

saúde

SITUAÇÃO GERAL DE SAÚDE EM MACAU*

Tong Ka Io **

INTRODUÇÃO

Esta foi a primeira tentativa de aplicar a técnica de Delphi em Diagnóstico da Situação nos Serviços de Saúde de Macau.

O *Diagnóstico da Situação*, ou seja, a determinação das necessidades de saúde e dos factores de risco¹, sendo a primeira etapa do *Planeamento de Saúde da Comunidade*, é de importância crucial no âmbito de saúde pública.

O diagnóstico da situação identifica os principais problemas de saúde e os factores correspondentes, através de determinação do nível de saúde (em termos de morbilidade, mortalidade, etc.), e de caracterização da situação relacionada com os seus determinantes (demográficos, sócio-económicos, ambientais, sistema de saúde, etc.).

Existem três métodos principais para elaborar um diagnóstico da situação: **1)** a análise dos dados (demográficos, sociais, de saúde, etc.) colhidos pelos sistemas de informação; **2)** os inquéritos de saúde; **3)** as técnicas de consenso².

O método do consenso tem vindo a ser utilizado cada vez com mais frequência como instrumento para resolver problemas no campo da saúde e da medicina³.

* Consensos obtidos num painel de Delphi. Trabalho concluído com a colaboração do Dr. Fernando Costa Silva e da Dr.^a Isabel Maria da Costa Morais.

** Interno do Internato Complementar de Saúde Pública dos Serviços de Saúde de Macau.

¹ Emílio Imperatori, Maria do Rosário Giraldes, *Metodologia do Planeamento da Saúde — Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, 3.^a edição, Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, p. 45.

² Raynald Pineault, Carole Daveluy, *La Panificación Sanitaria — Conceptos, Métodos, Estratégias*, versão em espanhol, Masson, S.A., 1987, p. 61.

³ Cipriano Justo, *A Utilização do Método do Consenso na Elaboração de Critérios, de Garantia da Qualidade em Cuidados de Saúde Primários*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 10(3), 1992, p. 32.

O método do consenso serve para a identificação de problemas e de necessidades. Este método baseia-se na ideia de que um consenso, obtido entre um grupo de pessoas que conhecem bem a comunidade ou os problemas em estudo, é suficiente para que se possam ser utilizados os resultados de forma vantajosa⁴.

A identificação de problemas, o estabelecimento de prioridades, a fixação de objectivos e a elaboração de critérios e padrões de programas de garantia da qualidade são as áreas em que o método do consenso tem sido mais utilizado em cuidados de saúde primários (Starkweather, 1975)⁵.

A técnica de Delphi é uma das técnicas de consenso que gera ideias e consensos através da participação dos peritos. Na aplicação desta técnica, efectuam-se várias «voltas» de inquérito e retroalimentação: um questionário estruturado é enviado aos peritos participantes pelo correio, as respostas são recolhidas também pelo correio, e depois de serem analisadas, retroalimentam-se os resultados obtidos aos participantes com o questionário seguinte, e assim para frente, até que se obtêm consensos. Portanto, não é necessário reunir fisicamente os peritos.

A técnica de Delphi reúne algumas vantagens porque é uma técnica do tipo de tarefa-orientada e centrada nos problemas que garante aos participantes a liberdade de desconformidade e a equidade dos respondentes, e que pode gerar uma quantidade elevada de ideias. As limitações desta técnica incluem a baixa variabilidade, a maior necessidade dos recursos administrativos e o alto custo temporal (Delbecq, 1974)⁶.

A técnica de Delphi é um método subjectivo e não quantitativo. No entanto, no caso presente de Macau, considera-se que é um método valioso em matéria de diagnóstico da situação de saúde, que não vai substituir os estudos objectivos e quantitativos, mas sim reunir as experiências e inteligência dos peritos, identificar os problemas mais importantes e indicar as orientações e vias mais frutíferas para estudos e trabalhos futuros.

