

MEDIÇÃO DE RESULTADOS EM SAÚDE

RELATÓRIO PEDAGÓGICO

SETEMBRO DE 2008

Relatório pedagógico incluindo programa, conteúdos e métodos de ensino, elaborado de acordo com a alínea b) do Artigo 5º do Decreto-Lei nº 239/2007, de 19 de Junho, para apreciação na prestação de provas para atribuição do título de Agregado da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, no III Grupo - Economia Matemática e Modelos Econométricos.

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

Faculdade de Economia
Universidade de Coimbra

Medição de Resultados em Saúde

Mestrado em Gestão e Economia da Saúde
(2º ciclo)

Programa, Conteúdos e Métodos de Ensino

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

SUMÁRIO

1. Apresentação	1
1.1 O Mestrado em Gestão e Economia da Saúde	1
1.2 Breve análise comparativa com outros cursos de referência	4
2. Introdução	7
2.1 Definição e evolução do conceito de resultado em saúde	7
2.2 A medição dos resultados em saúde	9
3. Justificação do programa da unidade curricular	11
4. Objectivos gerais da unidade curricular	13
4.1 Missão	13
4.2 Competências	13
5. Programa e conteúdo das aulas	15
5.1 Programa da unidade curricular	15
5.2 Conteúdo das aulas	16
6. Metodologia de ensino	21
7. Avaliação	23
8. Bibliografia recomendada	25
9. Referências	29
Anexos	
1. Docentes colaboradores do MGES	31
2. Conferências efectuadas no MGES	35
3. Orientadores e arguentes externos à FEUC	39
4. Dissertações defendidas	41
5. Estrutura curricular do 2º ciclo de estudos em “Gestão e Economia da Saúde”	45

SIGLAS UTILIZADAS

ACSS	Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CIUC	Centro de Informática da Universidade de Coimbra
DCE-UA	Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro
DCE-UAç	Departamento de Ciências da Educação da Universidade dos Açores
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EEGUM	Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho
EGOS	Economia e Gestão nas Organizações de Saúde
ENSP-UNL	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa
ESENFUC	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
ESSB	Escola Superior de Saúde de Bragança do Inst Politécnico de Bragança
FCDEF-UP	Faculdade de Ciência e Educação Física da Universidade do Porto
FCEE-UCL	Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais, Univ Católica de Lisboa
FCM-UNL	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
FDUC	Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
FEG-UCP	Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica do Porto
FE-UALG	Faculdade de Economia da Universidade do Algarve
FEUC	Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
FE-UNL	Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa
FFUC	Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
FLUC	Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra
FMH-UTL	Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
FMUL	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
FPCEUP	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra
ICBAS	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IQS	Instituto da Qualidade em Saúde
ISCAC	Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra
ISCTE	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
ISEG	Instituto Superior de Economia e Gestão
ISSS-P	Instituto Superior de Serviço Social do Porto
MGES	Mestrado em Gestão e Economia da Saúde

MS	Ministério da Saúde
OT	Orientação tutorial
PL	Práticas laboratoriais
QALY	<i>Quality Adjusted Life Year</i>
SACSUA	Secção Autónoma das Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro
T	Teóricas
TP	Teórico-práticas
WoC	WebOnCampus

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

1

Apresentação

1.1 O Mestrado em Gestão e Economia da Saúde

O aumento crescente das despesas em saúde, a evolução da tecnologia ao serviço da medicina, o envelhecimento da população e as recentes reformas do sistema português de saúde têm vindo a criar a necessidade de novas competências nos vários profissionais de saúde e nos analistas e investigadores nas áreas da administração da saúde e investigação em sistemas e serviços da saúde.

É neste contexto que, em 1995, a Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (FEUC) propôs ao Senado da Universidade de Coimbra a criação de um curso de Mestrado para proporcionar uma formação avançada em gestão e economia da saúde, conceitos teóricos e aplicação de instrumentos metodológicos e de medição em saúde (Despacho n.º 18/95, D.R. II Série, n.º 167, de 21 de Julho, alterado mais tarde pelo Despacho n.º 704/99, D.R. II Série, n.º 12, de 15 de Janeiro).

Esta iniciativa foi pioneira no ensino pós-graduado da gestão e da economia da saúde em Portugal. Com a sua criação, a FEUC procurou, acima de tudo, estimular o desenvolvimento de instrumentos teóricos e metodológicos e de conhecimentos substantivos capazes de responder aos desafios colocados à gestão e à economia da saúde.

Durante quatro anos, este curso de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde (MGES) foi anual, com uma procura que excedeu sempre cerca de cinco vezes o *numerus clausus*, fixado em 20 estudantes. Por limitações de logística e de acompanhamento de dissertações, decidiu-se que seria conveniente propor ao Conselho Científico da FEUC que as edições do Mestrado passassem a ter uma periodicidade bianual.

Os colaboradores deste Mestrado, docentes da FEUC e de outras Escolas, especialistas de reconhecido mérito neste domínio de conhecimento (anexo 1), garantiram ao programa um amplo leque de competências, potenciador de uma leccionação e investigação de excelência. Além disto, a investigação realizada neste domínio na FEUC, através do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), tem disponibilizado um vasto instrumental de análise sofisticada que tem servido de apoio ao estudo das diferentes realidades com que nos deparamos na gestão e na economia da saúde.

Várias foram as individualidades que aceitaram fazer conferências aos alunos do curso de Mestrado (anexo 2) ou aceitaram ser orientadores ou arguentes de dissertações (anexo 3). Até esta data, este curso de Mestrado já produziu 34 mestres (anexo 4) e, para além destes, 73 pós-

-graduados e 4 estão ainda em fase final da dissertação. As taxas de diplomas pós-graduações e de mestres são, respectivamente, de 88% e 32%.

Em 2006 suspendeu-se a continuidade deste curso e deu-se início à Pós-graduação em Economia e Gestão de Unidades de Saúde (EGOS), agora com duas edições concluídas que, entretanto já formou mais 42 alunos. No entanto, logo no fim da primeira edição desta pós-graduação, fomos confrontados com um pedido, muito insistente por parte dos alunos, de condições para elaborar e defender uma dissertação.

Procedemos, então, à reformulação do curso de Mestrado e da Pós-graduação e à sua adequação a 2º ciclo de estudos em Gestão e Economia da Saúde, conferente do grau de Mestre. Adoptou-se o sistema europeu de transferência de créditos curriculares (*European Credit Transfer and Accumulation System* – ECTS) que mede a quantidade de trabalho despendida pelo estudante na totalidade das tarefas exigidas ao processo de aprendizagem. Inclui horas de contacto e horas que o estudante dedica a projectos, trabalhos no terreno, estudo e avaliação. A duração normal do curso é de quatro semestres, num total de 120 ECTS.

A estrutura curricular e o plano de estudos deste curso são os que constam do anexo 5. O Mestrado organiza-se em unidades curriculares no 1º ano, sendo o 2º ano reservado à elaboração de uma dissertação, juntamente com a frequência de um seminário de acompanhamento.

No primeiro semestre, os estudantes têm de realizar três unidades curriculares obrigatórias, uma da área científica de gestão e outra da área científica de estatística, com 8 ECTS cada (30 horas lectivas), para além de outra unidade curricular da área científica de gestão, com 6 ECTS (25 horas lectivas). As duas primeiras unidades curriculares são mais consumidoras de tempo do que a terceira, devido essencialmente à sua componente teórico-prática ou laboratorial, incluindo a utilização de computadores.

Ainda em relação às unidades curriculares obrigatórias, mas agora do segundo semestre, foi introduzida uma unidade curricular da área científica de economia com 6 ECTS (25 horas lectivas) por ser mais teórica do que as restantes, mantendo-se no entanto o seu aspecto interactivo. As restantes unidades curriculares estão incluídas nas áreas científicas de economia e gestão e correspondem a 8 ECTS (30 horas lectivas) devido à sua componente prática mais acentuada.

No que respeita às unidades curriculares opcionais, o estudante deverá, em cada semestre, optar por duas em três. A todas elas foi atribuído o peso de 4 ECTS pois têm a mesma carga lectiva (15 horas de aula) e complexidade e grau de exigência semelhantes.

Em todas as unidades curriculares há leituras obrigatórias e a elaboração de um trabalho final. Durante o ano lectivo prevê-se a participação de docentes convidados para proferirem palestras integradas nas unidades curriculares de modo a estimular a discussão e a participação dos estudantes.

O terceiro semestre (2º ano do Mestrado) consta de duas unidades curriculares. A primeira, Seminário de Acompanhamento, tem 10 ECTS, que correspondem a 270 horas (divididas entre 45 horas de orientação individual e 225 de estudo/trabalho individual). Entendeu-se que este número de ECTS correspondia ao número de horas de trabalho necessário para rever com o orientador o projecto de tese apresentado no 2º semestre (1º ano) e para preparar as primeiras versões dos capítulos da dissertação a discutir com o orientador. Inicia-se neste 3º semestre a elaboração da Dissertação de Mestrado que se prolonga pelo 4º semestre, num total de 50 ECTS. Este valor tem em conta tanto o trabalho individual necessário para levar a bom termo a elaboração de uma tese de mestrado, como o tempo necessário de estrita articulação com o respectivo orientador.

