



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2014/2015

Susana Lopes Rodrigues
Opting-out

Março, 2015

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Susana Lopes Rodrigues

Opting-out

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Administração Hospitalar

Tipologia: Dissertação

Trabalho efetuado sob a Orientação de:

Doutora Guilhermina Rego

Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:

Arquivos de Medicina

Março, 2015

FMUP

Eu, Susana Lopes Rodrigues, abaixo assinado, nº mecanográfico 200904737, 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, 23/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

Susana Lopes Rodrigues

NOME

Susana Lopes Rodrigues

CARTÃO DE CIDADÃO OU PASSAPORTE (se estrangeiro)

E-MAIL

TELEFONE OU TELEMÓVEL

13 93 82 7 8

lupesusana+23
@hotmail.com

91 93 88062

NÚMERO DE ESTUDANTE

DATA DE CONCLUSÃO

200 90 47 37

2015

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Administração Hospitalar

TÍTULO DISSERTAÇÃO/~~MONOGRAFIA~~ (riscar o que não interessa)

Optimg-out

ORIENTADOR

Doutora Guilhermina Rego

COORIENTADOR (se aplicável)

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia (riscar o que não interessa) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 23/03/2015

Assinatura conforme cartão de identificação:

Susana Lopes Rodrigues

Índice

Resumo.....	2
Abstract.....	3
I. Introdução	
I.1Evolução e Sustentabilidade do SNS	4
I.2 Financiamento e Sustentabilidade.....	7
II. Alternativas ao SNS.....	8
II.1 Opting-out	10
Considerações finais.....	15

OPTING-OUT

OPTING-OUT

Susana Lopes Rodrigues

Guilhermina Maria da Silva Rego

Faculdade de Medicina da Universidade de Porto

Correspondência:

Susana Lopes Rodrigues

Morada: 5400-010 Chaves

Telefone: 919388063

Email: mimed09168@med.up.pt

Contagem de Palavras:

Abstract: 232

Resumo: 224

Texto Principal: 4907

Resumo

A proteção à saúde é um direito constitucional de todos os cidadãos. Atualmente, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) encontra-se numa fase de profundas reformas devido a dificuldades de financiamento e aos crescentes gastos na saúde, sobretudo por gestão e utilização ineficiente dos recursos disponíveis. Apesar de tendencialmente gratuita, a saúde é na realidade um dos setores que apresenta custos mais elevados. Verifica-se a necessidade de reduzir a despesa e garantir simultaneamente a prestação de serviços com qualidade, definindo estratégias que sejam viáveis a longo prazo. Assim, com o intuito de garantir a sustentabilidade do SNS, surgem várias alternativas ao financiamento e gestão dos cuidados de saúde, entre as quais o Opting out. Esta alternativa permite ao cidadão escolher voluntariamente entre permanecer ao abrigo do SNS e beneficiar da sua proteção, ou optar pela prestação de cuidados de saúde não abrangida pelo SNS. O objetivo seria o de transferir responsabilidade financeira do Estado para entidades, públicas ou privadas, que garantiriam a prestação de cuidados de saúde, no mínimo, básicos e com qualidade. Essa transferência seria vantajosa se verificasse aumento da eficiência e simultaneamente redução de custos relacionados com a saúde, para o Estado. O opting out apesar de se apresentar como alternativa, não parece que possa contribuir como elemento crucial na sustentabilidade do SNS, e não se verificam vantagens significativas na sua utilização.

Abstract

Health protection is a constitutional right by all citizens. Currently, the National Health System (NHS) is going through a reform due to financing limitations and increasing costs on health, partially due to wrong management and inefficient use of available resources. Although tending to be free, health is actually one of the sectors portraying higher costs. We must reduce this expense related to the provision of healthcare while ensuring the provision of services with satisfactory quality and guaranteeing that the chosen strategies are viable in the long-term. There are several alternatives for the financing and management of healthcare, among which Opting Out, in order to ensure the sustainability of the NHS. This alternative to the NHS allows people to choose voluntarily between remaining under its protection or opt for another type of healthcare provision which won't be covered by the NHS. The objective would be to transfer financial responsibility from the state to entities, either public or private, that would ensure the provision of basic healthcare with at least the minimal quality standards. This transference would be beneficial if there was an increase in efficiency and at the same time a cost reduction related to health for the state. The opting out, as an alternative, does not seem to be able to contribute as a crucial element in the sustainability of the NHS, and there are no significant advantages in its use.

