



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Maria João Pinto Silva

Priorização: um Imperativo?

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria João Pinto Silva
Priorização: um Imperativo?

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Prof. Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego**

Livro: Gestão da Saúde, 2010

Abril, 2010

FMUP

Nome: Maria João Pinto Silva

Endereço electrónico: m04054@sapo.pt

~~Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:~~

Priorização: um Imperativo?

Nome completo do Orientador:

Guilhermina Maria da Silva Rego

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Administração Hospitalar

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio~~ (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura: Maria João Pinto Silva

Eu, Maria João Pinto Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801054, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura: Maria João Pinto Silva.

PRIORIZAÇÃO: UM IMPERATIVO?

Maria João Pinto Silva*

*Aluna do 6º ano de Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Contacto:

Rua do Espinheiro, nº 561

4415-812 Sandim

Telemóvel: 919201562

E-mail: m04054@sapo.pt

Contagem de palavras:

Resumo: 149;

Abstract: 133;

Texto principal: 7762.

Agradecimentos:

Professora Doutora Guilhermina Rego, pela ajuda e orientação prestadas.

LISTA DE ABREVIATURAS

EUA – Estados Unidos da América;
MBE – Medicina Baseada na Evidência;
NICE – *National Institute for Clinical Excellence*;
NPM – New Public Management;
PIB – Produto Interno Bruto;
SNS – Sistema Nacional de Saúde;
SU – Serviços de Urgência.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Comparação entre os modelos de priorização explícita vigentes na Europa e fora da Europa, página 19;
Quadro 2 – Classificação dos utentes pela Triagem de Manchester, página 27;
Figura 1 – *Dunning's funnel*, página 34.

ÍNDICE

Resumo	4
Abstract	5
Introdução	6
Priorização	10
Priorização Implícita	14
Modelos de Priorização Explícita	16
Sistema de Triagem de Manchester	26
Conclusão	29
Referências	30
Anexo	34

RESUMO

Perante a existência de recursos limitados para necessidades ilimitadas no âmbito da saúde, o debate sobre as políticas de racionamento torna-se inevitável. Vários países optaram pela implementação de modelos de priorização explícita, que procuram estabelecer um processo de alocação de recursos pautado pela legitimidade, eficiência e igualdade. Em Portugal, medidas desta natureza colidiriam com o princípio legal vigente da universalidade de acesso aos serviços de saúde. Porém, com o objectivo de aumentar a eficiência, efectuou-se uma mudança radical ao nível da gestão da Administração Pública, com a introdução do New Public Management, e assistiu-se à implementação do Sistema de Triagem de Manchester, um modelo de priorização explícita aplicado ao nível do Serviço de Urgência. As opiniões não são unânimes quanto às vantagens da priorização explícita porém, considerando as adversidades que o Sistema Nacional de Saúde enfrenta, devemos procurar aprender com as experiências internacionais, e considerá-la como uma possibilidade.

Palavras-chave: racionamento, priorização implícita, priorização explícita, Portugal, New Public Management, Sistema de Triagem de Manchester.

ABSTRACT

The conflict between limited resources and unlimited healthcare needs makes the debate about rationing policies impossible to avoid. On one hand, several countries have adopted explicit prioritization models, trying to achieve a more legitimate, efficient and equalitarian allocation process. In Portugal, on the other hand, these measures would directly conflict with the legal principle of universal access to health care. Instead, in order to improve efficiency, a deep change occurred in the Public Administration System with the introduction of the New Public Management and Manchester Triage System was implemented, a model of explicit prioritization applied to the Emergency Service. The opinions about the advantages of explicit prioritization diverge, however, considering the current situation of our National Health System, we should try to learn from the international experience and consider it a possibility.

Keywords: rationing, implicit prioritization, explicit prioritization, Portugal, New Public Management, Manchester Triage.

INTRODUÇÃO

A saúde é um bem peculiar, essencial da vida humana, pelo que deve ser perenemente promovida. Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde é "um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, emocional, moral, social e espiritual". (1, 2)

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) universal e gratuito garante o direito à protecção da saúde e abrange todos os cidadãos. De acordo com o Artigo nº 64 da Constituição da República Portuguesa, "todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover". Neste contexto, coloca-se a questão de aplicar os recursos necessários e os recursos disponíveis para nos cuidados de saúde e justificar a sua utilização. (1, 3)

Uma vez que os recursos sempre foram escassos, sempre existiu e sempre irá existir alguma forma de priorização, dado que não é possível providenciar tudo para todos. Porém, a ideia moderna de priorização surgiu apenas em 1974, quando Maxwell alertou para o fosso existente entre as exigências da sociedade e o fornecimento de serviços. Assim, a questão que se coloca não é se a priorização existe ou não, mas como é que o racionamento ocorre. (4-7)

Nas duas últimas décadas, factores como os avanços tecnológicos, o envelhecimento demográfico, o aumento da incidência de doenças crónicas e degenerativas e a universalização dos cuidados de saúde, contribuíram para o aumento dos gastos com a saúde. Simultaneamente, a sociedade tem cada vez mais acesso a fontes de informação actualizada, exigindo todos os serviços que os sistemas de saúde poderão providenciar. Uma vez que estes factores crescem a um ritmo superior ao da criação de riqueza, colocam em risco a viabilidade financeira dos sistemas de saúde. (1, 7-12)

Aquando da criação dos sistemas de saúde, a eficiência não era um objectivo major e a ineficiência era tolerada desde que todos os indivíduos fossem tratados de forma igual. No entanto, os recursos na área da saúde são limitados, e as necessidades neste campo parecem ilimitadas, pelo que se torna necessário reflectir sobre a eficiência na área da saúde. Esta temática tornou-se um maior alvo de debate a partir dos anos 70, quando vários países ocidentais implementaram formas explícitas de priorização, baseadas em critérios de equidade e eficiência. (1, 8, 9, 12)

Também em Portugal surgem preocupações crescentes quanto à possibilidade de obter ganhos maiores a partir dos recursos já existentes e a necessidade de fazer escolhas

apropriadas quanto à alocação de recursos. Para fazer face ao crescente aumento de custos, surgem alternativas (1, 4, 11):

- Aumentar os recursos – disponibilizar novas tecnologias, aumentar os recursos financeiros ou reduzir as assimetrias na distribuição dos profissionais de saúde;

- Dar maior eficiência aos gastos – um procedimento ético dado que os recursos públicos devem ser obrigatoriamente gastos com eficiência e usar um recurso escasso sem obter um benefício razoável é um desperdício injusto;

- Estabelecer prioridades na distribuição dos recursos – criar limites e decidir o que incluir, para quem e como;

- Limitar as despesas – nomeadamente na prescrição de medicamentos;

- Aumentar a participação dos utentes;

- Desenvolver soluções de natureza privada – como os seguros de saúde.

Neste contexto, destacamos duas medidas de actuação implementadas em Portugal para combater a falta de eficiência ao nível dos serviços públicos, o New Public Management (NPM), como parte da reforma da Administração Pública e o Sistema de Triagem de Manchester, um exemplo concreto de priorização explícita ao nível da saúde. (13, 14)

Em Portugal e à semelhança de outros países Ocidentais, a ineficiência das organizações públicas tradicionais levou à procura de um modelo alternativo que possibilitasse aumentar a produtividade e diminuir a despesa, que pautasse pelos valores da transparência, responsabilidade e *accountability*. (13, 14)

Por conseguinte, foi efectuada uma reforma radical no sector público, que instituiu uma nova cultura empresarial, apologista da progressiva substituição das funções clássicas do Estado providência e da implementação de medidas como a privatização, a liberalização e a racionalização. Assistiu-se à introdução de uma lógica de mercado com consequente empresarialização do sector público, e que se propõem a aumentar a *performance* do sector público adoptando procedimentos até então característicos da iniciativa privada, o designado NPM. (13, 14)

Este modelo combina os princípios que caracterizam o sistema de mercado com os instrumentos da gestão do sector privado, tendo em vista uma utilização de recursos mais eficiente, através de uma gestão orientada para os resultados e aumento da eficácia. Das principais concepções teóricas que envolvem o NPM, destacam-se (13-15):

- O gestor público assume algumas características do gestor privado; verifica-se um aumento da responsabilidade individual e a noção de *accountability* é reforçada.
- Criação de padrões de avaliação do desempenho que se centram em alcançar resultados; identificar o desperdício para premiar o mérito;
- Maior disciplina na utilização de recursos, cortando nos custos e procurando maior eficiência e economia;
- Planeamento e gestão estratégica para uma melhor gestão dos recursos disponíveis; definição clara dos objectivos a atingir.