Pela conclusão do ciclo de estudos, será atribuído um diploma de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Será também atribuído um diploma de Estudos de Pós-graduação a todos os alunos que frequentem com aprovação as unidades curriculares do 1º ano (total de 60 ECTS). Com a estrutura definida para este mestrado pretende-se garantir a mobilidade, quer a nível de formação, quer a nível profissional, ideias preconizadas na Declaração de Bolonha.

As adaptações então introduzidas reforçam-no como programa que procura responder às exigências de uma formação avançada que combine o aprofundamento dos conhecimentos no núcleo básico de saberes da gestão e da economia da saúde, com a aquisição de competências de conhecimento e de desempenho em saúde. Esta adequação visa, pois, tornar mais actuais as matérias leccionadas e reforçar as capacidades de análise das organizações de saúde inseridas num ambiente complexo e em constante mudança.

Este segundo ciclo de estudos visa, em primeiro lugar, a aquisição de competências genéricas — cognitivas e metodológicas —, em consonância com as mencionadas no Artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, indispensáveis a um nível de formação graduada, tal como disposto no ponto 3 do Artigo 18º do mesmo documento; e, em segundo lugar, a formação de habilitações de desempenho profissional e social neste domínio de especialização. No final do programa, os titulares do grau de Mestre deverão ser capazes de:

- usar conceitos e princípios associados à gestão e à economia da saúde;
- compreender princípios epidemiológicos e técnicas estatísticas e econométricas aplicadas à saúde;
- saber aplicar métodos de obtenção de prova estatística, na medição de necessidades em saúde, no estabelecimento de programas de avaliação económica e na liderança de programas em qualidade da saúde;
- estudar as influências dos factores sociais, culturais, bioquímicos e sócio-psicológicos na saúde e na doença;
- conduzir um estudo empírico de um tópico relevante para a gestão e a economia da saúde.

Assim, este segundo ciclo de estudos em Gestão e Economia da Saúde visa estimular o desenvolvimento de dois tipos de competências. Em primeiro lugar, competências genéricas inerentes a um nível de formação graduada: a aquisição e aprofundamento de conhecimentos gerais na temática sobre que incide o programa; o desenvolvimento de capacidades de concepção e elaboração de investigação autónoma; a capacidade de juízo crítico e de ponderação de propostas teóricas novas; a capacidade de intervenção no debate público especializado e na disseminação de conhecimentos; e, não menos relevante, a capacidade de situar estes conhecimentos e estas ferramentas metodológicas numa abordagem teoricamente fundamentada da realidade social contemporânea.

Além da formação destas competências genéricas, este programa de segundo ciclo de estudos em Gestão e Economia da Saúde pretende atingir competências profissionais especializadas nas áreas de estudo cobertas pelo programa. Este segundo ciclo visa também, com efeito, criar habilitações adequadas ao exercício de uma actividade profissional de alto nível em unidades de saúde e na administração da saúde em Portugal.

1.2 Breve análise comparativa com outros cursos de referência

A duração prevista para este segundo ciclo de estudos (dois anos) é a duração adoptada pela esmagadora maioria das instituições universitárias no espaço europeu para este tipo de formação. Acresce que a estrutura adoptada — parte lectiva e tese final — é também a estrutura mais comumente adoptada. Assim, este Programa de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, quer em termos de duração quer em termos de estruturação, encontra paralelo na esmagadora maioria de programas equivalentes ministrados em outras universidades do espaço europeu.

Por exemplo, na Universidade de Sheffield no Reino Unido, o *MSc in Health Economics and Management* (http://www.shef.ac.uk/scharr/prospective_students/masters/hem) também combina o ensino da gestão com o da economia, sendo também orientado para dois principais públicos: estudantes de primeiro ciclo em gestão e economia que pretendem prosseguir os seus estudos e profissionais de saúde. Tal como o apresentado neste documento, este curso de Mestrado tem, essencialmente os seguintes objectivos:

- equipar os gestores clínicos e não clínicos, profissionais e organizações de saúde, com ferramentas analíticas que lhes permitam melhorar a eficiência e a efectividade dos serviços de que têm responsabilidades;
- fornecer aos estudantes uma compreensão pormenorizada do papel da economia da saúde na atribuição, gestão e avaliação de recursos usados nas suas organizações;
- construir uma base sólida para os estudantes que pretendam prosseguir outros graus de investigação e de formação.

A estrutura do curso é semelhante à deste Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, incluindo áreas como economia da saúde, avaliação económica, gestão de organizações e políticas de saúde, entre outras.

Ao contrário desta universidade, e afastando-se um pouco mais da filosofia subjacente a este Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, a Universidade de York, também no Reino Unido, na área da gestão e economia da saúde, prefere especializar-se mais na componente economia, oferecendo o curso de mestrado *MSc in Health Economics* (<http://www.york.ac.uk/depts/econ/gsp/courses/msc-hlth.htm>). Tem a duração de 12 meses, a tempo completo, e possui como obrigatórias disciplinas como economia da saúde, avaliação de cuidados em saúde, métodos quantitativos, microeconomia e análise da decisão, para além de mais uma disciplina optativa onde, entre outras, se incluem a análise custo-benefício e a gestão de cuidados de saúde, todas elas compondo também o conteúdo programático do presente curso.

Em outras universidades europeias, provavelmente devido à localização das grandes companhias farmacêuticas e das principais entidades de autorização da introdução de medicamentos no mercado, o ensino da economia da saúde vem, muitas vezes, associado ao da farmacoeconomia. É o caso, por exemplo, da *City University*, em Londres, onde é oferecido o *MSc Economic Evaluation in Health Care* (<http://www.city.ac.uk/economics/healthcare/index.html>), essencialmente orientado para a avaliação económica de medicamentos. Embora o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da FEUC inclua uma disciplina de Farmacoeconomia, defendemos que um curso como este, de largo espectro, deverá abarcar outras áreas da gestão e da economia e não centrar-se quase exclusivamente num sub-domínio da economia da saúde. De qualquer modo, esta mesma universidade oferece também o *MSc in Health Economics* (http://www.city.ac.uk/economics/healthecon/Health_Economics.html), esse sim mais próximo do nosso.

Também a Universidade de Cardiff, no País de Gales, oferece o *International Pharmacoeconomics and Health Economics MSc*, especialmente orientado para a indústria farmacêutica.

Para além do Reino Unido, poderemos citar França com o *DESS Économie et Gestion des Systèmes de Santé* (<http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-07/ad071111.pdf>) oferecido pela Universidade Paris I e em cujo programa se encontram disciplinas também leccionadas no nosso Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. São elas, por exemplo, economia da saúde, direito da saúde, economia das políticas de saúde, informática aplicada à saúde, estatística aplicada à saúde e gestão hospitalar.

Ainda em língua francesa, na Suíça, na Universidade de Lausanne, é oferecido o *Master of Advanced Studies in Health Economics and Management* (www.hec.unil.ch/iems/Enseignement/MHEM) com a duração de dois anos e com módulos como economia da saúde, saúde pública e epidemiologia, direito da saúde, estatística, gestão das instituições de saúde, entre outros.

Na Noruega, em Bergen, o *Programme for Health Economics* (www.heb-rokkan.uib.no) é oferecido em estreita colaboração com um centro de investigação semelhante ao nosso CEISUC e dedicado à investigação económica em saúde e em cuidados de saúde.

Também em Barcelona, o *Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria* da Universidade Pompeu Fabra (http://www.idec.upf.edu/es/secciones/oferta_formativa/masters_programes/curs/curs.php?curs=004479) tem como objectivo proporcionar uma formação especializada em economia e gestão dos serviços de saúde e do medicamento, incluindo a prestação do serviço público, os centros e serviços de saúde aos vários níveis assistenciais, o medicamento, as agências de avaliação do medicamento e das tecnologias médicas, entre outros. Tal como o programa do Mestrado da FEUC, este programa tem especial interesse para os profissionais e graduados no sector da saúde e interessados nos temas de economia da saúde, farmacoeconomia, e desenho e gestão de qualidade.

Por fim, e sem qualquer intenção de sermos exaustivos, podemos referir, na Holanda, a Universidade Erasmus com o seu *MSc in Health Economics, Policy & Law* (<http://www.eur.nl/english/prospective/master/maprogrammes/maprog/mamed/healthecon/>), organizado conjuntamente com a Faculdade de Economia de Roterdão, cujo principal objectivo é fornecer aos estudantes conceitos e ferramentas de análise económica dos cuidados de saúde, incluindo a análise do funcionamento peculiar do mercado de cuidados de saúde e a avaliação económica em saúde.

A enorme consonância existente entre os vários mestrados europeus e o Mestrado em Gestão e Economia da Saúde da FEUC, atesta que esta harmonização com outras instituições universitárias de referência no espaço europeu, que corresponde ao espírito de Bolonha, foi desde logo uma das principais preocupações na adequação deste Programa de Mestrado.

De facto, a adequação do ensino universitário português à Declaração de Bolonha em 1999 pelos Ministros da Educação de 29 países europeus e inserida no direito português através do Decreto-Lei 74/2006, de 24 de Março, implicou a reestruturação deste curso de Mestrado (agora de 2º ciclo) e a reforma de conceitos. Corresponde a uma transição de um sistema baseado na transmissão de conhecimentos para um novo sistema orientado para o desenvolvimento de competências, modificações no processo de avaliação e integração dos estudantes noutras actividades para além das lectivas. Estas mudanças já foram tidas em conta na reformulação que efectuámos na própria unidade curricular de medição de resultados em saúde.

