

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2014

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

SAÚDE *SÍNDROMA* DE NEGAÇÃO



OPSS

Observatório Português
dos Sistemas de Saúde

SAÚDE SÍNDROMA DE NEGAÇÃO

Relatório de Primavera 2014

Observatorio Português dos Sistemas de Saúde

O Observatorio Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP), o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e a Universidade de Évora, este ano reforçada com a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa



Obra patrocinada pelo OPSS e pela Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES)



Por sua vontade expressa, o OPSS adota neste livro o modelo do novo acordo ortográfico – AO90 (N.E.)

Capa: Imagem concebida com base numa fotografia de Teodoro Briz

Este livro, no seu todo ou em parte, não pode ser reproduzido nem transmitido por qualquer forma ou processo – electrónico, mecânico ou fotográfico, incluindo fotocópia, xerocópia ou gravação – sem autorização prévia, e por escrito, da editora.

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA	8
2. ANÁLISE DO ÚLTIMO ANO DE GOVERNAÇÃO DA SAÚDE	11
2.1 Políticas de Saúde e crise: aspetos críticos.....	12
2.1.1 As Políticas de Saúde no Espaço Europeu.....	12
2.1.2 As Políticas de Saúde em Portugal.....	13
2.2 Descentralizar o SNS em Portugal. Estratégia interrompida ou interrupção estratégica?.....	22
3. CRISE E SAÚDE	34
3.1 Saúde mental e a crise – Evolução recente em Portugal e perspetiva europeia.....	35
3.2 Estilos de vida em tempos de crise.....	52
4. APROFUNDAMENTO DE ASPETOS ESPECIFICOS DA GOVERNAÇÃO DA SAÚDE	66
4.1 O medicamento, a crise e o memorando de entendimento (MdE).....	67
4.2 Organização e gestão de serviços de saúde. Os Cuidados de Saúde Primários.....	84
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
6. BIBLIOGRAFIA	114
7. ANEXOS	125
Anexo 1 – O OPSS e a Rede observacional.....	126
Anexo 2 - Abordagem metodológica.....	129
Anexo 3 – Avaliação externa – painéis de peritos.....	131
Anexo 4 – Relatórios anteriores (capas).....	138
Anexo 5 – Colaboradores e conflitos de interesses.....	139
Anexo 6 – Investigadores fundadores do OPSS.....	141

Lista de Tabelas

Crimes contra as pessoas	39
Distribuição do tipo de tratamento (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013)	42
Dez principais fatores de risco da saúde e respetiva contribuição relativa estimada para o peso da doença	52
Evolução da taxa de Intensidade de pobreza em Portugal 2009-2012	53
3.Evolução da % despesa gasta em produtos alimentares por despesa total média anual por agregado familiar	54
Evolução do mercado ambulatorio de medicamentos no SNS (2010 - 2013)	71
Evolução dos encargos com medicamentos do SNS por grupo farmacoterapêutico (2012-2013)	73
Top 20 dos medicamentos em falta nas Farmácias (agosto – dezembro 2013)	82
Caracterização dos cuidados primários na região do Alentejo	94
Caracterização das USF e UCSP na região do Alentejo	95
Utentes sem médico de família, na Região do Alentejo	96
Indicadores de contratualização	97
Resultados Obtidos pelas UCSP/USF de Portalegre para Incentivos Institucionais em 2009/2011/2012	102
Resultados Obtidos pelas UCSP/USF Elvas para Incentivos Institucionais em 2009/2011/2012	102

Lista de Figuras

Despesa do SNS e Financiamento do OE (em MEUR)	23
A descentralização no SNS e o quadro legislativo em Portugal	26
A Pirâmide de organização de serviços para uma combinação ótima de serviços	43
N.º de enfermeiros em serviços de saúde mental por país	46
Orçamento total da saúde/Despesa na saúde mental (%) ²	48
Distribuição percentual da despesa média do agregado familiar com produtos alimentares, por grupo de alimentos em Portugal	55
Distribuição percentual por consumo diário de frutas na OCDE (27) e por género na população com 15 anos de idade	57
Distribuição percentual por consumo diário de vegetais na OCDE (27) e por género na população com 15 anos de idade	57
Evolução dos encargos do SNS com medicamentos no mercado ambulatorio vs hospitalar (2010-2013)	69
Evolução da quota de genéricos no mercado ambulatorio total (2004-2013)	71

Evolução do número de novas DCI abrangidas por GH por trimestre (2005-2014)	72
Evolução do consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos por região de saúde e no Continente entre 2012 e 2013 (DDD/1000 habitantes/dia)	74
Evolução do mercado de ambulatório de ansiolíticos (2002-2013)	75
Consumo de Antidepressores nas regiões de saúde de Portugal e no Continente em 2012 e 2013 (DDD/1000 habitantes/dia)	75
Evolução do número de pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar deferidos, com contrato assinado (2010, 2012 - 2014)	76
Resumo das alterações de política no âmbito do medicamento, na Europa, de 2008 a 2011	78
Margens do sector da distribuição (2011-2013)	79
Farmácias com tipo de registo “Insolvência” e “Penhoras”	79
Proporção da população que reportou falhas de medicamentos 2012-2013	81
Falhas de abastecimento do mercado por grupos farmacoterapêuticos	82
Percentagens de agregados familiares que estão a reduzir nas despesas de saúde	83
Proporção de utentes com diagnóstico de “diabetes mellitus”	89
Proporção de utentes com diagnóstico de “hipertensão arterial”	89
Proporção de utentes com diagnóstico de “neoplasia maligna do cólo do útero” e de “neoplasia maligna do cólon/reto”	90
Taxa de utilização global de consultas médicas e de enfermagem, nos últimos três anos	90
Proporção de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos e proporção de utentes com idades entre os 50 e os 70 anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado	90
Rácio entre a despesa com quinolonas e antibióticos faturados (PVP a utentes inscritos)	91
Rede observacional OPSS	127

Lista de abreviaturas

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

ADSE – Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções

ANF – Associação Nacional das Farmácias

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AT – Áustria

BAP – Balança Alimentar Portuguesa

BI USF – Gestão do Conhecimento em Saúde/Unidades de Saúde Familiar

CAD – Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce para a Infecção VIH/sida

CE – Comissão Europeia

CEFAR – Centro de Estudos e Avaliação em Saúde

CEISUC – Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CM – Conselho de Ministros

CNSM – Coordenação Nacional para a Saúde Mental

CRESAP – Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública

CRI – Centros de Responsabilidade Integrados

CRP – Constituição da República Portuguesa

CSDH – Commission on Social Determinants of Health

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DCI – Denominação Comum Internacional

DDD – Dose Diária Definida

DGO – Direção Geral do Orçamento

DGS – Direção Geral de Saúde

DHD – DDD por 1000 habitantes/dia

DL – Decreto-Lei

DSIA – Direção de Serviços de Informação e Análise

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EC – European Commission

ECB – European Central Bank

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Estónia

EL – Grécia

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

EOHSP – European Observatory on Health Systems and Policies

EPE – Entidade Pública Empresarial

ES – Espanha

EUA – Estados Unidos da América

EUFIC – European Food Information Council

EUROPOPP-MH – European profile of prevention and promotion of mental health

FASP – Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS

FI – Finlândia

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

GH – Grupo Homogéneo

GNR – Guarda Nacional Republicana

1. NOTA INTRODUTÓRIA

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde tem como uma das suas principais funções constituir-se como memória da evolução do sistema de saúde português e dos desafios da saúde. E é o que tem procurado fazer ao longo dos seus 15 anos de existência. Dada a situação que o país atravessa, o OPSS tem vindo a chamar a atenção, através dos últimos cinco *Relatórios de Primavera* para a crise e para os seus impactos na área da saúde – mas mantém-se a ausência de um diagnóstico oficial rigoroso sobre o tema, a partir do qual se possam organizar respostas apropriadas para fazer face aos efeitos da crise (financeira, económica e social) na saúde.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) cumpre, pelo décimo quinto ano consecutivo, a sua missão de analisar, de forma independente e objetiva, a evolução do sistema de saúde português e os fatores que a determinam.

Ao longo dos anos, o OPSS tem-se dedicado ao estudo de uma pluralidade de temáticas no âmbito do sistema de saúde português. De entre elas, podem destacar-se: a boa governação, o acesso aos cuidados de saúde, os cuidados de saúde primários, as parcerias público-privadas, a política do medicamento, o financiamento e contratualização, o planeamento e estratégias locais de saúde e os sistemas e plataformas de informação.

Visando a melhoria da sua capacidade em vários domínios, designadamente na organização e na gestão do conhecimento, o OPSS decidiu, há dois anos, principiar um processo de análise assente na responsabilidade de vários núcleos de investigação constituídos por uma rede de observadores orientados para o desenvolvimento de temáticas específicas.

Essa rede que se vai modificando em função dos núcleos que a integram anualmente, uns mais ligados a investigação académica e outros mais próximos do terreno, com prestígio inter pares, trabalhando de forma articulada, colaboram cedendo ao OPSS a melhor evidência possível, na qual assenta o desenvolvimento deste *Relatório*.

Para além do trabalho destes núcleos, continuámos a contar com estudos desenvolvidos em áreas acordadas com o OPSS, todas elas alicerçadas em grupos de investigação ligados às parcerias já existentes entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa (UNL), o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), a Universidade de Évora, a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (UL), bem como outras como a Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa (UL) e o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde.

Face a uma crise económica associada a duras medidas de austeridade, as boas práticas de saúde pública recomendam que se antecipe e previna, o mais cedo possível, os seus efeitos sobre o bem-estar da população, em alinhamento com o constante nos tratados europeus. Só dessa forma é possível monitorizar, intervir e negociar no sentido de mitigar os impactos da austeridade excessiva.

Os efeitos mais imediatos descritos na literatura internacional de saúde pública apontam consequências no equilíbrio emocional: ansiedade, depressão, perda de autoestima, desespero até à tentativa de suicídio, entre outros que estão principalmente associadas ao desemprego ou ao medo de perder o emprego, ao endividamento e ao empobrecimento repentino. E Portugal não é exceção. Somos diariamente confrontados com relatos de dificuldades e sofrimento dos cidadãos, potenciados pela diminuição dos fatores de coesão social e por uma considerável descrença em relação ao presente e ao futuro, com todas as consequências que estas situações têm na saúde.

Continua a assistir-se à existência dos dois mundos que o OPSS referia em 2013 – “o oficial, dos poderes, onde, de acordo com a leitura formal, as coisas vão mais ou menos bem, previsivelmente melhorando a curto prazo, ...; e um outro, o da experiência real das pessoas ...”, conjugadamente com o facto de qualquer notícia menos boa ser prontamente desvalorizada ou atalhada com respostas tardias e pouco realistas.

Face a este “estado de negação” o OPSS escolheu este ano como título para o *Relatório de Primavera (RP) 2014: Saúde – Síndrome de negação*.

Este *Relatório* procura mostrar a situação decorrente da atual crise, lembrando que a evidência disponível afirma que os efeitos negativos da crise económica e financeira sobre a saúde são evitáveis, se se investir simultaneamente na proteção social e na saúde pública e que, investir na saúde serve, não só para proteger as pessoas da crise, mas pode ter um papel importante na recuperação económica.

Importa para isso encarar o futuro com o arrojo e a segurança daqueles que sabem onde querem chegar.

Coordenação: Manuel Lopes, Felismina Mendes e Ana Escoval

2. ANÁLISE DO ÚLTIMO ANO DE GOVERNAÇÃO DA SAÚDE

2.1 Políticas de Saúde e crise: aspetos críticos

Neste relatório que coincide com o período final de intervenção formal da *Troika* em Portugal procedemos, como habitualmente, à análise das políticas de saúde do último ano de governação. Este constitui-se como um exercício crescentemente mais difícil na exata medida em que o acesso e a transparência da informação estão, cada vez mais, condicionadas.

Podemos assim dizer que **há atualmente mecanismos que impedem** ou limitam os investigadores em saúde de aceder a dados do SNS, o que, entendemos, torna a governação menos transparente e consequentemente menos participada.

Apesar dessas dificuldades continuamos a analisar as políticas de saúde com base na evidência disponível, contribuindo assim para uma discussão que consideramos essencial. Fá-lo-emos equacionando previamente *as Políticas de Saúde no Espaço Europeu*, enquanto espaço preferencial de inserção e pela importância das decisões que aí se tomam.