Se a gestão privada procura obter eficiência, rendibilidade e eficácia, a gestão pública centra-se, não só na eficácia e na eficiência, mas também em conceitos como a legibilidade e legitimidade, com modelos de gestão mais flexíveis. A eficiência na afectação de recursos depende da capacidade de minimizar os custos – o objectivo é, para um determinado nível de qualidade, minimizar o custo por serviço e maximizar a sua qualidade. (1, 13)

A existência de um mercado no âmbito da saúde é controversa uma vez que alguns autores defendem que esta designação tem uma conotação demasiado económica para estar associada ao bem saúde, e que pode pressupor a existência de outros interesses, que não apenas alcançar a saúde da pessoa doente. No entanto, quando se verifica uma oferta e uma procura de um bem/serviço há "mercado", e a saúde, enquanto bem, pressupõem uma procura e uma oferta assim, há um mercado da saúde, pautado por regras próprias. A lógica de mercado procura aumentar a competitividade a concorrência. (13)

O NPM recorre ao mercado para garantir a prestação de determinados bens e serviços públicos e a formas contratuais, que promovem a concorrência no sector público, baixam os custos e melhoram a qualidade da prestação dos serviços. Há uma divisão da responsabilidade entre o financiamento e o fornecimento: o governo é responsável por financiar o fornecimento do serviço/produto, mas delega a autoridade da produção/prestação numa organização pública ou privada, que se comprometa a realizar esses objectivos ao mais baixo custo. (13, 14, 16)

Dada a dificuldade de governar sem o envolvimento activo dos cidadãos, este modelo veio também promover a abertura da Administração Pública à comunidade. Para que o modelo esteja mais próximo de um "mercado", a reforma prevê que a procura de cuidados de saúde seja livre em todo o território, e assim os cidadãos podem escolher em que hospital pretendem ser tratados. Com esta liberdade de escolha, os serviços

devem apostar na diferenciação pela qualidade, e procurar ir de encontro às necessidades e expectativas dos cidadãos. (13-15)

O NPM promove a fragmentação e a separação de tarefas e opõem-se ao crescimento excessivo do Estado – que se torna menos intervencionista e assume uma posição financiadora e decisória das Políticas Públicas, que garante a equidade no tratamento dos cidadãos, ultrapassando algumas das falhas da lógica de mercado – enquanto as estruturas administrativas funcionam como unidades produtivas. Neste meio peculiar, a burocracia vem assegurar algumas das funções do estado democrático e possibilitar o controlo e a responsabilização. (13, 15)

Em síntese, segundo Araújo, “o paradigma gestor que está a ser introduzido em Portugal assenta em três vectores principais: a racionalidade económica, a gestão por objectivos e os indicadores de desempenho. O modelo emergente combina o aumento da confiança no mercado e a gestão descentralizada, procurando desta forma garantir maior escolha, melhor comunicação e a melhoria da eficiência do SNS.” (14)

O Sistema de Triagem de Manchester é uma forma de priorização explícita que se caracteriza pela atribuição de cores consoante a gravidade e emergência da patologia em causa. Os doentes com patologias mais graves e que necessitam de cuidados de saúde imediatos são atendidos mais rapidamente, enquanto os doentes com doenças menos graves e mais estáveis terão de aguardar por um período de tempo mais longo. (17)

Consequentemente, a prioridade no atendimento deixa de depender exclusivamente da ordem de chegada e passa a estar intimamente relacionada com a enfermidade em causa. Este modelo vem beneficiar os doentes com patologias mais urgentes porém, muitas vezes, os doentes triados com as cores azul e verde estão sujeitos a um tempo de espera demasiado longo, acabando por vezes por desistir. (17)

As opiniões não são unânimes quanto às vantagens da priorização explícita porém, considerando as adversidades que o SNS enfrenta, devemos procurar aprender com as experiências internacionais e considerar esta forma de racionamento como uma alternativa viável a ser implementada para uma melhor gestão dos recursos em saúde.

PRIORIZAÇÃO

O racionamento ocorre quando a necessidade de determinados serviços excede o nível de serviços que poderiam ser fornecidos considerando os recursos existentes. Quanto menores os recursos disponíveis, maior o nível e a distribuição do racionamento, que pode ocorrer através da exclusão de pacientes dos serviços, criação de listas de espera, diminuição da qualidade do tratamento entre outras. Qualquer forma de racionamento visa uma diminuição da utilização do serviço, relativamente à sua necessidade, ou a diminuição da sua eficácia. É um termo profundamente associado aos conceitos de acesso, utilização, cobertura e qualidade, uma vez que todos eles podem ser afectados por este processo. (18, 19)

As características peculiares do bem saúde impossibilitam a aplicação de um mecanismo de preços como sinalizador, pelo que estamos perante uma procura de cuidados de saúde não condicionada pelo preço e uma oferta condicionada por considerações de custos. Consequentemente, a procura dos serviços de saúde será sempre superior à sua oferta. A priorização surge como uma alternativa num processo de afectação de recursos limitados, que permite assegurar a universalidade do acesso e uma distribuição equitativa dos recursos. (8, 12, 13, 20)

Considerando que os recursos são limitados enquanto a procura é ilimitada, qualquer sociedade terá de se debater eventualmente com os dilemas éticos do racionamento na saúde. (21) Devido ao carácter específico do objectivo a atingir – a saúde da pessoa doente – impõem-se uma reflexão à luz dos seus direitos fundamentais. A regulamentação da utilização dos recursos deve pautar-se pela justiça e eficiência. (13)

Ao aceitar que o orçamento para a saúde é limitado, é necessário tomar decisões explícitas quanto à alocação de recursos monetários para determinados serviços, o que tem subjacente uma decisão implícita de não gastar recursos noutros tratamentos. Este é o princípio do racionamento implícito, e os órgãos legislativos recorrem a ele de cada vez que definem um orçamento, sem *accountability*. (21)

Tradicionalmente, eram adoptadas medidas implícitas, segundo as quais os médicos baseavam as suas decisões em critérios que não estão publicamente definidos, recorrendo aos seus julgamentos de valor e à sua experiência para decidir que doentes deveriam receber determinados cuidados e em que quantidade. São medidas flexíveis e facilitam a tomada de decisões de quem lida com a escassez de recursos. (20)

Uma vez que os recursos disponíveis não conseguem acompanhar o aumento das exigências nos cuidados de saúde, surgiram três tendências (22):

- Adotar modelos de priorização mais explícitas;
- Maior eficácia e eficiência na gestão de recursos;
- Estabelecer os valores para guiar o processo de priorização e os responsáveis por os determinar.