O presente relatório inicia-se com uma introdução onde são abordados aspectos relativos à definição, evolução e medição dos resultados em saúde, bem como perspectivas futuras. Seguidamente, é apresentada a inserção da disciplina, agora designada unidade curricular, no plano de estudos atrás referido, incluindo objectivos e competências a atingir com a sua leccionação. O programa da unidade curricular e os conteúdos das aulas pretendem informar com pormenor sobre os assuntos a desenvolver em cada aula. Por último, é apresentada a metodologia de ensino, os critérios de avaliação e a bibliografia recomendada.

2

Introdução

2.1 Definição e evolução do conceito de resultado em saúde

As crescentes pressões orçamentais em saúde têm também constituído um estímulo muito relevante para a utilização de instrumentos de medição. Estas mesmas pressões têm levado governos e outros financiadores da saúde a examinar o custo-efectividade e o custo-utilidade de novos desenvolvimentos e da introdução de novas tecnologias na saúde.

Por outro lado, qualquer organização de cuidados de saúde tem por missão a preservação e a promoção da saúde, para além da recuperação possível após uma doença. Com esta abordagem, o êxito dos cuidados de saúde é definido em termos da capacidade para melhorar o estado funcional de saúde e o bem-estar dos cidadãos, algo que, segundo muitos defendem, só estes podem avaliar. O verdadeiro produto do sistema de cuidados de saúde são cidadãos saudáveis, com boas funcionalidades, satisfeitos com a sua saúde, permitindo-lhes a integração na sociedade e a colaboração com a comunidade. Já não faz mais sentido basear o sistema de saúde essencialmente nos interesses dos profissionais e das estruturas prestadoras de cuidados. Para conseguir um sistema de saúde de qualidade há que garantir a centralidade desse sistema nos doentes e o seu empoderamento enquanto utilizadores e cidadãos informados de uma sociedade democrática.

Tradicionalmente, os resultados em saúde limitavam-se aos conceitos de morte (mortalidade), de doença (morbilidade) e de dinheiro (custos). No entanto, vários factores contribuíram para que o conceito de resultados em saúde incluísse um conjunto mais amplo de medidas de desempenho de profissionais, de organizações de prestação de cuidados ou de planos de saúde. De entre estes factores podem citar-se (Davies, 1993):

- as variações dos padrões da prática clínica, aparentemente não relacionados com o tipo de doentes e sem directa correlação com diferenças em saúde;
- a necessidade de responder a perguntas relacionadas com a adequação de cuidados e com a efectividade dos tratamentos, em especial para as doenças crónicas mais comuns, de maior peso, hoje em dia, nos cuidados de saúde;
- o envolvimento e a participação crescentes dos doentes e dos compradores de cuidados e a necessidade de mais informação por parte das agências de acreditação e das administrações em saúde sobre o valor (não necessariamente monetário) dos cuidados de saúde prestados;

- a importância da informação sobre resultados para entidades terceiras pertencentes ao sistema de saúde e que colaboram com as que têm a responsabilidade pelas populações, não apenas pelos doentes;
- a existência de grandes avanços metodológicos, nos últimos tempos, na medição de resultados em saúde, o que garante a sua exequibilidade em ensaios clínicos, na monitorização da população, na avaliação de políticas de saúde e de introdução de tecnologias, e na prática clínica.

O conceito 'resultado' está assim muito relacionado com os conceitos de 'eficácia' e 'efectividade'. De facto, para se avaliar a eficácia ou a efectividade de uma intervenção — medicamento, cirurgia ou serviço — são necessárias medidas de resultado.

Para além dos indicadores tradicionais de medição em saúde, apareceram então outros indicadores que contribuem para uma redefinição do conceito de resultados em saúde. São eles as avaliações pessoais de estado de saúde e de bem-estar e os relatos e avaliações dos cuidados prestados e dos serviços por parte dos seus utilizadores, assim como dos planos de cuidados em que estão inseridos.

Assim, para enquadrar a avaliação dos cidadãos sobre a saúde, foi necessário adoptar um modelo de saúde e definir quais os conceitos que nele devem estar representados. Foram desenhados instrumentos genéricos que medem conceitos representando valores humanos básicos e relevantes para o estado de saúde e bem-estar de todos, independentemente da idade, da doença, ou do tipo de tratamento e que se constituem como uma régua comum para comparar grupos de doentes de diferentes idades ou com diferentes problemas de saúde (Stewart e Ware, 1993). Alguns medem apenas parte do contínuo da saúde como, por exemplo os níveis mais baixos de funcionalidade ou as actividades mais básicas do dia-a-dia; outros têm um enfoque numa, em duas ou mesmo nas três dimensões física, mental e social. Outros vão ainda mais longe e medem dimensões como a adequação do sono, a função sexual ou o relacionamento na família. Outros tipos de medidas são específicas de doença ou de grupo de diagnóstico (*e.g.*, diabetes ou doença oncológica), de condição (*e.g.*, insuficiência cardíaca congestiva ou lombalgia), ou de tratamento (*e.g.*, artroscopia ou colocação de prótese da anca) e são desenhados para captar áreas da saúde especificamente afectadas pela doença ou pelo tratamento.

Para além desta classificação genérico/específico há outra que distingue os instrumentos que medem as preferências dos cidadãos, normalmente designados por medidas de utilidade que, segundo Torrance (1986), representam a "firmeza" das preferências dos indivíduos relativamente a determinados resultados. Estas medidas são comparadas às que, embora medindo a percepção que os indivíduos têm do seu estado de saúde e da sua qualidade de vida e sejam úteis enquanto integradas em sistemas descritivos, não produzem valores de preferência

Deste modo, os autores que estudam este domínio do conhecimento consideram que existem essencialmente duas formas para se descrever a saúde de um indivíduo em termos numéricos:

- A primeira é através de pontuações em várias dimensões da saúde como a mobilidade, a dor, a audição ou a visão que, em conjunto, constituem os chamados perfis de saúde.
- A outra forma consiste na atribuição de um valor para a saúde, quer numa escala de zero (morte) à unidade (saudável), muitas vezes também interpretado como uma medida de qualidade de vida relacionada com a saúde (Nord, 2000) quer através de medidas de utilidade baseadas em preferências.

Aliás, o conceito de qualidade de vida tem sido abordado de forma diferente por diferentes investigadores. Não sendo um conceito científico ou filosófico universalmente aceite, é um conceito rico, multifacetado e que pode ser encarado segundo uma variedade enorme de perspectivas (Sirgy, 2001). Na perspectiva da saúde, qualidade de vida é sinónimo da capacidade do indivíduo realizar os seus planos de vida, de a gerir como pretende, sinónimo de bem-estar subjectivo e de conseguir realizar as suas actividades diárias.

Em resumo, a saúde é mais do que a ausência de doença e possui várias dimensões que, por vezes, necessitam de ser medidas e interpretadas separadamente. É, assim, necessário medir toda a amplitude da saúde, da saúde má à saúde excelente, da limitação na funcionalidade ao bem-estar, e atribuir valores numéricos que permitem quantificar, de uma forma reprodutível, os vários atributos, características e dimensões de saúde (Davies, 2004).

Por outro lado, hoje em dia, o estado da arte permite-nos ter à mão instrumentos de medição usados com vários objectivos e em várias populações. Todos estes esforços têm o objectivo de fornecer informação sobre os resultados relevantes para os indivíduos e são necessários para melhorar a efectividade e a qualidade dos cuidados de saúde.

2.2 A medição dos resultados em saúde

O conceito de resultado em saúde aparece perfeitamente enquadrado na denominada trilogia de Donabedian (1966, 1969, 1980), onde a utilização do termo “resultado” implica e pressupõe a existência de um modelo causal que relaciona certas estruturas com os processos e com os resultados finais e que tem sido geralmente aceite como uma abordagem útil para avaliar a qualidade de cuidados assim como um instrumento para classificar a qualidade de programas de garantia de qualidade (Costanzo e Vertinsky, 1975; Ferreira, 1991; Lohr e Brook, 1984; Lohr e Ware, 1987; Sainfort et al., 1994).

- A estrutura é definida por Donabedian como incluindo as características relativamente estáveis dos prestadores de cuidados, dos instrumentos e recursos que têm ao seu dispor e dos ambientes físicos e organizacionais em que trabalham. Baseia-se no pressuposto de que

boas condições à partida mais provavelmente conduzem a processos apropriados e a melhores resultados.

- O processo descreve o conjunto de actividades que se desenvolvem entre prestadores de cuidados e doentes. Baseia-se no pressuposto das relações entre o conhecimento médico e tecnológico disponíveis e os resultados (Kane et al., 1977) e pressupõe que estamos interessados em saber se foram praticados bons cuidados de saúde. Normalmente é o estado das ciências médicas e da tecnologia que define as normas para os aspectos técnicos dos cuidados, enquanto que as normas e a ética da sociedade orientam o processo interpessoal.
- As variáveis de resultados reflectem o que acontece ao doente em termos de palição, tratamento, cura ou reabilitação e são então definidos, por um lado, como o impacto no estado de saúde actual ou futuro de um doente que possa ser atribuído a anterior prestação de cuidados e, por outro lado, a avaliação que este faz da qualidade dos serviços prestados.