2.1.1 As Políticas de Saúde no Espaço Europeu

Ao longo do processo de construção da União Europeia (UE), a saúde foi ganhando a expressão da importância crescente que lhe era atribuída na construção de um espaço que se queria solidário, de justiça social, desenvolvimento económico e bem-estar das pessoas. São disso prova os diversos tratados europeus, os quais, em consonância com os mais recentes desenvolvimentos empíricos e recomendações ao nível da saúde, aproveitaram a incorporação destes nos seus princípios basilares.

Neste contexto e considerando a inserção de Portugal na UE, as políticas de saúde devem começar por ser aí discutidas, principalmente num momento de crise como o que estamos a vivenciar. Primeiro porque a referida crise e as suas causas não são um problema exclusivamente português mas essencialmente europeu, e segundo, porque sobre o impacto da crise na saúde a evidência é extensa e extravasa as fronteiras dos países.

A robustez da evidência é constantemente enriquecida através da atividade do **Observatório Europeu das Políticas e dos Sistemas de Saúde** (<http://www.hfcm.eu/web/impact-on-health-health-systems>), da **Organização Mundial de Saúde**, bem como diversos trabalhos de centros de investigação académicos e investigadores individuais que em muito têm contribuído para esta base de evidência.

Se tivéssemos que resumir em breves palavras este imenso rol de contributos diríamos que não existem dúvidas que as crises económicas e financeiras afetam a saúde das pessoas por múltiplos mecanismos e com intensidade diversa. Se nada for feito para o evitar ficam assim criadas as condições para, por esta via, se sair da crise com uma população menos saudável e o desenvolvimento económico sacrificado.

Porém, tal não é uma inevitabilidade. Sabemos, porque os estudos atrás referidos também dizem, que o efeito da crise na saúde das pessoas depende da **capacidade de antecipação** dos mesmos, da adoção de **mecanismos de proteção** e da criação de **formas de monitorização** que permitam adequar as respostas, principalmente aos grupos mais desfavorecidos.

2.1.2 As Políticas de Saúde em Portugal

Para além de uma análise mais detalhada que será apresentada em capítulos próprios, diríamos que ao longo do último ano assistimos, no essencial, à consolidação das medidas anteriormente adotadas. Simultaneamente, continuou a afirmar-se uma ausência de evidência do impacto da crise na saúde das pessoas. Essa afirmação é sustentada em alguns indicadores que agora passaram a estar disponíveis em *Dashboard* no *site* da Direção Geral de Saúde (DGS) e num outro da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS). Enaltece-se a disponibilização dessa informação, todavia reconhecemos que a mesma é insuficiente para monitorizar uma situação de crise como a que vivemos. Principalmente em alturas de crise a preocupação deve centrar-se nas assimetrias regionais e locais ou de grupos populacionais de maior risco.

Esta monitorização exige que se cumpram dois critérios:

- **Primeiro**, que se desagreguem os grandes números e que se verifique o que se passa com os grupos mais vulneráveis. É sabido que os grandes números e a estatística das médias camufla o que se passa nas franjas;
- **Segundo**, que se esteja atento aos indicadores conhecidos (e.g. indicadores de saúde mental e de doenças infecciosas) por serem mais sensíveis às crises como a que estamos a atravessar.

Será também um contributo valioso se o MS divulgar o estudo que se comprometeu a realizar há dois anos.

Assim e à semelhança do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, sugerimos que se monitorizem, entre outros, indicadores relativos à saúde mental, às doenças infecciosas, aos estilos de vida e às necessidades não satisfeitas e ao mesmo tempo que se desagreguem os dados por níveis socioeconómicos, por região (com particular atenção para algumas sub-regiões) e por situação face ao emprego.

Enquanto essa monitorização não é feita de modo sistemático admite-se que se recolha a evidência e os indícios disponíveis e se interpretem à luz da evidência internacional. É esse o trabalho que o OPSS se propõe fazer, contribuindo assim, não só com a análise, mas também com sugestão de medidas, para a discussão que se exige.

No exercício de observação e análise que o OPSS se propõe fazer anualmente, deu atenção aos relatórios e documentos produzidos sobre algumas das áreas críticas identificadas. Assim, centremo-nos na observação de alguns desses dados, a saber:

O controlo da diabetes em Portugal

Da análise do último **Relatório do Observatório Nacional da Diabetes (2013)**, podemos confirmar que os diabéticos se constituem como um grupo vulnerável a situações de crise dadas as características da doença, mas também o facto de esta ser sensível a outras variáveis (e.g., idade) e induzir uma multimorbilidade muito exigente quer do ponto de vista da literacia, quer do esforço económico.

Da observação referida neste Relatório, podemos destacar como pontos positivos:

- “uma evolução positiva de alguns indicadores, nomeadamente no que se refere a alguns resultados ao nível dos registos nos cuidados primários, de que se destaca o incremento da abrangência da prestação dos cuidados de saúde na população com diabetes” (Gardete Correia, L. et al., 2013);

E como pontos negativos:

- o aumento persistente dos reinternamentos (representaram, em 2012, mais de ¼ do total de episódios de internamentos por Descompensação/Complicações da Diabetes);
- o aumento das amputações major dos membros inferiores, contrariando a tendência de redução que se vinha a verificar (as amputações major aumentaram 8,9% nesse mesmo ano, embora estivessem a diminuir desde 2008);
- e o aumento da prevalência.

Alguns destes pontos negativos acentuaram-se durante os anos da crise. Apesar disso, entendemos que os mesmos devem ser interpretados com os devidos cuidados face ao limitado número de anos sujeito a análise. Tal não lhes retira significado e como tal não devem deixar de merecer a nossa atenção.

Evolução da infeção por VIH/SIDA e Tuberculose

Analisámos o **Relatório DGS: Portugal – Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números – 2013** e aí são de realçar, enquanto aspetos positivos:

- o facto de “... o número de novos casos de infeção por VIH, o número de novos casos de SIDA e a taxa de mortalidade associada à infeção VIH/SIDA ...” (DGS, 2013) estarem a decrescer. Apesar disso continuamos a apresentar taxas mais elevadas que a média europeia;
- “... a transmissão em utilizadores de drogas injetáveis decresceu substancialmente em Portugal (cerca de 50% até 2002 e próxima de 10% do total de casos notificados em 2012);
- “o número de internamentos associados à infeção por VIH, o número de dias de internamento e o número de óbitos hospitalares decresceram progressivamente (11,6%, 16,9% e 22,1%, respetivamente)” (DGS, 2013).

E, enquanto aspetos negativos destacam-se:

- “os estudos realizados indicam taxas de prevalência de infeção por VIH superiores a 5% em populações mais vulneráveis (nomeadamente nos homens que têm sexo com outros homens - HSH - e trabalhadores de sexo)” (DGS, 2013);
- “Os dados nacionais apontam para um peso crescente das populações imigrantes no conjunto da infeção VIH em Portugal, nomeadamente em distritos específicos (Lisboa, Setúbal e Faro)” (DGS, 2013);
- “Desde 2008 que se tem vindo a verificar uma redução na realização do teste para identificação do VIH nos indivíduos com tuberculose” (DGS, 2013);
- entre 2008 e 2012, verifica-se um decréscimo muito acentuado do número de testes rápidos realizados nos CAD (questionamos se houve aumento no acesso a testes rápidos através de outros contextos de proximidade), mantendo-se constante a proporção de testes reativos (DGS, 2013);
- redução acentuada (cerca de 60%) no número de seringas distribuídas entre 2009 (2.740.000) e 2012 (1.086.400), ao abrigo do programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”;
- redução acentuada na distribuição gratuita de preservativos masculinos. De 7.077.891 distribuídos em 2009, passou-se para 2.409.911 no ano de 2012 – uma diminuição próxima dos 70%.

Também neste caso estamos perante dados ambivalentes. De facto, ao mesmo tempo que se constata o decréscimo da transmissão em utilizadores de drogas, assiste-se à redução acentuada da distribuição de seringas e ao decréscimo do número de testes rápidos. Interessa por isso prestar atenção à evolução destes fenómenos e atuar em conformidade.

Evolução das doenças respiratórias em Portugal

Considerámos também os resultados do Relatório do **Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR)**, relativo a 2013.

Neste caso o Relatório é parco no enunciado de aspetos positivos, começando logo por afirmar que “... desemprego, pobreza e condições de vida insalubres são, de há muito, reconhecidos como um verdadeiro cadinho facilitador da proliferação das doenças respiratórias” (ONDR, 2013). Com este pressuposto, destacamos como pontos essenciais:

- a mortalidade e o internamento por doenças respiratórias aumentaram em 2012. O caso da morte por pneumonia é paradigmático, com os números a agravarem-se significativamente em 2012 com mais 25% de mortes que em 2011;
- a taxa de mortalidade por pneumonia em Portugal é o dobro da média europeia. Em 2010 a taxa de mortalidade por pneumonia em Portugal era de 24,2 por cem mil habitantes, quando na UE a 27 era de 12,9;
- em relação à pneumonia, verifica-se que em 5 anos o número de internamentos cresceu 14,1%. Em 2012 verificou-se um aumento de 6,8%, quando comparado com 2011.

O Relatório sugere ainda que a subutilização de medicamentos e o fraco acesso a cuidados de saúde podem ser também responsáveis pelos dados registados em 2012.

Para além da análise destes dados, o OPSS, no seu RP deste ano, procurou em diferentes capítulos analisar em profundidade, nomeadamente os “Estilos de vida em tempos de crise”, “O medicamento, a crise e o memorando de entendimento” e a “Saúde mental e a crise”.

Importa desde logo perceber alguns dos factos mais importantes, que foram identificados. Assim, e quanto aos “**Estilos de vida em tempos de crise**” destacam-se os seguintes aspetos:

- relativamente aos hábitos alimentares e de acordo com os dados recolhidos junto de diversas fontes (e.g., INE, DGS), parece evidente que a crise obrigou os portugueses a alterarem os seus padrões de consumo alimentar para pouparem dinheiro. A forte restrição orçamental determinada pelo rendimento disponível e pelos preços dos produtos afeta hoje significativamente as suas opções;
- sobre o excesso de peso e obesidade os dados recolhidos não nos permitem perceber qualquer alteração nos anos mais recentes, o que pode denotar por um lado, que as alterações alimentares atrás referidas não produziram qualquer resultado a este nível e por outro, a ineficácia dos programas verticais em curso;

- relativamente à prática diária de atividade física e perante os dados disponíveis e apesar das dificuldades de comparabilidade, pode dizer-se que, entre 2004 e 2009, a prática da atividade física e desportiva na população portuguesa aumentou de 34% para 45%, malgrado o aumento da taxa de IVA sobre os ginásios. Apesar disso, essa taxa de atividade física é ainda claramente insuficiente em alguns grupos etários e principalmente no sexo feminino.

No que se refere ao “**medicamento, a crise e o memorando de entendimento**”, e de acordo com os dados a que tivemos acesso, constatou-se de novo em 2013 o que já havíamos referido em anos anteriores. A análise demonstra que a grande fatia dos cortes na área da saúde foram no sector do medicamento, indicando ao mesmo tempo as consequências que isso teve sobre o sector, nomeadamente sobre grande parte da rede de farmácias comunitárias, impossibilitando-as de possuírem *stocks* e/ou de adquirirem determinados medicamentos e promovendo ao mesmo tempo a exportação para outros países, nomeadamente países europeus ricos, onde os mesmos são mais caros, num claro efeito económico perverso que privilegia os mais ricos.

As consequências sobre os utentes são evidentes, com falhas na distribuição, nomeadamente de alguns medicamentos *life saving* (e.g., insulinas), agravadas estas consequências por uma diminuição acentuada do poder aquisitivo das pessoas. São ainda referidos os atrasos na aprovação de novos produtos.

Relativamente à “**Saúde mental e a crise**”, assinala-se também aqui a enorme dificuldade no acesso a dados. Apesar disso e de acordo com os dados obtidos percebe-se:

- a manutenção ou agravamento substantivo dos determinantes de saúde como sejam a taxa de desemprego, nomeadamente nos mais jovens;
- uma percentagem elevada de pessoas (62%) que afirma não conseguir fazer planos de futuro, vivendo com um grau elevado de incerteza. Para além disso, cerca de 145.766 pessoas têm empréstimos à habitação em incumprimento (Eurobarómetro, Pordata, 2014) estando assim em risco a execução da hipoteca. De acordo com os dados disponíveis, calcula-se que cerca de 10 casas são hipotecadas diariamente, aumentando assim os fatores de risco;
- se considerarmos a população em risco de pobreza e exclusão social, os indicadores de privação material e a baixa intensidade de trabalho das famílias, apresentam igualmente um aumento, entre 2009 e 2012, de 24,9% para 25,3%. Também a assimetria na distribuição dos rendimentos tem vindo a aumentar desde 2010, contrariando a tendência registada entre 2004 e 2009 (INE, 2013).

