

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2015/2016

Pedro Manuel Alves Teixeira Pereira
Martins

A eficiência do Mercado na
Produção de Saúde

agosto, 2016

FMUP

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Pedro Manuel Alves Teixeira Pereira
Martins

A Eficiência do Mercado na
Produção de Saúde

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Ciências Sociais e Saúde

Tipologia: Dissertação

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Guilhermina Maria da Silva Rego**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Arquivos de Medicina**

agosto, 2016

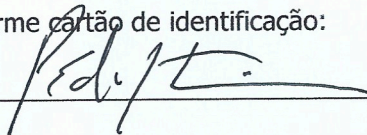
FMUP

Eu, Pedro Manuel Alves Teixeira Pereira Martins, abaixo assinado, nº mecanográfico 200201413, 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, 05/08/2016

Assinatura conforme cartão de identificação:



NOME

Pedro Manuel Alves Teixeira Pereira Martins

NÚMERO DE ESTUDANTE

200201413

DATA DE CONCLUSÃO

DESIGNAÇÃO DA ÁREA DO PROJECTO

Ciências Sociais e Saúde

TÍTULO DISSERTAÇÃO (riscar o que não interessa)

A Eficiência do Mercado na Produção de Saúde

ORIENTADOR

Guilhermina Maria da Silva Rego

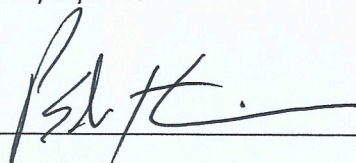
COORIENTADOR (se aplicável)

ASSINALE APENAS UMA DAS OPÇÕES:

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTES TRABALHOS APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input checked="" type="checkbox"/>
SDÉ AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTES TRABALHOS (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.	<input type="checkbox"/>
DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, (INDICAR, CASO TAL SEJA NECESSÁRIO, Nº MÁXIMO DE PÁGINAS, ILUSTRAÇÕES, GRÁFICOS, ETC.) NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTES TRABALHOS.	<input type="checkbox"/>

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 05/08/2016

Assinatura conforme cartão de identificação: _____



Ao JP pelos golos que não me marcou
À Joana pelas aventuras que não vivemos
À Micaela por ter estado sempre com eles e ...
... sempre comigo.

Título: A Eficiência do Mercado na Produção de Saúde

Autores: Pedro Martins, Guilhermina Rego

Filiação: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Correspondência:

Pedro Martins

Rua Joaquim de Meira, 14

4800-010 Guimaraes | Portugal

+351938478636 | pmatpm@icloud.com

Contagem de palavras: Resumo: 200 | Abstract: 174 | Texto principal: 3951

Resumo

Os sistemas universais de saúde criados numa perspetiva assistencialista trouxeram ganhos em saúde muito importantes para a população dos países desenvolvidos. Subsistem ainda algumas desigualdades entre as diferentes classes sociais motivadas sobretudo pela iniquidade no acesso aos cuidados de saúde. É sabido que a prestação de cuidados de saúde não pode ser entregue exclusivamente às regras do mercado devido às falhas que este apresenta: 1) Existência de monopólio, oligopólio ou monopsónio; 2) escassez de serviço; 3) externalidades; 4) assimetria de informação e 5) incerteza. No entanto, a eficiência produtiva e a utilidade gerada por este, ainda que na forma de um *quase-mercado* sujeito a extensa regulação não pode ser ignorada.

Em Portugal, como em outros países ocidentais, observa-se uma tendência crescente para dotar os cidadãos de poder nas decisões sobre os cuidados de saúde. Para que tal seja efetivo é indispensável a existência de oferta que permita optar.

Através da revisão bibliográfica e da integração dos dados e indicadores publicados por diversas entidades de referência, este trabalho pretende contribuir para a perceção de como o mercado de saúde, em particular o Português, com a sua eficiência e limitações, poderá influenciar a saúde e o bem-estar da população.

Palavras chave: *Health Care Reform, Health Care Costs, Health Care Sector, Managed Competition, Portugal;*

Abstract

Universal health systems created with an assistance propose brought very important health gains for the population of developed countries. There are still some inequalities between different social classes mainly motivated by the inequity in access to health care. It is known that the provision of health care cannot be delivered exclusively through the market economy rules because of failures this market features: 1) Existence monopoly, oligopoly or monopsony; 2) lack of service; 3) externalities; 4) information asymmetry and 5) uncertainty. However, production efficiency and usefulness generated by this *quasi-market* under extensive regulation cannot be ignored.

In Portugal, as in other Western countries, there is a growing trend to empower citizens in order to decide about health care provided. To be effective, market supply that allows choosing is needed.

