



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2014/2015

José Pedro Silva de Sousa Vale
O Modelo de Gestão de Parcerias
Público-Privadas: uma Aplicação no
Setor Hospitalar

Março, 2015

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

José Pedro Silva de Sousa Vale
O Modelo de Gestão de Parcerias
Público-Privadas: uma Aplicação no
Setor Hospitalar

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

Tipologia: Monografia

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Prof.^a Doutora Guilhermina Rego

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Revista Portuguesa de Saúde Pública

Março, 2015

FMUP

Eu, José Pedro Silva de Sousa Vale, abaixo assinado, nº mecanográfico 200902487, estudante do 6º ano do Ciclo de Estudos Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato 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, 02/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

José Pedro Silva de Sousa Vale

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

NOME

José Pedro Silva de Sousa Vale

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13923245

mimed09077@med.up.pt

918678356

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200902487

2015

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Administração Hospitalar

TÍTULO MONOGRAFIA

O Modelo de Gestão de Parcerias Público-Privadas: uma Aplicação no Setor Hospitalar

ORIENTADOR

Prof.^a Doutora Guilhermina Rego

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 02/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

José Pedro Silva de Sousa Vale

O Modelo de Gestão de Parcerias Público-Privadas: uma Aplicação no Setor Hospitalar

The Management Model of Public-Private Partnerships: an Application in the Hospital Health Sector

José Pedro Silva de Sousa Vale

Aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Contacto

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Serviço de Bioética e Ética Médica

Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Portugal

Telefone: 918678356

E-mail: mimed09077@med.up.pt

Contagem de palavras

Resumo: 105

Abstract: 97

Texto principal: 4482

Agradecimentos

À Prof.^a Doutora Guilhermina Rego, pela oportunidade de realizar este projeto sob sua orientação e pelo apoio manifestado em todas as fases de construção do mesmo.

A todos aqueles que me acompanharam e apoiaram ao longo deste percurso.

ÍNDICE

Resumo	2
Abstract	2
1. Introdução	3
2. Objetivo e Métodos	3
3. O Modelo e o seu Enquadramento Histórico-Legal	4
4. Exemplos Internacionais	8
4.1. Hospital Alzira, Valência, Espanha	8
4.2. Paddington Health Campus, Londres, Inglaterra	8
4.3. Turks e Caicos National Health	9
4.4. Lesotho Hospital New E-Clinic Network	9
4.5. Hospital La Trobe, Austrália	9
5. Hospitais PPP Portugueses	9
5.1. Cascais	9
5.2. Braga	10
5.3. Loures	11
5.4. Vila Franca de Xira	11
6. Discussão	13
7. Conclusão	14
8. Referências Bibliográficas	15
Anexo	19
-Instruções aos Autores da Revista Portuguesa de Saúde Pública	

O Modelo de Gestão de Parcerias Público-Privadas: uma Aplicação no Setor Hospitalar

The Management Model of Public-Private Partnerships: an Application in the Hospital Health Sector

Resumo

A pressão sobre os orçamentos de saúde contribui para o surgimento de novos modelos de gestão na saúde. As Parcerias Público-Privadas (PPP) alargam o fornecimento e financiamento de serviços públicos e procuram introduzir mais eficiência e equidade na saúde. Este artigo descreve a evolução do modelo de PPP no sistema hospitalar em Portugal. Procedeu-se ao levantamento de literatura científica revista por pares utilizando os termos de busca 'Public Private Partnerships' *and* 'Health' *and* 'Hospitals' *and* 'Portugal' em tópicos de artigos e documentos de trabalho. As PPP no sistema de saúde público têm crescido, e a abordagem PPP na saúde é um modelo de gestão atraente.

Palavras Chave: Administração Hospitalar, Gestão Hospitalar, Hospitais PPP, Parcerias Público-Privadas, Saúde

Abstract

The pressure on healthcare budgets have contributed to growing new business models in health. The Public-Private Partnerships (PPP) aim to provide and finance public services and to introduce more efficiency and equity in health care. This article describes the development of the PPP model in Portugal's hospital care system. A survey of peer-reviewed scientific literature was carried, using the search terms 'Public Private Partnerships' *and* 'Health' *and* 'Hospitals' *and* 'Portugal' articles' topics and working papers. Despite the PPP within public health systems have grown, the PPP approach to healthcare services is an attractive business and management model.

Keywords: Health; Hospital Administration; Hospital Management; Public-Private Partnerships; PPP Hospitals

Introdução

O acesso universal aos cuidados de saúde em Portugal e na maioria dos países da Europa é tido cada vez mais como um dado adquirido. Constatam-se uma evolução crescente dos modelos económicos e de gestão na saúde pois os governos são confrontados com novos desafios como restrições fiscais, o que os força a priorizar e restringir os gastos públicos, a pressão crescente de melhorar a qualidade, fornecer serviços a população cada vez mais envelhecida e de investimento em novas tecnologias.¹⁻⁵ A discussão de Parcerias Público-Privadas (PPP) no setor da saúde é oportuna tendo em vista estes novos desafios de financiamento e gestão dos cuidados de saúde.²

As PPP permitem alargar a possibilidade de fornecimento e financiamento de serviços públicos garantindo os custos de construção e operação de hospitais e outros tipos de prestação de serviços de saúde.⁶ É pouco atractivo, do ponto de vista político, para o governo impor novos impostos ou aumentar as contribuições para a segurança social com vista ao financiamento de serviços públicos de saúde.⁷ Sendo assim, o setor público tem a possibilidade de reduzir as despesas de capital ao atrair financiamento privado.^{3,7} Com as PPP na saúde, os governos esperam evitar despesas de capital, proporcionar melhorias na eficiência e um melhor retorno sobre o investimento.^{2,3,8}

O programa das PPP em Portugal é o segundo maior em relação ao tamanho do setor da saúde de um país, e foi estimulado em parte pelas preocupações com o desempenho e custos abaixo do padrão em hospitais públicos que estão ao abrigo de contratos tradicionais. Acresce que a opção de parceria é valorizada à contratação pública tradicional tendo em conta o histórico de má gestão de obras por parte do Estado em regime de empreitadas.⁸⁻¹¹

Objetivo e Métodos

Este artigo tem como objetivo principal descrever a evolução do modelo de Parcerias-Público-Privadas no sistema hospitalar adotado em Portugal e avançado em 2002 no âmbito da reforma do Sistema Nacional de Saúde. Para este efeito procedeu-se ao levantamento de literatura científica revista por pares utilizando os termos de busca 'Public Private Partnerships' and 'Health' and 'Hospitals' and 'Portugal' em tópicos de artigos e documentos de trabalho. A pesquisa forneceu um total de 1520 citações. Destes, 1462 estudos foram excluídos após

análise dos títulos ou resumos que não cumpriam os critérios para o âmbito deste artigo e 46 artigos foram incluídos com base no título e resumo, dos quais 24 são relatórios de gestão e documentos de trabalho.