A par com estes dados devem ainda considerar-se os que indiciam uma elevada taxa de prevalência de doença mental em Portugal, com a depressão a ocupar um lugar importante (Almeida & Xavier, 2013). De considerar ainda e de acordo com a Rede de Médicos-Sentinela, um aumento na taxa de incidência de depressão, a qual evoluiu de

881,7 por 100 mil em 2004, no sexo feminino, para 991,9 por 100 mil em 2012. Nos mesmos anos, a evolução da taxa de incidência de depressão no sexo masculino, foi de respetivamente 289,6 e 347,2 por 100 mil.

A evolução da taxa de suicídio em Portugal permanece difícil de avaliar por manifesta falta de dados e por subnotificação o que se constitui em si mesmo como um sinal preocupante. Todavia, constatou-se um aumento substancial no número de suicídios registados, particularmente nos países mais expostos à crise (OMS, 2013). É expectável portanto que em Portugal esteja a acontecer algo semelhante.

Por último e de acordo com um estudo desenvolvido pelo INFARMED (2014) acerca da evolução do consumo de psicofármacos entre 2000 e 2012 (expresso através das DDD por 1.000 habitantes dia), constatou-se um aumento claro do consumo de antidepressivos (+240%) e antipsicóticos (+171%) e simultaneamente um aumento acentuado a partir de 2010, com alguma diminuição em 2012, dos gastos dos utentes com medicamentos antidepressivos e psicotrópicos.

Perante esta realidade ao nível da saúde mental constata-se a elaboração de planos conceptualmente muito desenvolvidos e de acordo com as recomendações internacionais, mas ineficazes porque as reformas não avançam no terreno, como se constata por exemplo com a Rede de Cuidados Continuados em Saúde Mental.

Os **Cuidados de Saúde Primários** continuam a fazer parte dos temas que merecem a nossa análise. No presente RP fazemos uma análise à evolução verificada ao longo do último ano de governação e ao mesmo tempo damos um contributo para a discussão acerca dos diversos modelos organizacionais e funcionais através da apresentação de alguns indicadores obtidos a partir da Plataforma BI USF e de um estudo de caso, o qual se constitui como um ponto de partida de uma linha de investigação.

Relativamente à análise do último ano destacam-se como aspetos positivos:

- Desenvolvimento e aprovação do perfil profissional do enfermeiro de família;
- Abertura de vagas para o internato de medicina geral e familiar;
- Abertura de concurso para a colocação de 150 médicos especialistas em medicina geral e familiar, na ARSLVT;
- A abertura de algumas USF novas;
- O desenvolvimento da rede de Investigação e conhecimento em cuidados primários;
- O lançamento do projeto BI USF, resultado de uma parceria estabelecida entre a USF AN, a ACSS e um conjunto de outros parceiros.

Como aspetos negativos assinala-se:

- As dificuldades recorrentes acerca dos Sistemas de Informação, os quais parecem pôr em risco a eficácia e eficiência dos cuidados;
- A incapacidade de resposta à diminuição acentuada de recursos humanos (sobretudo devido a aposentações) que coloca em causa a qualidade e operacionalidade das unidades.
- Dissonância entre o discurso e a prática política com repercussões no dinamismo e empenho dos profissionais;
- Fragilidade de algumas unidades funcionais, nomeadamente as USP e as URAP;
- O sistema continua sem aproveitar cabalmente as competências instaladas por ser demasiado “medicocentrico” e “hospitalocentrico”.

Os indicadores provenientes da Plataforma BI USF permitem-nos perceber, por um lado, uma maior eficácia e eficiência das USF modelo B relativamente às UCSP-M, e por outro o potencial de eficiência e eficácia que se perde pelo facto de não se evoluir mais para este modelo de organização funcional.

Por sua vez, o estudo de caso desenvolvido na área de influência da ARS Alentejo permite-nos perceber, ainda que com base numa série temporal muito curta e num contexto regional com características muito específicas, que:

- se constata um nível de desempenho superior nas USF face às UCSP, particularmente nos indicadores de Desempenho Económico e Desempenho Assistencial;
- o nível de desempenho alcançado pelas UCSP integradas em ACES na dependência de ULS superou as UCSP integradas em ACES na dependência direta da ARS.

Neste Relatório fazemos ainda uma análise considerando a evolução dos processos de **centralização e descentralização** ao longo dos mais de 30 anos de vida do SNS. Através dessa análise começamos por constatar que a descentralização faz parte da matriz genética do SNS, ao ponto de estar inscrita na Constituição da República. Todavia, analisando os diversos diplomas legislativos que se foram produzindo, constata-se que o afã descentralizador é oscilante ao longo das várias legislaturas.

Mas o facto mais relevante é que com o dealbar da presente legislatura se tem assistido a uma clara intenção centralizadora e simultaneamente de “desconcentração” através da devolução, ou transferência para as IPSS da propriedade e/ou da gestão de unidades de saúde.

Sublinhamos na nossa análise alguns dos avanços conseguidos através da descentralização do SNS, sendo alguns dos exemplos mais visíveis a criação das ARS e dos ACeS, as quais, conjugadas com outros fatores permitiram a melhoria dos cuidados de saúde às populações.

Ao mesmo tempo alertamos para os riscos do processo em curso o qual, ao retirar às estruturas regionais e locais e, às suas organizações, poder de decisão em termos estratégicos e operacionais retira-lhes eficácia, massa crítica, experiência e capacidade de inovação para encontrar soluções, que só a proximidade e o conhecimento dos problemas permitem resolver.

Entendemos assim que o centralismo na saúde representa um elevado fator de risco no desempenho futuro do SNS.

Notas finais

Não parecem restar dúvidas que a saúde se afirmou enquanto uma preocupação central no processo de construção e desenvolvimento da UE. Durante vários anos desenvolveram-se iniciativas e aprofundaram-se instrumentos com o objetivo de se ser consequente relativamente aos princípios expressos nos tratados (e.g., “a saúde em todas as políticas”, e “avaliação do impacto sobre a saúde”).

Ao mesmo tempo e quer pela via dos diversos estudos que se têm desenvolvido, quer dos desenvolvimentos conceptuais que a acumulação de evidência foi permitindo, foi aceite que qualquer crise económica tem efeitos perversos sobre a saúde das pessoas, particularmente sobre as mais desprotegidas e por isso mais vulneráveis. Para evitar ou atenuar estes efeitos há que desencadear um conjunto de medidas específicas, quer através dos denominados “estabilizadores automáticos”, quer de outros mecanismos de proteção.

Entretanto a crise instala-se com inusitada intensidade em toda a Europa, mas particularmente nos países ditos periféricos e com economias mais vulneráveis. Num movimento sem precedentes os princípios de solidariedade entre as nações, que estiveram na origem da construção do espaço europeu, foram postos em causa, criando-se uma clivagem Norte/Sul.

Nestas circunstâncias a *Troika* encarregou-se de desenhar e aplicar as medidas que considerou adequadas através de um programa que não acautelava as repercussões dos mesmos sobre a saúde das pessoas. Ignoraram-se assim, os princípios expressos nos tratados, mas também a evidência acumulada relativa aos efeitos da crise sobre as pessoas e comunidades.

Torna-se assim urgente a discussão e a adoção, a nível europeu, de medidas concretas e de recomendações, principalmente aos países mais afetados pela crise.

Portugal apesar de integrado neste espaço não está impedido de adotar medidas que protejam os mais vulneráveis dos efeitos da crise. Todavia e para que tal aconteça é necessário começar por admitir que a crise está a ter impacto sobre a saúde dos portugueses.

O que parece não estar a acontecer por parte das autoridades de saúde.

Por fim, realça-se a continuidade do empenho do OPSS em produzir análise e deixar recomendações, disponibilizando-as à opinião pública e aos decisores como base de discussão.

2.2 Descentralizar o SNS em Portugal. Estratégia interrompida ou interrupção estratégica?

Verifica-se hoje em Portugal um conjunto de ações e medidas de política que evidenciam uma interrupção, se não um retrocesso, no processo de descentralização do sistema de saúde público. Tal opção, ainda que não programaticamente expressa pelo atual governo, poderá representar um elevado fator de risco no desempenho futuro e na sustentabilidade do SNS.

Desde 1976 com a aprovação da Constituição da República Portuguesa (CRP), aos anos 90 com a aprovação da lei de Bases da Saúde e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e até ao final da primeira década deste século, que se verificou como linha de força a descentralização do SNS. Ao longo daquele período, toda a legislação, regulamentação e reorganização da arquitetura administrativa do SNS, evoluíram no sentido de assegurar que a sua gestão fosse descentralizada e participada. Apesar desta evolução legislativa, reconhece-se que as transformações no terreno não foram tão profundas e tão rápidas quanto o necessário, encontrando frequentemente alguma rigidez na mudança e constrangimentos na sua implementação.

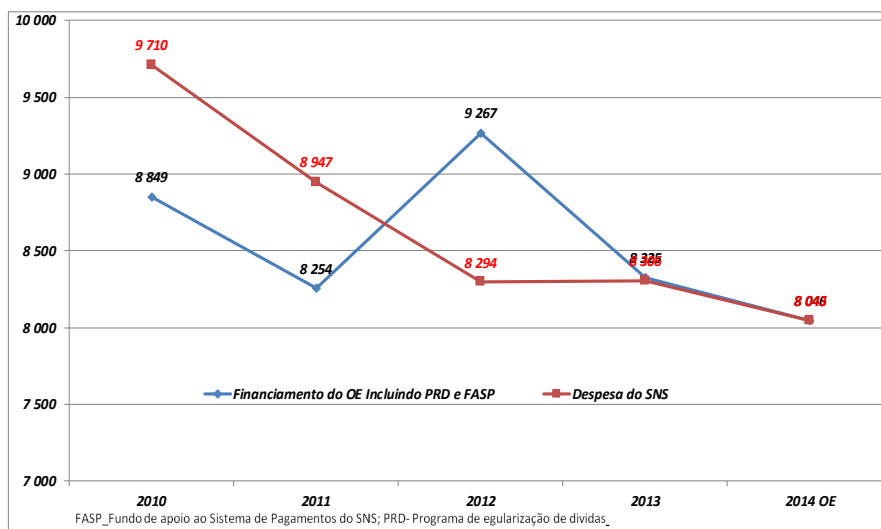
De facto, as transformações ocorridas nas competências e nas responsabilidades das Administrações Regionais de Saúde (ARS), na administração e na gestão do SNS ao nível regional, a mudança no estatuto dos hospitais públicos com a institucionalização dos hospitais SA e, mais tarde, os hospitais EPE, a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e a implementação das Unidades de Saúde Familiares (USF), foram acompanhadas por novos modelos de organização e de relação institucional, de que são exemplo os processos de contratualização entre os níveis central e regional e entre este e o nível local. Estas medidas visaram libertar as organizações responsáveis pela gestão e pela prestação de cuidados de saúde de um comando e de um controle distantes, burocráticos e centralistas.

Por outro lado, a crise económico-financeira que o nosso país tem vindo a conhecer desde 2009, tem reduzido o nível de bem-estar da população, com quebras na produção, no consumo, no investimento e no rendimento, acompanhadas por um elevado nível de desemprego e de precariedade nas relações laborais. Neste contexto macroeconómico, o SNS conheceu uma redução nos recursos financeiros com origem no Orçamento Geral do Estado (OGE), no quadro de um apertado programa de controlo externo das contas públicas por parte dos nossos credores, superior ao constante no Memorando de Entendimento (MdE) negociado entre o Governo português (PS), o PPD/PSD, o CDS/PP e a *Troika*.

A evolução das transferências do OGE para o SNS, de carácter não excecional, como se pode ver na **figura 1**, evidencia essa redução. A limitação dos recursos públicos afetos ao sector foi acompanhada pela centralização nos órgãos de topo do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério das Finanças (MF) de decisões que deveriam ser tomadas ao nível regional e local, por quem tem responsabilidades na gestão das organizações e dos serviços públicos prestadores de serviços de saúde.

No recente relatório de abril da avaliação do programa de assistência financeira a Portugal (IMF, 2014) é referido que as reformas levadas a cabo no sector da saúde já conduziram a uma redução na despesa no SNS de 1.500 milhões de Euros, 15% menos do que em 2010, mas que as dívidas vencidas no sector continuam a acumular-se, em particular as dos Hospitais EPE.

Figura 1 - Despesa do SNS e Financiamento do OE (em MEUR)



Fonte: Ministério da Saúde

O referido relatório refere ainda que uma das medidas tomadas pelo atual governo, com vista a controlar esta situação, consistiu na criação de uma unidade central no MF para acompanhar a evolução das dívidas acumuladas e para coordenar ações com vista ao completo cumprimento da Lei dos Compromissos, constringindo de forma direta as escolhas e as decisões ao nível das organizações de saúde.