Nascem assim os diferentes modelos de racionamento explícito em vigor em alguns países. Estes modelos visam desenvolver um processo de distribuição de recursos mais transparente, justo e eficiente, o que implica estabelecer critérios publicamente definidos que permitam incluir ou excluir serviços de saúde e pacientes ou grupos de pacientes. (8, 20)

Neste processo devemos considerar, por um lado o princípio de equidade, que demanda o envolvimento activo da sociedade e a coesão entre os vários estratos socio-económicos; por outro, os critérios económicos fundamentais ao racionamento e à tomada de decisões quanto aos investimentos a efectuar. (1)

Parte da responsabilidade dos prestadores de cuidados de saúde é transferida para outros actores, designadamente os governantes. Contudo, é necessária cautela na restrição da liberdade discricionária dos médicos, uma vez que não se pode ignorar a heterogeneidade dos pacientes. (20)

Gestores, profissionais de saúde e cidadãos devem unir-se no processo de tomada de decisão e a bioética assume um papel fundamental ao auxiliar na maximização do consenso sobre normas práticas no que concerne à vida e à saúde dos cidadãos. (12)

Porém, nenhum sistema de saúde vigente aplica um método de priorização puro, mas verifica-se que o sistema de racionamento em vigor intermédio e envolve o estabelecimento implícito e explícito de prioridades em diferentes proporções. (19, 20)

A priorização pode ocorrer em diferentes níveis (1, 7, 20):

- Macroeconómico: o governo toma decisões quanto às políticas de saúde e alocação de recursos, decidindo que tratamentos devem ser publicamente financiados;
- Mesoconómico: o hospital ou a comunidade tomam decisões na gestão dos cuidados de saúde;
- Microconómico: o médico estabelece prioridades no tratamento de um paciente, o que constitui um dilema para os prestadores de cuidados de saúde, que têm de decidir entre privilegiar a eficiência e seleccionar os doentes com um bom prognóstico ou a

igualdade no acesso a todos os que precisam de serviços médicos, surgindo o sistema de listas de espera;

- Paciente: o doente escolhe entre diferentes terapêuticas alternativas.

Segundo Ryyänänen, distinguem-se também diferentes meios de priorização, que podem ser usados em cada um dos níveis descritos (7):

- Priorização externa: entre pacientes ou entre grupos de pacientes;

- Priorização interna: entre diferentes tipos de tratamentos;

Pode ocorrer ainda estreitamento de critérios para o tratamento de uma determinada patologia. (7)

Considerando os fundamentos éticos, é necessário compreender que o acesso aos cuidados de saúde é um direito fundamental de todos os cidadãos, por conseguinte equaciona-se até que ponto poderá ser limitado devido a questões económicas. Porém, o facto das necessidades de saúde serem mais amplas que os recursos disponíveis gera a necessidade de estabelecer prioridades. (1, 12)

Não há consenso quanto ao conceito justiça distributiva em saúde mas, qualquer que seja a definição utilizada, o objectivo é garantir a coesão social, num meio em que se verificam grandes disparidades económicas. O racionamento deve brotar de uma teoria de justiça, pelo que não se podem ignorar os valores da sociedade ou excluir a sua participação no processo. (1, 20)

A afectação de recursos pode feita de acordo com (1, 20):

- Necessidade – baseada na tradição Aristotélica, em que “iguais” são tratados de “forma igual” e os que são “diferentes” são tratados de “forma diferente”;

- Mérito – certas características dos indivíduos determinam a distribuição dos recursos;

- Utilitarismo – de modo a servir o maior número de pessoas possível.

Estes princípios geram modelos de racionamento com diferentes dificuldades de implementação. (20)

A equidade defende a igualdade de acesso de todos os cidadãos, e pode ser aplicada ao nível do acesso ou do financiamento. A equidade no financiamento analisa (1, 13):

- Os meios de financiamento, promoção da afectação e distribuição de subsídios;

- Os programas de cobertura por subgrupos da população;

- A distribuição do risco na sociedade.

Procura promover o mesmo nível de saúde entre os diferentes estratos sociais e uma melhoria das taxas de mortalidade e morbidade dos mais vulneráveis, para possibilitar a sua aproximação relativamente as taxas de morbimortalidade inerentes aos estratos

sociais mais elevados. Pode ser mesurada com base na utilização e acesso físico aos cuidados de saúde e pelos custos da sua obtenção. (1)

Perante a falta de recursos para a saúde, a garantia de igualdade no acesso aos meios disponíveis impõem um racionamento baseado na justiça e transparência, ainda que devido à natureza singular do bem saúde, segundo Daniel Serrão "tal racionamento criaria desigualdades de acesso, social e eticamente inaceitáveis numa sociedade democrática e justa". (1, 13)

O princípio da universalidade, ao proclamar que todos os cidadãos devem estar cobertos por esquemas de protecção na saúde, sublinha a primazia da equidade sobre a eficiência. O princípio da solidariedade ao defender o não racionamento pelo preço realça a soberania da distribuição face à eficiência. (8)

PRIORIZAÇÃO IMPLÍCITA

Em países que defendem o princípio da universalidade de acesso ao sistema público de saúde, a implementação de medidas de priorização explícita, que permitem a discriminação de patologias e de doentes, iriam colocar em cheque a orientação constitucional da saúde e portanto constituiriam um acto ilegal. Os modelos de priorização implícita podem basear-se em decisões médicas, listas de espera, imposição de barreiras sociais, mecanismos de preços. (11, 12, 24, 25)

Em Portugal vigoram as medidas de priorização implícita. Apesar das vantagens inerentes a este modelo, constata-se que o SNS português tem demonstrado falta de recursos para conseguir cumprir com os princípios constitucionais que defende, bem como fraca capacidade para lidar com as suas falhas, mesmo quando são afectados montantes consideráveis de recursos. A expressão “não se gasta pouco em saúde, gasta-se é mal” reflecte a actual situação portuguesa, onde a percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) destinada à saúde é superior à média da União Europeia, e é gasta num sistema de saúde que se tem revelado ineficiente. (1, 20)

Por outro lado, afirmar que as despesas com a saúde têm crescido a um ritmo superior ao do PIB não implica obrigatoriamente que haja esbanjamento ou desperdício. Pode significar também um sobrecusto da saúde que tem de ser coberto ou pelo Orçamento de Estado ou pelo pagamento de taxas e/ou impostos por parte dos cidadãos. (13)

Outra falha do sistema de priorização vigente centra-se no facto da selecção de pacientes ser feita de forma discricionária, o que gera um alto grau de liberdade por parte dos alocadores. Mesmo quando há linhas de orientação, estas não necessitam de ser estritamente seguidas, pelo que a decisão se baseia nos valores dos próprios alocadores. Por conseguinte, estes critérios podem variar consideravelmente, e os doentes, financiadores do sistema público de saúde, desconhecem se a decisão terapêutica é baseada em questões médicas ou orçamentais. (11, 19)

Este modelo pode conduzir a decisões ineficientes e contrárias aos princípios da responsabilização democrática, e levantar questões de índole moral. Cite-se o exemplo das listas de espera, em que por vezes se verifica uma deterioração tão acentuada do estado de saúde do doente que a intervenção deixa de ter sentido. (8, 20)

A viabilidade dos sistemas públicos de saúde depende da política de racionamento que venha a ser implementada. É importante promover um intenso debate na sociedade para

que seja possível implementar um modelo de gestão que promova a maximização da eficiência aos níveis macro e microeconómicos, e diminuir o desperdício e as iniquidades existentes na saúde para um mínimo eticamente aceitável. (1, 20)

É reconhecido que as necessidades de saúde superam os recursos existentes e impõem-se que se efectuem escolhas. Assim, é legítimo questionar quais as soluções alternativas que se avizinham. (12)

OS MODELOS DE PRIORIZAÇÃO EXPLÍCITA

Apesar de vários autores alegarem que a priorização explícita é impraticável, por ser incapaz de abarcar com os diferentes contextos em que as intervenções de saúde podem ser oferecidas, países como a Nova Zelândia, a Holanda, a Noruega, a Suécia, o Reino Unido e o Estado Norte-americano de Oregon, decidiram implementá-la. (8, 19, 25-28) Este modelo respeita os direitos da sociedade, que financia o sistema de saúde pública, assegura também uma alocação de recursos mais eficiente e igualitária, bem como a legitimidade dos órgãos públicos responsáveis, perante uma sociedade com cada vez mais acesso a informação sobre os avanços no campo da saúde. (10, 19)

É impossível financiar todos os tratamentos médicos existentes actualmente. Uma vez que não há recursos suficientes nesta área, a sua utilização eficiente exige o estabelecimento de modelos de priorização explícita, o que requer uma planificação baseada em critérios explícitos e procedimentos sistemáticos. Primariamente é necessário identificar as necessidades e as áreas de actuação prioritárias e posteriormente seleccionar as terapêuticas considerando o seu custo, eficácia e efectividade. Devem-se definir ainda os instrumentos de racionamento que, sendo eficientes e equitativos, apresentem maior probabilidade de melhorar as intervenções em saúde, o que poderá incluir, a título de exemplo, colocar em prática sistemas de gestão das listas de espera que considerem critérios clínicos e sociais. (10, 29)