Introdução

I.1- Evolução e Sustentabilidade do SNS

A ideia do reconhecimento do direito à Saúde e de uma política unitária de saúde nacional com necessidade de instaurar um Sistema Nacional de Saúde surgiu em 1971. Nesse ano, reconheceu-se o papel do Estado como intervencionista e difusor desta nova visão, com a obrigação de promover a saúde e prevenir a doença, que mais tarde viria a ser consagrada em termos políticos e constitucionais. Em 1974, o Programa do Primeiro Governo Provisório deu a conhecer as primeiras bases para a criação de um sistema nacional de saúde. Apesar da Revolução de 1974, não se verificaram ruturas significativas no que tinha sido formulado já em 1971 e reforçou-se ainda mais a ideia de que o Estado deveria intervir na regulação e promoção da Saúde. Em 1976, o artigo 64º da Constituição destaca o direito à proteção da Saúde através da "criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito" e estabelece ao Estado a obrigação de "orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos" (2). Desta forma foi reconhecido constitucionalmente um modelo de sistema de saúde que influenciou todas as reformas futuras a nível da saúde. Ao longo da história, após 1976, identificam-se cinco períodos onde se destacam formas diferentes de financiamento e prioridades na Saúde. Em de 1979 foi apresentado o primeiro modelo de regulamentação do artigo 64º da Constituição onde se defendeu, entre outros princípios, a gratuidade do acesso à Saúde. O principal objetivo do SNS é o de promover uma cobertura universal e equitativa no acesso à saúde a todos os cidadãos residentes em Portugal assim como a cidadãos portugueses de Estados membros das Comunidades Europeias e a cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, independentemente das suas condições socioeconómicas. (1) O Estado é também responsável por garantir a difusão e execução desta política de saúde. Surgiu o problema da compatibilização entre a gratuidade, definida constitucionalmente, com a existência de taxas moderadoras pagas pelos utentes no passado e que depois lhes foram igualmente exigidas na nova reforma do SNS. Instalou-se portanto durante este período um problema jurídico-constitucional. Para ultrapassar este problema recorreu-se às Normas Constitucionais dos Direitos Sociais, que devem ser impostas progressivamente, em função dos recursos financeiros e materiais disponíveis do Estado. Assim, o pagamento de taxas moderadoras

não contrariaria a constituição, já que a gratuidade seria imposta de forma progressiva e gradual. Numa segunda fase, após as eleições legislativas de 1979, pretendeu-se desenvolver uma alternativa ao SNS, sobretudo devido à questão da sua sustentabilidade financeira. Já neste período, a eficiência começou a ser uma preocupação séria e destacam-se as excessivas transferências de responsabilidades para o sector privado. Na década de 80, inicia-se um debate onde se pondera uma nova reforma no Sistema de Saúde Português, defendendo-se um papel mais ativo por parte do setor privado, uma maior responsabilização por parte do utente no financiamento e uma sistema empresarial para o SNS, incentivando-se a competição entre os vários prestadores de cuidados de saúde como forma de gerar eficiência, ou seja, um mercado concorrencial. (2) (6). Era necessário priorizar os cuidados de saúde de forma a gerir de forma mais eficiente os recursos disponíveis. Já nesta altura o SNS estava em risco de ser extinto. No entanto as obrigações constitucionais impuseram limites a esta extinção.

Num terceiro período, a Lei de Bases da Saúde de 1991 e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, de 1993, possibilitou a privatização de alguns setores de financiamento de cuidados de saúde, permitindo optar por seguros privados e alternativos de saúde. Mas a privatização do financiamento de cuidados partia do pressuposto que o SNS se manteria como um dos prestadores principais desses mesmos cuidados, alterando assim o modelo original do SNS, separando a prestação de cuidados do financiamento, possibilitando o surgimento de novas estratégias de financiamento como a empresarialização. Este entendimento obrigava a alterações de base, pelo que o Governo não prosseguiu e o seguro alternativo de saúde não captou o interesse das empresas seguradoras.

Em 1989, após revisão constitucional, reformulou-se o artigo 64º original. Abandonou-se a ideia da socialização da medicina e do setor medicamentoso e limitou-se à socialização dos custos a cuidados médicos-medicamentosos. Antes desta nova revisão, o Tribunal Constitucional já considerava o pagamento de taxas moderadoras compatíveis com a questão constitucional da gratuidade. Com esta nova reformulação, surgiu uma maior flexibilidade que determinaria o alargamento da margem do que já tinha sido determinado anteriormente relativamente às taxas moderadoras. Em 1996, as funções e responsabilidades do SNS foram experimentalmente transferidas para o sector privado, com a entrega da gestão do Hospital Amadora-Sintra a uma entidade privada.