Segundo esta abordagem, a medição de resultados em saúde diz respeito *strictu sensu*, ao passado e ao processo de cuidados, resultando num novo estado de saúde. O efeito do processo (a efectividade de uma intervenção médica ou do desenvolvimento natural, no tempo, de um problema de saúde) no estado de saúde de uma pessoa é quantificado por uma medida de resultado em saúde que tem de ser sensível a alterações, detectando a ocorrência das que são clinicamente importantes. Contudo, é sempre possível a comparação entre duas populações semelhantes submetidas a tratamentos diferentes (por exemplo, um ensaio clínico). Neste caso, a comparação não é apenas feita entre dois estados de saúde, mas também entre dois resultados de saúde.

Estas variáveis são utilizadas para obter uma avaliação mais ampla da qualidade de cuidados, para medir o êxito dos cuidados prestados, para detectar maus resultados e, assim, permitir análises mais profundas no processo que possam ter levado a esses resultados. Possibilita também a realização de avaliações económicas do tipo custo-efectividade e custo-utilidade, com vista a uma tomada de decisão mais informada.

3

Justificação do programa da unidade curricular

A saúde reveste-se de uma importância óbvia, pois é, simultaneamente, uma componente e a causa de bem-estar dos indivíduos. No entanto, saúde e bem-estar são ainda conceitos portadores de alguma ambiguidade e, por isso, é vital que sejam definidos com clareza e que sejam operacionalizados, mesmo para permitir uma medição válida.

Segundo uma perspectiva mais clássica, a saúde é encarada como um vector com um certo número de dimensões, como mobilidade, dor, funcionamento cognitivo, afectividade, visão e audição, e com um nível de “saúde completa” no qual os indivíduos estão livres de dor e possuem mobilidade, afectividade, funcionamento cognitivo ou desempenho sensorial normais. Existem várias graduações ao longo de cada dimensão de saúde, o que permite encontrar uma forma de classificar os estados de saúde. Estes distinguem-se uns dos outros pela funcionalidade ou por sintomas, não pela doença, que é medida através do efeito que produz na alteração do estado de saúde de um indivíduo, durante um determinado período de tempo, fazendo com que a significância de uma doença dependa das consequências esperadas no estado de saúde de uma pessoa.

Outra abordagem alternativa defende que o estado de saúde deve ser medido em termos de preferências. Segundo esta perspectiva é possível, por exemplo, comparar-se um estado de saúde que envolva uma limitação na mobilidade com um outro estado de saúde que envolva uma dor moderada ou uma limitação cognitiva, perguntando às pessoas qual o estado de saúde que preferem. De acordo com algumas teorias, as preferências desempenham também um papel crucial na determinação de quais os estados de saúde que fazem com que as pessoas se sintam melhor ou pior. Embora este conceito de preferência tenha uma aceitação normal e generalizada nas pessoas, a economia utiliza noções técnicas de preferência e teorizações que permitem o desenvolvimento de métodos de avaliação dos estados de saúde. Assim, para uma melhor compreensão das perspectivas contemporâneas da saúde, abordaremos nesta unidade curricular ambas as visões.

Por fim, há que ter consciência de que, à medida que subimos os degraus da medição em saúde, afastando-nos das medidas biológicas e fisiológicas, no sentido das percepções e valores dos indivíduos, necessariamente subjectivos, aproximamo-nos de situações, decisões e problemas para os quais, muitas vezes, não temos nem argumentos sólidos e blindados nem instrumentos para lidar com eles, quer a nível individual quer a nível da sociedade, raiando ou levantando-se mesmo, por vezes, problemas de natureza ética.

É o caso, por exemplo, da situação em que se medem pequenos ganhos em saúde obtidos por intervenções em indivíduos muito debilitados e se comparam esses ganhos com ganhos muito maiores obtidos em outras intervenções em doentes com limitações bem mais pequenas. Outra situação são os casos em que alguns doentes podem avaliar estados de saúde em vida como piores do que morte, podendo influenciar a própria tomada de decisão médica. Não estamos longe da controvérsia sobre o tratamento paliativo em fim de vida ou dos aspectos morais ou legais da eutanásia. São áreas em que o papel desempenhado pelos indicadores de qualidade de vida se apresentam com a sua maior relevância. Outra ainda ocorre quando questionamos, por exemplo, a efectividade de medicamentos desenvolvidos para aumentar a funcionalidade dos doentes ou para diminuir a sua dor, desconforto, depressão ou ansiedade, sem verdadeiramente curar a sua doença ou aumentar a sua sobrevivência (Spilker, 1996; Walker, 1993).

Uma última situação discutida nesta unidade curricular, muito comum em países de língua oficial diferente do inglês, é a utilização de instrumentos de medição de resultados em saúde concebidos e validados para uma língua e uma realidade diferente daquela em que se pretende que sejam aplicados. Há assim necessidade de nos munirmos de uma metodologia muito específica para abordarmos um instrumento de medição escrito, por exemplo, em inglês dos EUA, traduzi-lo, adaptá-lo culturalmente e validá-lo para português e para a cultura portuguesa.

Nesta unidade curricular pretende-se abordar os aspectos teóricos e conceptuais da medição da qualidade de vida, os aspectos operacionais de validação dos instrumentos usados nessa medição e, de uma forma mais breve, equacionar os aspectos éticos que as técnicas utilizadas ou mesmo a utilização dos resultados podem levantar.

4

Objectivos gerais da unidade curricular

Os objectivos de uma unidade curricular são fundamentais no Processo de Bolonha, pois estão relacionados com a mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na transmissão de conhecimentos, para um modelo em que se impõe a definição de missão e o desenvolvimento de competências.

4.1 Missão

A missão desta unidade curricular é transmitir conhecimentos gerais relativos à medição de resultados em saúde e alertar os estudantes para o estado da arte desta área do conhecimento que, embora relativamente jovem, já produziu resultados com grande significância para a tomada de decisão médica e política e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

4.2 Competências

Após a conclusão desta unidade curricular, o estudante deve ficar apto a:

- Entender e aplicar conceitos, noções, métodos e terminologias específicos da medição de resultados em saúde;
- Reconhecer o domínio de medição do estado de saúde;
- Distinguir medidas baseadas em preferências de medidas não baseadas em preferências;
- Reconhecer a importância de medir a satisfação de utilizadores de serviços de saúde e a dos profissionais para uma melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- Aplicar os critérios de qualidade dos instrumentos de medição em saúde nos testes de validação e de fiabilidade;
- Demonstrar conhecimento sobre a necessidade de se utilizar medidas de resultados em saúde válidas, fiáveis e culturalmente adaptadas à realidade portuguesa;
- Compreender os benefícios e as limitações da utilização de medidas de estado de saúde e de qualidade de vida relacionada com a saúde nas avaliações económicas e na tomada de decisão clínica.

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

5

Programa e conteúdo das aulas

5.1 Programa da unidade curricular

O programa da unidade curricular de Medição de Resultados em Saúde está estruturado em cinco unidades didáticas: (1) introdução à medição em saúde; (2) escalas de medição em saúde; (3) valoração em saúde; (4) medição do estado de saúde e da qualidade de vida; e (5) medição da satisfação com os cuidados. Apresentam-se seguidamente estas quatro unidades didáticas.

1. Introdução à medição em saúde
 - 1.1. Definições de saúde
 - 1.2. Bases conceptuais da medição em saúde
 - 1.3. Evolução da medição em saúde
 - 1.4. Limitações e barreiras à medição em saúde
 - 1.5. Discussão

2. Escalas de medição em saúde
 - 2.1. Teoria e princípios de medição
 - 2.2. Conceitos e estruturas
 - 2.3. Critérios de qualidade
 - 2.4. Validação linguística
 - 2.5. Discussão

3. Valoração em saúde
 - 3.1. Utilidade e medição de estado de saúde
 - 3.2. Técnicas de valoração em saúde
 - 3.3. Discussão

4. Medição de estado de saúde e de qualidade de vida

- 4.1. Indicadores simples de saúde
- 4.2. Perfis de saúde
- 4.3. Medidas baseadas em preferências
- 4.4. Casos especiais
- 4.5. Discussão

5. Medição da satisfação com os cuidados

- 5.1. Enquadramento e razões para medir a satisfação
- 5.2. Conceito de resposta
- 5.3. Aspectos metodológicos
- 5.4. Exemplos de medição da satisfação em saúde
- 5.5. Discussão

5.2 Conteúdo das aulas

O número de horas (15) associado a esta unidade curricular é distribuído por aulas de três horas cada, uma das quais é teórico-prática.

Os temas leccionados, bem como as competências a adquirir pelos estudantes são descritos a seguir de modo pormenorizado.

▪ **Aula 1 – Unidade didáctica 1 – Medição em saúde**

- Apresentação do programa da disciplina: plano geral das aulas, com indicação dos respectivos conteúdos. Métodos de ensino e de avaliação de conhecimentos. Missão e competências desta unidade curricular. Bibliografia recomendada.
- Introdução

Conceito de necessidade e sua relação com o conceito de resultado em saúde. Subjectividade e objectividade. Critérios de definição dos resultados em saúde e quem os define. Ser doente, estar doente e comportar-se como doente.
- Definições de saúde

Algumas definições de saúde. Taxinomia das definições de saúde. Qualidade de vida, estado de saúde e qualidade de vida relacionada com a saúde. Definição conceptual de saúde. Dificuldades associadas à medição.