A priorização explícita promove a transparência e co-responsabilização. Se o racionamento explícito é inevitável então deve ser implementado de forma justa e eficiente. A identificação e a selecção de critérios de priorização devem conjugar a participação e equilíbrio do parecer de políticos, gestores, profissionais de saúde e cidadãos. (29, 30)

Porém, segundo Pinho, estes modelos enfrentam as dificuldades inerentes ao *trade-off* clássico da economia entre eficiência e distribuição: uma distribuição mais igualitária dos recursos geralmente implica que os mercados se tornem menos eficientes. Esta premissa surge quando, para que se verifique equidade na afectação dos recursos, o custo de obter um determinado benefício é superior ao das afectações alternativas. Porém, se a eficiência é um conceito definido e mais passível de ser mesurado, a equidade é mais subjectiva e envolve considerações éticas e sociais. O envolvimento da

sociedade e dos seus valores éticos é vital no esclarecimento do potencial *trade-off* e para tornar este processo legítimo e viável. (8, 20)

Os vários modelos adoptados por cada país reflectem a importância de uma grande panóplia de factores, como o poder do Estado, da classe médica, das companhias de seguros e das indústrias farmacêuticas. (7) Segue-se uma apresentação sumária de vários modelos segundo uma divisão adoptada por vários autores, distinguindo os modelos vigentes na Europa de entre os quais se destaca o Modelo Holandês e ao nível do estabelecimento de prioridades fora da Europa é abordado o Modelo do Estado Norte-americano do Oregon.

A priorização na Europa

A história de cada país, os diferentes valores sociais, as noções de equidade, eficiência e justiça permitiram a criação de uma grande variedade de abordagens de racionamento no velho continente. De entre os diferentes princípios inerentes destacam-se, segundo Pickard (22):

- Na Holanda verifica-se um sistema de priorização por exclusão uma vez que o Comité Dunning, de forma a seleccionar as intervenções a incluir no pacote básico de serviços, definiu quatro critérios a cumprir obrigatoriamente (necessidade, efectividade, eficiência e não ser passível de ser relegado à responsabilidade individual). (22, 28, 31)

- No Reino Unido, o racionamento ocorre com base em *guidelines*, uma vez que o *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) é responsável pela apreciação de novas tecnologias, pela publicação de linhas de orientação que determinam quais os serviços prioritários e pelo uso explícito de avaliações custo-eficácia, promovendo o apoio à publicação de informação inerente a este tema. (19, 22, 32)

- Na Noruega, que em 1987 se afirmou como o primeiro país a iniciar um processo de priorização explícita, ocorreu a criação de grupos de prioridade quando, em 1997, o Comité LØnnig II criou o Acto de Direitos dos Pacientes – uma forma de criar *guidelines* para a priorização a nível nacional. Com base nos princípios de severidade, qualidade da evidência, benefício esperado e análise custo-eficácia, foram criados quatro grupos de prioridade: serviços nucleares (considerando o estado de saúde, o benefício esperado e o custo-eficiência), suplementares, com baixa prioridade e sem prioridade. (22, 25, 29, 33)

- Vários países adoptaram medidas de orientação com base em valores e princípios. Assim, na Holanda, a construção do pacote básico foi baseada em valores

sociais e procurou enfatizar a participação da população na sua construção. Esta medida veio demonstrar que a participação da sociedade era uma medida eficiente e eficaz e que estas decisões não podiam ser deixadas cargo da responsabilidade individual. (22, 27, 32)

Em 1992, na Suécia, a Comissão Parlamentar para as Prioridades sublinhou a importância de três princípios éticos para servirem de base ao racionamento: a dignidade humana (que não deveria depender das qualidades pessoais do indivíduo, do seu papel na comunidade, mas ser parte da sua própria existência); necessidade e solidariedade (a maioria dos recursos deveriam ser atribuídos aqueles que deles mais necessitassem, considerando especialmente crianças, pessoas com patologias demenciais ou em coma e com dificuldades de comunicação); custo-eficiência (porém, a Comissão defendia que o custo só deveria ser tido em consideração entre diferentes tratamentos para a mesma patologia). (22, 27, 32)

No Reino Unido e na Holanda, os governantes encorajaram a utilização da Medicina Baseada na Evidência (MBE) e a promoção da eficácia. (22, 27, 32)

A regra do salvamento também se aplica em países como a Suécia como a Noruega, onde dão maior prioridade ao tratamento de doenças agudas ameaçadoras da vida. (22, 27, 32)

- Considerando a possibilidade de recurso, destaca-se o exemplo do Reino Unido. No entanto, esta possibilidade só ocorre em bases muito estreitas, e para que seja alcançada com sucesso é necessário que o comité tenha feito erros óbvios. As três bases para recurso são (22, 32):

- O instituto falhou, pois não agiu justamente ou em concordância com os seus procedimentos;
- O instituto preparou uma orientação perversa à luz da evidência existente;
- O instituto ultrapassou os seus poderes.

Estabelecimento de prioridades fora da Europa

No Estado Norte-americano do Oregon, a Comissão de Serviço de Saúde permitiu a criação de uma lista de serviços com uma ordem decrescente de prioridades, financiando os que se encontram acima de um determinado patamar e excluindo os restantes. (22, 34, 35)

As diferenças existentes entre os diferentes modelos encontram-se sumariadas no Quadro 1:

Quadro 1 – Comparação entre os modelos de priorização explícita vigentes na Europa e fora da Europa

País/Ano/Processo	Princípios, <i>guidelines</i>, recomendações
Noruega 1987 Comité Lønning I e II	Princípios de priorização: - Benefício; - Severidade; - Qualidade da evidência; - Custo-eficácia. Grupos de prioridade baseados na severidade: - Fundamental; - Suplementar; - Prioridade baixa; - Sem financiamento público.
Holanda 1992/1995 Comité Holandês das Escolhas nos Cuidados de Saúde (Comité Dunning)	Filtros para determinar um pacote básico de serviços: - É necessário? - É eficiente? - É efectivo? - Pode ficar à responsabilidade do indivíduo?
Suécia 1993/1995 Comissão formada por membros parlamentares e especialistas	Princípios éticos básicos: - Dignidade humana; - Necessidade e solidariedade; - Custo-eficiência. Grupos de prioridade ao nível clínico, administrativo ou político: - Doenças agudas ameaçadoras da vida, doenças crónicas severas e cuidados paliativos terminais; - Prevenção, habilitação/reabilitação; - Doenças agudas menos severas; - Casos <i>borderline</i> ; - Cuidados por outras razões que não doença.
Reino Unido A decorrer com início em 1999 NICE	Apreciação de novas tecnologias; Desenvolvimento de <i>guidelines</i> clínicas; Uso explícito de avaliações custo-eficácia; Possibilidade de recurso.
Oregon 1989 Comissão de Serviços de Saúde	Desenvolvimento da escala de Qualidade de Bem-Estar: usada para estabelecer <i>rankings</i> de custo-eficácia; Revisão do <i>ranking</i> ; Listas de pares condição/tratamento continuam a ser usadas; Recentemente tem sido dado maior ênfase a <i>evidence base</i> para recomendações.

