E. (2013). *Priority Setting and Rationing in Primary Health Care*. (Linköping University Medical Dissertation No. 1342). Department of Medical and Health Sciences, Linköping University, Linköping, Sweden.
- Associação Portuguesa de Seguradoras. (2009). *Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português*. Acedido em Abril 2017, em <http://pns.dgs.pt/files/2010/08/aps1-ss.pdf>.

- Atella, V., Brindisi, F., Deb, P. e Rosati F. (2003). Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. CEIS Tor Vergata. *Research Paper Series*, 12 (36), 1-22.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. e Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterizao scio-profissional. *Centro de Estudos Sociais*. Acedido em Junho, 2015, em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/32721>
- Baltussen, R. e Niessen, L. (2006). Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4, 14.
- Baltussen, R., Youngkon, S., Paolucci, F. e Niessen, L. (2010) Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences. *Health Policy*, 96, 262-264.
- Barros, P. P. (2003). Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 7-17.
- Barros, P. P. (2008). *Os modelos de financiamento da saúde e as formas de pagamento aos hospitais: em busca da eficiência e da sustentabilidade*. In Conferência de Gestão Hospitalar dos países de Língua Portuguesa. Lisboa: Universidade Nova, Faculdade de Economia.
- Barros, P.P. (2003). Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3, 7-17.
- Barros, P. P. (2009). *Economia da saúde: Conceitos e comportamentos*. Coimbra: Edições Almedina.
- Barros, P. P. (2009). A influência do financiamento. In Campos, L., Borges, M., e Portugal, R (Eds). *Governaco dos hospitais* (pp. 303-322), Lisboa: Casa das Letras.
- Barros, P. P. (2010) Sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. In Fernandes, A.C. (Coord.). *Inovação e sustentabilidade em saúde - Equaco impossível?* (pp. 97-113). Loures: Diário de Bordo.

- Barros, P. P. (2013). *Pela sua saúde*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa: Relógio d'gua Editores.
- Barros, P. e Gomes, J. (2002). *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português*. GANEC – Gabinete de Análise Econmica, Faculdade de Economia – Universidade Nova de Lisboa.
- Barros, P.P. e Simões, J. (2007). *Health systems in transition: Portugal – Health system review*. The European Observatory on Health Systems and Policies. Acedido em Setembro 2016, em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf
- Barros, P. P., Machado, S. e Simões, J. A. (2011). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (4), 1-156.
- Barros, P.P., Martins, B. (2013). *Racionamento em saúde: Inevitável realidade? Contenção da despesa em tempos de escassez*. FFMS. XXI, Ter Opinião n 2.
- Bilhim, J. (2000). *Ciência da administração*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Bonnie, L.H., van den Akker,M., van Steenkiste, B. E Vos, R. (2010). Degree of solidarity with lifestyle and old age among citizens in the Netherlands: Cross-sectional results from the longitudinal SMILE study. *J. Med. Ethics*, 36 (12), 784-790.
- Borges, A., Reis, A. e Anjos, J. (2017). Willingness to pay for other individuals healthcare expenditures. *Public Health*, 144, 64-69.
- Botelho, A. e Capelas, H. (2011). Liberdade de escolha na saúde, at que ponto? In Fernandes, A.C. (Coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 15-20). Loures: Diário de Bordo.
- Botelho, A., Pinho, M. e Veiga, P. (2013). Who should participate in health care priority setting and how should priorities be set? Evidence from a Portuguese survey. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31, (2), 179-187.

- Bowling, A. (1996). Health-care rationing: the public's debate. *British Medical Journal*, 312, 670-674.
- Bringedal, B. e Feiring, E. (2011). On the relevance of personal responsibility in prioritysetting: a cross-sectional survey among Norwegian medical doctors. *J. Med. Ethics*, 37 (6), 357–361.
- Brito, R. (2005). *Demanda por serviços de saúde: o caso SABESPREV*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Bruni, R., Laupacis, A. e Martin, D. (2008) Public engagement in setting priorities in health care. *Canadian Medical Association*. 179 (1), 15-18.
- Busse, R., Blumel, M., Kreinsen, D., e Annette, Z. (2010). Tackling chronic disease in Europe – Strategies, interventions and challenges. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Cabral, A. (2011). O sistema de saúde português. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 5, 6-9.
- Charles, C. e DeMaio, S. (1993). Lay participation in health care decision-making: a conceptual framework. *J Health Polit Policy Law*, 18, 881-904.
- Cameron, A. e Trivedi, P. (2005). *Microeconometrics: methods and applications*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Campos, A. C. (2008). *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*. Coimbra: Almedina.
- Campos, A. C., Simões, J. A. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A. C. e Simões, J. A. (2014). Introdução. In António Correia de Campos & Jorge Simões (Coord.) *40 Anos de Abril na Saúde* (pp. 25-67) Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A. C. (2015). *Saúde e preconceito – mitos, falácias e enganos*. Lisboa: Livros Horizonte.