O Modelo e o seu Enquadramento Histórico-Legal

Neste artigo define-se Parcerias-Público-Privadas (PPP) como um projeto a longo prazo, que exige o contrato entre entidades públicas e privadas com base num acordo de projeto ou contrato de concessão. O contrato deve incluir a agregação de *design*, construção, operação e/ou manutenção de ativos, com o óbvio componente privado de financiamento. Os pagamentos são feitos ao longo do prazo do contrato de PPP pelo setor público ao parceiro.

A origem das PPP no setor da saúde remonta à década de 1990 no Reino Unido, e desde então espalharam-se internacionalmente.^{12,13} Está descrito que o modelo do Reino Unido é baseado na prestação de serviços por parte de um operador privado que compreendem os serviços de infra-estruturas e os serviços de *hard facilities* como por exemplo, serviços de manutenção do edifício e jardins e de recolha de resíduos e estacionamento; e os serviços de *soft facilities* que são, por exemplo, serviços de lavandaria e limpeza, de alimentação e de segurança. Deste modo, neste modelo o operador privado não é responsável pela prestação de cuidados de saúde nem pela gestão hospitalar ou clínica.^{2,4,5,12,14,15} De acordo com Simões et al. o modelo do Reino Unido é o que tem ganho maior aceitação devido ao facto da gestão clínica não estar ao embargo do operador privado.¹⁴ Isto torna o modelo relativamente atraente para sindicatos, construtores e instituições financeiras.¹⁴

O modelo PPP português surge a partir do modelo supracitado e baseia-se num contrato que envolve a conceção, construção, financiamento, conservação, exploração dos ativos das infra-estruturas e a prestação de serviços clínicos. Em Portugal, a experiência pioneira de gestão privada de um hospital público consistia no caso do Hospital Fernando da Fonseca, em 1995, e o contrato incidia apenas sobre a gestão clínica do hospital, tendo a construção sido financiada por fundos públicos e contratada como pertencente ao setor empresarial do estado.¹⁴

Em Portugal o modelo assenta no pressuposto que uma empresa é responsável pelo desenvolvimento e gestão dos edifícios com um contrato de 30 anos, e uma outra é responsável pelos serviços com um contrato de 10 anos.³ Deste modo, o modelo PPP é

implementado através de duas sociedades gestoras: a entidade gestora do estabelecimento hospitalar que assume a gestão de *soft facilities* e a prestação dos serviços clínicos com uma duração de contrato mais curta¹⁴, e a entidade gestora do edifício hospitalar que assume a prestação dos serviços de infra-estruturas e gestão de *hard-facilities* com um período de contrato mais longo.² Com objetivos contratuais e vocações operativas diferenciadas, as duas entidades gestoras têm horizontes contratuais diferenciados, sendo remuneradas por dois mecanismos de pagamento distintos e gerando dois fluxos de pagamento independentes. Assim, a principal diferença das PPP hospitalares em Portugal e a maior parte de outras PPP na área da saúde é a inclusão de atividades clínicas no âmbito do contrato.¹³

A introdução das PPP na saúde tem como objetivos principais a eficiente prestação de cuidados de saúde, a aceleração no desenvolvimento de infra-estruturas, a adoção de um modelo de gestão mais económico, eficiente e eficaz, baseado na transferência de riscos para os operadores privados, a melhoria geral no acesso e na equidade da prestação de cuidados de saúde para as populações das áreas beneficiadas, a neutralidade de custo para o paciente (não experienciando mudança nos pagamentos no ponto de atendimento), e a neutralidade de custo para o governo (garantindo que a despesa anual dos novos serviços e instalações seja pelo menos igual aos gastos históricos).^{2,14,16}

De acordo com a literatura, servem como aspetos para um bom contrato em regime PPP: a implementação de um projeto-piloto, garantia de qualidade na monitorização de desempenho, definição cuidadosa de metas e restrições orçamentais para cada fase do projeto^{2,16}, criação de planos de capacidade para as construções, orientações e avaliações do setor público, padronização de documentos e procedimentos de aquisição e ajuste acelerado a mudanças nas condições de mercado.^{2,10,16,17}

Por um lado na literatura afirma-se que as PPP aliviam os orçamentos libertando tensão de recurso públicos, mas por outro lado alega-se que a apazibilidade das PPP reside na delegação das finanças, investimento e gestão de empresas privadas^{4,18}. No entanto é ainda levantada a hipótese que as PPP não liberam recursos públicos pela razão que após a necessidade reduzida de impostos para financiamento, existe um período em que o governo abre mão de receitas provenientes das taxas de usuário que são trocados pela concessionária. Essas receitas poderiam ter sido recebidas pelo governo e usadas para reduzir os impostos de distorção,

logo, não há ganho líquido para o governo no valor descontado.^{4,19}

Assim em 2001 foi criada a Estrutura de Missão Parcerias Saúde com o objetivo de supervisionar e coordenar a preparação, lançamento e condução dos concursos relativos aos projetos de parceria (Resolução do Conselho de Ministros nº 162/2001, de 16 de Novembro²⁰). No mesmo ano, foi anunciada a Primeira Vaga de PPP na Saúde que englobava um total de 10 infra-estruturas, incluindo hospitais, um Centro de Reabilitação e um *Call Center* para o SNS. No entanto, os hospitais de 1ª geração foram apenas os hospitais de Cascais, Braga, Loures e Vila Franca de Xira. Em 2002, foi anunciada a segunda vaga de PPP na saúde com mais seis hospitais [Lisboa Oriental, Faro (Hospital Central do Algarve), Seixal, Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa do Varzim/Vila do Conde].^{2,9,14,21,22} Apesar de ter sido o primeiro, o Centro Hospitalar de Cascais não está em curso o tempo suficiente para serem determinados os fatores críticos para o seu sucesso, mas permitiu ao governo adaptar o seu processo de licitação para os contratos posteriores de parcerias hospitalares com vista a ser mais simples e claro.¹⁶