No entanto em 2006 o hospital voltou a ser gerido pela entidade pública, devido ao surgimento de problemas ocorridos durante este período. (9)

Numa quarta fase, embora se alertasse para a necessidade de uma mudança profunda no SNS, continuava a defender-se o papel do Estado como investidor principal no SNS. No entanto as medidas a tomar estavam limitadas às receitas públicas, à manutenção do equilíbrio orçamental e à responsabilização financeira dos prestadores públicos. Numa quinta fase, os governos, entre 2002 e início de 2005, realçavam o papel das parcerias público-privadas no sistema de saúde. De uma forma geral, procurou-se conter a despesa pública e investir no processo de empresarialização dos hospitais e nas parcerias público-privadas aquando da construção de novos hospitais. Introduziu-se neste período a gestão empresarial em unidades públicas de saúde com reconhecido sucesso, como por exemplo, o Hospital de S. Sebastião em Santa Maria da Feira. (9) Ao longo dos anos, verificaram-se diversas iniciativas legislativas e medidas políticas que tinham como objetivo a descentralização administrativa e financeira no nosso país.

Em síntese, o Estado Português garante a toda a população o acesso aos cuidados de saúde, sobretudo aos cuidados primários e aos cuidados hospitalares, independentemente da sua situação económica e apoia-se no setor privado, de forma complementar, cujos preços controla. (4) Contudo atualmente, o SNS pode estar em risco sério de desaparecer. Apesar das alterações de princípios importantes, foi instalando-se progressivamente a necessidade de manutenção do SNS como mecanismo de proteção social na saúde, necessitado de reformas eficazes que o tornem mais eficiente e equitativo, com maior contenção nas despesas. A crise económico-financeira em que Portugal se encontra, tem reduzido a qualidade de vida da população portuguesa, com diminuição na produção nacional e consequentemente no consumo, assim como no investimento e no rendimento, acompanhadas por um elevado nível de desemprego. (9)(1) Portugal está limitado em termos de recursos públicos. As organizações que integram o SNS têm demonstrado uma capacidade de resistência, perante restrições financeiras, para conseguir responder às necessidades. Muitas funções têm sido transferidas para entidades de administração central, o que limita e interfere com a tomada de decisões a nível das organizações públicas de saúde. Ao longo do tempo, tem se verificado que o processo de descentralização evoluiu de forma a integrar experiências inovadoras que contribuam para

ao aumento da eficiência, da equidade e qualidade dos serviços prestados. Contudo, não foram somente as transformações ocorridas na administração das entidades autónomas regionais que contribuíram para os bons resultados alcançados. (9) Se a função dessas estruturas for unicamente a de transmitir os problemas a uma organização central que decide, isto retira a eficácia e a capacidade de resolução a essas estruturas, além de que a proximidade ao problema facilita resolução dos mesmos.(6)

I2. Financiamento e Sustentabilidade

O financiamento dos cuidados prestados pelo SNS é assegurado pelo Orçamento de Estado, em que o pagamento é efetuado por uma entidade governamental. Desta forma o Estado garante o acesso de cuidados de saúde a todos os cidadãos, dependendo dos recursos socioeconómicos disponíveis. (2) O Sistema de Saúde Português, tal como na maioria dos países Europeus, é financiado por um misto de fundos públicos e privados. Embora o SNS forneça um conjunto de cuidados de saúde abrangente, existe um consumo de recursos por parte dos cidadãos que ultrapassa esta cobertura. O financiamento também depende do pagamento por parte de entidades públicas ou privadas que se responsabilizam pelo pagamento da assistência particular não prevista para a generalidade dos utentes e cujos fundos se obtêm a partir de prémios seguros; o financiamento também pode derivar do pagamento de coimas. O cidadão também pode contribuir através de pagamentos diretos no momento do ato médico, em que o próprio financia as suas despesas necessárias. As participações pagas por parte do utente de que são exemplo as taxas moderadoras têm pouco impacto a nível do financiamento da prestação de cuidados de saúde. (6) Cidadãos que se incluam em situações clínicas de risco ou pertençam a grupos socialmente desfavorecidos são, ao abrigo da legislação, isentos do pagamento de encargos. (5) É importante salientar que tanto os utentes beneficiários do SNS como os não beneficiários respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde. Essa responsabilidade pode ser transferida parcialmente tanto para entidades privadas como públicas, mediante participação. A cobrança pelos serviços prestados ou as taxas moderadoras depende da instituição que oferece esses cuidados de saúde ou das Administrações Regionais (2).