A crescente e indiscriminada redução dos graus de liberdade de quem tem a responsabilidade na gestão dos recursos e na administração dos serviços públicos de saúde, tem coexistido com decisões no sentido de uma desresponsabilização do Estado neste domínio, como é o exemplo da transferência para as Misericórdias da gestão de unidades de saúde públicas e da prestação de cuidados de saúde.

Em resumo, centraliza-se porque o MS não confia na capacidade de gestão de quem foi por si nomeado para administrar os hospitais, as ULS, os ACeS e os serviços de saúde públicos e descentraliza-se porque o MS considera que passar para sector privado, ainda que não lucrativo, a responsabilidade da gestão de unidades de saúde assegura menor despesa pública. No entanto, não há evidência que a tais decisões correspondam benefícios líquidos efetivos com ganhos de efetividade, de eficiência e de uma superior qualidade na resposta às necessidades em saúde.

Tendências internacionais

Quando observamos as políticas adotadas por diversos países ao longo dos últimos 20 anos encontramos um padrão quase transversal de descentralização na maioria dos países, acompanhado por alguns casos de centralização (De Vries, 2000, Mosca, 2006, Saltman et al., 2007).

Assim, Mosca (2006) compara as experiências de descentralização de países do sul da Europa – Itália e Espanha – e de centralização no sistema de saúde da Noruega:

- a Itália, na década de noventa, procedeu a políticas de descentralização através de uma série de decretos legislativos cujo principal objetivo foi a delegação de competências para as regiões de saúde, para melhorar as suas capacidades de uma utilização mais eficaz dos recursos financeiros e para garantir o fornecimento de serviços médicos adequados aos cidadãos.
- a Espanha, a partir de 2002, transferiu o controlo total dos seus sistemas de cuidados de saúde às comunidades autónomas, colmatando um processo longo e difícil, iniciado parcialmente em meados da década de 1980, e desejado principalmente por razões históricas de autonomia e de melhores desempenhos económicos.
- em sentido contrário, e depois de anos de políticas de descentralização desenvolvidas a partir de 1970, a Noruega iniciou, em 2002, uma ampla reforma administrativa de centralização do seu sistema de saúde, que passou pela transferência da propriedade dos hospitais, com gestão nomeada politicamente, dos condados para o Estado, pela diminuição do número de regiões de saúde e pela concessão de maior autonomia aos hospitais, através de um estatuto mais independente com plena responsabilidade jurídica para o funcionamento da infraestrutura, procurando desta forma replicar uma estrutura semelhante ao sector empresarial privado.

Na mesma linha, Saltman et al. (2007) avaliaram as experiências de descentralização (recentralização) em vários países e os seus efeitos nas dimensões económica (organização da procura e da oferta), política (relação entre diferentes níveis do governo, a organização e prestação de serviços de saúde e o envolvimento da comunidade na tomada de

decisão), de gestão (decisões relativas à alocação e distribuição dos recursos financeiros, humanos e físicos, bem como a delegação de poderes de decisão relacionados com a definição de políticas de saúde), clínica (melhoria do estado de saúde tendo em conta indicadores de processo e de resultados) e de equidade (nas suas diferentes dimensões), caracterizando os diferentes percursos que foram percorridos em momentos distintos embora com os mesmos objetivos.

De uma forma geral, embora tendo em conta um maior número de países, as conclusões de Saltman et al. (2007) são próximas das de Mosca (2006), concluindo que Itália, Portugal, Polónia, Espanha, Federação Russa, Suécia, Suíça, Reino Unido e Canadá desenvolveram ao longo do tempo políticas de descentralização, iniciadas em períodos diferentes, em várias dimensões e com efeitos diversificados em cada uma dessas dimensões, sendo alguns dos efeitos difíceis de avaliar (e.g., dimensão clínica); em contraciclo, surge a Noruega que, depois de um percurso muito próximo da Suécia com políticas de descentralização, optou pelas políticas de recentralização, já atrás mencionadas, a partir de 2002.

Para além destas comparações, Saltman et al. (2007) evidenciam o papel da privatização como uma estratégia de descentralização influenciada pela globalização, a economia neoliberal, a Nova Gestão Pública, as mudanças na gestão, a visão das organizações baseada nos recursos e a pressão eleitoral por níveis de impostos mais baixos. A extensão destas políticas de privatização bem como os seus resultados variam de país para país, sendo destacadas as seguintes experiências:

- privatização – privatização total de serviços dentários e farmácias (Hungria, Polónia e República Checa), de cuidados de saúde primários e hospitais (Croácia, República Checa, Estónia, Hungria, Polónia, Eslovénia, Macedónia, Reino Unido e Noruega); contratação externa e subcontratação de cirurgias relacionadas com listas de espera e meios de diagnóstico (Reino Unido e Portugal), concessão de unidades de cuidados primários e hospitais (Suécia e Portugal), separação prestador/pagador e novas funções hospitalares entregues a entidades reguladas por uma mistura de direito privado e público (Espanha e Portugal).
- novas formas organizacionais – organizações híbridas não totalmente privatizadas mas funcionando com muitas das características do sector privado (Reino Unido, Alemanha, Suécia, Dinamarca, Finlândia, Espanha e Portugal); estruturas empresarializadas com autonomia de gestão, orçamentos atribuídos e controlo maioritário nos cuidados de saúde primários (Reino Unido), nos hospitais (Dinamarca, Itália, Alemanha, Reino Unido, Portugal, Espanha e Suécia); parcerias público-privadas descrevendo uma variedade de relações entre o sector privado e os organismos públicos (Áustria, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Espanha e Reino Unido).

- transformações internas – desenvolvimento de mercados internos para aumentar a concorrência, como forma de melhorar a escolha, a diversidade da prestação, o desempenho e a prestação de contas e, a contratualização (Suécia, Alemanha, Reino Unido e Portugal).

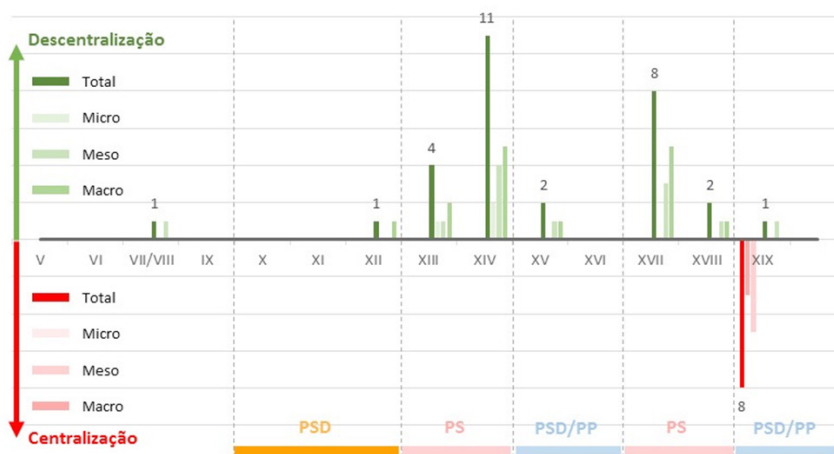
Em última análise, os problemas sociais precisam de uma solução e os problemas complexos e delicados são difíceis de resolver, esperando-se demasiado de soluções que assentam nas mudanças institucionais (De Vries, 2000); a descentralização/recentralização não pode ser vista como um meio de renovar o Estado e para a melhoria automática da eficiência dos serviços prestados (Mosca, 2006); uma estratégia de descentralização baseia-se em valores, objetivos e preferências dos agentes de decisão, os quais serão necessariamente dependentes do contexto em que operam (Saltman et al., 2007).

O caso português

Em Portugal as mudanças político-administrativas, que ocorreram na sequência da revolução de Abril de 1974, tiveram um significativo impacto no domínio da saúde. Evolui-se de um sistema de saúde de seguro social com cobertura não universal, uma vez que apenas respondia às necessidades de saúde da população empregada e dos seus familiares, financiado por sistemas de previdência social de base profissional, para um sistema universal com financiamento de base fiscal e cobrindo a quase generalidade dos cuidados de saúde.

A **figura 2** sistematiza a evolução legislativa e dos instrumentos de política que tiveram impacto na descentralização do sistema público de saúde, introduzindo informação adicional sobre os diversos governos por eles responsáveis e a respetiva matriz partidária.

Figura 2 - A descentralização no SNS e o quadro legislativo em Portugal



Ao longo destas quase quatro décadas, verificaram-se dois momentos de maior intensidade de iniciativas legislativas que permitiram desamarrar as organizações de saúde públicas de uma parte dos constrangimentos que o centralismo e o seu comando e controlo burocráticos exerciam sobre quem tem responsabilidades na sua gestão.

Como anteriormente referido, a *CRP* aprovada em 1976, a Lei que criou o SNS (1979), a Lei de Bases da Saúde (1990) e o Estatuto do SNS (1993) representaram o quadro fundamental de suporte político e normativo para a descentralização dos serviços de saúde públicos no nosso país. Ainda que a política de saúde seja de âmbito nacional e que a regulamentação, acompanhamento, controlo e financiamento do sistema público de saúde tenham origem na administração central, consagrou-se neste conjunto de diplomas fundamentais o princípio da descentralização nas atividades operacionais e de gestão do SNS.

Os dois períodos de maior intensidade legislativa ocorreram entre 1996 e 1999, durante o XIII e XIV governos (PS) e entre 2005 a 2009, durante o XVII e XVIII governos (PS). Entre estes dois períodos, regista-se a criação dos Hospitais SA no XV governo (coligação PSD/PP). As tipologias mais comuns que a descentralização assumiu nesse período foram a desconcentração e a delegação/autonomização da administração central nas estruturas regionais e locais do MS e nas organizações que integram o SNS. Se no primeiro período surgiram diversas experiências de introdução da gestão empresarial em unidades públicas de saúde com reconhecido sucesso, como foram o exemplo do Hospital de S. Sebastião em Santa Maria da Feira e da ULS de Matosinhos, e de novos modelos de organização dos cuidados de saúde primários, no segundo período robusteceram-se e generalizaram-se algumas dessas experiências de que foi exemplo a passagem dos hospitais do SPA para hospitais SA, mais tarde integrados no universo EPE. No mesmo quadro de inovação foram implementadas novas ULS.

Com base neste quadro legal, verificaram-se diversas iniciativas legislativas e medidas de política com vista ao aprofundamento da descentralização financeira e administrativa no nosso país. Em 1997 foi implementado um modelo de distribuição regional dos recursos com origem no OGE, tendo como referência, no processo de repartição, um critério de base capitolacional. No mesmo período os orçamentos atribuídos aos hospitais passaram a ser ajustados parcialmente pelas características clínicas e, conseqüente consumo de recursos associadas aos doentes neles tratados.

No mesmo ano foram criadas nas ARS as Agências de Acompanhamento, mais tarde evoluindo para Agências de Contratualização (Despacho Normativo nº 61/99), constituindo uma primeira experiência de negociação e de contratualização com as organizações de saúde, com vista à separação das funções de financiador das de prestador e ao aumento da autonomia, responsabilidade e prestação de contas das unidades públicas, tendo como perspetiva o interesse dos cidadãos. Sofrendo inicialmente de problemas de indefinição institucional, representaram um importante contributo para uma nova relação entre as ARS e as organizações prestadores de cuidados, associando o mais possível o financiamento aos cuidados de saúde prestados às populações.

Ao longo da última década do milénio anterior foi também dado enquadramento legal a um conjunto de experiências inovadoras de gestão em unidades de saúde públicas, como foi a criação da primeira PPP na saúde em Portugal em 1991 (DL n.º 382/91), na base da qual foi estabelecido um contrato de gestão de um hospital público, o Hospital Amadora-Sintra, com uma entidade privada. Foram igualmente introduzidas novos modelos de gestão em hospitais públicos. Em 1996 o Hospital de S. Sebastião (DL n.º 218/96), em 1998 o Hospital do Barlavento Algarvio (DL n.º 370/98) e em 1999 a ULS de Matosinhos (DL n.º 207/99), viram aumentados os graus de liberdade na tomada de decisão no dia-a-dia das organizações, em especial nas aquisições e nas contratações.

Em 1999 com o DL n.º 374/99, de 18 de Setembro, foram criados os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS, representando um desafio para os responsáveis pelos serviços de saúde de reconhecida excelência clínica, ao permitir uma superior autonomia, poder de decisão e consequente responsabilidade na sua gestão no interior das organizações de saúde, tendo como principal objetivo aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais de saúde pela gestão dos recursos disponíveis. Devido a resistências de várias ordens, reconhece-se hoje que este modelo organizativo ficou muito aquém do potencial de descentralização gestionária que poderia ter sido impulsionada no seio dos hospitais públicos.