Adaptado de Sabik, L. et al , 2008, e Norheim O et al, 2001

Modelo Holandês

O debate inerente às escolhas na saúde na Holanda começou nos anos 80, mas só em 1990 foi introduzida a noção de pacote básico. Um ano depois, foi criado um Comité para as Escolhas nos Cuidados de Saúde, o Comité Dunning, para implementar os métodos e princípios que iriam reger o novo sistema de priorização. (31) Tendo subjacente a premissa “alguns cuidados para todos os indivíduos” em vez de “todos os cuidados para alguns”, o Modelo Holandês baseia-se na definição de um conjunto de serviços que consideram inaceitáveis de racionar. (20, 32) Cada tipo de “cuidado básico” deveria respeitar os quatro princípios, que actuariam como filtros, criou-se assim o chamado "*Dunning's funnel*" (Figura 1 do Anexo) (1, 28, 32):

1- Inicialmente surge o princípio da necessidade (do ponto de vista da comunidade), definido de forma muito abrangente uma vez que se inserem nesta categoria todos os cuidados de saúde que possibilitam um funcionamento normal do indivíduo em sociedade, protegem a existência do indivíduo enquanto cidadão e promovem o seu bem-estar social;

2- Ainda que necessários, os cuidados de saúde necessitam de efectividade comprovada e devidamente documentada (através da MBE, por exemplo);

3- A eficiência implica uma avaliação custo-efectividade e custo-benefício. Implica também delinear um limite mínimo de eficiência, considerando a efectividade e o custo;

4- Por fim, a responsabilidade individual sublinha os conceitos da solidariedade voluntária e compulsiva e, por isso, relega os cuidados de saúde que possam ficar à responsabilidade do indivíduo. A aceitação/rejeição de determinado tratamento e a sua inserção/não no pacote básico tem subjacentes os valores do indivíduo e da sociedade.

Os critérios número um e quatro explicitam a decisão política de financiar um serviço médico custo-efectivo com fundos públicos. Ambos enfatizam a importância de determinados tratamentos médicos (como os cuidados a longo prazo para os doentes crónicos) fazerem parte da responsabilidade colectiva, não só por serem demasiado caros para ser suportados individualmente, como também por ser uma atitude moralmente correcta. (28)

Os critérios número dois e três, por outro lado, enfatizam o desejo do Comité de obter um estabelecimento de prioridades explícito e racional. (28)

Simultaneamente, o Comité encorajou a sociedade a tomar as suas próprias decisões e atribuiu-lhe a responsabilidade de ser solidária no financiamento e na prestação de

cuidados de saúde. Actualmente, o Comité procura ainda obter o *feedback* da população quanto às suas deliberações. (20, 32)

Contudo, a construção do *Dunning's funnel* não foi fácil de implementar por um lado devido à fraca definição de "necessário", demasiado vaga, difícil de definir numa sociedade pluralista e individualmente orientada, e de difícil tradução em termos práticos. Por outro surgiram dificuldades em julgar, ao nível macroeconómico, a eficácia e eficiência de casos específicos, ou quando uma intervenção deveria ser deixada a cargo da responsabilidade individual. Mesmo quando a abordagem do Comité Dunning passou a ser encarada de forma mais séria pelo governo "a problemática de (...) considerações financeiras (...) pressões políticas (...) levaram a que fosse muito difícil remover serviços do pacote básico". (31, 32)

Em 1994 foram feitas algumas alterações, e as noções de custo-eficácia e eficácia passaram a basear-se em *guidelines*. Porém, tal como afirma Hoedemaekers, o critério de "necessário" surgiu uma vez mais mas não foi empregue com o carácter absoluto implementado pelo Comité Dunning, mas como uma definição relativa, dividida em diferentes graus. Criaram-se assim duas categorias de cuidados: os que permitiam salvar a vida e os que possibilitavam que o indivíduo retomasse a sua participação na sociedade. Não se deveriam excluir categorias ou cuidados de saúde, mas combinações de indicação/tratamento, e a exclusão completa de um cuidado de saúde deveria ser evitada. (31)

Posteriormente, em 1997, foram distinguidos 3 sectores de cuidados de saúde (31):

- Prevenção;

- Cuidado:

1. Tratamento urgente de condições ameaçadoras da vida;
2. Tratamento urgente de uma condição que condiciona a perda de uma função essencial (como após um acidente);
3. Tratamento não urgente de uma doença ameaçadora da vida, (como uma neoplasia);
4. Tratamento não urgente de uma patologia que pode levar a perda de uma função essencial, (como a diabetes);
5. Tratamento de um doente crónico para minimizar danos permanentes.

- Cura, dependendo da gravidade da patologia e da noção de necessário.

Para cada uma destas categorias deveriam ser definidos os limiares de eficiência que, contudo, não se encontravam descritos no relatório. Este tornou-se, uma vez mais, alvo da crítica, dado que as definições criadas eram vagas e a implementação de categorias demasiado abrangente. (31)

Porém, em 2001, o avultado crescimento dos custos com a saúde levou à necessidade de redefinir o pacote básico. A noção de necessário passou a estar intimamente relacionada com o peso da doença e os custos que a sociedade concordaria em suportar, assumindo que o tratamento de doenças com grande peso era mais necessário e que custos elevados com o seu tratamento seriam aceitáveis. (31)

Posteriormente, em 2003, o Conselho Holandês para a Saúde decidiu criar um pacote solidário e um pacote obrigatório. O primeiro teria como critérios o peso da doença e o custo-eficácia do tratamento. O segundo deveria considerar ainda os custos do tratamento, o número de pacientes afectados, a capacidade de prevenção do tratamento e o impacto do tratamento na eficiência global dos serviços de saúde. O Governo teria a tarefa de determinar. (31)

Modelo do Estado Norte-americano do Oregon

Os planos *Medicare* e *Medicaid* foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América (EUA) devido ao elevado número de pessoas que não estavam abrangidas por um esquema de cobertura na prestação de cuidados de saúde. O primeiro abrange os idosos e indivíduos em diálise renal e o segundo os mais carenciados. (13)

A experiência de priorização no programa *Medicaid* no Estado do Oregon começou em 1989 e, segundo Sabik, "é o modelo de priorização mais explícito e um dos mais controversos dos EUA". Constitui também um dos primeiros exercícios explícitos de racionamento e teve a sua origem após a negação de um transplante de medula óssea que culminou na morte de uma criança. (32, 35-37)

O seu principal objectivo foi alargar o programa *Medicaid* a todos os residentes neste estado que se encontrassem abaixo do 100% do limiar de pobreza – em oposição aos 67% estabelecidos previamente, e criar um plano de saúde para os cidadãos que não tinham acesso a um seguro convencional. Porém, seria necessário limitar o número de serviços que o programa oferecia. (34-37)

O Plano de Saúde do Oregon foi motivado pelo desejo de criar um novo sistema de saúde que reconhecesse a realidade dos limites monetários, que definisse

criteriosamente os objectivos das políticas públicas e que incluísse a *accountability* nas decisões de alocação de recursos e suas consequências. (21)

Para que se estabeleçam prioridades foi necessário primeiramente definir (1):

- Elegibilidade – quem deveria ser abrangido pelos esquemas de cobertura pública;
- Benefícios – o que incluir no sistema de cobertura, revelando os serviços disponibilizados pelo sistema de saúde;
- Custos – determinar as fontes de financiamento e conhecimentos das técnicas e métodos mais eficientes.

Em 1991, a Comissão de Serviços de Saúde do Oregon elaborou uma lista de serviços de saúde ordenados por ordem decrescente e que deveriam ser garantidos pelo financiamento público. Foram utilizados dados fornecidos pelos serviços de saúde e valores sociais (através de audiências públicas, encontros comunitários, pesquisa telefónica e por membros da comissão responsável pelo processo de elaboração da lista). Inicialmente foi adoptada uma fórmula custo-utilidade, que gerou resultados inaceitáveis, que entravam em conflito com o parecer dos membros da comissão, uma vez que tratamentos baratos e eficazes para doenças relativamente pouco importantes, atingiam posições mais elevadas que outros, moderadamente mais caros e moderadamente eficazes, para o tratamento de patologias mais graves. (11, 38)

Seguiram-se então várias etapas (11, 26, 34, 38):

- Criação de um *ranking* de 17 categorias (disponível em Anexo) de serviços ordenados pelos membros da comissão, tendo em consideração a sua importância para a sociedade, para os indivíduos em risco que necessitassem do serviço e para a construção de um pacote básico. Posteriormente ordenaram-se os pares doença/tratamento, com base no conceito de benefício líquido, que permite estimar quão melhor/pior o doente se sente após se submeter/não determinado tratamento;
- Dentro das categorias, cada serviço foi priorizados com base no custo e eficácia;
- Por fim, os membros da comissão verificaram individualmente cada par para assegurar que a lista reflectia o melhor julgamento para todos os beneficiários do pacote.