A evolução do Sistema de Saúde Português associou-se a uma necessidade crescente de afetação de recursos, o que se traduziu num aumento significativo das despesas totais em saúde, tanto no setor privado como no setor público. (3) O principal problema encontra-se na eficiência de utilização e gestão dos recursos. De algum modo parece estar em causa uma gestão ineficiente dos recursos disponíveis (5). É necessário introduzir novos mecanismos que promovam maior eficiência.

II- Alternativas ao SNS

O seguro público, os subsistemas privados e públicos, assim como o aumento da contribuição do financiamento por parte dos cidadãos, são exemplos de alternativas ao SNS. Devido às dificuldades de financiamento e a insustentabilidade do SNS, surgiu a necessidade de criar alternativas na prestação de cuidados de saúde. Foi necessário analisar e integrar os diferentes cenários sobre o financiamento e ponderar as várias alternativas ao SNS, compreendendo a interação entre os subsistemas e os seguros e analisar o potencial papel no futuro de cada um deles. (2) Contudo, desde a criação do SNS, que se verificaram alterações de natureza económica, social e política que levam a questionar sobre o atual modelo de serviço público de saúde. Verifica-se uma tendência de maior liberdade de escolha e consequentemente de maior responsabilização e participação ativa, por parte do utente, aquando do consumo dos cuidados de saúde e no processo de decisão.

No sistema de saúde português existe uma parte considerável da população que beneficia de mecanismos de proteção e acesso à saúde além do SNS. Verifica-se que existem casos de dupla cobertura, ou seja, uma porção da população além de beneficiar dos cuidados de saúde prestados pelo SNS, também beneficia dos serviços oferecidos por outra entidade, seja subsistemas públicos/privados ou seguros de saúde. O maior desses subsistemas de proteção é ADSE (Assistência na Doença dos Servidores Cívicos do Estado), que cobre essencialmente funcionários públicos. A realização de Seguros de Saúde Privados, seja individuais seja em grupo, é outro exemplo crescente de cobertura dupla. Esta dupla cobertura poderá dar origem a uma maior procura de serviços abrangidos por esses sistemas de proteção adicional, o que é um componente importante na despesa privada de cada família e de consumo de recursos desnecessário.

Existe a possibilidade de manter o SNS em Portugal. O aumento do pagamento do valor das taxas moderadoras não é uma opção viável isoladamente para a sustentabilidade do SNS. As taxas moderadoras visam apenas moderar a procura excessiva dos cuidados de saúde e não contribuem para o financiamento da mesma. Como referido anteriormente, a principal fonte de financiamento da saúde origina-se da tributação dos contribuintes através dos impostos. Neste contexto o aumento no valor dessa tributação seria uma alternativa para manter o SNS. Este aumento no pagamento teria de ser ponderado para grupos de risco e economicamente desfavorecidos. No entanto devido à crise que o país atravessa atualmente esta solução não é viável.

A respeito dos subsistemas considera-se que constituem uma organização que depende do SNS, uma vez que os casos urgentes e emergentes são remetidos para o SNS. (5) Em Portugal, os subsistemas também contribuem para o financiamento, podendo ser públicos ou privados. Nos subsistemas públicos, as contribuições são realizadas mediante o nível de rendimento dos funcionários públicos e são obrigatórias dentro do grupo profissional abrangido para que o funcionário público possa ter acesso aos serviços de saúde prestados. Nos subsistemas privados, as contribuições são realizadas consoante o nível de rendimento dos trabalhadores e são obrigatórias dentro empresa privada. (2). Os beneficiários no ativo estão sujeitos a descontos mensais dos vencimentos obrigatórios, no contexto de subsistema público. Verifica-se atualmente que, por exemplo a ADSE tem reduzido o montante de reembolsos assim como a lista de atos médicos que são comparticipados e a comparticipação de medicamentos. Deve-se assim questionar se a ADSE é um direito adquirido dos funcionários ou se é um caso de dupla cobertura e de financiamento adicional, devendo-se analisar os eventuais ganhos na saúde dada a sua existência. A coexistência dos subsistemas de saúde com SNS mantém-se devido à ausência de integração dos subsistemas no SNS, constituindo um factor de iniquidade de acesso à saúde dentro do sistema de saúde português, dada a possibilidade de introduzir elementos de dupla/tripla cobertura e acesso privilegiado a cuidados de saúde apenas para uma parte da população. O principal impacto desta iniquidade é o de proporcionar o acesso mais fácil a consultas de especialidade, quando comparado com o consumo de consultas de medicina geral e familiar daqueles que beneficiam apenas do SNS. Tanto os subsistemas públicos como subsistemas privados

têm tentado implementar medidas de forma a aumentar o rendimento e reduzir as despesas, ou seja, gerar eficiência. No entanto, o seu papel é meramente complementar ao SNS.