Nesse mesmo ano foram estruturados os serviços de saúde pública, no âmbito dos quais se integra o exercício dos poderes de autoridade de saúde na prevenção da doença e na promoção da saúde. O DL n.º 286/99, de 27 de Julho, que estabelece a organização dos serviços de saúde pública, refere que a implantação se opera a dois níveis: o regional e o local. Em 1999 foram criados cinco Centros Regionais de Saúde Pública.

Ainda em 1999, foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), através do DL n.º 156/99, de 10 de Maio. A lei estabelecia uma reorganização dos serviços de saúde numa determinada área geográfica ou região de saúde, integrando centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos. O objetivo era o de promover a saúde, racionalizar recursos e promover a participação social das comunidades e instituições locais na organização dos serviços de saúde. Também esta iniciativa não teve grande continuidade.

Com a publicação do DL n.º 157/99, de 10 de Maio, foi entretanto estabelecida a criação, organização e funcionamento de um novo modelo de centros de saúde, conhecidos como “os centros de saúde de terceira geração”. A lei considerava-os como pessoas coletivas de direito público, integradas no SNS, dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e possuindo património próprio, sob superintendência e tutela do MS. Previa-se ainda a existência de associações de centros de saúde.

Ao longo da primeira década deste século o nosso país conheceu uma série de iniciativas legislativas e de reorganização de serviços de saúde que visaram recriar níveis de responsabilidade e de autonomia de decisão no seio do sistema público de saúde, quer ao

nível territorial quer ao nível da sua estrutura administrativa. Foi igualmente produzida legislação com vista à transferência para o sector privado de responsabilidades no financiamento, no investimento e na gestão de unidades de saúde.

Em 2001 é criada a estrutura de missão Parcerias Saúde no MS, com o objetivo de criar as condições legais e materiais para a implementação das Parcerias Público Privadas (PPP) na Saúde. O DL n.º 185/2002 estabeleceu o quadro legal para as PPP saúde cujo objetivo era o de obter uma progressiva racionalização das funções de financiamento, de contratação e da função prestação de cuidados de saúde quer através da concessão da gestão de unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas, ou de natureza social quer pelo investimento conjunto entre estas e o Estado. Os objetivos que fundamentaram a decisão foram os de eficiência, de responsabilização, de contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde.

Com os DL n.ºs 272 a 230 de 2002 foram transformados 31 hospitais, até então integrados no Sector Público Administrativo (SPA) em Hospitais SA. Com este conjunto de diplomas o legislador pretendeu consagrar a autonomia de gestão das unidades hospitalares em moldes empresariais, estabelecendo ao mesmo tempo a separação funcional entre o financiador/comprador e o prestador de cuidados de saúde. A obtenção de ganhos acrescidos de saúde, a melhoria do desempenho, eficiência e do desempenho económico-financeiro do SNS e a consagração da autonomia de gestão e de responsabilidade económico-financeira da gestão hospitalar, assente na responsabilidade descentralizada por resultados económicos e níveis de desempenho de serviço, foram os objetivos expressos no preâmbulo da lei que criou os Hospitais SA.

Em 2005 são transformados os hospitais SA em hospitais EPE, através do DL n.º 93/2005. As modificações ocorridas, nomeadamente com a criação dos Hospitais (HEPE) e das Unidades Locais de Saúde (ULS, EPE) (DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro e posteriores), dotaram estas organizações de uma ampla autonomia e poder de decisão ao conferir-lhes o estatuto de entidades públicas empresariais.

Uma nova lei orgânica do SNS é entretanto consubstanciada no DL n.º 212/2006, onde é referido que permitirá a introdução de um novo modelo organizacional que tem por base a racionalização das estruturas, o reforço e a homogeneização das funções estratégicas de suporte à governação, a aproximação da administração central dos cidadãos e a devolução de poderes para o nível local ou regional.

No ano seguinte surgem as primeiras USF, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários.

O DL n.º 298/2007, de 22 de Agosto, estabelece então o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objetivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade, na intersubstituição de profissionais e na globalidade dos cuidados prestados.

É dado mais um impulso na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos ACeS, através do DL n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Ao estabelecer a sua autonomia administrativa, veio trazer novos desafios e exigências em termos de planeamento e gestão da prestação de cuidados de saúde, que implicou uma alteração profunda no modelo de organização dos serviços a nível regional. A sua criação levou, em teoria, à extinção das Sub-regiões de saúde. O objetivo consistia em dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

O DL n.º 81/2009, de 2 de Abril, reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando-os com a organização das ARS e dos ACeS. No horizonte está a modificação do perfil de saúde e doença das populações verificada nas últimas décadas, devido à evolução das condições ambientais planetárias, às alterações dos estilos de vida e à globalização, entre outros.

Em 22 de Março de 2010 foi aprovado o DL n.º 19/2010 que criou os Serviços Partilhados do MS, E. P. E. (SPMS, E. P. E.), como pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, tendo como atribuições a prestação de serviços partilhados específicos da área da saúde em matéria de compras e logística, financeiros e recursos humanos aos estabelecimentos e serviços do SNS.

A adoção de serviços partilhados visou a promoção de eficácia e eficiência em organizações dos setores públicos justificada com a possibilidade de permitir não só poupanças, como a criação de sinergias e o aumento de produtividade. Foi reduzido o papel das organizações de saúde que integram o SNS no processo de negociação e de contratualização com os fornecedores de alguns dos bens e serviços de utilização mais comum.

Em 17 de Maio de 2011 é assinado o MdE com o governo português, condicionando de forma relevante as medidas de política no domínio da saúde. Não sendo possível avaliar plenamente o seu impacto a médio e longo prazo, reconhece-se a importância que ele representou no sector, dado prever a execução temporal de um elevado conjunto de ações e de medidas de política em áreas tão diversas como o mercado farmacêutico, o financiamento e as taxas moderadoras, o sistema fiscal/benefícios fiscais, a relação sector público e privado, a gestão do SNS, os cuidados de saúde primários, os subsistemas públicos de saúde (ADSE e outros) e os recursos humanos e profissionais de saúde.

Na sequência do contexto político anterior verificou-se um reforço dos mecanismos de comando e de controlo por parte dos serviços centrais do MS e do MF. Com o DL n.º 64/2011 são modificados os procedimentos de recrutamento, seleção e provimento nos cargos de direção superior da Administração Pública. O procedimento concursal passou a ser efetuado pela Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração

Pública (CRESAP), entidade independente que funciona junto do membro do Governo responsável pela área da Administração Pública. Esta comissão estabelece, nos termos das suas competências, os critérios aplicáveis na seleção de candidatos a cargos de direção superior na saúde.

Com a Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro, foram definidas as regras aplicáveis à assunção de compromissos e aos pagamentos em atraso das entidades públicas, conhecida pela “lei de compromissos”. Esta lei aplica-se, entre outras, a todas as entidades públicas do SNS.

Esta lei prevê que os dirigentes, gestores e responsáveis pela contabilidade não podem assumir compromissos que excedam os fundos disponíveis, sendo como tal consideradas as verbas disponíveis a muito curto prazo, que incluem entre outras a dotação corrigida líquida de cativos, as transferências ou subsídios com origem no OE, relativos aos três meses seguintes, a receita efetiva própria que tenha sido cobrada ou recebida como adiantamento e a previsão da receita efetiva própria a cobrar nos três meses seguintes. A assunção de compromissos plurianuais, independentemente da sua forma jurídica, incluindo novos projetos de investimento ou a sua reprogramação, contratos de locação, entre outros, ficou sujeita a autorização prévia.

Com a “lei de compromissos”, estamos perante um quadro de gestão de curto prazo em que as organizações de saúde e os seus gestores vêm limitados os seus graus de liberdade na tomada de decisão para responder às necessidades, por vezes de carácter urgente, num quadro de subfinanciamento e de restrição orçamental.

Ao longo de 2012 verificou-se um processo de reorganização dos ACeS em cada uma das Regiões de Saúde através das Portarias n.ºs 308/2012, 310/2012, 394-A/2012 e 394-B/2012, tendo-se confirmado uma redução do seu número. Referem-se aqui, a título meramente exemplificativo, as razões subjacentes a esse processo de fusão para a Região Centro, que viu reduzido o número de ACeS de 14 para 6. Na portaria n.º 394-A/2012, é referida a diminuição do número de ACeS existentes, por agregação a estruturas de maior dimensão e mais eficientes que abranjam grupos de população mais numerosa, e que permitem cumprir também, atento o contexto económico atual, o imperativo de adoção de medidas para a racionalização da despesa e otimização dos recursos disponíveis.

Com o Despacho n.º 9365/2013 o MS impõe que a divulgação de informação estatística na área da saúde de carácter regional ou local, referente às ARS, I. P., aos estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, aos ACeS, e às ULS, só pode ser efetuada após comunicação à Direcção-Geral da Saúde (DGS) e uma vez obtida a autorização do Diretor-geral, devendo ser sempre divulgada através do Portal da Estatística da Saúde, independentemente de poder ser divulgada em Portais dos organismos e serviços.

Ainda em 2013 é publicado o DL n.º 138/2013 que estabelece as formas de articulação do MS e dos estabelecimentos e serviços do SNS com as instituições particulares de solidariedade social (IPSS). Nele foi regulamentado, ainda, o regime de entrega dos hospitais das Misericórdias, que foram objeto de integração no sector público após 1974, e são atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS. Foi ao abrigo dessa nova legislação que foi estabelecido um contrato de gestão para o novo Centro de Reabilitação do Norte entre a ARS do Norte e a Misericórdia do Porto, sem recurso a concurso público.

Procurando resumir o que tem sido a evolução recente das medidas político-administrativas na saúde no nosso país, diremos que:

- a introdução de modelos de distribuição dos recursos do SNS para as Regiões de Saúde, e espaços sub-regionais, baseados em critérios sociodemográficos e de carga da doença, em simultâneo com o desenvolvimento de processos de contratualização entre as entidades financiadoras (ACSS e ARS) e as prestadoras, representaram instrumentos de responsabilização de superior espaço de decisão e de responsabilidade para quem administra e dirige as organizações públicas de saúde.
- A criação das USF, no quadro da reforma dos cuidados primários, em linha com experiências anteriormente ocorridas, é igualmente um bom exemplo de descentralização organizativa e clínica em unidades de pequena dimensão, visando responder às necessidades locais e, pelos resultados já demonstrados, com uma mais eficiente gestão de recursos. A sua criação teve um suporte legal e administrativo robusto mas baseou-se fundamentalmente na capacidade dos profissionais dos cuidados de saúde primários, organizados em pequenas equipas, proporem e executarem novas formas de gestão clínica e de administração de recursos.
- A passagem para o sector privado de funções e responsabilidades do SNS teve em 1996 uma primeira experiência com a entrega da gestão do Hospital Amadora-Sintra a uma entidade privada e, em 2006 o hospital voltou à esfera da gestão pública, face aos problemas ocorridos durante o período de duração do contrato.
- Em 2002 foi aprovada a lei que rege as PPP na saúde, na base da qual foram contratualizados as PPP relativas aos novos Hospitais de Cascais, Braga, Vila Franca de Xira e Loures e ainda ao Centro de Reabilitação do Sul.
- A descentralização sob a forma de “devolução” ocorreu muito recentemente, em 2013, com a criação de um quadro legal que permite entregar às Misericórdias unidades de saúde que após 1974 haviam sido integradas no sistema público de saúde.

- A partir de 2010 verificaram-se iniciativas legislativas e medidas de política que evidenciam uma interrupção, senão um retrocesso, no processo de descentralização no SNS. As limitações à celebração ou renovação de contratos de trabalho ou de prestação de serviços de profissionais de saúde pelos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde integrados no sector empresarial do Estado, a criação da CRESAP, decisão bem-intencionada em questões de transparência/prestação de contas procurando despartidarizar o processo de seleção e nomeação dos cargos dirigentes, o processo de fusão dos ACeS, a centralização da divulgação de informação na DGS, a Lei dos Compromissos e todo um conjunto de limitações e constrangimentos à tomada de decisão no seio das organizações quer no universo SPA quer no universo EPE, evidenciam essa tendência.

A administração central seja sedeada no MS ou no MF, chamou a si decisões que comprometem o funcionamento das organizações, desresponsabilizando os seus gestores com todos os riscos que tal estratégia tem para a boa governação do SNS.