Para o lançamento das PPP foram constituídos Grupos de Coordenação Interdepartamental (GCI), com o objetivo de assegurar a organização entre as entidades envolvidas e cada GCI é presidido pelo responsável da Estrutura de Missão Parcerias Saúde, ou por um representante seu, sendo que a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a Direção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde (DGIES) e a Administração Regional de Saúde (ARS) também estão representadas neste mesmo grupo de coordenação.⁹ De acordo com as áreas de intervenção, foram definidos cinco GCI: GCI/PPP Norte, GCI/PPP Centro, GCI/PPP Lisboa e Vale do Tejo, GCI/PPP Alentejo e GCI/PPP Algarve.⁹

Ao nível do enquadramento legal, a legislação no setor da saúde antecipou-se ao próprio regime geral de regulamentação das PPP com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 185/2002 de 20 de Agosto²³, que define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e serviços integrados no SNS e outras entidades. Este diploma veio introduzir alterações ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, permitindo, desta forma, o uso das PPP para a construção e gestão de hospitais. Em 2003, através do Decreto-Lei n.º 86/2003 de 26 de Abril²⁴, fica definido o regime geral das PPP, introduzindo alterações ao referido Decreto-Lei

n.º 185/2002²³. Os Decretos Regulamentares n.º 14/2003, de 30 de Junho e n.º 10/2003, de 28 de Abril^{25,26}, definem, respetivamente, as condicionantes do caderno de encargos e do procedimento prévio à contratação, conjuntamente com o código dos contratos públicos, Decreto-lei 278/2009, de 2 de Outubro.^{9,16,27,28,29}

Em 2012, é aprovado o Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio³⁰, que pretendia concretizar os compromissos assumidos do Memorando de Entendimento celebrado com o Programa de Assistência Económica e Financeira a Portugal, tendo este um foque especial na comportabilidade orçamental e na decisão de lançamento de novas parcerias, nomeadamente no desenvolvimento dos hospitais de 2ª geração. No entanto parece existir permissão para o avanço da parceria para o Hospital de Todos os Santos e possivelmente também para o Hospital Central do Algarve (Faro)⁹, com concessão para a construção e manutenção dos edifícios e não incluindo gestão clínica.

De acordo com Sciulli et al. e Barros et al., a parceria com o setor privado tem como benefícios associados a redução de grandes investimentos iniciais de recursos públicos, o aproveitamento da eficiência operacional dos parceiros privados, uma gestão individualizada de serviços hospitalares e de infra-estruturas e pode ser também um método de alavancar novos conhecimentos técnicos e tecnológicos.^{2,5,31} De acordo com Liebe et al. existe, em contrapartida, a possibilidade de parcerias público-privadas poderem restringir o comportamento competitivo.^{32,33}

É necessária uma pré-avaliação cuidadosa para a conceção e gestão de uma PPP. Segundo McLellan et al. há aspetos importantes a ter em conta para a gestão e planeamento de uma PPP eficaz.³⁴ Estes envolvem a análise cuidadosa da alocação de riscos financeiros e recompensas, análise dos mecanismos e das responsabilidades de tomada de decisão, bem como análise do quadro regulamentar e contratual aplicável, como por exemplo, sistemas de acreditação melhorados, as políticas de direitos do paciente actualizadas, e transparência no desempenho dos profissionais de saúde. Para além disso no que concerne à redução do risco fiscal esta exige que os custos e riscos das obrigações contratuais numa parceria devem ser identificados e quantificados antecipadamente para que de facto não se incorra em gastos fora do orçamento, adiamento de custos fiscais consideráveis, em custos de financiamento privados obscuros mais elevados ou em custos de alocação excessivos para o setor público.^{2,35}

É ainda alegado por Nikolic et al. que existe o risco de criar excesso de capacidade ou de nova capacidade no lugar errado no sistema de saúde, que pode ser evitado com um planeamento e licenciamento eficazes baseados na necessidade dos serviços.²

Exemplos Internacionais

Os casos do Hospital Alzira, em Valência, Espanha, do Hospital australiano La Trobe, em Melbourne, dos Hospitais das ilhas Turks e Caicos, o Hospital Paddington Health Campus em Londres Reino Unido, e o Hospital Canadiense Brampton Civic em Ontario estão citados na literatura.³⁶ Contudo apenas são exemplos da aplicação deste modelo de gestão e não servem como casos comparáveis ao ambiente populacional micro-económico das PPP na saúde em Portugal.

Assim, a título de exemplo, de forma enumerária veja-se os casos:

A) Hospital Alzira, Valência, Espanha

Em 1999, um consórcio constituído por uma companhia de seguros, bancos e empresas de construção foi premiado com um contrato pelo governo regional de Valência para a construção de um hospital para substituir instalações já consideradas obsoletas.⁹ Posteriormente o contrato mostrou-se financeiramente insustentável provocando um refinanciamento contratual e uma injeção financeira substancial.¹² Este hospital afetou positivamente o desempenho de hospitais públicos em Valência, pois a cirurgia de ambulatório pioneira em Alzira naquela região está generalizada por outros hospitais vizinhos, e a taxa de cesarianas para partos de baixo risco reduziu localmente.^{37,38}

B) Paddington Health Campus, Londres, Inglaterra

Este campus hospitalar é fruto de uma iniciativa financeira privada para consolidar vários hospitais de ensino num único local, a oeste de Londres. O orçamento subiu consideravelmente comparado com o esboçado inicialmente e a conclusão sofreu um atraso considerável. Um relatório oficial destaca a extrema complexidade do projeto, linhas de prestação de contas pouco claras e falta de apoio ao projeto por parte do governo.⁵ A literatura sugere que desafios desde a ampla gama de referências e prestação de serviços para vários tipos de pacientes até à participação ativa da universidade e financiadores de pesquisa complementam particularidades ultrapassadas por este hospital e o seu modelo de gestão ppp.^{12,39}