Os Seguros Privados podem ser considerados alternativas ao SNS. As entidades seguradoras assumem, total ou parcialmente, a responsabilidade pelas prestações dos cuidados de saúde. No entanto estes contratos não restringem o direito do beneficiário de aceder aos cuidados de saúde abrangidos pelo SNS, mas devem salvaguardar o direito de optar, responsabilizando o beneficiário por essa opção. Os contratos de saúde neste contexto são voluntários e implica o pagamento de um determinado prémio seguro conforme o risco individual ou grupo. As seguradoras no mercado português oferecem serviços limitados em termos de extensibilidade das coberturas e ao tipo de oferta de benefícios, verificando-se exclusão de ofertas de produtos, por exemplo, para indivíduos com idade superior a 65 anos verificam-se algumas restrições de cobertura para diversos serviços de saúde e pela exclusão de determinados serviços nos contratos, com o objetivo de conter gastos. Desta forma e perante as condições em que o sistema de saúde português de encontra, a procura para os recursos privados é limitada. (15) O sector segurador também define-se como complementar ao SNS.

O Opting out surge, neste contexto, como uma alternativa ao financiamento e gestão de prestação de cuidados de saúde.

II.1- Opting-out

O Opting-out, proposto pela primeira vez em 1993, permite ao cidadão escolher entre permanecer no SNS e beneficiar da sua proteção ou optar por outro tipo de prestação de cuidados de saúde que não seja abrangido pelo SNS. Confere ao cidadão a liberdade de escolha. Sugere-se que os subsistemas, tanto os públicos como os privados, poderiam evoluir eventualmente para uma forma de "opting-out". Estas entidades assumiriam a responsabilidade total de prestar os cuidados de saúde a suposto beneficiários, que podem ser trabalhadores de empresas privadas com a possibilidade de alargar os serviços prestados aos seus familiares. (5) O Estado, transferiria assim a responsabilidade na prestação de cuidados de saúde para entidades, sejam públicas ou privadas, dependendo dos encargos

financeiros, onde se verifique tanto a comparticipação do Estado como da companhia seguradora que eventualmente seja responsável pelo beneficiário. Simultaneamente deve ser estimulado o mercado concorrencial entre seguradoras, designadamente com benefícios a nível fiscal, para que o cidadão possa fazer seguros de doença que abranjam as despesas sem comparticipação do Estado. (2) Significa que estes sistemas privados de saúde teriam o apoio do Estado, receberiam pagamentos de capitação e seriam responsáveis pela cobertura integral de prestação de cuidados de saúde. As empresas que constituem os subsistemas passariam a ser responsáveis pelo financiamento na totalidade e substituiriam o Estado. Realça-se também o facto de que essas mesmas empresas seriam credoras desses subsistemas (2). Exige-se que, no mínimo, estas empresas possibilitem a prestação de cuidados de saúde básicos que permitam a todos os beneficiários ter acesso de forma equitativa a estes serviços. No entanto, tendo por base o Relatório Final da Comissão de Sustentabilidade e Financiamento do SNS, de Fevereiro de 2007 e no contexto de *Opting Out*, as empresas oferecem os serviços em todas as situações excepto nas emergências. O prémio de cuidados de saúde fora do SNS pode incluir também as emergências desde que as empresas que prestam estes serviços o permitam, de acordo com a legislação.

O primeiro contrato de *opting out* em Portugal foi criado em 1995 entre o Estado e o Grupo Portugal Telecom, um exemplo de subsistemas privado. A PT-ACS é a entidade gestora dos projetos de saúde diferenciados da PT e desenvolveu um conjunto de Planos Corporativos que podem integrar indivíduos de vários membros do grupo. O objectivo seria criar e adaptar o sistema de saúde aos trabalhadores de cada empresa e aos respectivos familiares. Os Planos Cooperativos foram criados com dois objectivos diferentes: o Plano tipo II - o regime de *opting-out* dentro do grupo PT, e o Plano tipo I para os restantes. O protocolo de *opting-out* entre o Ministério da Saúde e a PT-ACS entrou em vigor em 1998, o que implicou uma capitação anual para um conjunto de trabalhadores da empresa. Perante determinadas condições, a empresa passou a assumir o pagamento integral dos cuidados de saúde dos seus funcionários, que incluía serviços integrados no SNS, prestação de cuidados por instituições e assim como a comparticipação medicamentosa. Relativamente aos beneficiários restantes, não incluídos no regime de *opting-out*, a PT oferece benefícios integrados no SNS. Este