- Carapineiro, G. (2006). A saúde enquanto matéria política. In Graça Carapineiro (Org.) *Sociologia da Saúde. Estudos Perspetivas* (137-164). Coimbra: P de Página Editores
- Carapineiro, G. e Page, P. (2001). As determinantes globais do sistema de saúde português. In Graça Carapineiro e Paula Page (Orgs.) *Risco Social e Incerteza. Poderá o Estado Social Recuar Mais?* (81-121). Porto: Edições Afrontamento.
- Cardoso, C. (2008). Health economics or Health Care economics? *Revista de Estudos Poltnicos*, 6 (10), 189-198.
- Carrin, G. e Hanvoravongchai, P. (2003). Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? *Human Resources for Health*, 1-6.
- Carvalho, E. (2007). *Políticas de reforma administrativa em Portugal*. Lisboa: Centro de administração e políticas públicas: Administração pública e competitividade numa perspetiva comparada - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Carvalho, M. (2013). *Gestão em saúde em Portugal - Uma década perdida*. Porto: Vida Econmica.
- Carvalho, M. e Santiago, R. (2008). (Re)formas da burocracia: Nova Gestão Pública e a organização hospitalar. In *Congresso Português de Sociologia*, 6, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Castro, J. (2002). Regulação em saúde: Análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, 7, 122-135.
- Coast, J. (2000). Explicit rationing, deprivation, disutility and denial disutility: Evidence from a qualitative study. In Coulter, A e Ham, C. (Eds). *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: Open University Press.
- Comissão Europeia (2009). Eurobarmetro 72 – Opinião Pública da União Europeia, Acedido em Fevereiro 2018, em http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/eb/eb72/eb72_pt_pt_nat.pdf

- Costa, C. e Santana, R. (2008). Financiamento por capitação ajustada pelo risco: Conceptualização e aplicação. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 7, 67-101.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Crockett, R., Wilkinson, T. e Marteau, T. (2008). Social patterning of screening uptake and the impact of facilitating informed choices: Psychological and ethical analyses. *Health Care Analysis*, 16 (1), 17-30.
- Cromwel, I., Peacock, S. e Mitton, C. (2015). Real-world health care priority setting using explicit decision criteria: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 2-11.
- Culyer, A. (1997). The principle objective of the NHS should be to maximize aggregate health. In New, B (Ed). *Rationing: Talk and action in Health care*. London: King's Fund and British Medical Journal Publishing Group.
- Daniels, N. (2000). Accountability for reasonableness. *BMJ*, 321 (7272), 1300-1301.
- Daniels, N. e Sabin, J. (1997). Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy & Public Affairs*. 26 (4), 303-350.
- Daniels, N. e Sabin, J. (2002). *Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources?* New York: Oxford University Press.
- Daniels, N. e Sabin, J. (2008). Accountability for reasonableness: An update. *BMJ*, 337.
- Deloitte (2011). Saúde em análise – Uma Visão para o Futuro. Public Sector, Life Sciences & Healthcare. Acedido em Maio 2015, em [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)
- DGIES. (2006). *Análise ao atual processo de parcerias público-privadas*. Direcção Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde.

- Diederich, A., Winkelhage, J. e Wirsik, N. (2011). Age as a criterion for setting priorities in health care? A survey of the German public view. *PLoS ONE* 6.
- Dinis, A. (2008). Saúde privada, integração sofisticada. *Revista IP – Espaços, Edifícios e Empresas*, 14-22.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Portugal. Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números*.
- Dolan, P. e Shaw, R. (2003). A note on the relative importance that people attach to different factors when setting priorities in health care. *Health Expectations*, 6, 53-59.
- Dolan, P., Shaw, R., Tsuchiya, A. e Williams, A. (2005). QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature. *Health Economics*, 14, 197-208.
- Doyal, L. (1997). The rationing debate – Rationing within the NHS should be explicit. *BMJ*, 314, 1114-1118.
- Dytham, C. (2011). *Choosing and Using Statistics: A Biologist's Guide*, Chichester: John Wiley & Sons.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2014). Custos de contexto no setor da saúde. Porto: ERS.
- Eira, A. (2010). *A saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Faculdade de Economia, Universidade do Porto.
- Elo, I. e Preston, S. (1996). Educational differentials in mortality: United States, 1979–85. *Social Science and Medicine*, 42 (1), 47–57.
- Escoval, A. (2003). *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português*. (Tese de Doutoramento). ISCTE, Lisboa, Portugal.
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996- 2005) *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 7-24