C) Turks e Caicos National Health

Estas ilhas localizadas em território britânico ultramarino a este de Miami, Florida têm um contrato de vinte e cinco anos. O contrato é renovável a cada cinco anos com o consórcio, para permitir um *benchmarking* competitivo. A parceria também inclui um plano de seguro nacional de saúde e uma autoridade reguladora para monitorizar a qualidade.^{5,10,28,40}

D) Lesotho Hospital New E-Clinic Network

A parceria deste hospital foi adjudicada para substituir o hospital terciário do país, servindo também para ampliar o volume de serviços prestados, mantendo o orçamento de funcionamento actual, acomodando um aumento de 24 por cento nas consultas externas e um aumento de 21 por cento em visitas hospitalares e sem existirem incrementos para os pacientes.³⁶

E) Hospital La Trobe, Austrália

O modelo deste hospital é um modelo que envolve a contratação dos serviços clínicos e o desenvolvimento de infra-estruturas pelo operador privado e serviu para substituir o hospital público mais antigo.¹⁴

Existe um modelo atualmente a ser experimentado na Alemanha que toma a forma de uma franquia emitida a uma entidade privada que compra hospitais municipais e universitários mas com o controlo rigoroso por parte de uma autoridade pública em que os níveis de reembolso financeiro para procedimentos médicos realizados são os mesmos que para os hospitais públicos.¹⁵ As duas empresas privadas alemãs actualmente neste processo já detêm e gerem mais de cinquenta hospitais espalhados por toda a Alemanha.⁸

Hospitais PPP Portugueses

São sumariamente descritos os hospitais já operacionais e apontados os principais fatores que conduziram a uma certa ineficiência dos contratos realizados.

A) Cascais

Em 2008, o Governo de Portugal adjudicou um contrato ao consórcio Hospitais Privados de Portugal (HPP) e ao Grupo Teixeira Duarte para projetar, construir, operar, manter e também fornecer serviços de apoio clínico e não-clínico o Centro Hospitalar de Cascais, que integra o

hospital Condes de Castro Guimarães e o hospital ortopédico Dr. António José de Almeida.^{16,41} A duração do contrato para o Grupo Teixeira Duarte é de 30 anos, com 24 meses de construção, e a duração do contrato com o HPP é de 10 anos, embora este possa ser extensível a um máximo de 30 anos.^{16,41} Esta parceria foi a primeira em Portugal e as instalações começaram a operar em 2010. A mesma, garante serviços de qualidade superior com o mesmo custo para os pacientes, e com um custo para o governo, 9% inferior que uma outra opção puramente pública.^{16,22,42} O hospital serve uma população de 170 mil pessoas na região de Cascais e tem 250 camas.^{16,28,41}

B) Braga

Em Fevereiro de 2004 iniciou-se o projeto de conceção, construção e gestão, com a formulação inicial da parceria, sendo o concurso lançado em Janeiro de 2005.⁹

Ao concurso do Novo Hospital de Braga, candidataram-se 6 concorrentes (Espírito Santo Saúde, CESP, José de Mello Saúde, Grupo Português de Saúde, Santa Casa da Misericórdia do Porto e Hospitais Privados de Portugal) em que todos eles apresentaram propostas acima do contrato-programa. Na segunda fase do concurso, resulta a proposta da Escala Braga, superando a Espírito Santo Saúde. Foi assim adjudicado o Novo Hospital de Braga à Escala Braga, para projetar, construir, operar e manter o Hospital de Braga durante 30 anos com 27 meses de construção, e para fornecer clínica e serviços de apoio não-clínicos de 10 anos.⁴³ O contrato de gestão foi assinado em Fevereiro de 2009.⁹ O governo remunera a parte da gestão do edifício através de pagamentos de disponibilidade, e a parte da gestão clínica através de contratos anuais. Ambos os pagamentos de disponibilidade e de encargos estão sujeitos a um serviço de avaliação e de desempenho e podem ser recusados se deste resultarem falhas.^{16,27,28,41} O Hospital de Braga vai substituir um hospital existente e servir como um novo hospital de ensino ligado à Faculdade de Medicina da Universidade do Minho.⁴⁴ Tem uma área clínica de 99.000 metros quadrados, uma área de construção de 140 mil metros quadrados, 706 camas, 1.800 funcionários, 12 salas de operação, 15 quartos de partos, 60 salas de consulta e irá servir uma população de 2.740.000 pessoas.⁴¹ Estima-se que totalize uma redução de custos do Governo em 14%.^{9,16} Para os pacientes que utilizam serviços gratuitos de saúde no âmbito do sistema nacional o custo é neutro.¹⁶

C) Loures

O concurso relativo à construção deste hospital foi o primeiro a ser lançado, dando início ao Programa de PPP em Saúde e pretende servir uma população de 350 mil habitantes e um total de 565 camas. O processo referente à conceção, financiamento, construção e gestão do novo Hospital de Loures iniciou-se em Janeiro de 2003.⁹

Participaram no concurso quatro concorrentes, e no processo de avaliação das propostas verificou-se um conjunto de inconsistências das mesmas.¹⁷ Solicitada uma audiência para esclarecimento das irregularidades detetadas e após análise das respostas dos concorrentes, a Comissão de Avaliação das Propostas considerou que a situação verificada punha em causa o interesse público, tendo proposto aos Ministros de Estado, das Finanças e da Saúde a declaração de inaceitabilidade das propostas com fundamento na verificação das desconformidades ao caderno de encargos, que afetaram de forma permanente qualquer possibilidade de comparação. Assim, em Março de 2006, em Despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Ministro das Finanças, o concurso da PPP do Hospital de Loures foi anulado.¹⁷ Foram sugeridas duas possíveis soluções: o início de um procedimento totalmente novo ou a abertura de um procedimento restrito aos concorrentes qualificados no procedimento entretanto extinto. Assim, em Maio de 2006 foi constituída a Comissão de Acompanhamento do Projeto para o Hospital de Beatriz Ângelo (Despacho Conjunto n.º 392/2006, DR II Série, de 12 de Maio), sendo o concurso lançado em Fevereiro de 2007, no qual apenas concorreram dois dos consórcios que já tinham concorrido: José de Mello Saúde e Espírito Santo Saúde. No final de 2008 o concurso encontrava-se na fase de avaliação das propostas, acabando por ser adjudicado ao Grupo Espírito Santo Saúde em 2009 (Despacho nº 20975, 2ª série, Nº 182 de 18 de Setembro de 2009).⁹ O Hospital de Beatriz Ângelo foi inaugurado em Janeiro de 2012 e para o qual é estimado um valor atualizado dos encargos futuros acima dos esperados.⁴⁵