Posteriormente um problema político exigiu que a comissão removesse os *inputs* obtidos a partir do público e que as prioridades se baseassem apenas na capacidade do tratamento prevenir ou não a morte e no seu custo. Porém muitos dos valores do público influenciaram inevitavelmente o juízo final da Comissão, que considerou ainda o facto

dos serviços promoverem a prevenção, prevenirem o risco de saúde pública ou se por outro lado eram tratamentos ineficazes, cosméticos entre outros. (38)

Obteve-se uma lista de 696 pares doença/tratamento mas, considerando o orçamento disponível, apenas os primeiros 565 foram financiados. Actualmente, os primeiros 502 serviços de uma lista de 680 pares são publicamente financiados. (36, 39)

Apesar de nem todos os tratamentos serem financiados, todos os indivíduos elegíveis têm direito ao estabelecimento do diagnóstico da sua condição como parte do pacote de benefícios básico, o que comporta custos elevados. Posteriormente a cobertura do tratamento é determinada pela sua posição na lista. (21)

Em 2006 foi feita uma revisão que gerou uma nova priorização de toda a lista, com maior ênfase a ser atribuído aos serviços de prevenção e às doenças crónicas. Foram criadas 9 categorias (a cada qual corresponde um peso, disponível em Anexo) e para definir o impacto de cada uma, bem como a importância relativa de cada par doença/tratamento, foram usadas as seguintes medidas: impacto dos anos de vida saudável; impacto no sofrimento; efeito na população; vulnerabilidade da população afectada; prevenção terciária. Juntamente com a eficácia e a necessidade de serviços médicos, criou-se uma fórmula que permite obter a pontuação total das diferentes condições clínicas (em Anexo). O custo líquido do serviço foi usado quando surgiam dúvidas. (38)

A eficácia, enquanto critério de selecção, não pressupõem que os recursos sejam empregues onde os problemas de saúde são mais graves, mas onde o ganho em termos monetários é superior. A distribuição de recursos é feita de forma mais eficiente, mas pode gerar situações paradoxais e colocar em causa os valores sociais quando exclui tratamentos que salvam vidas em detrimento de patologias não fatais, mas mais eficazes em termos de custo. (6)

Devido à rapidez com que se desenvolvem novas tecnologias nesta área, é importante uma revisão periódica da lista, que é efectuada de 2 em 2 anos. Os responsáveis pelas tomadas de decisões devem ter em consideração não só a opinião de peritos mas também os valores da comunidade. (35, 37)

Várias questões foram levantadas face à aplicação deste modelo (21, 35):

- Não se verificou um racionamento generalizado dos serviços do estado. Devido a pressões políticas, foi difícil excluir tratamentos da lista pelo que o plano se tornou mais generoso que o antigo plano da *Medicaid* e para alguns cuidados foi até considerado superior ao seguro comercial no Oregon;

- O valor médico dos serviços excluídos é geralmente marginal;
- Não permitiu diminuição significativa dos custos – durante os primeiros 5 anos, o Estado gastou apenas menos 2% do que o que teria gasto no anterior sistema. Neste contexto, a ideia que o racionamento através da lista poderia criar fundos suficientes para possibilitar uma cobertura universal provou ser uma ilusão.
- Os clínicos não se submeteram completamente às regras, uma vez que apesar de não cobrir o tratamento, o plano responsabiliza-se pelas consultas de diagnóstico mesmo das condições não incluídas no pacote e, por vezes, verificam-se alterações do diagnóstico inicial, para que o par se passe a encontrar acima da linha dos tratamentos financiados publicamente.

Em 2002, iniciou-se uma nova fase do plano, numa tentativa de aumentar a elegibilidade para o acesso à cobertura, foi criada uma nova lista que priorizava categorias mais abrangentes, semelhante à dos seguros privados. Foram então criados dois pacotes (26, 38):

- O plano original passou a ser designado *plus*, para cobrir a população elegível para a *Medicaid* e os pares incluídos seriam os mesmos da lista;
- Um pacote de benefícios reduzidos designado *standard*, para a população não abrangida pela *Medicaid*, cujos benefícios seriam aproximadamente 78% do valor do pacote *plus*.

Porém, estas novas medidas causaram uma diminuição do número de beneficiários, uma vez que era necessário o pagamento de prémios avultados para ter acesso a uma lista com benefícios menores. (26)

Desde a sua implementação mais de 1.5 milhões de residentes no Oregon foram cobertos pela lista, o que perfaz cerca de 1/3 da população do estado abrangido por este acesso alargado aos serviços de saúde tornado possível pela aplicação de medidas de priorização explícita. (35, 38)

TRIAGEM DE MANCHESTER: UM EXEMPLO DE PRIORIZAÇÃO EM PORTUGAL

Triagem, do francês *trier*, foi a designação criada pelo Baron Dominique Jean Larrey, cirurgião chefe da Guarda Imperial de Napoleão, para caracterizar um processo de ordenação e classificação dos doentes. Os doentes eram então submetidos a uma priorização, de acordo com o tipo de lesão que apresentavam e a sua condição física, com o propósito de decidir quem deveria ser atendido mais rapidamente. (40, 41)

Com o desenvolvimento dos sistemas de saúde modernos, e face ao aumento da expectativas e das exigências por parte da população, à afluência crescente a este serviço de saúde, às pressões económicas, ao número limitado de profissionais de saúde e aos novos recursos técnicos disponíveis tem-se assistido à sobrecarga dos Serviços de Urgência (SU). À medida que os serviços de prestação de cuidados de saúde se tornam mais complexos, as exigências e custos ficam progressivamente maiores. Neste contexto, a triagem de prioridades pode ser a chave para garantir a melhoria da condição do paciente e a sua sobrevivência. (40, 42)

A triagem foi adoptada em larga escala pelos SU de vários países, enquanto uma forma de ponderação clínica rápida para determinar o tempo e sequência em que o paciente deveria ser visto com recursos limitados. Alguns dos modelos de triagem mais reconhecidos são o Sistema de Triagem de Manchester, o Sistema de Triagem do Canada e o Sistema de Triagem Australasian, o Sistema de triagem de Andorra e o *Emergency Severity Index*. (40, 42-44)

O Sistema de Triagem de Manchester foi aplicado pela primeira vez em 1997, na cidade de Manchester, e desde então foi adoptado por vários países. Encontra-se em vigor em Portugal desde 2000, quando foi introduzido pelo Hospital Geral de Santo António e o Hospital Fernando Fonseca. (45)

O objectivo deste modelo de triagem é estabelecer prioridades, tendo por base critérios de gravidade sistemáticos, que permitam definir uma prioridade clínica e um tempo alvo recomendado até à observação pelo médico. Esta sistematização é feita por um profissional de saúde quando o doente dá entrada no SU e visa impedir o atendimento prioritário de doentes minimamente enfermos em detrimento de doentes com patologias verdadeiramente graves. A gestão dos pacientes é feita com base na necessidade clínica, deixa de ter como critério único a ordem de chegada. (40, 45)

A triagem é um processo necessariamente dinâmico uma vez que a condição do paciente se pode alterar rapidamente. A classificação é feita de acordo com a prioridade, tendo em conta o problema do paciente, a história clínica, sinais e sintomas, estado geral, sinais vitais e condição física. Este processo foi implementado para distinguir os pacientes que requerem tratamento imediato e devem ser atendidos o mais rapidamente possível dos pacientes fora de perigo que podem aguardar por um maior período de tempo. (40, 41, 43, 46)

Após a identificação da queixa inicial, procuram-se os discriminadores chave, um número limitado de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, seguindo o fluxograma de apresentação. A prioridade clínica define-se num conjunto de cinco categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo máximo de espera, como se encontra exemplificado no Quadro 2 (42, 46, 47):

Quadro 2 – Classificação dos utentes pela Triagem de Manchester

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo (min)
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240

Adaptado de *Moreno C, Rego, G 2008*.