Through literature review and integration of data and indicators published by various reference entities, this work aims to contribute to the perception of how the healthcare market, particularly the Portuguese, with its efficiency and limitations, may influence the health and well-being of the population.

KeyWords: *Health Care Reform, Health Care Costs, Health Care Sector, Managed Competition, Portugal.*

Lista de Abreviaturas

SNS - Serviço Nacional de Saúde

MCDTs - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

SS - Subsistemas de Saúde

SSV - Seguros de Saúde Privados de Iniciativa Voluntária

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CH - Cuidados de Saúde Hospitalares

CCI - Cuidados Continuados Integrados

USF - Unidade de Saúde Familiar

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde continua, 70 anos depois, no seu documento basilar a definir saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não só a ausência de doença [1]. Os governos de cada país são os responsáveis pela saúde da população, incluindo-se a formação dos cidadãos para o ulterior contributo na promoção da saúde individual e coletiva - *empowerment for health* [2].

A Europa é a incubadora dos serviços públicos de saúde universais. Independentemente do modelo inspirador (*Bismarck* ou *Beveridge*), o impacto da universalidade dos sistemas na melhoria da saúde das populações é marcado [3,4]. É assim difícil estabelecer uma relação causal clara entre a saúde da população, o sistema de saúde e o seu modelo de financiamento [5]. Numa sociedade equitativa com recursos finitos é indispensável a demonstração dos princípios médicos e económicos subjacentes às opções tomadas na prestação de cuidados de saúde e no seu contributo para o bem estar da população - *accountability* [6,7]. Independentemente das oscilações ideológicas, assistimos a uma crescente liberdade de escolha e valorização das opções individuais, que contrariam o paradigma de serviço público igual a setor público igual a prestação pública [8]. Como consequência, temos assistido nas mais diferentes latitudes, ao desenvolvimento de um mercado concorrencial de cuidados de saúde. É no entanto amplamente aceite que a saúde, como bem público, não pode ser entregue exclusivamente às regras de mercado sob pena de perigar a equidade e o livre acesso dos cidadãos [6]. No entanto, não é possível hoje ignorar a eficiência processual perseguida pelas atividades económicas numa economia aberta e de mercado onde a *Inovação Centrada no Consumidor* é indispensável para otimizar os bens e os serviços produzidos [9].

O sistema de saúde português é sustentado na universalidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) mas com uma forte componente de financiamento privado [4]. O mercado de

saúde em Portugal está classicamente dividido em submercados precariamente definidos e com muitos pontos de sobreposição.

O objetivo deste trabalho é contribuir para a perceção de como o mercado de saúde, em particular o Português, com a sua eficiência e limitações, está a influenciar o bem-estar e a saúde da população. Pretende-se ainda delinear caminhos para a enaltecer a utilidade do mercado na produção de saúde.

2. Métodos

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica inicial na base de dados Pubmed limitada a artigos de revisão publicados desde o início do ano 2000, utilizando-se diferentes combinações das seguintes palavras-chave: *Health Care reform, health care costs, health care sector e managed competition*. Após a realização da pesquisa, foram excluídos alguns artigos a partir da leitura do título, resumo ou texto na sua integridade. Recorreu-se ainda a livros de pertinência para o tema. A partir dos artigos selecionados e livros adicionaram-se outros artigos originais pela sua especial relevância.

Foram ainda pesquisadas as publicações e sítios da internet de entidades, nacionais e internacionais, com publicações ou intervenção sobre o tema.

Finalmente foi revista a legislação portuguesa relacionada com o tema.

3. Contextualização

3.1. O Bem Saúde e a Teoria de Mercado

A procura do bem saúde é um procura individual derivada do objetivo [10]. Em teoria, todos os consumidores estariam altamente satisfeitos em não consumir nenhum cuidado de saúde. Mas no estado de doença, ou na perspectiva de tal acontecer, a procura do bem saúde ultrapassa claramente a necessidade do *mal* cuidados de saúde. Esta procura está condicionada pelo *stock* da saúde do indivíduo mas também pelos meios disponíveis e pelos preços dos bens numa relação típica de curva de procura negativa [10,11]. No entanto, devemos ter em conta que numa economia avançada a maioria das despesas de saúde são financiadas pelos estados, na forma de participação direta ou de benefícios fiscais, fazendo com que a percepção do consumidor em relação ao preço do bem que está a adquirir seja profundamente distorcida [6].

Num mercado perfeito, consumidores soberanos, escolhem os bens e serviços e os respetivos fornecedores e prestadores, que maximizam o seu bem estar. Numa concorrência perfeita, a oferta é composta por um número suficientemente amplo de prestadores de tal forma que a concorrência obrigará o preço a aproximar-se do custo marginal de produção. Ainda que a oferta não seja o suficientemente ampla, a não existência de barreiras à entrada de novos prestadores não fará perigar a concorrência e a eficiência do mercado [12].