D) Vila Franca de Xira

A parceria relativa ao Hospital de Vila Franca de Xira tem o objetivo de substituir o atual Hospital de Reynaldo dos Santos e em Janeiro de 2005 iniciou-se todo o processo relativo à conceção, financiamento, construção e gestão do novo Hospital de Vila Franca de Xira.⁹ Abrange uma população de 220 mil habitantes e disponibilizará cerca de 520 camas.⁹ Dos cinco concorrentes iniciais, foram selecionados dois para a fase de negociação competitiva

a Saúde Xira e a Escala Vila Franca de Xira, sendo este último o vencedor do concurso. O total de custos correspondeu a 12% acima do valor da proposta.⁷ A data de conclusão da construção do edifício foi em 2013.⁴⁶

Após a realização de uma avaliação dos hospitais da primeira onda, o governo determinou que a inclusão do componente clínico implica demasiado tempo em processos de negociação o que leva a atrasos de projetos. Portanto, a segunda onda de PPP de Portugal só inclui a componente de infra-estrutura e um processo de captação mais simples para os licitantes.^{16,34}

De acordo com o relatório de auditoria ao programa PPP da saúde realizado pelo Tribunal de Contas em 2009 os principais fatores apontados que conduziram a uma certa ineficiência das parcerias foram a falta de instrumentos estratégicos de planeamento setorial regional; falta de avaliação prévia de capacidades; inexperiência em PPP no Ministério da Saúde; inconsideração de experiências internacionais comparáveis, ausência de um projeto-piloto previamente testado; lançamento de PPP em vagas sem conhecimento prévio dos resultados; incapacidade de resposta da gestão pública e lentidão na assimilação e no aproveitamento da experiência obtida.¹⁷ No mesmo relatório de auditoria foram evidenciadas as consequências positivas da implementação da primeira vaga de PPP na saúde que resultou na alteração dos procedimentos tomados e na alteração do modelo para a segunda vaga de PPP. Ao invés, a falta de cumprimento dos objetivos de contratação, etapas processuais e objetivos anunciados quanto à quantidade de PPP a lançar e falta de eficácia do programa da 1ª vaga de PPP conferem aspetos negativos. Para além disso resultou num impacto negativo no mercado e na criação de falsas expectativas, aos parceiros privados que incorreram em custos excessivos (em estruturas criadas e na e laboração de propostas).¹⁷

Em 2013 dá-se a entrada em vigor de relatórios de *benchmarking* trimestrais baseados no modelo proposto pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).⁴⁷ Foram formados grupos de hospitais pertencentes ao setor empresarial do estado, com exceção de hospitais psiquiátricos, e hospitais PPP com recurso a *clustering* hierárquico após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos e de Análise de Componentes Principais, e permite o posicionamento de cada instituição face à instituição mais eficiente do grupo. O Hospital de Cascais e Hospital de Vila Franca de Xira pertencem ao mesmo grupo - grupo B, o

Hospital Beatriz Ângelo pertence ao grupo C e Hospital de Braga ao grupo D.⁴⁷ A ACSS disponibiliza assim com periodicidade trimestral relatórios de *benchmarking* onde são avaliados os hospitais com base na sua dimensão económico-financeira, na sua produtividade, qualidade e acesso, o que permite comparar instituições de forma longitudinal e avaliar o potencial de melhoria de gestão. São ainda disponibilizados mensalmente dados relativos à produção e rácios de eficiência, de capacidade utilizada e outra informação económico-financeira. Apesar de constituir uma ferramenta crucial para a avaliação objetiva de entidades hospitalares, não é intuito deste artigo explicar os dados dos relatórios de *benchmarking* que englobem os hospitais PPP, pois são de consulta pública e livre. Contudo destaca-se a demora da divulgação dos dados por parte da ACSS, o que põe em risco a extrapolação de conclusões verdadeiramente ponderadas e informadas.

Discussão

Pensa-se que o sucesso das PPP na saúde hospitalar está centralizado essencialmente na preparação técnica e especializada do setor público. Desta forma é preciso um setor público capaz de evitar renegociações em contratos de longo prazo, na implementação de regras claras, definição dos riscos e das responsabilidades de cada parceiro. Torna-se também importante a transparência de comunicação entre o parceiro privado e o parceiro público, a fixação dos termos de financiamento com antecedência e definir as expectativas com um acordo de nível de serviço. Da parte dos parceiros privados, estes devem ter idealmente um registo e experiência comprovados no assunto e também no país e/ou região.^{5,7}

Dada a escassez de capital público para novas infra-estruturas, as PPP parecem uma hipótese atrativa. Contudo, é imperativo refletir nas PPP como a exceção e não a regra na forma de financiar o investimento e serviços públicos.¹⁰ No entanto a experiência portuguesa corresponde a uma inovação reformista após um largo período de estagnação.^{3,4}

São vários os desafios e questões que permanecem tais como se a entidade adjudicante tem as ferramentas para assegurar o acompanhamento eficaz da PPP; se o contrato de gestão é robusto para responder aos dinamismos próprios do setor da saúde; e se os ciclos políticos e económicos levarão ou não à rejeição da experiência mesmo que ainda incompletamente explorada.¹³