- Espanha, R., Ávila, P. e Mendes, R. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação. Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa.
- European Parliament. (2013). Parliamentary Question. Patient safety aspects relating to the compounding of medicines. Acedido em Novembro 2017, em <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=%2f%2fEP%2f%2fTEXT%2bWQ%2bE-2012010998%2b0%2bDOC%2bXML%2bV0%2f%2fEN&language=EN>);
- Fernandes, A. (2011). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* Loures: Diário de Bordo.
- Ferraz, M. (1996). Como aproveitar os recursos disponíveis. *Revista CREMESP*, 17 (105), 8.
- Ferrer, R. (2007). De Pursing equity, contact with primary care and specialist clinicians by Demographics, Insurance and Health. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social science and Mechane*, 52, 1149-1163.
- Ferreira, A. (2004). Regulação em saúde e regulação dos utilities. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*. 3 (1), 42-53.
- Ferreira, A., Escoval, A., Lourenço, A., Matos, T. e Ribeiro, R. (2010). A contratualização de cuidados de saúde. In Simões, J (Ed). *30 anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*. Coimbra: Almedina, 2010.
- Fortin, M., Côte, J. e Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.
- Frederico, M. (2006). *Administração para Enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Freedman, V. e Marti, L. (1999). The role of education in explaining and forecasting trends in functional limitations among older Americans. *Demography*. 36 (4), 461–473.
- Galama, T. e Kapteyn, A. (2011) Grossman’s missing health threshold. *Journal of Health Economics*, 30, 1044-1056.

- Gibson, J., Martin, D., e Singer, P. (2005) Evidence, economics and ethics: Resource allocation in health services organizations. *Healthcare Quarterly*, 8 (2), 50-59.
- Giraldes, M. R. (1997). *Economia da Saúde – da teoria à prática*. Lisboa: Editorial Estampa
- Godlee, F. (2008). It’s the evidence, stupid. *BMJ*. 337.
- Governo Constitucional da República Portuguesa (2015). Programa do XXI Governo Constitucional 2015-2019. Acedido em Setembro 2017, em <https://www.portugal.gov.pt/ficheiros-geral/programa-do-governo-pdf.aspx>
- Groot, W. (2000). Adaptation and scale of reference bias in selfassessments of quality of life. *Journal of Health Economics*, 19 (3), 403-420.
- Grossman, M. (1972) On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy*, 80 (2), 223-255.
- Gu, Y., Lancsar, E., Ghijben, P., Butler, J. e Donaldson, C. (2015). Attributes and weights in health care priority setting: A systematic review of what counts and to what extent *Social Science & Medicine*, 146, 41-52.
- Hadorn, D. (1991). Setting health care priorities in Oregon. Cost effectiveness meets the rule of rescue. *Journal of American Medical Association*, 265 (17), 2218-2225.
- Ham, C. (1997). Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy Journal*. 42 (1), 49-66.
- Hardaway, R. (2000). Ten Financial components of a successful hospital/system. *Trustee*, 2, 16-18.
- Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência: Estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Harfouche, A. (2012). *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina.

- Hofmarcher, M., Oxley, H. e Rusticelli, E (2007). *Improved health system performance through better care coordination*. OECD. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Committee.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1992). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. (3^a Ed.). Lisboa: Edi es de Saúde.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2012). *Censos 2011 - Resultados definitivos Portugal*. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2018). Statistics Portugal. Acedido em janeiro de 2018, em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE.
- Jacobson, B. e Bowling, A. (1995). Involving the public: Practical and ethical issues. *British Medical Bulletin*, 51, 869-875.
- Kapiriri, L., Norheim, O. e Heggenhougen, K. (2003). Public participation in health planning and priority setting at the district level in Uganda. *Health Policy Plan*, 18, 205-213.
- Kapiriri, L. e Norheim, O. (2004). Criteria for priority-setting in health care in Uganda: Exploration of stakeholders values. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 172-179.
- Kaplan, G. e Baron-Epel, O. (2015). The public’s priorities in health services. *Health Expectations*, 18 (5), 904-917.
- Kenny, N. e Joffres, C. (2008). An ethical analysis of international health priority-setting. *Health Care Analysis*, 16 (2), 145-160.
- King, D. e Maynard, A. (1999). Public opinion and rationing in the United Kingdom. *Health Policy*. 1999, 50 (1-2), 39-53.
- Kodner, D. (2009). All together now: A conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly*. 13.