Nas atividades económicas a eficiência é o objetivo a atingir. Só um mercado concorrencial será capaz de gerar a verdadeira eficiência. A eficiência pode se considerada numa

perspetiva produtiva e numa perspetiva alocativa¹. Num mercado de saúde temos que considerar a equidade, condição indispensável para um sistema justo e solidário; a eficiência alocativa máxima deve ser perseguida. O mercado da saúde, leia-se o mercado dos cuidados de saúde, está longe de ser um mercado perfeito onde a livre concorrência é capaz de gerar eficiência e garantir a equidade bem-estar social [6,8,13].

3.2. Imperfeições de Mercado e o Bem Saúde

As particularidades do mercado de saúde, sobretudo a incerteza relativa à procura e a assimetria de informação entre compradores e vendedores, fazem com que persista uma forte regulação governamental e uma limitação comparativa nas política de concorrência que salvaguardam o funcionamento do mercado [13]. Nunes resume as principais falhas de mercado na saúde: 1) Existência de monopólio, oligopólio ou monopsónio; 2) escassez de serviço; 3) externalidades que podem ser positivas ou negativas do lado da procura ou do lado da oferta; 4) assimetria de informação e 5) incerteza na procura dos cuidados de saúde dada a natureza do bem e dos próprios cuidados [8].

O mercado de saúde é intrinsecamente diferente pela natureza do bem em causa. Desde logo a procura dos cuidados de saúde que, sendo derivada, está fortemente dependente do *stock de saúde* do indivíduo [11]. Por outro lado, o conhecimento limitado que cada indivíduo tem sobre a sua saúde e sobre a adequação do tipo de cuidados implica a delegação da decisão num agente - o médico (ou outro profissional de saúde). Esta relação remete-nos

¹ Na eficiência produtiva um determinado bem é produzido ao menor preço possível para o contexto económico; a sua produção não poderá ser aumentada sem reduzir a produção de outro bem. A alocação ou afetação de recursos é a forma como a economia distribui os seus recursos. A eficiência alocativa máxima é atingida quando para melhorar o bem-estar de um agente económico se tem que diminuir o bem-estar de outro - ótimo de *Pareto* ou, se os agentes beneficiados com determinada afetação forem capazes de compensar os agentes prejudicados - Critério de *Kaldor-Hicks*.

para a *Teoria da Agência* em duas vertentes: 1) o médico agente do doente, que pressupõe que este decidirá como ele caso fosse detentor de toda a informação e 2) o médico como agente do “acionista” estado ou segurador com o dever de cuidar o interesse deste na saúde da população respeitando a relação custo-benefício [14]. Acresce-se que, sobretudo num estado de ausência de saúde, os cidadãos são insensíveis ao preço do bem; mais quando existe uma entidade financiadora - risco moral no consumo. Neste contexto, o médico é então detentor de um enorme poder de mercado, sendo por isso susceptível a incorrer no risco moral de indução da procura pela oferta [7,15]. Numa relação de agência perfeita haverá coincidência dos interesses dos agentes envolvidos [6]. Por forma a limitar esta dualidade, é hoje alargado o consenso de separação dos papéis de estado financiador e prestador, bem como da necessidade de uma regulação independente que permita mitigar as falhas de mercado e corrigir as ações dos seus diversos operadores [8].

3.3. O Mercado e os Agentes de Saúde em Portugal

A Constituição da República Portuguesa, consagra o direito à proteção da saúde como um direito fundamental responsabilidade do Estado mas admitindo a possibilidade de existência de um setor privado de prestação de cuidados de saúde articulado com o sector público [16].

Em 2013, a despesa global com saúde em Portugal ultrapassou os 15 mil milhões de euros, 9,1% do PIB, valor superior à média dos países da OCDE. Destes, cerca de 10 mil milhões fora suportados pelas administrações públicas e os restantes 5 mil milhões pelo setor privado sobretudo de forma direta pelas famílias [4,17]. O mercado de saúde português poderá dividir-se em três mercados em função da entidade financiadora: 1) o SNS, 2) o mercado dos subsistemas de saúde (SS) e dos seguros de saúde privados de iniciativa voluntária (SSV) e 3) o mercado dos operadores exclusivamente privados. Como elo de ligação destas três esferas encontramos o setor convencionado, um setor sobretudo ligado aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) [8].

Serviço Nacional de Saúde

O SNS é o garante constitucional da equidade no direito à saúde. É composto por três ramos: cuidados de saúde primários (CSP), cuidados de saúde hospitalares (CH) e cuidados continuados integrados (CCI) [18].