Conclusão

Portugal sofreu pela novidade da experiência, somando o facto de que as administrações portuguesas não estavam preparadas para um tal nível de complexidade técnica e a óbvia falta de projeto-piloto previamente realizado. Além disso, não existia nenhum quadro legal até 2003, e até essa data, a participação do Ministério das Finanças foi quase nula. Entre 2002 e 2009 foram lançadas dez parcerias público-privadas no setor da saúde, o que nunca aconteceu em qualquer outro país.⁴⁸ Pela experiência existe uma certa morosidade do processo - o concurso do H. Cascais demorou mais de 4 anos e meio; H. Braga – 4 anos; H. Loures – 7 anos, contando uma anulação de concurso pelo meio – contando para isto uma clara curva de aprendizagem lenta por parte dos intervenientes, e a possível falta de preparação do setor público.⁵ Nenhum hospital PPP levou menos de quatro anos do lançamento à assinatura do contrato. Contudo a primeira vaga de PPP pode ser considerado um sucesso em termos da criação de concorrência de preço.¹³

As PPP são atrativas porque são libertas de fundos públicos elevados ou economizam em impostos e o contrato de PPP para um melhor equilíbrio do custo de oportunidade dos recursos públicos é implementado através de um leilão competitivo com exigências de informações razoáveis.⁴

Contudo, é fundamental a avaliação cuidadosa das condições para o sucesso e sustentabilidade com base em cada caso individual de modo a avaliar os custos e benefícios e as possibilidades de êxito de uma tal abordagem.² Note-se que, em cada concurso, o Estado tem o direito de o extinguir e não adjudicar o contrato de gestão, caso o valor global líquido dos pagamentos anuais a efetuar pelo Estado, nos termos da melhor proposta privada, seja superior ao valor do custo público comparável. Este último corresponde a uma estimativa do custo provável do contrato relativo ao projeto, se este fosse desenvolvido pelo setor público e pertencentes ao setor empresarial do estado.¹⁴

A introdução das PPP na saúde hospitalar não tem evitado polémica, pois em alguns casos estão associadas a altos custos e derrapagens de tempo pré-contratuais.^{10,11} Deste modo, não existem ainda resultados perfeitamente positivos no que toca à avaliação das PPP como um dispositivo de gestão.^{39,49,50}

Referências bibliográficas:

1. Ahadzi, M., Bowles, G.: Public-private partnerships and contract negotiations: An empirical study. *Constr. Manage. Econ.* 22(9), 967–978 (2004);
2. Atun RA, McKee M. Is the private finance initiative dead? *BMJ* 2005; 331:792-3.
3. Azevedo, M. E. As Parcerias Público Privadas: Instrumento de Uma Nova Governação Pública. *Univ. Lisboa* 1–661 (2008).
4. Costa Pinto B. Health PPPs in Portugal: single and twin SPV PPPs [Internet]. Lisbon: Banco PPI; 2009 Nov 26. (Presentation at the ECHAA Policy Seminar). Available from: <http://www.bouwcollege.nl/ECHAA/berlinMicrosoft%20PowerPoint%20-%20Barbara%206.11.pdf>
5. David Hunter, The meaning of health reforms in Europe, in: Forum de Lisboa de Administração de Saúde, 1º Ciclo de Conferências, 1997-1998, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1997, pp. 29 e ss
6. Barlow, J. sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services., Roehrich, J. & Wright, S. Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships For Building And Managing Health Care Facilities And Services. *Health Aff. (Millwood)*. 32, 146–54 (2013).
7. Batteler V. Future vision on public systems. Paper presented at: Wilton Park Conference on Public-Private Investment Partnerships: Innovations for Quality and Efficiency in Health Systems; 2010 Sep 20–22; West Sussex, United Kingdom
8. Barros, P. P. *Parcerias público-privadas*. 1–19 (2005). at <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=obras_visualiza&id_o=95>
9. Barros, P. P. & Martinez-Giral, X. Contractual design and PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model. *Eur. J. Health Econ.* 10, 437–53 (2009).
10. Emanuel, E.J., Titlow, K.: Evaluating community-based health initiatives: Identifying the characteristics of successful initiatives and evaluations. *J. Health Polit. Policy Law* 27(1), 105–108 (2002);
11. Engel, E., Fischer, R. & Galetovic, A. The Basic Public Finance of Public-Private Partnerships. *J. Eur. Econ. Assoc.* 11, 83–111 (2013).
12. Bloom A. Hospital co-locations: private sector participation in the hospital sector. In: Bloom A (editor) *Health reform in Australia and New Zealand*. Melbourne: Oxford University Press:2000
13. Caixa-Banco de Investimento (2008). *Healthcare PPPs in Portugal*. Finance and Healthcare Conference, Grupo Caixa Geral de Depósitos
14. Carola, A. (2005). PPP in the Portuguese healthcare sector: the role of the two project companies, InfraCo and ClinCo. Finance and Healthcare 2005. Milano, Millennium bcp investimento.
15. Hencke D. Private-finance hospital “putting lives at risk”. 17 June 2005. Available from: <http://politics.guardian.co.uk/publicservices/story/0,11032,1508413,00.html>
16. Cf., Jorge Abreu Simões, *Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde*, in: Manual Prático de Parcerias Público-Privadas, Sintra, NPF – Pesquisa e Formação, 2004, p. 28;
17. Marques, R. C. e Cruz, C. (2011) PPP models for delivery and management of public health care. Technical University of Lisbon
18. Pollock, A.M., Dunningan, M., Gaffney, D., Macfarlane, A., Majeed, F.A.: What happens when the private sector plans hospital services for the NHS: Three case studies under the private finance initiative. *Br. Med. J.* 314, 1266–1271 (1997)
19. Robertson IK, Richardson JR. Coronary angiography and coronary artery revascularisation rates in public and private hospital patients after acute myocardial infarction. *Med J Aust* 2000;173:291-5.
20. TC (2009). Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde, Tribunal de Contas, Relatório de Auditoria nº15/2009 Processo 18/08.88
21. Global Health Group. *Public-private investment partnerships for health: an atlas of innovation*. San Francisco (CA): Global Health Group, University of California; 2010