- Kronenberg, C. e Barros, P. P. (2014). Catastrophic healthcare expenditure - drivers and protection: the Portuguese case. *Health Policy*, 115(1), 44-51.
- Lagaarde, M. e Palmer, N. (2006). *Evidence from systematic reviews to inform decision making regarding financing mechanisms that improve access to health services for poor people*. International Dialogue on Evidence-Informed Action to Achieve Health Goals in Developing Countries (IDEAHealth). Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research.
- Leal, C. e Garcez, S. (2016). Qual o impacto das taxas moderadoras, no acesso aos cuidados de saúde, por parte dos utilizadores. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 18, 25-29
- Lees, A., Scott, N., Scott, S. N., Macdonald, S., e Campbell, C. (2002). Deciding how NHS money is spent: a survey of general public and medical views. *Health Expectations*, 5 (1), 47-54.
- Leibowitz, A. (2004). The demand for health and health concerns after 30 years. *Journal of Health Economics*, 23, 663-671.
- Leone, C. e Dussault, G. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584 – 92.
- Lenaghan, J. (1999). Involving the public in rationing decisions. The experience of citizens juries. *Health Policy*, 49, 45-61.
- Lima J. (2012). Minimizao dos custos em saúde – A interveno do nutricionista nos centros de saúde. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 8, 18-23.
- Loevinsohn, B. (2001). Contracting for the delivery of primary health care in Cambodia: design and initial experience of a large pilot test. Geneva : World Bank. Acedido em Abril 2015, em http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48616/oj_cambodia.pdf.
- Lomas, J. (1997). Reluctant rationers: Public input to health care priorities. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2, 103-111.

- Macedo, P. (2012). SNS: Assegurar o presente para proteger o futuro. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 8, 4-7.
- Março J., *et al.* (2016). Burnout nos profissionais da saúde Portugal, *Acta Med Port*, 29(1), 24 – 30.
- Martin, D., Singer, P. (2003). A strategy to improve priority setting in health institutions. *Health Care Analysis*, 11 (1), 59-68.
- Martins, J. (2010). Inovação e sustentabilidade em saúde. In Fernandes, A.C. (coord). Inovação e sustentabilidade em saúde - equao impossvel? (pp. 41-46) Loures: Diário de Bordo.
- Mason, H., Baker, R. e Donaldson, C. (2011). Understanding public preferences for prioritizing health care interventions in England: does the type of health gain matter? *J. Health Serv. Res. Policy*, 16 (2), 81–89.
- Mckie, J., Shrimpton, B., Hurworth, R., Bell, C. e Richardson, J. (2008). Who should be involved in health care decision making? A qualitative study. *Health Care Analysis*, 16 (2), 114-126.
- Mendez, C. M., Harrington, D. W., Christenson, P. e Spellberg, B. (2014). Impact of Hospital Variables on Case Mix Index as a Marker of Disease Severity, *Population Health Management*, 17(1), 28–34.
- Mechanic, D. (1995). Dilemmas in rationing health care services. The case for implicit rationing. *BMJ*, 310, 1655-1659.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Manole.
- Miquilin, I., Marín-Léon, L., Monteiro, M. e Filho, H. (2013). Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: Análise da PNAD 2008, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29 (7), 1392-1406.

MinistÉrio da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. Acedido em Outubro 2018, em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Miraldo M. *et al.* (2014). Should I pay for your risky behaviours? Evidence from London. *Preventive Medicine* 66: 145-158.

Moreira, P. K. (2007). PolÍticas de Saúde: Ensaio para um Debate Nacional, Porto: Edições Fernando Pessoa.

Moreira, V. (2004). A nova Entidade Reguladora da Saúde em Portugal. *Revista de Direito Público da Economia*, 103-139.

Morgan, D. e Astolfi, R. (2013). *Health spending growth at zero: Which countries, which sectors are most affected?* OCDE Health Working Papers, 60, Publishing Paris.

Mossialos, E. e King, D. (1999) Citizens and rationing: analysis of a European survey. *Health Policy*, 49, 75-135.

Mulholland, E., Smith, L., Carneiro, I., Becher, H., e Lechman, D. (2008). Equity and child- survival strategies. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (5), 399-407.

Mullen, P. (1999). Public involvement in health care priority setting: An overview of methods for eliciting values. *Health Expectations*, 2 (4), 222-234.

Myllykangas, M., Ryyanen, O., Kinnunen, J., e Takala, J. (1996). Comparison of doctors, nurses, politicians and public attitudes to health care priorities. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1, 212-216.

National Health Committee (NHC). (2004). Prioritising health services: a background paper for the National Health Committee. New Zealand Minister of Health.

Nishijima, M., Postali, F. e Fava, V. (2011). Consumo de serviços mÉdicos e marco regulatrio no mercado de seguro de saúde brasileiro. *Pesquisa e Planejamento Económico*, 41 (3), 509-531.