OBJECTIVOS

Este estudo foi realizado como um componente de um diagnóstico da situação geral de saúde de Macau, baseando-se nos resultados duma anterior análise exploratória das estatísticas existentes (principalmente, sobre a mortalidade), tendo os seguintes como objectivos:

1) Avaliação e interpretação da situação geral de saúde de Macau revelada pelo estudo exploratório das estatísticas existentes;

⁴ Raynald Pineault, Carole Daveluy, *La Planificación Sanitaria — Conceptos, Métodos, Estratégias*, versão em espanhol, Masson, S.A., 1987, p. 172.

⁵ Cipriano Justo, *A Utilização do Método do Consenso na Elaboração de Critérios de Garantia da Qualidade em Cuidados de Saúde Primários*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 10(3), 1992, p. 32.

⁶ Luís Graça, *Extracto de: A. Van de Ven, A. L. Delbecq, The Effectiveness of Nominal, Delphi, and Interactif Group Decision Making Processes*, Academy of Management Journal, 17(4), 1974, p. 605-621.

- 2) Identificação de alguns dos problemas de saúde mais importantes;
- 3) Identificação dos factores de risco relacionados com duas situações específicas — relativas à mortalidade por tuberculose e à mortalidade infantil.

MATERIAIS E MÉTODOS

1. PROCEDIMENTOS

Sendo limitado pelo tempo disponível, o estudo consistiu numa série de apenas três inquéritos compostos por questionários estruturados.

Na primeira volta, foram enviados aos peritos o documento-base e o primeiro questionário. Os peritos, a partir disso, foram solicitados a: 1) avaliar a situação geral de saúde de Macau e a identificar os factores protectores; 2) identificar os problemas de saúde importantes; 3) identificar os factores de risco relacionados com a morte por tuberculose e com a morte infantil.

Na segunda volta, os peritos foram retroalimentados com os resultados do primeiro inquérito e solicitados a rever todos os itens identificados.

Na última volta, os peritos foram retroalimentados com os resultados do segundo inquérito, e solicitados a apreciar a importância dos problemas/factores identificados.

A distribuição do primeiro questionário e do documento-base foi feita pelo próprio investigador, considerando que o contacto pessoal com os participantes potenciais ia motivar a participação. Os restantes questionários foram distribuídos pelo «correio entre os serviços». As respostas foram recolhidas através do mesmo método ou através de fax, mantendo-se o anonimato das ideias e a liberdade dos participantes.

2. SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

Em conformidade com a natureza dos problemas em estudo, foram escolhidos como peritos participantes todos os especialistas de Clínica Geral e de Saúde Pública que se encontravam a exercer as suas funções nos Serviços de Saúde de Macau.

Vinte e oito peritos participantes potenciais foram identificados e solicitados a participar no painel (Quadro 1).

(QUADRO N.º 1)

Identificação de potenciais peritos participantes

Especialistas de saúde pública	Especialistas de clínica geral	
Dra. Alice João Maia	Dr. Alfredo Ritchie	Dr. José A. P. Mesquita
Dr. Aníbal Tavares	Dra. Ana Maria Monteiro	Dr. José Baptista Pereira
Dr. Amílcar Lousa	Dr. Carlos Canhota	Dr. José Duque Neves
Dr. Fernando Silva	Dra. Chan Im Kuan	Dr. Kun Sai Hoi
Dra. Dulce Trindade	Dr. Chau Chi Hong	Dra. Maria Augusta Drago
Dr. José Joaquim Monteiro	Dr. Cheang Seng Ip	Dra. Maria Dillard Fonseca
Dr. Rui Calado	Dr. Fong Hou Meng	Dra. Maria Luísa Borlido
	Dra. Irma Almeida	Dra. Maria Teresa Sousa
	Dra. Isabel Ramos	Dr. Tito Lopes
	Dr. Jorge Leitão Pereira	Dra. Wong Ka Pek

3. DOCUMENTOS-BASE⁷

O documento-base («*Estado de Saúde de Macau 1986-1994 — Estudo Exploratório das Estatísticas Existentes*») que serviu como ponto de partida resultou de um estudo anterior realizado pelo mesmo investigador, consistiu em descrições sobre: **1)** a evolução demográfica de Macau durante os últimos 20 anos; **2)** a situação e evolução da mortalidade pelas principais causas de morte em Macau; **3)** a distribuição e evolução do risco de morrer em Macau; **4)** o nível de saúde de Macau em comparação com o do mundo e o de Hong Kong.

4. QUESTIONÁRIOS

Em conformidade com as perguntas seleccionadas, os questionários abrangeram quatro partes, nomeadamente: **1)** o nível geral de saúde de Macau e os factores protectores relacionados; **2)** os problemas de saúde importantes; **3)** a mortalidade por tuberculose e os factores de risco relacionados; **4)** a mortalidade infantil e os factores de risco relacionados.

Na primeira volta, foram enviadas perguntas abertas e na última volta, perguntas fechadas.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Todas as ideias geradas na primeira volta foram retroalimentadas aos participantes na segunda volta, ou seja, não se excluiu nenhum item.

No entanto, na última fase, excluíram-se alguns itens para que se obtivesse uma lista bem reduzida para apreciação.

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

1. Exclusão dos itens menos consensuais, isto é, os itens que obtiveram poucos prós (<60 por cento dos respondentes) e/ou muitas contras (> 40 por cento dos respondentes).

2. Exclusão dos itens ambíguos que de facto não explicitavam claramente pelo menos um factor/problema.

3. Exclusão daqueles itens que evidentemente não estavam de acordo com a realidade já conhecida.

Além disso, quanto aos problemas de saúde, seleccionaram-se apenas os itens em termos de mortalidade, excluindo-se os problemas em termos de morbilidade, bem como os problemas relacionados com os determinantes de saúde e os problemas de serviços de saúde.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Não foram utilizados métodos complicados. Para as perguntas de escolha múltipla, calcularam-se frequências e percentagens. Para as

⁷ Tong Ka Io, «*Estado de Saúde de Macau 1976-1994 — Estudo Exploratório das Estatísticas Existentes*», trabalho não publicado, Macau, 1996.

apreciações, calcularam-se as médias e os intervalos de confiança a 95 por cento, utilizando o programa informático *Instat 2.0*⁸.

RESULTADOS

Responderam 19 peritos (67,9 por cento) na primeira volta, 11 (39,3 por cento) na segunda, 13 (46,4 por cento) na última (sabendo que um perito deixou Macau durante o período do estudo, e que vários outros estavam de férias, as taxas reais de resposta da segunda e terceira volta deveriam ser de cerca de 50 por cento e superior a 50 por cento, respectivamente).

1. NÍVEL GERAL DE SAÚDE DE MACAU

A maioria dos respondentes (13/19, 68,4 por cento) concordou de que os factos revelados na exploração das estatísticas existentes, nomeadamente a baixa taxa de mortalidade geral, a elevada esperança de vida à nascença, e outros, sugeriam que o nível geral de saúde em Macau era elevado.

Uma minoria (5/19, 26,4 por cento) manifestou incerteza, principalmente porque não foram referidos os dados sobre a morbilidade, e sobre o bem-estar físico, mental e social. Um participante (5,3 por cento) manifestou-se contra.

Muitos factos foram indicados como factores protectores que contribuíram para a situação (baixa taxa de mortalidade geral e elevada esperança de vida à nascença), incluindo as características demográficas, as condições ambientais, sócio-económicas e sanitárias, os estilos

[QUADRO N.º 2]

Factores protectores e sua importância

Factores protectores	Importância	
	Média*	95% I.C.**
Boa cobertura vacinal	4,5	(4,0-5,1)
O estabelecimento e desenvolvimento dos C.S.P.	4,1	(3,7-4,5)
Boa assistência infantil	4,1	(3,6-4,5)
Bom nível dos cuidados de saúde	4,1	(3,5-4,7)
Boa assistência materna	4,0	(3,4-4,6)
Boa acessibilidade dos cuidados de saúde	3,8	(3,3-4,4)
Melhoria das condições sanitárias básicas	3,8	(3,3-4,4)
Boa assistência neonatológica	3,8	(3,2-4,5)
Parto em condições boas	3,6	(2,8-4,4)
Estilo de vida saudável	3,5	(2,7-4,4)
O sistema de saúde universalista e tendencialmente gratuito	3,5	(2,7-4,2)
Melhoria do nível sócio-económico	3,2	(2,7-3,8)
Estabilidade social	2,8	(2,3-3,4)
Desenvolvimento da assistência social	2,7	(2,2-3,2)
Imigração dos jovens	2,7	(1,8-3,6)

* A importância foi apreciada utilizando uma escala de 1~5 (1 = não importante, 5 = importantíssimo).

** 95% I.C. = 95% Intervalo de Confiança.

⁸ GraphPad Software, *GraphPad InStat — instant Biostatistics*, versão 2.0, 1993.

de vida saudáveis e os factores relacionados com o sistema de saúde.

O Quadro 2 apresenta os factores mais consensuais e a importância apreciada em termos de contributo real para a situação. Sendo não exclusivos entre si, a linha a meio do quadro separa os itens mais e menos importantes.

Obviamente, todos os itens considerados mais importantes pelos participantes relacionavam-se com o sistema de saúde, com uma única excepção, isto é, a noção da melhoria das condições sanitárias básicas.

2. PROBLEMAS DE SAÚDE IMPORTANTES

Nas primeiras duas voltas, sem limites pré-estabelecidos, identificou-se uma grande variedade dos problemas de saúde em todas as facetas possíveis, incluindo problemas de saúde das pessoas (em termos de morbilidade e/ou mortalidade), problemas relacionados com os determinantes de saúde (ambientais, sócio-económicos, de estilo de vida, etc.) e problemas dos serviços de saúde.

Na última volta, limitando-se os problemas de saúde da população em termos de mortalidade, obteve-se uma lista mais clara e reduzida que facilitou a apreciação da importância dos itens.

De forma semelhante à secção anterior, o Quadro 3 apresenta os itens mais consensuais.

Segundo a Classificação Internacional das Doenças, foram considerados mais importantes dois grupos de causas de morte (G7, G8), cinco rubricas de causas de morte (27, 02, 321, 26, 29) e uma noção adicional de doenças e acidentes relacionados com o trabalho, sendo os itens não exclusivos entre si.

[QUADRO N.º 3]

Problemas de saúde e a sua importância

Problemas de saúde	Importância	
	Média*	95% I.C.**
Doenças isquémicas do coração	4,1	(3,7-4,5)
Tuberculose	4,0	(3,1-4,9)
Doenças do aparelho circulatório	3,9	(3,3-4,6)
Acidentes de trabalho e doenças profissionais	3,8	(3,1-4,4)
Doenças pulmonares obstrutivas crónicas	3,7	(3,2-4,2)
Doenças do aparelho respiratório	3,7	(3,2-4,1)
Hipertensão arterial	3,7	(3,1-4,3)
Doenças cerebrovasculares	3,6	(3,2-4,0)
Cancro do pulmão	3,6	(2,8-4,4)
Doenças infecciosas	3,5	(2,9-4,2)
Diabetes	3,2	(2,6-3,8)
Acidentes de viação	3,2	(2,5-4,0)
Tumores malignos	3,2	(2,5-3,8)
Doenças crónicas do fígado	3,0	(2,5-3,5)
Lesões traumáticas	2,8	(2,2-3,3)

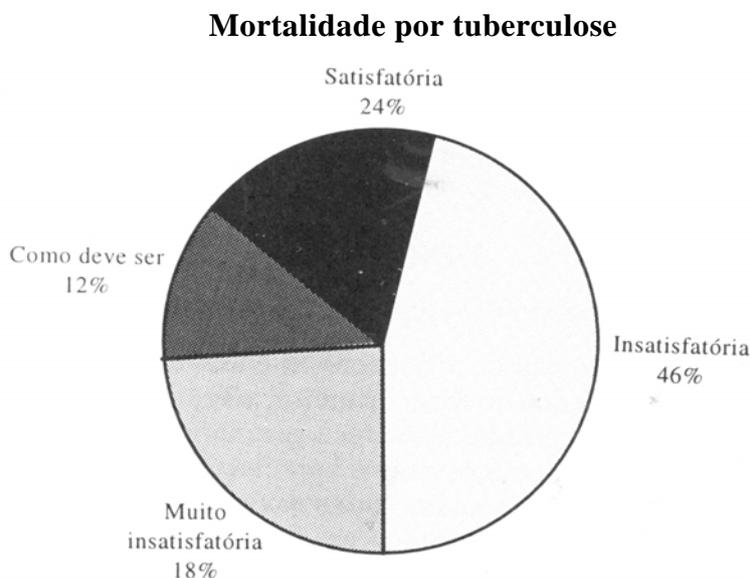
* A importância foi apreciada utilizando uma escala de 1~5 (1 = não importante, 5 = importantíssimo).

** 95% I.C. = 95% Intervalo de Confiança.

3. MORTALIDADE POR TUBERCULOSE

A maioria dos respondentes (11/17,64,7 por cento) considerou que a situação relacionada com a mortalidade por tuberculose em Macau era insatisfatória ou muito insatisfatória (Gráfico 1).

[GRÁFICO N.º 1]



Os factores de risco indicados com maior grau de consenso são apresentados no Quadro 4. Neste caso, destacam-se os factores relacionados com o ambiente e os relacionados com o sistema de saúde.

[QUADRO N.º 4]

Factores de risco de mortalidade por tuberculose

Factores de risco	Importância	
	Média*	95% I.C.**
Tratamentos interrompidos	4,5	(4,0-4,9)
Aparecimento das bactérias resistentes	4,2	(3,7-4,7)
Deficiente controlo dos contactos	4,2	(3,6-4,8)
Habitacões superlotadas com deficientes condições	3,9	(3,3-4,5)
Grande morbilidade e contacto fácil com as populações circunscritas	3,9	(3,2-4,6)
Deficiente acompanhamento dos doentes	3,9	(3,1-4,7)
Diagnóstico tardio	3,8	(3,2-4,5)
Elevada densidade populacional	3,8	(3,1-4,5)
Insuficiente informação e educação	3,8	(3,1-4,4)
Más condições de trabalho	3,6	(3,0-4,2)
Elevada densidade nas áreas públicas	3,4	(2,7-4,1)
Tabagismo	3,4	(2,5-4,2)
Insuficiente rastreio	3,2	(2,6-3,8)
Poluição ambiental	3,1	(2,3-3,8)
Receio de ser sabido por outrem	2,9	(2,1-3,8)

* A importância foi apreciada utilizando uma escala de 1-5 (1 = não importante, 5 = importantíssimo).

** 95% I.C. = 95% Intervalo de Confiança.

4. MORTALIDADE INFANTIL

As opiniões em relação à situação de mortalidade infantil de Macau foram mais divergentes. Relativamente mais respondentes consideraram que esta situação era boa — muito satisfatória 4/16 (25,0 por cento), satisfatória 4/16 (25,0 por cento), como deve ser 2/16 (12,5 por cento), insatisfatória 6/16 (37,5 por cento).

Embora fossem indicados quarenta e tal factores de risco possíveis na primeira volta, poucos destes factores obtiveram suficientes prós na segunda volta. Realizando a exclusão segundo os critérios já atrás referidos, foram excluídos quase todos os itens.

Esta questão foi abandonada na última fase.

DISCUSSÃO

1. UTILIDADE E INCONVENIENTES DA TÉCNICA DE DELPHI

No decurso do estudo, os inconvenientes da técnica de Delphi apresentaram-se bem acentuados. Primeiro, a Técnica exige mais tempo do que se imagina. Segundo, a Técnica gera uma maior quantidade de ideias o que vai dificultar a revisão e apreciação posteriores. Terceiro, a Técnica tende a resultar numa baixa taxa de resposta e numa taxa elevada de abandono, sendo isto agravado pelos primeiros dois inconvenientes. Quarto, se bem que a Técnica tenha a vantagem de evitar a interferência pessoal entre os participantes, ela permite uma maior influência exercida pelo investigador que administrar o painel, podendo introduzir uma grande subjectividade ou arbitrariedade nos resultados.

Contudo, considera-se que, em matéria de planeamento de saúde, sempre há lugar para esta técnica e outros métodos de consenso. Não se justificava a aplicação das técnicas de consenso, se existissem todas as informações necessárias, de forma suficiente, completa e correcta, para o diagnóstico ou planeamento; e se as decisões (avaliação, apreciação, selecção, priorização, etc.) não tivessem de referir aos valores subjectivos. No entanto, poder-se-á dizer que estas duas condições nunca acontecem na arena de saúde comunitária. Portanto, as considerações mais importantes para a utilização das técnicas de consenso serão a ponderação entre o ganho e o custo, a combinação complementar com os outros métodos e a selecção da técnica mais adequada.

2. DEFINIÇÃO DE SAÚDE

No estudo, surgiu uma argumentação acerca da definição de saúde.

A Organização Mundial de Saúde definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Sendo assim, podemos avaliar o nível de saúde tendo como base apenas os dados de mortalidade?

Alguns autores já trataram este problema.

Pineault e Daveluy (1987) escreveram: «La mayoría de definiciones

de la salud que encontramos son poco útiles para el planificador, puesto que no son operativas... en planificación sanitaria, conviene limitar la salud a uno o vários atributos que correspondan a los individuos y distinguirla de sus determinantes que pueden ser de naturaleza ambiental o social... la falta de salud medida por los indicadores de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo y de incapacidad, constituye la medida más operativa de la que disponemos en la actualidad»⁹.

No caso presente de Macau, acho que é adequado tomarmos como ponto de partida um conceito de saúde menos ideal e mais operacional, tentando um aperfeiçoamento contínuo ao longo do tempo, com a melhoria do sistema de informação, e às vezes tolerando alguns conceitos derivados sem definição precisa, como o chamado «nível geral de saúde» neste estudo.

3. PROBLEMAS DE SAÚDE

Como disse Tavares (1990), o diagnóstico de situação, seja um processo exaustivo ou breve, deve terminar sempre com uma lista de problemas, sobre os quais vai cair a escolha do(s) que se pretende(m) solucionar ou minimizar¹⁰.

No entanto, existem vários níveis diferentes de problemas de saúde, nomeadamente os problemas de saúde das pessoas, os problemas dos serviços ou dos recursos, e os problemas relacionados com os determinantes ou contribuintes de saúde. Os problemas de níveis diferentes interrelacionam-se largamente entre si, constituindo redes complexas. Isto pode resultar numa grande confusão, e por isso, requer a aplicação de uma lógica no que diz respeito ao diagnóstico da situação de saúde.

Sugere-se que o diagnóstico deve definir os principais problemas de saúde, entendidos estes, fundamentalmente, como situação de doença e medidos em termos de morbi-mortalidade. Os problemas de saúde não devem ser, assim, identificados, nem ao nível dos seus condicionantes, nem ao nível das respostas, carências de equipamento ou de pessoal, que deverão ser identificados separadamente".

Também foi referido o conceito de «situação-problema»¹². Segun-

⁹ Raynald Pineault, Carole Daveluy, *La Planificación Sanitaria — Conceptos, Métodos, Estratégias*, versão em espanhol, Masson, S.A., 1987, p. 2.

¹⁰ António Tavares, *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990, p. 73.

¹¹ Emílio Imperatori, Maria do Rosário Giraldes, *Metodologia do Planeamento da Saúde — Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, 3.^a edição, Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, p. 28.

¹² Hernán Durán, *Planeamento da Saúde — Aspectos Conceptuais e Operativos*, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento, Lisboa, 1989, p. 71.

do este conceito, um problema de saúde é uma situação composta das causas, consequências e inter-relações.

Achamos adequado salientar que o estado de saúde deficiente expresso em termos de morbi-mortalidade deve ser considerado como o «núcleo» da «situação-problema».

No nosso estudo, excluímos também os problemas em termos de morbidade, por não existirem dados suficientes para a avaliação e apreciação destes problemas.

4. DETERMINANTES DE SAÚDE

O modelo ecológico considera a saúde como uma variável dependente influenciada por diferentes factores ou determinantes, incluindo: **1)** factores biológicos ou endógenos; **2)** factores relacionados com o ambiente; **3)** factores relacionados com o estilo de vida; **4)** factores relacionados com o sistema de saúde¹³.

Sistematizaram-se os factores protectores e os factores de risco identificados, utilizando estas categorias.

Estima-se que a contribuição potencial à redução da mortalidade em percentagem destes quatro grandes grupos de factores é, para o estilo de vida, de 43 por cento; para a biologia humana, de 27 por cento; para o ambiente, de 19 por cento; e para o sistema de saúde, de 11 por cento (Dever, 1976)¹⁴.

No nosso estudo, ninguém identificou os factores biológicos como factores protectores ou factores de risco. Também referiram pouco os estilos de vida. Em vez disso, os factores mais referidos foram aqueles relacionados com o sistema de saúde, especialmente como factores protectores. Sendo todos os participantes profissionais de saúde, não podemos excluir a influência possível da preferência.

5. AVALIAÇÃO DE SITUAÇÃO

A avaliação resulta de comparação. Avaliamos uma situação, sempre através de uma comparação dela com um padrão, explícita ou implicitamente. O padrão que serve de referência pode ser um nível ideal, um nível histórico, um nível de outros territórios, etc.

No entanto, uma comparação inadequada pode ser enganadora.

Selecionou-se a mortalidade infantil para analisar, porque a taxa de mortalidade infantil de Macau, **1)** foi superior à mediana dos outros 47 países/territórios que tiveram dados suficientes para comparar no ano de 1993, e **2)** foi sempre superior à de Hong Kong nos últimos cinco anos. Isto fez-nos considerar que a situação era insatisfatória.

¹³ Raynald Pineault, Carole Daveluy, *La Planificación Sanitaria — Conceptos, Métodos, Estratégias*, versão em espanhol, Masson, S.A., 1987, p. 4.

¹⁴ Raynald Pineault, Carole Daveluy, *La Planificación Sanitaria — Conceptos, Métodos, Estratégias*, versão em espanhol, Masson, S.A., 1987, p. 5.

No entanto, isto não corresponde à verdade. No decurso do painel, os peritos participantes experientes indicaram, convincentemente, que a taxa de mortalidade infantil de Macau era boa. Partimos de um pressuposto errado que prejudicou o estudo porque não considerámos devidamente, na comparação, a oscilação temporária, a comparabilidade e os denominadores dos países em comparação, bem como as diferenças absolutas reais.

A questão sobre a mortalidade infantil foi abandonada depois da segunda volta porque, por um lado, a maioria dos participantes considerou que a situação era boa, e por outro, poucos itens identificados como factores de risco obtiveram prós em número suficiente para serem considerados consensuais.

Afinal, os itens que obtiveram relativamente mais prós, que podem apontar os lugares de melhoria, foram os seguintes: os factores relacionados com as famílias menos favorecidas e/ou novamente imigrantes, a qualidade dos cuidados de saúde primários e os diferenciados e a articulação entre ambos.