22. Grupo Edifer. (2008). "Edifer, Beyond Construction." Retrieved July 12, 2013, from [http://www.edifer.pt/ Edifer eng/ Home_Page.html](http://www.edifer.pt/Edifer_eng/Home_Page.html)
23. Simões, J. A. (2005). Public-Private Partnerships in Healthcare: The Portuguese Approach to Health PPP's. PPP in The Health Service, Czech Institute for EU Integration (CII). M. o. Health.
24. Simões, J. As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Rev. Port. Saúde Pública* 79–90 (2004). at <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-08-2004.pdf>
25. Sveman E, Essinger K. Procurement of health care services in Sweden in general, and the example of procurement of acute care in the Stockholm Region. In: European integration and healthcare systems: a challenge for social policy. Stockholm: Swedish Federation of County Councils; 2001.
26. Tavares, N. Parcerias Público-Privadas : Uma reflexão. 1–32 (2012). Tese de Mestrado, Serviço Bioética, Faculdade Medicina Universidade Porto.
27. Guasch, J. Luis (2004). Granting and Renegotiating Infrastructure Concessions: Doing it Right. The World Bank.
28. Hart, Oliver (2003). "Incomplete Contracts and Public Ownership: Remarks and an Application to Public-Private Partnerships," *Economic Journal*, 113, C69–C76.
29. Sousa, M. A. de. PPP Hospitals in Portugal from the SNS Health Service Perspective. in *UNECE 2–29* (UNECE, 2012). at <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2012/ppp/ppp_days/Day1/Abrantes.pdf>
30. Spitz, B., Ritter, G.: Evaluating community partnerships: A response. *J. Health Polit. Policy Law* 27(1), 93–103 (2002)
31. House of Commons Treasury Committee. Private Finance Initiative. London: The Committee; 2011 Jul 18.
32. Institute for Public Policy Research. Building better partnerships [Internet]. London: IPPR; 2011. Available from: <http://www.ippr.org/publications/55/1234/building-better-partnerships>
33. José de Mello. (2010). "José de Mello Saúde " Retrieved July 12, 2013, from [http://www.josedemelloSaúde.pt/vPT/Portal- JosédeMelloSaúde/Paginas/Homepage.aspx](http://www.josedemelloSaúde.pt/vPT/Portal-JosedeMelloSaúde/Paginas/Homepage.aspx)
34. McLellan A. South London's "failure" leaves the big questions unanswered. *Health Service Journal (HSJ)* [serial online]. 2012 Jun 26 [cited 2012 Sep 19]. Available from: [http://www.hsj.co.uk/opinion/ leader/south-londons-failure-leaves-the-big-questions-unanswered/ 5046412.article?referrer=RSS](http://www.hsj.co.uk/opinion/leader/south-londons-failure-leaves-the-big-questions-unanswered/5046412.article?referrer=RSS)
35. "HPP Saúde—Hospitais Privado de Portugal." Retrieved July 12, 2013, from [http://www.hppSaúde. pt/hpp_english.html](http://www.hppSaúde.pt/hpp_english.html)
36. Dieter Gerstlberger, W. & Schneider, K. Outsourcing and concession models as door opener for public-private partnerships in the European health sector? *Int. J. Public Sect. Manag.* 26, 554–575 (2013).
37. Direcção-Geral do Tesouro e Finanças (2012). Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório de 2012, Governo de Portugal, Ministério das Finanças, Direcção-Geral do Tesouro e Finanças
38. Simões, J., Barros, P. P. & Temido, M. Public-private partnerships in the Portuguese health sector. *World Hosp. Health Serv.* 46, 6–9 (2010).
39. Parliament UK. House of Commons questions 26 Jan 2006. Available from: [http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmhansrd/cm060126/ debtext/60126-32.htm](http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200506/cmhansrd/cm060126/debtext/60126-32.htm)
40. Gaffney, D., Pollock, A.M., Price, D., Shaoul, J.: NHS capital expenditure and the private finance initiative: Expansion or contraction. *Br. Med. J.* 319, 48–51 (1999)
41. Lethbridge J. European works councils and the healthcare sector. London: PSIRU; 2004.
42. Liebe M, Pollock A. The experience of the private finance initiative in the UK's National Health Service [Internet]. Edinburgh: University of Edinburgh, Centre for International Public Health Policy; 2009 Aug. Available from: [http://allysonpollock.co.uk/ research/CIPHP_2009_Liebe_ NHSPFI.pdf](http://allysonpollock.co.uk/research/CIPHP_2009_Liebe_NHSPFI.pdf);