Notas finais

A Constituição da República, no n.º 4 do artigo 64.º, estipula que o SNS tenha uma gestão descentralizada e participada.

A análise dos problemas da descentralização no domínio da saúde deve ser inserida na reforma da administração do Estado em geral, e em particular do MS. Existe enquadramento legal para que novos atores possam ter atribuições, competências e assumir responsabilidades no domínio da saúde. Neste contexto, as autarquias locais podem ter um importante papel nos cuidados continuados, no apoio ao domicílio, no combate à toxicod dependência e na promoção da saúde, áreas de intervenção já previstas na Lei n.º 2/2007, de 15 de Janeiro, e genericamente confirmadas na Lei n.º 75/2013, de 12 de Setembro, e que urge serem desenvolvidas.

O modelo de partilha das funções de administração do SNS, dos seus serviços centrais para os níveis que lhe são hierarquicamente inferiores, nomeadamente para as ARS e para os ACeS, deve ser otimizado. A maior ou menor autonomia e responsabilidade dos serviços regionais e locais do MS não pode depender de prioridades meramente conjunturais e de decisões de curto prazo.

É necessário definir com rigor as funções que cada um dos níveis de governação da saúde desenvolve de forma mais eficaz, eficiente e integrada, reforçar a qualificação e as competências dos seus recursos humanos e assegurar que as atividades assentam em planos estratégicos de médio e de longo prazo, contribuindo para a sustentabilidade do SNS e para a melhoria do nível de saúde dos portugueses.

As organizações que integram o SNS e os seus profissionais têm demonstrado uma reconhecida capacidade de resiliência face à enorme pressão que nestes últimos três anos tem sido exercida sobre as suas condições de funcionamento, e de exercício da atividade, de forma a responder às crescentes necessidades num quadro de restrição dos recursos financeiros, materiais e humanos. A atual governação na saúde tem transferido para os seus órgãos de administração central funções que limitam e interferem com a tomada de decisão nas organizações públicas de saúde. Para além do reforço do centralismo, as medidas de desconcentração que foram tomadas assumiram exclusivamente a forma de devolução ao criar as condições legais de suporte à transferência para as IPSS da propriedade e/ou da gestão de unidades de saúde.

O processo de descentralização foi evoluindo ao longo do tempo, integrando experiências inovadoras, algumas das quais com resultados demonstrados em termos de melhorias na eficiência, equidade e qualidade, contribuindo para um superior desempenho do SNS e para uma melhoria das condições de saúde dos portugueses. Reconhece-se, no entanto, que não foram exclusivamente as transformações ocorridas na sua arquitetura administrativa e territorial, desconcentrando, delegando e autonomizando nas suas estruturas regionais e locais novas funções, que contribuíram para os bons resultados alcançados.

A aplicação da lei dos compromissos (sem o adequado financiamento dos hospitais), a burocratização que ocorre no processo de contratação de pessoal e/ou de aquisição de bens e serviços, o controlo sobre os investimentos em circunstâncias em que a tomada de decisão é urgente e justificada, o controlo central sobre as condições de divulgação da informação, desmotivam e desresponsabilizam os responsáveis pelas organizações de saúde. O curto prazo, as barreiras burocráticas e o ambiente de incerteza quanto à disponibilidade de recursos impedem o planeamento estratégico, a contratualização plurianual e, no limite, a sustentabilidade das organizações.

Transformar as estruturas regionais e locais e as suas organizações em simples correias de transmissão de decisões centralmente tomadas, retira eficácia, massa crítica, experiência e capacidade de inovação para encontrar soluções, que só a proximidade e o conhecimento dos problemas permitem resolver.

3. CRISE E SAÚDE

3.1 Saúde mental e crise – Evolução recente em Portugal e perspetiva europeia

Uma boa saúde representa um importante recurso, sendo essencial para o desenvolvimento económico e social de um país. A evidência tem vindo a demonstrar que em tempo de crise económico-financeira se verifica um efeito potencialmente negativo sobre a saúde e, em particular, sobre a saúde mental. Este impacto, que é tendencialmente rápido e intenso, impõe o foco das políticas de saúde nestas áreas mais sensíveis e um acompanhamento rigoroso dos indicadores de saúde a nível nacional e europeu, visando uma melhor adequação dos recursos disponíveis e maior capacitação dos sistemas de saúde na resposta às populações mais vulneráveis.

É atualmente indiscutível que uma boa saúde representa um importante recurso, dado que beneficia todos os sectores da sociedade, sendo, por isso, essencial para o desenvolvimento económico e social, e uma preocupação vital para todas as pessoas, famílias e comunidades (WHO ROE, 2012). Assim, e porque a evidência demonstra que qualquer crise tem efeitos potencialmente negativos sobre a saúde e o bem-estar de uma população, a sua existência exige particular atenção para que possa assumir-se como parte da solução e não como parte do problema, agravando a crise.

Nestas circunstâncias impõe-se um acompanhamento particularmente rigoroso de todos os indicadores de saúde, no sentido de perceber o seu impacto, mas ao mesmo tempo exige-se o repensar de todo o sistema de saúde no sentido de o dotar de maior e mais eficiente capacidade de resposta, quer seja pelo uso mais adequado dos recursos, quer pelo incremento da capacidade de resposta, particularmente às situações de maior carência.

Uma das dimensões de saúde mais vulnerável às situações de crise é a saúde mental. Esta é, ao mesmo tempo e por razões diversas, a dimensão que tradicionalmente menos atenção tem das políticas de saúde, pelo que será objeto da nossa análise.

Pergunta-se: em tempo de crise como têm evoluído os indicadores de saúde mental em Portugal, por comparação com a Europa? E como tem sido pensada e tem evoluído a resposta do sistema de saúde?

Importa porém sublinhar, que a evidência conhecida (Stuckler; Basu, 2013) mostra que as repercussões sociais de crises económicas e sociais na Europa, desde a década de 90, foram menos dramáticas nos países que:

- desenvolveram cuidados de saúde de proximidade, primários e de saúde mental;
- programas ativos de mercado de trabalho;
- subsídios a casais com desemprego.

Evolução dos Indicadores de Saúde Mental em Portugal e na Europa

Em termos de prevalência anual das perturbações psiquiátricas, entre os 34 países dos 5 continentes que integraram o *Mental Health Survey Initiative* (2013) Portugal registou a taxa de 22,9% da população portuguesa, sendo o terceiro, depois dos EUA (26,3) e da Irlanda do Norte (23,1). Ao nível das perturbações de ansiedade (16,5%) e do controlo dos impulsos (3,5%), Portugal apresenta a prevalência mais elevada da Europa, depois da Irlanda do Norte (23,1); já quanto às perturbações do humor (em que domina a depressão major, com 6,8%), figuramos em 3º lugar com 7,9%, antecedidos pela França (8,5) e a Irlanda do Norte (9,6).

Fontes: Portugal; MS; DGS; DSIA (2013); Almeida; Xavier (2013)

Como atrás referido, em tempo de crise é essencial fazer um acompanhamento rigoroso dos indicadores de saúde. Desconhece-se se em Portugal foi adotada alguma medida no sentido de incrementar o conhecimento acerca dos mesmos. Contudo, e relativamente à saúde mental, foi possível identificar algum avanço no conhecimento dos indicadores.

Assim e após um estudo iniciado em 2001 (, 2001), apenas em 2013 foi possível conhecer uma primeira caracterização epidemiológica nacional de prevalência das perturbações psiquiátricas, efetuada em 2010, em associação com vários países europeus e os EUA. Quase em simultâneo a Direção Geral de Saúde (DGS) publicou a primeira edição do “Portugal – Saúde Mental em números – 2013”, que inclui dados daquele estudo e de vários outros. Em ambos os documentos podemos constatar que 22,9% da população portuguesa teve uma perturbação psiquiátrica ao longo do ano, sendo assim o terceiro país da Europa com maior prevalência a nível mundial (de entre os países que fizeram idêntico estudo). Este dado assume particular relevância se considerarmos a evidência crescente da correlação direta entre a prevalência de doença mental e as desigualdades sociais e de saúde (Wilkinson atenção para esse facto (CSDH, 2008, 2011).

Olhando os dados mais em pormenor constata-se que as perturbações de ansiedade (16,5%) e do humor (7,9%) são as que apresentam maior prevalência, sendo esta a 3ª mais elevada da Europa em conjunto com a Irlanda do Norte (Almeida; Xavier, 2013). Tão ou mais grave quanto às perturbações do humor em Portugal, é a média do intervalo entre o início dos sintomas e o tratamento médico – de 4 anos, para o grupo, registando o subgrupo da depressão major (a que potencialmente mais estará presente no suicídio) um intervalo de 5 anos (Portugal; MS; DGS; DSIA, 2013)

Devemos considerar também a evolução da taxa de incidência, a qual é mais sensível às alterações nas variáveis relativas aos determinantes de saúde. Assim, de acordo com a Rede de Médicos-Sentinela, a taxa de incidência de depressão teve um aumento de 881,7 por 100 mil em 2004, no sexo feminino, para 991,9 por 100 mil em 2012, o que corresponde a um acréscimo de 12,5%. Nos mesmos anos, a evolução da taxa de incidência de depressão no sexo masculino, foi respetivamente de 289,6 e 347,2 por 100 mil, correspondendo portanto a um aumento de 19,9%.

Por outro lado, a (2013) chama também a atenção para o facto de as situações de crise socioeconómica incrementarem o consumo de bebidas alcoólicas. Neste contexto, salienta-se a (INE, 2014b). Ainda no que concerne às bebidas alcoólicas, atente-se ao aumento do seu consumo por estudantes do 3º ciclo e secundário (o qual deve merecer particular cuidado. Deve igualmente ser denotado o preocupantemente elevado consumo de cannabis pelos estudantes do secundário, dada a sua associação à menoridade (e os riscos psicotizantes desse consumo.

Também no que se refere ao suicídio, tem sido identificado um aumento substancial deste tipo de comportamento (, 2013), particularmente em países marcados por uma forte austeridade e diminuição dos apoios na área da segurança social (Stuckler Basu, 2013). Neste âmbito, em Portugal existe forte suspeita de elevada subnotificação (Portugal; MS; DGS; DSIA, 2013), que se espera venha a ser esclarecida com a continuação da aplicação do SICO – Sistema de Informação de Certificados de Óbito.

Assim, se analisarmos a evolução da taxa de suicídio, com base nos dados do INE (2014c) nos últimos cinco anos (2008-2012), poderemos verificar que a mesma, apesar de ligeiras oscilações, se situa em cerca de 10 suicídios por 100.000 habitantes. Nos homens a taxa oscila entre 15,2 (2009) e 17,1 (2012), sendo cerca de quatro vezes mais que nas mulheres, que varia de 3,9 (2012) a 4,8 (2011), o que vem ao encontro do registado a nível mundial. Se observarmos as regiões, o Alentejo mantém a taxa mais elevada (entre 24,2 em 2011 e 26,8 em 2010), sendo o Algarve (entre 12,7 e 17,0) e o Centro (entre 10,2 e 12,1) as que apresentam, em todos os anos, uma taxa superior à nacional.

A região autónoma dos Açores tem um comportamento semelhante, à exceção de 2010. Da análise das taxas de suicídio, tendo em conta a idade, verificamos que esta sobe significativamente a partir dos 65 anos, sendo mais alta a partir dos 75 anos, onde assume valores na ordem dos 32,9 (em 2010) e 24,1 em 2011. Na região do Alentejo atingiu a elevadíssima taxa de 101,3 em 2009.

Relativamente ao suicídio dizer ainda que, de acordo com um estudo da responsabilidade de Ramalheira (2013), que descreve epidemiologicamente o suicídio e explora a associação com o desemprego em Portugal entre 1902 e 2010, se constatou alguma evidência para a existência de uma modesta associação de nível agregado nacional entre suicídio e desemprego. Todavia o estudo denuncia as dificuldades resultantes da incerteza diagnóstica e as mudanças frequentes de critério e método de registo, as quais dificultaram a avaliação segura de dinâmicas de curto prazo.

Por sua vez e no referente aos sinais de violência, importa registar alguns dos dados mencionados pela APAV (2014). Assim, ao mesmo tempo que esta organização assinala um incremento no número de atendimentos (de 22.747 em 2012 para 37.222 em 2013), constata-se uma diminuição marginal do total de crimes contra as pessoas (menos 6 crimes registados em 2013).

Comparando as subtipologias dos crimes contra as pessoas ocorridos nesse período, verifica-se um aumento no número e percentagem de homicídios tentados, homicídios consumados, nas ofensas à integridade física simples e violação. Houve todavia diminuição dos crimes de ofensa à integridade física grave e ameaça/coação (ver **Figura 3** *infra*).