- Nord, E., Richardson, J., Street, A., Kuhse, H. e Singer, P. (1995). Who cares about cost? Does economic analysis impose or reflect social values? *Health Policy* 34, 79–94.
- Nunes, R. (2008). Serviço Nacional de Saúde: Que Futuro? *Clin Inves Otorri*, 2, 70-75.
- Nunes, R. (2009). *Regulação da saúde*. (2ª Edição). Porto: Vida Econmica.
- Nunes, R. e Rego, G. (2002). Modelo de gestão hospitalar. In: *Novos desafios na gestão: Inovação ou renovação, XII Jornadas Luso-Espanholas de Gestão Científica*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Nunes, R. e Brandão, C. (2007) *Humanização da saúde*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Nunes, R. e Rego, G. (2010) *Gestão da saúde*. Lisboa: Prata e Rodrigues.
- Obermann, K. e Buck, D. (2001). The health care rationing debate: More clarity by separating the issues? *The European Journal of Health Economics*, 2, 113-117.
- Observatório Português dos sistemas de saúde (OPSS). (2001). Conhecer os caminhos da saúde. In observatório português dos sistemas de saúde (Ed.) *Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos sistemas de saúde (OPSS). (2004). Incertezas – Gestão da mudança na saúde. In observatório português dos sistemas de saúde (Ed.) *Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos sistemas de saúde (OPSS). (2005). Novo Serviço Público de Saúde – Novos Desafios. In observatório português dos sistemas de saúde (Ed.) *Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2008). Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas. In observatório português dos sistemas de saúde (Ed.) *Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2017) Viver em Tempos Incertos: Sustentabilidade e Equidade na Saúde. In observatório português dos

sistemas de saúde (Ed.) *Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2018) Meio Caminho Andado. In observatório português dos sistemas de saúde (Ed.) *Relatório Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (1995). Renewing the health for all strategy Elaboration of a policy for equity, solidarity and health - briefing material. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000). *The World Health Report. Health systems improving performance*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2010). *Relatório Mundial de Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal*. Genebra: OMS.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econmico – OCDE. (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Paulo, A. (2010). SNS, Caraterização e Desafios, *Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais, Ministério das Finanças e da Administração Pública*,9, 1-16.

Peacock, S. *et al.* (2009). Overcoming barriers to priority setting using interdisciplinary methods. *Health Policy*, 92, 124-132.

Pedro, A., Amaral, O. e Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados  ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), 259-275.

Pettengill, J. e Vertrees, J. (1982). Reliability and Validity in Hospital Case-Mix Measurement. *Health Care Financ Rev*, 4(2), 101–128.

- Peleteiro, M., Marques, R. e Galhardo T. (2004). *Plano Nacional de Saúde*. OPSS Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Pereira, L. (2003). Qualidade: ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em saúde*, 7, 3-8.
- Pereira, L. (2005). *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Gradiva.
- Pereira, R. E. (2011). *Metodologia da determinação de prioridades no planeamento regional de saúde: uma proposta* (Tese Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal.
- Pinho, M. (2008). Racionamento dos cuidados de saúde: Problemática inerente. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (3), 690-695.
- Pinho, M. (2014). The dilemma of managing scarce health care resources: evidence of the conflict between economic or ethical principles in microallocation decisions. *International Journal of Management Science and Information Technology*, 14, 1-11.
- Pinho, M. e Veiga, P. (2010). Racionamento dos cuidados de saúde e a participação da sociedade: Revisão do debate. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 119-126.
- Pinho, M. e Borges, A. (2015). Bedside healthcare rationing dilemmas: A survey from Portugal. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 8 (4), 233-246.
- Pires, B. (2010). *O impacto da variação do preço na procura de cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Pisco, L. (2008). Remuneração dos médicos de fmilia. In Escoval, A (Ed). *Financiamento – Inovação e sustentabilidade*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- Pordata (2017). Base de Dados Portugal Contemporneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em Março 2017, em <https://www.pordata.pt>.

- Pordata (2018). Base de Dados Portugal Contemporneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em Janeiro 2018, em <https://www.pordata.pt>.
- Platonova, E. A., Studnicki, J., Fisher, J.W. e Bridger C. (2010). Local health department priority setting: An exploratory study. *Public Health Systems Research Interest Group Meeting*.
- PricewaterhouseCoopers. (PwC) (2012) Principais desafios da saúde 2012. Acedido Março 2016, em: https://www.pwc.pt/pt/saude/images/pwc_agenda_saude_out2012.pdf
- Quivy, R. e Campenhout, L. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.
- Raimundini S. e Souza, A. (2003). Análise do estado atual da gestão financeira em hospitais públicos no Brasil. *Contabilidade Vista & Revista*, 14 (1), 49-75.
- Rego, G. (2011). *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao setor da saúde*. Porto: Vida Econmica.
- Ribeiro, J. (2009). *Saúde: A liberdade de escolher*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeiro, J. (2011). Um novo contrato social para a saúde: O cidadão primeiro. In Fernandes, A.C. (Coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 93-104), Loures: Diário de Bordo.
- Ribeiro J. S., et al. (2014). Health professionals moving to... and from Portugal . *Health Policy*, 114(2 – 3), 97.
- Richardson, A., Charny, M. e Hammer-Lloyd, S. (1992). Public opinion and purchasing. *BMJ*, 304, 680-682.
- Robertson, J., Walkom, E. e Henry, D. (2011). Health systems and sustainability: Doctors and consumers differ on threats and solutions. *PLoS ONE*, 6 (4).
- Rocha, J. (2001). *Gestão pública e modernização administrativa*. Lisboa: INA - Instituto Nacional de Administração.

- Rodrigues, M. e Araújo, J. (2005). A nova gestão pública na governação local. In: 3.º *Congresso Nacional de Administração Pública*, Braga: Universidade do Minho.
- Rosa, E. (2010). Inovação e sustentabilidade no Serviço Nacional de Saúde: Como entende-la e como a resolver? In Fernandes, A.C. (Coord.). *Inovação e sustentabilidade em saúde - Equação impossível?* (pp. 27-31). Loures: Diário de Bordo.
- Rosanvallen, P. (1995). *La crisis del estado providencia*. Madrid: Civitas.
- Ryynanen, O. (1999). Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Social Science & Medicine*, 49 (11), 1529-1539.
- Sabik, L., e Lie, R. (2008). Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*, 7 (4).
- Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C. e Barbosa, P. (2015). *O futuro do sistema de saúde portugus – Saúde 2015*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Sanchez, F., Abellan, J. e Martinez, J. (2008). Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. *Informe 2008 SESPAS. Gaceta Sanitaria*, 22 (1), 126-136.
- Scheunemann L. P. e White, D. B. (2011). The ethics and reality of rationing in medicine. *CHEST*, 140(6), 1625-1632.
- Sibbald, S., et al. (2010). Evaluating priority setting success in healthcare: A pilot study. *BMC Health Services Research*, 10, (131).
- Simões, J. A. (2004). *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da Ideologia ao Desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J. A. (2007). *Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde – Relatório final*. Acedido em Outubro 2017, em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4->

[4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf](#)

- Simões, J. A. e Carneiro, C. (2013). A Crise e a Saúde em Portugal. In Eduardo Paz Ferreira (Coord). *A austeridade cura? A austeridade mata?* Lisboa: AAFDL.
- Simões, J. A. e Dias, A. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J. A. e Lourenço, O. D. (1999). As políticas públicas de saúde e Portugal nos últimos 25 anos. Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Simões, J. A., Augusto, G. F., Fronteira, I. e Hernandez-Quevedo, C., (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies*, 19(2), 1–184.
- Smith, R. e Sach, T., (2010). Contingent valuation: what needs to be done?. *Health Economics, Policy and Law*, 5, 91-111.
- Sorensen, K., et al. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12 (80).
- Sousa, G. (2011). A livre escolha e o serviço nacional de saúde. In Fernandes, A.C. (Coord). *Liberdade de escolha em saúde. Utopia ou realidade?* (pp. 85-89). Loures: Diário de Bordo.
- Souza, A., Rodrigues, L., Lara, C. e Guerra, C. (2009). Indicadores de desempenho económico-financeiro para hospitais: Um estudo teórico. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 3, 44-55.
- Souza, C. e Botazzo, C. (2013). Construção social da demanda em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23 (2), 393-413.
- Stewart, J. (2003). The National Health Services in Scotland, 1947-74: Scottish or British? *Historical Research*, 76 (193), 389-410.

- Strech, D. e Danis, M. (2014). How can bedside rationing be justified despite coexisting inefficiency? The need for “benchmarks of efficiency”. *Journal of Medical Ethics*, 40 (2), 89-93.
- Teixeira, M. L. (2012). A Reforma da Centro de Saúde – Percursos e Discursos. Lisboa: Mundos Sociais.
- Teixeira, C. (2010). Enfoques teórico-metodolgicos do planeamento em saúde. In Carmen Teixeira (Org.), *Planeamento em saúde: Conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA.
- Teng, F., Mitton, C. e Mackenzie, J. (2007). Priority setting in the provincial health services authority: Survey of key decision makers. *BMC Health Services Research*, 7, 84.
- Tragakes, E. e Vienonen, M. (1998). *Key issues in rationing and priority setting for health care services*. World Health Organization.
- van der Star, S.M. e van den Berg, B. (2011). Individual responsibility and health-risk behaviour: a contingent valuation study from the ex ante societal perspective. *Health Policy*, 101 (3), 300–311 .
- Vianna, D. e Mesquita, E. (2003) Economia da saúde: Ferramenta para a tomada de decisão em Medicina. *Revista da SOCERJ*, 16 (4), 258-261.
- Vilelas, J. (2009). *Investigao - O Processo de Construo do Conhecimento*. Lisboa: Slabo.
- Williams, A. (1997). Intergenerational equity: An exploration of the fairinring argument. *Health Economics*, 6 (2), 117-132.
- Wilson, E., Rees, J. e Fordham, R. (2006). Developing a prioritisation framework in a English Primary Care Trust. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 4 (3)
- Wiseman, V. e Mooney, G. (1998). Burden of illness estimates for priority setting: A debate revisited. *Health Policy*, 43, 243-251.

Wiseman, V., Mooney, G., Berry, G. e Tang, K. (2004). Involving the general public in priority setting: Experiences from Australia. *Social Sciences and Medicine*, 56 (5), 1001–1012.