Os CSP, através do médico de família integrado num centro de saúde e/ou numa Unidade de Saúde Familiar (USF) são a porta de acesso ao SNS; os utentes não têm acesso direto a um especialista [19]. O utente deve registar-se na USF/Centro de saúde da sua área de residência sendo-lhe atribuído, se disponível, um médico de família. Dada a crónica falta de médicos de família, não existe ainda a preconizada liberdade de escolha para os utentes. No segundo nível, o de referência para os CH, uma das características do SNS é, ou era, o rígido protocolo de referência. Com vista a alterar esta realidade, legislou-se recentemente no sentido de permitir a criação de um mercado interno no SNS com liberdade de escolha nos CH [20].

Subsistemas de Saúde e Seguros de Saúde Privados de Iniciativa Voluntária

Os SS são anteriores à criação do SNS. Aquando da sua criação, em 1979, o SNS não absorveu os SS previamente existentes. A Direção-Geral de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas - ADSE é o maior subsistema de saúde com mais de um milhão e duzentos mil beneficiários [21]. Os restantes SS públicos têm em conjunto cerca de seiscentos mil beneficiários. Em 2005 os SS públicos foram consolidados na ADSE, passando a existir uma uniformização no que toca aos benefícios e obrigações dos beneficiários [22]. A ADSE garante o acesso aos cuidados dos seus beneficiários através do pagamento ou comparticipação nos serviços que lhe são prestados na rede de prestadores com contrato/convenção ou através do regime livre onde os beneficiários suportam o pagamento das despesas solicitando posteriormente o seu reembolso. Existe portanto uma total liberdade de escolha. Deve salientar-se que os beneficiários da ADSE mantêm o seu

estatuto de utentes do SNS. O futuro da ADSE está neste momento em discussão pública tendo a *Comissão De Reforma Do Modelo De Assistência Na Doença Aos Servidores Do Estado* [23], proposto a mutualização da ADSE como forma de a retirar do perímetro do SNS [24].

Cumulativamente ao SNS, mais de 20% da população está coberta por um SSV [25]. Este seguro, dependendo do nível de capital segurado, oferece liberdade de escolha entre os prestadores convencionados com a seguradora ou através de um regime livre com posterior reembolso. Os SSV funcionam num regime de livre mercado sendo dominado por um grupo reduzido de seguradoras que na maioria dos casos subcontratam a gestão da sua rede. Regra geral, não há produtos abertos à subscrição para indivíduos com mais de 60 anos [26].

Setor Privado

O setor privado, historicamente desfragmentado em pequenos consultórios individuais, tem vindo a transformar-se num mercado organizado, dominado por grupos económicos detentores de estruturas prestadoras de maior dimensão e com grande amplitude de serviços (*e.g.* hospitais privados), onde os profissionais de saúde são, maioritariamente, assalariados. Este movimento, para além da estratégia empresarial de partilha de serviços, é sobretudo alimentado pela facilidade em estabelecer acordos/convenções com os SS e seguradoras a fim de maximizar a procura. Hoje, exceção talvez feita à medicina dentária, o setor privado puro é diminuto cingindo-se a operadores individuais com grande poder de mercado.

Setor Convencionado

Na década de 80, o SNS celebrou uma série de contratos/convenções com entidades externas privadas sobretudo na área dos MCDTs para garantir o acesso a um conjunto de serviços que não estavam amplamente disponíveis. Desde então, exceção feita ao

programa SIGIC e às Misericórdias, não foram celebradas novas convenções, transformando este submercado num oligopólio. Apenas em 2013, depois de décadas de discussão, se publicou nova legislação, com vista a adequar as convenções “à *atual realidade de prestação de cuidados de saúde que permita, com respeito pelos princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência, assegurar a realização de prestações de serviços de saúde aos utentes do SNS,...*” [27]. Encontra-se apenas concluída a sua implementação para a área da endoscopia e gastroenterologia [28]. De notar que estes prestadores convencionados com o SNS são também, maioritariamente, convencionados com os SS e com os SSV [26] .

Para além da áreas dos MCDTs, há também uma complementaridade do SNS a nível dos CH com o setor social que é essencialmente constituído pelas *Misericórdias Portuguesas* que é detentora de um número importante de hospitais bem como de um número importante de camas de CCI. As Misericórdias, com base no seu trabalho social, estabeleceram vários acordos/convenções com o SNS que em termos pragmáticos as transformaram num importante *player* no mercado, dado o seu vasto leque de serviços hospitalares e a grande maioria dos MCDTs.