Tabela 1 - Crimes contra as pessoas

Crimes contra as pessoas	2012		2013	
	N	%	N	%
Homicídios tentados	14	0,6%	29	1,1%
Homicídios consumados	10	0,4%	55	2,2%
Ofensas à integridade física simples	504	19,9%	545	21,4%
Violação	79	3,1%	83	3,3%
Ofensa à integridade física grave	134	5,3%	100	3,9%
Ameaça/coação	666	26,2%	614	24,1%

Fonte: APAV, 2014

Um outro fator que deve ser considerado nesta análise diz respeito ao consumo de psicofármacos. Num estudo desenvolvido pelo INFARMED (2014) acerca da sua evolução entre 2000 e 2012 (expresso através das DDD por 1000 habitantes dia), registou-se um aumento claro do consumo de antidepressivos (+240%) e antipsicóticos (+171%). Comparando com outros países europeus, verifica-se um consumo de antidepressivos (88 DHD), superior ao da Itália (37 DHD) e Noruega (57 DHD), mas similar ao da Dinamarca (93 DHD). O grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos foi o que menos aumentou (+6%), porém representa o subgrupo com maior utilização, o que está em desacordo com o previsto e o verificado noutros países europeus, em que, genericamente se tem verificado uma descida no seu consumo simultânea com o aumento do dos antidepressivos.

Por outro lado, e no que respeita a gastos dos utentes com medicamentos psicotrópicos, constata-se um aumento acentuado a partir de 2010, com alguma diminuição em 2012, aparentemente relacionável com a disseminação do consumo de genéricos.

Por último, e considerando a importância dos determinantes sociais da saúde na saúde das pessoas, da análise da sua evolução nos tempos mais recentes observam-se alguns dados sobre os quais deve ser feita uma cuidada reflexão pelas potenciais repercussões, diretas ou indiretas, no sistema de saúde e social e consequentemente no cidadão.

Assim, no que toca à taxa de desemprego, tem-se registado um aumento contínuo tendo passado de 7,6%, em 2008, para 16,3% em 2013. Apenas recentemente apresentou alguns ténues sinais de decréscimo, atingindo 15,1% no 1º trimestre de 2014. Esta taxa corresponde a um total de cerca 788,1 mil desempregados (INE, 2014a). Quanto às

expectativas sobre o emprego, 74% acredita que vai piorar e 33% que também a sua situação profissional vai piorar, sendo que 60% considera que já estão numa situação má ou muito má (Eurobarómetro; Pordata,). Talvez estes dados ajudem a perceber melhor a forte tendência de emigração, comparável, senão superior, à dos anos 60, sendo Portugal o segundo país da União Europeia com maior percentagem de emigrantes, calculando-se em 90 a 95 mil o total anual, apresentando-se uma taxa mais reduzida de imigrantes (Pires, 2014)

Ao nível da despesa familiar, cerca de 62% das pessoas inquiridas afirma não conseguir fazer planos de futuro, vivendo com um grau elevado de incerteza. Cerca de 145.766 pessoas têm empréstimos à habitação em incumprimento (Eurobarómetro; Pordata, 2014), com conseqüente risco de hipoteca. De acordo com os dados disponíveis, calcula-se que cerca de 10 casas são hipotecadas diariamente, aumentando assim os fatores de risco.

No que alude ao limiar de pobreza antes de qualquer transferência social, verificamos que era de 45,4% (em 2012), acima da média europeia e pior que em 1995 (37,0 %). Após as transferências relativas a pensões (25,2%) ou após todas as transferências sociais (17,9%) o limiar de pobreza é sempre superior à média da EU (INE, 2013). Nos desempregados a taxa de risco de pobreza sobe para 38,3% (em 2011). Isto apesar do cálculo de limiar de pobreza (60% da mediana da distribuição de rendimentos) ter descido dos 421 para os 416 euros mensais, dada a diminuição generalizada de rendimento. Contudo, se considerarmos a população em risco de pobreza e exclusão social, os indicadores de privação material e a baixa intensidade de trabalho das famílias, apresentam igualmente um aumento, entre 2009 e 2012, de 24,9% para 25,3%. Também a assimetria na distribuição dos rendimentos tem vindo a aumentar desde 2010, contrariando a tendência registada entre 2004 e 2009 (INE, 2013).

Estamos, assim, perante um cenário de elevada prevalência base de doença mental, num contexto em que os determinantes sociais de saúde são extremamente desfavoráveis, sendo que estes normalmente coexistem nas mesmas pessoas potenciando sinergicamente o seu efeito.

Face a este cenário, presume-se que tenham sido desenvolvidas respostas diferenciadas e específicas, tendentes a aproveitar melhor os recursos e a atenuar as conseqüências atrás referidas.

De facto em 2008 foi apresentado o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), o qual definia um conjunto de áreas prioritárias e ações a desenvolver. Apesar disso, e de acordo com Xavier *et al.*, (2013), continua a haver um número importante de necessidades não satisfeitas ao nível da organização de serviços, prestação de cuidados e investigação epidemiológica.

Perspetivas de desenvolvimento da saúde mental em Portugal e na Europa

Políticas de saúde

É sabido que as doenças mentais são universais, afetando pessoas de todos os países, sociedades, classes sociais, idades e etnias. Esta universalidade induz uma extensão do problema, estimando-se que cerca de 450 milhões sofram de doenças mentais, verificando-se que quatro das seis causas principais de anos vividos com incapacidade são devidos a doenças mentais. Não se estranha portanto que a doença mental tenha um enorme impacto económico nas sociedades e na qualidade de vida dos indivíduos e famílias. Este cenário torna evidente que os governos devem ter uma resposta organizada e alocar os recursos financeiros, materiais e humanos adequados para dar resposta à magnitude deste problema (Dlouhy, M., 2014). Esta resposta está sujeita às contingências de cada sociedade, podendo estas influenciar o modelo e as especificidades da organização, financiamento e afetação dos recursos dos serviços de saúde mental (EOHSPS, 2007).

Apesar disso, nos últimos anos, as políticas de saúde europeias e mundiais têm-se centrado na saúde mental. O ano de 2005 foi pautado pela aprovação conjunta da “*Mental Health Declaration and Action Plan for Europe*” pela *WHO European Region*, Comissão Europeia (CE) e Conselho Europeu, o qual pretendeu dar resposta aos grandes desafios europeus da saúde mental. A estratégia então delineada pelos Ministros da Saúde europeus, à época, e em alinhamento com o atual *Mental Health Action Plan 2013-2020* (WHO, 2013) definiu, entre outros, como pontos fundamentais a necessidade dos países europeus: criarem e implementarem **sistemas de saúde mental compreensivos, integrados** (cuidados de saúde primários, secundários, continuados e serviços sociais) **e eficientes**, que abranjam a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, e a prestação de cuidados; garantirem uma **força de trabalho competente e efetiva** em todas as áreas acima referidas e um **financiamento justo e adequado para a saúde mental**.

Sistemas de saúde mental compreensivos e integrados

Os **sistemas de saúde mental compreensivos e integrados** visam, entre outros aspetos, promover a acessibilidade e dar uma resposta eficiente às necessidades das pessoas. Ora o acesso aos cuidados de saúde mental aos que deles mais precisam revela-se crucial, porém ainda se verificam algumas lacunas. Num relatório da WHO; (2005) é salientado que se verifica um enorme hiato de tempo entre a necessidade do tratamento e os serviços disponíveis (*treatment gap*). A mesma fonte refere que num questionário publicado em 2003, na União Europeia, 90% da população que reportou ter problemas de saúde mental referiu que não recebeu qualquer tratamento ou cuidado nos 12 meses anteriores e apenas 2,5% destes foi visto por um psiquiatra ou psicólogo. É ainda referido que, mesmo nos países desenvolvidos com sistemas de saúde bem organizados, entre 44% e 70% dos doentes com distúrbios mentais não receberam tratamento.

Confirmando-se a atualidade desta problemática, de acordo com Alonso *et al.* (2007), citados no relatório da Comissão Europeia (2013), da análise de seis países membros europeus foi constatado que, a partir de amostras representativas da população adulta com distúrbios mentais (com uma prevalência de 12 meses), menos de metade (48%) referiu não ter utilizado cuidados formais de saúde mental. O mesmo documento salienta, ainda, que o receio por parte dos doentes mentais do estigma poderá igualmente contribuir para o adiar do tratamento, fato que poderá muitas vezes implicar a persistência ou o agravamento dos sintomas da doença mental (EC EuroPoPP, 2013).

No caso de **Portugal**, o Relatório publicado pela DGS (2013), refere que atualmente se verificam elevadas taxas de pessoas sem nenhum tratamento, embora seja igualmente salientada a razoável percentagem das perturbações graves com cuidados médicos (ver **Tabela 2** *infra*).

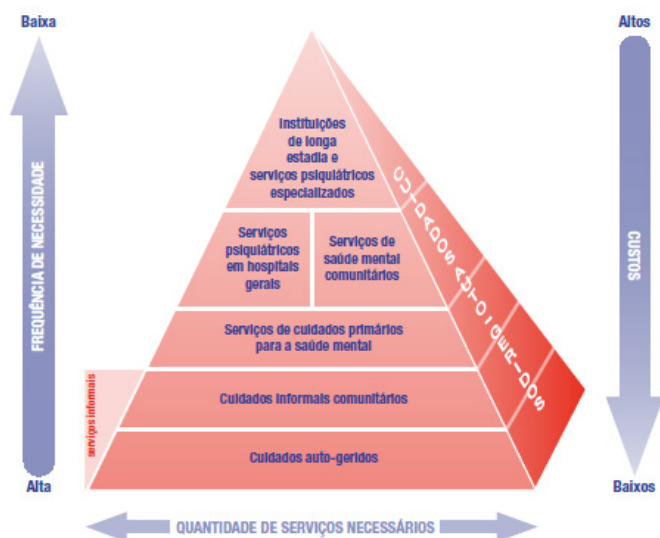
Tabela 2 - Distribuição do tipo de tratamento (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013)

Distribuição do tipo de tratamento por Gravidade da Perturbação					
	Perturbações graves	Perturbações moderadas	Perturbações ligeiras	Nenhuma	Todas
Medicina geral	47,1	23,8	10,2	5,7	9,8
Saúde mental	38,9	14,9	8,3	3,6	6,6
Cuidados médicos	66,1	33,8	16,2	8,6	14,4
Qualquer tipo de tratamento	66,4	35,1	18,2	9,0	15,5
Nenhum tratamento	33,6	64,9	81,8	91,0	85,0

Fonte: Portugal; MS; DGS; DSIA, 2013 citado por EC; EuroPoPP, (2013)

Neste âmbito, uma questão que se revela igualmente fundamental foca-se na necessidade de definir o equilíbrio e uma provisão de serviços entre a comunidade, os cuidados de saúde primários, os hospitais gerais, as instituições especializadas em cuidados de saúde mental e os hospitais psiquiátricos (McDaid; Thornicroft, 2005; Gater *et al.*, 2005 citados por EC(2005) tem vindo a promover a necessidade de um abandono dos tradicionais hospitais psiquiátricos e instituições de longa duração em favor do cuidado prestado na comunidade, dado que poderá permitir melhores resultados (ECEuroPoPP, 2013). Confirmando esta realidade, a evidência tem vindo a documentar a passagem de uma base institucional (ou de longa duração) para uma base centrada na comunidade, sugerindo que os cuidados ao nível da comunidade representam uma forma de cuidado mais efetiva (Caldas de Almeida; Killaspy, 2011 Semrau *et al.*, 2011 citados por EC EuroPoPP, 2013) (ver **Figura 3**. *infra*). Também no documento *Mental Health Action Plan 2013-2020* (WHO, 2013) é referido que o redireccionamento do financiamento para serviços baseados na comunidade, incluindo a integração da saúde mental em *settings* de cuidados de saúde gerais, permitiria um melhor acesso e intervenções mais custo-efetivas para um maior número de pessoas.