Wooldridge, J. M. (2013). *Introductory econometrics: a modern approach* (5th ed). Mason, OH: South-Western Cengage Learning.

Zweifel, P. (2015). Rationing of health care: Is there an economic rationality to it? *The European Journal of Health Economics*, 16, 797-800

ANEXOS

ANEXO A. QUESTIONÁRIO

“CrITÉrios e prioridades para gestão financeira no Serviço Nacional de Saúde”

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar os crITÉrios e prioridades que devem orientar a gestão financeira no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A sua participao no preenchimento do questionário é fundamental para a conclusão da tese de doutoramento em gestão do ISCTE-IUL. As respostas são totalmente annimas, e contamos com a sua sinceridade e veracidade. Qualquer dvida ou questão, não hesite em nos contactar através do email: gestaosaude.nunoaraujo@gmail.com.

Agradecemos a sua colaborao neste estudo.

GRUPO I *CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA*

1. Idade _____
2. Sexo
 - 2.1. Feminino
 - 2.2. Masculino
3. Grau de Escolaridade
 - 3.1. Nenhum
 - 3.2. Ensino básico
 - 3.3. Ensino secundário
 - 3.4. Licenciatura
 - 3.5. Mestrado ou Doutoramento
4. Estado Civil
 - 4.1. Casado/União de Facto
 - 4.2. Solteiro
 - 4.3. Divorciado
 - 4.4. Viúvo
5. Situação perante o trabalho
 - 5.1. Trabalhador por conta própria
 - 5.2. Trabalhador por conta de outrem
 - 5.3. Desempregado
 - 5.4. Estudante
 - 5.5. Reformado
 - 5.6. Doméstico
6. Estando ativo no mercado de trabalho,  profissional de saúde?
 - 6.1. Sim
 - 6.2. Não
7. Se respondeu sim na questão anterior :
 - 7.1. Enfermeiro
 - 7.2. Médico
 - 7.3. Técnico de Saúde
8. Exerce algum cargo de gestão ou coordenação?
 - 8.1. Sim

- 8.2. Não
9. Considera que os rendimentos do seu agregado familiar são:
- 9.1. Insuficientes
- 9.2. Tem de ter cuidado com os gastos
- 9.3. Chega para as suas necessidades
- 9.4. Confortáveis
- 9.5. Não tem com que se preocupar
10. Indique o rendimento mensal líquido do seu agregado familiar.
- 10.1. < 500 €
- 10.2. 500 - 1000 €
- 10.3. 1001 - 1500 €
- 10.4. 1501 - 2000 €
- 10.5. >2001 €

GRUPO II

Estado de Saúde e Comportamentos de Saúde

11. Em geral diria que a sua saúde é?
- 11.1. Ótima
- 11.2. Muito Boa
- 11.3. Boa
- 11.4. Razoável
- 11.5. Fraca
12. Nos últimos 12 meses, qual a sua frequência de consumo/realização:

	Raramente/ Nunca	1-2 vezes/ mês	1-2 vezes/sem	3-5 vezes/sem	6-7 vezes/sem
Vegetais/Legumes	<input type="checkbox"/>				
Fruta	<input type="checkbox"/>				
"Fast-Food"	<input type="checkbox"/>				
Atividade Física	<input type="checkbox"/>				
Fumar	<input type="checkbox"/>				
Bebidas Alcoólicas	<input type="checkbox"/>				

13. Tem algum seguro de saúde privado ou subsistema público de saúde (ADSE, ADM, etc.)?
- 13.1. Sim
- 13.2. Não
14. Nos últimos 12 meses, precisou de recorrer a serviços de saúde?
- 14.1. Sim
- 14.2. Não
15. Se respondeu sim na questão anterior, que motivos o levaram a contactar os serviços de saúde?
- 15.1. Rotina
- 15.2. Prevenção
- 15.3. Episódio de doença

15.4. Doença Crónica

16. A que serviços de saúde recorreu?

16.1. Público (hospital ou centro de saúde)

16.2. Privado ou Social

16.3. Ambos

GRUPO III

SNS: FINANCIAMENTO E PRIORIDADES

17. Na sua opinião deverá haver um limite dos gastos do Serviço Nacional de Saúde (serviços de saúde gastos pelo Estado)?