Algumas das principais vantagens deste sistema são (17, 46, 47):

- A triagem deixa de ser feita pelo porteiro do SU, que encaminhava os doente sem critério objectivo;
- Tem como base prioridades clínicas, pelo que as situações mais críticas não esperam;
- Não implica recursos financeiros significativos;
- É uma ferramenta sensível para detectar os doentes críticos;
- Garante uniformidade de critérios.

Algumas falhas da Triagem de Manchester são (17, 47):

- Exige qualificação para que os profissionais possam efectuar a triagem;
- As decisões incorrectas levam a atrasos, aumento dos custos e em alguns casos podem ser fatais;

- Situações “dependentes do doente”, em que dois doentes com a mesma patologia clínica (e que deveriam ser triados com a mesma cor) são classificados de forma diferente porque um deles se encontra mais queixoso e o outro supera melhor a dor;

- Os utentes com as cores azul e verde esperam demasiado tempo.

Este método veio portanto beneficiar utentes com grau de gravidade elevado, que por necessitarem de apoio médico imediato são atendidos mais rapidamente; não beneficia os que apresentam situações pouco graves e que são classificados com as cores de menor prioridade, que têm um longo tempo de espera. O principal objectivo é beneficiar os utentes que se encontram em estado grave, assim estas falhas parecem estar de acordo com a ideologia do sistema de priorização. (17, 45)

Os desafios do futuro centram-se no desenvolvimento de sistemas de triagem capazes de identificar mais rapidamente quem necessita de uma resposta de emergência rápida e disponível, e desenvolver sistemas sensíveis e específicos para aplicar mais eficazmente os recursos limitados existentes. É necessário distinguir os pacientes em estado crítico para que sejam enviados para as instituições mais adequadas. (40)

A complexidade dos cuidados de saúde modernos, em termos de investigação, tratamento e equipamentos disponíveis, implica um exame e uma investigação precoces e acesso rápido ao tratamento especialmente em pacientes críticos. (40)

"A triagem é a porta de entrada para um serviço de saúde organizado que procura maximizar o seu *outcome*." (40)

CONCLUSÃO

Os custos com a saúde continuam a crescer a um ritmo que rapidamente se tornará insustentável. Muitos países, conscientes dessa problemática, implementaram medidas de priorização explícita, que acarretaram vantagens e desvantagens. Não existe um modelo de racionamento explícito perfeito, todos enfrentam dificuldades na sua aplicação e em alcançar as metas que se propunham atingir.

A cada ano o SNS tem vindo a financiar cada vez mais serviços, e não que se defenda um SNS estanque mas verifica-se que, apesar dos défices orçamentais da saúde, este continua a expandir-se. Esta problemática leva-nos a questionar: sendo a priorização explícita muito provavelmente um caminho necessário a seguir, quão longe estaremos de o alcançar?

Esta mudança implicará também alterações profundas ao nível legislativo e da mentalidade da nossa sociedade. Não é fácil criar um consenso nesta área, mas é importante tirar conclusões a partir dos modelos de priorização explícita vigentes noutros países para não cometer erros semelhantes. Independentemente das características do modelo que venha a ser aplicado é essencial que a população seja envolvida no processo, que as decisões tomadas quanto à exclusão de serviços sejam passíveis de recurso e que a ética seja o guia de todo o processo.

Apesar de não ter adoptado um sistema de racionamento explícito, e considerando que era necessária uma mudança urgente para possibilitar a contenção de gastos, a Administração Pública foi alvo de uma profunda reforma que visa tornar este sector tão dispendioso e com falhas graves num sector mais eficiente.

Em Portugal já se encontra em vigor uma forma de priorização explícita, aplicada ao nível do SU, o Sistema de Triagem de Manchester. Apesar de alguma controvérsia, tem possibilitado que de facto os pacientes mais urgentes tenham prioridade e não necessitem de aguardar. Demonstra-se assim que a priorização era uma medida necessária a este nível e possibilita que o serviço cumpra melhor o seu objectivo perante os doentes mais urgentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Nunes R, Rego G: Prioridades na Saúde. Lisboa: McGraw-Hill; 2002.
- 2- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948; www.who.int, consulta em Fevereiro de 2010.
- 3- Constituição da República Portuguesa, Título III, Capítulo II, Artigo 64º. Sétima Revisão Constitucional, 2005.
- 4- Gaminde I: Priorities in healthcare: a perspective from Spain. Health Policy 50; 1999: 55-70.
- 5- Woolf S et al: A Sense of Priorities for the Healthcare Commons. Am J Prev Med, 31(1); 2006: 99-102.
- 6- Werntofta E et al: Decision makers' experiences of prioritization and views about how to finance health care costs. Health Policy 92; 2009: 259–267.
- 7- Ryyneane O et al: Attitudes to health care prioritization methods and criteria among nurses, doctors, politicians and general public. Social Science and Medicine 49; 1999: 1529-1539.
- 8- Pinho M: Fórum: racionamento dos cuidados de saúde Introdução. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 24(3); 2008: 687-689.
- 9- Bærøe K: Priority-setting in healthcare: a framework for reasonable clinical judgements. Journal of Medical Ethics 35; 2009:488-496.
- 10- Rosén P: Public dialogue on health care prioritization. Health Policy 79; 2006: 107–116.
- 11- Coelho V: Como alocar recursos médicos escassos? Ciências sociais e saúde para o ensino médico. Hucitec, São Paulo, 2000.
- 12- Fontes P: Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento dos cuidados de saúde: entre a utilidade social e a equidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 24(3); 2008: 696-701.
- 13- Rego G: Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma Aplicação ao Sector da Saúde. Vida Económica, Porto, 2008.
- 14- Araújo J: A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública. <http://repositorium.sdum.uminho.pt>, consulta em Fevereiro de 2010.