4. Discussão

Numa Europa em que os indicadores de saúde das populações têm melhorado continuamente nas últimas décadas, observa-se ainda um grau relativamente elevado de desigualdade entre os grupos sócio-económicos dentro de um mesmo país: as pessoas das classes sociais privilegiadas não só vivem mais como têm melhor saúde. A este facto não será alheia a possibilidade de escolha e facilidade de acesso que estas classes inerentemente têm, pela sua disponibilidade financeira e pelo seu nível de formação e informação [3,29,30].

Um sistema universal como o SNS tende a ser monopolista e monopsonista limitando a livre escolha dos utentes [8]. Assim, aprioristicamente, devemos discutir a bondade de atribuir aos utentes destes sistemas o direito de optarem sobre um serviço que foi criado e é gerido em prol do bem coletivo, com o intuito de suprir necessidades e não de responder à procura [31]. Esta questão ganha especial relevância pois o próprio ato médico pressupõe, como princípio fundamental, o direito do doente de escolher livremente o seu médico [32]. Neste mesmo sentido diferentes quadrantes emanaram orientações que sustentam a atribuição desta competência ao cidadão formado e informado [2,9].

Se olharmos para a estratégia dos últimos Governos Portugueses vemos uma clara aposta nos CSP que são, ou deveriam ser, a porta de entrada no sistema; mas devem ser bastante mais do que isso: devem ser responsáveis pelos cuidados permanentes e continuados por forma a obter e manter uma história clínica completa e atualizada de cada utente e que sirva de ferramenta clínica [33]. Estimava-se que 33% da população recorre às urgências hospitalares ou ao setor privado por falta de adequados CSP [19]. É inegável que adoção do modelo de USF trouxe uma verdadeira revolução a este nível. As USFs, com a sua autonomia e integração organizacional, a definição de objetivos programáticos e os incentivos remuneratórios proporcionaram um ganho em disponibilidade e na qualidade do

serviço prestado aos utentes [35]. Ainda assim, a inferência de que incentivos financeiros trarão melhores *outputs* em saúde, embora aparente não é absolutamente clara - veja-se as revisões *Cochrane* [36,37]. Do ponto de vista de mercado, as USFs vieram, também, mas não só, pelo fator preço (co-pagamento ou isenção), tornar-se fortes concorrentes dos tradicionais consultórios/clínicas privados generalistas, evidenciando alguns conflitos de interesses de prestadores que coincidiam na mesma área geográfica como prestadores públicos e privados. De igual forma, os mecanismos de contratualização e monitorização adotados nas USFs vieram contribuir para uma racionalização na utilização dos MCDTs e medicação [35].

Foram introduzidas recentemente alterações na referenciação hospitalar a partir dos CSP [20]: *“O XXI Governo Constitucional, no seu programa para a saúde, estabelece como prioridade a redução das desigualdades entre cidadãos no acesso à prestação de cuidados, assim como o reforço do poder do cidadão no Serviço Nacional de Saúde. Nestes termos, torna-se imperativo alterar o paradigma da oferta de cuidados de saúde reorganizando o sistema em torno do cidadão, das suas necessidades e expectativas, assegurando a equidade no acesso, a qualidade dos serviços e a prestação atempada e humanizada dos cuidados, sem perder de vista a sua sustentabilidade.”* O rígido e, quase sempre, moroso caminho de referenciação para os CH até agora em vigor, impelia os utentes a optarem por uma alternativa no mercado dos prestadores privados ou a recorrerem diretamente às urgências. Com esta alteração, há a intenção de responder à procura e dotar o utente de poder de mercado. Não devemos no entanto desvalorizar as características dum mercado onde coabitam de forma simultânea todas as suas possíveis falhas; por isso o legislador nomeia como agente do doente o seu médico de família e disponibiliza um conjunto de indicadores que permitirão sustentar as opções [20]. Se do lado da procura as repercussões são aparentemente óbvias, a transformação de um prestador monopolista em oligopolista trará, no pressuposto da existência de uma perfeita relação de agência, uma clara mais valia. Do lado da oferta o efeito poderá ser mais complexo. Teoricamente o ajuste a um

quase-mercado estimulará através da concorrência, num cenário de preço fixado, um aumento na qualidade do serviço para atrair mais clientes e naturalmente aumentar a sua reputação e remuneração institucional. Não se pode, sobretudo num cenário de convulsão, menosprezar o risco de conluio profissional ou institucional inerente às reformas melindrosas [12]. Também neste sentido, a forma como a remuneração extra, eventualmente conseguida, é depois aplicada, será um ponto crítico cuja discussão ultrapassa o objetivo deste trabalho.

O objetivo de um SNS não poderá ser apenas o aumento da eficiência produtiva e qualidade intrínseca do seu serviço pois a sua gestão estratégica tem que considerar a equidade e a eficiência alocativa que, numa perspetiva de *extra-welfarism* [38], originarão para além do bem estar social ganhos em saúde [6,8]. *Cooper et al.* concluem, que num *quase-mercado* com preço fixado se observam ganhos em saúde desde que o preço praticado cubra o custo marginal [39]. O seu trabalho como base de decisão política mereceu contestação [40].

O elo de ligação entre o SNS e os prestadores privados é o denominado setor convencionado onde, a um preço fixado um número limitado mas relativamente extenso de atos, são contratados pelos CSP. Como referido, o bloqueio à entrada de novos prestadores e a definição de zonas geográficas de influência, conduziu a um déficit concorrencial que levou à ineficiência e à gradual perda na qualidade do serviço prestado. Este facto originou um movimento de concentração de empresas convencionadas, cujo ativo era essencialmente a convenção, em operadores ou investidores com visão expansionista. Para além da economia de escala, assistiu-se e assiste-se a uma economia de gama, resultante de uma estratégia de *cross-selling* em algumas áreas convencionadas (*e.g.* análises clínicas e imagiologia) [41]. Nesta situação de oligopólio, em que desapareceu a preconizada atomização dos prestadores, as imperfeições do mercado ficaram enaltecidas nomeadamente a crónica assimetria de informação, mas sobretudo o agenciamento, indução da procura e muitas vezes a irracionalidade do consumidor. Os prescritores foram incapazes de frenar o risco moral da procura de um serviço altamente participado bem

como não ficaram imunes ao conflito de interesses aquando da referenciação dos seus utentes para serviços privados [42].

Uma das mais discutidas questões do sistema português de saúde é a desigualdade gerada pela manutenção dos subsistemas públicos de saúde, nomeadamente da ADSE. Esta discussão tem gerado opiniões antagónicas sobre a bondade da sua co-existência com um SNS universal e sobre a legitimidade dos benefícios atribuídos por uma entidade patronal cuja receita são os impostos pagos por todos [24]. Mais do que discutir a sua legitimidade, interessa discutir aqui a sua repercussão em termos de mercado e de utilidade na produção de saúde. Neste contexto, a ADSE funciona em conjunto com os SSV, constituindo um conjunto vasto de cidadãos que recorrem eletivamente, pelo menos numa primeira linha ao setor privado e/ou convencionado desonerando o SNS [22]. Esta liberdade de escolha, traduz um elevado grau de satisfação aos seus beneficiários. No entanto, num setor com preços fixados o risco moral da procura dificilmente não origina um aumento global de custo. Ainda assim, a ADSE apresenta-se com custos por beneficiário pelo menos semelhantes aos do SNS. Na falta de dados empíricos que provem os aparentes ganhos em saúde, fica pelo menos o aumento da utilidade do sistema para os seus beneficiários [22].

5. Conclusão

Os sistemas de saúde universais trouxeram enormes ganhos em saúde para a população em geral [3,4]. Hoje, num contexto de riqueza limitada não há alternativa que não a de estabelecer prioridades de acordo com critérios específicos, científicos e sobretudo adequados à realidade da população, dotando o cidadão de capacidade para participar diretamente nas decisões [2,6]. A liberdade de escolha de consumidores soberanos é um fenómeno crescente e desejável [2,9]. Esta, só existirá num contexto de um mercado ou *quase-mercado* com oferta suficientemente ampla que permita a obtenção de utilidade a um custo marginal adequado. A definição do preço, seja ela administrativa ou pelo mercado, parece ser um fator crucial para os resultados em saúde: sempre que o preço fica aquém do custo marginal os resultados em saúde ressentem-se [12,39]. Vários exemplos são encontrados desta evolução nos países da OCDE, e diferentes estratégias foram seguidas com o intuito de controlar o aumento de custos inerente [3].

Em Portugal encontramos diferentes exemplos de criação de mercados ou *quase-mercados* cuja precocidade ou as oscilações políticas não permitiram ainda esclarecer a sua bondade de forma definitiva. A introdução da liberdade de escolha na referenciação dos CH, criando o denominado mercado interno, sendo teoricamente positiva, mas ainda controversa em alguns países [39,40], carece de tempo para a verificação da sua eficiência. O modelo das USFs, que veio transformar de forma positiva os CSP ao nível da acessibilidade, da eficiência, da qualidade e dos custos [35]. No entanto, a plenitude do seu efeito apenas poderá ser completamente aferida quando o objetivo de atribuir um médico de família a cada português for atingido. Atingido esse nível, a evolução no sentido de uma livre concorrência entre as unidades com níveis de autonomia superiores, e com abertura do mercado à iniciativa privada com regras claramente definidas, poderá enaltecer a eficiência de mercado [43]. Um mercado concorrencial mais amplo nos CSP permitiria aos profissionais, nomeadamente ao médico, ter em conta o lucro e a utilidade do serviço que prestam e não

apenas a sua utilidade [15]. Num contexto adequadamente regulado, o lucro salvaguardaria interesses conflituosos, minimizaria a indução da procura e a poupança seria maximizada.

O mercado convencionado é um outro exemplo de modelo que atribui ao utente do SNS liberdade de escolha. Desde a sua criação, as oscilações ideológicas e a consequente indefinição não permitiram maximizar o seu funcionamento fazendo emergir as falhas de mercado, nomeadamente a criação de oligopólios, agenciamento e indução da procura. Este contexto não permitiu ao SNS aproveitar a eficiência produtiva do mercado em benefício próprio e consequentemente dos seus utentes. A limitação da oferta e o bloqueio à entrada de novos prestadores provocou uma distorção do mercado com efeitos negativos para todos os agentes. Na prática gerou-se um mercado em que os prestadores privados procuraram para as suas organizações MCDTs convencionados com o SNS; como refere a ERS “*O capital que poderia e deveria ser investido em modernização e serviço passou a ser investido em aquisição de convenções*” [41]. Uma nova realidade poderá ser lograda com o mais recente clausulado na área da gastroenterologia.

Em conclusão, os mercados de saúde caracterizam-se por uma extensa regulação que os transforma em *quase-mercados*. O objetivo da regulação não deve ser o de limitar a concorrência nem castrar o mercado nas suas virtudes, mas sim incentivar o seu funcionamento dentro de limites criteriosamente definidos que permitam aproveitar a eficiência produtiva e utilidade geradas. Deverão os Governos, apoderados desta mais-valia diligenciar no sentido de garantir a equidade.

Referências

1. Constitution Of The World Health Organization [Internet]. [cited 2016 Jul 2]; Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>
2. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO; 1998.1.
3. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2014 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2014. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
4. OECD. Health at a Glance 2015 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
5. van der Zee J, Kroneman MW. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. BMC Health Services Research 2007;7(1):1–11.
6. Rego G. Gestão Empresarial dos Cuidados de Saúde - Uma aplicação aos sector da Saúde. 2ª ed. Porto: Vida económica - Ed, SA; 2011. p.1-224
7. Nunes R, Rego G. Prioridades na Saúde. Lisboa: McGrawHill; 2002.
8. Nunes R. Regulação da Saúde. 2ª Edição. Porto: Vida económica; 2012.
9. Lewis WW, Ann Mettler. Consumer and Competition: Unlocking Europe's Drivers of Productivity. Lisbon Council Polycy Brief [Internet] 2007;2(2). Disponível em: <http://www.lisboncouncil.net/component/publication/publication/42-consumers-and-competition-unlocking-europes-drivers-of-productivity.html>
10. Grossman M. A Stock Approach to the Demand for Health [Internet]. In: The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation. 1972. p. 1–10. Disponível em: <http://www.nber.org/books/gros72-1>
11. Barros PP. Procura de cuidados de saúde - os efeitos do estado de saúde, copagamento e rendimento [Internet]. 2001;Disponível em: http://www.apes.pt/files/dts/dt_022001.pdf
12. Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N, Magee H. Patient choice: how patients choose and how providers respond. London: King's Fund, 2010. Disponível em: http://www.kingsfund.org.uk/publications/patient_choice.html

13. Gaynor M, Vogt WB. Antitrust and competition in health care markets. NBER Working Paper Series [Internet] 1999; Disponível em: www.nber.org/papers/w7112
14. Evans RG. Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications [Internet]. In: Perlman M, editor. The Economics of Health and Medical Care: Proceedings of a Conference held by the International Economic Association at Tokyo. London: Palgrave Macmillan UK; 1974. p. 162–73. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-349-63660-0_101.
15. Stano M. A further analysis of the physician inducement controversy. Journal of Health Economics 1987;6(3):227–38.
16. Constituição da República Portuguesa [Internet]. 2005 [cited 2016 Jul 1]. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/243653>
17. Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de agente financiador [Internet]. Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo. [cited 2016 Jul 16]; Disponível em: <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5696010>
18. SNS - Reforma do SNS [Internet]. [cited 2016 Jul 1]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/>
19. Barros PP, Machado SR, Simões J de A. Portugal - Health System review. Health Systems in Transition 2011;13(4). 1.
20. Despacho nº 5911-B/2016 [Internet]. 2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/74328049>
21. ADSE - Quem Somos [Internet]. ADSE. [cited 2016 Jul 2]; Disponível em: <https://www.adse.pt/page.aspx?IdCat=352&IdMasterCat=351&MenuLevel=2>
22. Álvaro Almeida, Nuno De Sousa Pereira, Susana Oliveira. Adse - Que Futuro? Porto - Business School; 2015.
23. Despacho Nº 3177-A/2016 [Internet]. 2016. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/73727308>