processo foi progressivamente tornando-se insustentável devido, por exemplo, ao número crescente de funcionários pré-reformados e aposentados que eram englobados nestas condições, o que implicou uma pressão sobre o nível de gastos, cada vez mais crescentes. Para contornar os vários obstáculos que foram surgindo, a PT-ACS foi adoptando várias mudanças na gestão dos planos anteriormente mencionados. Foi necessário recorrer a instrumentos que permitissem o aumento de receitas e contenção de despesas, através do estabelecimento de pagamentos ajustados à idade e ao rendimento, para beneficiários dos regimes especiais; limitou os direitos com duplas coberturas, para além do SNS; foram limitadas as participações aos beneficiários, nomeadamente a utilização de serviços privados não abrangidos pelos serviços de assistência inicialmente definidos pela PT-ACS; limitou a entrada de novos beneficiários aos Planos Cooperativos, com o fecho simultâneo de entradas desses beneficiários a outros planos pela empresa. A PT-ACS pretendia responder à despesa crescente associada ao facto de a empresa participar uma elevada fracção das despesas de saúde de um elevado número de beneficiários. No entanto, a PT não mostrou interesse financeiro em manter a opção do *opting out* e em 2007 por própria iniciativa, a PT descontinuou esta prestação de serviços aos poucos beneficiários que usufruíam do *opting-out*. (2) Atualmente, os subsistemas privados não manifestam qualquer interesse por se constituírem alternativa à cobertura integral ao SNS, pelo menos sob a forma de *opting out*.

Opting out corresponde portanto a uma forma de cobertura alternativa de prestação de cuidados de saúde na qual se verifica uma transferência de capital para uma entidade que assume a responsabilidade integral desses serviços aos beneficiários. A entrada no subsistema pode ter origem em trabalhadores das próprias empresas e eventualmente pode ser alargado para os seus familiares directos. Fundos aplicados em planos de saúde podem ser usados com este propósito, no entanto para que isto ocorra terá de haver uma participação por parte das companhias de seguro. Uma possível hipótese de *opting-out* seria a criação de seguros alternativos, em que o Estado se responsabiliza por garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde e que assuma a responsabilidade de um pagamento capicional ao setor segurador que ficaria encarregue pelo *opting out*. As seguradoras poderiam perante condições definidas possibilitar a criação de seguros privados como forma de *opting-out*, definindo estratégias viáveis a longo prazo. Desta forma, o financiamento seria transferido

do Estado para a companhia de seguro responsável, desde que se verificasse aumento da eficiência e simultaneamente redução de custos relacionados com a saúde. (15)

A experiência de opting out no país caracteriza-se pelo seu interesse histórico e pelo facto dos actuais beneficiários serem obrigatoriamente cobertos pela entidade patronal (caso PT-ACS). Portanto nesta situação e ao contrário do que seria suposto, não há uma opção livre por parte do consumidor de permanecer no SNS, ou de optar por outras alternativas. A possibilidade de alargar o opting out para outras situações que não aquelas ligadas a grupos empresariais, como a empresa PT, deve ser ponderada e devem ser determinados alguns aspectos, como por exemplo, o comportamento do cidadão, informado e consciente das suas decisões, avaliar as suas características de risco assim como definir concretamente qual seria o fluxo financeiro associado. No entanto esta expansão acarreta aumento de custos adicionais de administração do sistema. O cidadão tem de ser responsabilizado pelas suas decisões mas para isso é necessário informar correctamente, discutir os elementos mais importantes e relevar as vantagens e desvantagens de não permanecer no SNS, para que seja capaz de tomar uma decisão consciente e informada (12).

Verifica-se a necessidade de determinar quais as implicações que esta decisão terá na sustentabilidade do SNS. O SNS assume a responsabilidade de cobertura universal no entanto o opting out, nas condições actuais, implica sempre uma contribuição financeira por parte do Estado, que pode ser sob a forma de capitação, de que é exemplo o sub-sistema PT-ACS ou pode ter a forma de dedução fiscal que pode vir a ser exigida pelo próprio sub-sistema ou setor privado que assumiu a responsabilidade de opting out. O desenvolvimento do opting out a partir dos subsistemas públicos é uma opção que dificilmente aliviará a necessidade de financiamento público, tendo em conta a forma indiscriminada e desajustada como os beneficiários utilizam este tipo de serviço. As companhias de seguro oferecem planos de saúde como forma de complementaridade aos SNS, não sendo desenvolvido actualmente qualquer iniciativa de opting out assegurada pelas mesmas. Conclui-se portanto que o opting-out terá de ser desenvolvida de novo e não a partir de nenhuma experiência por parte de sub-sistemas públicos, privados ou de companhias de seguro. Não possível extrapolar de forma segura qual será o seu efeito a longo prazo com base no que foi dito anteriormente.

Para que o opting out seja uma solução viável é necessário ter em conta que o valor da capitação transferida para a empresa responsável seja inferior aquela que seria gasta pelo SNS e que cidadãos abrangidos obtenham benefício com essa transferência. A entidade responsável pelo opting out deve ser capaz de obter maior eficiência e de controlar de forma eficaz a utilização excessiva e desnecessária de recursos utilizados, sem que isso prejudique a prestação e qualidade dos serviços oferecidos nem a privação desses mesmos serviços. Como a decisão tem carácter reversível, existe portanto sempre a possibilidade de regressar ao SNS, salvaguardando desta maneira os direitos consagrados constitucionalmente. Constitucionalmente, existe uma compatibilização duvidosa entre prescindir na totalidade dos serviços prestados pelo SNS e a exigência constitucional de um SNS de cobertura universal. A saída do SNS enquadrar-se-á constitucionalmente se não puser em causa o direito à proteção da saúde de todos os cidadãos. O acesso de cuidados de saúde, que são prestados aos cidadãos que permaneçam ao abrigo do SNS, deve ser garantido equitativamente àqueles que optem por abandonar do SNS. A saída voluntária do SNS deverá assentar num consentimento informado por parte do interessado e sobretudo deve ter uma carácter reversível (2). Realçar que a opção de opting out é voluntária, por parte do Estado, da empresa prestadora e sobretudo por parte do cidadão.

Verificam-se em Portugal situações em que, mesmo de forma indireta, é dada possibilidade ao indivíduo de optar pelos subsistemas privados, que permitam o opting-out do SNS. Esta escolha é indireta porque o indivíduo não pode livre e formalmente optar por abandonar o SNS, podendo ser-lhe imposto desde do momento em que começa a trabalhar para uma entidade com quem o estado tem acordo.

O sistema de opting out deve ser uma opção se existirem óbvias vantagens sobre o funcionamento do SNS, contribuindo por exemplo para a continuidade do mesmo, assim como para a sua sustentabilidade financeira. Isto seria possível se a transferência de custo por pessoa fosse inferior ao seu custo de manutenção no SNS, de forma a gerar um menor crescimento da despesa. Alguns dos potenciais problemas do opting out poderão ser as economias de escala na exploração por parte do seguro de saúde e a seleção de doentes de baixo risco. É importante assegurar que os mecanismos de cobertura alternativos do opting-out não deverão assentar no SNS, sobretudo nos casos de doenças crónicas e emergências. É necessário que o Estado estabeleça condições financeiras de maneira a

garantir que o opting out seja vantajoso para o próprio Estado, mas acima de tudo para o cidadão, para que a entidade responsável por esta cobertura alternativa possa providenciar e seja obrigada à prestação de serviços necessários. Estas entidades podem optar pela combinação que melhor lhes convier na prestação directa de cuidados de saúde, e no tipo de contratos que estabelece tanto com os serviços privados como com os serviços públicos que permanecem ao abrigo do SNS. O Estado deve ter um papel interventivo e regulador, garantindo a transparência deste tipo de processo. A possibilidade de existir uma “diminuição na solidariedade” é um argumento contra este tipo de alternativa, uma vez que os cidadãos com maiores rendimentos teriam maior possibilidade de usufruir de cuidados de saúde privados, e deste modo obteriam maiores benefícios.

Considerações finais:

A alteração progressiva da distribuição epidemiológica das doenças exige que o sistema português tenha capacidade de responder de forma mais eficaz as necessidades crescentes de saúde dos cidadãos, principalmente num ambiente de crise económica em que o nosso país se encontra desde 2009 (9). O sistema de saúde tem de ser capaz responder a estas modificações, tentando adaptar oferta de cuidados, investir na formação dos seus profissionais e antecipar o impacto que estas alterações possam ter no financiamento dos cuidados de saúde.