17.1. Sim

17.2. Não

17.3. Não sabe / Sem opinião

18. Se o Estado necessitar de mais receita para financiar as despesas em saúde, indique três fontes prioritárias de financiamento:

Receitas das lotarias e jogos da sorte	<input type="checkbox"/>
Aumento de impostos sobre o tabaco e álcool	<input type="checkbox"/>
Aumento de impostos sobre os rendimentos mais elevados	<input type="checkbox"/>
Aumento de impostos sobre a poluição, por exemplo, carros ou fábricas	<input type="checkbox"/>
O utente financiar alguns dos seus cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>
Diminuição do orçamento do Estado para a Administração Interna	<input type="checkbox"/>
Aumento do orçamento do Estado para as despesas públicas em saúde	<input type="checkbox"/>
Aumento dos benefícios da segurança social	<input type="checkbox"/>
Aumento de impostos sobre transportes, veículos e na circulação nas estradas	<input type="checkbox"/>
Aumento de impostos sobre combustíveis	<input type="checkbox"/>
Aumento das taxas moderadoras nos cuidados de saúde	<input type="checkbox"/>
Aumento de impostos sobre a habitação	<input type="checkbox"/>
Aumento de impostos sobre "fast-food"	<input type="checkbox"/>
Diminuição de pensões	<input type="checkbox"/>
Diminuição do orçamento do Estado para a educação	<input type="checkbox"/>
Diminuição dos apoios sociais (rendimento social inserção)	<input type="checkbox"/>

19. Qual o grau de influência que cada grupo tem na forma como dinheiro do Serviço Nacional de Saúde (SNS) é gasto?

	Muita Influência	Alguma Influência	Nenhuma Influência	Não sei / Sem opinião
Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros profissionais de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cidadãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autarcas Locais (presidentes da câmara, da junta de freguesia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Governo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestores do SNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Associações de Doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Considera que deve ser dada prioridade a alguns grupos da população em detrimento de outros?

20.1. Sim

20.2. Não

20.3. Não sabe / Sem opinião

21. Se respondeu sim na questão anterior, indique os três grupos que considera prioritários.

Crianças	<input type="checkbox"/>
Idosos	<input type="checkbox"/>
Pessoas saudáveis e sem comportamento de risco (fumar, beber, má nutrição, entre outros)	<input type="checkbox"/>
Pessoas com doenças crónicas	<input type="checkbox"/>
Pessoas com doenças mentais	<input type="checkbox"/>
Pessoas com deficiências físicas	<input type="checkbox"/>
Pessoas que vivem na pobreza	<input type="checkbox"/>
Pessoas em fase terminal	<input type="checkbox"/>
Pessoas em risco de Vida	<input type="checkbox"/>

GRUPO IV
CRITÉRIOS E PRIORIDADES PARA A GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

22. Avalie o grau de importância, em que o 1 significa "sem importância", 2 "pouco importante", 3 "importante", 4 "muito importante" e 5 "extremamente importante, nos seguintes itens relativos às prioridades quanto aos gastos em saúde financiados pelo Estado.

Com que prioridade pensa que o dinheiro do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve ser atribuído:	1	2	3	4	5	Não Sabe/Não Responde
1. À melhoria do estado de saúde da população?	<input type="checkbox"/>					
2. A evitar futuras doenças?	<input type="checkbox"/>					
3. A ajudar os utentes a ter uma melhor qualidade de vida?	<input type="checkbox"/>					
4. A aumentar o número de anos de vida?	<input type="checkbox"/>					
5. A aumentar o número de anos de vida com qualidade?	<input type="checkbox"/>					
6. Aos profissionais de saúde a dedicarem mais tempo a cuidar dos utentes?	<input type="checkbox"/>					
7. Para criar melhores condições para os utentes?	<input type="checkbox"/>					
8. Em incentivos que favoreçam a contenção de custo na prestação dos cuidados de saúde?	<input type="checkbox"/>					
9. A evitar os desperdícios na prestação dos cuidados de saúde?	<input type="checkbox"/>					
10. Para uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz?	<input type="checkbox"/>					
11. Para que todos os cuidados de saúde estejam acessíveis a todos os utentes?	<input type="checkbox"/>					
12. Para que todos os cuidados de saúde estejam disponíveis no hospital	<input type="checkbox"/>					

mais próximo?						
13. Para redução das desigualdades no acesso a cuidados de saúde por parte dos utentes?	<input type="checkbox"/>					
14. Em cuidados de saúde destinados a um grande grupo de pessoas em vez de um grupo minoritário?	<input type="checkbox"/>					
15. Para a redução do tempo que os utentes esperam por tratamento não urgentes?	<input type="checkbox"/>					
16. Para a redução do tempo de espera por tratamento urgentes?	<input type="checkbox"/>					
17. Nos cuidados de saúde primários (centro de saúde)?	<input type="checkbox"/>					
18. Nos cuidados de saúde hospitalares?	<input type="checkbox"/>					
19. Nos cuidados de saúde continuados e/ou paliativos?	<input type="checkbox"/>					
20. Na melhoria da literacia em saúde dos utentes?	<input type="checkbox"/>					
21. Em medidas de promoção da saúde e prevenção da doença (vacinação, rastreios...)?	<input type="checkbox"/>					
22. Em medidas de utilização racional de medicamentos?	<input type="checkbox"/>					
23. Às prioridades de saúde definidas pelo poder local (câmaras, juntas...)?	<input type="checkbox"/>					
24. Nas prioridades de saúde estabelecidas pelo Governo?	<input type="checkbox"/>					