43. Lovell, R. (2008). Centro Hospitalar de Cascais PPP, Portugal. PPP/PFI, Infrastructure Journal
44. Marques, R. e Silva, D. (2010). As Parcerias Público-Privadas em Portugal. Lições e Recomendações, Revista de Estudos Politécnicos, 2008, Vol VI, n.º 10, 033-050. ISSN: 1645-9911, Technical University of Lisbon.
45. McKee, M., Edwards, N. & Atun, R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull. World Heal.* 030015, 890–896 (2006).
46. DLA Piper: European PPP Report 2007. <http://www.dlapiper.com>
47. Administração Central do Sistema da Saúde (ACSS), Monitorização do Serviço Nacional de Saúde, Retrieved December 2014, Available at <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>
48. Duckett SJ, Jackson TJ. The new health insurance rebate: an inefficient way of assisting public hospitals. *Med J Aust* 2000;172:439-42
49. Euromoney (2009). The 2009 Guide to Portugal. S. Minns, Euromoney, Banco Santander Totta, Caixa-Banco de Investimento. Euromoney (2009).
50. Glancey C. Anatomy of a disaster. *Guardian* 1 March 2004 Available from: <http://www.guardian.co.uk/arts/critic/feature/0,1159694,00.html>.
51. Global Health Group. Public-private investment partnerships: an innovative approach for improving access, quality, and equity in healthcare in developing countries. San Francisco (CA): Global Health Group, University of California; 2009.
52. Ministério da Saúde. (2001). Resolução do Conselho de Ministros nº 162/2001. Lisboa. Diário da República - nº279.
53. Ministério da Saúde. (2002). Decreto-Lei nº185/2002. Lisboa. Diário da República, 1ª Série A, nº 191.
54. Ministério da Saúde. (2003). Decreto-Lei nº86/2003. Lisboa. Diário da República, 1ª Série A, nº 97.
55. Ministério da Saúde. (2003). Decreto Regulamentar nº 10/2003. Lisboa. Diário da República – 2ªSérie B, nº99.
56. Ministério da Saúde. (2003). Decreto Regulamentar nº 14/2003. Lisboa. Diário da República - I Série B, nº98.
57. Ministério da Saúde. (2009). Decreto-Lei nº278/2009. Lisboa. Diário da República, 1ª Série, nº 92.
58. Ministério da Saúde. (2012). Decreto-Lei nº111/2012. Lisboa. Diário da República, 1ª Série, nº 119.
59. Monteiro R. PPP hospitals and the Portuguese experience. UNECE PPP Newsletter [serial on the Internet]. 2010(3). Available from: <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/documents/2010/ppp/eArticles3/monteiro.pdf>
60. Niakas, D., Theodorou, M. & Liaropoulos, L. Can privatising selected services benefit the public healthcare system?: the Greek case. *Appl. Health Econ. Health Policy* 4, 153–7 (2005).
61. Nikolic, I. A. & Maikisch, H. *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector An Overview with Case Studies from Recent European Experience*. 1–42 (2006).
62. Pais, R. Instituto Superior Técnico, Av. *Astrofísica*, CCM (2012). at <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:INSTITUTO+SUPERIOR+TÉCNICO#2>
63. Sarmento, J. M. Do Public-Private Partnerships Create Value for Money for the Public Sector? The Portuguese Experience. *OECD J. Budg.* 2010, 93–119 (2010).
64. Sculli N. Public private partnerships: identifying practical issues for an accounting research agenda. *JBSGE*. 2007;2(2):17–28.
65. Sekhri, N., Feachem, R. & Ni, A. Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency. *Health Aff. (Millwood)*. 30, 1498–507 (2011).

66. Shortell, S.M., Zukoski, A.P., Alexander, J.A., Bazzoli, G.J., Conrad, D.A., Hasnain-Wynia, R., Sofair, S., Chan, B.Y. Casey, E., Margolin, F.S.: Evaluating partnerships for community health improvement: Tracking the footprints. *J. Health Polit. Policy Law* 27(1), 49–91 (2002);
67. Trescoli C, Ferrer M, Torner A. The Alzira model: Hospital de la Ribera, Valencia, Spain. In: Rechel B, Erskine J, Dowdeswell B, Wright S, McKee M, editors. *Capital investment for health: case studies from Europe*. Copenhagen: World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies); 2009.
68. Tordrup, D., Angelis, A. & Kanavos, P. Preferences on policy options for ensuring the financial sustainability of health care services in the future: results of a stakeholder survey. *Appl. Health Econ. Health Policy* 11, 639–52 (2013).
69. Vaillancourt Rosenau P, Linder SH. Two decades of research comparing for-profit and nonprofit provider performance in the United States. *Soc Sci Quarterly* 2003;84:219-41.
70. Vince N, Niven B. *Lessons learned from the Paddington Health Campus project: final report to the NWLSHA from the Independent Review Panel*. London: North West London Strategic Health Authority; 2005.
71. World Health Organization. Spanish health district tests a new public- private mix. *Bull World Health Organ.* 2009;87(12):8923.

ANEXO

Instruções aos autores

A **Revista Portuguesa de Saúde Pública** aceita trabalhos originais, de investigação aplicada ou de revisão sobre qualquer assunto relacionado com o tema geral da saúde pública, entendida esta no seu sentido mais amplo.

Os **artigos** deverão ser enviados electronicamente através da plataforma da Elsevier em <http://ees.elsevier.com/rpsp>, acompanhados de uma declaração de autor que garante o seu carácter inédito e de uma declaração de disponibilização para acesso mundial. Ao Director da Revista caberá a responsabilidade de aceitar, rejeitar ou propor modificações. Para este efeito, será apoiado por um Conselho Editorial e por um Conselho Científico, constituído por avaliadores internos e externos, nacionais e internacionais, aplicando-se o sistema de *double-blind peer review* na avaliação dos artigos.

Os artigos deverão ser enviados em suporte informático (incluindo quadros, tabelas e figuras), dactilografados a duas entrelinhas em folhas de formato A4. Em cada folha não deverão ser dactilografadas mais de 35 linhas devendo estas ser numeradas por ordem sequencial. O número limite de páginas, incluindo figuras e quadros, não deverá ultrapassar as 30.

Os trabalhos deverão conter o seguinte:

- a) Título do trabalho, nome(s) e pequeno esboço curricular do(s) autor(es), principais funções ou títulos, até ao máximo de dois;
- b) Pequena introdução ao artigo até ao máximo de uma página dactilografada;
- c) O texto;
- d) Quadros e gráficos com títulos e legendas, os quais deverão ser antecidos de referência em texto;
- e) Pequeno resumo do artigo acompanhado do respectivo título e tradução em inglês, assim como de palavras-chave em português e em inglês;
- f) Os originais não deverão conter pés-de-página. Todas as referências bibliográficas completas serão inseridas no final do artigo.

Bibliografia – Todas as referências bibliográficas deverão ser obrigatoriamente citadas no texto:

Texto e citação:

(...) embora o seu desempenho na epidemiologia, prevenção e tratamento ainda esteja para ser avaliado¹² (...)

As citações deverão ser numéricas com localização inserida no texto, em expoente, reenviando para os documentos, pela ordem em que são citados. As citações seguintes do mesmo documento deverão ter o mesmo número da primeira. As referências devem conter, no caso das revistas, o nome do primeiro autor (apelido e nome), seguido dos restantes, do título do artigo, do nome da publicação e da sua identificação (ano, volume e páginas). Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências.

Revisão de provas: Os autores receberão provas de composição do artigo para correcção, a qual deverá incidir exclusivamente sobre erros de dactilografia. A devolução das provas deve ser efectuada no prazo de uma semana após a data de recepção pelo autor.

Correspondência:
spublicacoes@ensp.unl.pt
s.bofill@elsevier.com

ENSP, Janeiro
de 2011