O seguro social, sistema de saúde de cobertura não universal, foi substituído por um sistema de cobertura universal com financiamento baseado nos impostos e cobrindo a quase totalidade dos cuidados de saúde. O opting out surge neste contexto como uma alternativa. O Estado deveria participar como Regulador de forma a garantir que aqueles que optassem de livre vontade sair do SNS pudessem ter acesso aos cuidados de saúde básicos, com o mínimo de padrões de qualidade. Um sistema de opting out tem de apresentar vantagens tanto para o Estado como para o cidadão. Estas vantagens podem ser realçadas principalmente quando o SNS gere ineficientemente os cuidados de saúde, sobretudo, no que se refere à despesa excessiva associada à ineficiente gestão de recursos disponíveis. O opting-out, um sistema de proteção alternativo ao SNS, não é passível de ser realizado com exactidão porque as experiências anteriores ou com os sub-sistemas não correspondem exactamente ao modelo deste tipo de sistema. Mas é possível obter uma estimativa daquilo que seria

um sistema de opting out baseado nestas experiências. Deve manter-se o opting out como uma alternativa, no entanto é preciso estipular regras que obriguem as entidades responsáveis a assumir a prestação de cuidados médicos, assim como a transferência financeira e de custos associados. É necessário realçar que esta cobertura alternativa não exclui a possibilidade de solicitar contribuições adicionais por parte dos beneficiários, assegurando sempre no mínimo o mesmo nível de proteção que o SNS oferece. Realçar que a proteção da saúde é um direito que deve ser concedido à população e por isso deve ser defendida e promovida. Optar por sair da proteção do SNS seria portanto contra a constituição. Deve-se manter em aberto a possibilidade de regresso ao SNS em qualquer ocasião perante estas condições. O opting out apesar de se apresentar como alternativa, não parece que possa contribuir como elemento crucial na sustentabilidade do SNS, e não se verificam vantagens significativas na sua utilização.

Uma correta gestão de recursos que resulte em melhor qualidade de vida e saúde, é sem dúvida uma importante ferramenta que permitirá o crescimento a nível dos restantes setores da sociedade, sendo por isso, imprescindível para o desenvolvimento socioeconómico do país. Não é possível introduzir nenhuma medida, que isoladamente, assegure a sustentabilidade financeira do SNS.

(15) Para melhorar o nível de prestação de cuidados de saúde e simultaneamente contribuir para a sustentabilidade do SNS, é preciso definir as funções, de modo integrado, que cada um dos níveis de governação/administração da saúde desenvolve, com o intuito de gerar eficiência, reforçar a qualificação dos seus recursos humanos e definir estratégias que possam ser mantidas eficazmente a longo prazo. (9) Verifica-se a necessidade de promover a participação dos cidadãos portugueses na organização dos serviços de saúde. A crise socioeconómica surge como um pretexto para se tentar introduzir modificações no Sistema de Saúde de forma a melhorar a sua efetividade e a eficiência, e simultaneamente tentar reduzir os efeitos deletérios da crise na saúde e bem-estar das pessoas. Acima de tudo, é necessário encontrar alternativas para limitar o abuso de utilização dos serviços do SNS.

Referências:

- 1 – Oliveira M.; Pinto C. Health care reform in Portugal: an evaluation of NSH experience Health Economics, 2005, S203-S220
- 2- Relatório Final da Comissão Sustentabilidade e Financiamento do SNS, Fevereiro 2007
- 3- Barros PP, Simões JA. Portugal: Health System Review. Health Systems in Transition, 2007; 9(5): 1-142.
- 4 - Barros PP. Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos. Coimbra: Editora Almedina, 2006.
- 5 - Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal. Documento de Trabalho. APES 1997
- 6 – Nunes R. Regulação na Saúde, Vida Económica, 2012
- 7 – Nunes R; Rego G. Prioridades na Saúde, Mc Graw-Hill, 2002 Lisboa pag 63-150.
- 8 – Abadie L. Opting Out of Public Insurance: Is It Socially Acceptable? The Geneva Association 2004, 115–136
- 9- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, *Relatório Primavera 2014*. Saúde - Síndrome de negação, 2014
- 10- Bentes, M. Dias C, Sakellaries C, Bankauskaite V Health Care Systems in Transition: Portugal. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
- 11- Kronick, R. Financing health care – finding the money is hard and spending it well is even harder. The new England Journal of Medicine, 2005
- 12- Fenger, M. Challenging Solidarity? An Analysis of Exit Options in Social Policies. Social Policy and Administration. 2009
- 13- Campos, A. Despesa e défice na saúde: o percurso financeiro de uma política pública. Análise social 2001

- 14- Observatório Português dos Sistemas de Saúde, *Relatório Primavera 2012*. Crise e Saúde – Um País em Sofrimento. 2012
15. Silva, S. Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português. APS. 2009

Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: www.icmje.org).

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção.

Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés.

Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra.

Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (www.wma.net).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou χ^2 , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de p é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como $p < 0,0001$.

Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

*, †, ‡, §, ¶, **, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

Carta de apresentação

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

MANUSCRITOS ACEITES

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word[®], formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.