CONCLUSÕES

Neste painel de Delphi, que tem como ponto de partida os dados relacionados principalmente com mortalidade, obtêm-se os seguintes consensos:

1. O nível geral de saúde em Macau é elevado, sendo os factores protectores mais importantes os factores relacionados com o sistema de saúde (cobertura vacinal, qualidade de cuidados primários, de assistência materna, infantil e neonatal, acessibilidade, etc.) e as condições sanitárias básicas;

2. Os problemas de saúde mais importantes, em termos de mortalidade, incluem: as doenças isquémicas do coração, a tuberculose, os acidentes de trabalho e doenças profissionais, as doenças pulmonares obstrutivas crónicas, a hipertensão arterial e as doenças cerebrovasculares;

3. A situação de mortalidade por tuberculose é insatisfatória, sendo os factores de risco mais importantes os factores relacionados com o sistema de saúde (tratamentos interrompidos, deficiente controlo dos contactos, deficiente acompanhamento dos doentes, diagnóstico tardio, insuficiente informação e educação) e os factores relacionados com o ambiente (habitações superlotadas com deficientes condições, grande mobilidade e contacto fácil com as populações circunscritas, elevada densidade populacional).

Mesmo que a técnica de Delphi manifeste vários inconvenientes, no âmbito de diagnóstico da situação ou planeamento de saúde na comunidade, esta técnica, reunindo a experiência e inteligência dos peritos, pode ajudar a ultrapassar a indisponibilidade dos dados completos, ajudar a tomada das decisões mais prudentes e orientar os trabalhos futuros.

BIBLIOGRAFIA

- António Tavares, *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*, Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990, Capítulo I: Planeamento, p. 25-48; Capítulo 2: Diagnóstico da Situação, p. 49-80.
- Cipriano Justo, *A Utilização do Método do Consenso na Elaboração de Critérios de Garantia da Qualidade em Cuidados de Saúde Primários*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 10(3), 1992, p. 31-34.
- Emílio Imperatori, Maria do Rosário Giraldes, *Metodologia do Planeamento da Saúde — Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*, 3.^a edição, Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, Parte I: Introdução, p. 7-42; Parte II: Diagnóstico da Situação, p. 43-62.
- Hernán Durán, *Planeamento da Saúde — Aspectos Conceptuais e Operativas*, Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento, Lisboa, 1989, Capítulo 3: Análise da Situação, p. 59-98.
- J. H. Abramson, *Survey Methods in Community Medicine*, 4.^a edição, Churchill Livingstone, 1990, Capítulo 19: Surveying the Opinions of Experts, p. 187-192.
- John M. Last, Robert B. Wallace, *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*, 13.^a edição, Prentice-Hall International Inc., 1992, Capítulo 66: Health Planning and Evaluation, p. 1079-1094.
- Luís Graça (coordenação), *Administração de Serviços de Saúde em África — Manual Prático*, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento, 1993, Capítulo II: Planeamento Estratégico, p. 29-52.
- Luís Graça, *Extracto de: A. Van de Ven, A. L. Delbecq, The Effectiveness of Nominal, Delphi, and Interacting Group Decision Making Processes*, Academy of Management Journal, 17(4), 1974, p. 605-621.
- Luís Nunes, *Síndrome de Down: Plano de Cuidados de Saúde entre 1 e 4 anos*, Revista Portuguesa de Pediatria, vol. 26, n.^{os} 1 e 2, 1995 (um exemplo de aplicação da técnica Delphi).
- Raynald Pineault, Carole Daveluy, *La Planificación Sanitária — Conceptos, Métodos, Estratégias*, versão em espanhol, Masson, S.A., 1987, Capítulo 1: La Planificación para la Salud: Perspectivas y Proceso General, p. 1-42; Capítulo 2: La Determinación de Necesidades, p. 43-212.
- Santos Lucas, *Avaliar para Garantir a Eficácia do Sistema de Saúde*, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 2(3), 1984, p. 38-47.