24. Comissão De Reforma Do Modelo De Assistência Na Doença Aos Servidores Do Estado. Reforma Modelo ADSE - Versão Preliminar, 31 de maio 2016 (para suporte à discussão pública). 2016.
25. ASF - Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões [Internet]. [cited 2016 Jul 1]; Disponível em: <http://www.asf.com.pt/NR/exeres/34CBFBFE-40B5-4ECF-AA75-5934E13A57E4.htm>
26. Entidade Reguadora da Saúde. Avaliação do modelo de contratação de prestadores de cuidados de saúde pelos subsistemas e seguros de saúde [Internet]. 2009. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/70/Subsistemas_Seguros.pdf
27. Decreto-lei nº 139/2013 de 9 de outubro [Internet]. 2013. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/500090>
28. Despacho nº 438-C/2015 [Internet]. 2015. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/66195242>
29. Jutz R. The role of income inequality and social policies on income-related health inequalities in Europe. *International Journal for Equity in Health* 2015;14(1):1–14.
30. Appleby J, Harrison A and Devlin N. What is the Real Cost of More Patient Choice? London: King's Fund, 2003. Disponível em: http://www.kingsfund.org.uk/publications/patient_choice.html
31. Hurley J. Chapter 2 - An Overview of the Normative Economics of the Health Sector* [Internet]. In: Anthony J. Culyer and Joseph P. Newhouse, editor. *Handbook of Health Economics*. Elsevier; 2000. p. 55–118. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1574006400801614>
32. Ordem dos Médicos. Regulamento de Deontologia Médica [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 31]. Disponível em: <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=9c838d2e45b2ad1094d42f4ef36764f6&id=d19544ae709580379cd2523b0e72c86d>
33. Eisenberg JM. Book Review. *N Engl J Med* 1997;336(22):1615–1615.

34. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225985-en>
35. da Silva Fialho AS. Family Health Units vs. Primary Health Care Centers. Development of Discrete Event Simulation Models to Compare the Performance of the Two Organizational Models [Internet]. 2008 [cited 2016 Jul 2]; Disponível em: <https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/downloadFile/395137875638/Tese%20Dissertação%20-%20André%20Fialho.pdf>
36. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 9. Art. No.: CD008451. DOI: 10.1002/14651858.CD008451.pub2
37. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD009255. DOI: 10.1002/14651858.CD009255.
38. Brouwer WBF, Culyer AJ, van Exel NJA, Rutten FFH. Welfarism vs. extra-welfarism. *Journal of Health Economics* 2008;27(2):325–38.
39. Cooper Z, Gibbons S, Jones S, McGuire A. Does Hospital Competition Save Lives? Evidence From The English NHS Patient Choice Reforms. *The Economic Journal* 2011;121(554):F228–60.
40. Pollock A, Macfarlane A, Kirkwood G, et al. No evidence that patient choice in the NHS saves lives. *The Lancet* 2011;378(9809):2057–60.
41. Entidade Reguladora da Saúde. Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS. 2006.
42. Campos AC. Decentralization and privatization in Portuguese health reforms. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2004;4:7–20.
43. Dash P. New providers in UK health care. *BMJ* 2004;328(7435):340–2.

Agradecimentos

À Doutora Guilhermina Rego pela simpatia e sapiência com que me orientou neste trabalho.

Aos colegas de curso que me ajudaram neste regresso.

Aos meus colaboradores por terem tornado as minhas ausências impercetíveis.

Aos amigos que ao longo deste percurso me incentivaram com a sua admiração.

Aos meus pais por me terem dado a capacidade de sonhar e acreditar.

Ao JP pela responsabilidade e inteligência com que me brindou nestes anos.

À Joana pela alegria e energia com que contagiou cada um dos meus dias.

À Micaela por me ter dado... tudo.

Obrigado!

Instruções para Autores

- 1

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

Todos os manuscritos são avaliados por membros do corpo editorial e a publicação dos artigos de investigação original, casos clínicos ou séries de casos que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de revisores externos. Os revisores podem propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Será mencionada a avaliação por revisores externos no final dos artigos, quando aplicável.

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 prevêem 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.

Forma e preparação de manuscritos

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).

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em inglês (UK), 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 inglês (UK), 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 inglês (UK), 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.

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).

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em inglês (UK), 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).

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em inglês (UK), 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.

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 inglês (UK), 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 pancreatobiliary 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 (luisabotelho@arquimed.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074379) 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.