- o Bases conceptuais da medição em saúde

Modelo conceptual de Donabedian. Modelos funcionais da OMS. Modelo conceptual de Wilson e Cleary.

- o Evolução da medição em saúde

Conceitos de saúde fisiológica, de estado funcional, de estado de saúde, de qualidade de vida e de qualidade de vida relacionada com a saúde

- o Discussão

Limitações e barreiras à medição em saúde

- No final desta unidade didáctica o estudante deve ficar apto a:

- o Reconhecer os vários enquadramentos conceptuais e as dimensões que permitem operacionalizar a medição do estado de saúde e da qualidade de vida;
- o Identificar a importância e o papel dos resultados em saúde reportados pelos doentes nas tomadas de decisão individuais, clínica e política.

▪ Aula 2 – Unidade didáctica 2 – Escalas de medição em saúde

- o Teoria e princípios de medição

Níveis de medição (nominal, ordinal, intervalar e de razão).

- o Conceitos e estruturas

Modelo conceptual e modelo de medição.

- o Critérios de qualidade

Propriedades psicométricas primárias (reprodutibilidade, coerência entre utilizadores, coerência interna, validade de conteúdo, validade de critério e validade de construção) e secundárias (poder de resposta, poder de interpretação, peso do instrumento de medição para o respondente e da aplicação). Noção de diferença (estatística ou clinicamente) significativa.

- o Validação linguística

Abordagens metodológicas (sequencial, paralela e simultânea). Equivalência intercultural (conteúdo, semântica, conceptual, técnica e de critério. Problemas metodológicos (técnicos, conceptuais e linguísticos).

- No final desta unidade didáctica o estudante deve ficar apto a:
 - Distinguir as escalas de medição, as suas características teóricas e as 'liberdades' estatísticas que lhe estão associadas;
 - Iniciar um processo de adaptação cultural e validação de um instrumento de medição de resultados em saúde.

▪ **Aula 3 – Unidade didáctica 3 – Valoração da saúde**

- Utilidade e medição de estado de saúde
Noção de utilidade. Breve descrição da teoria multi-atributo de utilidade. Quantidade e qualidade de vida. Anos de vida ajustados à qualidade (*QALY – Quality Adjusted Life Years*)
- Técnicas de valoração em saúde
Descrição das escalas analógicas visuais, jogo padrão (*standard gamble*) e compromisso em tempo (*time trade-off*). Utilização de auxiliares (*props*) para obtenção de valores de utilidade.
- Discussão
Vantagens e limitações das medidas de estado de saúde baseadas em preferências.
- No final desta unidade didáctica o estudante deve ficar apto a:
 - Identificar o conceito de valor de um estado de saúde e o seu contributo para a medição em saúde;
 - Aplicar as técnicas de obtenção de utilidade em saúde;

▪ **Aula 4 – Unidade didáctica 4 – Instrumentos de medição da saúde**

- Indicadores simples de saúde
Índices de Barthel, de Rosser e de Karnofsky. O termómetro de Torrance.
- Perfis de saúde
Apresentação dos instrumentos *Functional Status Questionnaire* [FSQ], *Sickness Impact Profile* [SIP], *Nottingham Health Profile* [NHP], *Dartmouth COOP Charts* [COOP], *Psychological General Well-Being Index* [PGWBI], *SF-36 Health Survey*, *SF-12 Health Survey* e *WHO Quality of Life assessment* [WHOQOL]. Exemplos de aplicação, críticas e limitações.

- o Medidas baseadas em preferências

Apresentação dos instrumentos *Quality of Well Being scale* [QWB], *EuroQol EQ-5D*, *Health Utilities Index* [HUI] e SF-6D. Regras para obtenção de QALYs.

- o Casos especiais de medição em saúde

Apresentação de instrumentos específicos para crianças e adolescentes (KINDL, COOP Crianças e COOP Adolescentes), para idosos (OARS), de medição da dor (McGill Pain Questionnaire e Pain Detect Questionnaire) e para doentes oncológicos (EORTC QLQ-C30 e módulos específicos).

- o Discussão

Utilização de índices e de perfis de saúde. Vantagens e limitações das medidas de estado de saúde baseadas em preferências. Critérios de escolha dos instrumentos de medição em saúde.

- No final desta unidade didáctica o estudante deve ficar apto a:

- o Reconhecer os instrumentos genéricos de medição e distingui-los dos instrumentos específicos de condição ou de dimensão;
- o Aplicar instrumentos de medição de estado de saúde e de qualidade de vida;
- o Distinguir os sistemas descritivo e valorativo da medição de um estado de saúde;
- o Comparar a aplicação de medidas baseadas em preferências das medidas não baseadas em preferências.

▪ Aula 5 – Unidade didáctica 5 – Satisfação com os cuidados

- o Enquadramento e razões para medir a satisfação

Satisfação de cidadão, de doente e de doente frequente face aos cuidados de saúde. Relação entre satisfação dos cidadãos e a despesa. Modelo da *European Foundation for Quality Management*. Atributos de qualidade em saúde (eficácia, efectividade, eficiência e equidade). Diferença entre avaliações e descrições.

- o Conceito de resposta

Doente, cliente/consumidor e utente/utilizador. Respeito pelas pessoas (comunicação, dignidade, autonomia, confidencialidade) e orientação para o utilizador (prontidão no atendimento, liberdade de escolha, apoio social, qualidade das instalações).

- o Aspectos metodológicos

Processos metodológicos de amostragem, de envio e recepção dos questionários, e de produção de relatórios analíticos.

- o Exemplos de medição da satisfação em saúde

Instrumentos de Avaliação da Qualidade Hospitalar [IAQH]: internamento de adultos e pediátrico, urgências de adultos e pediátricas, consulta externa, hospital de dia de diabetes, cuidados de enfermagem.

Instrumentos de Avaliação da Satisfação Profissional [IASP]: hospitais, centros de saúde.

Satisfação com a medicina geral e familiar [Europep]. A voz dos utilizadores dos centros de saúde.

- No final desta unidade didáctica o estudante deve ficar apto a:
 - o Reconhecer o papel dos indicadores de satisfação, em especial para a melhoria contínua da qualidade;
 - o Operacionalizar o conceito de resposta, tendo em conta o duplo papel de cidadão com direitos e de utilizadores de um serviço;
 - o Reconhecer as componentes principais de um inquérito de satisfação a ser, preferencialmente, preenchido pelos doentes com uma experiência recente de cuidados de saúde;
 - o Reconhecer o papel da satisfação dos profissionais de saúde na qualidade dos cuidados prestados pela organização.

6

Metodologia de ensino

O ensino universitário assenta tradicionalmente na transmissão do saber segundo um plano bem estruturado, no intuito de se atingirem os objectivos definidos. Com o Processo de Bolonha é enfatizado o papel do estudante no centro do processo de aprendizagem, com uma metodologia de ensino mais activa, autónoma e aplicada à prática, na qual a aquisição de conhecimentos teóricos é acompanhada de processos empíricos e de casos práticos.

As aulas desta unidade curricular são ministradas de modo a permitir aos estudantes uma aprendizagem integrada com base no raciocínio lógico e dedutível. Os assuntos são sistematizados, desde as matérias mais teóricas e conceptuais até aos aspectos mais instrumentais e práticos da medição dos resultados em saúde.

As aulas têm a duração de 3 horas, com um intervalo a meio de cerca de 20 minutos. Na primeira aula é apresentada a matéria a ser leccionada nesta unidade curricular, a sua distribuição ao longo do tempo e a sua integração e posicionamento em todo o conteúdo da parte lectiva do Mestrado, juntamente com as condições de avaliação e bibliografia recomendada. É feito sempre uma visita à informação desta unidade curricular que consta do WebOnCampus (WoC), incluindo todo o material de apoio distribuído por aula.

Na maioria dos casos, e sempre que se justifique, no início de cada aula, é feita uma introdução que permite enquadrar a matéria que vai ser leccionada, abordando-se os objectivos principais da matéria e fazendo-se a ligação com a aula anterior. Na exposição utiliza-se o apoio dado pelos meios audiovisuais de projecção, com uma cópia da apresentação colocada com antecedência no WoC.

No final de cada aula, são salientados os conceitos mais relevantes e o sumário da matéria leccionada.

Deste modo, pretendemos que a motivação, a visão crítica e a participação dos estudantes permitam, a todos nós, melhores resultados de aprendizagem.

Na última aula desta unidade curricular é distribuído a todos os alunos um questionário que lhes permite, de uma forma anónima, avaliar o docente responsável, os docentes convidados, a própria unidade curricular e as respectivas condições pedagógicas, nos seguintes critérios:

- Docente responsável
 - Capacidade de exposição e comunicação da matéria;
 - Capacidade de estimular o interesse e a participação dos alunos;
 - Domínio e preparação da matéria demonstrados pelo/s docente/s;
 - Acessibilidade e disponibilidade para os alunos;
 - Apreciação geral do/s docente/s.

- Docentes convidados
 - Capacidade de exposição e comunicação da matéria;
 - Capacidade de estimular o interesse e a participação dos alunos;
 - Domínio e preparação da matéria demonstrados pelo/s docente/s;
 - Acessibilidade e disponibilidade para os alunos;
 - Apreciação geral do/s docente/s.

- Unidade curricular
 - Interesse da matéria;
 - Quantidade de trabalho exigido, tendo em conta o número de créditos;
 - Organização da disciplina;
 - Adequação dos métodos de avaliação;
 - Apreciação geral desta disciplina.

- Condições pedagógicas
 - Adequação do número de horas lectivas
 - Utilidade da documentação distribuída
 - Conhecimento antecipado dos temas, formato e objectivos das sessões
 - Adequação dos métodos de aprendizagem aos objectivos
 - Apreciação geral das condições de ensino

As respostas deste questionários são avaliadas e analisadas de modo a introduzir correcções na edição seguinte desta unidade curricular, se necessário. Aliás, este procedimento tem sido aplicado a todas as unidades curriculares deste Mestrado, desde a sua primeira edição.

7

Avaliação

A opção pela avaliação através de ensaios escritos, reflecte igualmente a preocupação de adequar as metodologias de ensino à aquisição das competências definidas pela Declaração de Bolonha. Procura-se reforçar a componente de leitura e investigação individual do aluno, a participação activa nos debates e a criatividade nos trabalhos escritos.

Assim, para obter os créditos correspondentes a esta unidade curricular, espera-se que os estudantes escrevam um ensaio e que participem activamente nas discussões, ao longo do semestre, sobre os tópicos abordados. O ensaio escrito contará 80% na avaliação final e a participação nas aulas terá o valor restante de 20%.

Os ensaios escritos devem possuir uma substância aceitável para este nível de ensino, existindo, no entanto, um limite de páginas. A menos que seja excepcionalmente brilhante, um ensaio com menos de dez páginas não será substancialmente suficiente e os ensaios com 20 ou mais páginas são tipicamente ambiciosos ou não focados, muitas vezes passíveis de ser transformados em textos com 15 páginas sem perda de conteúdo. Estes ensaios escritos deverão ser entregues no Secretariado das Pós-graduações da FEUC no dia definido para a avaliação final desta unidade curricular.

Para além deste limite de páginas, os ensaios escritos deverão respeitar os critérios de um artigo passível de ser submetido a uma qualquer publicação periódica com arbitragem. O tema do ensaio escrito será apresentado pelos estudantes na última aula e haverá, desde logo, uma primeira orientação sobre o conteúdo do trabalho. Orientações subsequentes serão dadas quer pessoalmente em reuniões individuais quer por via electrónica.

A classificação final é quantitativa, numa escala de 0 a 20. O aluno é considerado aprovado se obtiver uma classificação igual ou superior a dez valores.

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

8

Bibliografia recomendada

A bibliografia recomendada para apoio ao estudo da medição de resultados em saúde é apresentada a seguir. Os livros estão disponíveis na biblioteca da FEUC e as publicações periódica estão disponíveis quer na bibliotecas da FEUC, da Faculdade de Medicina ou dos três grandes hospitais centrais e especializado de Coimbra quer no CEISUC.

▪ Aula 1 – Unidade didáctica 1 – Medição em saúde

- Baker R. Avedis Donabedian: an interview. *Quality in Health Care*. 1993; 2: 40-6.
- Bowling A. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press, 1994.
- Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol I: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.
- Patrick DL, Erickson P. Assessing health-related quality of life for clinical decision-making. In Walker SR, Rosser RM, *Quality of life assessment. Key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer, 1993, p. 11-63.
- Seedhouse D. *Health: the foundations for achievement*. Chichester: Wiley, 1985, 1996.
- Wilkin D, Halla L, Doggett M-A. *Measure of need and outcome for primary health care*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
- Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA* 1995;273:59-65.

▪ Aula 2 – Unidade didáctica 2 – Escalas de medição em saúde

- Brislin RW. Back translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1970; 1(3): 185-216.
- Bowling A. *Research methods in health. Investigating health and health services*. Buckingham: Open University Press, 1997.

- o Carmines EG, Zeller RA. *Reliability and validity assessment*. Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social sciences, Nº 07-017. Beverley Hills: Sage, 1979.
- o Flaherty JA, Moises Gaviria F, Pathak D, Michell T, Wintrob R et al. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1988; 176 (5): 257-63.
- o Guyatt G, Bombardier C, Tugwekk P. Measuring disease specific quality of life in clinical trials. *Canadian Medical Association Journal* 1987; 134: 889-95.
- o Nunnally J. *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill, 1978.
- o Touw-Otten F, Meadown K. Cross-cultural issues in outcome measurement. In: Hutchinson A, McColl E, Christie M, Ricalton C (eds) *Health outcome measures in primary care and out-patient care*. Amesterdam: Harwood Academic, 1996: 199-208.

▪ **Aula 3 – Unidade didáctica 3 – Valoração da saúde**

- o Brazier J, Ratcliffe, Salomon JA, Tsuchiya A. *Measuring and valuing health benefits for economic evaluation*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- o EuroQoL Group. EuroQoL – a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 1990; 16(3): 199-208.
- o Szende A, Oppe M, Devlin N (Eds.). *EQ-5D Value Sets: Inventory, Comparative Review and User Guide Series: EuroQoL Group Monographs* , Vol. 2. New York: Springer, 2007.

▪ **Aula 4 – Unidade didáctica 4 – Instrumentos de medição da saúde**

- o Bergner M, Bobbitt R, Pollard W, Martin D, Gilson B. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care* 1976; 19: 787-805.
- o Bowling A. *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press, 2001.
- o Ferreira PL. A medição do estado de saúde em crianças. *Saúde Infantil* 1992; 14, 157-63.
- o Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta Med Port*. 2000 Jan-Abr; 13(1-2): 55-66.
- o Ferreira PL, Ferreira LN. A medição de preferências em saúde na população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2006; 24(2): 5-14.
- o Ferreira PL, Melo E. Percepção de saúde em qualidade de vida: validação intercultural do Perfil de Saúde de Nottingham. *Nursing* 1999, 135-9.

- o Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 21 (2): 15-30.
- o Lopes I, Carvalho F, Saraiva L, Ferreira PL. Qualidade de vida na criança asmática. *Nascer e Crescer* 2000; 9 (4): S268-73.
- o Melo E, Antunes M, Ferreira PL. Qualidade de vida em doentes submetidos a revascularização coronária. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2000 Set; 19 (9):889-906.
- o Ware JE, Johnson SA, Davies-Avery A et al. *Conceptualization and measurement of health for adults in the Health Insurance Study: vol III: Mental health*. Santa Monica, Rand Corporation, 1979.

▪ Aula 5 – Unidade didáctica 5 – Satisfação

- o Ferreira, PL. Participação dos cidadãos em saúde: da retórica à realidade. In: Ministério da Saúde (Org.), *Investir em saúde - Contributos dos Fundos Estruturais Comunitários em Portugal e no Sector da Saúde*. Lisboa: Gabinete de Gestão do Saúde XXI, 2007: 43-6.
- o Ferreira PL, Raposo V, Godinho P. *A voz dos utilizadores dos centros de saúde*. Prefácio de Luís Pisco. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, 2005.
- o Ferreira PL, Afonso PB, Raposo V, Godinho P. *Satisfação dos portugueses com os cuidados de saúde privados*. Prefácio de Constantino Sakellarides. Lisboa: Instituto do Consumidor, 2004.
- o Ferreira PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários. Aspectos da clínica geral mais importantes para os doentes. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 2001; 17:15-45.
- o Grol R e Wensing M. *Patients evaluate general/family practice: the EUROPEP instrument*. Nijmegen, Países Baixos: Europep Group, 2000.
- o World Health Organization. *The World Health Report. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO, 2000.
- o Ferreira PL. A voz dos doentes: satisfação com a medicina geral e familiar. In: *Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1999: 1-57.
- o Ferreira PL, Mendes J. Hospital patient satisfaction: a Portuguese experience, *Changing management in healthcare: new missions, conditions & skills*, Scheveningen, Holanda, 1997: 644-5.

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

9

Referências

- Brazier J, Ratcliffe, Salomon JA, Tsuchiya A. *Measuring and valuing health benefits for economic evaluation*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Costanzo GA, Vertinsky I. Measuring the quality of health care: A decision oriented typology. *Medical Care* 1975; 13 (5): 417-31.
- Davies AR ed., *Measuring health status: a case for self-assessment*. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2004.
- Davies AR. *Health care outcomes: an introduction*. A VHA White Paper. Irving, TX. VHA, Inc., 1993.
- Donabedian A. *A guide to medical care administration. Vol II: Medical care appraisal – quality and utilization*. New York, NY: The American Public Health Association, 1969.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44: 166-206.
- Donabedian A. *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol I: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980
- Ferreira PL. Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais* 1991; 33: 93-112.
- Kane RL, Gardner J, Wright DD, Snell G, Sundwall D, Wooley FR. Relationship between process and outcome in ambulatory care. *Medical Care* 1977; 15 (11): 961-5.
- Lohr KN, Brook RH. *Quality assurance in medicine*. The Rand Corporation, R-3193-HHS. Santa Monica, CA: The Rand Corporation, 1984.
- Lohr KN, Ware JE (eds): Proceedings of the advances in health assessment conference. Palm Springs, California, February 19-21, 1986. *J Chronic Dis* 1987; 40: 1s-191s.
- Nord E. *Numerical valuations of health states as an aid to health planning and resource allocation in the OECD countries*. Room Document no. 3. National Institute of Public Health, Oslo, Norway, 2000. Spilker, 1996.
- Sainfort F, Ramsay JD, Ferreira PL, Mezghani L. A first step in total quality management of nursing facility care: development of an empirical causal model of structure, process and outcome dimensions. *Am J Med Qual*. 1994 Summer; 9(2): 74-86.

- Sirgy MJ. *Handbook of quality-of-life research. An ethical marketing perspective*. Dordrecht: Kluwer, 2001.
- Spilker B. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2. ed. New York: Lippincott-Raven, 1996.
- Stewart AL, Ware LE, eds. *Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study approach*. Oxford University Press, 1993.
- Torrance GW. Measurement of health state utilities for economic appraisal. *J Health Econ* 1986; 5(1): 1-30.
- Walker P. Are QALY going to be useful to me as a purchaser of health services? In: Hopkins A, eds. *Measures of the quality of life and the uses to which such measures may be put*. London: Royal College of Psychiatrists, 1993: 53-62.

Anexo 1 – Docentes colaboradores do MGES

ECONOMIA

- Economia
 - 1995-96 Pedro Ramos (FEUC)
 - 1996-97 Pedro Ramos (FEUC)
 - 1997-98 Adelaide Duarte (FEUC)
 - 1998-99 Adelaide Duarte (FEUC)
 - 2000-01 João Tolda (FEUC)
 - 2002-03 João Tolda (FEUC)
 - 2004-05 João Tolda (FEUC)

- Economia da Saúde
 - 1995-96 João Pereira (ENSP-UNL)
 - 1996-97 João Pereira (ENSP-UNL)
 - 1997-98 João Pereira (ENSP-UNL)
 - 1998-99 João Pereira (ENSP-UNL)
 - 2000-01 João Pereira (ENSP-UNL)
 - 2002-03 João Pereira (ENSP-UNL)

- Complementos de Economia da Saúde
 - 1998-99 Maria Suzete Gonçalves (ISSS-P, SACSUA)
 - 2000-01 Maria Suzete Gonçalves (ISSS-P, SACSUA)

GESTÃO

- Gestão de Empresas / Organização e Gestão de Empresas
 - 1995-96 João Lisboa (FEUC)
 - 1996-97 João Lisboa (FEUC)
 - 1997-98 João Lisboa (FEUC)
 - 1998-99 João Lisboa (FEUC)
 - 2000-01 João Lisboa (FEUC)
 - 2002-03 João Lisboa (FEUC)
 - 2004-05 Arnaldo Coelho (FEUC)

- Melhoria da Qualidade em Saúde / Qualidade em Saúde
 - 1995-96 Isabel Bento de Oliveira (IPQ)
 - 1996-97 Isabel Bento de Oliveira (IPQ)
 - 1997-98 Isabel Bento de Oliveira (IPQ)
 - 1998-99 Isabel Bento de Oliveira (IPQ)
 - 2000-01 Isabel Bento de Oliveira (IPQ)

SISTEMAS

- Sistemas de Informação nas Organizações
 - 1995-96 João Paulo Costa (FEUC)
 - 1996-97 Mário Bernardes (CIUC)
 - 1997-98 Mário Bernardes (CIUC)
 - 1998-99 Mário Bernardes (CIUC)
 - 2000-01 Mário Bernardes (CIUC)
 - 2002-03 Mário Bernardes (CIUC)
- Sistemas de Informação em Saúde
 - 1995-96 Rui Janeiro da Costa (HUC)
 - 1996-97 Rui Janeiro da Costa (HUC)
 - 1997-98 Rui Janeiro da Costa (HUC)
 - 1998-99 Rui Janeiro da Costa (HUC)
 - 2000-01 Rui Janeiro da Costa (HUC)
- Organização e Gestão do Sistema de Saúde / Políticas da Saúde
 - 1995-96 Jorge Simões (HUC, SACSUA)
 - 1996-97 Jorge Simões (HUC, SACSUA)
 - 1997-98 Jorge Simões (HUC, SACSUA)
 - 1998-99 Jorge Simões (HUC, SACSUA)
 - 2000-01 Jorge Simões (HUC, SACSUA)
 - 2002-03 Jorge Simões (HUC, SACSUA)

MÉTODOS QUANTITATIVOS

- Bioestatística
 - 1995-96 Alte da Veiga (FMUC)
 - 1996-97 Alte da Veiga (FMUC)
- Estatística e Análise de Dados
 - 1995-96 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 1996-97 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 1997-98 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 1998-99 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 2000-01 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 2002-03 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 2004-05 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
- Epidemiologia
 - 1995-96 Massano Cardoso (FMUC)
 - 1996-97 Massano Cardoso (FMUC)
 - 1997-98 Vítor Rodrigues (FMUC)

1998-99 Massano Cardoso (FMUC)

2000-01 Vítor Rodrigues (FMUC)

2002-03 Vítor Rodrigues (FMUC)

- Medição de Resultados em Saúde
 - 1995-96 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 1996-97 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 1998-99 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)
 - 2000-01 Pedro Lopes Ferreira (FEUC)

SISTEMAS

- Direito da Saúde
 - 1995-96 Guilherme de Oliveira (FDUC)
 - 1996-97 Guilherme de Oliveira (FDUC)
 - 1997-98 Guilherme de Oliveira (FDUC)
 - 1998-99 Guilherme de Oliveira (FDUC)
 - 2000-01 Guilherme de Oliveira (FDUC)
 - 2002-03 Guilherme de Oliveira (FDUC)
 - 2004-05 Salles Camejo (MS)
- Saúde e Sociedade
 - 1995-96 Pedro Hespanha (FEUC)
 - 1996-97 Pedro Hespanha (FEUC)
 - 1997-98 Pedro Hespanha (FEUC)
 - 1998-99 Pedro Hespanha (FEUC)
 - 2000-01 Pedro Hespanha (FEUC)
 - 2002-03 Pedro Hespanha (FEUC)

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

Anexo 2 – Conferências efectuadas no MGES

- Abel Amaro, HUC
«Desenvolvimento do sistema de dados da unidade de. epilepsia dos HUC»
- Ana Escoval, Direcção-Geral da Saúde
«Modelos intermédios de gestão em saúde»
- Ann Bowling, University College London
«Health-related quality of life»
- António Amaral, ESENF
«Prescrição de medicamentos em ambulatório»
- António Aragão, Director da Ágilus
«Sistema de informação para executivos aplicado à gestão hospitalar»
- António Arnaut, Advogado e ex-Ministro da Saúde
«A criação e evolução do Serviço Nacional de Saúde em Portugal»
- António Correia de Campos, ENSP-UNL
«O papel da Economia da Saúde na fixação de prioridades»
- Antonio Rodrigues, Médico de Família, ACSS
«Rede de cuidados»
- António Vaz Carneiro, FMUL
«Incerteza e risco na prática clínica: uma abordagem sistémica»
- Artur Vaz, Director-Geral do Hospital Amadora-Sintra
«A experiência do Hospital Amadora-Sintra»
- Caldeira da Silva, ENSP-UNL
«Garantia de qualidade dos cuidados médicos em hospitais»
- Carlos Costa, ENSP-UNL
«As medidas de gravidade das doenças e o *case-mix* hospitalar»
- Carlos Vaz, Director do Hospital de Bragança
«Telemedicina»
- Constantino Sakellarides, ENSP-UNL
«Mudança e conhecimento»
- Diogo de Lucena, FE-UNL
«Financiamento da saúde em Portugal»

- Eduardo Castela, Hospital Pediátrico de Coimbra
«Telemedicina»
- Francisco Batel Marques, FFUC
«Farmacoeconomia»
- Francisco Ramos, ENSP-UNL
«O processo do financiamento do sistema de saúde»
- Hilary Hearnshaw, Unidade de Cuidados Primários da Universidade de Warwick, Reino Unido
«Quality improvement: Why is it important?»
- Jaime Reis Abreu, Director do IGIF, Porto
«Metodologia de desenvolvimento do SINUS II e do cartão de utente»
- Jean Nour, HUC
«Processo clínico informatizado»
- Jeremy Hurst, Universidade de Leeds, NHS Executive
«The causes and effects of the 1991 reforms to the National Health Service in England»
- João Pereira, ENSP-UNL
«Desigualdades na saúde»
- José Luís Biscaia, Médico de Família, Sub-Director Geral da Qualidade
«Monitorização da qualidade organizacional em saúde»
«Modelos de gestão de cuidados primários»
«A reforma dos cuidados primários»
- José Feio, HUC
«Processo clínico informatizado»
- Margarida Bentes, Presidente do IGIF
«O financiamento dos hospitais (GDHs e GDAs)»
«Contratualização»
- Margarida França, IQS
«A acreditação nos hospitais»
- Maria de Belém Roseira, Ministra da Saúde
«Reestruturação do Serviço Nacional de Saúde»
- Meneses Correia, Administrador do Hospital da Prelada
«A experiência do Hospital da Prelada»
- Nuno Grande, ICBAS, Universidade do Porto
«Determinantes da saúde»

- Octávio Lopes, HUC
«Planificação regional das instalações de imagiologia médica»
- Peregrina Eiroa Patiño, Universidade de Santiago de Compostela
« Valoración multidimensional de la tercera edad en el municipio de Vigo»
- Pereira Miguel, Director-Geral de Saúde
«O Plano Nacional de Saúde»
- Rui Santos, HUC, FMUC
«Processos de qualidade em saúde»
- Soraya Cortes, Universidade Federal do Rio Grande do Sul
«Participação e descentralização: a reforma do Sistema Brasileiro de Saúde»
- Strecht Monteiro, Presidente da Comissão Instaladora do Hospital de S. Sebastião de Santa Maria da Feira
«A experiência do Hospital de S. Sebastião de Santa Maria da Feira»
- Stuart Holland, FEUC e Roskilde University Center
«Alternative paradigms of hospital work organisation and health provision»

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

Anexo 3 – Orientadores e arguentes externos à FEUC

- Alberto Pinto Hespanhol, FMUP
- Alexandre Gomes da Silva, ISCAC
- Anabela Sousa Pereira, DCE-UA
- António Dias Alves, Hospital da Prelada – Porto
- António Mendes dos Santos Moderno, Universidade de Aveiro
- António Sgorbe Luís, FMUC
- Berta Nunes, Universidade do Porto
- Carlos Calhaz Jorge, FMUL
- Carlos Gouveia Pinto, ISEG
- Cipriano Justo, FMUL
- Emanuel Ponciano Lopes, FMUC
- Fernando Pádua, FMUL
- Florentino Serranheira, ENSP-UNL
- Francisco Batel Marques, FFUC
- Graça Maria Carapinheiro, ISCTE
- Jan Maria Hendrick Cabri, FMH-UTL
- João Páscoa Pinheiro, FMUC
- João Pereira, ENSP-UNL
- João Pinto Guerreiro, FE-UALG
- João Silva Carvalho, FMUP
- Jorge Manuel Tavares, FMUP
- Jorge Almeida Simões, SACSUA
- José Fragata, FMUL
- José Luís Medina, FMUP
- José Vieira, FMUP
- Lucília de Lurdes Gonçalves, ESSB
- Luís Dias Delgado, FMUP

- Luís Graça Henriques, ENSP-UNL
- Manuel de Jesus Antunes, FMUC
- Manuela Carvalheira, FMUC
- Maria Adília Silva, FCDEF-UP
- Maria do Céu Machado, Hospital Amadora-Sintra
- Maria Elvira Lima, EEGUM
- Maria Suzete dos Santos Gonçalves, ISSS-P
- Maria Teresa Pires de Medeiros, DCE-UAç
- Marianne Hélène Lacomblez, FPCEUP
- Mário Orlando Matos Bernardo, FCM-UNL
- Miguel Gouveia, FCEE-UCP
- Miguel Oliveira da Silva, FMUL
- Octávio Cunha, ICBAS
- Paula Santana, FLUC
- Pedro Pita Barros, FE-UNL
- Pedro Saturno Hernández, Dep de Ciências Sociosanitárias da Univ de Múrcia
- Sofia Nogueira da Silva, FEG-UCP
- Vítor José Lopes Rodrigues, FMUC

Anexo 4 – Dissertações defendidas

- Adriano Borges Neto da Conceição
Acesso das grávidas aos cuidados de saúde. O caso das mulheres oriundas dos PALOP'S e das mulheres portuguesas do concelho de Águeda
- Amélia Filomena de Oliveira Mendes Castilho
Evolução e estrutura das despesas privadas em saúde, em Portugal, 1980-1995
- Ana Paula Prata Amaro de Sousa
Impacto redistributivo dos benefícios fiscais na área da saúde em Portugal, 1980-1990
- António Fernando Salgueiro Amaral
Prescrição de medicamentos em ambulatório. Um estudo de caso da Sub-Região de Saúde de Leiria da Administração Regional de Saúde do Centro
- António José da Silva Faria
As opiniões dos doentes sobre os cuidados de enfermagem
- António Manuel Marques
Qualidade dos cuidados neonatais em Portugal
- António Sampaio Monteiro
Qualidade dos cuidados hospitalares. A voz dos doentes
- Bárbara Cecília Bessa dos Santos Oliveira Paiva
Ansiedade infantil e saúde escolar. Estudo estatístico
- Carla Milene Cardoso Figueiredo
Adaptação e validação cultural do CRAIG Handicap Assessment Reporting Technique – CHART
- Cecília de Oliveira Missa Góis Cardoso
O estado da saúde em Portugal: Uma análise por NUTS III para 1991 e 2001
- Conceição Fernandes da Silva Neves
Qualidade de vida em pessoas com diabetes mellitus
- Dorinda Inês Marques Lopes
Asma brônquica pediátrica: conhecimento do doente e família.
- Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo
Qualidade de vida em doentes submetidos a revascularização coronária
- Eugénia Maria Garcia Jorge Anes
Qualidade de vida em diálise

- Graciano do Nascimento Nobre Paulo
Satisfação dos profissionais de saúde. Avaliação de dois modelos de gestão hospitalar
- Henrique Valente Lourenço
A satisfação dos utentes face ao acolhimento
- João António Neves Gil
Qualidade de vida e estado funcional em doentes com problemas lombares. Adaptação e validação cultural do Functional Status Questionnaire
- José António Veiga Fonseca
Satisfação profissional dos enfermeiros gestores
- Lara Palmira Gomes Medeiros de Noronha e Ferreira
Análise económica de um programa de promoção do acesso de doentes com cataratas
- Lídia do Rosário Cabral
Competências pedagógicas do professor no ensino de enfermagem
- Margarida Madalena Martins França
A acreditação de hospitais
- Maria Eugénia Fernandes Morais Jerónimo
A criança com doença cardíaca. Contributos para compreender as repercussões ao nível familiar e social
- Maria Guiomar Barreira Serpa de Vasconcelos
Factores com influência na produtividade dos Departamentos de Anestesiologia: Estudo sobre hospitais universitários europeus.
- Maria Helena Miranda Fernandes Ribeiro
Cancro da mama. Um estudo sobre qualidade de vida
- Maria Manuela Frederico Ferreira
Avaliação de preferências da comunidade no domínio da saúde. Aplicação do método de "disposições a pagar"
- Mário João Gonçalves Monteiro
Avaliação da implementação de uma rede de telemedicina na Sub-Região de Saúde de Bragança
- Marta Alexandra Fartura Braga Temido
A contas com o défice. O impacto das políticas do XVII Governo Constitucional na contenção da despesa hospitalar com medicamentos – o caso dos hospitais centrais de Coimbra
- Miguel João Sousa Vieira
Análise de um sistema capitolacional de financiamento dos cuidados de saúde em doentes com insuficiência renal crónica terminal

- Nuno Miguel Duarte Reino Cobrado
Estudo da automedicação em farmácias comunitárias localizadas na área da ARS Centro
- Óscar Manuel da Conceição Tavares
Avaliação da satisfação de profissionais no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra
- Sílvia Alcina de Carvalho Álvares
Cuidados hospitalares pediátricos na Região Norte: Estudo da oferta e da procura
- Teresa Isabel Bexiga Borges
Qualidade dos cuidados prestados em consultas de adolescência
- Vladimiro Jorge da Cruz Rodrigues da Silva
Análise económica dos custos de gestação múltipla consequente ao tratamento da infertilidade com a estimulação ovária
- Zaida Moreira dos Santos Chieira Mariano Pego
Qualidade dos serviços de urgência. A perspectiva dos utentes

PEDRO AUGUSTO DE MELO LOPES FERREIRA

Anexo 5 – Estrutura curricular do 2º ciclo de estudos em “Gestão e Economia da Saúde”

▪ Semestre 1

Unidade Curricular	Tempo de Trabalho (horas)		Créditos
	Total	Contacto	
Gestão de serviços de saúde	216	T:20; TP:10	8
Análise e tratamento de dados	216	T:20; PL:10	8
Sistemas de informação em saúde	162	T:20; TP:5	6
Opção *	108	T:10; TP:5	4
Opção *	108	T:10; TP:5	4

Disciplinas optativas: Avaliação económica; Farmacoeconomia; Governação em saúde

▪ Semestre 2

Unidade Curricular	Tempo de Trabalho (horas)		Créditos
	Total	Contacto	
Políticas e sistemas de saúde	162	T:20; TP:5	6
Economia da saúde	216	T:20; TP:10	8
Qualidade em saúde	216	T:20; TP:10	8
Opção *	108	T:10; TP:5	4
Opção *	108	T:10; TP:5	4

Disciplinas optativas: Direito da saúde; Epidemiologia; Medição de resultados em saúde

▪ Semestre 3

Unidade Curricular	Tempo de Trabalho (horas)		Créditos
	Total	Contacto	
Seminário de Acompanhamento	270	OT:45	10
Dissertação	540	OT:45	20

▪ Semestre 4

Unidade Curricular	Tempo de Trabalho (horas)		Créditos
	Total	Contacto	
Dissertação	810	OT:45	30