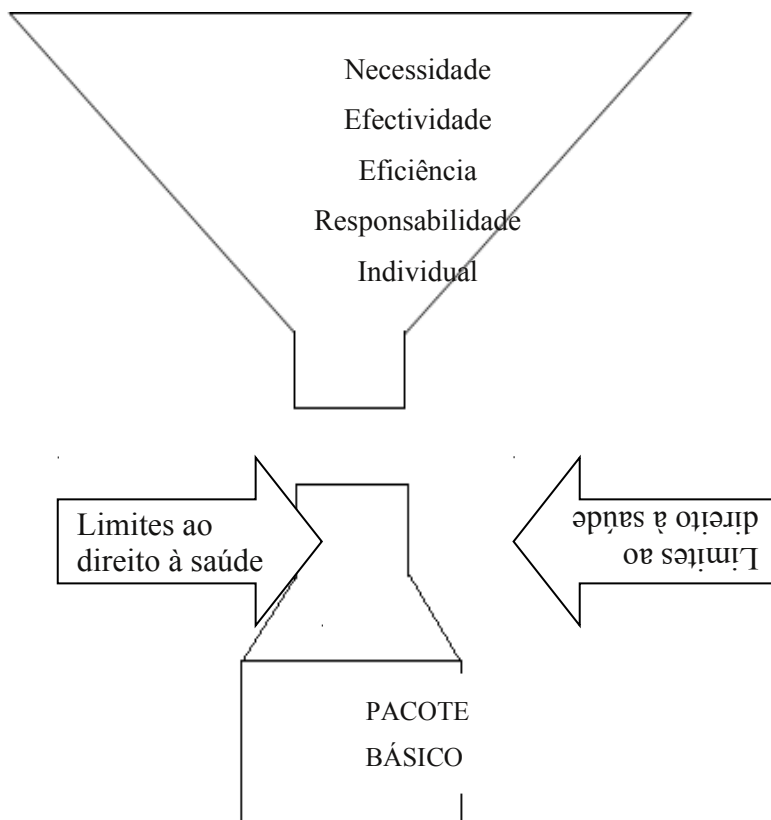
- 15- Rodrigues M, Araújo J: A Nova Gestão Pública na Governação Local. <http://repositorium.sdum.uminho.pt>, consulta em Fevereiro de 2010.
- 16- Araújo J, Hierarquia e Mercado: a Experiência Recente da Administração Gestonária. <http://repositorium.sdum.uminho.pt>, consulta em Fevereiro de 2010.
- 17- Moreno C, Rego G: Tese de Mestrado Integrado Sistema de Triagem de Manchester. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2008.
- 18- Withanachchi, N et al: Healthcare rationing: A guide to policy directions in Sri Lanka. *Health Policy* 78; 2006: 17–25.
- 19- Owen-Smith A et al: “I can see where they’re coming from, but when you’re on the end of it you just want to get the money and the drug”: Explaining reactions to explicit health care rationing. *Social Science & Medicine* 68; 2009: 1935–1942.
- 20- Pinho M: Racionamento dos cuidados de saúde: problemática inerente. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3); 2008: 690-695.
- 21- McPherson A: The Oregon plan: rationing in a rational society. *Can Med Assoc J* 145 (11); 1991: 1444-1445.
- 22- Gomes M, Pickard S et al: Fórum de Lisboa de Administração de saúde; 2º Ciclo de debates 1998/1999, Fundação Calouste Gulbenkian.
- 23- Veiga P: Fórum: racionamento dos cuidados de saúde. Posfácio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(3); 2008: 708-709.
- 24- Jagsi R et al: Real-Time Rationing of Scarce Resources: The Northeast Proton Therapy Center Experience. *Journal of Clinical Oncology* 22; 2004: 2246-2250.
- 25- Norheim O et al: Adoption of new health care services in Norway (1993–1997): specialists’ self-assessment according to national criteria for priority setting. *Health Policy* 56; 2001: 65–79.
- 26- Oberlander J: Health Reform Interrupted: The Unraveling Of The Oregon Health Plan: Once held up as a health reform model, Oregon struggles to keep its promises to its poor, uninsured citizens. *Health Affairs* 26; 2007: 96–105.
- 27- Werntofta, E et al: Decision makers’ experiences of prioritisation and views about how to finance health care costs. *Health Policy* 92; 2009: 259–267.
- 28- Berg M et al: Technology assessment, priority setting, and appropriate care in Dutch health care. *Intl. J. of Technology Assessment in Health Care* 20:1, 2004; 35-43.
- 29- Martínez F et al: ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. *Gac Sanit* 22 (Supl 1); 2008: 126-36.

- 30- Strech D et al: Are physicians willing to ration health care? Conflicting findings in a systematic review of survey research. *Health Policy* 90; 2009: 113–124.
- 31- Hoedemaekers R et al: Problematic Notions in Dutch Health Care Package Decisions. *Health Care Analysis* 11; 2003: 287-294.
- 32- Sabik L et al: Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health* 7:4; 2008.
- 33- Kapiriri L et al: Priority setting at the micro-, meso and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy* 82; 2007: 78-94.
- 34- Glass A: The Oregon Health Plan Development and Implementation of an Innovative Method of Delivery of Health Care Services to the Medically Indigent. *CANCER Supplement* 82; 1998: 1995-1999.
- 35- Oberlander J et al: Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. *CMAJ* 164(11); 2001: 1583-7.
- 36- Ham C: Retracing the Oregon trail: the experience of rationing and the Oregon health plan. *BMJ* 316; 2008:1965–9.
- 37- Blumstein J: The Oregon Experiment: The Role of Cost-Benefit Analysis in The Allocation Of Medicaid Funds. *Soc. Sci. Med.* 45; 1997: 545-554.
- 38- DiPrete B et al: A Brief History of Health Services Prioritization in Oregon, Salem, Ore: Oregon Health Services Commission, 2007.
- 39- http://www.oregon.gov/OHPPR/HSC/current_prior.shtml, consulta em Fevereiro de 2010.
- 40- Robertson-Steel I: Evolution of Triage Systems, *Emergency Medical Journal* 23; 2006:154-155.
- 41- Andersson A et al: Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 11; 2006: 136-145.
- 42- Sánchez F et al: The physician as a necessary participant in triage in the Emergency Department of a tertiary hospital. *Emergencias* 20; 2008: 41-47.
- 43- Cronin J: The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland. *Accident and Emergency Nursing* 11; 2003: 121-125.
- 44- Grouse A et al: The Manchester Triage System provides good reliability in an Australian emergency department. *Emerg Med J* 26; 2009: 484–486.

- 45- Nota de Alta, Boletim Informativo do Hospital do Barlavento Algarvio, SA, www.chbargarvio.min-saude.pt, consulta em Fevereiro de 2010.
- 46- Cooke M, Jinks S: Does the Manchester triage system detect the critically ill? J Accid Emerg Med 16; 1999: 179-181.
- 47- Morais C, Rodrigues M: Sistema de Triagem de Prioridades na Urgência – Método de Manchester. Política de Saúde, Universidade Portucalense Faculdade de Medicina do Porto, Porto, 2003.

ANEXO

- 1- Figura 1 – *Dunning's funnel*, adaptado de Nunes R, Rego G: *Prioridades na Saúde*. Lisboa: McGraw-Hill; 2002.



2- As 17 categorias do modelo do Oregon (38):

Categoria 1: condição aguda fatal, o tratamento previne a morte com recuperação total;

Categoria 2: cuidados de maternidade;

Categoria 3: condição aguda fatal, o tratamento previne a morte sem recuperação total;

Categoria 4: cuidados preventivos na criança;

Categoria 5: condição fatal crónica, o tratamento possibilita a melhoria da qualidade de vida e a sobrevivência;

Categoria 6: serviços de reprodução (excluindo a maternidade e serviços de infertilidade);

Categoria 7: cuidados de conforto;

Categoria 8: cuidados dentários preventivos;

Categoria 9: cuidados preventivos eficazes para adultos;

Categoria 10: condições agudas não fatais, o tratamento possibilita retorno ao estado de saúde prévio;

Categoria 11: condição crónica não fatal, um tratamento usado uma só vez melhora a qualidade de vida;

Categoria 12: condição aguda não fatal, o tratamento não resulta em retorno ao estado de saúde prévio;

Categoria 13: condição crónica não fatal, tratamento repetitivo melhora a qualidade de vida;

Categoria 14: condições crónicas auto-limitativas em que o tratamento agiliza a recuperação;

Categoria 15: serviços de infertilidade;

Categoria 16: cuidados preventivos para adultos menos eficazes;

Categoria 17: condição fatal ou não fatal, o tratamento não gera melhorias ou gera melhorias mínimas na qualidade de vida

3- As 9 categorias do modelo do Oregon, o seu peso respectivo, as medidas utilizadas e a fórmula resultante (38):

A – As 9 categorias:

Categoria 1: cuidados da maternidade e do recém-nascido – 100;

Categoria 2: prevenção primária e secundária – 95;

Categoria 3: tratamento de doenças crónicas – 75;

Categoria 4: serviços de reprodução – 70;

Categoria 5: cuidados de conforto – 65;

Categoria 6: condições fatais em que o foco do tratamento consiste na modificação da doença ou cura – 40;

Categoria 7: condições não fatais em que o foco do tratamento é a modificação da doença ou a cura – 20;

Categoria 8: condições auto-limitativas – 5;

Categoria 9: tratamento sem importância – 1.

B – As medidas utilizadas para a construção da fórmula:

- Impacto dos anos de vida saudável – de 0 (sem impacto) a 10 (alto impacto);

- Impacto no sofrimento – de 0 (sem impacto) a 5 (alto impacto);

- Efeito na população – de 0 (sem efeito) a 5 (efeito alargado);

- Vulnerabilidade da população afectada – de 0 (sem vulnerabilidade) a 5 (elevada vulnerabilidade);

- Prevenção terciária – de 0 (não previne complicações) a 5 (previne complicações severas).

Juntamente com a eficácia – de 0 (sem eficácia) a 5 (elevada eficácia), e a necessidade de serviços médicos – de 0 (o serviço nunca é requisitado) a 1 (o serviço é sempre requisitado).

C – A fórmula para determinar a importância dos pares doença/tratamento:

