



Universidade de
Aveiro
2014

Departamento de Ciências
Sociais, Políticas e do Território

ANTÓNIO CARLOS
DE PAIVA RAMALHEIRA

ENSAIO DE TÉCNICAS DE *DEA* COM FINS DE
ALINHAMENTO FUNCIONAL NA A.P.



Universidade de
Aveiro
2014

Departamento de Ciências
 Sociais, Políticas e do Território

ANTÓNIO CARLOS
DE PAIVA RAMALHEIRA

ENSAIO DE TÉCNICAS DE *DEA* COM FINS DE
ALINHAMENTO FUNCIONAL NA A.P.

Eficiência das Equipas de Tratamento da DRC do ex-
IDT, IP

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Hugo Casal Figueiredo, Professor Auxiliar do *DEGEI - Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial*, da Universidade de Aveiro, e da Professora Doutora Cláudia Sofia Sarrico, Professora Associada com Agregação do ISEG – *Lisboa School of Economics and Management*, da Universidade de Lisboa.

Júri

Presidente

Professora Doutora Maria Luís Rocha Pinto
Professora Associada da Universidade de Aveiro

Vogal - Arguente principal

Professora Doutora Marlene Paula Castro Amorim
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Vogal – Orientador

Professor Doutor Hugo Casal Figueiredo
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Não posso deixar de expressar o meu agradecimento à Professora Doutora Maria Luís Rocha Pinto, pelo acolhimento, bem como pelas conversas exploratórias que permitiram definir um rumo para o presente trabalho, e ainda pela criteriosa selecção, proposta e primeiros contactos com os meus orientadores, que não tinha o privilégio de conhecer.

Aos meus orientadores, Professora Doutora Cláudia Sarrico e Professor Doutor Hugo Figueiredo, tenho de fazer uma especialíssima menção: de ambos fiquei devedor por diversas gentilezas e profundamente reconhecido pela generosa disponibilidade que demonstraram com as leituras atentíssimas que fizeram ao que fui produzindo, bem como pela frontalidade e pertinência das críticas e sugestões que me permitiram levar a termo esta dissertação.

Palavras-chave

DEA, Análise de Envolvimento de Dados, Eficiência Técnica, Eficiência de Alocação, Eficiência de Escala, *Benchmarking*, Produtividade, Sector da Saúde Português, Técnicas de Gestão, Administração Pública, Tratamento, Toxicodependência, Reformas da Saúde.

Resumo

No presente trabalho procede-se a um ensaio de avaliação da eficiência funcional de 10 Equipas de Tratamento da Delegação Regional do Centro do IDT, IP, entre 2007 e 2011, com recurso a técnicas de Análise de Envolvimento de Dados (DEA - *Data Envelopment Analysis*). Após a contextualização do caso em estudo no âmbito das tendências de reforma da Administração Pública e das políticas portuguesas de enfrentamento do problema das dependências efectua-se uma breve apresentação de conceitos fundamentais relacionados com eficiência e produtividade, bem como de algumas técnicas clássicas de DEA, relevantes para proceder ao *benchmarking* de unidades produtivas. Finalmente, recorre-se a diversas dessas técnicas para ilustrar a sua aplicação e utilidade na avaliação da eficiência de actuação de pequenas equipas públicas de saúde, quer numa perspectiva transversal, quer diacrónica retrógrada, quer ainda prospectiva, com o fim de orientar e facilitar o estabelecimento de objectivos funcionais. Os resultados analíticos mais salientes permitiram demonstrar a eficiência e consistência funcional relativa das unidades analisadas, bem como a sua estabilidade e resistência a alterações significativas da estrutura e prioridades da gestão central do IDT, IP no período de 2007 a 2011, demonstrando-se mesmo uma evolução positiva do seu desempenho. Para além destes resultados práticos, o principal objectivo do autor foi ilustrar a eventual utilidade das técnicas de DEA no contexto da gestão de serviços públicos, numa lógica afim à preconizada em diversos movimentos reformadores da administração pública.

Keywords

DEA, Data Envelopment Analysis, Technical Efficiency, Scale Efficiency, Allocative Efficiency, Benchmarking, Productivity, Portuguese Health Sector, Management Techniques, Public Services Administration, Drug Treatment Units, Drug Dependencies

Abstract

This work uses DEA (Data Envelopment Analysis) methods to evaluate the technical efficiency of 10 ambulatory Treatment Units, managed by the Central Regional Delegation of the IDT, IP (the former Portuguese Institute on Drugs and Drug Addiction), over the period 2007-2011. The author starts by contextualizing the case in light of the main paradigms of public management reform, as well as the portuguese policies to address the problem of dependencies, and makes a brief presentation of the basic concepts related to efficiency as well as productivity. This is followed by an explanation of simple DEA procedures usually performed within the framework of benchmarking analysis of production units. The author then illustrates the use of several DEA-related techniques on the evaluation of the performance of the IDT teams both retrospectively and with the aim of providing examples of the applicability of these methods to optimize the definition of more efficient functional objectives. The results obtained confirm the remarkable efficiency levels attained by the units considered and demonstrate their capability to endure disruptive changes in the IDT's central management structure during the years under scrutiny. Apart from these results, the major objective of this study's author was, assumedly, to promote the use of DEA in the context of small public services management, from a perspective akin to that of the modern Public Administration reform movements.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO E METODOLOGIA DO ESTUDO	9
1.1. <i>Enquadramento geral do tema de investigação</i>	9
1.2. <i>Objectivo global e principais questões a abordar</i>	10
1.3. <i>Metodologia e organização do estudo</i>	12
2. REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL	17
3. UMA INTERPRETAÇÃO DO CASO DO IDT À LUZ DOS MOVIMENTOS DE REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.....	33
3.1. <i>A intervenção nas dependências em Portugal</i>	33
3.2. <i>Exemplos da aplicação de novos paradigmas de gestão pública no IDT, IP</i>	63
3.3. <i>Caracterização do caso em estudo: quadro organizativo-funcional das Equipas de Tratamento da DRC</i>	70
4. POTENCIALIDADES DAS TÉCNICAS DE DEA	77
4.1. <i>O Conceito de Eficiência Técnica relativa e suas componentes</i>	77
4.2. <i>Análise de Envolvimento de Dados (DEA)</i>	81
4.3. <i>Fronteira de Eficiência e análise intertemporal</i>	85
4.4. <i>A análise de eficiência produtiva no contexto do SNS Português</i>	87
4.5. <i>Utilização de técnicas de DEA no caso das equipas da DRC do IDT, IP: notas metodológicas</i>	92
5. EFICIÊNCIA PRODUTIVA DAS EQUIPAS DE TRATAMENTO DA DRC DO IDT.....	95
5.1. <i>Material: Inputs e Outputs disponíveis</i>	95
5.2. <i>Abordagem descritiva e análise clássica de algumas razões</i>	97
5.3. <i>Análise de Envolvimento de Dados transversal</i>	100
5.4. <i>Análise longitudinal (Modelo de Malmquist)</i>	109
6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES FINAIS	113
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
Anexo – Lista de relatórios e documentos oficiais consultados	137

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Iniciativas de combate ao tráfico e consumo de drogas, 1970-1999.....	37
Tabela 2. Iniciativas de combate ao tráfico e consumo de drogas, 2000-2012.....	51
Tabela 3. IDT vs. IDT, IP - Recursos estruturais, capital humano e recursos financeiros (nominais) dispendidos em 2006 e em 2011	65
Tabela 4. IDT vs. IDT, IP – Actividade Assistencial em 2006 e em 2011	66
Tabela 5. Selecção de estudos portugueses sobre análise de eficiência, produtividade e afins, no sector da saúde.....	89
Tabela 6. Lista de Equipas a analisar, bem como tipologia dos <i>inputs</i> e <i>outputs</i> disponíveis.	95
Tabela 7. Eficiências Técnicas (nos paradigmas de CRS e VRS) e Eficiências de Escala das unidades assistenciais da DRC do IDT, calculadas para cada ano de 2007 a 2011, com um <i>input</i> (Custo total da unidade) e dois <i>outputs</i> (Total de Consultas e Total de Utentes assistidos, i.e., de Ut. Activos).....	102
Tabela 8. Ordenamento das Equipas de Tratamento da DRC do IDT tendo em conta a sua Eficiência Técnica relativa entre 2007 e 2011. A pontuação (<i>P</i>) de cada equipa em cada ano foi obtida pela expressão $P = 11 - rank$. O ordenamento final (à direita) hierarquiza as pontuações médias obtidas.	103
Tabela 9. Análise de Envolvimento de Dados, VRS com orientação para os <i>outputs</i> (Modelo: 1 <i>input</i> – Custo total da equipa; 4 <i>outputs</i> – Ut. Activos, Ut. Metadona, Novos Ut., Consultas; Ano - 2011).....	105
Tabela 10. <i>Benchmarks</i> das unidades ineficientes e respectivos pesos (Modelo: 1 <i>input</i> – Custo total da equipa; 4 <i>outputs</i> – Ut. Activos, Ut. Metadona, Novos Ut., Consultas; Ano - 2011).....	106
Tabela 11. Lista de alvos a atingir no período subsequente (Modelo: 1 <i>input</i> – Custo total da equipa; 4 <i>outputs</i> – Ut. Activos, Ut. Metadona, Novos Ut., Consultas; Ano - 2011).....	108
Tabela 12. Modelo para análise de MPI – Malmquist Production Index (Anos: 2007 - 2011).....	109
Tabela 13. Resultados da análise de MPI – Malmquist Production Index (Anos: 2007 - 2011).....	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Principais antecedentes orgânicos do IDT, IP; Fonte: nossa autoria.	70
Figura 2.	Colaboradores da DRC do IDT, IP em 2012; Fonte: nossa autoria.....	72
Figura 3.	Estrutura orgânica da DRC do IDT, IP, em 2007. Fonte: nossa autoria.	73
Figura 4.	Fronteira de produção (OF') relacionando as quantidades de um <i>input</i> x que podem ser utilizadas para produzir, com eficiência máxima, um único <i>output</i> y . Fonte: Coelli <i>et al</i> (2005).....	79
Figura 5.	Mudança técnica entre dois períodos (OF_0' e OF_1') e para um <i>input</i> x utilizado na produção, com eficiência máxima, de um <i>output</i> y . Fonte: Coelli <i>et al</i> (2005).	80
Figura 6.	Ilustração de diversos tipos de fronteira de produção (modificado de Figueiredo, 2010). Legenda: Unidades de produção – Pontos A, D, G, H, I; Linhas E e J – Fronteiras de produção (respectivamente CRS e VRS); CRS – Fronteira de produção assumindo retornos à escala constantes; VRS - Fronteira de produção assumindo retornos à escala variáveis; NIRS - Fronteira de produção assumindo retornos à escala não crescentes.	83
Figura 7.	(a) Relação entre Utentes Activos e Consultas nas 10 Equipas de Tratamento da DRC, em 2011; (b) Utentes e Consultas esperadas tendo em conta o custo médio regional e o de cada DMU. Fonte: nossa autoria.	97
Figura 8.	(a) Sobreposição das figuras 7 (a) e 7 (b); <i>Idem</i> , com linhas orientadoras. Legenda: quadrados = observado em 2011; círculos = valor esperado. Fonte: nossa autoria.....	98
Figura 9.	(a) Relação entre rácios de Utentes e de Consultas por cada 1000 EUR gastos, nas 10 Equipas de Tratamento da DRC, em 2011; (b) Modelo DEA: Linha azul = Fronteira de produção eficiente; Linha rosa = Descreve a eficiência técnica da unidade Fig. da Foz ($ET = OFF / OFF'$). Fonte: nossa autoria.....	99

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- AE* Eficiência Preço ou Eficiência Alocativa (*Allocative Efficiency*)
AP Administração Pública
ARS, IP Administrações Regionais de Saúde, IP
CAT Centro de Atendimento a Toxicodependentes
CDT Comissão(ões) para a Dissuasão da Toxicodependência
CEJ Centro de Estudos da Juventude
CEPD Centro(s) de Estudos e Profilaxia da Droga
CICD Centro de Investigação e Controle da Droga
CIJD Centro de Investigação Judiciária da Droga
CNCDT Conselho Nacional de Combate à Droga e à Toxicodependência
CRA Centro Regional de Alcoologia
CRAC Centro Regional de Alcoologia de Coimbra (depois de 2007 UAC)
CRI Centro de Respostas Integradas
CRS Retorno em Escala Constante (*Constant Return to Scale*)
CTAI Comunidade Terapêutica Arco-íris, Coimbra
DEA Análise de Envolvimento de Dados (*Data Envelopment Analysis*)
DMU Unidades de Tomada de Decisão (*Decision Making Units*)
DRC Delegação Regional do Centro do IDT / IDT, IP
EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENLCD Estratégia Nacional de Luta contra a Droga
EPE Entidade Pública Empresarial (como em “Hospitais EPE”)
ET Equipa(s) de Tratamento (de toxicodependentes)
GPCCD Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga
IDT Instituto da Droga e da Toxicodependência
IDT, IP Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP
IHPC Índice Harmonizado de Preços ao Consumidor
IP Instituto Público
IPDT Instituto de Prevenção da Droga e da Toxicodependência
MPI Índice de Produtividade de Malmquist (*Malmquist Productivity Index*)
NAG Núcleo de Apoio Geral (da DRC)
NAT Núcleo de Apoio Técnico (da DRC)
NIRS Retorno em Escala não crescente (*Non-increasing Return to Scale*)
NPG Nova Governação Pública (*New Public Governance*)
NPM Nova Gestão Pública (*New Public Management*)
NPS Novo Serviço Público (*New Public Service*)

NUTS	Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas
OE	Eficiência global ou Eficiência Económica (<i>Overall Efficiency</i>)
OEDT	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
PACDT	Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências
PANCDT	Plano de Acção Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência
PCM	Presidência do Conselho de Ministros
PE	Eficiência Pura (<i>Pure Efficiency</i>)
PNCDT	Plano Nacional de Combate Contra a Droga e as Toxicodependências
PORI	Programa Operacional de Respostas Integradas
PRACE	Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
PREMAC	Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado
QUAR	Quadro de Avaliação e Responsabilização (dos organismos públicos)
RCM	Resolução da Presidência do Conselho de Ministros
RRMD	Redução de Riscos e Minimização de Danos
SA	Sociedade Anónima (como em “Hospitais SA”)
SC	Mudança de Escala (<i>Scale Change</i>)
SE	Eficiência de Escala (<i>Scale Efficiency</i>)
SFA	Análise de Fronteiras Estocásticas (<i>Stochastic Frontier Analysis</i>)
SIM	Sistema de Informação Multidisciplinar do IDT, IP
SIADAP	Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPA	Sector Público Administrativo (como em “Hospitais SPA”, ou seja, os que são institutos públicos não autónomos)
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
TC	Mudança Técnica (<i>Technical Change</i>)
TE	Eficiência Técnica (<i>Technical Efficiency</i>)
UAC	Unidade de Alcoologia de Coimbra, Maria Lucília Mercês de Mello (anteriormente designado CRAC)
UDC	Unidade de Desabituação de Coimbra
UE	União Europeia
VRS	Retorno em Escala Variável (<i>Variable Return to Scale</i>)

1. INTRODUÇÃO E METODOLOGIA DO ESTUDO

1.1. Enquadramento geral do tema de investigação

Na presente monografia dá-se conta de uma análise retrospectiva, não paramétrica, da eficiência produtiva de 10 unidades funcionais de assistência ambulatoria a doentes dependentes do consumo de substâncias psicoactivas, lícitas e ilícitas, geridas pela Delegação Regional do Centro (DRC) do já extinto Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT, IP). A análise abrange os 5 anos compreendidos entre 2007 e 2011.

Pretende-se fundamentalmente ilustrar, com a aplicação de técnicas analíticas de gestão firmemente estabelecidas, novas possibilidades de avaliação do desempenho relativo de unidades funcionais da área da saúde, numa lógica enquadrável nas estratégias tradicionalmente associadas ao *New Public Management* (NPM ou *Nova Gestão Pública*). Visa-se também evidenciar as potencialidades dessas técnicas para acompanhamento, alinhamento funcional e produtivo, de unidades funcionais de pequena dimensão no campo da saúde.

A utilização das técnicas denominadas de Análise de Envolvimento de Dados (DEA - *Data Envelopment Analysis*)¹, embora de todo não inédita em Portugal no campo do estudo e avaliação macro de unidades de saúde de grande dimensão é, tanto quanto se nos afigura tendo em conta a literatura publicada, relativamente rara. É igualmente rara ou inédita, no estudo ou acompanhamento funcional de pequenas unidades de saúde ou de serviços de saúde especializados. Já a sua aplicação à gestão, estudo ou optimização de unidades assistenciais dedicadas ao combate às dependências é, seguramente, sem precedentes no nosso país.

Permita-se-nos um breve esclarecimento: o nosso assumido interesse pela aplicação em serviços públicos de técnicas de “gestão pura”, ou de melhoria de “eficiência” ou “produtividade”, como as técnicas de DEA clássicas, e embora reconhecendo a sua possível filiação a movimentos como o da NPM, não deve ser interpretado como

¹ Estas técnicas são também designadas por vezes como análises de fronteira de produção, análises não paramétricas de eficiência produtiva ou ainda análises de *benchmarking*.

traduzindo uma qualquer adesão epidérmica ou exclusiva a um particular modelo de reforma das administrações públicas. Não queríamos também que se pense que tais técnicas, mesmo quando aplicadas isoladamente e fora de um contexto mais “ideologicamente determinado”, são apropriadas para favorecer a produção de valor público em todos os serviços e ocasiões.

Para que não subsistam dúvidas explicita-se ainda que concordamos com autores como Denhardt (2000) ou Stephen Osborne (2006), entre muitos outros, que se referem ao(s) movimento(s) do NPM, nos países em que teve maior expressão, e sem esquecerem os inegáveis benefícios que também proporcionaram quando comparados com paradigmas anteriores de administração pública, como datados, de transição, e até, muitas vezes, como geradores de assinaláveis e graves efeitos perversos. No capítulo 2 da presente dissertação proceder-se-á a uma discussão mais detalhada destes movimentos e suas consequências.

1.2. Objectivo global e principais questões a abordar

Com o presente estudo visou-se, em primeira instância, e numa perspectiva essencialmente descritiva, realizar uma avaliação comparativa, com recurso a técnicas não paramétricas, do desempenho transversal e longitudinal das diferentes unidades funcionais ambulatoriais da DRC do IDT, IP, nos anos de 2007 a 2011. Pretendemos, dessa forma, caracterizar a respectiva eficiência relativa na utilização de recursos disponíveis para produção de serviços conexos ao cumprimento da sua missão.

Almejou-se, por um lado, compreender melhor as especificidades de cada equipa e perceber, face às suas assimetrias de dimensão (traduzidas em custos, disponibilidade de recursos humanos, número de utentes e actividades realizadas), qual o respectivo nível relativo de eficiência produtiva.

Por outro lado, uma intenção fundamental foi também a de ensaiar a valia da análise de envolvimento de dados como instrumento gestor e ilustrar a eventual utilidade deste método analítico, *standard* em muitas áreas da gestão não pública (Tavares, 2002), no acompanhamento e avaliação do funcionamento de equipas autónomas e públicas da área da saúde.

Adicionalmente, o autor — na qualidade de ex-gestor responsável pelas Equipas de Tratamento da Direcção Regional do Centro (DRC) do ex-IDT, IP, entre 2005 e 2012 — pretendeu, com objectividade, prestar contas, pela maior ou menor homogeneidade de funcionamento alcançado naqueles anos pelas equipas da DRC do IDT,IP, bem como no que respeita ao maior ou menor grau de alinhamento relativo da sua capacidade produtiva, ou ainda sobre a maior ou menor justeza e equidade alcançadas na alocação a cada uma das mesmas equipas, dos sempre escassos, ou fortemente condicionados, recursos humanos e materiais disponíveis.

Assim, cremos poder ilustrar, com o presente estudo, o valor destas metodologias analíticas empíricas na monitorização e acompanhamento de equipas funcionalmente homogéneas e coordenadas, como eram as Equipas de Tratamento da DRC do IDT, IP, e o seu valor para objectivação de decisões gestionárias de natureza microeconómica, como as que constantemente são necessárias para uma racional e equitativa alocação de recursos e para o estabelecimento equilibrado e fundamentado de objectivos de desempenho credíveis. Adicionalmente cremos poder estar em condições, no final da presente monografia, para nos podermos pronunciar sobre a exequibilidade de utilização destas técnicas num contexto não académico, assistencial, de prestação pública de serviços de saúde.

Cumpre ainda sublinhar a nossa maior e confessada ambição: situar, num contexto de evolução organizacional que tivemos o privilégio de testemunhar, como responsável e decisor regional, e portanto também como observador participante, o que se nos afigura como um relevante exemplo de reforma sustentada de um pequeno serviço da administração pública portuguesa. De uma forma tão objectiva quanto possível, procuramos ainda contextualizar esses mesmos desenvolvimentos, bem como ulteriores (e recentes) decisões políticas, problematizando-as, no contexto mais vasto da hoje em dia tão propalada e discutida reforma das administrações públicas.

Nesta última acepção, almejamos poder ilustrar, com recurso à DEA e ainda a uma exposição de vicissitudes da história dos serviços actantes na área das dependências, que as unidades em causa neste estudo, bem como o próprio organismo no seu todo, foram sujeitos, sobretudo desde 2000, mas com maior intensidade a partir de 2008, a profundos movimentos de reforma. Esperamos poder mostrar que estes movimentos, ou acompanharam processos similares que se verificaram, com maior ou menor sucesso, em outros organismos públicos portugueses, ou foram determinados pela necessidade de

reconfigurar o dispositivo de intervenção disponível para fazer face a um grave problema social e de saúde sempre em mutação.

Esperamos assim poder clarificar o sentido do conjunto de reformas efectuadas, a sua filosofia e continuidade temporal ao longo de diversos ciclos políticos, bem como a eventual intencionalidade subjacente à recente decisão de extinção do IDT, desligando, pelo menos no que toca às equipas de tratamento da DRC, essa decisão do labéu de eventual perda de eficiência recente, ou da suspeita de desconformidade face processos de reforma da administração pública, como fundamento para a sua extinção.

1.3. Metodologia e organização do estudo

Para prossecução dos fins apontados recorreremos a dados de monitorização interna do IDT, IP, por nós coligidos ao longo dos anos 2007-2011. Na sua maioria os referidos dados foram superiormente validados e publicamente divulgados no âmbito da prestação de contas legalmente prevista e estão, portanto, disponíveis nos respectivos Relatórios Anuais de Actividades e/ou nos Relatórios de Balanço Social, Relatórios sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência, ou ainda nos Relatórios sobre a Avaliação do Desempenho (SIADAP) publicados pelo IDT e pelo IDT, IP (vd. Anexo I – Lista de relatórios e documentos oficiais consultados). Como fontes complementares de informação, sobretudo no que respeita à evolução das políticas de intervenção na área das drogas e dependências, evolução institucional e/ou reformas verificadas, recorreremos ainda a estes mesmos documentos, bem como a artigos recolhidos da imprensa periódica e a ensaios ou trabalhos de natureza académica que, oportunamente, se citam ou referenciam ao longo do texto.

Utilizaremos, em concreto, dados objectivos disponíveis sobre recursos materiais e humanos consignados ao funcionamento de cada uma das Equipas de Tratamento (ET) consideradas no presente estudo, para caracterizar o que no referencial analítico da DEA se designa habitualmente como *inputs*. Utilizaremos ainda descritores de diferentes actividades desenvolvidas, assim como dados sobre o número de beneficiários directos das actividades mais importantes, para caracterizar os *outputs*, ou, dito de outro modo, para caracterizar a produção alcançada.

Numa breve nota *ad laterem* esclareça-se ainda que, no jargão técnico da DEA, se designam habitualmente como *inputs* os factores disponíveis para a realização produtiva, entre eles capital, trabalho, etc., e como *outputs* o, ou os, bens ou actividades produzidas com os anteriores, sendo que a natureza e ou escala de uns e outros podem ser as mais diversas. Evita-se assim o constrangimento presente em análises de custo-benefício ou de custo-efectividade, por exemplo, em que todas as grandezas têm de ser reduzidas a unidades comuns, habitualmente monetárias. De igual modo, é ainda muito frequente, no campo da DEA que se designem as unidades de produção consideradas, que podem ser fábricas, departamentos, equipas autónomas, escolas, hospitais, balcões, programas funcionais, técnicos ou até, no limite, países inteiros, como Unidades de Tomada de Decisão (DMUs - *Decision Making Units*). Esta terminologia foi proposta por Charnes, Cooper e Rhodes, em 1978, quando, num artigo seminal, apresentaram e desenvolveram pela primeira vez a DEA, e tipificaram o modelo que, em sua homenagem, passou a ser conhecido por CCR (Charnes, 1978).

Percebe-se, pelo que fica explicitado, que o âmbito específico da abordagem que pretendemos efectuar no presente estudo é o da simples avaliação da eficiência produtiva das Equipas de Tratamento do ex-IDT, IP, no caso vertente as nossas DMUs, que procuraremos integrar num contexto de reformas, em parte por nós próprios participadas. Trata-se de uma limitação imposta pelos dados disponíveis num primeiro estudo de ensaio de utilização de técnicas analíticas do espectro da DEA ao serviço da melhoria da nossa própria capacidade de gestão e para melhor compreensão de um singular caso de evolução institucional.

Naturalmente que se tem plena consciência de que, em vez de nos limitarmos nesta primeira fase ao estudo de *outputs*, sobretudo tradutores de actividades desenvolvidas, ou ao universo de sujeitos aos potenciais benefícios das mesmas, seria muito melhor, e isto no campo da intervenção em saúde é particularmente relevante, que se considerasse nos modelos analíticos a inclusão de dados traduzindo reais ganhos em saúde, ou seja, de indicadores de efectividade ou impacto, traduzindo real benefício pessoal ou populacional. Só estes últimos, muitas vezes designados, fora do contexto específico da DEA, como *outcomes*, são realmente adequados a permitir avaliar a produção de Valor Público, ou seja, o retorno ou benefício colectivo final que é expectável que os serviços públicos promovam.

É, contudo, bem conhecido e explicitado pela generalidade dos autores, que não é fácil isolar indicadores deste tipo relativamente às actividades desenvolvidas no campo da

saúde ou que, mesmo quando estes existem, nem sempre é fácil estabelecer um nexo de causalidade entre os mesmos e as actividades concretas exercidas pelos serviços (Ozcan, 2008). Isto deve-se, entre outras razões, ao marcado carácter multifactorial das determinantes de doença, bem como dos factores modeladores dos estados de saúde ou mórbidos observados, muitos dos quais são dependentes de circunstâncias completamente estranhas ao domínio de intervenção dos serviços de saúde. Pode até acrescentar-se que estas condicionantes são particularmente relevantes no que toca às intervenções em comportamentos de dependência. Por exemplo, alguns dos possíveis indicadores de efectividade, que actualmente não estão disponíveis, poderiam ser a taxa de recaída nos doentes tratados, ou a taxa de seroconversão para hepatites C e B, a taxa de doentes seronegativos para o HIV entre os doentes tratados, a taxa de doentes tratados com sucesso, traduzido em alta clínica, ou ainda a proporção de doentes estimados que frequenta os serviços de saúde, entre outros. É claro, mesmo para não especialistas, que este tipo de indicadores, frequentemente não disponíveis de forma sistemática nos nossos serviços de saúde, são susceptíveis de capturar e traduzir com maior acuidade se um serviço destinado a tratar um conjunto particular de doenças está efectivamente a cumprir a sua missão.

No entanto, tem de se reconhecer que, à falta destes, meros indicadores de eficiência, como número de utentes ou número de consultas efectuado (desde que devidamente auditados para detectar eventuais efeitos de “produção criativa de estatísticas”) reflectem pelo menos um dos mais básicos fins comuns de qualquer serviço público, como é, indiscutivelmente, o da eficiente e judiciosa utilização de recursos materiais e humanos.

Em todo o caso, o ex-IDT dispõe de indicadores de qualidade assistencial, bem como de indicadores relativos a consequências positivas e negativas ocorridas no decurso do tratamento, como os acima descritos, que tencionamos em momento posterior procurar obter e analisar, numa abordagem de maximização de funções de valor (qualidade dos serviços prestados) como as recentemente propostas por, entre outros, Tim Coelli (2005).

O texto está assim organizado da seguinte forma. Em primeiro lugar, efectuar-se-á uma contextualização sumária dos movimentos de reforma na administração e gestão de serviços públicos no estrangeiro e em Portugal. Analisaremos igualmente a premência e oportunidade de se minimizarem os desperdícios e ineficiências dos mesmos no actual contexto de crise que o nosso país atravessa. Além de uma breve revisão dos estudos mais significativos sobre eficiência produtiva no contexto da avaliação de eficiência de estruturas do Sistema Nacional de Saúde, faremos também uma apresentação

esquemática da história das intervenções em dependências no nosso país, procurando situar as diversas reformas efectuadas no contexto de resposta a necessidades sociais emergentes (pressões ou factores externos) e de concomitantes ensaios de reforma da administração pública (necessidades e factores de dinâmica interna).

Num capítulo subsequente far-se-á uma breve apresentação, com intuito fundamentalmente pedagógico, dos métodos clássicos de Análise de Envolvimento de Dados, quer aplicados ao contexto de observações transversais, quer adaptados à descrição da evolução temporal de eficiências relativas.

Por fim, proceder-se-á a uma apresentação ilustrativa da aplicação das metodologias descritas às unidades autónomas de tratamento da DRC do IDT, IP.

Concluir-se-á com uma discussão dos resultados obtidos, quer no que respeita à evolução das reformas elencadas e seu sentido, quer no que respeita à vertente analítica ensaiada neste estudo, ligando-as, e enunciando uma breve síntese conclusiva, quer sobre os mesmos, quer sobre a possível utilidade dos métodos aplicados, à luz das reformas em curso da administração pública. Procurar-se-á, finalmente, situar e clarificar o significado das mudanças recentemente operadas no dispositivo nacional de intervenção no problema das dependências à luz dos referidos paradigmas de reforma e com o concurso do conjunto de resultados apurado.

2. REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA, NOVOS PARADIGMAS DE GESTÃO E AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Só faz sentido proceder-se a uma contextualização sumária dos movimentos de reforma dos serviços públicos na medida em que a mesma tenha relevância para o objecto de estudo. No contexto particular da presente dissertação, interessa assim começar por esclarecer o papel e a importância desempenhados por alguns aspectos da *New Public Management* (NPM) nesses processos de reforma.

Contudo, também é verdade que não se pode ter uma adequada visão de um movimento reformador como o da NPM sem ao menos uma brevíssima alusão aos paradigmas dominantes de organização dos serviços públicos que o precederam, nem aos que, pois esse é o caso, se percebe já que lhe virão a suceder. Parece evidente, de facto, que surgem já propostas de fôlego que parecem aliar maior coerência e profundidade teórica na conceptualização do que é o Estado e as suas funções bem como sobre do que devem ser e fazer os seus serviços e agentes de forma a garantir uma maior adequação às características das sociedades modernas.

No modelo clássico Weberiano, o esforço de realização da vontade colectiva estava cometido a funcionários que, à imagem de soldados num exército fortemente hierarquizado, ficavam responsáveis pela efectivação de directivas emanadas das altas esferas do poder, legislativo ou executivo. Desses funcionários esperava-se sobretudo que fossem bons executores de políticas concebidas ao nível do topo da organização pública.

Este modelo de organização do Estado, com raízes no mundo clássico estruturou-se na Europa no decurso da revolução francesa, sendo sua, por exemplo, a marca distintiva da organização político-administrativa do território Francês, sobrevivente até hoje em numerosos países onde foi mimetizada (e onde seguramente se inclui Portugal). De igual modo, tal sistema permitiu a grandes impérios como o Britânico e Austro-húngaro, por exemplo, enquadrarem sociedades progressivamente mais complexas e controlarem vastos territórios. Com o advento da revolução industrial no século XIX, sobretudo no Reino Unido, e depois com as experiências estruturadoras do Estado de Bismarck, na Prússia, associadas a uma complexificação das exigências e alcance de actuação do Estado nas sociedades, este modelo organizacional refinou-se e tornou-se no sistema

dominante à escala global. Na Europa foi-se estruturando em paralelo um direito administrativo, susceptível de regularizar o funcionamento das cada vez maiores e mais complexas organizações públicas. Nos EUA, já no séc. XX, sob o impulso das ideias do presidente Woodrow Wilson, nasce toda uma escola ligada à profissionalização e regularização das administrações públicas e funções dos seus dirigentes.

Com o progressivo alargamento da esfera de responsabilidades do Estado e conexas expansão do denominado *Welfare State* após o *New Deal* e, mais ainda, depois do termo da segunda guerra mundial, esta cada vez mais desmesurada máquina burocrática, foi-se tornando mais difícil de gerir e manter, tornando-se cada vez mais aparentes a inadequação e a incapacidade do Estado em dar respostas adequadas e eficientes em áreas até aí menos expressivas como as da Saúde, a Educação, ou a complexa teia dos serviços ligados à Segurança Social.

Já nos anos 70 e 80 do século XX, impulsionadas entre outros acontecimentos e factores pela grave crise petrolífera dos anos 70 e pela manifesta estagnação e incapacidade das gigantescas máquinas burocráticas ao serviço do Estado, irrompem perspectivas novas, almejando tornar o Estado mais ágil e eficiente através de movimentos de redução da sua dimensão e da atribuição da responsabilidade pela execução de tarefas do próprio Estado a entidades privadas, consideradas como mais eficientes e flexíveis na satisfação de necessidades dos cidadãos. Nuns casos assistiu-se a movimentos de privatização, com apelo explícito a lógicas puras de mercado, enquanto noutros casos, como se verificou predominantemente na área da saúde, se optou mais por estratégias de agenciamento e introdução de concorrência, criando o que se denomina habitualmente por quase-mercados. Globalmente, este era/foi o embrião do que se viria a denominar por NPM.

Os epicentros mais significativos destes movimentos reformadores ocorreram sobretudo no Reino Unido, no decurso dos governos da Senhora Thatcher, e nos E.U.A., com Ronald Reagan, durante os anos 80. Ambos acreditavam que os mercados encerravam a chave para a prosperidade e a liberdade (Thatcher, 1996).

Na sua esteira, as experiências continuaram através dos programas reformadores da administração pública americana protagonizados por Al Gore, no decurso dos mandatos do Presidente Clinton, e na Grã-Bretanha, durante os governos de Tony Blair. Na continuidade de Thatcher e Reagan, Blair e Clinton/Gore agiram na convicção, que proclamavam, de que nos mercados estava a chave primordial para se alcançar o bem comum.

Este movimento alargou-se a outros países, como os escandinavos ou à Nova-Zelândia, e tem sido frequentemente associado, de um ponto de vista de enquadramento teórico-ideológico, a concepções de cariz liberal, e, de um ponto de vista de actuação concreta, como de frequente inspiração *managerialista* (Terry, 1993).

Significativamente, o moto do programa original lançado nos E.U.A. por Al Gore era “to make government work better and cost less”. Curiosamente este mesmo desiderato teve ecos recentes em Portugal, através do lema tantas vezes repetido no decurso dos governos socialistas de José Sócrates, já depois de 2004, com a expressão pública recorrente do *slogan* “fazer mais com menos”.

De facto, como acentuam Denhardt e Denhardt (2000), a tendência a encarar “government as business”, seguramente já não era novidade desde há muito, pelo menos na realidade americana dos anos 70, e assenta como uma luva ao movimento da NPM que no decurso deste período sofreu um decisivo impulso.

Na realidade, nos últimos 30 anos, mesmo nos países em que reformas neste sentido tiveram menor expressão, ocorreu uma profunda mudança sobre a concepção do que é ou deve ser um serviço público, como este deve funcionar e, muito em particular, sobre o que se espera de um responsável (agora também gestor) de um serviço público (Denhardt e Denhardt, 2000).

Independentemente de *nuances* de sensibilidade política foi-se vivendo, até ao colapso financeiro de 2008, no que Sandel caracterizou como “uma era de triunfalismo desregulamentado dos mercados” (Sandel, 2012; Sandel, 1996).

Este conjunto de inovações, com alcance e especificidades locais diferenciadas, quer quanto ao tipo preferencial de medidas preconizadas, quer quanto à tipologia dos serviços que sofreram maior impacto, visou primordialmente introduzir na concepção ou gestão de serviços públicos estratégias, técnicas e lógicas, semelhantes às então correntes no mundo empresarial. Estas medidas eram assumidamente consideradas como mais ágeis e economicamente mais eficientes em comparação com a tradicional administração pública e, portanto, acreditavam os defensores da NPM, mais susceptíveis de poderem proporcionar uma revitalização e reformulação dessa mesma administração e do próprio papel do Estado, como garante do bem comum e da disponibilização de certos serviços. Visava-se que o Estado passasse, decididamente, de prestador de

serviços aos cidadãos, a timoneiro, ou seja, fundamentalmente a regulador de prestadores que poderiam ser públicos como dantes ou, agora, também privados².

Em suma, visava-se que os dirigentes públicos, antes meros executores de políticas superiormente determinadas, enquadrados em fortes hierarquias verticalizadas e sobretudo comprometidos com o cumprimento de códigos de tipo administrativo (o garante do seu poder não delegado), passassem a actuar com maior autonomia e responsabilidade, tal como gestores de empresas, em competição entre si e centrados na eficiência de utilização dos recursos públicos. Não espantará, portanto, que se tenha também colocado forte empenho na introdução de mecanismos de auditação, acreditação, avaliação de desempenho, entre outros.

Este movimento eclodiu num tempo de crise, marcada por uma clara percepção de falência iminente do Estado Social, cada vez mais dispendioso. Daí o ênfase na externalização de funções tradicionais do Estado. Esta externalização nuns casos foi completa, com adjudicação a agentes privados de tarefas tradicionalmente cometidas à cada vez maior máquina estatal (lembramos a privatização dos Serviços Postais, por exemplo), noutros através da privatização de participações do Estado em sectores da economia produtiva ou financeira (transportes, comunicações, energia, banca, etc.), ou ainda através de “quasi-externalizações” de serviços internos do próprio Estado. Este último fenómeno torna-se visível sobretudo nos movimentos de descentralização, regionalização, autonomização, fragmentação de serviços, criação de institutos ou entidades autónomas, etc., e, sobretudo, nos movimentos de empresarialização que ocorreram em diversos níveis e sectores do próprio Estado (entre nós, muito mais recentemente, e apenas na área da saúde, lembramos a criação dos Hospitais SA,

² Convirá neste ponto explicitar que numa primeira fase destes movimentos de reforma se visou sobretudo a criação de quase-mercados e a introdução de mecanismos de concorrência nos serviços públicos. Acreditava-se então, frequentemente, que seria viável a autogestão dos mercados na prestação de serviço público. Contudo, cedo se percebeu, mesmo no âmbito dos denominados movimentos de NPM, que tal não seria exactamente assim, pelo que se passou a fazer apelo (o que de facto até se configura como uma certa contradição face ao enquadramento ideológico inicial deste tipo de reformas) à necessidade de liderança e regulação no contexto da prestação de serviço público. Em particular, na área da saúde, muito rapidamente ficou claro, mesmo no âmbito do que se pode designar como movimentos pós-NPM, que os incontornáveis constrangimentos técnicos e financeiros do sector, que implicam também quase sempre uma forte regulamentação, bem como a reconhecida inversão de funcionamento das leis de mercado (pois reconhece-se frequentemente que na saúde é a oferta que gera procura e não o seu contrário), entre outros factores, exigiam forte direccionamento e condução no processo de produção de valor público (*steering*). Estas questões serão novamente abordadas num tópico subsequente.

Hospitais EPE, Empresas Públicas, definição do Estatuto do Gestor Público, entre outros).

Autores como David Osborne e Gaebler (1992), num livro que ficou famoso — *Reinventing Government* —, salientaram que existe uma diferença entre decisão política (liderança/direcção) e a provisão de serviços (produção). Nesta óptica, preconizaram a introdução de métodos de gestão privada no sector público, designadamente através da gestão por objectivos, a focalização nos *outcomes* e não nos *inputs*, a empresarialização dos serviços públicos e o desenvolvimento de parcerias entre o sector público e privado.

Para Hood (1996) a NPM caracteriza-se essencialmente pela profissionalização da gestão, pelo ênfase nas metas traçadas-resultados, pela implementação de formas de competição e pela introdução de estilos de gestão empresarial. Do seu ponto de vista, todos estes contribuem para o desiderato final otimizador de fazer mais e melhor com utilização de menos recursos financeiros.

Vários autores procuraram sistematizar e classificar os vários modelos da NPM. A sistematização realizada por Ferlie *et al.* (1996) talvez seja uma das que melhor permite enquadrar os objectivos da presente investigação.

Neste estudo, Ferlie *et al.* realizaram um esforço de classificação das experiências que se acumulavam em espaços territoriais e culturais diferentes e propuseram a tipificação de distintos modelos ideais de NPM, alinhando-os em quatro categorias:

- NPM – Modelo 1, denominado “Foco na Eficiência”, centrado na importação, para a administração pública, de modelos e técnicas de gestão privada.

Este modelo assenta num conjunto de características, designadamente a atenção ao controlo financeiro, aos ganhos de eficiência, à obtenção de dados, à melhoria na afectação de recursos, ao recurso sistemático a sistemas de informação mais sofisticados, permitindo um maior controlo dos custos. Este modelo privilegia a competência e utiliza métodos de auditoria e controlo a nível profissional e financeiro. A eficiência deve ser monitorizada com estudos de *benchmarking* entre as unidades.

Neste paradigma pretende-se sobretudo responder e superar as críticas comuns à administração pública tradicional, que é vista como ineficiente, despesista, burocratizada e de baixo desempenho.

- NPM - Modelo 2, denominado “*Downsizing* e Descentralização”. Nesta perspectiva, as organizações têm que ser reestruturadas, desburocratizadas, agilizadas, separadas por actividades, e dotadas de maior flexibilidade organizacional e descentralização das decisões estratégicas e orçamentais. Nesta orientação há uma alteração do modelo de gestão apoiada em princípios hierárquicos, para a gestão suportada na contratualização, no *outsourcing* ou externalização e consolidação das funções não estratégicas, visando construir estruturas organizacionais menos hierarquizadas, mais “achatadas” e com formas de funcionamento mais flexíveis, matriciais.
- NPM - Modelo 3, denominado “Foco na Excelência”. Esta corrente está associada a modelos de gestão mais humanistas que apostam no desenvolvimento baseado nas capacidades internas e na participação colectiva. Este modelo pode ser encarado segundo duas abordagens diferentes: orientação da base para o topo (*bottom-up*), onde o foco é feito no desenvolvimento organizacional e na aprendizagem, no reconhecimento do papel da cultura organizacional como elemento de união e aposta na descentralização significativa sendo o desempenho avaliado pelos resultados. Em alternativa, pode privilegiar-se uma abordagem do topo para a base da organização (*top-down*), segundo a qual a visão organizacional é projectada de cima para baixo no seio da organização. O foco é colocado na liderança carismática pelos gestores e a estratégia é comunicada de forma clara e explícita, com particular relevância da função de gestão estratégica dos recursos humanos.
- NPM - Modelo 4, denominado “Orientação para o Serviço Público”. Esta corrente representa a fusão das ideias de gestão dos sectores público e privado, privilegiando a administração pública inovadora, e tem nos autores do famoso texto “Reinventando o Governo”, Osborne e Gaebler (1992), um expressivo exemplo das suas linhas de força fundamentais, nomeadamente a qualidade total, a procura da excelência dos serviços públicos e a substituição do foco no utilizador pelo foco no consumidor ou no agora também encarado como cliente. Nesta perspectiva também tende a negar-se o papel dos mercados na definição dos serviços públicos e a dar-se prioridade à participação e à responsabilidade como preocupações legítimas do sector público.

Sintetizando, quais são, afinal, os elementos chave da NPM?

Segundo Stephen Osborne (2006), que parafraseamos, poderiam alinhar-se os seguintes:

- Uma atenção redobrada para com ensinamentos e exemplos com origem no universo da gestão privada;
- O desenvolvimento de competências especializadas de gestão dos dirigentes públicos e o desenho de estruturas organizacionais manejáveis e autónomas em que a prossecução de políticas está organicamente distanciada dos níveis de decisão política;
- Uma focalização em lideranças do tipo empresarial no contexto de serviços públicos;
- Uma ênfase no controlo e avaliação de *inputs* e *outputs*, bem como sobre a eficiência e auditorias da gestão;
- A desagregação dos serviços públicos nas suas unidades elementares e focalização nos seus custos de gestão;
- Um incremento no uso de mecanismos e lógicas de mercado ou quase-mercado, competição e contratualização para alocação de recursos e prestação de serviços dentro dos serviços públicos.

Como já vincámos anteriormente, não cremos que, sobretudo na sua vertente mais ideológica, o “paradigma” neo-liberal da NPM seja consistente, nem que represente uma visão alternativa e isenta de problemas do que se deve tentar construir para concretizar necessidades colectivas e públicas numa sociedade democrática. Estará hoje até desacreditada pelos factos a concepção de políticos influentes que, como Margaret Thatcher, nos primórdios do movimento, nos anos 70 e 80 do século XX, acreditavam que a mera introdução de técnicas de gestão típicas do sector privado na administração pública teria como consequência inevitável uma melhoria da eficiência e eficácia dos serviços (Thatcher, 1995; Osborne, 2006), para já não falar da realização dos fins públicos desejados.

De facto, diversos autores têm sublinhado que algumas das medidas preconizadas pelos ideólogos da NPM assentam em pressupostos preconcebidos e que, em muitos casos de aplicação, resultaram no surgimento de efeitos indesejados e não antecipados.

Stephen Osborne, no mencionado editorial de 2006 coligiu objecções formuladas por diversos autores como Farnham e Horton (1996), Ferlie et al. (1996) ou McLaughlin et al. (2002), entre outros. Segundo aquele autor, ecoando Ferlie (1996), a NPM não é, ou não se constituiu verdadeiramente, como um novo paradigma, mas apenas como um agregado de diversas ideias e práticas. Considerava até Osborne, na esteira de Frederickson e Smith (2003), que a NPM não deverá ser considerada como mais do que uma sub-escola da tradicional Administração Pública (AP) limitada no seu impacto pela falta de uma real, consistente e rigorosa, base teórica. Concluía ainda o mesmo autor salientando que a NPM apenas tem tido uma limitada aplicação geográfica, restringida às “arenas Anglo-Americana, da Australásia e (em parte) Escandinava”, e sublinhando ainda que, no que toca às variantes Britânica e Americana, as mesmas são muito distintas no que toca ao “*focus e locus*”, e que o modelo tradicional de Administração Pública ainda é prevalecente noutras regiões (Osborne, 2006).

Outros autores, por seu turno, chamaram a atenção para contradições inerentes ao próprio movimento (Fox, 1996), ou para o sistema de valores que promove, (deLeon e Denhardt, 2000), pois cedo se percebeu que meras lógicas de mercado, centradas fundamentalmente na obtenção de máxima eficiência, ou o lucro, são frequentemente incompatíveis com a preservação de valores como o da equidade. Por outro lado, a ausência de condições próprias à criação de mercados concorrenciais, inviabiliza que essas mesmas lógicas se traduzam automaticamente na criação e maximização de valor ou bem estar público.

Por seu turno, Peters e Savoie (1996) chamaram a atenção para o facto de que a ênfase excessiva na descentralização comprometeu muitas vezes a capacidade de coordenação e estrutura desejável nos serviços públicos, bem como a própria ligação e relacionamento harmonioso entre os ramos de topo, políticos e legislativos, e os agentes executivos.

Talvez ainda com maior relevância se possam mencionar as críticas formuladas por McCabe e Vinzant (1999) quando chamaram a atenção para as consequências que os processos de privatização têm no que toca aos valores democráticos e à realização do interesse público.

Nesta mesma linha, por exemplo Terry (1993), que cunhou o termo “neo-managerialismo” (ou talvez gerencialismo, em Português mais correcto), para descrever a vertente mais ideológica da NPM, acentuou o facto de que a denominada “empresarialização” pública terá em muitos casos comprometido e minado valores democráticos e constitucionais, como os da justiça, representatividade e participação dos cidadãos.

A todos estes poderiam juntar-se ainda as frequentes constatações, um pouco por todo o lado, de captura do interesse público e sua submissão a interesses privados, o alastrar da corrupção (desde logo facilitada pela interacção acrescida de funcionários com entidades privadas), a criação de novas clientelas e as evidências de fenómenos de parasitismo do Estado cada vez mais frequentes.

Estas repercussões éticas, bem como sobre a qualidade da democracia, e o compromisso dos seus valores fundamentais, estão aliás, ainda no centro dos debates especializados, e começam até a fazer o seu caminho para a opinião pública através de trabalhos recentes de autores académicos já não estritamente ligados à gestão e administração pública, que denunciam não só a descaracterização e perversão de valores de governança, mas também a crescente invasão pelas mesmas lógicas de esferas da vida privada. Por exemplo, o já citado Michael Sandel, um conhecido universitário de Harvard especialista em Filosofia do Direito, publicou em 2012 um *best-seller* à escala global intitulado *What Money Can't Buy. The Moral Limits of Markets*, em que afirma peremptoriamente que “the era of market triumphalism has come to an end” e que “we need a public debate about what it means to keep the markets in their place”, adiantando ainda que “the reach of markets, and market oriented thinking, into aspects of our life traditionally governed by non market norms is one of the most significant developments of our time” (Sandel, 2012).

É para superar tal estado de coisas, visível quer nas esferas da vida pública, quer na vida privada dos cidadãos, bem como para fazer face a novas exigências emergentes do contexto da globalização, e da expansão acelerada da denominada sociedade da informação, que novas soluções e perspectivas, mais adaptadas e coerentes face às sociedades actuais, estão a surgir um pouco por todo o lado.

Pelo menos a década de 90, diversos autores propuseram desenhos e caminhos alternativos para a NPM, aparecendo assim diversos “modelos reinventados”, no contexto dos quais se defende habitualmente que a NPM apenas pode, por falta de melhores alternativas, ser contrastada com o modelo clássico Weberiano de Administração Pública (encarado inevitavelmente como sinónimo de burocracia, hierarquia, rigidez e controlo), face ao qual, apesar dos defeitos inegáveis, as novas experiências teriam, apesar de tudo, inegáveis virtualidades (deLeon e Denhardt, 2000; Denhardt, 2000). Alguns trabalhos e posições mais recentes de, por exemplo, autores como Ferlie ou de “neo-managerialistas”, bem como o próprio *Reinventing Government*, de D. Osborne e Gaebler, talvez possam ser entendidos a esta luz.

De facto, considerando possíveis alternativas à NPM, tem de reconhecer-se que não há ainda um modelo emergente, e sobre o qual se possa dizer que esteja já consolidado de forma coerente e expressiva em qualquer latitude.

Contudo, é também inquestionável que já surgiram diversas propostas alternativas, técnica e teoricamente muito mais consistentes do que a NPM (pelo menos é essa a nossa convicção), e que têm vindo a ser pontualmente ensaiadas em diversos países.

Muito brevemente, contextualizaremos essas conceptualizações emergentes:

Já King e Stivers no seu livro *Government Is Us*, publicado em 1998, tinham lembrado que “the government belongs to its citizens” fazendo apelo a uma maior centralidade e participação dos cidadãos e organizações da sociedade civil na realização da vida pública. Em 2000 os Denhardt reformularam a mesma pergunta, no contexto analógico que temos vindo a registar: “In our rush to steer, are we forgetting who owns the government?”.

Só a esta luz se poderá agora entender plenamente o significado profundo do título do seu trabalho que temos vindo a mencionar: “Serving rather than steering”. Nele condensa-se todo um programa, um novo paradigma, e uma resposta concreta a novas necessidades, simultaneamente superador dos dilemas e contradições decorrentes das concepções distorcidas e valores discutíveis da NPM. Trata-se do movimento reformador denominado NPS – *New Public Service*, protagonizado, entre outros, pelos já amplamente citados Denhardt e Denhardt (2000).

Sucintamente alinham-se algumas características e princípios definidores deste novo paradigma, respigadas de Denhardt (op. cit.):

- Humanismo: de um ponto de vista doutrinal propõe-se a substituição de fundamentações tradicionais de hierarquias e burocracias, bem como de concepções sociológicas positivistas, por concepções humanísticas e centradas na auscultação e reforço da participação de cidadãos como forma de reforçar a legitimidade das organizações públicas;
- Submissão ao lema “serve, rather than steer”: assumindo-se que um papel fundamental do servidor público consiste em ajudar os cidadão e suas organizações a articularem-se e a organizarem, coordenando-os, os seus interesses partilhados e iniciativas, ao invés de tentar conduzir a sociedade em

direcções determinadas, impostas de fora, ou de cima para baixo, ou ainda de promover acções de “engenharia social”. Nesta acepção uma função principal dos servidores públicos será a de juntar a uma mesma mesa parceiros públicos, privados e entidades sem fins lucrativos, colaborando com eles lado a lado, na busca de soluções para os problemas identificados. Visa-se, em vez de controlar, ou dirigir, arbitrar e estabelecer agendas para acções partilhadas.

- O interesse público deve ser um objectivo e não um fim. Nesta concepção o administrador público deve ser mais responsável pelo desenvolvimento e construção de uma noção partilhada de interesse público, em conjunto com os parceiros, do que pela descoberta de respostas rápidas para os problemas;
- Pensamento estratégico e actuação democrática: políticas e programas visando alcançar objectivos públicos ou satisfazer necessidades devem preferencialmente, e com mais sentido de responsabilidade, ser alcançados através de esforços colectivos e de colaboração;
- Serviço a cidadãos e não a clientes ou consumidores: os servidores públicos não devem só dar resposta a pedidos ou necessidades de “consumidores”, mas sim focalizar-se na construção de relações de confiança e na colaboração com, e entre, cidadãos;
- A prestação de contas não é simples, nem linear: os servidores públicos devem estar atentos a mais do que ao “mercado”. Têm de acautelar o cumprimento da lei constitucional, regulamentos e normas, bem como respeitar e arbitrar os valores comunitários, as normas políticas, os *standards* profissionais e o interesse manifestado pelos cidadãos. Todos estes aspectos remetem para a necessidade de uma ética própria na actividade de gestão pública.
- Valorizar as pessoas e não apenas a produtividade: as organizações públicas, bem como as redes em que operam, funcionam melhor no longo prazo se os seus

agentes e participantes forem sobretudo cooptados em processos de colaboração com liderança partilhada (interna e externamente) e fundada no respeito mútuo.

- Valorize-se mais a cidadania e o sentido de serviço público do que a iniciativa e empreendedorismo: “o interesse público é melhor produzido por servidores públicos e cidadãos comprometidos com a realização de contribuições significativas para a sociedade do que por gestores de tipo empresarial actuando como se o dinheiro público fosse o seu próprio” (Denhardt, op. cit.; nossa tradução);

Salientam os proponentes deste modelo, concluindo a sua exposição de princípios, que “numa sociedade democrática a preocupação com os valores democráticos deve dominar o modo como se pensam os sistemas de governação. Valores como eficiência e produtividade não devem perder-se, mas sim ser reequacionados num contexto mais lato de democracia, comunidade e interesse público” (Denhardt, op. cit.; nossa tradução).

Um outro paradigma emergente que cumpre referir é aquele que enfaticamente Stephen Osborne, em 2006, caracterizou interrogativamente como “the state of the art?”, atribuindo a sua fixação conceptual a um trabalho seminal de Christopher Hood, um conhecido crítico da NPM, produzido dez anos antes (Osborne, 2006; Hood, 1991; Hood e Jackson, 1991; Hood, 1996). Trata-se da escola de pensamento da NPG - *New Public Governance*, ou *Nova Governança Pública* (NGP), como é frequentemente referido entre nós.

Nesta perspectiva, cujos desenvolvimentos estarão em marcha, levando por exemplo autores como Salaman a referir-se à “revolução em curso de que ninguém se deu conta” (“the revolution that no one noticed”, Salaman, 2000), responde-se à complexificação crescente das sociedades modernas, organizadas em redes complexas e sobrepostas. Assume-se por inteiro que tal complexidade, e organização em rede, implicam o recurso a uma nova visão sobre a forma de organizar e conduzir os processos de governação, conferindo-lhes novo alcance, intencionalidade, novos agentes e interlocutores e novas formas de participação na sociedade. Visa-se também dar plena visibilidade e reconhecer a dimensão, alcance e centralidade crescentes de organizações de voluntariado, nascidas “de baixo para cima” (*bottom-up*) em resposta a necessidades sentidas pelos cidadãos auto-organizados e que cumpre reconhecer como produtores de cada vez mais significativa porção do que se pode designar por valor público.

Pretende-se assim, dar plena resposta ao que se pressente venham a ser as grandes linhas condutoras da organização social no séc. XXI, ajustando a própria governança às novas necessidades. Rhodes, por exemplo, chega a sugerir a necessidade de um Estado organizado em rede e mínimo, face às novas circunstâncias e exigências, fazendo apelo a uma nova governança *neo-corporativista*, baseada na confiança ou em contratos de parceria/colaboração e em que, idealmente, se almeja governar sem governo: “*The New Governance: Governing without Government*” é, aliás, o título de um dos seus trabalhos (Rhodes, 2006). Confere-se assim, mais uma vez, uma nova centralidade ao denominado Terceiro Sector, reconhecendo o seu crescente papel e dinamismo na busca e oferta de soluções para problemas e necessidades colectivas.

De acordo com estes novos paradigmas (NPS e NPG) as velhas hierarquias devem ser substituídas por organizações de parceiros (público-privados) organizados em rede. Neste contexto as velhas aptidões requeridas de administração (na velha AP) ou gestão (da NPM) que deveriam ser a pedra de toque da acção de funcionários ou agentes públicos, terão de ser substituídas, em larga medida, por aptidões de concertação, negociação, facilitação, arbitragem e capacitação³.

É aliás já perfeitamente integrado nesta linha de pensamento (dos novos paradigmas emergentes, entenda-se) que se pode enquadrar, por exemplo, um dos últimos trabalhos de Ewan Ferlie que, moderando entusiasmos anteriores com a NPM, assume definitivamente, já em 2013, no seu livro *Making Wicked Problems Governable? The case of Managed Networks in Health*, que estes novos tipos de organização de parcerias em rede será até a única forma viável de dar continuidade e respostas funcionantes a necessidades da população em áreas complexas e dispendiosas como as saúde ou educação (Ferlie e McGivern, 2013).

Para finalizar, merece ainda uma referência especial, ainda que sucinta e breve, o ressurgimento e redefinição recente das velhas teorias do Valor Público.

Um contributo decisivo e precursor neste âmbito terá sido dado por autores como Marc Moore, Benington e Khagram, entre outros (Moore e Khagram, 2003; Benington e Moore, 2011). Não podem, todavia, ser esquecidos outros importantes subsídios como os de

³ Utilizamos aqui a expressão “em larga medida” para significar, acompanhando aliás Stephen Osborne (2006) e Denhardt (2000), que o sublinham explicitamente, que a adopção desta nova visão não deve ser entendida como significando o abandono de algumas características essenciais dos paradigmas anteriores, comprovadamente úteis, mas sim a sua depuração e integração numa(s) nova(s) perspectiva(s).

Stoker (2006), fazendo apelo à necessidade de criação de uma nova narrativa, aos contributos de Bozeman criticando os excessos de individualismo economicista da NPM (Bozeman, 2002; Bozeman, 2007; Jorgensen e Bozeman, 2007), bem como aos de Coats e Passmore, inventariando os valores públicos, ou ainda assumindo sem rodeios que por esta linha passarão os novos desenvolvimentos e reformas dos serviços públicos (Coats e Passmore, 2008).

De acordo com estas perspectivas é urgente reequacionar o que é afinal o Valor Público, quais são as condições e constrangimentos da sua efectivação nas sociedades actuais, e quais os valores que urge preservar para sua realização sustentável, tirando daí as necessárias ilações no que respeita a novas estruturas e *modus faciendi*, quer por parte das organizações de serviço público estatal, quer pelo lado da sociedade civil (ONGs e organizações de voluntariado) ou ainda do mundo das corporações.

É com sentido de urgência que os australianos Alford e O'Flynn, por exemplo, se têm referido à necessidade de compreender, e até salvar, a produção de Valor Público (Alford e O'Flynn, 2008 e 2009).

Uma contrapartida semelhante, desta feita no Reino Unido, protagonizada por Colin Talbot, coloca a centralidade na necessidade de colocar valores em competição, em vez de organizações (Talbot, 2008; 2010).

Finalmente, o próprio Marc Moore antes mencionado, tem vindo a apelar a uma mudança no modo como as próprias corporações encaram as suas responsabilidades na realização do bem comum, centrando também nas mesmas a necessidade de mudança (e não só nas tradicionais ou mais recentes formas de AP). Invertem-se assim algumas ideias nucleares da NPM, como quando, por exemplo, Moore se interroga sobre o que podem as corporações também aprender com as organizações públicas (Moore, 2003).

Pode hoje também constatar-se que, até num outro contexto que não o estritamente académico, estas novas ideias têm tido penetração e tradução de grande visibilidade: lembremos, por exemplo, iniciativas como as promovidas no âmbito da actuação, à escala global, pelo Forum Económico de Davos. Não será de facto por acaso que até numa publicação de contornos marcadamente conservadores, como é a *Foreign Affairs*, se pode ler um artigo de Karl Schwab em que o influente presidente da conhecida organização genebrina apela a um exercício do sentido de responsabilidade e cidadania por parte das corporações e assume por inteiro a imprescindibilidade de pôr a trabalhar em conjunto governos e a sociedade civil (Schwab, 2008).

Tendo em conta o exposto, cremos poder assumir que os modelos e as experiências da ainda prevalente NPM revelam diferenças significativas, quer no seu foco, quer na profundidade de intervenção, quer ainda na centragem em aspectos mais estruturais, orgânicos, ou, em alternativa, mais ligados a mudanças de processos e ou introdução de controlos.

Estas diferenças permitem que sejam constituídas distintas formas de organização pública, incluindo até modelos organizacionais híbridos, onde traços do modelo burocrático, Weberiano, e do modelo da NPM convivem num mesmo espaço organizacional com programas de intervenção claramente representativos de concepções mais inovadoras e recentes como as do NPS – *New Public Service* ou da NPG – *New Public Governance*.

No que toca à sociedade portuguesa isto tem-se traduzido, de acordo com a nossa própria experiência, numa realidade assimétrica e algo caleidoscópica dos serviços públicos, que, contudo, vão incorporando e adoptando tarde, quase em surdina, e nem sempre de forma coerente ou temporalmente consistente, estruturas, processos e técnicas característicos de diferentes movimentos de reforma.

Do nosso ponto de vista o IDT, e o IDT, IP, que lhe sucedeu até 2012, traduzem magistralmente esta realidade e evolução, colocando-se decididamente na vanguarda do ensaio de reformas como as descritas entre nós, e enquadráveis fundamentalmente na NPM, mas também já com inovadoras experiências de gestão de programas comunitários numa lógica claramente afim ao preconizado pelos autores do NPS. Referimo-nos, em particular, ao PORI – Programa Operacional de Respostas Integradas, lançado em 2008, um programa nacional de intervenção em territórios com manifestação grave de problemas relacionados com as drogas, planeado e executado em parceria com organismos públicos e entidades privadas, sobretudo sem fins lucrativos, e em alguns casos com parte do programa de intervenção colectivamente desenhado financiado pelo Estado.

À luz do que se acaba de explicitar o presente trabalho representa, em parte, apenas um modesto contributo enquadrável sobretudo em estratégias típicas do acima denominado Modelo 1 de Ferlie — combinação de uma perspectiva descritiva de análise de *benchmarking*, para reforço da eficiência e produtividade, mas numa óptica meramente instrumental, pragmática —, com o objectivo de, em futura aplicação prospectiva (se a

mesma vier a ser exequível), alcançar uma melhoria qualitativa dos procedimentos e técnicas gestionários de acompanhamento e alocação de recursos.

Esperamos poder também ilustrar como estas técnicas poderiam ser utilizadas para, por exemplo, facilitar o estabelecimento de objectivos e a avaliação, meramente instrumental de desempenho institucional que, dado o carácter sectorial e ultra especializado das equipas consideradas, não colide nem compromete outras abordagens concomitantes.

Visamos, acima de tudo, enquadrar este exercício numa continuidade de acções reformadoras já desenvolvidas em paralelo, no decurso da gestão do serviço público regional que tivemos o privilégio de coordenar, entre 2005 e 2012, muitas delas tributárias da NPM, bem como de universos doutrinários e movimentos reformadores mais recentes, como o NPS – *New Public Service* ou a NPG – *New Public Governance*, nomeadamente através da dinamização, acompanhamento e gestão de redes público-privadas, em parceria com outros serviços públicos, organizações privadas com fins lucrativos e, simultaneamente, com organizações do sector social não lucrativo, o denominado Terceiro Sector, no âmbito de actuação do já referido PORI.

3. UMA INTERPRETAÇÃO DO CASO DO IDT À LUZ DOS MOVIMENTOS DE REFORMA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

3.1. A intervenção nas dependências em Portugal

O vasto conjunto de iniciativas e medidas legislativas tomadas no âmbito do combate aos problemas originados pelo tráfico e consumo de substâncias psicotrópicas ilícitas em Portugal pode subdividir-se em dois períodos distintos: aquele que precede, e o que sucede à aprovação da ENLCD – Estratégia Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicodependência, em 1999. De acordo com o EMCDDA - Observatório Europeu para a Droga e a Toxicodependência, a aprovação da referida estratégia constituiu um marco decisivo que estabeleceu “the foundation of today’s drug policy in Portugal” (EMCDDA, 2011).

De facto, a generalização do fenómeno de consumo de substâncias ilícitas, com uma expressão mais do que meramente pontual, ou apenas confinada a grupos sociais isolados (e curiosamente mais das elites cosmopolitas), surgiu em Portugal com grande atraso face ao que já se ia constatando noutras latitudes (Poiares, 1999).

Nos EUA o fenómeno foi ganhando contornos de movimento de massas e expressão assinalável junto da geração de jovens adolescentes nascidos depois do final da Segunda Guerra Mundial, com incrementos muito significativos durante, e depois da guerra do Vietname, coincidindo ainda e sendo alimentado também pela eclosão e expansão à escala global dos movimentos *hippie* e pela subcultura que lhes esteve associada de busca de novas experiências e de experimentação de alternativas de vida. Estes acontecimentos tiveram o seu paralelo, e/ou alargaram-se com rapidez à generalidade dos países europeus, onde se observaram fenómenos semelhantes. Já em Portugal, estes movimentos não foram tão expressivos.

Apenas depois de Abril de 1974 se notou um decidido acréscimo de problemáticas ligadas ao abuso de drogas, associado frequentemente à própria ideia de reconquista da liberdade numa sociedade até aí consideravelmente fechada (Costa, 2007; Goulão, 2013a). Segundo constata Goulão (op. cit.) as consequências foram particularmente gravosas “em virtude da ausência no país de medidas/estratégias de prevenção sobre esta problemática, o que originou que o país fosse rapidamente colocado perante um

grave problema social e de saúde pública ligado ao consumo de drogas, embora com taxas de prevalência inferiores aos nossos congéneres europeus”.

Todo o período subsequente, até à aprovação da ENLCD, em 1999, se caracterizou por profunda instabilidade social e política, choques e pressões sociais associadas ao regresso das ex-colónias do equivalente a 9-10% da população continental de 74, e por constantes dificuldades económicas que originaram duas intervenções sucessivas do FMI. Durante todo este período as taxas de consumo aumentaram de tal modo que, por finais da década de 90, se chegou a estimar que o número de dependentes de drogas como a cocaína e a heroína em Portugal andaria muito perto da centena de milhar (Estêvão, 2013; Goulão, 2013a).

Foi também tal estado de coisas que levou a que os problemas associados ao tráfico e consumo de drogas fossem considerados pela população portuguesa, em diversas sondagens de opinião efectuadas antes da viragem do século, como o principal problema social do país (Goulão, 2013; Estêvão, 2013). Não será pois de espantar que nos 5 últimos anos do século a visibilidade e preocupação social com o fenómeno tenham sido tão intensas que o mesmo passou a ocupar uma inédita centralidade mesmo ao nível do discurso político. Disso mesmo dá conta Costa comentando a presença do tema no decurso das eleições legislativas de 1995, afirmando que todos os maiores partidos expressaram “autonomamente a preocupação face às devastadoras consequências sociais do abuso e consumo de estupefacientes, sobretudo ao nível da saúde pública (SIDA e Hepatites) e da criminalidade” (Costa 2007).

Durante toda esta fase intermediária (1974 a 1999), mas sobretudo na segunda metade da década de 90, o país ia-se debatendo com um problema cada vez mais visível e grave, mas perante o qual tanto os esforços públicos, quanto os emanados da sociedade civil, pareciam votados ao fracasso. Esta ideia é explicitamente sublinhada por Goulão (2013a):

“Os problemas não pareciam decrescer na proporção do esforço desenvolvido. Continuavam as mortes, as infecções pelo (...) [VIH] (...), a marginalização e o empobrecimento, a criminalidade associada aos consumos e, de uma forma geral, um grande impacto na vida das famílias e na sociedade no seu todo, com grande visibilidade pública.” (Goulão, 2013a).

Com este pano de fundo, examinemos então o conjunto de medidas e dispositivos accionados para fazer face a um flagelo tão grave e crescente. Muito resumidamente alinham-se na Tabela 1 (coligida e modificada de Estêvão, 2013) os momentos legislativos decisivos ocorridos até 1999, nos dois sub-períodos considerados — 1970-1973 e 1974-1999 —, bem como o seu enquadramento institucional e filosofia subjacentes.

Comentaremos brevemente alguns aspectos não de imediato perceptíveis para quem não esteja familiarizado com estas problemáticas e intervenções.

Em primeiro lugar, cumpre salientar que até 1974-75 o enquadramento geral do problema foi de tipo judicial, sendo apenas residuais, e sem provisão especial as iniciativas pontuais de intervenção assistencial. O problema das dependências era ainda residual e numa ou noutra equipa de saúde onde casualmente trabalhava algum técnico com especial apetência pela área, ou com experiência obtida noutras paragens, este lidava com os raros casos que surgiam.

Após esta data, e até 1983, altura em que decididamente o Ministério da Saúde assumiu responsabilidades na área do tratamento, o modelo de intervenção predominante foi o psicossocial. Os CEPD – Centros de Estudos e Profilaxia da Droga (do Porto, Coimbra e Lisboa), que tinham sido criados em 1976, e funcionavam desde então sob a tutela do Ministério da Justiça, davam, neste interregno (1976-1983) uma resposta muito limitada a um problema que se percebia que ia crescendo de dia para dia. A partir de 1983, como já referimos, juntaram-se aos CEPD pequenas unidades técnicas de tratamento em locais onde equipas já vinham assistindo doentes, como no Centro das Taipas, em Lisboa, ou na consulta de dependências do Centro de Saúde de Faro, onde então já se empenhava voluntariamente no tratamento destes doentes João Goulão, um médico que viria a protagonizar a partir de 1990 a direcção dos serviços assistenciais no país, e, desde 2005 e até à actualidade, também a coordenação nacional das políticas, bem como a direcção dos institutos públicos entretanto criados.

Tabela 1. Iniciativas de combate ao tráfico e consumo de drogas, 1970-1999.

Ano	Legislação	Conteúdo e Iniciativas	Estruturas Criadas	Paradigma Assistencial
1970	Dec-Lei 420/70, de 03/07 (MJ)	Pela primeira vez se constitui como crime, punível com até 2 anos de prisão, o consumo e posse de drogas		Modelo Judicial
1975	Dec-Lei 745/75, de 31/12 (PCM)	Determina a criação de estruturas de combate à droga	CEJ – Centro de Estudos da Juventude CIJD – Centro de Investigação Judiciária da Droga	
1976	Dec-Lei 790/76, de 05/11 (PCM) Dec-Lei 791/76, de 05/11 (PCM) Dec-Lei 792/76, de 05/11 (PCM)	Conjunto de diplomas que criam e estabelecem a forma legal e organização de estruturas públicas de combate ao consumo e tráfico de droga	O CIJD passa a CICD – Centro de Investigação e Controlo da Droga Do CEJ passa-se aos CEPD – Centros de Estudos e Profilaxia da Droga (Lisboa, Porto, Coimbra) Criação do GCCD – Gabinete Coordenador do Combate à Droga, na dependência do Primeiro Ministro	Modelo Psicossocial
1982	Dec-Lei 365/82, de 08/09 (MJ)	Reorganização das estruturas públicas de combate à droga, cuja tutela é transferida da PCM para o MJ	O CICD é integrado na Polícia Judiciária O GCCD é reestruturado e passa a GPCCD – Gabinete de Planeamento e Coordenação do Combate à Droga	
1983	Dec-Lei 430/83, de 13/12 (MJ+MS)	Assume-se pela primeira vez que o toxicodependente é um cidadão gravemente afectado na sua saúde pelo que deve ser motivado para o seu tratamento	Pela primeira vez se assume uma tutela partilhada entre o Ministério da Saúde e o da Justiça. (até aqui a tutela tinha sempre sido da Justiça, apenas, ou do MJ em partilha com a PCM - Presidência do Conselho de Ministros)	Modelo Biopsicos-social

Ano	Legislação	Conteúdo e Iniciativas	Estruturas Criadas	Paradigma Assistencial
1987	RCM 23/87, de 21/04 (PCM)	Aprova-se o primeiro plano integrado de “combate ao tráfico ilícito e uso indevido de estupefacientes e de [outras] substâncias psicotrópicas”. Criação do Projecto Vida, com o objectivo de assegurar a articulação inter-ministerial dos diversos serviços	Criação do Projecto Vida 1º Plano de alcance nacional, com 30 medidas nas áreas de Prevenção, Tratamento e Reabilitação, Inserção Social de toxicodependentes Clarificação dos mecanismos de coordenação.	Modelo Biopsico-social
1990	Dec-Lei 83/90, de 22/01 (MS) RCM 17/90, de 21/04 (PCM)	Decreto do MS que agrega as estruturas existentes de tratamento na dependência desta tutela bem como os CEPD, ainda dependentes do MJ Reforço e reformulação do Projecto Vida (pela PCM)	Extinção dos CEPD (do MJ) e sua fusão com serviços do MS (Centros de Atendimento das Taipas e do Algarve) Criação do SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (no MS) Criação da figura de Coordenador Nacional para o Combate à Droga	
1993	Dec-Lei 15/93, de 22/01 (MJ)	Define o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes, determinando que os consumidores de drogas passam a ser sancionados de modo “quase simbólico”	Transposição para o ordenamento jurídico Português de compromissos assumidos pela aprovação da Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e de Substâncias Psicotrópicas	
1999	Dec-Lei 31/99, de 05/02 (PCM) RCM 46/99, de 26/05 (PCM)	Extingue o Projecto Vida e cria o IPDT Aprova a primeira ENLCD	Extinção do Projecto Vida e Criação do IPDT Adopção da ENLCD, que vigorará até 2004	

Fonte: coligido e adaptado de Estêvão, 2013. Legenda: MJ – Ministério da Justiça; MS - Ministério da Saúde; PCM – Presidência do Conselho de Ministros; RCM – Resolução da Presidência do Conselho de Ministros; ENLCD – Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência.

Ao longo deste período (1976-1983) e durante o seguinte (1983-1999), foi-se gradualmente consolidando a perspectiva de que o problema das dependências tem determinantes pessoais e sociais complexas e que, na vertente da denominada redução da procura de drogas (onde se pode enquadrar a prevenção, o tratamento e a reinserção), exige forte intervenção multidisciplinar biopsicossocial com enquadramento médico, psicológico, de reinserção social, de enfermagem, entre outros, especializados. Estas particularidades, bem como o problema emergente da epidemia descontrolada de casos de SIDA, no final dos anos 80 e na década de 90, terão sem dúvida sido determinantes para que se tenha decidido progressivamente enfrentar o problema crescente da droga com estruturas e programas claramente divergentes do paradigma tradicional de assistência médica e de intervenção em Saúde Pública. Por um lado, incentivou-se uma maior proximidade e intervenção directa, proactiva, junto das comunidades afectadas e, por outro lado, tornou-se incontornável a ideia da necessidade de desenvolver equipas e programas de intervenção especializados, mas diferentes das organizações convencionais de saúde, mais burocratizadas e funcionando quase sempre entrincheiradas em muros institucionais.

Progressivamente foi também fazendo o seu caminho a ideia de que, quer na vertente de intervenção individual, quer na lógica de Saúde Pública, é estrategicamente melhor encarar as toxicodependências como um problema de saúde, que de facto são, do que adoptando uma perspectiva meramente judicial. De facto, desde cedo se percebeu que muitos dependentes do final da década de 70 e início dos anos 80 tinham marcada relutância em recorrer aos serviços assistenciais (que até sabiam depender do Ministério da Justiça) por receio de eventuais consequências no foro judicial.

A percepção da gravidade crescente do problema, o seu impacto social marcado, bem como a necessidade de coordenar esforços nas áreas de investigação policial do tráfico e punição judicial do tráfico e consumo, bem como a necessidade de assegurar a disponibilidade de estruturas profissionalizadas dedicadas à prevenção e tratamento, permitem compreender a razão por que praticamente durante todo este período houve estruturas de coordenação de políticas directamente dependentes da Presidência do Conselho de Ministros.

Por outro lado, assumiu-se, quase até meados da década, que serviços públicos seriam os prestadores directos (mais importantes, mas não exclusivos) de serviços de prevenção, tratamento e reinserção, no âmbito das políticas de intervenção do Estado. De facto, neste período (1983-1987) foi manifesta a inoperância dos CEPD, quer na área

da prevenção, quer do tratamento e reinserção, face ao evidente crescimento e disseminação nacional do problema e suas consequências: tráfico, pequena delinquência, violência, exclusão.

Nem o lento surgimento de outras pequenas equipas públicas aqui e ali, sob a égide do Ministério da Saúde, a partir de 1983, ajudou a minorar o problema.

A crescente falta de resposta no âmbito do tratamento, aliada à percepção da dificuldade extrema de tratar pessoas já dependentes e à percepção de se assistir a um claro aumento da incidência, bem ainda como a necessidade de fazer chegar intervenções aos mais recônditos cantos do país, serão também de considerar como determinantes para os significativos passos seguintes.

Referimo-nos à criação do denominado Projecto Vida, um programa de financiamento estatal e coordenação de intervenções nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção, desenvolvidas em parceria com entidades da sociedade civil, públicas e privadas (Escolas, ONG, autarquias, etc.). Simultaneamente, e perante a evidente insuficiência das equipas estatais disponíveis, estimulou-se a aquisição, em regime de convenção, a entidades privadas com e sem fins lucrativos, de certas tipologias específicas de tratamento. Permitiu-se assim o acesso a internamento reabilitador de longa duração, nas denominadas Comunidades Terapêuticas, a um número cada vez maior de cidadãos que necessitavam deste tipo de cuidados.

Embora racionais, dada a manifesta insuficiência de estruturas públicas disponíveis, e impulsionadas por incontornáveis necessidades emergentes, os resultados das reformas descritas mostraram-se incapazes de deter a vaga de fundo social que justificou a apreciação anteriormente citada de Goulão, para todos evidente ainda antes do fim da década de 90: “Os problemas não pareciam decrescer na proporção do esforço desenvolvido”.

Nesta fase, assiste-se também à criação do SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, em 1990, mediante a extinção dos antigos CEPD, que, passando para o Ministério da Saúde, aí são integrados com as restantes equipas criadas ao longo dos anos anteriores. As unidades funcionais resultantes foram denominadas de CAT – Centros de Apoio e Tratamento de toxicodependentes. Esta terá sido uma tentativa de reforço e melhoria da coerência funcional das estruturas estatais dedicadas fundamentalmente ao tratamento ambulatorio e, acessoriamente, à promoção e participação em acções de prevenção, até aqui dispersas sob a tutela de vários ministérios.

Finalmente, mesmo no final do período, já em 1999, é extinto o Projecto Vida, que já tinha sido sujeito a sucessivas alterações, e cria-se um novo instituto, o IPDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, que lhe sucede, mas com objectivos claramente comprometidos com as áreas da prevenção e da redução de riscos e minimização de danos. De alguma forma dava-se já uma resposta às prioridades ainda não aprovadas da ENLCD, publicada meses depois, e que tinha vindo a ser preparada desde há pelo menos um ano.

É neste contexto, e na sequência de dois seminários patrocinados pelo então Presidente da República Jorge Sampaio, em 1997 e 1998⁴, que surge, em 1999, a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência (ENLCD). Trata-se de um extenso documento, elaborado por uma comissão de profissionais e peritos⁵ nomeados em 1998 por José Sócrates, então Ministro Adjunto do Primeiro Ministro, com tutela sob esta área de intervenção (Dias, 2007).

Já mencionámos que, de acordo com o EMCDDA (2011), a ENLCD inaugura um novo período na definição das políticas de intervenção neste campo, que ainda hoje é incontornável para a compreensão e definição das políticas desenvolvidas em Portugal.

Outros autores expressam a mesma ideia, como por exemplo Costa (2007), que comenta sobre o impacto deste instrumento: “revelou-se (...) o mais importante instrumento orientador das (...) políticas sectoriais relativas à luta e combate à droga”. Por seu turno, também Moreira (2007) sublinhou que a ENLCD “foi o primeiro instrumento nacional de política pública a ser elaborado numa área multissetorial e mantém-se, até hoje, uma referência conceptual tanto para decisores como para profissionais”.

Quais são, afinal as linhas de força fundamentais deste documento?

Logo no preâmbulo da ENLCD enunciavam-se cinco princípios norteadores, plenos de significado e consequências:

⁴ Os temas dos referidos simpósios foram os seguintes: 1997 – “Droga: Situação e Novas Estratégias”; 1998 – “A Cooperação nas Políticas Sobre as Drogas e as Toxicodependências”.

⁵ A comissão integrou as seguintes personalidades: Alexandre Quintanilha (Presidente; Biólogo, Prof. Universitário), Cândido Da Agra (Jurista, Prof. Universitário), João Goulão (Médico), António Lourenço Martins (Procurador-Geral Adjunto), Júlio Machado Vaz (Psiquiatra), Maria Manuela Calado Marques (Enfermeira), Nuno Miguel (Psiquiatra), Joaquim Rodrigues (Psicólogo), Daniel Sampaio (Psiquiatra, Prof. Universitário).

1. Reconhece-se que a dimensão do problema da droga é global, pelo que qualquer intervenção nesta área implica uma estreita articulação entre as estratégias nacionais e as estratégias e políticas supranacionais;
2. Reconhece-se como imprescindível uma perspectiva humanista que encare o toxicodependente como um doente e que, em coerência, se garanta o acesso a tratamento a todos quantos se queiram tratar;
3. Advoga-se uma atitude pragmática que permita o recurso, sem dogmas, à inovação no domínio das intervenções;
4. Assume-se a necessidade de definição de políticas específicas de prevenção;
5. Reafirma-se a necessidade de reforço do combate ao tráfico e ao branqueamento de capitais.

Estas linhas de actuação fundamentais deveriam ser ainda, explicitava-se no mesmo documento, concretizados no respeito de oito princípios, apelidados de “estruturantes”, e cujos valores subjacentes se propunha que fossem respeitados e considerados essenciais em todas as intervenções:

1. Princípio da cooperação internacional;
2. Princípio da prevenção;
3. Princípio humanista;
4. Princípio do pragmatismo;
5. Princípio da segurança;
6. Princípio da coordenação e racionalização de meios;
7. Princípio da subsidiariedade;
8. Princípio da participação.

Em conjugação com estes discutiam-se e propunham-se ainda no extenso documento, que também comportava um detalhado levantamento diagnóstico, treze opções estratégicas que deveriam nortear a elaboração de políticas públicas de luta contra a droga e as toxicodependências, sendo que algumas delas decididamente rompiam com o *status quo* à escala mundial (EMCDDA, 2011):

1. Reforçar a cooperação internacional;
2. Descriminalizar o uso de drogas, mas mantendo o ilícito contraordenacional;

3. Reforçar a prevenção primária;
4. Assegurar o acesso ao tratamento;
5. Aumentar as intervenções de redução de riscos e minimização de danos;
6. Promover a reinserção social;
7. Promover o tratamento e a RRMD nas prisões;
8. Promover o tratamento como alternativa à prisão;
9. Aumentar a investigação e a formação;
10. Desenvolver metodologias de avaliação;
11. Desburocratizar a coordenação;
12. Reforçar o combate ao tráfico ilícito e à lavagem de dinheiro;
13. Dobrar o investimento público nesta área.

Ficava-se assim, face a uma situação social caótica, apetrechado de orientações susceptíveis de ajudar a enfrentar a viragem do século com alguma confiança.

Faz-se apenas notar que algumas das orientações estratégicas implicavam directamente a mobilização e concurso de agentes da sociedade civil, enquanto outras remetiam para universos de avaliação, formação de parcerias ou ainda de promoção da eficiência e desburocratização, afins às iniciativas reformadoras típicas da NPM.

Podemos agora passar a descrever como foram concretizadas estas orientações bem como o que se passou no período subsequente, até 2012.

Analisando a Tabela 2 pode constatar-se que durante este período houve uma assinalável regularidade na execução das políticas previstas. Durante todo o período considerado (2000-2012) a actuação dos agentes envolvidos, públicos e privados, esteve sempre fortemente enquadrada por dois instrumentos estratégicos: 1) a já referida ENLCD, que vigorou até 2004 e 2) o Plano Nacional de Combate Contra a Droga e a Toxicod dependência, entre 2005 e 2012.

Por outro lado, enquanto no primeiro período as acções desenvolvidas na concretização dos objectivos estratégicos foram explicitadas no PANCDT – Horizonte 2004, no segundo período a respectiva estratégia, foi também concretizada em dois Planos de Acção para os dois quadriénios sucessivos, o PACDT – Horizonte 2008 e o PACDT – 2009-2012.

Estes instrumentos enquadram, por si só, já traduziam uma das prioridades expostas na primeira estratégia nacional, visto que tinham correspondência em documentos análogos estabelecidos à escala europeia. Satisfazia-se assim a necessidade percebida

de coordenar esforços e iniciativas com os parceiros europeus e, no mesmo passo, satisfazer as responsabilidades nacionais neste domínio (Dias, 2007).

De facto, ambos os documentos estratégicos mencionados tiveram contrapartida multilateral e comunitária na Estratégia da União Europeia Contra a Droga (2000-2004) e na Estratégia Europeia de Luta Contra a Droga 2005-2012, ambas aprovadas em sede de Conselho Europeu, curiosamente em cada um dos anos (1999 e 2004) nos meses de Dezembro, ou seja, já depois de as suas correspondentes portuguesas, bem como os respectivos Planos de Acção, estarem discutidos e aprovados.

Ressalta-se ainda que no final do período de vigência de cada documento de definição estratégica (respectivamente em 2004 e 2012) se levaram a cabo criteriosas e aprofundadas avaliações, internas e externas.

A primeira das avaliações externas foi efectuada pelo INA – Instituto Nacional de Administração, então dirigido por Valadares Tavares, em regime de prestação de serviços.

No decurso desta avaliação foram auscultados mais de 800 *stakeholders*, internos e externos. Entre eles incluíam-se associações de toxicodependentes, parceiros do Sector Social e do voluntariado, de autarquias, polícias, escolas, bem como outros parceiros públicos e privados do sector lucrativo. Foi ainda realizada uma auscultação pública a nível nacional. Deste trabalho resultou um documento em que foram elencados os objectivos estratégicos, discriminando aqueles em que se tinha tido sucesso e as áreas em que seria de concentrar esforços adicionais e atenção redobrada no futuro⁶ (Moreira, 2007).

Segundo Moreira (2007) as principais conclusões foram as seguintes:

- A decisão de descriminalizar o consumo, sem precedentes à escala mundial, e que inicialmente concitara atenções generalizadas sobre Portugal e alguma polémica era já, 4 anos volvidos, perfeitamente consensual;

⁶ A apresentação pública, realizada pelo Prof. Doutor Valadares Tavares, ocorreu em 15 de Dezembro de 2005, em Santa Maria da Feira, perante as presenças do então Presidente do IDT, Nuno Freitas, do Ministro da Saúde, Dr. Luis Filipe Pereira, de numerosos parlamentares e dirigentes de topo da AP, enquadrados por mais de 1000 funcionários e dirigentes ou membros de organizações públicas e privadas com actividade na área.

- Assinalava-se evidente progresso no campo das consequências sanitárias do abuso de drogas;
- Ecoava-se a generalizada preocupação face à eclosão de novos fenómenos, como o forte aumento do trânsito de cocaína sul-americana pelo país, com destino maioritário aos países europeus.
- Recomendava-se um reforço da cooperação e coordenação de combate às grandes redes de tráfico internacional, bem como uma preparação e adaptação das respostas públicas, no plano assistencial, a estas realidades emergentes.

Pormenorizando um pouco, apontava-se ainda como aspectos mais salientes a constatação de que estava já a assistir-se a uma inflexão na curva epidémica exponencial que caracterizara o período anterior à aprovação da estratégia (bem como a um marcado incremento na eficácia do combate ao tráfico, traduzida pelo número de redes desmanteladas e aumento das apreensões), ressaltando-se contudo que continuava a merecer a maior preocupação a taxa alarmante de novos casos de positividade para o VIH entre consumidores de drogas injectáveis e a resposta ainda deficitária em termos de tratamento. Chamava-se também a atenção para a situação vivida nas prisões, onde, apesar de já se dispor na maioria dos casos de acesso ao tratamento, muito havia ainda a fazer, nomeadamente no âmbito da redução de danos (IDT, 2005c).

Já noutra vertente de intervenção, a da promoção, financiamento e acompanhamento de programas comunitários de prevenção e redução de riscos, se alinhavam críticas mais contundentes, quando se referia que o IDT não estava geralmente em condições de poder explicar porque intervinha ou financiava respostas num concelho e não noutros, onde o problema parecia ser tão ou mais grave.

Sugeria-se ainda que em demasiados casos ainda se praticava uma política de financiamento pouco criterioso de meras iniciativas pontuais, ao sabor de iniciativas externas, com pouca ou nenhuma credibilidade técnica e, dada sua falta de evidência científica, com retorno duvidoso; apontava-se que, demasiadas vezes, o Estado se limitava a subsidiar programas com critérios pouco objectivos e a acompanhá-los de modo burocrático, estereotipado, cuidando mais da recolha e verificação de indicadores de actividade e não de efectividade, não acautelando assim devidamente a utilização criteriosa de financiamentos públicos (IDT, 2005c).

Finalmente, no que toca às estruturas de tratamento chamava-se a atenção para a ainda muito deficiente e desorganizada política interna de registo de casos e intervenções, não suportada num sistema credível de informação, homogéneo à escala nacional, bem como para a ainda evidente falta de eficiência e descoordenação das unidades assistenciais, visto que assistiam, num contexto de grande procura de tratamento, um número relativamente reduzido de cidadãos, face à dimensão reconhecida do problema, e efectuavam um baixo número de consultas e actos assistenciais atendendo aos recursos humanos disponíveis e aos recursos materiais despendidos.

Recomendava-se, finalmente, a focalização futura de esforços adicionais nestes (e em outros) aspectos, nomeadamente melhorando a acessibilidade e aprofundando a colaboração com parceiros sociais e intervenientes nos programas comunitários, almejando mais ágil e bem oleada referenciação de doentes para tratamento (IDT, 2005c).

Muitas destas observações, que aqui relatamos a título de mero exemplo, eram certas e reflectiam em larga medida, e com elegância, a sobrevivência de pechas antigas, capturas, compadrios e hábitos arreigados, bem como traços do voluntarismo intervencionista, pouco enquadrado e por vezes profissionalmente pouco exigente que caracterizara certas fases do período conturbado que antecederam a instituição da primeira estratégia nacional, em 1999 e os 15 anos anteriores de intervenção comunitária, desde o início do Projecto Vida.

Naturalmente que a generalidade dos pontos salientados e recomendações foram sujeitos a reflexão e levados em conta, sendo incorporados posteriormente nos novos objectivos estratégicos em sede de revisão, em 2005, e traduzidos em iniciativas concretas previstas nos planos de acção que se vieram a desenvolver nos anos seguintes.

Na altura este complexo exercício de avaliação viria a ser descrito pelo coordenador como “o mais completo exercício de avaliação levado a cabo a nível nacional, não só na área da luta contra o abuso de drogas, como em qualquer outra área de política pública” (Moreira, 2007).

Por seu turno o EMCDDA (2004) acentuava que

“(…) a avaliação é uma condição essencial à transparência e à legitimidade da actuação pública. No caso das drogas, domínio conhecido pelo seu

carácter controverso e complexo, a avaliação é, além do mais, uma das ferramentas essenciais para a melhoria das políticas públicas (...) permitindo apontar as implicações e os desafios dos próximos exercícios de planificação e de avaliação e informar as partes interessadas” (EMCDDA, 2004).

Faz-se ainda notar que, apesar de desde praticamente o virar do século e até 2004 ter estado no governo um partido político (PSD) diferente do que aprovou a referida estratégia, tal não prejudicou a sua aplicação. Apesar de em 2005 se ter dado nova inversão, desta feita com retorno do PS ao governo (agora com José Sócrates como Primeiro Ministro), continuou a assistir-se, nos anos seguintes, a uma acção continuada, consistente e fortemente enquadrada, quer na vertente estratégica, quer na efectivação de planos muito detalhados de acção.

Um outro pormenor que cumpre salientar é o seguinte: até 2000, ano da aprovação da lei de descriminalização, já um ano antes prevista na ENLCD, praticamente todas as resoluções parlamentares tomadas no âmbito das toxicodependências tinham sido decididas por unanimidade. A iniciativa de considerar actos de consumo, antes formalmente considerados crimes puníveis com prisão, em meros ilícitos administrativos, suscitou em todo o mundo forte atenção e expectativa sobre Portugal bem como interesse em acompanhar a evolução futura da situação. Uns anos mais tarde, em 2011, Fernando Henrique Cardoso, ex-Presidente do Brasil viria a comentar:

“Pude constatar o carácter inovador, a abrangência e a consistência da política nacional de droga num país de arraigada tradição conservadora. Impressionou-me a frase que ouvi do dr. João Goulão: “o objetivo da política de Portugal é combater a doença e não os doentes”.

(...)

Por todas essas razões não hesito em dizer que a política nacional da droga em Portugal representa uma verdadeira mudança de paradigma na política internacional de droga. A experiência portuguesa revelou-se uma alternativa mais humana e eficiente que as ações puramente repressivas (...).

Oxalá Portugal continue a ocupar o lugar de vanguarda que conquistou ao ousar inovar” (Cardoso, 2011)

De facto, a atenção internacional prestada à experiência portuguesa veio a traduzir-se num número incontável de notícias na grande imprensa internacional, bem como de visitas ao país de responsáveis políticos e técnicos dos mais variados quadrantes do globo, para conhecer de perto o que passou a ser designado como “o modelo Português”. O acima citado Fernando Henrique Cardoso, por exemplo, promoveu a criação de um influente *think tank* com o objectivo de pôr fim à falhada política de “war on drugs” americana, centrada na redução da oferta e “exportada” desde há muito, com os resultados que se conhecem, para os países da América Central e do Sul. Esse grupo, *The Global Commission on Drug Policy* integra um conjunto notável de personalidades⁷. Não será pois, por tudo isto, de estranhar que numerosos países estejam a considerar movimentos semelhantes e/ou, declaradamente, a desenhar programas e filosofias de intervenção à imagem dos que viram em Portugal. O interesse tem sido contínuo e ainda se intensificou mais depois de um extenso relatório, e reportagem, elaborados pelo agora também por outras razões famoso jornalista americano Glenn Greenwald (2011), para o activíssimo grupo de pressão liberal americano *CATO Institute*, com sede em Washington, ou por exemplo depois da publicação em várias línguas, em 2011, do livro de A. Domoslawski, *Política da Droga em Portugal – Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*, pela Open Society Foundations, de George Soros.

⁷ *The Global Commission on Drug Policy* é integrada pelas seguintes personalidades: **Aleksander Kwasniewski**, antigo Presidente da Polónia; **Asma Jahangir**, activista de Direitos Humanos e antigo Relator Especial da ONU para as Execuções Arbitrárias, Extrajudiciais e Sumárias, Paquistão; **Carlos Fuentes**, escritor e intelectual, México, *in memoriam*; **César Gaviria**, antigo Presidente da Colômbia; **Ernesto Zedillo**, antigo Presidente do México; **Fernando Henrique Cardoso**, antigo Presidente do Brasil (*Presidente*); **George Papandreou**, antigo Primeiro Ministro da Grécia; **George Shultz**, antigo Secretário de Estado, EUA (*Presidente honorário*), **Javier Solana**, antigo Alto Representante da União Europeia para a Política Externa e de Defesa Comum; Espanha; **John Whitehead**, banqueiro e funcionário público, Director do World Trade Center Memorial, EUA; **Jorge Sampaio**, antigo Presidente da República de Portugal; **Kofi Annan**, antigo Secretário Geral das Nações Unidas, Ghana; **Louise Arbour**, antiga Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos e Presidente do International Crisis Group, Canadá; **Maria Cattai**, antiga Secretária-Geral da Câmara Internacional do Comércio, Confederação Helvética; **Mario Vargas Llosa**, escritor e intelectual, Peru; **Michel Kazatchkine**, professor de medicina e antigo Director Executivo do Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; **Paul Volcker**, antigo Presidente da Reserva Federal Americana e do Economic Recovery Board, EUA; **Pavel Bém**, antigo Presidente da Câmara de Praga e membro do Parlamento, República Checa; **Ricardo Lagos**, antigo Presidente do Chile; **Richard Branson**, empresário, advogado de causas sociais, fundador do Grupo Virgin, co-fundador do grupo The Elders, Reino Unido; **Ruth Dreifuss**, antiga Presidente da Confederação Helvética e Ministra da Administração Interna; **Thorvald Stoltenberg**, antigo Ministro dos Negócios Estrangeiros e Alto Comissário da ONU para os Refugiados, Noruega.

Entre nós esta medida levou alguns a temer, inicialmente, que Portugal poderia vir a tornar-se num paraíso para o narcotráfico e consumo. Tais receios vieram, todavia, a revelar-se infundados. A medida foi aceite por todos os interlocutores, revelou ser pacífica no contexto da sociedade em geral, facilitadora do acesso ao tratamento e de uma focalização dos esforços policiais no combate às grandes redes de traficantes (EMCDDA, 2011).

Na realidade, em Portugal, apenas 4 anos volvidos, já era suficientemente claro o acerto da inflexão das políticas de intervenção, como acentuara o INA na avaliação da ENLCD. Iniciava-se agora um novo ciclo: numa publicação interna, efectuada já sob a responsabilidade de uma nova direcção, nomeada por um novo governo em 2005, com João Goulão na presidência do IDT, afirmava-se que (IDT, 2005b):

“O ano de 2004 constituiu-se como um marco importante na problemática das toxicodependências. Foi um período de transição, reflexão e avaliação interna e externa que encerrou um ciclo de planeamento estratégico iniciado em 1999” (IDT, 2005b).

Uma referência tem ainda de ser feita a duas reconfigurações de relevo no dispositivo público ocorridas durante este período (vd. Tabela 2).

A primeira foi a criação, em 2001, de uma rede nacional de CDT – Comissões de Dissuasão da Toxicodependência (uma em cada capital de distrito), para, satisfazendo os requisitos previstos na lei de descriminalização aprovada no ano anterior, se actuar “junto dos consumidores indiciados, recorrendo a metodologias que, de acordo com o espírito e letra da Lei, deve[ria]m ser predominantemente psicológicas, médicas e sociais, em detrimento da componente judiciária” (Poiães, 2002). Estas comissões passaram a funcionar em articulação com os serviços já existentes e sob a dependência directa do Coordenador Nacional para a Droga e Toxicodependências. A instituição desta rede viria mais tarde a ser considerada como politicamente relevante, no âmbito da satisfação das responsabilidades do Estado Português face aos compromissos internacionais anteriormente assumidos, em sede de aprovação da Convenção Internacional sobre Estupefacientes da ONU.

A segunda medida, tomada no ano de 2002 (pelo governo de Durão Barroso) consistiu na fusão dos dois grandes organismos de intervenção, o SPTT e o IPDT, fundamentalmente

dedicados, como vimos antes, o primeiro ao tratamento e reinserção, e o segundo à intervenção comunitária no âmbito da prevenção primária, da redução de riscos e minimização de danos. Quer as referidas CDT, quer as estruturas e técnicos tanto do SPTT, como os do IPDT foram todos integrados num novo instituto público, o IDT – Instituto da Droga e da Toxicoddependência. Este movimento de reforma teve um alcance e objectivos profundos, quer de um ponto de vista estratégico, quer na vertente funcional, quer ainda na dimensão financeira. Além de se proporcionar a racionalização do funcionamento das estruturas disponíveis, proporcionando melhor integração funcional e articulação entre as diversas vertentes de intervenção, centrando as actividades nas necessidades dos utentes, ficou ainda fortemente facilitada a possibilidade de se virem a obter ganhos por redução de estruturas de direcção e gestão, bem como de apoio de retaguarda ou pela eliminação de instalações duplicadas. Quer de um ponto de vista da missão a desenvolver, quer no da vertente de financiamento ficou aberta a porta para o combate a sobreposições de financiamento, ao combate a actividades descoordenadas, ou ainda à ultrapassagem de bloqueios meramente administrativos à articulação funcional.

Num contexto de apreciação mais global esta integração correspondeu para todos os envolvidos (organismos e técnicos) a uma clarificação e alargamento efectivo de responsabilidades no que toca à missão anterior de cada um, traduzindo em termos organizacionais o que estrategicamente (ou até de um simples ponto de vista técnico especializado) se propugnava há muito como imprescindível.

O novo instituto, o IDT, assumia assim a responsabilidade total pelas áreas de tratamento, reinserção social, prevenção, redução de riscos / minimização de danos e na inovadora dissuasão. Pressupunha-se que a sua actividade se exercesse quer numa vertente de intervenção centrada nos indivíduos já sofrendo de dependências, ou em risco de se tornarem dependentes, quer na vertente de promoção e coordenação de iniciativas de intervenção comunitária.

Como se verá adiante, nesta vertente de reforma os seis anos seguintes (até 2008, pelo menos, que coincide com o final do primeiro quadriénio do ciclo estratégico seguinte) foram marcados de um ponto de vista interno por intensa actividade de consolidação funcional e reestruturação dos serviços.

Tabela 2. Iniciativas de combate ao tráfico e consumo de drogas, 2000-2012.

Ano	Legislação / Documento	Conteúdo e Iniciativas	Estruturas Criadas ou Extintas
2000	Dec-Lei 88/00, de 18/05 (PCM) Dec-Lei 89/00, de 18/05 (PCM) Dec-Lei 90/00, de 18/05 (PCM) Lei 30/2000, de 29/11 (AR)	Com três Decretos-Lei criam-se, na sequência da aprovação da ENLCD, órgãos destinados a acompanhar a sua aplicação e revê-se a lei orgânica do IPDT. A AR aprova a descriminalização do consumo e posse de drogas para uso pessoal	Criação do Conselho Coordenador da ENLCD (temporário) Criação do Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência
2001	RCM 30/2001, de 13/03 (PCM) RCM 39/2001, de 09/04 (PCM)	Adoptam-se os 30 principais objectivos da ENLCD bem como o Plano de Acção Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004	Criação de uma rede nacional de 18 CDT – Comissões de Dissuasão da Toxicodependência
2002	Dec-Lei 269-A/02, de 29/11 (MS)	Diploma de fusão das duas principais estruturas de intervenção IPDT e SPTT	Criação do IDT, sob tutela do MS
2003	Dec-Lei 1/03, de 06/01 (MS)	Criação de dois órgãos de coordenação	Criação do Conselho Interministerial de Combate à Droga e Toxicodependência e do cargo de Coordenador Nacional do Combate à Droga
2004	Disp. 11255/04 (2ª Sér.), de 04/06	Determina-se a realização da Avaliação Externa da ENLCD pelo INA	Avaliação Externa da ENLCD e do Plano Nacional de Acção Contra a Droga e a Toxicodependência – Horizonte 2004
2005	RCM 124/05, de 04/08	Determina a realização do PRACE Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado	Início do PRACE
2006	RCM 115/06, de 18/09 (PCM)	Aprovação de novos Planos, Estratégico e de Acção para o período de 2005-2012	A PCM aprova um plano estratégico (Plano Nacional de Luta Contra a Droga e as Toxicodependências – 2005-2012) bem como um novo Plano de Acção na Luta Contra a Droga e as Toxicodependências – Horizonte 2008

Ano	Legislação / Documento	Conteúdo e Iniciativas	Estruturas Criadas ou Extintas
2007	Dec-Lei 221/07, de 29/05 (MS)	Alarga-se a missão do IDT fundindo-o com os 3 CRA - Centros Regionais de Alcoologia	Consequências do PRACE Extinguem-se os CRA, fundindo-os com o IDT Cria-se um novo instituto, o IDT, IP, com estrutura muito aligeirada em chefias, unidades orgânicas e pessoal
2009	IDT, IP (2009c)	Relatório de Avaliação Interna do Plano de Acção Contra a Droga e as Toxicodependências – Horizonte 2008	
2010	IDT, IP (2010a)	Elaboração de novo Plano de Acção para os anos 2009-2012	Plano de Acção Contra a Droga e as Toxicodependências 2009-2012
2011	Dec-Lei 124/11, de 29/12 (MS)	Nova Lei Orgânica do MS extingue o IDT IP	Consequências do PREMAC - Extinção do IDT, IP Criação de uma Direcção Geral – o SICAD Integração das unidades orgânicas nas 5 ARS e da equipa de inspecções na IGAS
2012	Gesaworld, SA	Avaliação Externa pela empresa Espanhola Gesaworld, SA do Plano Nacional em vigor	Avaliação Externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012

Fonte: coligido e adaptado de Estêvão, 2013. Legenda: AR – Assembleia da República; PCM – Presidência do Conselho de Ministros; MS - Ministério da Saúde; RCM – Resolução da Presidência do Conselho de Ministros; IPDT – Instituto Português da Droga e da Toxicodependência; ENLCD – Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência; INA – Instituto Nacional de Administração; ARS – Administrações Regionais de Saúde, IP; CRA – Centros Regionais de Alcoologia.

Será oportuno neste momento proceder a uma breve apresentação de algumas linhas de força fundamentais da segunda estratégia nacional — intitulada PNLCDT – Plano Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012 —, aprovada em 2005, primeiro pelo Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência, bem como, logo depois, também formalmente aprovada e publicada sob a forma de Resolução, pelo Conselho de Ministros (vd. Tabela 2). Simultaneamente foi aprovado um novo Plano de Acção na Luta Contra a Droga e as Toxicodependências – Horizonte 2008 (PALCDT – Horizonte 2008).

Tanto o PNLCDT 2005-2012, como o PALCDT – Horizonte 2008, tiveram correspondentes instrumentos orientadores aprovados ao nível europeu, em sede de Conselho Europeu, no mesmo ano e para os mesmos períodos, a saber, a Estratégia da União Europeia de Luta Contra a Droga 2005-2012 e o Plano de Acção da EU na Luta Contra a Droga (2005-2008) (Estêvão, 2013).

Em primeiro lugar, cumpre informar que este novo instrumento estratégico começava, logo no seu intróito, por reafirmar a actualidade e validade dos princípios gerais da estratégia anterior (a ENLCD – Horizonte 2004, de 1999), acrescentando que as mesmas eram agora “complementadas com propostas de linhas de acção para 2005-2012” (RCM 115/2006, de 18 de Setembro: PNLCDT 2005-2012).

No essencial o PNLCDT 2005-2012 pretendeu, na sequência da ENLCD, reorientar e focar as suas prioridades, mas conservando os seus objectivos. Juntavam-se assim quatro novos princípios aos anteriormente propostos, como forma de incentivar respostas mais consonantes com as necessidades percebidas e as constatações da recente avaliação:

- Princípio da Centralidade no Cidadão;
- Princípio da Territorialidade;
- Princípio da Integração (de abordagens e respostas; interna e externa);
- Melhoria da Qualidade e Certificação;

Goulão (2013a) explicita que neste novo ciclo estratégico se visou, primordialmente:

“(…) a expansão das respostas, tendo em conta a proximidade ao cidadão e às suas necessidades, a reorganização territorial dos serviços respeitando as especificidades da comunidade a eles associados, e a complementaridade e

integração das respostas em função de diagnósticos locais que permitissem basear a definição das prioridades de intervenção a nível nacional.” (Goulão, 2013a).

O PNLCDT 2005-2012 definiu objectivos a concretizar nas áreas de coordenação, cooperação internacional, formação, avaliação de políticas, recolha de informação e registo de dados, ordenamento jurídico e redução da oferta e da procura.

Já o PALCDT – Horizonte 2008, em que se definiam 87 objectivos e 246 acções para concretizar as orientações estratégicas, foi desenhado à semelhança do correspondente Plano de Acção Europeu, tendo em vista agilizar processos de comparação futura de objectivos, acções e resultados com outras realidades europeias. Como se pode imaginar, os anos seguintes ficaram marcados por intensa actividade, tanto na vertente interna, como na externa.

Logo no ano de 2006 regista-se mais um momento decisivo em termos de consolidação de reformas na Administração Pública Portuguesa, com a aprovação do PRACE - Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado, aprovado pela RCM nº 124/2005 (de 4 de Agosto).

O PRACE foi fundamentalmente um Programa de racionalização e de promoção da eficiência dos serviços. Questões fundamentais como a redefinição do papel do Estado ou a inovação organizacional tiveram resultados muito aquém do expectável, desde logo porque nem sequer eram de facto considerados *ab initio*. Tal nem seria, aliás, de esperar, dado o enquadramento conceptual subjacente, que brevemente examinaremos.

Mozzicafreddo & Gouveia (2011) sublinharam que o programa permitiu, apesar das suas limitações,

“(...) provar ser possível alterar, mesmo aquém do proposto, a matriz administrativa e funcional de uma parte significativa da Administração Central.”

Pode ainda acrescentar-se que, segundo os mesmos autores, o PRACE teve três objectivos fundamentais:

- 1) Reestruturar a administração directa e indirecta do Estado, tendo em conta a missão de cada ministério e dos organismos do mesmo dependentes;
- 2) Racionalizar e, quando apropriado, externalizar as funções do Estado;
- 3) Concentrar serviços redundantes do Estado por forma a promover economias de escala e a reduzir estruturas hipertrofiadas.

Este tipo de objectivos indicia claramente uma filiação do programa PRACE nos princípios e estratégias típicos da NPM. Já as palavras do Secretário de Estado da Administração Pública à época de aprovação do PRACE, J. Figueiredo, foram mais esclarecedoras quando afirmou que as políticas do Governo para a AP visavam produzir

“uma administração mais eficaz (a atingir melhores resultados), mais eficiente (a gerir melhor os recursos públicos) e mais satisfatória para os cidadãos, empresas, comunidades e para os que nela trabalham”,

bem como promover a

“mutação de uma Administração marcada pelo paradigma procedimental para uma Administração Pública inspirada pelo paradigma da gestão (...)” Figueiredo (2007).

Por seu turno, o Ministro das Finanças do mesmo governo, Teixeira dos Santos, revelou outra vertente relevante quando esclareceu que

“os princípios orientadores da reforma foram a racionalização de custos, a procura de ganhos de eficiência e a aproximação das regras e métodos de funcionamento do sector público ao privado”

Não é de admirar, portanto, que a generalidade dos especialistas que se têm debruçado sobre o tema, como João Bilhim (2006), Isabel Corte-Real (2008), Madureira (2010),

Araújo (2013) ou ainda Carvalho (2013), não tenham hesitações quanto a filiar este programa no *managerialismo* / NPM.

Cita-se apenas, a título de exemplo, o que declaram, sem rodeios, Madureira e Ferraz (2010): “Portuguese latest public administration reforms have been designed according to the New Public Management paradigm”.

Será neste ponto oportuno, uma vez explicitada a natureza do programa reformador, informar sobre o modo como decorreu o processo no IDT e quais foram as suas consequências.

Na sequência do lançamento do PRACE, em Agosto de 2005, iniciou-se um processo de recolha de dados e auscultação tendo em vista constituir bases de dados e possibilitar ulteriores decisões fundamentadas. No decurso desse longo processo, vem a ser publicada, ainda em 2006 uma nova Lei Orgânica do Ministério da Saúde, com implicações importantes para o IDT.

Nesta Lei ficou decidida a manutenção do instituto, que viu explicitada e reforçada a sua natureza de instituto integrado na administração indirecta do Estado. Mudou de nome, passando a designar-se como IDT, IP e determinou-se a sua fusão com os CRA - Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul que, no decurso deste processo, foram extintos, embora conservando a sua especificidade orgânica e funcional.

No que toca à região centro, a Delegação Regional viu ser-lhe acrescentada uma nova unidade funcional o CRAC, Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, uma unidade com cerca de 20 anos de existência, pioneira entre nós no tratamento de problemas de dependência do álcool. Esta unidade dispunha de um sector de internamento com 30 camas e de uma consulta externa. Com esta fusão a DRC viu as suas equipas reforçadas por perto de 40 técnicos especializados e funcionários auxiliares que integravam (e continuaram a integrar) a equipa do CRAC.

Deste modo, foi mais uma vez alargada a missão do IDT, desta feita cometendo ao instituto, pela primeira vez, a responsabilidade pelas consequências do uso abusivo ou dependente de álcool, uma substância psicotrópica de venda livre e, portanto, lícita.

Iniciou-se assim um período de intensa actividade no planeamento da mais adequada reconfiguração funcional para assumir por inteiro a nova vertente de missão. Visou-se definir uma nova orgânica, com eliminação de unidades dedicadas a apenas uma área de missão, como as Unidades de Prevenção, herdadas do antigo IPDT. De igual modo, reestruturou-se todo o dispositivo de apoio ao funcionamento, eliminando redundâncias.

Privilegiou-se uma organização matricial, enquadrada por uma estrutura vertical muito simplificada e definida, de acordo com as especificações estratégicas, numa base de afectação territorial.

A Delegação Regional, com funções de gestão e coordenação funcional, e funcionando com grande autonomia, bem como os Serviços Centrais, com funções de direcção e coordenação nacional e representação externa, foram os únicos elementos verticalizados que restaram da orgânica anterior, caracterizada pela ainda coexistência de diversas linhas hierárquicas funcionando em paralelo, fruto de sucessivas fusões com mera “colagem pelo topo” de diferentes organismos. No final deste processo passou-se, à escala nacional, de 105 para 72 dirigentes (-30%), com a correspondente redução em número de unidades orgânicas. Na região centro a redução foi de 23 dirigentes para 13 (-43%).

Em paralelo, estabeleceu-se dentro das novas unidades orgânicas de intervenção territorial, toda uma complexa e flexível trama matricial de afectação funcional a equipas de missão, com composição variável, exercendo os técnicos de modo não exclusivo e flexível a sua actividade numa ou várias das áreas de missão (prevenção, tratamento, reinserção, RRMD, dissuasão, intervenção no álcool) ou no acompanhamento de programas específicos como os programas de intervenção comunitária. Ficou deste modo assegurada a possibilidade de direccionar e coordenar os serviços para a realização harmónica e equilibrada à escala nacional de objectivos estratégicos, permitindo-se contudo, ao nível da base efectora, um máximo de flexibilidade e autonomia.

Este compromisso entre capacidade de *steering* e flexibilidade na base da organização, com redução franca de redundâncias, actuações em paralelo, e chefias desnecessárias, terá talvez sido um dos aspectos mais interessantes que resultou do PRACE e que, como veremos, contrasta decididamente com os resultados do PREMAC, que redundou numa fragmentação e efectivo isolamento funcional das unidades efectoras no terreno, associado a uma completa destruição do *backbone* de alinhamento organizacional e de comando vertical.

Durante todo o intervalo de tempo que decorreu entre o início do PRACE e a publicação de uma Lei Orgânica para o novo IDT, IP, em 2007, acelerou-se fortemente o ritmo de reestruturação de equipas. Alterou-se a sua dimensão e localização, bem como o pessoal que lhes estava afectado, no âmbito da profunda reconfiguração estrutural realizada.

Lembremos que reconfigurações internas tinham sido desde há muito impostas pelas sucessivas fusões de organismos ocorridas antes e quando da génese do IDT em 2002 (em que se fundiram CDT, SPTT e IPDT, gerando um instituto com mais de 1800 colaboradores). Reformas complementares também foram determinadas pela necessidade de dar cumprimento às sucessivas estratégias e Planos de Acção.

Atrevemo-nos a dizer que, trabalhando em todo o período entre 2005 e 2012 em condições de quase completa impossibilidade de efectuar contratações por tempo indeterminado, se adquiriu grande traquejo a colmatar naturais reduções de pessoal (sobretudo por aposentação ou transferência para outros serviços da AP): com recurso a políticas selectivas de transferências entre equipas e para outros serviços públicos; através de movimentos de reafectação de pessoal; adoptando estratégias de organização/gestão como a segmentação de processos e actividades em torno das áreas de missão; ou ainda através da criação de equipas de trabalho de natureza flexível e matricial. Pôde-se assim conseguir ir fazendo “cada vez mais e melhor, com menos”.

Aprendeu-se ainda, arduamente, como conseguir criar pequenas folgas orçamentais à custa de optimizações funcionais, de eliminação de desperdícios e gastos inconsiderados (pagamentos indevidos ou sem critério, optimização de custos de instalações, racionalização de programas ou processos, ou ainda reduções nos gastos de *backoffice* administrativo e em aquisições, que passaram a ser planeadas e centralizadas a nível regional. Este tipo de actuação sustentada permitiu ao IDT atravessar períodos difíceis, e conseguir até, em alturas de maior aperto, dispor de meios para acudir pontualmente a situações de ruptura iminente com contratações temporárias.

Salienta-se finalmente que esta política de gestão permitiu simultaneamente alcançar ganhos financeiros e na qualidade: por exemplo, quando, no início de 2005, altura em que iniciámos o nosso mandato na DRC, o instituto tinha na região centro 322 colaboradores que, em proporção muito grande (22%), exerciam funções apenas a tempo parcial, em regime de acumulação com outras funções públicas. Ao longo do tempo foi-se conseguindo eliminar muitas dessas dispendiosas colaborações e ir consolidando a estrutura de pessoal proporcionalmente com mais colaboradores a tempo inteiro, susceptíveis de maior empenho e dedicação.

No final de 2011 o número total de colaboradores da DRC era de 278 (onde já se incluem os cerca de 40 funcionários adicionais entrados em 2008, durante a fusão do IDT com os CRA/Unidades de Alcoologia) e a proporção de colaboradores em acumulação já era então de apenas 11,2%. Esta redução no número de colaboradores traduz uma real

diminuição das disponibilidades de recursos humanos, medidas em ETC (unidades equivalentes de tempos completos). Contudo, durante este mesmo período o número de doentes dependentes assistidos em consulta passou de 5 655 para 8 536 (+51%) e os actos assistenciais praticados (consultas e atendimentos) passou de 62 758 em 2004 para 122 853 em 2011 (+98%), para apenas citar um exemplo.

Tendo em conta o que se acaba de expor neste pequeno excursão não deverá constituir motivo de espanto que o IDT tenha conseguido levar a bom termo as reformas previstas no PRACE sem que tenha havido necessidade de se proceder a dispensas de pessoal por afectação ao previsto Quadro de Mobilidade Especial.

No caso da DRC foi até possível atingir “naturalmente” os objectivos impostos pela tutela de redução no número de funcionários (18 postos de trabalho no total da DRC, sendo que tinham já ocorrido 10 saídas entre o início formal do processo e o momento de definição desse mesmo objectivo). Não houve, portanto, necessidade de efectuar procedimentos de selecção de supranumerários. De facto, enquanto o processo do PRACE esteve em desenvolvimento (no que respeita ao IDT entre Agosto de 2005 e Maio de 2007) ocorreram saídas do quadro (por aposentação, morte, transferência) em número suficiente para que a tutela pudesse dar por concluído o processo de reestruturação.

O ano de 2008 marca a transição entre os dois ciclos de aplicação de Planos de Acção previstos no documento de definição estratégico PNCDT 2005-2012. Foi, por isso, efectuada neste ano uma avaliação interna à execução do PALCDT – Horizonte 2008. Nessa avaliação foram submetidos a análise os indicadores publicados nos relatórios anuais sobre a Situação do País em Matéria de Droga e Toxicoddependências de 2004 a 2007, anualmente apresentados e discutidos na Assembleia da República, em sede de audição na Comissão Parlamentar para a Saúde (IDT, IP, 2009a).

Os resultados da análise e avaliação efectuada por dez equipas temáticas sobre os relatórios e indicadores são sintetizados pelo EMCDDA (2011) da seguinte forma:

“(…) 86.8% of the actions set out in the Horizon 2008 plan had been implemented and that 17 of its 19 identified results had been attained (...). The evaluation also mentioned that most drug-related indicators in Portugal showed an improving drug situation over the period 2004-2007”.

Na sequência desta avaliação o Conselho Nacional de Combate à Droga e Toxicod dependência e a Comissão Técnica do Conselho Interministerial formularam recomendações para o Plano de Acção do período seguinte, o que já estava previsto na estratégia para 2005-2012. Foram assim definidos, no âmbito da elaboração do um novo Plano de Acção para o período 2009-2012, mais uma vez em consonância com os documentos europeus similares, 69 objectivos repartidos por 214 acções. Uma das iniciativas previstas neste Plano de Acção era a avaliação externa do desempenho em todo o ciclo da estratégia (2005-2012) a efectuar no ano de 2012.

Entretanto, sobreveio a grave crise económico-social que viria a motivar o pedido pelo governo português, em 2011, de assistência financeira à Comissão Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional. O governo de José Sócrates demite-se na sequência da rejeição parlamentar do IV Programa de Estabilidade e Crescimento. As eleições que se realizaram logo de seguida foram ganhas pelo PSD e, em 21 Junho de 2011, vem a ser empossada nova equipa ministerial chefiada por Pedro Passos Coelho. Segue-se um período de intensa crise marcado pela adopção de um extenso conjunto de medidas de austeridade. Entre estas ressalta-se o PREMAC - Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado, que viria a abrir um período de grande incerteza para a continuidade das políticas portuguesas no campo das dependências, ao determinar a extinção do IDT, IP.

De facto, na sequência do início do PREMAC, em 21 de Julho de 2011, seguiu-se um longo período de indefinição, mas em que desde o primeiro momento foi anunciada a extinção do IDT, IP. No entanto, essa extinção só vem a consumir-se, formalmente a 31 de Dezembro de 2012.

No final do processo acabou por ser criada uma nova Direcção Geral (no Ministério da Saúde), o SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, com competências limitadas ao planeamento e acompanhamento de programas de redução do consumo de substâncias psicoactivas, na prevenção e redução das dependências.

Para esta nova Direcção Geral transitou o grosso das equipas dos extintos Serviços Centrais do IDT, IP, sendo a excepção a integração de um pequeno número de funcionários (menos de meia dúzia em mais de 120) na IGAS – Inspeccção Geral das Actividades em Saúde, que herdou parte das anteriores competências inspectivas do IDT, IP. Todas as restantes equipas do país, e, com elas, toda a actividade operacional,

foram integradas nas respectivas ARS (Porto, Centro, Lisboa, Alentejo e Algarve), não tendo o SICAD sobre as mesmas tutela directa (IDT, IP, 2012b).

Promoveu-se assim, nesta primeira fase do processo (que ainda não se encontra concluído, 3 anos volvidos sobre a decisão de extinção⁸), uma integração *had-hoc* das estruturas de intervenção do ex-IDT, IP nas ARS, organismos conhecidos pelo seu gigantismo, manutenção de padrões de funcionamento tipicamente burocratizados, e onde a penetração de reformas e inovação tem sido tão escassa quanto desigual à escala nacional (não sendo portanto de estranhar que a própria extinção destes mesmos organismos seja periodicamente ventilada nos meios da saúde).

A única fundamentação conhecida até hoje para justificar estas medidas prende-se com uma explicitamente invocada necessidade de promover uma redução adicional de chefias e redução da Administração Central do Estado. Fica-nos a dúvida (a diversos níveis informada) sobre se a decisão de extinção não foi essencialmente de cariz político, sem que se tenha sequer visado explicitamente, e sublinhamos o adjectivo, explicitamente, a realização de qualquer outra filosofia de intervenção, ou de organização dos serviços do Estado, ou do tipo de relacionamento esperado das estruturas do Estado com a Sociedade Civil nestas áreas. É certo que a decisão foi tomada num contexto difícil de pressão externa (início do programa de assistência da denominada tróica) e num período em que se discutia generalizadamente (antes e logo após as eleições de 2011) a imprescindibilidade de se extinguirem “as centenas de institutos públicos e fundações” que “apenas serviam para delapidar o erário público”.

Apesar das inúmeras iniciativas visando obter informação adicional, ou explicitação de razões, de que temos conhecimento, a única resposta que se conseguiu até hoje obter foi a pública e reiterada garantia, dada por altos responsáveis do MS, de que não se pretendia mudar nada na funcionalidade e responsabilidades das unidades operacionais no terreno. São, por exemplo, incontáveis as declarações do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, Fernando Leal da Costa, que assumiu a tutela dos serviços, expressando esta mesma ideia, tanto em entrevistas à revista especializada

⁸ De facto o processo de reforma/extinção, sempre efectivado a conta-gotas, ainda não acabou: no momento em que escrevemos estas linhas acaba de ser constituída, no Ministério da Saúde, uma comissão que integra dirigentes das ARS e Directores-Gerais do MS, tendo como missão propor ao governo, “num prazo de 120 dias”, um “calendário para integração das equipas” dos ex-CRI nos ACES [Agrupamentos de Centros de Saúde] e das antigas unidades de âmbito de intervenção regional [Comunidades Terapêuticas, Unidades de Desabilitação, Centros Regionais de Alcoologia] nos serviços hospitalares de Psiquiatria e Saúde Mental.

Toxicodependências, como em congressos, ou reuniões técnicas da área, ou ainda nos meios de comunicação generalistas.

Não podemos deixar de enunciar, neste ponto, uma reflexão sobre a marcada assimetria temporal e fragilidade dos processos de reforma da Administração Pública, que tivemos oportunidade de testemunhar: como um castelo de cartas, podem levar muito tempo e esforço a construir; todavia, perante dificuldades conjunturais ou mudanças de orientação política correm o risco de ser desvirtuadas, senão mesmo totalmente destruídas, num instante.

Não poderemos dar por finda esta secção do nosso trabalho sem referir que, tal como estava previsto no PNCDT 2005-2012, chegou a realizar-se uma avaliação externa da aplicação do Plano estratégico e dos associados Planos de Acção, no ano de 2012.

Mediante a realização de um concurso público esta tarefa foi adjudicada à empresa Espanhola, Gesaworld, SA. O caderno de encargos especificava que a avaliação deveria incidir sobre as seguintes questões, relativamente aos anos de 2005 a 2011 (IDT, IP, 2012b):

- Avaliar o impacto da aplicação das intervenções com base na comparação de indicadores epidemiológicos e de respostas;
- Avaliar aspectos específicos das opções estratégicas;
- Avaliar a relação custo-benefício do financiamento de respostas integradas;
- Avaliar a eficiência, eficácia e qualidade das intervenções específicas no domínio das intervenções estratégicas de redução da procura e de redução da oferta.

O relatório final produzido pela Gesaworld, divulgado publicamente em Janeiro de 2013, incluía, entre muitas outras do mesmo teor, as seguintes conclusões:

- Os objectivos traçados para a redução da procura e da oferta foram globalmente atingidos;
- Constatou-se a ocorrência de um reforço da coordenação a nível político e técnico em todo o território nacional, que permitiu agilizar a articulação e cooperação entre actores e facilitar a inclusão de novos parceiros, operando todos de forma coerente;
- Houve reforço de uma cultura de registo, monitorização e avaliação das intervenções e da introdução de orientações e boas práticas.

No referido relatório apresentavam-se também sugestões tendo em vista a preparação de novo ciclo estratégico. Delas, e, sobretudo, da muitas vezes repetida recomendação para se dar continuidade ao excelente trabalho realizado sobressai uma nota de apreensão e uma interrogação iniludível: como assegurar, perante as alterações orgânicas ocorridas, e o contexto social e económico que caracteriza Portugal na actualidade, a manutenção dos resultados obtidos, ou o enfrentamento eficaz das consequências nefastas que a crise não deixará de suscitar no âmbito das dependências?

3.2. Exemplos da aplicação de novos paradigmas de gestão pública no IDT, IP

A actividade do IDT, IP entre 2005 e 2011 pode caracterizar-se por um enquadramento institucional que, poderá talvez agora compreender-se, se distinguiu pela regularidade de uma cultura institucional muito forte, estabelecida à escala nacional.

A regularidade a que nos referimos terá resultado, como temos procurado ilustrar, por um lado, de uma visão interventiva coordenada e expressamente vinculada aos princípios de uma gestão pública moderna comparativamente ao paradigma ainda dominante em muitos sectores da AP Portuguesa e, por outro lado, a uma constante pressão decorrente da necessidade de dar resposta eficiente, num contexto de parcimónia de meios, a problemas sociais graves e em constante mutação.

No essencial esta condução pautou-se pela adopção de diversas práticas internas típicas do *New Public Management*, como por exemplo a gestão por objectivos e a avaliação de desempenho (QUAR / SIADAP 1, SIADAP 2 e SIADAP 3, entre 2007 e 2011) coordenadas com fins de alinhamento funcional e visando a realização de objectivos estratégicos⁹ (IDT, 2007b; IDT, IP, 2011c, 2012b, 2012e).

⁹ Por exemplo, no que toca ao IDT, IP, foram estabelecidos à escala nacional e em todos os anos, num processo envolvendo quer as direcções, quer as coordenações das equipas de missão, numerosos objectivos nacionais passíveis de serem traduzidos em indicadores (na área do tratamento, por exemplo, como os expostos na tabela 4). Os mesmos, emanavam directamente, em cada ano, e para cada área de missão/intervenção, dos muito detalhados planos de acção plurianuais (e anuais) já mencionados que, por sua vez, traduziam em acções concretas os grandes objectivos e orientações dos documentos estratégicos. Os objectivos nacionais anuais,

Tais instrumentos e técnicas, quando postos realmente ao serviço da realização de uma missão e da concretização de valores públicos, podem revelar-se como ferramentas muito poderosas para ajudar a centrar uma organização nos seus fins, mesmo em contextos de instabilidade causada por crise económica, ou face a mutações orgânicas, ou ainda sociais, rápidas, como estamos aliás a tentar demonstrar no presente trabalho.

Contudo, a OCDE previne que a implantação de reformas do tipo das da NPM exige

“(...) a holistic approach, integrating the multiple human resources, financial, technical, and structural factors involved within a dynamic environment (OCDE, 1995).

Ressalta assim a OCDE que o sucesso não depende tanto de uma qualquer medida em si, mas de um conjunto coerente delas, sustentadamente aplicadas e intimamente coordenadas com os fins da instituição, concretizados em estratégias, objectivos e acções coerentes com esses mesmos fins.

Por outro lado, lembra-nos ainda que é preciso considerar os recursos disponíveis, e, ainda, coordenar e envolver os funcionários, ter em conta a estrutura organizacional, a disponibilidade de meios, as exigências técnicas e o próprio dinamismo criado dentro e fora da instituição.

Por essa razão, nesta secção do nosso trabalho vamos apresentar, do modo mais simples possível, um balanço dos recursos disponíveis no início e fim do período que considerámos, bem como do correspondente balanço produtivo, para, logo de seguida, listar, com intuítos meramente informativos diversas iniciativas promovidas no decurso da reestruturação.

Consideram-se então os dados constantes nas Tabelas 3 e 4.

definidos *ab initio* tendo em conta as realidades epidemiológicas, a disponibilidade de recursos, e a lógica de execução plurianual previstos nos planos a 4 anos, eram de seguida desdobrados em cascata, primeiro pelas Delegações Regionais e, de seguida, pelas unidades funcionais no terreno, equipas e técnicos, em função dos seus contextos de actuação pré-definidos ou renegociados. Ficavam assim total e consistentemente definidos e atribuídos quer o QUAR, quer os diferentes níveis de avaliação de desempenho, de funcionários, técnicos e dirigentes. Toda esta actividade implicou a instituição de sistemas de registo e controlo de dados credíveis, bem como a realização permanente de estudos tendo em vista a alocação equitativa do esforço exigido ao longo de toda a cadeia de produção de valor e em todo o território.

Tabela 3. IDT vs. IDT, IP - Recursos estruturais, capital humano e recursos financeiros (nominais) despendidos em 2006 e em 2011

Indicador	IDT 2006	IDT, IP 2011	Variação %
N.º Unidades orgânicas	78	38	-51%
N.º Equipas públicas de tratamento ambulatorio	78	74	-5%
N.º Unidades de internamento públicas	10	12	20%
N.º Camas para internamento na rede pública	142	212	49%
N.º Dirigentes	105	72	-31%
N.º Profissionais	1.656	1.583	-4%
Recursos Financeiros, por fonte:			
OE – Orçamento de Estado	58.385.809,00 €	43.590.403,00 €	-25%
RP – Receitas Próprias	13.847.836,00 €	28.007.826,00 €	102%
RF – Recursos de Funcionamento (OE + RP)	72.233.645,00 €	71.598.229,00 €	-1%
PIDDAC – Investimento	4.573.173,00 €	678.125,00 €	-85%
Total de Recursos Financeiros (RF + PIDDAC)	76.806.818,00 €	72.276.354,00 €	-6%

Legenda: Variação % = $100 * [\text{Valor}(2011) - \text{Valor}(2006)] / \text{Valor}(2006)$; Fonte: modificado de Estêvão, 2013.

Pode constatar-se de imediato, dada a simplicidade da informação exposta, relativa à globalidade do IDT e do IDT, IP no primeiro e no último anos do intervalo, que no período considerado se conseguiu, com menos recursos financeiros (e cada vez com maior proporção de receitas próprias), por um lado, simplificar a orgânica da instituição, reduzindo as Unidades Orgânicas e as chefias de modo muito apreciável. Por outro lado, é neste mesmo contexto, em que se dispõe de cada vez menos colaboradores, e menos dinheiro, que se faz o esforço adicional de construir duas novas unidades de internamento e aumentar a disponibilidade de camas para tratar mais doentes toxicodependentes. Com isso afectou-se cada vez maior proporção de recursos, nomeadamente financeiros, mas também humanos, às áreas de missão.

Este cenário já é sugestivo de que algo deve ter ocorrido, ou sido feito dentro da instituição para obter estes desfechos.

Consideremos então o que se passou simultaneamente com a actividade desenvolvida no âmbito deste mesmo vector de intervenção do tratamento, patente na Tabela 4.

Tabela 4. IDT vs. IDT, IP – Actividade Assistencial em 2006 e em 2011

Actividade Assistencial (Nº)	IDT 2006	IDT, IP 2011	Variação %
Utentes em ambulatório na rede pública	32.460	38.292	18%
Primeiras consultas em ambulatório na rede pública	4.745	8.492	79%
Consultas de seguimento em ambulatório na rede pública	428.855	469.678	10%
Total de consultas em ambulatório na rede pública	433.600	478.170	10%
Total de utentes internados na rede pública	1.653	1.770	7%
Total de utentes em ambulatório público rastreados para VIH	13.048	19.872	52%
Total de utentes em ambulatório público rastreados para Hepatite B	11.727	13.241	13%
Total de utentes em ambulatório público rastreados para Hepatite C	12.723	14.229	12%

Legenda: Variação % = $100 * [\text{Valor}(2011) - \text{Valor}(2006)] / \text{Valor}(2006)$; Fonte: modificado de Estêvão, 2013.

Pode constatar-se que todos os indicadores melhoraram. Porquê? Alguém mais familiarizado com a apresentação de dados tão simples e relativos a apenas uma actividade, contrastados com a globalidade dos recursos despendidos, poderia lembrar-se de objectar que certamente o que estava aqui em causa seria um redireccionamento interno de financiamento e que se poderia ter privilegiado esta área de intervenção, deixando de fazer muitas coisas, e portanto deixando de gastar dinheiro noutras vertentes de intervenção. Outra crítica legítima seria a de se colocar a hipótese de que estes resultados apenas envolvem os anos extremos de uma pequena série e, como tal, poderia até dar-se o caso de os anos intermédios apresentarem tendências discordantes.

A verdade, é que nem uma, nem outra das hipóteses avançadas parecem ser credíveis. Os factos desmentem-nas.

Com efeito, e lamentamos a inoportunidade / impossibilidade de o fazer de modo mais objectivo do que o proporcionado pela própria posição de observador participante, as tarefas foram ao longo do tempo cada vez mais, tal como o número de programas comunitários, ou ainda o número de pessoas alvo de programas financiados de RRMD,

entre outros. Refira-se, a este respeito, o constante alargamento da missão, como por exemplo, aquele que ocorreu quando se fundiu o IDT com CRA, passando o IDT, IP a responsabilizar-se também pelas intervenções no campo das consequências do uso de álcool. Faz-se notar que, nesta ocasião, o IDT integrou 3 unidades de dimensão significativa, com cerca de 120 funcionários, tendo de prover todo o seu financiamento com os recursos orçamentais antes disponíveis, ou seja, sem reforço orçamental suplementar. Os relatórios das avaliações periódicas das estratégias e planos de acção, que antes mencionámos, dizem isso mesmo. O que parece iniludível é que por detrás deste comportamento organizacional estão estratégias de combate ao desperdício, de busca de como “fazer mais e melhor, com menos”, eliminando ineficiências e “gorduras” sobretudo nas actividades de apoio transversal, não nucleares, ou de tipo administrativo.

Considere-se apenas mais um exemplo, desta feita relativo às vertentes de intervenção comunitária directa, e sobretudo nos denominados Programas Operacionais de Respostas Integradas (PORI), programas de intervenção local financiados pelo estado e realizados em parceria com ONG e outras entidades públicas. Estes programas, dirigidos ao combate de problemáticas focais de gravidade previamente caracterizadas, numa avaliação diagnóstica e hierarquização independente de problemas detectados em territórios definidos, permitiram a alocação fundamentada e objectiva de recursos e ponderação dos respectivos resultados, sempre com avaliação interna e externa em todas as fases, subsidiária de princípios de actuação com grande proximidade aos que caracterizam os mais recentes movimentos do denominado Novo Serviço Público (NPS - *New Public Service*), mas sem descurar a imprescindível gestão que permitiu que, em 2011, só na DRC estivessem a correr 38 programas financiados e mais de 20 não financiados.

Como prometido, alinhámos algumas iniciativas e inovações, tomadas no contexto da reforma (2006-2011) que, julgamos, podem ajudar a compreender o todo coerente do contexto organizacional que poderá estar por detrás do aparente desacerto dos números que exibimos. Desta feita, limitaremos a enunciação apenas ao que se passou apenas na DRC.

Entre o fim de 2006 e o de 2011, na DRC do IDT, IP houve,

- Uma redução muito significativa do número de unidades orgânicas (de 18 para 10);

- Introduziram-se procedimentos que permitiam ter dados estatísticos sobre a actividade desenvolvida em contínuo e com *feedback* mensal aos serviços e técnicos;
- Introduziram-se processos de avaliação da qualidade e monitorização permanente da actividade desenvolvida;
- Construiu-se um sistema de informação multidisciplinar, montou-se a respectiva rede de suporte informático, deu-se formação a todos os funcionários sobre a utilização dos novos instrumentos e lançou-se o seu uso faseado;
- Montou-se uma rede nacional de comunicações com sistema de “voz sobre IP” (VOIP), optimizada em termos funcionais e de custo, com informação mensal aos dirigentes sobre o número, duração e custos de todas as ligações efectuadas;
- Introduziram-se técnicas de gestão por objectivos, com desdobramento coerente desde o topo da organização até aos técnicos e funcionários de base;
- Implementou-se desde o início o SIADAP, nos seus diversos níveis, de forma rigorosa e coordenada com a gestão por objectivos, colocando este sistema de avaliação de desempenho decididamente ao serviço de objectivos de alinhamento gestor e funcional pré-estabelecidos;
- Diversificou-se a possibilidade de escolha do tipo de tratamentos oferecidos aos utentes do serviço e intensificou-se a sua monitorização;
- Integrou-se a Unidade de Alcoologia do Centro e reforçou-se a sua capacidade assistencial, aumentando a lotação do internamento de 20 para 30 camas;
- Colaborou-se activamente no Fórum Nacional para os problemas ligados ao álcool, bem como no desenho do novo Plano Nacional para os problemas causados pelo álcool;
- Desenhou-se uma rede nacional de articulação (e não mera referência) de estruturas assistenciais (IDT e SNS) dedicadas ao combate de problemas ligados ao álcool e centrada na gravidade e tipologia dos problemas concretos dos utentes;
- Aumentou-se a capacidade assistencial, cada vez com menos recursos humanos e materiais, e, portanto, sobretudo à custa de ganhos de eficiência e de produtividade;

- Aumentou-se claramente (mais de 180%) o número de utentes assistidos e cidadãos envolvidos no contexto de programas de intervenção, bem como o número de actos assistenciais praticados, apesar da significativa redução de recursos humanos verificada (de 320 para 278 colaboradores);
- Colaborou-se activamente com iniciativas da sociedade civil, bem como com outros serviços públicos e privados, nos programas desenvolvidos para intervenção em meio escolar (programa *Tu Alinhas*), as intervenções preventivas e de redução de danos em contexto de queimas das fitas (programa *Não te queimes*, e outros) em festivais de música (*Boom Festival*, entre outros), em programas desenvolvidos por autarquias, etc.;
- Desenvolveu-se uma nova rede regional de consultas de prevenção indicada, dedicadas a jovens ainda não dependentes, mas em risco, com consumo abusivo e/ou experimentação de álcool e drogas ilícitas;
- Lançou-se um programa nacional de respostas integradas (PORI), financiados, apenas quando imprescindível, pelo IDT, de acordo com os recursos disponíveis em cada exercício, mas numa lógica de execução plurianual; esses recursos passaram a ser atribuídos de forma clara e transparente, via concursos públicos abertos, e após processo auditado de diagnóstico e seriação nacional de problemas e prioridades; todos os programas foram minuciosamente desenhados e acompanhados na sua execução, em sede dos denominados Núcleos de Intervenção Territorial, com os parceiros; a verificação contabilística e/ou técnica de serviços prestados, nos programas com ou sem financiamento, foi constante e minuciosa; a avaliação de resultados, quer na vertente de impacto, quer na de eficiência foi estandardizada e universalmente aplicada.
- Efectuaram-se com continuidade diagnósticos nacionais objectivos e estandardizados das necessidades de intervenção com respostas integradas e criaram-se dispositivos de acompanhamento e avaliação de dezenas (só na região centro) de intervenções plurianuais, em programas executados em parceria com a sociedade civil;
- Introduziram-se mecanismos de acompanhamento e gestão de tratamentos de longa duração efectuados em Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas, em regime de convenção, por agentes não públicos (IPSS, ONG e Privados);

- Normalizou-se um vastíssimo conjunto de procedimentos administrativos e funcionais e redigiram-se os respectivos manuais e regulamentos;
- Reduziu-se o número de dirigentes regionais de 23 para 13, ou seja, uma redução de 43%, ainda antes do PREMAC;
- Instituiu-se a todos os níveis da organização uma cultura de responsabilidade e prestação de contas, incluindo os dirigentes, que passaram a ter praticamente todos alguma formação específica em administração e gestão pública e a ser, com toda a naturalidade, avaliados, e todos escolhidos em concurso público e não por designação e nomeação;
- Efectuou-se a acreditação funcional de diversas unidades orgânicas e funcionais (ISO 9000-2001), pela *Lloyds Registrar Internacional*;

3.3. Caracterização do caso em estudo: quadro organizativo-funcional das Equipas de Tratamento da DRC

O IDT, IP, criado pela Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio, surge na sequência de uma longa e relevante tradição de intervenção na área das dependências de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas antes descrita e agora sintetizada esquematicamente na Figura 1.

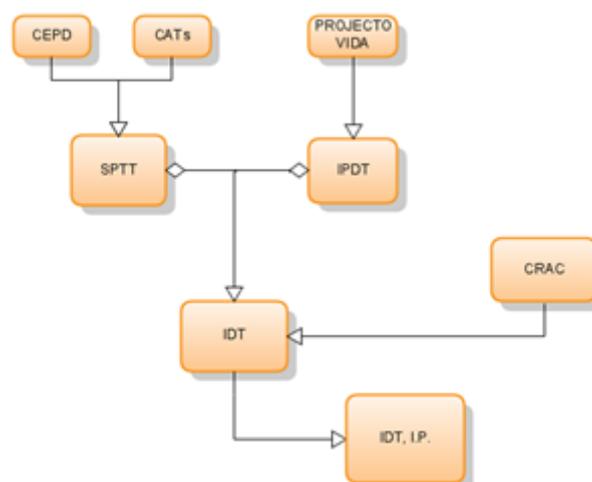


Figura 1. Principais antecedentes orgânicos do IDT, IP; Fonte: nossa autoria.

A Delegação Regional do Centro do IDT, IP, onde entre se integram as equipas autónomas de tratamento focadas no presente trabalho, integrou toda a actividade do conjunto de dispositivos assistenciais e de intervenção comunitária do IDT, IP em 78 Concelhos dos 6 Distritos da Região Centro (NUT II - Centro).

As estruturas regionais do IDT, IP na região Centro do País, bem como as suas equipas disponíveis para serviço da comunidade, eram portadoras de experiência técnica e organizativa, provenientes dos extintos Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD), Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), Projecto Vida, Instituto de Prevenção da Droga e da Toxicodependência (IPDT) e, mais recentemente, do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra Maria Lucília Mercês de Mello (CRAC).

Embora com um longo passado, o Instituto Público criado em 2002 (IDT), foi alvo de sucessivas reconfigurações até fixação da estrutura funcional agora descrita (IDT, IP), efectuada em 2007.

Os 278 colaboradores das unidades orgânicas da DRC (em 2011), maioritariamente do sexo feminino (72%), eram detentores de um nível elevado de qualificação académica e diferenciação profissional: 62% possuem pelo menos uma licenciatura em áreas de formação muito variada: medicina (geral e familiar, psiquiatria, saúde pública), psicologia clínica, serviço social, enfermagem, sociologia, entre outras.

Na prossecução da sua missão a DRC do IDT, IP contava ainda com o contributo de técnicos e colaboradores de entidades públicas e privadas sem fins lucrativos que, em parceria com o IDT, IP, desenvolviam projectos de intervenção nos vectores de actuação da prevenção, tratamento, reinserção, redução de riscos e minimização de danos.

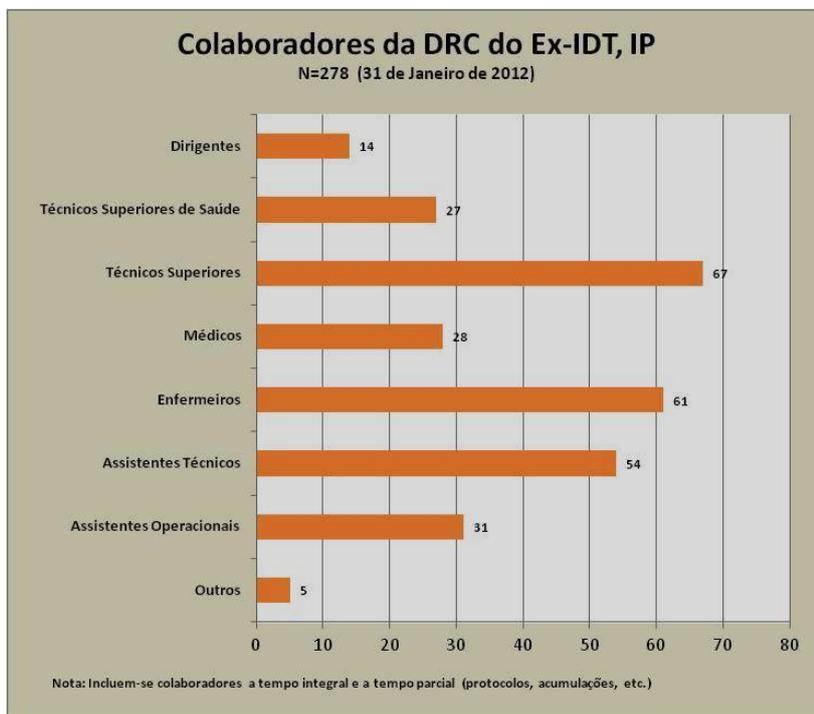


Figura 2. Colaboradores da DRC do IDT, IP em 2012; Fonte: nossa autoria.

Os profissionais estavam afectados aos serviços regionais de gestão, apoio administrativo e técnico (Delegação Regional), às *unidades de intervenção local*, vinculadas a territórios específicos (CRI – Centros de Respostas Integradas de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu) e às *unidades especializadas* de intervenção, com âmbito de actuação regional e supra-regional (UAC – Unidade de Alcoologia de Coimbra, Maria Lucília Mercês de Mello, UDC – Unidade de Desabilitação de Coimbra, CTAI – Comunidade Terapêutica Arco-íris, de Coimbra), (Figura 3).

Estas unidades especializadas de âmbito de actuação regional dispõem de recursos de internamento de curta duração (Unidade de Alcoologia com 30 camas, Unidade de Desabilitação com 12 camas) e de longa duração (Comunidade Terapêutica Arco-Íris com 12 camas). A Unidade de Alcoologia mantém ainda um serviço de consulta em ambulatório por onde anualmente passam mais de 2.500 doentes com problemáticas ligadas ao consumo de álcool.

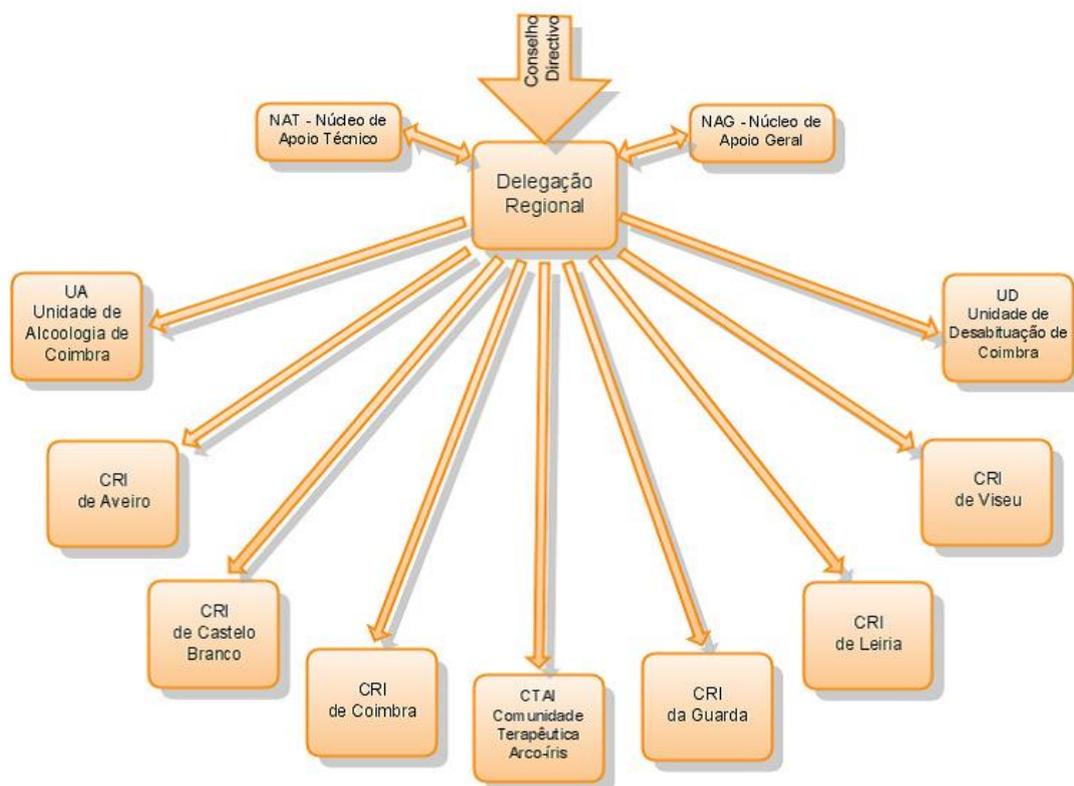


Figura 3. Estrutura orgânica da DRC do IDT, IP, em 2007. Fonte: nossa autoria.

Cada um dos 6 CRI da região centro, gerido por um Director, mantinha em funcionamento uma ou mais equipas técnicas dedicadas à intervenção comunitária nos vectores de intervenção da Prevenção, Reinserção social e da Redução de Riscos e Minimização de Danos, bem como equipas que desenvolvem trabalho, em regime ambulatorio, nas áreas do Tratamento e da Reinserção de pessoas com problemas ligados ao consumo de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas: os ex-CAT — Centros de Atendimento a Toxicodependentes — de Aveiro, Viseu, Guarda, Castelo Branco, Covilhã, Coimbra, Figueira da Foz, Pombal, Leiria e Marinha Grande, desde a formação do IDT, IP denominados Equipas de Tratamento.

É, precisamente, a actividade e eficiência relativa destas 10 Equipas de Tratamento dos CRI, no período compreendido entre 2007 e 2011, que nos propomos analisar no presente estudo. Todas elas são equipas baseadas num local, com afectação de um território de intervenção, especializadas na prestação de cuidados ambulatorios,

fundamentalmente no âmbito do tratamento e reabilitação / reinserção de pessoas dependentes de substâncias ilícitas e lícitas.

Estas equipas são formadas por médicos, psicólogos, técnicos de serviço social e enfermeiros, em proporção variável, enquadrados por pessoal de apoio administrativo e geral. No seu conjunto, estas unidades funcionais integravam, em 2007, 103 dos 278 colaboradores da DRC (ou seja, 37% do total de funcionários), sendo 90% deles, pelo menos, detentores de uma licenciatura ou mestrado.

Por razões históricas e locais diversas (disponibilidade de recursos, variações de procura, etc.) as equipas são muito heterogéneas na sua composição e dimensão, embora o mesmo não se passe em termos de actividades efectuadas ou programas de tratamento e reinserção aplicados. Como são todas unidades de prestação de serviço ambulatorio, o conjunto de actividades nelas desenvolvido é, em todas, muito semelhante, o que confere maior sentido e adequação a uma análise de *benchmarking*: consultas médicas e psicológicas, individuais e familiares, aplicação de diversos tipos de programa terapêutico (tratamento convencional, programa de metadona, programa de buprenorfina), desenho de projectos individualizados de reinserção social, acompanhamento específico de enfermagem e vigilância de programas de substituição de opiáceos.

Em 2011, no âmbito do PREMAC foi decidido extinguir o IDT, IP, promovendo-se a integração das suas equipas de nível regional e sub-regional, nas estruturas das respectivas Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.), situação que até à data se mantém.

Este aspecto revela mais um ponto de particular oportunidade para o presente estudo, que se poderá constituir como referencial para um ciclo que termina, viabilizador de futuros estudos comparativos face às estruturas e respostas cujo delineamento se encontra actualmente, volvidos 2 anos e meio, ainda em curso.

Faz assim todo o sentido que circunscrevamos a análise prevista neste trabalho ao período compreendido entre 2007 e 2011, que corresponde a uma fase bem definida na história da assistência a doentes dependentes em Portugal, e que culmina uma sequência de períodos anteriores de grande instabilidade, marcados por diversas reformas e sucessivas fusões, bem como o período final de aplicação do documento estratégico PNCDT 2005-2011.

Por outro lado, as equipas que estudaremos desenvolvem, como acentuámos, actividades praticamente iguais, nucleares na missão do IDT, recorrendo a organização

interna e a procedimentos também muito semelhantes e estruturados. Pode assim assumir-se que eventuais diferenças exibidas no que toca a desempenho traduzirão, fundamentalmente, diferenças de eficiência produtiva, o que torna particularmente indicado o método da DEA na sua comparação.

É por isso que na presente dissertação se analisará, numa perspectiva diacrónica e sincrónica, a eficiência produtiva relativa das denominadas Equipas de Tratamento da DRC (ET).

4. POTENCIALIDADES DAS TÉCNICAS DE DEA

4.1. O Conceito de Eficiência Técnica relativa e suas componentes

Num artigo fundador publicado em 1957, Farrell (1957) demonstrou que a função de produção eficiente de um conjunto de unidades produtivas independentes (DMUs), muitas vezes não conhecida *a priori*, poderia ser estimada com base em dados observados.

Ficou assim estabelecido o conceito de eficiência relativa como a eficiência de uma unidade funcional comparativamente aos melhores desempenhos observados, no âmbito de um paradigma concreto de produção, ou seja, de uma tecnologia de produção representativa do conjunto total de unidades conhecidas. Contorna-se assim o problema da impossibilidade frequente de se compararem unidades produtivas com um modelo teórico de eficiência, ideal e inatingível, raramente disponível, e a que se poderia chamar de modelo de eficiência absoluta.

Para o desiderato anunciado, Farrell propôs a estimação da isoquanta¹⁰ eficiente através de métodos de programação linear e decompôs o conceito de eficiência em duas componentes, a saber, *eficiência técnica* (TE), que reflecte a capacidade de uma empresa ou unidade de produção para obter o máximo de *outputs* a partir de uma dada quantidade de *inputs* disponíveis, e *eficiência preço*, ou *eficiência alocativa* (AE – *Allocative Efficiency*), que reflecte a capacidade de cada unidade de produção utilizar, dados os níveis dos seus preços, proporções óptimas dos diversos *inputs*. Claro que esta última só é passível de ser estimada quando, como se disse, se dispõe de preços

¹⁰ Isoquanta, que significa “a mesma quantidade”, traduz a função dos *inputs* considerados, $F(x_1, x_2, x_3, \dots)$, que descreve as possíveis combinações de taxas de substituição entre *inputs* na condição de se manterem níveis produção idênticos aos de eficiência máxima admissível (que, nos modelos determinísticos econométricos, corresponde a uma função pré-estabelecida e não determinada a partir dos dados) ou da eficiência máxima observada (que, nos casos de estimação não paramétrica da mesma função a partir dos dados observados, se configura como uma função por troços, a fronteira eficiente, determinada empiricamente). Vide infra.

unitários dos diversos *inputs*, o que, no campo das actividades em saúde, e sobretudo no sector público, muito frequentemente não acontece.

Por outro lado, o produto destas duas componentes de eficiência permite combiná-las num indicador que se designa por *eficiência global* ou *eficiência económica* (OE – *Overall Efficiency*). Assim, $OE = TE \times AE$.

Estas medidas de eficiência podem considerar, simultaneamente, todos os *inputs* utilizados, bem como todos os *outputs* produzidos, na caracterização de uma dada tecnologia de produção. Admite-se apenas a existência de uma relação entre uns e outros, sendo desnecessário, como se verá, admitir uma forma concreta, ou um modelo expresso por uma qualquer função definida ou pré-estabelecida para representar a relação entre *inputs* e *outputs*. É por este motivo que se pode também dizer que o método da DEA, que assenta na simples comparação de distâncias, é intrinsecamente não paramétrico.

Além das mencionadas TE e AE define-se ainda a denominada *eficiência de escala* (SE – *Scale Efficiency*) que descreve o modo como a dimensão de uma dada unidade de produção, ou seja o seu nível tecnológico de operação, se repercute sobre a eficiência, relativamente a outras com a mesma tecnologia / dimensão. Dito de outro modo, a *eficiência de escala* traduz os ganhos de produtividade adicionais que uma unidade de produção eficiente pode ainda obter se nela se operarem mudanças no nível geral de *inputs* com que opera.

Um aspecto adicional que convirá explicitar é a subtil diferença entre eficiência e produtividade. Com efeito, pode definir-se produtividade como a razão entre os *outputs* de uma unidade produtiva e os *inputs* utilizados para os produzir, ou seja, $P = \text{outputs} / \text{inputs}$.

Quando se considera apenas um *output* (y) e um *input* (x), como no exemplo exposto na Figura 4, retirado de Coelli *et al* (2005), o problema da mensuração da produtividade e das suas relações com eficiência torna-se trivial e intuitivo (Zhu, 2009; Coelli, 2005; Cooper, 2000). Na referida ilustração, a linha OF representa as quantidades máximas do *output* y que se podem obter recorrendo a quantidades definidas do *input* x . Neste contexto tecnológico, pode dizer-se que as unidades B e C são maximamente eficientes (ou que têm $TE = 1$) pois operam sobre a fronteira de eficiência. Em contraste, a unidade A (tal como todas as que operem abaixo da fronteira OF') é ineficiente pois, com a quantidade de *input* x de que dispõe, poderia ser otimizada, sem necessidade de

investimento adicional de *input* (sem mais x), para um nível de produção de *output* semelhante ao da unidade B.

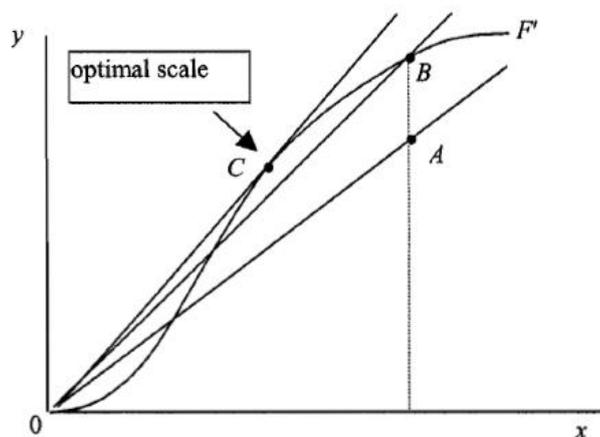


Figura 4. Fronteira de produção (OF') relacionando as quantidades de um *input* x que podem ser utilizadas para produzir, com eficiência máxima, um único *output* y . Fonte: Coelli *et al* (2005).

Considere-se também a linha radial que, saindo da origem, passa por A. Sobre essa linha situam-se todas as possíveis unidades que operam com a mesma produtividade de A. Como só se está a considerar um *input* e um *output*, o declive dessa recta (dy/dx) traduz a produtividade da unidade ineficiente A. Repare-se ainda que se, como já apontámos, a referida unidade A passar a produzir, com o mesmo nível de *input*, o *output* y correspondente ao da unidade B (um movimento que expressa uma melhoria de eficiência orientada para a maximização do *output*), o declive da recta radial OB é maior do que o da anterior, OA. Esta diferença traduz o aumento na produtividade necessário para que se tenha operado a mudança descrita de eficiência.

Note-se finalmente que, passando a firma A a operar ao nível de B, pode dizer-se que, embora operando com maior produtividade, e com eficiência técnica máxima, não funciona, contudo, ao nível máximo atingível de produtividade. Com efeito, para que tal acontecesse, a unidade A deveria operar ao nível da unidade C, que se situa no ponto da fronteira de produção eficiente com máxima produtividade, ou seja, o ponto da fronteira de eficiência por onde passa a radial com o declive máximo passível de ser obtido nestas condições de tecnologia produtiva. O ponto C revela assim a escala de produção (técnica) mais eficiente, uma vez que quaisquer unidades operando a outros níveis de *input* terão sempre menor produtividade.

Nesta eventualidade, a melhor optimização de A corresponderia a uma substancial redução do *input* disponível para a operação de A, para nível semelhante ao de C, com o estabelecimento de um objectivo funcional (ou seja, de produção do *output* y) ligeiramente menor que o inicial de A (igual ao de C).

Este aspecto que se acaba de assinalar ilustra os ganhos adicionais de eficiência que se podem obter com mudanças de escala de operação, ou seja, com economias de escala. Fica também ilustrado um outro conceito, o de *eficiência de escala* (SE – *Scale Efficiency*), e o correlativo conceito de *mudança de escala* (SC – *Scale Change*), aplicável quando se consideram mudanças temporais.

Finalmente, considere-se que, num dado momento se introduz uma inovação tecnológica que permite rentabilizar a produção de y , tornando mais eficiente a utilização do *input* x na sua produção (como, por exemplo, a introdução de uma nova tecnologia analítica ou de tratamento, que permita tratar mais doentes, ou os mesmos, com maior celeridade).

O que seria previsível que se observasse seria uma modificação na fronteira de eficiência, eventualmente como a descrita na Figura 5. Diz-se, nestas condições, passíveis de serem consideradas em análises de evolução temporal de eficiência, que houve uma *mudança técnica* (TC – *Technical Change*).

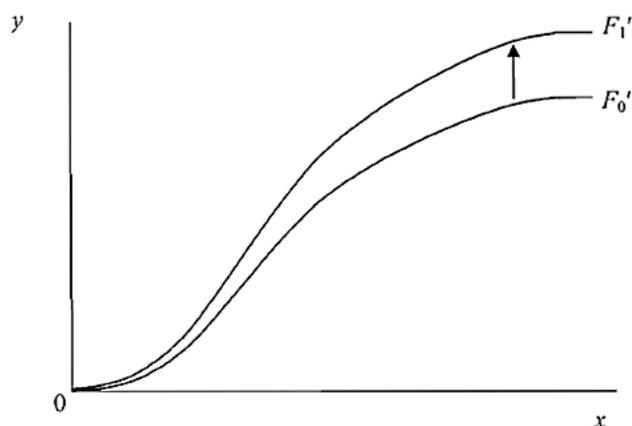


Figura 5. Mudança técnica entre dois períodos ($0F_0'$ e $0F_1'$) e para um *input* x utilizado na produção, com eficiência máxima, de um *output* y . Fonte: Coelli *et al* (2005).

Estes exemplos muito simples, adaptados de Coelli *et al* (2005) permitiram-nos ilustrar, de modo quase informal, alguns aspectos relevantes para a compreensão do domínio conceptual típico das análises de eficiência da DEA. A diferença fundamental entre o exemplo simples que usámos e a DEA está, como veremos, na generalização dos

raciocínios efectuados para espaços de produção (hiperespaços, de facto) caracterizados pela relação simultânea entre diversos *inputs* e diversos *outputs*. Algebricamente, e com recurso a técnicas de programação linear, é possível ultrapassar as dificuldades decorrentes da conjugação e articulação simultânea de numerosos rácios, bem como os problemas de estimação otimizada dos indicadores (generalizados) que referimos. A única limitação prende-se com a representação gráfica de tais espaços métricos e fronteiras de eficiência, inviabilizada quando se quer representar graficamente mais do que, por exemplo, 1 *input* e 3 *outputs*.

4.2. Análise de Envolvimento de Dados (DEA)

Estes indicadores de eficiência, para serem calculados pressupõem o conhecimento prévio, como já se referiu, da fronteira de eficiência de produção. Ora, como tal na prática raramente se verifica, tem de se optar por seguir uma metodologia em duas fases: Na primeira, estima-se, a partir dos dados observados essa mesma fronteira, determinando quais são as unidades produtivas que mais eficientemente produzem os *outputs* considerados a partir de um mínimo de *inputs* (diz-se, nestas circunstâncias, que se adopta uma “orientação para os *inputs*”) e, só numa segunda etapa, se procede à determinação da eficiências das restantes unidades procedendo a uma comparação dos rácios *outputs/inputs* destas últimas com a fronteira definida pelas primeiras, as unidades eficientes.

Como se pode constatar pelo que fica dito o método DEA é empírico, pois envolve uma comparação não paramétrica de eficiência produtiva, e apenas relativa ao funcionamento das unidades consideradas. De um ponto de vista formal a fronteira de eficiência define-se como uma superfície “cónica” num espaço multi-dimensional, cujo número de dimensões corresponde ao do número de *inputs* (x) adicionado ao número de *outputs* (y) considerados.

No método DEA a eficiência técnica é determinável para cada unidade produtiva (para cada DMU, portanto), como a soma ponderada de um conjunto de *outputs* dividida pela soma ponderada dos correspondentes *inputs*. É apenas necessário um método algorítmico que permita determinar o valor mais adequado para os pesos referidos tendo em conta, todas as relações observadas no dispêndio de *inputs* para produção de *outputs*. Matematicamente é possível transformar a resolução deste problema num

problema de maximização simultânea de equações, com condições, ou seja, num problema resolúvel por métodos de programação linear. Assim, na prática, para se obter a ET para cada unidade produtiva basta resolver, sucessivamente, o seguinte problema de maximização fraccionária:

$$\text{Max} \left(\frac{\sum_{s=1}^S \mathbf{u}_s * \mathbf{y}_{s0}}{\sum_{m=1}^M \mathbf{v}_m * \mathbf{x}_{m0}} \right)$$

s.a.:

$$\frac{\sum_{s=1}^S \mathbf{u}_s * \mathbf{y}_{si}}{\sum_{m=1}^M \mathbf{v}_m * \mathbf{x}_{mi}} \leq 1 \text{ com } i = 1, \dots, l$$

onde:

- \mathbf{y}_{s0} representa a quantidade de *output* s para a unidade 0
- \mathbf{u}_s representa o peso ligado ao *output* s ($\mathbf{u}_s > 0, s = 1, \dots, S$)
- \mathbf{x}_{m0} representa a quantidade de *input* m para a unidade 0
- \mathbf{v}_m representa o peso ligado ao *input* m ($\mathbf{v}_m > 0, m = 1, \dots, M$)
- \mathbf{y}_{si} representa a quantidade de *output* s para a unidade i
- \mathbf{y}_{mi} representa a quantidade de *input* m para a unidade i

Determinam-se assim os pesos \mathbf{u}_s e \mathbf{v}_m que maximizam as eficiências de sucessivamente cada DMU, satisfazendo a condição de que em nenhum caso os valores possam ser superiores à unidade. Por outro lado, os pesos podem assumir, para cada unidade, um qualquer valor não negativo.

Ultrapassa claramente o âmbito deste trabalho a demonstração das consequências geométricas e interpretativas que decorrem de outras condições impostas para modelar propriedades do conjunto de pesos a determinar em simultâneo, nem a outras transformações matemáticas ao modelo que se acaba de descrever, de molde a simplificar o processo de estimação com métodos de programação linear. A este respeito vejam-se, por exemplo, Ozcan (2008) ou Zhu (2009) que descrevem numerosas alternativas.

Contudo, será relevante adiantar que diversas opções impostas neste âmbito ao processo de determinação destes pesos definem alternativas de configuração da fronteira

de eficiência, ou seja, na concepção e definição das propriedades do modelo relacional entre *inputs* e *outputs* que se considera mais adequado a cada contexto de produção.

Referimo-nos às opções tomadas no âmbito da definição das propriedades das fronteiras de produção, e das quais resultam quer modelos de retorno à escala constantes (CRS), quer variáveis (VRS) ou, ainda, de retorno em escala não crescente (NIRS), para definir as propriedades funcionais que se percebem como mais adequadas para descrever, no âmbito de uma tecnologia de produção concreta, não a forma da curva, mas sim as propriedades gerais da função de retorno em *outputs* para quantidades variáveis de *inputs*. É o que se ilustra na Figura 6, modificada a partir de uma imagem semelhante publicada por Figueiredo (2010), com as linhas (funções em troços) assinaladas pelas siglas CRS, VRS e NIRS.

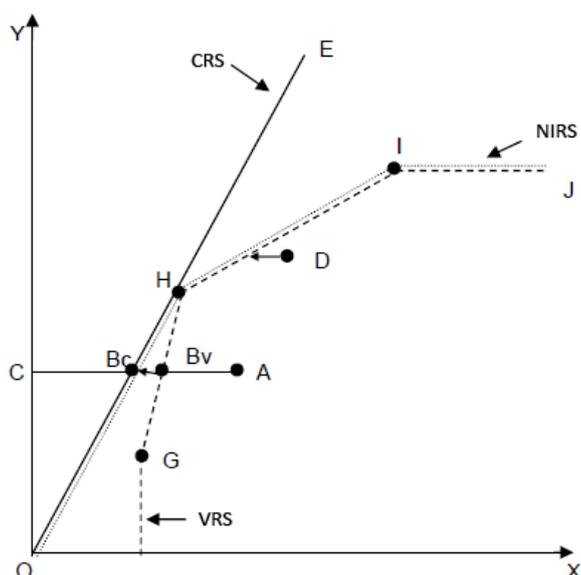


Figura 6. Ilustração de diversos tipos de fronteira de produção (modificado de Figueiredo, 2010). Legenda: Unidades de produção – Pontos A, D, G, H, I; Linhas E e J – Fronteiras de produção (respectivamente CRS e VRS); CRS – Fronteira de produção assumindo retornos à escala constantes; VRS - Fronteira de produção assumindo retornos à escala variáveis; NIRS - Fronteira de produção assumindo retornos à escala não crescentes.

Para efeitos práticos basta constatar que os diferentes paradigmas considerados na Figura 6 (CRS, VRS e NIRS) descrevem fronteiras de produção que envolvem os dados, como uma calote esférico-poligonal, por definição na DEA sempre convexa, construída pela intersecção de diversos planos no espaço (no caso de modelos multidimensionais), de onde deriva o nome de Análise de Envolvimento de Dados.

No paradigma da fronteira produtiva com CRS (*Constant Return to Scale*) assume-se que não há efeitos de escala significativos no contexto da tecnologia produtiva das diferentes unidades de toma de decisão e que, portanto, se assume a existência de uma constante proporcionalidade produtiva (linear) entre *inputs* e *outputs*. Dito de outro modo, assume-se que, para qualquer nível de investimento considerado (*inputs*), o retorno em *outputs* é sempre e linearmente proporcional. Já no modelo VRS (*Variable Return to Scale*) assume-se que pode haver efeitos de escala e, portanto, rendimentos (em *outputs*) variáveis, em função de características das unidades produtivas ou dos investimentos efectuados, podendo os mesmos traduzir-se sob a forma de economias ou deseconomias de escala.

Se a perspectiva analítica for principalmente orientada para a gestão será preferível recorrer, além de ao modelo CRS, a um paradigma de fronteira produtiva com VRS, de molde a poder-se apreciar em que medida o tamanho das unidades produtivas, e o nível de investimentos que exigem, se relacionam com a produção manifesta, e aconselhar na decisão de proceder a mais investimentos ou, pelo contrário, a optar por uma estratégia mais contraccionista, consoante, respectivamente, a unidade em questão estiver a operar num nível operacional sub-ótimo com retornos à escala crescentes ou decrescentes (Ozcan, 2008; Zhu, 2009).

Estes diferentes modelos podem ser calculados, como também já se referiu, simplesmente estabelecendo diferentes constrangimentos ao cálculo dos pesos nas fórmulas que apresentámos (pesos esses que, depois das transformações referidas, se designam habitualmente por pesos lambda, ou λ_i).

Finalmente, convirá esclarecer o significado de uma outra especificação técnica habitual nos modelos DEA clássicos, ou modelos de envolvimento, como também são por vezes designados: declara-se sempre que se deseja resolver o modelo numa orientação para o(s) *input(s)* ou, em alternativa, numa perspectiva orientada para o(s) *output(s)*. Quando se opta pela primeira das opções, os *outputs* observados são fixados e o algoritmo procede a uma minimização dos *inputs* necessários para, a níveis médios, os produzir. Ao invés, quando se adopta a estratégia de orientação para os *outputs*, o valor dos *inputs* é fixado nos valores observados e o algoritmo fornece os valores máximos que seria possível atingir em *outputs*, dado o nível de *inputs* disponível e as eficiências manifestas. Se se examinar atentamente a Figura 6, pode constatar-se que, num paradigma de CRS estas duas orientações fornecerão resultados idênticos. De facto, só assumindo uma

tecnologia com VRS será importante esta especificação e os valores produzidos pelos dois métodos serão diferentes (Figueiredo, 2010; Coelli, 2005).

A escolha final de orientação da análise e interpretação dos resultados dependem, mais uma vez, dos objectivos principais que se visa obter com a DEA, numa vertente mais prática de aplicação. Assim, se a prioridade é minimizar *inputs* (por exemplo, custos ou outros recursos caros) deve optar-se por uma orientação para *inputs*. Se a preocupação ou objectivo dominantes forem melhorar a eficiência e aumentar tanto quanto possível a produtividade com os recursos já disponíveis, deve privilegiar-se uma orientação para os *outputs*. Estas opções ainda traduzem, segundo Ozcan (2008), aspectos práticos relevantes, pois não é igualmente fácil ou difícil para um gestor, em diferentes contextos espaciais ou temporais, alterar *inputs* ou alterar *outputs*, pois habitualmente está sujeito a variáveis e fortes condicionantes à sua acção, quer internas, quer externas.

Numa breve linha acresce-se apenas que foram também desenvolvidos, mais recentemente, modelos de DEA não dirigidos, os denominados modelos aditivos, ou modelos de folgas, ou seja, modelos em que os algoritmos procedem simultaneamente a uma maximização dos *outputs* (com diminuição de folgas nos mesmos) e a uma minimização dos *inputs* disponíveis (Ozcan, 2008).

4.3. Fronteira de Eficiência e análise intertemporal

Um importante desenvolvimento da metodologia da DEA que importa nomear é a sua extensão à análise da evolução temporal da eficiência de um conjunto de unidades produtivas. Fazemo-lo de modo sucinto nesta secção apenas porque esta técnica será utilizada no presente estudo, em que se dispõe de dados relativos à produção de vários anos (2007-2011).

A evolução temporal da eficiência pode ser perspectivada de dois ângulos distintos, a saber: 1) a apreciação da eventual movimentação da fronteira de eficiência produtiva entre sucessivos períodos, e, 2) os movimentos de aproximação ou afastamento das diferentes unidades em relação à mesma fronteira.

Para estes fins há diversas metodologias disponíveis. Contudo, a mais utilizada e que se constitui como um instrumento privilegiado pela maioria dos autores é a que envolve a

determinação do denominado Índice de Malmquist (MPI – *Malmquist Productivity Index*) (Malmquist, 1953).

Este índice, considerado numa orientação para os *inputs*, resulta da comparação entre a produtividade global dos factores nos períodos sucessivos (aqui 0 e 1), de acordo com a seguinte esquematização sintética:

$$\text{Índice de Malmquist} = \text{MPI} = \frac{\text{TFP}_1}{\text{TFP}_0} = \frac{D_1(Y_0, X_0)}{D_1(Y_1, X_1)}$$

O numerador representa a distância entre a tecnologia considerada no período 0 e a distância correspondente no período 1. Pode ainda definir-se o índice em relação à tecnologia do período 0. Contudo, e seguindo Färe et al (1994), define-se habitualmente o índice de Malmquist como a média geométrica dos dois índices, ou seja:

$$\text{MPI} = \frac{\text{TFP}_1}{\text{TFP}_0} = E * T = \frac{D_0(Y_0, X_0)}{D_1(Y_1, X_1)} * \left[\frac{D_1(Y_0, X_0)}{D_0(Y_0, X_0)} * \frac{D_1(Y_1, X_1)}{D_0(Y_1, X_1)} \right]^{\frac{1}{2}}$$

Na expressão anterior o termo E

$$E = \frac{D_0(Y_0, X_0)}{D_1(Y_1, X_1)}$$

representa a alteração de eficiência técnica nos dois períodos, enquanto a componente entre parêntesis rectos, T , traduz as mudanças verificadas na fronteira da tecnologia.

$$T = \left[\frac{D_1(Y_0, X_0)}{D_0(Y_0, X_0)} * \frac{D_1(Y_1, X_1)}{D_0(Y_1, X_1)} \right]^{\frac{1}{2}}$$

Assim, para concluir, menciona-se apenas que num paradigma de apreciação de evolução temporal da eficiência, só tem que se proceder à extensão dos cálculos

mencionados para sucessivos anos, no caso de haver dados de mais de dois períodos (ao contrário da nossa ilustração acima) bem como apreciar e atender a dois possíveis movimentos de mudança: 1) alteração da Eficiência Técnica, e dos seus componentes de Eficiência de Escala (SE) e de Eficiência Pura (PE); e, 2) verificar eventuais mudanças na Eficiência Tecnológica, ou seja, na Fronteira de Eficiência.

4.4. A análise de eficiência produtiva no contexto do SNS Português

São muito numerosos os estudos desta natureza realizados, quer no estrangeiro, quer entre nós, nas mais diversas áreas de produção (Ozcan, 2008; Zhu, 2009; Talluri, 2000). Por exemplo, Sarrico (1997; 1998; 2000; 2009), tal como Lovell (2006), aplicaram este tipo de técnicas ao estudo de diversos aspectos do mundo das universidades, enquanto Bogetic (1995) ou Afonso (2005; 2006) fizeram o mesmo no que respeita ao ensino secundário. Estes estudos representam uma linha de continuidade directa de utilização da DEA no sector do ensino, uma tradição iniciada por pioneiros como Charnes, Cooper e Rhodes nos seus estudos fundadores do método. Afonso *et al.*, acima mencionados, têm também publicados estudos comparativos transnacionais de eficiência do sector público, e estudos de eficiência de estruturas de governo local em Portugal (Afonso, 2003; 2006). Outros exemplos são os de Perelman (2010) que estudou a eficiência relativa de aeroportos da América Latina, Nunamaker (1985) que investigou a eficiência de organizações sem fins lucrativos, Bagavath (2006) que aplicou o método na área dos transportes, Barros (2005) na comparação de seguradoras, Coelli (2003) na área da agricultura, Charles (2011) na banca, para apenas mencionar alguns exemplos avulsos fora da área dos serviços de saúde e do campo da actividade empresarial. De facto, uma simples consulta a uma base de dados bibliográfica permitirá encontrar, só nos anos mais recentes, exemplos de aplicações de DEA, ou métodos seus afins ou derivados, na casa dos milhares.

No campo da saúde a lista é também muito extensa. Mencionamos rapidamente alguns exemplos: Färe (1994; 1997) com estudos de eficiência hospitalar na Finlândia, tal como Burgess (1995), Eckerman (2004; 2008), Erlandsen (2008), Kengil (2010), Kittelsen (2003), Linna (1998; 2000), Maniadakis (2000), McCallion (2000), McKee (2002), Mortimer (1999; 2003), Hollingsworth (1999; 2003), Jacobs (2006), Solà (2001), Sommersguter-Reichmann (2000), ou ainda Zere (2000; 2001), que fizeram o mesmo

noutros locais. Estes são apenas alguns dos inúmeros exemplos que poderíamos apontar, para ilustrar que, excluindo abordagens em que a comparação de métodos para avaliação da eficiência é primordial, como por exemplo no estudo de Chirikos (2000), a aplicação internacionalmente mais frequente da DEA no campo da saúde será, ainda hoje, na comparação de eficiência de unidades hospitalares.

Também em Portugal, no campo da saúde, na sua esmagadora maioria tem-se recorrido a esta estratégia analítica sobretudo com o intuito de comparar globalmente, como já se referiu, a eficiência produtiva de grandes unidades de saúde, globalmente consideradas — hospitais públicos (SA e/ou EPE, e SPA) ou hospitais privados —, numa lógica de apreciação macro de importantes componentes do sistema nacional de saúde. A despeito de aturadas pesquisas não conseguimos encontrar estudos publicados de aplicação destas metodologias para *benchmarking* de pequenas unidades funcionais de serviços de saúde como os considerados na presente monografia e que, como, exemplifica Ozcan (2008), são perfeitamente exequíveis.

Contudo, são de referir diversos estudos que recorrem a esta metodologia, ou ao seu “equivalente” paramétrico, a Análise de Fronteiras Estocásticas (SFA – *Stochastic Frontier Analysis*, que está fora do âmbito do presente trabalho), bem como alguns estudos que recorrem a outras orientações metodológicas (construção e análise de índices estruturados de eficiência e efectividade, ajustados pelo índice de *case-mix*, com ou sem regressão logística), para avaliação de Serviços de Saúde em Portugal. Adopta-se esta opção, sem intuítos de exaustividade, apenas com o intuito de proporcionar uma visão mais alargada do foco e âmbito deste tipo de estudos entre nós.

Incluem-se assim, na Tabela 5, *infra*, os trabalhos que conseguimos obter, com abordagens afins da análise DEA de eficiência e *benchmarking*, bem como os produzidos com as duas últimas metodologias referidas (SFA e Análise clássica de índices compostos) que, embora efectivamente não pertençam ao domínio metodológico a que nos limitámos na presente monografia, contribuem para completar uma visão mais alargada sobre o panorama da abordagem da eficiência funcional no nosso país.

Tabela 5. Selecção de estudos portugueses sobre análise de eficiência, produtividade e afins, no sector da saúde.

Ano	Autores	Título	Publicação	Notas	Técnicas Empregues
1993	Paiva	Eficiência técnica e eficiência de afectação no sistema hospitalar português	Actas do III Congresso da APES	Estudo de 39 Hospitais entre 1984-1988; estimação de funções custo	Estimação de funções custo Cobb-Douglas (Fronteira Estocástica)
1999	Cabral & Barriga	Economias de escala, eficiência e custos nos hospitais distritais. Evidências empíricas	APES Associação Port. de Economia da Saúde. Doc. de Trabalho 2/99	Estudo de Hospitais Distritais	DEA
1999	Carreira	Economias de escala e de gama nos hospitais portugueses. Uma aplicação da função de custo variável <i>translog</i>	APES Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Doc. de Trabalho 3/99	Estudo de 82 Hospitais entre 1991-1995; estimação de funções custo	Estimação de funções custo <i>translog</i>
2000	Lima	A produção e estrutura de custos dos hospitais públicos. Uma aplicação de um modelo translogarítmico	APEC Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Doc. de Trabalho 2/2000	Desempenho de hospitais	Modelo <i>translog</i>
2003	Lima & Whynes	The Financing systems and the performance of Portuguese hospitals	Escola de Economia e Gestão. Univ. do Minho / FCT	Desempenho de 36 hospitais (1986-1994) e estimação de funções custo	Regressão Linear e de Séries Temporais
2005	Costa	Produção e desempenho hospitalar. Aplicação ao internamento	Tese de Doutoramento. ENSP, Univ. Nova de Lisboa	Desempenho de hospitais portugueses (só internamento) com ajustamento para o risco dos doentes tratados	Modelos de ajustamento pelo Risco. Regressão Logística
2005	Costa & Lopes	Avaliação do desempenho dos hospitais SA. Memorando (resultados provisórios)	ENSP, Univ. Nova de Lisboa [policopiado em formato digital]	Comparação de hospitais SPA e SA	Desempenho descrito com indicadores de eficiência e efectividade
2006	Bento, Carpinteiro (coord.)	Avaliação do modelo de gestão empresarial do SNS: Período 2001-2004 [Cap. 3.], in <i>Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE. Período 2001 a 2004</i>	Tribunal de Contas. Relatório nº 20/06 – Audit Processo nº 47/05 – Audit	Comparação de hospitais SPA e SA	DEA Outras Metodologias

Ano	Autores	Título	Publicação	Notas	Técnicas Empregues
2006	Gouveia, Alvim, Carvalho, Correia & Pinto	Resultados da avaliação dos hospitais SA	CAHSA - Comissão para Avaliação dos Hospitais Soc. Anónima	Avaliação dos hospitais SA	Regressão Linear de factores
2006	Menezes, Rendeiro & Vieira	Eficiência técnica dos hospitais portugueses 1997-2004: Uma análise (regional) com base num modelo de fronteira estocástica	CEEAPIA – Centro de Estudos de Economia Aplicada do Atlântico, Univ. dos Açores	Estudo da Eficiência diacrónica global de 51 hospitais regionais e distritais (1997-2004)	SFA Análise de Fronteiras Estocásticas
2007	Giraldes & Oliveira	Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais [EPE e SPA]	<i>Acta Med. Port.</i> , 20: 471-490	Eficiência de hospitais EPE e SPA	Indicador agregado ponderado pelo índice de <i>case-mix</i>
2008	Afonso & Fernandes	Assessing hospital efficiency: non-parametric evidence from Portugal	Instituto Superior de Economia e Gestão, Univ. Técnica de Lisboa	Estudo da Eficiência diacrónica global de 68 hospitais portugueses (2000-2005)	MPI Análise de Produtividade de Malmquist
2008	Gonçalves	Análise da eficiência dos hospitais SA e SPA segundo uma abordagem de fronteira de eficiência	ISCTE	Comparação de Hospitais SA e SPA	DEA SFA
2008	Harfouche	Hospitais transformados em empresas - estudo comparativo	Tese de doutoramento (ISCSP / UTL)	Estudo do impacto de regras de gestão em Hospitais Portugueses (em SA e SPA)	DEA
2008	Moreira	Análise da eficiência dos hospitais-empresa: uma aplicação da <i>Data Envelopment Analysis</i>	Boletim Económico do Banco de Portugal Primavera 2008	Estudo de 64 Hospitais Portugueses de 2001 a 2005	DEA (Com médias anuais)
2008	Rego	<i>Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde</i> (2ª edição)	Porto: Vida Económica	Comparação de hospitais SPA e SA	DEA
2009	Costa, Costa & Lopes	Avaliação de desempenho dos hospitais públicos (internamento) em Portugal continental	Escola Nacional de Saúde Pública, Univ. Nova de Lisboa	Hierarquização de 62 hospitais portugueses (só pelo internamento) com ajustamento para o risco dos doentes tratados	Modelos de ajustamento pelo Risco. Regressão Logística

Ano	Autores	Título	Publicação	Notas	Técnicas Empregues
2009	Giraldes & Amado	A eficiência dos hospitais em Portugal segundo a metodologia DEA: Propostas de intervenção	Comunicação à 11ª Conf. Nac. de Economia da Saúde	<i>Benchmarking</i> de hospitais portugueses, SPA e EPE (global e por grandes áreas de funcionamento)	DEA
2010	Figueiredo	Avaliação de desempenho dos hospitais portugueses: Aplicação de métodos não-paramétricos	Tese de Mestrado em Eng. Civil. Instituto Superior Técnico, Univ. Técnica de Lisboa	Eficiência de 159 hospitais (38-41) entre 2005-2008	DEA
2010	Rego <i>et al.</i>	The challenge of corporatisation: the experience of portuguese public hospitals	<i>European Journal of Health Economics</i> , 11: 367-381	Eficiência de hospitais públicos	DEA
2011	Almeida e Figue	Evaluating hospital efficiency for quality indicators: an application to portuguese NHS hospitals	Faculdade de Economia da Univ. do Porto. <i>Working paper</i> 435	Análise de Eficiência de hospitais públicos, com indicadores de qualidade	DEA

Fonte: nossa autoria.

Faz-se notar que, do conjunto de 21 trabalhos elencados focando o desempenho e/ou eficiência de serviços de saúde portugueses, onze (dos mais recentes, e com mais largo escopo académico) utilizam a metodologia DEA. Regista-se ainda que praticamente a totalidade dos estudos listados se centram na avaliação global e comparativa da actividade hospitalar.

4.5. Utilização de técnicas de DEA no caso das equipas da DRC do IDT, IP: notas metodológicas

No presente estudo recorreremos a diversos programas estatísticos de utilização livre, bem como a folhas de cálculo Excel[®] por nós próprios configuradas, ou disponíveis na Internet (como por exemplo as folhas de cálculo Excel[®] disponibilizadas por Zhu (2009), e ainda às rotinas disponíveis no programa estatístico STATA[®] (versão 11) para cálculo de modelos DEA e SFA.

Na generalidade estas diferentes ferramentas proporcionam resultados semelhantes. Contudo, os programas estatísticos que se revelaram mais úteis foram as rotinas de demonstração do programa DEA[®] para ambiente Excel[®] e, sobretudo, o programa estatístico de Tim Coelli (1996), o DEAP[®] (quer na versão compilada para DOS[®] a partir da linguagem Fortran, quer na que dispõe de interface para ambiente Windows[®] — o Win4DEAP[®]) (Coelli, 2005) —, todos disponíveis para descarregamento gratuito a partir da *internet*. Para cálculo de índices de Malmquist recorreremos às rotinas do programa já referido, DEAP, na versão sem interface Windows[®].

No que toca aos dados financeiros utilizados, relativos aos anos de 2007 a 2011, foi efectuada uma correcção dos mesmos tendo em conta a inflação, a partir dos Índices Harmonizados de Preços ao Consumidor (IHPC) mais apropriados, e relativos a Portugal, retirados da base de dados do Eurostat¹¹. Produziram-se assim valores ajustados, ou seja, independentes de efeitos de variação devidos à inflação. Nas análises efectuadas, todos os valores ficaram referenciados ao nível de preços do ano base do presente estudo (2007). Este ajustamento foi concretizado em dois passos:

Numa primeira transformação, recalcularam-se os valores anuais dos IHPC para que o ano base, que nas bases de dados do Eurostat é 2005 (ou seja, aquele com um valor de 100%, e ao qual todos os outros estão referidos), passasse a ser o ano de 2007, naturalmente obtendo-se um correspondente reescalamento dos IHPC de todos os anos, ficando no final todos referenciados a 2007 (IHPC_{*it*}) que, por seu turno, passa a ter um IHPC de 100%,

¹¹ HICP – *Harmonised Indices of Consumer Prices*, bem como Taxas de Variação médias anuais de preços, retirados de <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/hicp/data/database>, em 14-11-2012.

$$IHPC_{ti} = \frac{IHPC_{Ei} * 100}{IHPC_{E2007}}$$

Num segundo passo transformaram-se os valores monetários despendidos (os valores nominais) em valores reais, com recuso à seguinte fórmula,

$$Vr_i = Vn_i - \left[Vn_i * \left(\frac{IHPC_{ti} - 100}{100} \right) \right]$$

em que

Vr_i representa o valor real calculado (valor ajustado a preços de 2007);

Vn_i representa o valor nominal, o valor efectivamente despendido no ano i ; e

$IHPC_{ti}$ representa o IHPC reescalado para o ano base 2007, no ano i .

5. EFICIÊNCIA PRODUTIVA DAS EQUIPAS DE TRATAMENTO DA DRC DO IDT

5.1. Material: Inputs e Outputs disponíveis

Para desenvolvimento do nosso estudo, focado na comparação das 10 Equipas de Tratamento e Reinserção listadas na Tabela 6, *infra*, considerámos ainda os *inputs* e *outputs* especificados na mesma tabela. O seu significado e natureza não carecem de grandes explicações adicionais.

Tabela 6. Lista de Equipas a analisar, bem como tipologia dos *inputs* e *outputs* disponíveis.

Período	Equipas de Tratamento (DMUs)	Inputs	Outputs
Anos 2007 a 2011	Aveiro	Custo Total da ET	
	Castelo Branco	Custo Metadona	Nr. Total de Consultas
	Coimbra	Despesa com Pessoal	Nr. de Novos Utentes
	Covilhã	Nr. de Médicos	Nr. Total de Utentes
	Figueira da Foz	Nr. de Psicólogos	Activos
	Guarda	Nr. de Téc. Serv. Social	Nr. de Ut. em Metadona
	Leiria	Nr. de Enfermeiros	Nr. de Ut. em Buprenorfina
	Marinha Grande	Nr. de Outros Funcionários	
	Pombal	Nr. Total de Funcionários	
	Viseu		

Legenda: *Custo Metadona* = Custo global do programa de metadona, em Euros; *Outros Funcionários* = Administrativos e Auxiliares; *Total de Utentes Activos* = Todos os doentes assistidos na ET; *Ut. em Metadona* = Utentes em programa de substituição opiácea com metadona; *Ut. em Buprenorfina* = Utentes em programa de substituição opiácea com buprenorfina

Como se verá adiante, e seguindo a orientação preconizada por diversos autores (Ozcan, 2008; Zhu, 2009), optou-se pela análise e confronto de diversos modelos em paralelo, incluindo diferentes selecções de *inputs* e *outputs*, de modo a poder-se apreciar melhor o respectivo impacto em termos de eficiência, bem como para se poder apreciar a consistência dos resultados obtidos.

Acresce ainda que, sendo muito reduzido o número de Equipas de Tratamento em análise (apenas 10), entendeu-se aconselhável simplificar tanto quanto possível os

modelos analíticos, reduzindo o número de *inputs* e *outputs* incluídos, desta forma minorando a probabilidade de obter um grande número de unidades com máxima eficiência técnica (ou seja, com valor de 1).

Esta é uma propriedade intrínseca do método DEA, descrita pela generalidade dos autores e intuitivamente compreensível se pensarmos que, quanto maior o número de variáveis consideradas numa análise, maior será a complexidade da correspondente superfície espacial convexa. Acresce que, se o número de DMUs considerado for pequeno relativamente ao dos preditores, a superfície tenderá a revelar uma hiper-especificação analítica, detectável pela ocorrência de mais pontos (unidades produtivas) situados na fronteira de eficiência. Esta limitação, ligada ao baixo número de DMU, pode até originar resultados espúrios no decurso das análises de DEA. Dyson *et al.*, num artigo de 2001, alertaram para este problema, para além de analisarem outras condições de boa e má prática na utilização da DEA, e definirem *guidelines* para uso correcto destas técnicas (Dyson, 2001).

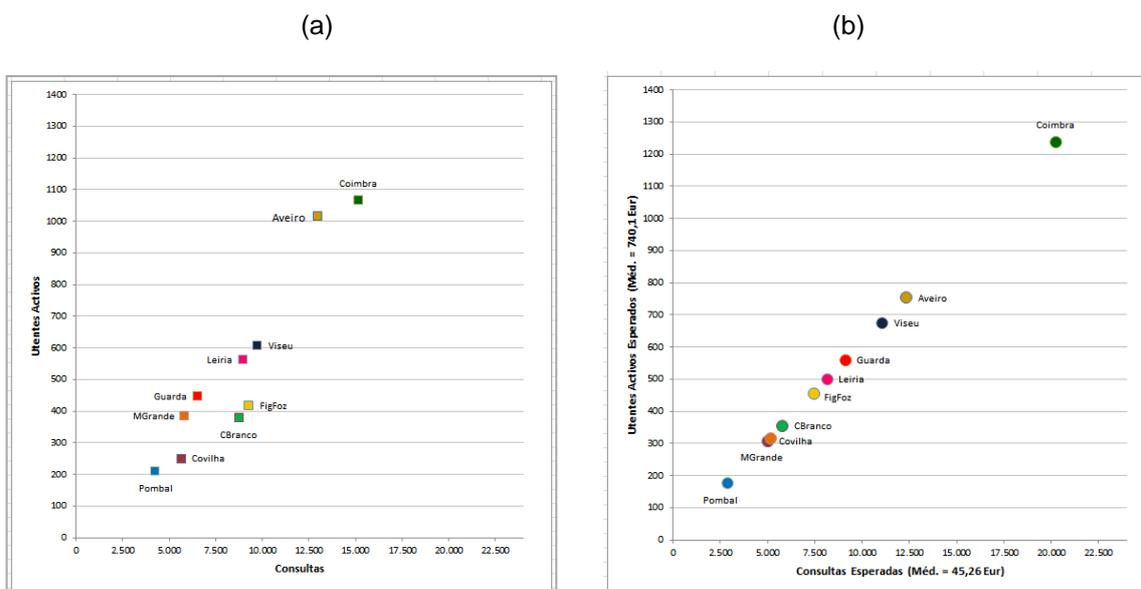
Os diferentes modelos ensaiados, quer numa perspectiva transversal, quer considerando a perspectiva longitudinal (Análise de Malmquist), forneceram sempre, descontando as consequências descritas, resultados muito consistentes e robustos face à troca limitada de alguns dos *inputs* e/ou dos *outputs* elencados na Tabela 6, o que se nos afigura como um elemento de consistência a valorizar, tendo em conta as advertências de Dyson *et al.* antes referidas.

Por este motivo, seleccionámos para apresentação apenas, de entre todos os modelos ensaiados, aqueles que, de modo mais conciso permitem descrever as linhas de força comuns a todos eles. É por este motivo, e em coerência com o princípio geral da “lâmina de Occam”, o princípio da parcimónia, que nos limitaremos a apresentar resultados relativos a apenas um modelo de entre cada um dos que tipificam as metodologias exploradas.

5.2. Abordagem descritiva e análise clássica de algumas razões

Na Figura 7 (a) pode apreciar-se a existência de uma forte correlação linear entre o número de utentes assistidos nas nossas unidades e o número total de consultas registadas no ano de 2011. Tendo em conta a dispersão dos pontos, é de presumir que, no que toca à relação entre consultas e utentes, as unidades em questão terão práticas e produtividade muito semelhantes. Poderíamos até, explorando adicionalmente o modelo linear, estimar, tendo em conta os gastos médios regionais por cada utente e por cada consulta, qual seria o número óptimo de utentes e de consultas que cada unidade deveria ter para, com a mesma eficiência (média), utilizar os recursos financeiros que consome (vide gráfico (b)).

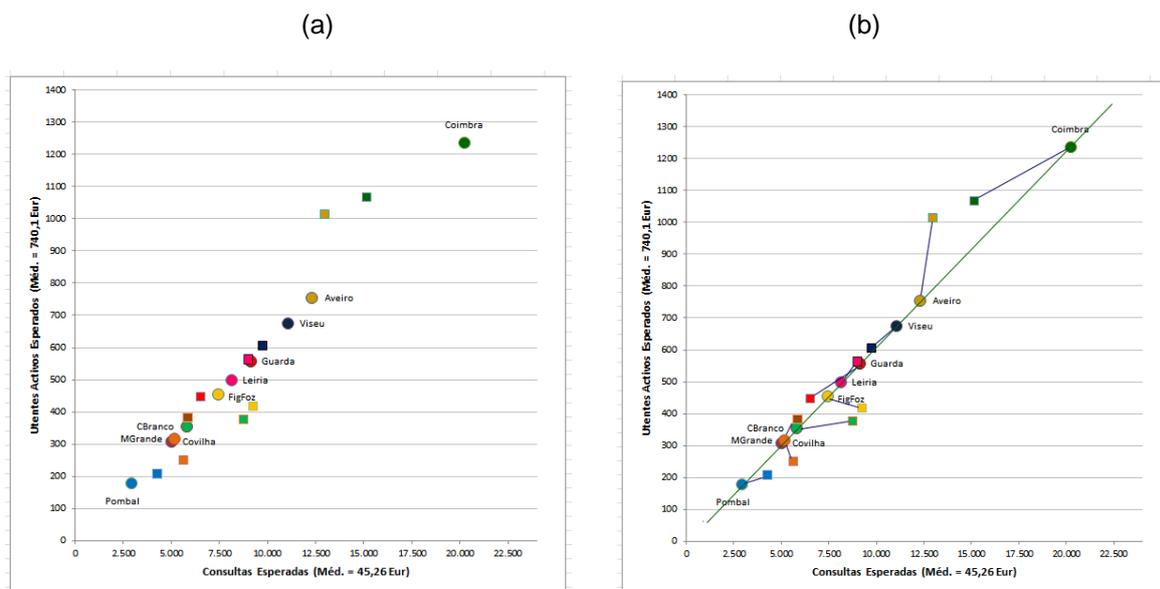
Figura 7. (a). Relação entre Utentes Activos e Consultas nas 10 Equipas de Tratamento da DRC, em 2011; (b) Utentes e Consultas esperadas tendo em conta o custo médio regional e o de cada DMU. Fonte: nossa autoria.



Na mesma linha analítica poderíamos até sobrepor os dois gráficos anteriores e analisar os movimentos que cada unidade poderia tomar para que, aumentando ou diminuindo a acessibilidade ou a procura por parte de utentes e/ou variando a oferta de consultas (no caso de isso ser possível e desejável, o que muitas vezes não se verifica), se obtivesse um resultado final em tudo idêntico (no que respeita aos quantitativos globais do *input* e *outputs* considerados) ao do *status quo* de 2011, mas em que a eficiência de todas as

unidades seria semelhante. Esse exercício é ilustrado graficamente nas Figuras 8 (a) e (b).

Figura 8. (a). Sobreposição das figuras 7 (a) e 7 (b); *Idem*, com linhas orientadoras. Legenda: quadrados = observado em 2011; círculos = valor esperado. Fonte: nossa autoria.



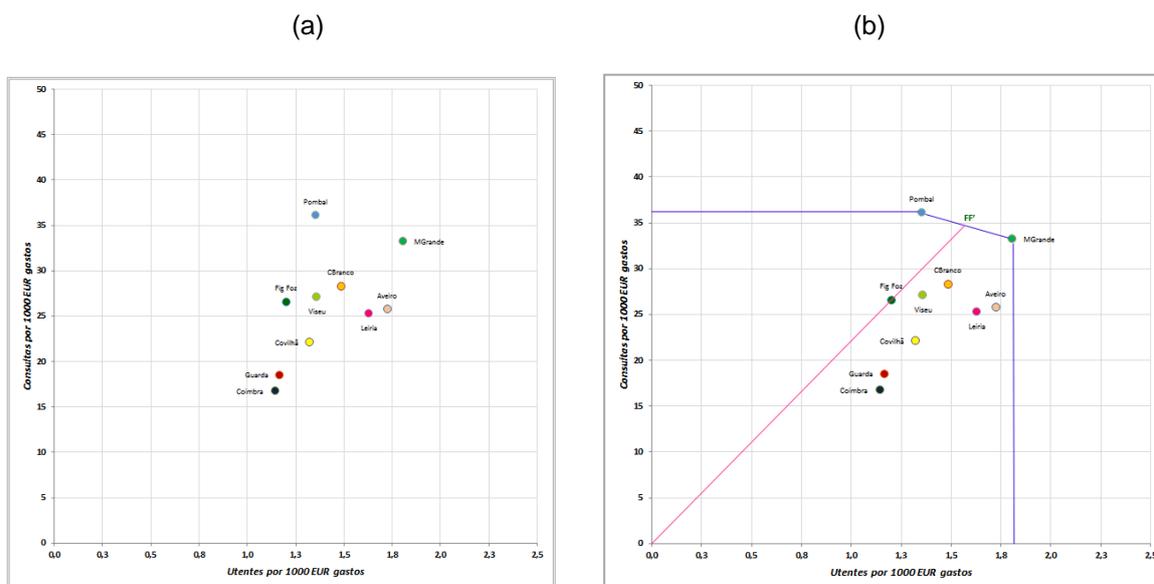
A limitação desta metodologia que se acaba de ilustrar e que, *grosso modo*, revela as propriedades dos modelos de regressão linear, prende-se com o facto de, apesar de se assegurar que não há ganhos nem perdas líquidas, e que se todas as unidades procedessem às modificações sugeridas pelo modelo (procurando ter, consoante os casos, mais ou menos utentes, e realizando maior ou menor número de consultas, se isso fosse possível, ou desejável), não seria possível distinguir as unidades mais eficientes das menos eficientes.

De facto, no que respeita a eficiência, ficariam todas niveladas pela média. Não há, portanto, lugar a uma melhoria contínua e sustentada, nem estímulo à concretização de melhores (ou mais eficientes) práticas.

Contudo, se aos dois descritores iniciais da Figura 7 (a), que poderemos considerar como *outputs* de produção, i.e., descritores de actividade produzida, juntarmos um terceiro descritor, desta vez um *input*, traduzindo os recursos financeiros globais despendidos em cada unidade, por exemplo, e construirmos rácios, o quadro já se apresenta muito mais interessante, embora as diferentes unidades revelem, pela sua dispersão, muito maior

heterogeneidade no modo como consomem recursos - *inputs* - para produzir os serviços, consultas e tratamentos, a um dado número, variável, de utentes - *outputs* - Vide *infra*, Figuras 9 (a) e (b).

Figura 9. (a) Relação entre rácios de Utentes e de Consultas por cada 1000 EUR gastos, nas 10 Equipas de Tratamento da DRC, em 2011; (b) Modelo DEA: Linha azul = Fronteira de produção eficiente; Linha rosa = Descreve a eficiência técnica da unidade Fig. da Foz (ET = OFF / OFF'). Fonte: nossa autoria.



Pode ainda, examinando-se a Figura 9 (b) constatar-se que há duas unidades que, de modo diferenciado, pois são muito diferentes entre si, traduzem a maior capacidade relativa de transformar eficientemente *inputs* em *outputs*. Pode traçar-se a função em troços (linha azul), que, com base nos dados considerados, descreve a melhor eficiência observada e como ela pode ser obtida a partir das características das duas unidades maximamente eficientes (Pombal e Marinha Grande) que servem assim de *benchmarks*, ou seja, de referenciais para as restantes.

A linha traçada a rosa explicita o significado do conceito de eficiência técnica relativamente à unidade Figueira da Foz: traçando linhas a partir da origem (0,0) e passando por qualquer dos pontos (aqui FigFoz, FF), pode projectar-se essa unidade na linha de fronteira de eficiência. As unidades que caem exactamente, e definem essa fronteira, são por definição eficientes e as restantes, que ficam como que envolvidas pela

linha azul, revelam menor eficiência do que a possível atendendo ao seu *mix* de *outputs*. Em todo o caso, pode agora explicitar-se que a eficiência técnica (por ex. de FF) não é mais do que a razão de dois segmentos da linha que traçámos a rosa: $0-FF$ e $0-FF'$, ou seja $ET = 0FF/0FF'$.

Naturalmente que este modelo, em que só se considerou um *input* e dois *outputs* (3 dimensões, portanto) visa apenas explicitar características essenciais das técnicas de DEA, desde logo porque até é passível de ser representado graficamente. É evidente que uma análise tão simples é sobreponível à que se poderia realizar com recurso a métodos tradicionais baseados em rácios. Contudo, este tipo de ilustração gráfica já não seria exequível se lidássemos com mais *inputs* / *outputs*, sendo até muito difícil, senão impossível, a análise e representação simultânea de mais de 4 variáveis. Contudo, mesmo nessas circunstâncias o problema continuaria a ter soluções numéricas comparáveis, como ilustrámos em capítulo anterior, e os pontos correspondentes às unidades continuariam a ser envolvidos, num espaço multidimensional, por uma hiper-superfície convexa que, à maneira da nossa linha azul num espaço bidimensional, a todas encerraria, como num envelope.

5.3. Análise de Envolvimento de Dados transversal

Considere-se de novo o modelo muito simples que temos vindo a usar (um *input* e dois *outputs*), desta feita para ilustrar as virtualidades da DEA aplicada ao estudo da eficiência das nossas unidades.

Na Tabela 7 expõem-se os resultados obtidos em análises independentes repetidas ano a ano, de 2007 a 2011, considerando quer um paradigma tecnológico de retornos em escala constante (Tabela 7 A, CRS), quer assumindo retornos em escala variáveis (Tabela 7 B, VRS), quer ainda descrevendo eficiências de escala (Tabela 7 C, SE).

Pode desde logo constatar-se que em qualquer uma destas perspectivas o desempenho médio das unidades, ao longo de 5 anos, revela eficiências muito elevadas, de 81%, 89% e 91%, respectivamente.

Se, por exemplo, considerarmos o paradigma CRS, o mais interessante para análise das nossas unidades, muito dependentes na prestação de serviços da disponibilidade de técnicos e, logo, da sua produtividade na realização de tarefas muito semelhantes, num

enquadramento em que a oferta de serviços tende a gerar procura, pode verificar-se que a unidade consistentemente com menor eficiência é a de Coimbra (ET média de 62%). Em contraste, a equipa da Marinha Grande é a que apresenta a média mais elevada (98,9%). Regista-se ainda que, à excepção de Coimbra e da Guarda, todas as unidades revelam um desempenho médio, medido em termos de ET, superior a 70%. Faz-se notar, finalmente, que o número de unidades eficientes (com $ET=1$) aumentou linearmente de 2007 a 2011.

Em confronto com este último aspecto, faz-se notar que, assumindo retornos em escala variáveis (VRS), se constata precisamente a tendência inversa (mais unidades eficientes de 2007 a 2011), o que parece indiciar uma diminuição progressiva das assimetrias na dimensão das unidades ao longo do período, associada a melhoria funcional da unidade maior, precisamente Coimbra.

Aliás, esta mesma hipótese explicativa é também corroborada pela circunstância de todas as unidades apresentarem eficiências de escala, em média, superiores a 90%, à excepção, mais uma vez, da unidade de Coimbra, cuja eficiência de escala média é de 62%. Estas interpretações são adicionalmente corroboradas pela circunstância de o *input* considerado neste modelo (custo total da unidade) reflectir de modo dominante o custo do factor trabalho e, logo, a dimensão da equipa.

Tabela 7. Eficiências Técnicas (nos paradigmas de CRS e VRS) e Eficiências de Escala das unidades assistenciais da DRC do IDT, calculadas para cada ano de 2007 a 2011, com um *input* (Custo total da unidade) e dois outputs (Total de Consultas e Total de Utentes assistidos, i.e., de Ut. Activos)

A - Eficiência Técnica – CRS

ANO	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Covilhã	Fig Foz	Guarda	Leiria	Marinha Grande	Pombal	Viseu	Média	DMU com Ef. = 1
2007	0,908	0,676	0,576	0,684	0,730	0,542	0,765	1,000	0,727	0,769	0,738	1
2008	0,856	0,757	0,537	0,647	0,651	0,597	1,000	1,000	0,919	0,836	0,780	2
2009	0,965	0,879	0,674	0,851	0,715	0,714	0,953	1,000	1,000	0,839	0,859	2
2010	0,926	1,000	0,642	0,790	0,786	0,698	0,781	1,000	0,967	0,702	0,829	2
2011	1,000	1,000	0,659	0,753	0,832	0,616	0,892	0,946	1,000	0,710	0,841	3
	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Covilhã	Fig Foz	Guarda	Leiria	Marinha Grande	Pombal	Viseu	10 ET - 5 Anos	
Média	0,931	0,862	0,618	0,745	0,743	0,634	0,878	0,989	0,923	0,771	0,809	
Nr vezes Eficiente (ET. = 1)	1	2	0	0	0	0	1	4	2	0		

B - Eficiência Técnica – VRS

ANO	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Covilhã	Fig Foz	Guarda	Leiria	Marinha Grande	Pombal	Viseu	Média	DMUs com Ef. = 1
2007	1,000	0,821	1,000	0,856	0,783	0,564	0,807	1,000	1,000	0,853	0,868	4
2008	1,000	0,871	1,000	0,852	0,672	0,615	1,000	1,000	1,000	1,000	0,901	6
2009	1,000	0,896	1,000	0,924	0,772	0,728	0,973	1,000	1,000	1,000	0,929	5
2010	1,000	1,000	1,000	0,801	0,789	0,716	0,803	1,000	1,000	0,736	0,884	5
2011	1,000	1,000	1,000	0,761	0,881	0,625	0,903	0,960	1,000	0,721	0,885	4
	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Covilhã	Fig Foz	Guarda	Leiria	Marinha Grande	Pombal	Viseu	10 ET - 5 Anos	
Média	1,000	0,918	1,000	0,839	0,779	0,650	0,897	0,992	1,000	0,862	0,894	
Nr vezes Eficiente (ET. = 1)	5	2	5	0	0	0	1	4	5	2		

C - Eficiência de Escala – SC

ANO	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Covilhã	Fig Foz	Guarda	Leiria	Marinha Grande	Pombal	Viseu	Média	DMU com Ef. = 1
2007	0,908	0,823	0,576	0,799	0,932	0,961	0,948	1,000	0,727	0,902	0,858	1
2008	0,856	0,869	0,537	0,760	0,969	0,971	1,000	1,000	0,919	0,836	0,872	2
2009	0,965	0,981	0,674	0,921	0,926	0,981	0,979	1,000	1,000	0,839	0,927	2
2010	0,926	1,000	0,642	0,986	0,996	0,975	0,973	1,000	0,967	0,954	0,942	2
2011	1,000	1,000	0,659	0,990	0,944	0,987	0,988	0,985	1,000	0,985	0,954	3
	Aveiro	Castelo Branco	Coimbra	Covilhã	Fig Foz	Guarda	Leiria	Marinha Grande	Pombal	Viseu	10 DMU 5 Anos	
Média	0,931	0,935	0,618	0,891	0,953	0,975	0,978	0,997	0,923	0,903	0,910	
Nr vezes Eficiente (ET. = 1)	1	2	0	0	0	0	1	4	2	0		

Na realidade, estes achados confirmam o entendimento generalizado nos meios técnicos, e entre os gestores do IDT, segundo o qual a equipa maior e mais antiga da DRC é aquela que revela consistentemente menor eficiência relativa.

Regista-se, contudo, com agrado, que ao longo do período em apreço, se conseguiu diminuir progressivamente a desproporção de escala desta unidade (vide Tabela 7 C, SE) e ainda (embora com avanços e recuos) fazer passar a sua eficiência relativa de 57,6% em 2007, para 65,9% em 2011 (uma melhoria global de 8,3%).

Considerações similares poderiam ser efectuadas relativamente ao desempenho de outras unidades e, de igual modo, relacioná-las com características estruturais das mesmas ou com vicissitudes conhecidas a que tenham estado sujeitas.

Poderia ainda, se fosse esse o foco de interesse, ensaiar-se um ordenamento das diferentes unidades tendo em conta o seu desempenho ao longo dos anos considerados. Ilustra-se esse exercício na Tabela 8.

Tabela 8. Ordenamento das Equipas de Tratamento da DRC do IDT tendo em conta a sua Eficiência Técnica relativa entre 2007 e 2011. A pontuação (P) de cada equipa em cada ano foi obtida pela expressão $P = 11 - rank$. O ordenamento final (à direita) hierarquiza as pontuações médias obtidas.

ET – CRS	PONTUAÇÃO – Eficiência Técnica com CRS					Pontuação Média (em 5 anos)	Ordenamento (de 1 = Melhor, a 10 = Pior)
	2007	2008	2009	2010	2011		
<i>Marinha Grande</i>	10	10	10	10	7	9,4	1
<i>Aveiro</i>	9	7	8	7	10	8,2	2
<i>Pombal</i>	5	8	10	8	10	8,2	2
<i>Leiria</i>	7	10	7	4	6	6,8	4
<i>Castelo Branco</i>	3	5	6	10	10	6,8	4
<i>Viseu</i>	8	6	4	3	3	4,8	6
<i>Figueira da Foz</i>	6	4	3	5	5	4,6	7
<i>Covilhã</i>	4	3	5	6	4	4,4	8
<i>Guarda</i>	1	2	2	2	1	1,6	9
<i>Coimbra</i>	2	1	1	1	2	1,4	10

Os resultados expostos dispensam comentários adicionais.

Há ainda outras estratégias, reveladoras das potencialidades da DEA na assistência a decisões de gestão, fundamentalmente se ligadas ao alinhamento funcional de equipas e/ou a decisões microeconómicas de alocação de recursos, que, pela simplicidade e utilidade que revelam, merecem ser ilustradas com um exemplo no âmbito do presente trabalho.

Considere-se então que perante os últimos dados conhecidos, relativos ao ano de 2011, se pretende, num cenário de manutenção estável de recursos, isto é, sem alteração ou constrangimentos impostos sobre os *inputs* disponíveis, e num contexto de contratualização de objectivos para o ano subsequente, se pretende estabelecer objectivos funcionais (*outputs*) que conduzam a uma optimização do desempenho das equipas.

Claro que, neste exemplo ideal, se assume que o funcionamento no ano seguinte, 2012 ou 2013, decorrerá essencialmente dentro do mesmo paradigma tecnológico, isto é, assume-se que não se espera a introdução de tecnologias ou processos com impacto significativo sobre as condições de produção e/ou sobre a produtividade. Como veremos mais tarde, a metodologia ligada ao MPI – Malmquist Productivity Index, permite, perante dados sequenciais, apreciar a eventual ocorrência progressiva de mudanças tecnológicas deste tipo.

Tendo em conta estes pressupostos, revisitemos de novo os dados do último ano conhecido (2011) e o modelo com que temos trabalhado (o mesmo *input*, Custo Total, e os mesmos 2 *outputs*, Totais de Consultas e Utentes) mas acrescentando-lhe agora mais dois *outputs*, a saber, *Novos Utentes* e *Utentes em Programa de Metadona*. Os resultados de uma análise de envolvimento desses dados, com “orientação para o *output*” encontram-se expostos na Tabela 9. Escolhemos a “orientação para o *output*” de modo a maximizar, num cenário de recursos disponíveis constantes, a produção eficiente de *outputs*.

Se, ao invés, estivéssemos interessados em manter tanto quanto possível a produção de serviços e o número de pessoas assistidas, mas reduzindo tanto quanto possível os recursos consumidos, o que seria certamente o mais desejável, teríamos escolhido a alternativa analítica de “orientação para o *input*” (a título de curiosidade regista-se a existência de algoritmos multi-etápicos de optimização simultânea de *inputs* e *outputs*).

Examinemos então o nosso exemplo (Tabela 9):

Tabela 9. Análise de Envolvimento de Dados, VRS com orientação para os *outputs* (Modelo: 1 *input* – Custo total da equipa; 4 *outputs* – Ut. Activos, Ut. Metadona, Novos Utentes, Consultas; Ano - 2011).

<i>Unidade</i>	<i>Eficiência Técnica – CRS</i>	<i>Eficiência Técnica – VRS</i>	<i>Eficiência de Escala – SE</i>	<i>Retorno à Escala</i>
<i>Aveiro</i>	1,000	1,000	1,000	
<i>Castelo Branco</i>	1,000	1,000	1,000	
<i>Coimbra</i>	0,683	1,000	0,683	<i>Decrescente</i>
<i>Covilhã</i>	0,755	0,755	1,000	
<i>Figueira da Foz</i>	0,882	0,942	0,937	<i>Decrescente</i>
<i>Guarda</i>	0,659	0,663	0,994	<i>Crescente</i>
<i>Leiria</i>	0,944	0,954	0,989	<i>Decrescente</i>
<i>Marinha Grande</i>	1,000	1,000	1,000	
<i>Pombal</i>	1,000	1,000	1,000	
<i>Viseu</i>	0,729	0,803	0,909	<i>Decrescente</i>
<i>Média</i>	<i>0,865</i>	<i>0,912</i>	<i>0,951</i>	

No ano de 2011, quatro das equipas — Aveiro, Castelo Branco, Marinha Grande e Pombal — exibiram eficiência técnica máxima, numa lógica de funcionamento com CRS. As restantes 6 equipas, exibiram eficiências técnicas entre um mínimo de 65,9% (Guarda) e um máximo de 94,4% (Leiria) e, mais importante ainda, pode concluir-se (mediante o confronto do seu posicionamento em paradigmas de CRS, NIRS e VRS) actuavam todas em contextos de produção com retornos à escala decrescentes (DRS), à excepção da equipa da Guarda (crescente, IRS).

Pelo exposto, pode de imediato concluir-se que é expectável que eventuais investimentos, ou a alocação adicional de recursos, na unidade da Guarda terão como contrapartida mais provável um retorno em termos produtivos proporcionalmente superior ao retorno médio das outras unidades, e ao anterior da Guarda. Conclui-se que, havendo localmente pressão de procura de serviços, valerá a pena investir na Guarda.

Claro que o inverso caracteriza o funcionamento das restantes unidades não eficientes: nestas, para se obter um dado retorno, traduzido em *outputs*, será necessário investir mais, e, progressivamente, cada vez mais, para obter o mesmo acréscimo de *outputs*. Não havendo procura intensa de serviços, será de considerar manter a situação ou até, no caso de ser baixa a procura de serviços e/ou baixas a Eficiência Técnica CRS e a Eficiência de Escala (SE), equacionar um eventual *downsizing* e/ou redução de investimentos (Coimbra, por exemplo).

Um outro tipo de informação proporcionada pela DEA é a que consta na Tabela 10. Nela estão patentes as unidades eficientes que servem de paradigma, ou de exemplo (ou seja, as que são *benchmark*) para cada uma das unidades ineficientes, bem como os respectivos pesos.

Tabela 10. *Benchmarks* das unidades ineficientes e respectivos pesos (Modelo: 1 *input* – Custo total da equipa; 4 *outputs* – Ut. Activos, Ut. Metadona, Novos Ut., Consultas; Ano - 2011).

<i>Unidade</i>	<i>Vezes em que a ET é Benchmark de outra</i>	<i>Benchmark</i>	<i>Peso</i>	<i>Benchmark</i>	<i>Peso</i>	<i>Benchmark</i>	<i>Peso</i>
<i>Aveiro</i>	4						
<i>Castelo Branco</i>	4						
<i>Coimbra</i>	0						
<i>Covilhã</i>	0	<i>M Grande</i>	0,015	<i>C Branco</i>	0,714	<i>Pombal</i>	0,271
<i>Figueira da Foz</i>	0	<i>C Branco</i>	0,746	<i>Aveiro</i>	0,254		
<i>Guarda</i>	0	<i>Aveiro</i>	0,661	<i>Pombal</i>	0,339		
<i>Leiria</i>	0	<i>Aveiro</i>	0,503	<i>C Branco</i>	0,175	<i>Pombal</i>	0,322
<i>M Grande</i>	1						
<i>Pombal</i>	3						
<i>Viseu</i>	0	<i>Aveiro</i>	0,805	<i>C Branco</i>	0,195		

Por exemplo, a equipa da Guarda tem como *benchmark* as de Aveiro (peso = 66,1%) e a de Pombal (peso = 33,9%). Isto quer dizer que os *outputs* ideais para a Guarda deveriam corresponder a uma composição com 66,1% dos *outputs* de Aveiro e 33,9 dos de Pombal.

Repare-se ainda que Coimbra, que não é eficiente senão se se aceitar que há significativos efeitos de escala a determinar o funcionamento das unidades (hipótese VRS), também não é *benchmark* (ou *peer*, ou exemplo) para nenhuma das outras equipas, pois não é eficiente num paradigma CRS. Se se recalculasse o modelo estritamente considerando condições de CRS seria possível obter *benchmarks* e alvos também para Coimbra.

Na Tabela 11 A dispõem-se os objectivos redefinidos para o período subsequente a 2011, calculados de acordo com a metodologia acima descrita (VRS, *output oriented*).

Cumprе esclarecer que dados como os expostos fazem parte do resultado *standard* dos programas de cálculo da DEA. A (sub-)Tabela 11 B serve apenas para tornar mais visíveis os acréscimos de produção a obter nas unidades ineficientes, à excepção de Coimbra, pela razão exposta.

O esforço por maior eficiência exigiria, no ano seguinte (e excluindo o contributo de Coimbra), mais 159 Novos Utentes, mais 449 Utentes em Programa de Metadona, mais 860 Utentes Activos e, finalmente, a realização de mais 1004 consultas.

Tabela 11. Lista de alvos a atingir no período subsequente (Modelo: 1 *input* – Custo total da equipa; 4 *outputs* – Ut. Activos, Ut. Metadona, Novos Ut., Consultas; Ano - 2011).

A - OBJECTIVOS A ESTABELEECER:

<i>Unidade</i>	<i>Custo Total da Equipa (EUR)</i>	<i>Nr. Novos Utentes</i>	<i>Nr. Consultas a Realizar</i>	<i>Nr. Total de Utentes</i>	<i>Nr. Utentes em Programa de Metadona</i>
<i>Aveiro</i>	557.486	217	12.964	1.014	409
<i>C Branco</i>	262.695	63	8.768	377	111
<i>Coimbra</i>	915.283	220	15.140	1.068	443
<i>Covilhã</i>	226.798	56	7.505	331	95
<i>Fig da Foz</i>	337.500	102	9.833	539	187
<i>Guarda</i>	413.158	157	10.016	741	287
<i>Leiria</i>	368.993	133	9.433	643	241
<i>M Grande</i>	233.751	46	5.855	383	168
<i>Pombal</i>	131.957	40	4.273	208	50
<i>Viseu</i>	499.987	187	12.146	890	351
Totais	3.947.608	1.221	95.933	6.194	2.342

B - ACRÉSCIMOS DE PRODUÇÃO FACE A 2011:

<i>Unidade</i>	<i>Varição no Custo Total da Equipa (EUR)</i>	<i>Nr. Adicional de Novos Utentes</i>	<i>Nr. Consultas adicionais a realizar</i>	<i>Acréscimo no Nr. Total de Utentes</i>	<i>Acréscimo no Nr. Utentes em Programa de Metadona</i>
<i>Aveiro</i>					
<i>C Branco</i>					
<i>Coimbra</i>					
<i>Covilhã</i>		21	1.836	81	23
<i>Fig da Foz</i>		22	572	121	40
<i>Guarda</i>		53	3.483	294	150
<i>Leiria</i>		6	432	80	38
<i>M Grande</i>					
<i>Pombal</i>					
<i>Viseu</i>		57	2.396	284	198
Acréscimo		159	1.004	860	449

5.4. Análise longitudinal (Modelo de Malmquist)

Tendo em vista explorar a evolução temporal da eficiência das nossas equipas, explicitando mais finamente os componentes desta, descritos no Capítulo 4.3, efectuámos diversas análises seguindo a metodologia de Malmquist (1953). Seleccionámos para efeito de ilustração no contexto da presente monografia o modelo exposto na Tabela 12.

Tabela 12. Modelo para análise de MPI – Malmquist Production Index (Anos: 2007-2011).

Período	Equipas de Tratamento (DMUs)	Inputs	Outputs
Anos de 2007 a 2011	Aveiro	Despesa Total da ET Nr. de Médicos Nr. de Téc. Sup. Saúde Nr. de Téc. Serv. Social Nr. de Enfermeiros	Nr. Total de Consultas Nr. de Novos Utentes Nr. Total de Utentes Activos Nr. de Ut. em Metadona Nr. de Ut. em Buprenorfina
	Castelo Branco		
	Coimbra		
	Covilhã		
	Figueira da Foz		
	Guarda		
	Leiria		
	Marinha Grande		
	Pombal		
	Viseu		

Note-se que neste modelo optámos por incluir mais *inputs* e *outputs*. Tal opção é consentida pela circunstância de, apesar de se estar a analisar a eficiência de apenas 10 equipas, o facto de as mesmas estarem representadas por observações em 5 anos, tratadas como (quase-)independentes entre si (50 observações) assegura um rácio de casos para variáveis incluídas suficientemente grande para não comprometer a estabilidade dos resultados ou não redundar em excesso de especificação do modelo, eventualidade em que apareceriam possivelmente sobre-representadas nos resultados particularidades espúrias dos dados (Dyson et al., 2001).

Apresentam-se na Tabela 13, *infra*, os resultados da análise referida.

Tabela 13. Resultados da análise de MPI – Malmquist Production Index (Anos 2007 - 2011).

Índices de Malmquist – Síntese da variação de médias anuais

<i>Período</i>	<i>Mudanças na Eficiência Técnica (CRS)</i>	<i>Mudança Tecnológica</i>	<i>Mudança na Eficiência Técnica Pura (VRS)</i>	<i>Mudança em Eficiências de Escala</i>	<i>Varição Global de Produtividade</i>
<i>De 2007 para 2008</i>	0.997	0.954	0.984	1.013	0.950
<i>De 2008 para 2009</i>	1.000	1.152	1.002	0.998	1.151
<i>De 2009 para 2010</i>	0.966	1.016	0.974	0.992	0.982
<i>De 2010 para 2011</i>	1.021	1.094	1.009	1.011	1.116
<i>Médias Geométricas (Todos os Períodos)</i>	0.996	1.051	0.992	1.004	1.046

Índices de Malmquist – Síntese da variação de médias por equipas

<i>Equipa de Tratamento</i>	<i>Mudanças na Eficiência Técnica (CRS)</i>	<i>Mudança Tecnológica</i>	<i>Mudança na Eficiência Técnica Pura (VRS)</i>	<i>Mudança em Eficiências de Escala</i>	<i>Varição Global de Produtividade</i>
<i>Aveiro</i>	1.000	1.031	1.000	1.000	1.031
<i>Castelo Branco</i>	1.000	1.058	1.000	1.000	1.058
<i>Coimbra</i>	1.000	1.024	1.000	1.000	1.024
<i>Covilhã</i>	1.000	1.069	1.000	1.000	1.069
<i>Figueira da Foz</i>	1.000	1.123	1.000	1.000	1.123
<i>Guarda</i>	0.924	1.007	0.928	0.996	0.930
<i>Leiria</i>	1.015	0.979	0.995	1.020	0.994
<i>Marinha Grande</i>	1.000	1.156	1.000	1.000	1.156
<i>Pombal</i>	1.000	1.033	1.000	1.000	1.033
<i>Viseu</i>	1.020	1.042	1.000	1.020	1.063
<i>Médias Geométricas (Todos os Períodos)</i>	0.996	1.051	0.992	1.004	1.046

Numa apreciação global, pode constatar-se que, no que respeita a eficiência técnica (CRS), bem como a eficiência técnica pura (VRS), a tendência esmagadoramente dominante é a da estabilidade demonstrada pelas equipas. Em ambos os indicadores a média de mudanças, verificadas, apesar de negativa, não ultrapassa, para o quinquénio,

1%. A única variação digna de menção foi a diminuição de eficiência técnica da equipa da Guarda, de 7,6%, quase totalmente compensada pelos acréscimos de 1,5% de Leiria e 2% de Viseu.

Já ao nível da mudança tecnológica deve registar-se um acréscimo médio de 5,1% ao longo dos 5 anos, com um mínimo de -2,1% observado em Leiria (a única equipa com evolução média fracamente desfavorável), e um máximo de 15,6% de melhoria na Marinha Grande.

Finalmente, ao longo dos 5 anos observou-se um aumento de produtividade de 4,6%. Apesar deste aumento global registaram-se perdas de produtividade na Guarda, de 7%, e em Leiria, de apenas 0,6%. Em contrapartida, os maiores aumentos médios verificaram-se na Marinha Grande, com 15,6% de aumento da produtividade, e na Figueira da Foz, com 12,3%.

Já apreciando a evolução temporal pode dizer-se que houve tendência para fraquíssimas variações negativas na transição de 2007 para 2008 (Programa PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado — e desenho de nova estrutura orgânica), bem como entre 2009 e 2010 (implantação de um novo SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar Informatizado) e, pelo contrário, variações tendencialmente positivas na transição de 2008 para 2009 (consolidação estrutural e orgânica do IDT, IP) e de 2010 para 2011 (consolidação e fixação de novos processos e práticas de registo no SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar).

6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES FINAIS

Na presente monografia pretendemos proporcionar mais do que um simples estudo científico formal de aplicação de uma metodologia analítica, a DEA, à avaliação da realidade funcional das nossas unidades autónomas de prestação de cuidados ambulatoriais. Almejámos sobretudo possibilitar uma ilustração das propriedades do referido método, e demonstrar a sua potencial utilidade quando utilizado judiciosamente no âmbito da gestão de Serviços Públicos.

Declaradamente, visámos ainda integrar essa potencialidade na realidade vivida de reformas de uma instituição pública concreta, no último decénio, e demonstrar que a utilização de tais técnicas não só não seria estranha nesse contexto, como se configuraria como mais um elemento de reforço das mudanças organizacionais de que pudemos dar testemunho.

Tem-se assistido nas últimas décadas a um movimento muito significativo visando a melhoria das práticas dos serviços públicos através da capacitação em gestão dos seus dirigentes e da importação de técnicas de gestão, acompanhamento, análise, planeamento, execução de actividades e sua avaliação, semelhantes às utilizadas no mundo empresarial e em outras organizações não públicas.

Este movimento, designado frequentemente pela sua denominação em língua inglesa como *New Public Management*, tem tido assinalável e progressiva expressão entre nós, sobretudo nos últimos 20 anos, chegando até, como procurámos ilustrar com o caso do IDT, a suscitar novas formas de organização, a levar à definição de novos paradigmas técnicos na realização da missão dos serviços, bem como a redesenhar a prestação de contas (*lato sensu*) por parte desses mesmos organismos.

Esta orientação, como vimos explicitamente assumida por decisores políticos de topo, tem-se traduzido em inovações bem perceptíveis, quer ao nível do funcionamento e da gestão, quer ainda na lógica de avaliação dos serviços por entidades reguladoras, como o Tribunal de Contas, o Ministério das Finanças, ou por outras instâncias superiores da administração pública como, na área do nosso particular interesse e actividade, o Ministério da Saúde ou a ACSS (*vide supra* Tabela 5). Neste âmbito particular, bastará lembrar exemplos referidos como o da introdução da gestão por objectivos, da avaliação de desempenho (QUAR / SIADAP 1, SIADAP 2 e 3), do generalizado uso de

instrumentos gestionários estratégicos de planeamento e prestação de contas para direccionamento da actividade e satisfação mais eficiente de necessidades colectivas.

A vertente que mais nos interessou no presente trabalho foi, por opção nossa, a vertente mais interna, e de “produção própria”, de um serviço público e não tanto aquela que se realiza sobretudo através de parcerias e colaboração estreita com outras entidades públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos.

No entanto, como vimos, esta última vertente de intervenção comunitária integrada foi sempre uma importantíssima faceta da actividade dos serviços anteriores ao IDT e do próprio IDT, IP, mas que, contudo, não esteve no foco das nossas atenções no que respeita à ilustração do uso da DEA. Tal sucedeu por duas razões: 1) manifesta impossibilidade nossa de, em tempo útil, podermos compilar dados sobre estas actividades, 2) o nosso propósito assumido de ilustrar um contexto de utilização potencial, desiderato que, com recurso às especializadas e funcionalmente muito semelhantes equipas de tratamento, ficaria satisfeito.

Todavia, fica-nos a convicção que a área dos programas de intervenção comunitária se revelaria também como um campo de aplicação interessante das técnicas que ilustrámos, ou de outras afins, pois os simples ensaios que realizámos, relativos às equipas de tratamento, terão sido suficientes para mostrar como a DEA pode com proveito ser utilizada na alocação de recursos a tarefas concretas ou para procurar folgas funcionais e ineficiências e corrigi-las nos serviços públicos. Também ilustrámos como pode, a partir da DEA, ficar a perceber-se se melhorias de eficiência podem ser obtidas dentro de um mesmo paradigma tecnológico, ou se exigem mudanças suplementares desta natureza. No caso das nossas unidades, ficou claro que, para a maioria delas, ganhos adicionais (face aos recursos disponíveis e ao nível de desempenho atingido colectivamente e comparativamente ao conhecido de outros serviços de saúde), somente poderiam ser alcançados com mudanças tecnológicas. Chamamos a atenção para o facto de que quando falamos em mudanças tecnológicas não estamos, no caso vertente, a referir vultuosos investimentos de capital ou reforço significativo em meios humanos. No contexto funcional ilustrado neste estudo, mudança tecnológica poderá apenas significar uma mudança na forma de se prestarem cuidados, por exemplo, detectando e difundindo a descoberta de novas formas de prestação mais eficiente de cuidados, por exemplo através da redistribuição de tarefas e reorganização do trabalho de diferentes grupos profissionais. Esta pode ser uma virtualidade importante do uso destas técnicas: guiar esforços de redireccionamento do que se faz, e do como se faz. Numerosos autores de

diversos quadrantes chamaram antes a atenção, ou até já ilustraram, as potencialidades da DEA neste particular.

Poderiam alguns objectar que tais lógicas estão grandemente prejudicadas, no que toca aos serviços públicos, pela marcada rigidez da estrutura de recursos humanos e pela necessidade de satisfazer valores que muitas vezes são até incompatíveis com uma lógica de mera eficiência económica.

Ora, o que procurámos ilustrar em diversos pontos deste trabalho, sem o referir explicitamente é certo, é que o facto de se encarar uma organização com alguma complexidade de missão, como o IDT, como visando a satisfação de necessidades inventariadas, através de actividades bem delimitadas, proporciona oportunidades singulares neste âmbito. Se, por um lado, os modelos de funcionamento económico que caracterizam o funcionamento dos serviços de saúde só muito imperfeitamente se podem aproximar aos de mercados ideais, por exemplo devido à limitada concorrência e a custos e rendimentos altamente regulados que os caracterizam, ou a uma assinalável rigidez laboral, também é verdade que nos serviços públicos se podem adoptar, com os ajustamentos necessários, estratégias e técnicas próprias desses mesmos contextos económicos, sem prejuízo relevante para a realização de objectivos públicos fundamentais: quando, por exemplo, nos referimos à possibilidade de efectuar *downsizings* de equipas, e/ou a reduções ou reestruturações de pessoal, tal não pode ser separado de uma criteriosa avaliação do eventual impacto que tais decisões possam ter sobre o acesso a cuidados de qualidade, sempre que pretendido pelos cidadãos; também não deve, por outro lado, ser entendido como preconizando a introdução de lógicas capitalistas “puras e duras”, em que tudo se sujeita à maximização da eficiência ou do lucro (nos serviços públicos, na maioria das vezes apenas traduzido por menores gastos).

A simulação interna de modelos de estruturação de actividades tendo em vista a realização da missão, e a adopção (ou simulação) de mecanismos contabilísticos de tipo analítico, ou do tipo da ABC (*Activity Based Costing*), *i.e.*, dos sistemas de custeio baseados em actividades, como era o caso na DRC do ex-IDT, IP, proporcionou grande versatilidade e capacidade de obter melhorias de eficiência, possibilitando assim perspectivar de um ponto de vista novo as potencialidade das técnicas ilustradas. Por exemplo, reafectando pessoal das equipas de tratamento a outras das equipas/actividades mais carenciadas desenvolvidas na mesma região, como as actividades de formação, supervisão e acompanhamento de intervenções comunitárias,

pode ser aproximável, na maioria dos aspectos significantes, a uma redução de pessoal nas primeiras equipas, sem que a mesma de facto tenha ocorrido.

Tanto quanto nos foi proporcionado saber, não haverá entre nós, pelo menos publicados, precedentes de utilização das técnicas aqui ensaiadas na monitorização e condução de pequenas unidades autónomas prestadoras de serviços na área da saúde, o que constituiu um desafio e uma motivação adicional para a efectivação do presente ensaio.

Não podemos deixar de constatar que, de um ponto de vista mais pragmático, cremos ter conseguido, ao longo do presente trabalho, demonstrar as virtualidades desta família de técnicas, bem como ilustrar como podem ser utilizadas para levar a cabo, com maior eficácia, tarefas incontornáveis da gestão de serviços, optimizando a utilização de recursos e promovendo uma concomitante melhoria contínua da eficiência. Em particular, as técnicas de DEA na sua vertente mais clássica revelaram-se como de extrema simplicidade e passíveis de utilização relativamente generalizada desde que se disponha de uma vulgar folha de cálculo. Ao contrário de outros métodos clássicos econométricos (funções Cobb-Webb, métodos translogarítmicos, análise paramétrica de fronteiras estocásticas ou mesmo métodos estatísticos tradicionais com criação de índices ou envolvendo a regressão logística) a DEA destaca-se pela sua simplicidade e facilidade de aplicação. Consolidámos a crença de que estes métodos, mais facilmente que as alternativas referidas, poderão fazer com proveito geral a migração do mundo académico para a resolução pragmática de problemas organizacionais relevantes. Os exemplos simples que apresentámos, todos realizados com recurso a programas informáticos de utilização livre, visaram exactamente ilustrar, com a simplicidade que os nossos dados consentiam, essas mesmas virtualidades.

Estará agora mais clara a importância de se valorizar a utilidade de uma técnica como a DEA no contexto de uma organização no seu todo, e a necessidade de se ter em conta o *setting* laboral em que se aplica. Pode efectivamente facilitar o redireccionamento interno de recursos preciosos, dispensar investimentos adicionais (para além ainda permitir a minimização de ineficiências puras e folgas). Como vimos, num contexto de redução de valores nominais de financiamento foi possível simultaneamente alargar a esfera de acção do IDT, multiplicar os seus programas e ainda assumir novas responsabilidades.

Não podemos deixar de salientar que o desempenho funcional observado nas equipas ao longo de um período tão conturbado e marcado por dificuldades e exigências crescentes, foi claramente o da resistência a essas pressões, com reforço da homogeneidade e eficiência funcional e até acréscimo de produtividade global. Também lembramos como,

após a integração das equipas dos CRA, e da assumpção de responsabilidades no campo da alcoologia, não houve necessidade de financiamento adicional ou de compensação orçamental. A disponibilidade de técnicas como a DEA teria proporcionado, nesta conformidade e com estes objectivos, uma ajuda que se nos afigura muito valiosa.

Em concreto, tentámos ilustrar como pode ficar a saber-se, com rapidez e simplicidade, onde poderá ser mais rentável investir capital financeiro ou humano e onde esforços adicionais terão menor retorno em escala, equacionando sempre essas sugestões com a necessidade específica dos serviços públicos assegurarem primordialmente a realização concomitante de outros valores como os da equidade, acessibilidade, universalidade, humanismo, qualidade, etc., como também referimos.

Neste ponto, convirá discutir uma limitação dos dados a que tivemos acesso. Os *outputs* considerados traduziam fundamentalmente actividade produtiva e não asseguravam que os desejados *outcomes*, como o aumento de taxas de abstinência, a diminuição do número de novas infecções, de recaídas ou até a satisfação das necessidades noutras esferas, tal como percebidas pelos utentes e comunidade em geral, estivessem a ser realizados. Naturalmente que será sempre preferível dispor de indicadores mais apropriados, como estes últimos, para revelar efectividade e qualidade das intervenções e resultados. Contudo, como discutimos antes, no campo da saúde é por vezes muito difícil, ou não existe consenso sobre quais são, em cada contexto de trabalho, os melhores indicadores para esse fim. Por outro lado, acresce que, quando estes existem e são aceites, é muitas vezes difícil estabelecer um nexo de causalidade entre os primeiros e os segundos. Como referimos, há extensa literatura sobre o assunto, nomeadamente no campo da saúde. De um ponto de vista técnico a introdução de indicadores de qualidade pode considerar-se hoje em dia *standard* e não afecta o modo como as técnicas são empregues. A única diferença estará nas potencialidades a nível conclusivo e de generalização de resultados que se pode alcançar. Simplificando, poderíamos dizer que a disponibilidade de tais indicadores poderia contribuir (e dizemos poderia porque nem sempre assim será, em virtude do problema de causalidade descrito) para melhorar os processos de busca de maior eficiência na direcção da realização de resultados colectivamente relevantes. Contudo, admitimos até a existência de alguma artificialidade teórica nesta questão pois, de facto, não há apenas indicadores caracterizáveis categorialmente e de modo mutuamente exclusivo, como descritores de actividade, ou como descritores de resultados. Há sim, frequentemente, uma mescla de indicadores que, sendo alguns ainda assim indicadores de actividade, são também indicadores que

traduzem a obtenção de resultados socialmente desejáveis e, em si mesmos, um bem. Referimo-nos, no contexto dos indicadores a que recorreremos ao Nr. Total de Utentes tratados, ou ao Nr. de Novos Utentes, ou ainda ao Nr. (e proporção) de utentes em programa de substituição. Lembramos agora que, no contexto real do IDT, alguns destes objectivos foram isolados em contexto de avaliação da ENLCD como representando deficiências a colmatar: era necessário fazer mais consultas, tratar consistentemente cada vez mais cidadãos ao longo da vida e, sobretudo, reforçar a acessibilidade, assegurando que novos casos emergentes tinham acesso ao tratamento. Na sequência destas orientações estratégicas houve mesmo alguns anos em que estes objectivos foram contratualizados à escala nacional e vertidos desdobradamente como objectivos a atingir pelas Delegações Regionais, primeiro, pelas unidades orgânicas, depois, e, finalmente, por cada um dos técnicos de saúde no terreno. Após esta explicação poderá aquilatar-se melhor a razão porque exemplificámos, a partir de dados reais, o estudo de folgas e ineficiências nas nossas unidades.

Muitas vezes no mundo real das organizações a informação disponível não é tão rica como seria desejável numa perspectiva puramente académica, nem está facilmente disponível, pelo que os gestores têm que fundamentar frequentemente as suas decisões em informação vaga, incerta e até indirecta, para guiarem a sua acção. É precisamente nesta acepção que nos parecem mais interessantes as virtualidades da DEA e em que as evidentes fraquezas e óbvias insuficiências dos nossos dados se revelam menos importantes, pois apesar de tudo foi possível exemplificar algumas técnicas e obter resultados não só consistentes como reveladores de uma realidade que, com fundamento em outro tipo de razões, e lógica descritiva, já se intuía.

Ainda de um ponto de vista factual, não podemos deixar de constatar a evidência de uma assinalável estabilidade, coerência e proximidade de desempenho, a um nível de grande eficiência média, das nossas unidades que, ainda assim, não deixam por completo de reflectir, quer as circunstâncias históricas da sua implantação, quer as vicissitudes concretas a que estiveram sujeitas nos últimos anos.

Permita-se-nos uma ressalva, e uma nota de precaução: sendo potencialmente benéfico que se promova a eficiência, há na realidade do funcionamento dos serviços de saúde (tal como nos outros, convenhamos) componentes que extravasam sempre o domínio próprio dos modelos analíticos, e remetem para paradigmas de governança clínica ou para aspectos técnicos que são próprios do domínio especializado de actividade e em relação aos quais estas técnicas devem conformar-se. Não o esqueçamos.

Todavia, e tendo em conta todo o exposto teríamos de concluir que, face a práticas passadas (e ainda presentes, reconhece-se) de orientação funcional com base em meras opiniões, será apesar de tudo melhor utilizar alguns indicadores, mesmo que imperfeitos, do que nenhuns, para corroborar percepções mais subjectivas. Acrescentamos ainda que o uso judicioso de técnicas de DEA poderia ter facilitado grandemente a definição e desdobramento de objectivos nas diferentes unidades na altura em que as dirigimos. Tal abordagem possibilitaria, *ab initio*, uma clara percepção das disponibilidades, em contexto limitado de investimento suplementar, mediante, por exemplo, o exame de modelos de envolvimento orientados para os *outputs*.

Numa outra vertente, também mostrámos a utilidade destas técnicas para perceber com objectividade a existência de ineficiências de escala e, em geral, como as análises de eficiência podem ter utilidade para auxiliar um gestor a detectar discrepâncias e anomalias locais que eventualmente necessitem de correcção ou esforços adicionais. Por exemplo, a detecção de ineficiências como as ilustradas (que incluíram *inputs* com métricas financeiras) pode estimular o gestor a procurar causas específicas para essas discrepâncias e a perceber, por exemplo, que a causa determinante para a aparente ineficiência relativa de uma unidade é um protocolo que encarece desmedidamente a contratação de alguns profissionais, ou o recurso a instalações inadequadas por demasiado onerosas. A correcção de factores como estes que se descrevem não compromete, habitualmente, a realização de objectivos ligados à missão nuclear de um serviço público; pelo contrário, antes a reforça, permitindo libertar meios para melhor a efectivar.

Um outro aspecto que cumpre discutir é o da adequação deste tipo de técnicas, utilizadas com muita frequência em contextos organizacionais em que a maximização do lucro é a finalidade dominante, ao contexto particular dos serviços públicos, em que a rentabilização de recursos será apenas um, embora cada vez mais necessário e incontornável, objectivo secundário, subordinado, à concretização de outros valores públicos.

Esta questão é, muitas vezes, estimulada pela não infrequente manifestação de má (por estreita e reducionista) translação e uso de técnicas importadas do mundo dos negócios. A convicção que formámos é a de que este tipo de tecnologias de análise não pode, em particular nos serviços públicos, ser aplicada inconsideradamente ou sem atender às especificidades de acção desses mesmos serviços e à sua missão nuclear.

Eficiência, neste contexto, tem necessariamente de ser entendida mais como “eficiência na produção de valor em saúde para os cidadãos” ou seja, como efectividade real na produção de valor-saúde, e não apenas no sentido de mera eficiência económico-financeira. Ao longo do presente trabalho fizemos esforços no sentido de ilustrar que a aplicabilidade e valor de técnicas como as que suscitaram a nossa curiosidade, mais do que nelas mesmas, está dependente de todo um conjunto vasto de factores organizacionais, de outras medidas que são ou não adoptadas simultaneamente. Poderiam lembrar-se a gestão por objectivos, a importância de uma cultura organizacional ligada à realização de objectivos exigentes mas atingíveis, ou ainda a avaliação de desempenho, para reforçar a necessidade de organização de todos estes na formulação de estratégias e planos de acção fundados numa constante análise da evolução das necessidades.

Estes aspectos, salientados amplamente ao longo deste trabalho permitirão compreender porque consideramos que o IDT se constituiu como um exemplo singular, talvez um verdadeiro *case study*, no contexto dos serviços de saúde e, em particular, no contexto das reformas da administração pública em Portugal.

Como tentámos ilustrar, a gravidade dos problemas a enfrentar impulsionou a adopção de medidas tecnicamente inovadoras no que respeita aos problemas de saúde propriamente ditos, bem como ao nível do desenho e filosofia de acção dos dispositivos públicos colocados ao serviço da batalha contra as dependências que era imprescindível travar. O pioneirismo e extensão na introdução de medidas reformadoras, bem como o sucesso associado à adopção de medidas técnicas radicais e inicialmente polémicas, também estarão seguramente ligados à agilidade e independência de um pequeno instituto, relativamente aos modelos administrativos e gestionários ainda dominantes em faixas muito amplas do sector da saúde.

Na realidade, as reformas descritas no IDT, tiveram algum paralelo, embora com menos visibilidade e impacto, em numerosos serviços de saúde e, por seu turno, estas increveram-se num amplo movimento reformador que, de modo diferenciado, terá tocado aspectos diferentes em sectores diferenciados da gestão e administração pública.

É certo que no sistema hospitalar público também ocorreram concomitantemente importantes experiências de renovação funcional e de gestão, comprometidas com a lógica da NPM. Contudo, a muito maior dimensão e rigidez orgânica de tais estruturas hospitalares, associada à tradicional baixíssima orientação para as necessidades globais da comunidade face às dos cidadãos doentes que a elas recorrem, associadas à

persistência de organizações internas burocráticas e às vezes quase feudais, tornou nestas, muitas vezes, os resultados muito menos aparentes e satisfatórios.

Focalizando apenas o sector da saúde poderiam apontar-se como exemplos relevantes a já mencionada empresarialização dos hospitais públicos (primeiro como hospitais SA e depois como EPE), as experiências de concessão de gestão hospitalar, as experiências de formação de ULS - Unidades Locais de Saúde, as PPP - Parcerias Público Privadas em saúde, ou, noutra vertente, a contratualização interna de serviços a equipas autonomizadas (o modelo das USF – Unidades de Saúde Familiar) como eixo fundamental da reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Também nestes sectores foi tentada a introdução de sistemas de avaliação de desempenho, a implementação de planos estratégicos e outras medidas semelhantes às que descrevemos como tendo tido aplicação articulada no contexto do IDT e IDT, IP.

Estamos seguros de que não estaremos a ser polémicos se constatarmos que, na maioria destes casos, se ficou a meio do caminho, muitas vezes apenas com introdução pontual de reformas isoladas e descontextualizadas (gestão de topo hospitalar, SIADAP aqui e ali, por exemplo), num percurso reformista pontuado por avanços e recuos, pela aplicação mecanicista e burocrática de medidas isoladas, encaradas frequentemente como meras formalidades desprovidas de conteúdo, e infelizmente, ainda demasiadas vezes sem relação descortinável com a produção de significativo valor público.

Entretanto, continua a ser repetido até à exaustão nos média, por altos funcionários, responsáveis políticos do sector da saúde, e por académicos respeitáveis, que o volume de ineficiência e desperdício no Serviço Nacional de Saúde andarà ainda em torno de 10% do orçamento anual da saúde, ou seja, acima dos 600 milhões de Euros anuais. É a esta luz, e considerando a crise que o nosso país atravessa, que se deve enquadrar a necessidade de levar muito a sério a busca de eficiência e efectividade no sector.

Infelizmente, a profunda crise financeira internacional iniciada em 2008, e o desabar das finanças públicas que tem abalado o nosso país desde 2011, ainda lançou maiores sombras sobre o futuro, colocando decididamente em primeiro plano a questão sempre negligenciada da sustentabilidade financeira do SNS.

Não podemos, nem queremos, neste contexto, ocultar algum pessimismo. Podemos constatar que uma das primeiras medidas adoptadas pelo governo que teve de enfrentar a crise foi a dissolução do IDT, IP, com integração *ad hoc* das suas estruturas assistenciais nas ARS, elas mesmas institutos públicos de acção regional, orgânica e

funcionalmente independentes entre si, e elas mesmas com extinção diversas vezes anunciada como possível no curto a médio prazo.

Esta decisão, não explícita ou objectivamente fundamentada, nem, como tentámos ilustrar, coerente face a uma longa sucessão de reformas e *modus faciendi*, parece ter sido determinada mais por razões de natureza contextual, políticas e financeiras, que por uma avaliação objectiva de não conformidade com o atingimento de objectivos ou evidência de perda de eficiência, como aliás se tenta modestamente ilustrar no presente estudo.

Compreender-se-á agora melhor, esperamos, a ênfase que colocámos na avaliação da eficiência funcional das nossas unidades, em paralelo com uma exposição contextualizada do historial de intervenções no campo das dependências, perspectivadas ambas à luz do evoluir de reformas e de concepções sobre o que devem ser serviços públicos modernos e/ou como se devem realizar relevantes valores públicos.

Se outras razões não houvesse, o nosso estudo justifica-se como (um modestíssimo, mas até ver singular, no que respeita a eficiência) registo de uma linha de base funcional que fica para memória futura, um registo sobre o que se fez, e como se fez, neste campo, até 2012, com especial atenção dedicada a um pequeno grupo de equipas da região centro do país. Se um dia tal viesse a ser possível (o que temos como muito improvável) poderiam vir a estabelecer-se úteis comparações.

De facto, desde 2012, toda a actividade de planeamento, orientação funcional e avaliação, passou a estar atribuída, sem vínculo hierárquico, a uma nova Direcção-Geral localizada em Lisboa, o SICAD, que passou a planear, orientar e a avaliar, sem ter tutela ou acesso directo ao terreno e à realidade das unidades funcionais e, portanto, com capacidade muito reduzida para influenciar a produção de resultados.

Objectivamente, atribuiu-se a concretização da missão de um pequeno instituto, alvo de admiração um pouco por todo o mundo, e que pesava, à data da extinção, menos de 0,5% do orçamento público da saúde, a seis entidades orgânicas independentes.

Objectivamente, estas medidas configuram um retrocesso no que concerne à organização de serviços, em direcção a um *status quo* semelhante ao que, precisamente pela falta de *steering* credível, bem como de resultados consistentes e equilibrados em diferentes regiões do país, levou, alguns anos antes, à decisão fundamentada de integração dos Centros Regionais de Alcoologia no IDT. Dito de outro modo, generalizou-se agora para todo o IDT, e de forma ainda mais radical, o modelo organizacional que

ainda há bem pouco tempo se considerava falhado e inoperante, e se revelara inadequado para assegurar intervenções consistentes e credíveis apenas no domínio dos problemas causados pelo álcool (recorda-se que os CRA, antes da integração no IDT, funcionavam sob a tutela administrativa e financeira das respectivas ARS, e, simultaneamente, sob a orientação funcional da Direcção Geral da Saúde).

Se à primeira vista se poderia admitir que nesta medida se espelhariam tendências de fragmentação e regionalização típicas de alguns movimentos mais excessivos de reforma que, justamente, dadas as suas consequências, contribuíram para ensombrar aos olhos de muitos a reputação da NPM, acontecimentos posteriores parecem apontar noutras direcções.

De facto, volvidos 3 anos, planeia-se agora a integração de parte das antigas unidades funcionais do IDT, IP (o que resta dos CRI e suas Equipas de Tratamento, agora tuteladas pelas ARS) nas estruturas que asseguram os cuidados de saúde primários, enquanto se determina que outra parte (as Unidades Regionais de Alcoologia, as Unidades de Desabilitação e as Comunidades Terapêuticas) sejam extintas e fundidas, a curto prazo, nos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental hospitalares.

Entretanto saíram, por quebra de contratação, transferência para outros serviços de saúde na esfera das ARS, e para outros serviços públicos, só no primeiro ano após a extinção do instituto, mais de 200 colaboradores destas unidades (Goulão, 2013b). Simultaneamente, e quem o admite ainda é o actual Director Geral do SICAD, há indícios seguros de um recrudescimento do número de recaídas (Goulão, 2013b) que, aliás, tal como a experiência portuguesa do passado e a literatura internacional antecipam, é expectável em momento de crise social e económica. Quanto à reforma efectuada, explicita ainda o mesmo dirigente, sem rodeios, que “não vejo vantagem na integração dos serviços nas ARS. No instituto tínhamos profissionais com capacidade para lidar com as situações. Com essa passagem criou-se uma atrofia onde não existia” (Goulão, 2013b).

Também nós próprios vemos com muita apreensão estes recentes movimentos de reforma. Considerando todo o exposto na presente dissertação, e estes sinais que agora se registam, afiguram-se-nos cada vez mais como arriscados os movimentos efectuados, e como mais nítidos os indícios do que efectivamente se irá concretizar.

Parece-nos que, mais do que uma simples reforma com reorganização de serviços (que ainda assim seria para nós pouco oportuna e feliz, devido às razões expostas), estará

paulatinamente a efectivar-se é uma verdadeira extinção de serviços associada uma iniludível redução de intervenção pública, directa e indirecta, nesta área.

Satisfar-se-á assim, convenhamos que numa escala exígua, e tenha ou não sido essa a intenção primordial dos decisores do Ministério da Saúde em 2011, o apelo de Rhodes a uma governança sem governo, e à definição de um “estado mínimo” como o melhor estado, uma velha ideia que tem sido recentemente divulgada por muitos no nosso país como a solução milagrosa para as dificuldades actuais dos estados-providência.

As razões principais para este desfecho são para nós evidentes: tudo indica que tenham sido tomadas decisões fundamentais sob pressão, num momento crítico e não atendendo a consequências previsíveis da crise; porque parece que tais decisões foram tomadas sem fundamento em qualquer avaliação objectiva ou consistente de resultados; porque assistimos a sucessivas hesitações e a medidas adoptadas sem rumo definido ou objectivos transparentes; e, sobretudo, porque todas estas mudanças parecem estar a ser efectuadas em franca ruptura face a prévias avaliações de resultados, e em desconsideração de todo o *know-how* adquirido de centragem eficiente da actividade pública nas necessidades concretas dos cidadãos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Afonso, A., Fernandes, S. (2006). Measuring local government spending efficiency: Evidence for the Lisbon Region. *Regional Studies*, 40, 39-53.
2. Afonso, A., Fernandes, S. (2008). *Assessing hospital efficiency - Non-parametric evidence from Portugal*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa (Departamento de Economia), Working Papers Nr. 7.
3. Afonso, A., St. Aubyn, M. (2005). Non-parametric approaches to education and health efficiency in OECD countries. *Journal of Applied Economics*, 8, 227-246.
4. Afonso, A., St. Aubyn, M. (2006). Cross-country efficiency of Secondary Education provision: A semi-parametric analysis with non-discretionary inputs, *Economic Modelling*, 23, 476-491.
5. Alford, J. (2008). The limits to traditional public administration, or rescuing public value from misrepresentation. *Australian Journal of Public Administration*, 67(3), 357-366.
6. Alford, J. & O'Flynn, J. (2009). Making sense of public value: Concepts, critiques and emergent meanings. *International Journal of Public Administration*, 32(3-4), 171.
7. Almeida, A., Figue, J.P. (2011). Evaluating hospital efficiency for quality indicators: an application to portuguese NHS hospitals. Faculdade de Economia da Universidade do Porto. *Working paper 435*.
8. Araújo, J. (2013). Da nova Gestão Pública à nova governação pública: pressões emergentes na Administração Pública, in César Madureira & Maria Asensio, *Handbook de Administração Pública*. Lisboa, INA Editora, pp. 91-102.
9. Banker, R., Charnes, A., Cooper, W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30: 1078-1092.
10. Barros, C., Borges, M., Barroso, N. (2005). Evaluating the efficiency and productivity of insurance companies with a Malmquist index: A case study for Portugal. *Geneva Papers on Insurance-Issues and Practice*, 2: 244-267.

11. Barros, P.P. (2013). *Economia da Saúde. Conceitos e Comportamentos* (3ª ed. Atualizada). Lisboa, Almedina, 475 p.
12. Benington, J., Moore, M. (2011). *Public Value. Theory and Practice*. London/New York, Palgrave Macmillan.
13. Bhagavath, V. (2006). Technical efficiency measurement by data envelopment analysis: An application in transportation. *AJBR, Alliance Journal of Business Research*, 60-72.
14. Bilhim, J., Marques, C., Cunha, A., Pereira, P., Antunes, E., Barraquero, L. (2006). *Relatório Final da Comissão Técnica do PRACE*, in www.dgaep.gov.pt/ (acesso em 20 de Novembro de 2013).
15. Bogetic, Z., Chattophadyay, S. (1995). Efficiency in Bulgaria's Schools. A nonparametric study. *Policy Research Working Paper 1422*. Washington, DC: World Bank.
16. Bozeman, B. (2002). Public-value failure: When efficient markets may not do. *Public Administration Review*, 62(2), 145.
17. Bozeman, B. (2007). *Public-values and Public Interest: Counterbalancing Economic Individualism*. Washington, DC, Georgetown University Press, 225 p..
18. Burgess, J., Wilson, P. (1995). Decomposing hospital productivity changes, 1985-1988: A non-parametric Malmquist approach. *Journal of Productivity Analysis*, 6: 342-363.
19. Cardoso, F.H. (2011). Prefácio, in A. Domoslawski, *Política da Droga em Portugal – Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*. Lisboa, Open Society Foundations (Global Drug Policy Program), p. 7-9.
20. Carreira, C. (1999). Economias de escala e de gama nos hospitais portugueses. Uma aplicação da função de custo variável *translog*. Documento de Trabalho 3/99, APES (Associação Portuguesa de Economia da Saúde).
21. Carvalho, E. (2013). Redesenho da máquina administrativa em Portugal e racionalidade política: o caso do PRACE, in César Madureira & Maria Asensio, *Handbook de Administração Pública*. Lisboa, INA Editora, pp. 227-248.
22. Charles, V., Kumar, M., Zegarra, L., Avolio, B. (2011). Benchmarking Peruvian Banks using Data Envelopment Analysis. *Journal of CENTRUM Cathedra*, 2: 147-164.

23. Charnes, A., Cooper, W., Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2, 429-444.
24. Chirikos, T., Sear, A. (2000). Measuring hospital efficiency: A comparison of two approaches. *Health Services Research*, 34, 1389-1408.
25. Coats, D., Passmore, E. (2008). *Public Value: The Next Steps in Public Service Reform*. London, The Work Foundation.
26. Coelli, T. (1996). *A Guide to DEAP Version 2.1: A Data Envelopment Analysis Computer Program*. CEPA Working Paper 96/08. Armidale: Department of Econometrics, University of New England.
27. Coelli, T., Rao, P. (2003). Total factor productivity growth in agriculture: a Malmquist index analysis of 93 countries, 1980-2000. *CEPA Working Paper Series No. 02/2003*. Queensland: School of Economics, University of Queensland.
28. Cooper, W., Seiford, L., Tone, K. (2000). *Data envelopment analysis*. Boston: Kluwer.
29. Corte-Real, I. (2008). Public Management Reform in Portugal: Successes and Failures, *The International Journal of Public Sector Management*, 21(2): 205-229.
30. Costa, C. (2007). *A Droga, o Poder Político e os Partidos em Portugal*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
31. deLeon, L., Denhardt, R. (2000). The Political Theory of Reinvention. *Public Administration Review*, 60(2): 89-97.
32. Dias, L. (2007). *As Drogas em Portugal: o Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004* (1.^a ed.). Coimbra, Pé de Página Editores.
33. Domoslawski, A. (2011). *Política da Droga em Portugal – Os Benefícios da Descriminalização do Consumo de Drogas*. Lisboa, Open Society Foundations (Global Drug Policy Program).
34. Dyson, R.G., Allen, R., Camanho, A.S., Podinovski, V.V., Sarrico, C.S., Shale, E.A. (2001). Pitfalls and protocols in DEA. *European Journal of Operational Research* 132: 2, 245-259.
35. Eckerman, S. (2004). Measuring performance consistent with evidence-based medicine in practice. *CAER Working Paper No. 2006/08*. Adelaide: Faculty of Commerce and Economics, University of New South Wales.

36. Eckerman, S., Coelli, T. (2008). Including quality attributes in a model of health care efficiency. *CEPA Working Paper Series No. 03/2008*. Queensland: School of Economics, University of Queensland.
37. EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions (2011). *Drug Policy Profiles – Portugal*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
38. Erlandsen, E. (2008). Improving the Efficiency of Health Care Spending: What Can be Learnt from Partial and Selected Analyses of Hospital Performance? *OECD Economic Studies No. 44*. Paris: OCDE.
39. Estêvão, C. (2013). *O IDT, IP no contexto do NPM e do PRACE*. Dissertação de Mestrado. Dep. de Ciências Sociais, Políticas e do Território, Universidade de Aveiro.
40. Färe, R., Grosskopf, S., Lindgren, B., Poullier, J. (1997). Productivity growth in health care delivery. *Medical Care*, 35: 354-366.
41. Färe, R., Grosskopf, S., Lindgren, B., Roos, P. (1994). Productivity developments in Swedish hospitals: A Malmquist output index approach, in: Charnes, A., Cooper, W., Lewin, A., Seiford L. (eds.), *Data envelopment analysis: Theory, methodology and applications*. Boston: Kluwer, 253-272.
42. Farnham, D., Horton, S. (1996). *Managing the New Public Services*. Basingstoke, Macmillan.
43. Farrell, M. (1957). The Measurement of productive efficiency. *Journal of The Royal Statistical Society, Series A*. 120, 253–281.
44. Ferlie, E., Pettigrew, A., Ashburner, L., Fitzgerald, L. (1996). *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
45. Ferlie, E., McGivern, G. (2013). *Making Wicked Problems Governable? The Case of Managed Networks in Health Care*. London. Oxford University Press.
46. Fox, C. (1996). Reinventing Government As Postmodern Symbolic Politics. *Public Administration Review*, 56(3): 256-261.
47. Franco, F., Fortuna, M. (2003). O método de fronteira estocástica na medição da eficiência dos serviços hospitalares: uma revisão bibliográfica. *APES*, DT 2/2003.

48. Frederikson, G., Smith, K. (2003). *The Public Administration Primer*. Boulder, CO, Westview Press.
49. Gesaworld, SA (2013). *Sumário Executivo – Avaliação Externa do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT)*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).
50. Giraldes, M., Oliveira, L. (2007). *Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais EPE e SPA*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
51. Giraldes, M., Amado (2009). A eficiência dos hospitais em Portugal segundo a metodologia DEA: Propostas de intervenção. Comunicação à 11ª Conferência Nacional de Economia da Saúde, Lisboa.
52. Gonçalves, L. (2008). *Análise da eficiência dos hospitais SA e SPA segundo uma abordagem de fronteira de eficiência*. Lisboa: ISCTE, 399 p.
53. Goulão, J. (2013a). As Políticas Portuguesas na Área das Drogas. *Le Monde Diplomatique* – Edição Portuguesa, Janeiro, pp. 14-15.
54. Goulão, J. (2013b). Aumentam as recaídas [Entrevista]. *Correio da Manhã*, 25 de Agosto, p. 19.
55. Greenwald, G. (2009). *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*. Washington, DC, CATO Institute.
56. Harfouche, A. (2008). *Hospitais transformados em empresas — estudo comparativo*. Tese de doutoramento, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade Técnica de Lisboa.
57. Hollingsworth, B. (2003). Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health Care Management Science*, 6, 203-218.
58. Hollingsworth, B.; Dawson, P., Maniadakis, N. (1999). Efficiency measurement of health care: A review of non-parametric methods and applications, *Health Care Management Science*, 2: 161–172.
59. Hood, C. (1991). A Public Management for all Seasons? *Public Administration*, 69(1), 3-19.
60. Hood, C., Jackson, M. (1991). The New Public Management: A recipe for disaster. *Canberra Bulletin of Public Administration*, 1964: 16-24.

61. Hood, C. (1996). Exploring Variations in Public Reform of the 1980s, in H. Bekke, J. Perry & T. Toonen, eds., *Civil Service Systems in Comparative Perspective*. Bloomington: Indiana University Press, p. 268-287.
62. Jacobs, R., Smith, P., Street, A. (2006). *Measuring Efficiency in Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
63. Jorgensen, T., Bozeman, B. (2007). Public values: An inventory. *Administration Society*, 39(3), 354-381.
64. Kapucu, N. (2006). New Public Management: Theory, Ideology, and Practice (Chapter 40), in A. Farazmand & J. Pinkowski, *Handbook of Globalization, Governance and Public Administration*. Boca Raton, FL, CRC Press.
65. Kengil, B., Gökmen, N., Tozan, H. (2010). Efficiency measures in the health services with DEA. An overview. *Journal of Naval Science and Engineering*, 1: 1-14.
66. King, C., Stivers, C. (1998). *Government Is Us: Public Administration in an Anti-government Era*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
67. Kittelsen, S., Magnussen, J. (2003). Economies of scope in Norwegian hospital production - a DEA analysis. *Working Paper 2003:8* (Health Economics Research Programme). Oslo: University of Oslo.
68. Lima, E. (2000). A produção e estrutura de custos dos hospitais públicos. Uma aplicação de um modelo translogarítmico. Documento de Trabalho 2/2000, APES (Associação Portuguesa de Economia da Saúde).
69. Lima, E., Whynes, D. (2003). The financing systems and performance of Portuguese hospitals. Working Paper nº 20. Braga: Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada, Universidade do Minho.
70. Linna, M. (1998). Measuring hospital cost efficiency with panel data models, *Health Economics*, 7: 415-427.
71. Linna, M. (2000). Health care financing reform and the productivity change in Finnish hospitals. *Journal of Health Care Financing*, 26: 83-100.
72. Lovell C. (2000). Measuring efficiency in the public sector, in: Blank, J. (ed.), *Public Provision and Performance*. Amsterdam: North-Holland, 23-53.

73. Lovell, C. (2002). Performance Assessment in the Public Sector, in: Fox, K. (ed.), *Efficiency in the Public Sector*. Kluwer Academic Publishers, 11-35.
74. Lovell, C. (2006). Malmquist productivity index – Government funded education services, in: Avkiran, N. (ed.). *Productivity analysis in the service sector with data envelopment analysis* (3rd ed.), Brisbane: Necmi K. Avkiran, University of Queensland, 149-161.
75. Madureira, C., Ferraz, D. (2010). The Need of a XXI Century Governance Paradigm for Public Administrations – The Specific Case of Portugal, *Public Policy and Administration*, 31: 35-48.
76. Malmquist, S. (1953). Index numbers and indifference surfaces, *Trabajos de Estadística*, 4: 209-242.
77. Maniadakis, N., Thanassoulis, E. (2000). Changes in productivity of a sample of scottish hospitals: A cost index approach. *Applied Economics*, 32: 1575-1589.
78. McCabe, B., Vinzant, J. (1999). Governance Lessons: The Case of Charter Schools. *Administration and Society*, 31(3): 361-377.
79. McCallion, G., Glass, J., Jackson, R., Kerr, C., McKillop, D. (2000). Investigating productivity change and hospital size: A non-parametric approach, *Applied Economics*, 32: 161–174.
80. McKee, M., Healy, J. (2002). *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham: Open University Press.
81. McLaughlin, K., Osborne, S., Ferlie, E. (2002). *The New Public Management: Current Trends and Future Prospects*. London, Routledge.
82. Moore, M., Khagram, S. (2003). On Creating Public Value. What Business Might Learn from Government about Strategic Management. Corporate Social Responsibility Initiative Working Paper No. 3. Cambridge, MA, John F. Kennedy School of Government - Harvard University.
83. Moreira, M.; Trigueiros, F., Antunes, C. (2007). Avaliação da Política Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência 1999-2004 – O Processo e o Impacto na Nova Política. *Toxicodependências*, 13(3): 69-81.
84. Moreira, S. (2008). Análise da eficiência dos hospitais-empresa: uma aplicação da Data Envelopment Analysis. Boletim Económico da Primavera, Banco de Portugal.

85. Mortimer, D., Peacock, S. (2002). Hospital efficiency measurement: simple ratios vs frontier methods. *Working Paper 135*, Centre for health program evaluation.
86. Mozzicafreddo, J., Gouveia, C. (2011). Contextos e Etapas de Reforma na Administração Pública em Portugal, in J. Mozzicafreddo e J. S. Gomes, *Projetos de Inovação na Gestão Pública*. Lisboa, Editora Mundos Sociais, pp. 5-62.
87. Nunamaker, T. (1985). Using data envelopment analysis to measure the efficiency of non-profit organizations: a critical evaluation. *Managerial and Decision Economics*, 6: 50-58.
88. OCDE (1995). *Governance in Transition: Public Management Reforms in OECD Countries*. Paris: OCDE.
89. Odeck, J. (2005). Evaluating target achievements in the public sector: an application of a rare non-parametric DEA and Malmquist indices. *Journal of Applied Economics*, 8: 171-190.
90. Osborne, D., Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government. How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*. Reading, MA: Addison-Wesley.
91. Osborne, S. (2006). Editorial. The New Public Governance? *Public Management Review*, 8(3): 377-387.
92. Ozcan, Y.A. (2008). *Healthcare Benchmarking and Performance Evaluation*. Stanford, CA: Springer, 214 p.
93. Paiva, R. (1993). Eficiência técnica e eficiência de afectação no sistema hospitalar português. Actas do III Congresso da APES (Associação Portuguesa de Economia da Saúde).
94. Perelman, S., Serebrisky, T. (2010). Measuring the technical efficiency of airports in Latin America. *Policy Research Working Paper 5339*. Washington, DC: World Bank.
95. Peters, G., Savoie, D. (1996). Managing Incoherence: The Coordination and Empowerment Conundrum. *Public Administration Review*. 56(3): 281-289.
96. Poiares, C. (1999). Contribuição para uma Análise Histórica da Droga, *Toxicodependências*, 5(1): 3-12.

97. Poiares, C. (2002). A descriminalização do consumo de drogas: abordagem juspsicológica, *Toxicodependências*, Ano 2002, Volume 8, Nº 2, pp. 29-36.
98. Poiares, C. (2007). Prefácio, in Lúcia Nunes Dias, *As Drogas em Portugal: o Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004* (1.ª ed.). Coimbra, Pé de Página Editores, p. 9-12.
99. Quintela, I., Carvalho, A., Tranquada, S. (2006). The Portuguese experience: estimation of the output of hospitals according to different methodologies. Paper presented for the joint OECD/ONS/Government of Norway workshop, *Measurement of non-market output in education and health*, London, October 3-5.
100. Rego, G., Nunes, R., Costa, J. (2010). T The challenge of corporatisation: the experience of portuguese public hospitals. *European Journal of Health Economics*, 11: 367-381.
101. Rhodes, R. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652-667.
102. Salaman, L. (2000). The New Governance and the Tools of Public Action: An Introduction. *Fordham Urban Law Journal*, 28(5): 1611-1674.
103. Sandel, M. (1996). *Democracy's Discontent*. Cambridge, MA, Belknap Press.
104. Sandel, M. (2012). *What Money Can't Buy. The Moral Limits of Markets*. New York, Farrar, Strauss & Giroux.
105. Sarrico, C.S. (1998). Performance measurement in UK universities: Bringing in the stakeholders' perspectives using data envelopment analysis. PhD Thesis, University of Warwick.
106. Sarrico, C.S., Hogan, S.M., Dyson, R.G., Athanassopoulos, A.D. (1997). Data envelopment analysis and university selection. *Journal of the Operational Research Society*, 48: 1163–1177.
107. Sarrico, C.S., Dyson, R.R. (2000). Using DEA for planning in UK universities – an institutional perspective. *Journal of the Operational Research Society*, 51: 789–800.
108. Sarrico, C.S., Teixeira, P.N., Rosa, M.J., Cardoso, M.F. (2009). Subject mix and productivity in Portuguese universities. *European Journal of Operational Research* 197: 287–295.

109. Schwab, K. (2008). Global corporate citizenship: Working with governments and civil society. *Foreign Affairs*, 87(1), 107-118.
110. Solà, M., Prior, D. (2001). Measuring productivity and quality changes using data envelopment analysis: An application to Catalan Hospitals. *Financial Accountability and Management*, 17: 219-245.
111. Sommersguter-Reichmann, M. (2000). The impact of the Austrian hospital financing reform on hospital productivity: empirical evidence on efficiency and technology changes using a non-parametric input-based Malmquist approach. *Health Care Management Science*, 3: 309-321.
112. Stoker, G. (2006). Public value management: A new narrative for networked governance? *American Review of Public Administration*, 36(1), 41-57.
113. Talbot, C. (2008). *Measuring Public Value: A competing values approach*. London, The Work Foundation.
114. Talbot, C. (2010). *Theories of Performance: organizational and service improvement in the public domain*. London, Oxford University Press.
115. Talluri, S. (2000). Data envelopment analysis: models and extensions. *Decision Line*, 8-12.
116. Tavares, G. (2002). *A bibliography of data envelopment analysis (1978-2001)*. RUTCOR Research Report. Piscataway, New Jersey: Rutgers Center for Operations Research, Rutgers University, 183 p.
117. Thatcher, M. (1995). *Downing Street Years*. London, Harper Collins.
118. Terry, L.D. (1993). Why We Should Abandon the Misconceived Quest to Reconcile Public Entrepreneurship with Democracy. *Public Administration Review*, 53(4): 393-394.
119. Valdmanis, V. (1992). Sensitivity analysis for DEA models: An empirical example using public vs. NFP hospitals. *Journal of Public Economics*, 48: 185–205.
120. Zellner, A., Kmenta, J., Dréze, J. (1966). Specification and estimation of Cobb-Douglas functions. *Econometrica*, 34: 784-795.
121. Zere, E. (2000). Hospital efficiency in sub-Saharan Africa evidence from South Africa. *Working Paper 187* (June), World Institute for Development Economics Research: The United Nations University.

122. Zere, E., McIntyre, D., Addison, T. (2001). Technical efficiency and productivity of public sector hospitals in three South African provinces. *South African Journal of Economics*, 69: 336-358.
123. Zhu, J. (2009). *Quantitative models for performance evaluation and benchmarking. Data envelopment analysis with spreadsheets* (2nd. ed.). Worcester, MA: Springer, 335 p.

Anexo – Lista de relatórios e documentos oficiais consultados

1. IDT (2003a). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - 2002*. Lisboa, IDT.
2. IDT (2003b). *Relatório de Actividades - 2002*. Lisboa, IDT.
3. IDT (2004). *Relatório de Actividades - 2003*. Lisboa, IDT.
4. IDT (2005a). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - 2004*. Lisboa, IDT.
5. IDT (2005b). *Relatório de Actividades - 2004*. Lisboa, IDT.
6. IDT (2005c). *Sumário Executivo do Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência – Avaliação da Estratégia Nacional da Luta Contra a Droga 1999-2004*. Lisboa, IDT.
7. IDT (2006a). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - 2005*. Lisboa, IDT.
8. IDT (2006b). *Relatório de Actividades - 2005*. Lisboa, IDT.
9. IDT (2006c). *Plano de Actividades - 2006*. Lisboa, IDT.
10. IDT (2007a). *Relatório de Actividades - 2006*. Lisboa, IDT.
11. IDT (2007b). *Relatório dos Resultados da Avaliação de Desempenho 2006*. Lisboa, IDT.
12. IDT (2007). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - 2006*. Lisboa, IDT.
13. IDT, IP (2008a). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - 2007*. Lisboa, IDT, IP.
14. IDT, IP (2008b). *Relatório de Actividades 2007*. Lisboa, IDT, IP.
15. IDT, IP (2009a). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - 2008*. Lisboa, IDT, IP.
16. IDT, IP (2009b). *Relatório de Actividades - 2008*. Lisboa, IDT, IP.

17. IDT, IP (2009c). *Relatório de Avaliação Interna do Plano de Acção Contra a Droga e as Toxicodependências – Horizonte 2008*
18. IDT, IP (2010a). *Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012*. Lisboa, IDT,IP.
19. IDT, IP (2010b). *Plano de Acção – Horizonte 2008: Relatório de Avaliação Interna*. Lisboa, IDT,IP. 114
20. IDT, IP (2011a). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - 2010*. Lisboa, IDT,IP.
21. IDT, IP (2011b). *Plano de Actividades - 2011*. Lisboa, IDT, IP.
22. IDT, IP (2012a). *Relatório da Avaliação do Desempenho - 2011 (SIADAP 2 e 3)*. Lisboa, IDT, IP.
23. IDT, IP (2012b). *Relatório de Actividades - 2011*. Lisboa, IDT, IP.
24. IDT, IP (2012c). *Balanço Social - 2011*. Lisboa, IDT, IP.
25. IDT, IP (2012d). *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências - 2011 - Anexo*. Lisboa, IDT, IP.