Figura 3 - A Pirâmide de organização de serviços para uma combinação ótima de serviços



Fonte: OMS; WONCA; ACS; CSM (2008)

Neste sentido, a no seu relatório conjunto em 2008, salientam que a visão dos cuidados de saúde primários (CSP) oferece oportunidades ímpares para a prevenção das perturbações mentais e a promoção da saúde mental, para a educação da família e da comunidade e para a colaboração com outros sectores, porém ainda não foi realizada na maioria dos países. Como obstáculos ao desenvolvimento dos serviços são apontados: a falta de apoio político, gestão inadequada, serviços de saúde sobrecarregados e, por vezes, resistência da parte dos responsáveis pela formulação de políticas e dos profissionais de saúde. A importância da integração da saúde mental nos CSP tem sido igualmente evidenciada através de muitos estudos, que têm demonstrado que podem ser prestados cuidados de saúde efetivos com sucesso em *settings* de cuidados primários. A mesma fonte refere alguns exemplos bem-sucedidos, como é o caso do **Reino Unido** onde foi implementado um consultório nos CSP que permitiu incluir e integrar populações desfavorecidas (incluindo imigrantes e sem-abrigo). Este modelo permitiu obter CSP holísticos para a saúde mental e necessidades de saúde física melhoradas, identificar precocemente a doença e comorbilidades e reduzir o estigma e a exclusão social. Esta boa prática evidenciou progressos no apoio aos doentes através de intervenções de reabilitação psicossocial e promoveu uma forte ligação aos cuidados de saúde e comunitários de nível secundário e a várias organizações e serviços ligadas às áreas do emprego, habitação e assuntos legais.

Também na **Austrália** foi criado um modelo de cuidados de saúde mental integrados para pessoas idosas em unidades de clínica geral, nas áreas urbanas degradadas de Sidney. Os médicos de clínica geral prestam CSP para a saúde mental, com o conselho e apoio de enfermeiros comunitários de psicogeriatría, psicólogos e psiquiatras geriátricos. Neste modelo, o êxito reside no fato de serem cuidados compatíveis, colaborativos e partilhados entre CSP, serviços comunitários e serviços especializados (incluindo cuidados comunitários e psiquiátricos para os idosos e medicina geriátrica). Os clínicos gerais têm também atingido melhores resultados em termos da manutenção da continuidade dos cuidados. O **Brasil** implementou um modelo de CSP integrados para a saúde mental, na cidade de Sobral. Neste caso, profissionais de CSP efetuam avaliações da saúde física e mental de todos os doentes. Caso a situação o exija estes últimos solicitam uma avaliação a uma equipa especializada em saúde mental, que faz visitas regulares aos centros de saúde familiar. São realizadas consultas conjuntas com a participação de especialistas de saúde mental, profissionais de CSP e doentes. Este modelo, além de garantir a prestação de cuidados de saúde de boa qualidade, serve de ferramenta de formação e supervisão, possibilitando aos profissionais dos CSP uma maior capacitação e consequente melhoria das suas competências e autonomia para lidar com perturbações mentais (08).

Em **Portugal**, de acordo com o preconizado no Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016), em 2008, previa-se uma melhoria do modelo de intervenção em Saúde Mental através de um conjunto de ações a desenvolver em áreas prioritárias. No entanto, apesar de assinalados alguns avanços positivos na implementação do mesmo (Portugal; MS; DGS; DSIA, 2013), atualmente parecem persistir algumas lacunas em termos organizacionais, da prestação de cuidados e da investigação epidemiológica (Xavier *et al.*, 2013). Embora se ressalve que, nesta última vertente, tenham sido dados importantes passos no conhecimento da prevalência da doença mental a nível nacional.

A partir da década de 80 iniciou-se, de modo descontinuado, a mudança do modelo centrado no hospital psiquiátrico para o comunitário. Atualmente este último é baseado em departamentos ou serviços de saúde mental de hospitais gerais (sucessores de 20 Centros de Saúde Mental). Assistiu-se à saída do sector público do Hospital Conde Ferreira, no Porto (2002), ao encerramento do Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa (em 2011) e do Hospital do Lorvão e do Centro de Arnes em Coimbra (em 2012). Estes encerramentos permitiram que, em termos de capacidade instalada, nos últimos cinco anos, se reduzisse o número de camas do sector público de um total de 1.299, em 2008, para 874 em 2012, tendo-se mantido estável o total das camas do sector social (Ordens Religiosas e Hospital Conde Ferreira), com perto de 3.000 (Portugal; MS; DGS; DSIA, 2013).

O atual modelo de intervenção em Saúde Mental é baseado na integração dos serviços de saúde mental nos de saúde geral, apoiado por equipas comunitárias multidisciplinares articuladas com os CSP (modelo considerado pela UE e a OMS como o de maior efetividade e mais económico) (Portugal; MS; DGS; DSIA, 2013). Todavia, os Cuidados

Continuados em Saúde Mental continuam sem dar uma resposta satisfatória ao nível da cobertura nacional, o que pode acentuar alguma carência ao nível do internamento de adultos, uma vez que a ausência de respostas reabilitativas comunitárias para doentes mentais agrava o risco de agudização dessas patologias, em geral crónicas.

Reforçando esta aparente lacuna, é referido no relatório da DGS (2013) a necessidade de criar em grande parte dos Serviços Locais de Saúde Mental, sediados em hospitais gerais, Equipas Comunitárias de Saúde Mental que garantam uma articulação efetiva com os CSP. Esta prática, de acordo com a mesma fonte, contribuirá assim para a melhoria da capacidade diagnóstica e terapêutica dos Médicos de Medicina Geral e Familiar, bem como da intervenção dos profissionais de enfermagem, e outros, nos CSP. E, por outro lado, irá permitir gerir de modo mais eficiente os doentes mentais graves, sobretudo as pessoas com perturbações depressivas graves, particularmente em risco de suicídio (Portugal; MS; DGS; DSIA, 2013).

Ao nível das respostas de Saúde Mental da Infância e Adolescência, pese embora se registem alguns avanços, mantêm-se assimetrias evidentes entre Lisboa, Porto e Coimbra e o resto do país. No Alentejo e Algarve não existe qualquer serviço de urgência específico e verifica-se uma ausência de camas nas regiões Centro, Alentejo e Algarve, levando a internamentos em serviços de pediatria ou de psiquiatria de adultos, muitas vezes distantes da área de residência, concomitantemente com uma carência generalizada de profissionais.

Verifica-se, ainda, num estudo realizado por Teixeira (que analisou a situação atual da reabilitação psicossocial/psiquiátrica em Portugal e as barreiras ao seu desenvolvimento, (foi concluído) que, entre outras, o único programa recomendado pelas orientações internacionais que está razoavelmente implementado no nosso país é a psicoeducação multifamiliar.

Merecendo destaque positivo, salienta-se também a elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017), aguardando-se a sua implementação, monitorização e avaliação. Neste âmbito, é também de referir o novo sistema de informação dos certificados de óbito (SICO), em aplicação a nível nacional desde 1 de janeiro último, o qual poderá aumentar o rigor das notificações, bem como a acessibilidade aos dados em tempo útil.

Força de trabalho competente e efetiva

Um dos objetivos concertados no *Mental Health Action Plan 2013-2020* (WHO, 2013) salienta a importância do número de profissionais de saúde especializados dever ser adequado e permitir uma distribuição equitativa, por forma a garantir a expansão dos serviços de saúde mental e alcançar melhores resultados em saúde.

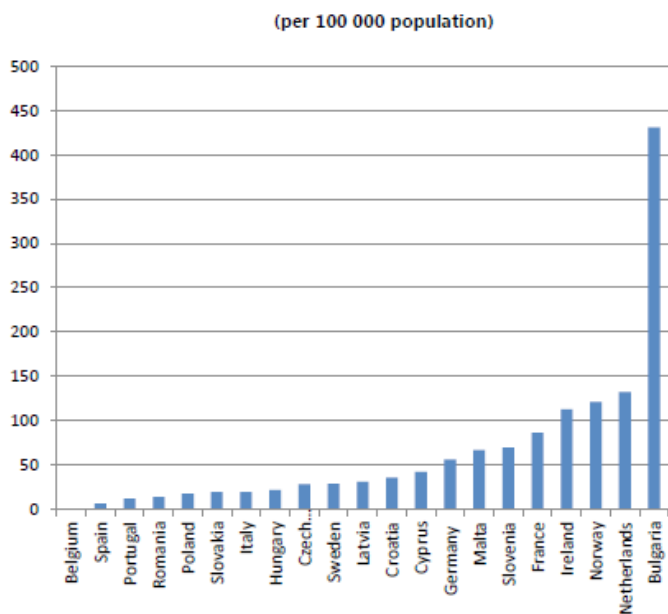
O mesmo documento salienta a necessidade de se adquirirem, por força da integração dos cuidados, novos conhecimentos e competências para identificar, gerir e referenciar

as pessoas com problemas mentais de modo mais efetivo, bem como a necessidade de redefinição do papel dos profissionais de saúde em geral e a alterações das suas atitudes.

Dos países analisados pelo relatório da Comissão Europeia (ECEuroPoPP, 2013), em 2011 a Noruega apresentava o maior número de psiquiatras por 100.000 habitantes, com um rácio de 30,8, seguida da Finlândia (28,1). Números mais baixos foram registados em Malta com 3,2 e a Suécia (3,5). Salienta-se que Portugal apresenta igualmente um valor baixo, de 6,1 psiquiatras por 100.000 habitantes.

O mesmo relatório refere que, em 2011, no número de enfermeiros a trabalhar no setor da saúde mental, apesar de não existirem dados em 8 dos países em análise, a Bulgária apresenta um número extremamente elevado de 431,0 enfermeiros por 100.000 habitantes. Portugal apresenta 12,1, revelando um dos rácios mais baixos dos países analisados (ver **Figura 4. infra**).

Figura 4 - N.º de enfermeiros em serviços de saúde mental por país



Fonte: EC; EuroPoPP, 2013

Relativamente a dados sobre outros profissionais, a mesma fonte salienta que, em 2011, a Áustria registava o maior número de psicólogos com 79,9 por 100.000 habitantes, refletindo o fato de seu sistema de saúde mental assentar na psicoterapia. Em Portugal, existiam 2,1 psicólogos, um valor bastante inferior. Em relação ao número de assistentes sociais, parece ser relativamente baixo, sendo apenas a Suécia que apresenta 18,4 por 100.000 habitantes; Portugal regista apenas 1,1. Por último, quanto aos terapeutas ocupacionais a trabalhar no setor da saúde mental, o número é reduzido, destacando-se

a Polónia, Chipre e Malta com valores relativamente altos 5,3, 8,4 e 4,6 respetivamente, por 100.000 habitantes. Portugal apresenta um valor diminuto de 0,5 terapeutas ocupacionais por 100.000 habitantes.

Em alinhamento com estes dados, de acordo com a Portugal; MS; DGS), em Portugal, apesar de se ter registado um ligeiro aumento do número de psiquiatras e pedopsiquiatras, continua a verificar-se uma expressiva escassez de outros profissionais, tornando impraticável a diferenciação das equipas quanto à sua multidisciplinaridade.

Financiamento

Muito pouco tem sido escrito sobre os modelos de financiamento dos serviços de prestação de cuidados e a promoção e manutenção de uma boa saúde mental (Knapp, 2003 citado por MHEEN,), sendo por isso necessário relacionar os custos dos problemas de saúde mental e as respostas dos serviços a estes últimos.

Os distúrbios de saúde mental custam milhares de milhões às economias nacionais em termos da despesa e da perda de produtividade. Os custos humanos e económicos também recaem sobre as pessoas com problemas de saúde mental e as suas famílias, cujas vidas poderão ser severamente afetadas. A grande maioria dos países europeus possuem recursos limitados nesta área, além de que dos seus orçamentos para a saúde mental uma parte considerável é afeta aos serviços e apenas uma ínfima parte é investida na prevenção e promoção da saúde mental (WHO ROE, 2005).

Em 30 países europeus o custo total dos distúrbios mentais¹ foi estimado em 798 mil milhões de euros, em 2010 (Gustavsson *et al.*, 2011 citado por ECEuroPoPP, 2013). Em relação aos cuidados de saúde diretos foram imputados custos estimados de 37% e nos cuidados não médicos de 23%, sendo esta proporção muito superior nos custos indiretos para a pessoa (em termos de perda de produção) apresentando uma estimativa de 40%. Os custos sociais associados à doença mental são igualmente importantes, como por exemplo o estigma e a discriminação, muitas vezes descritos como muito prejudiciais (EC EuroPoPP, 2013).

Historicamente, o baixo nível de financiamento da saúde mental em muitos dos sistemas de países europeus aparenta ser ineficiente, dado que parecem ser ignorados os consideráveis ganhos que poderiam ser obtidos através da implementação de estratégias de prevenção e promoção e de abordagens de tratamento e reabilitação reconhecidas como custo-efetivas (WHOOEHSP, 2005). Os recursos afetos à saúde mental são muitas vezes desadequados e inequitativos, quando comparados com as proporções disponíveis para outras áreas do sector público, refletindo-se num débil acesso, negligência e discriminação. Em alguns sistemas de saúde, a cobertura do acesso e o direito ao tratamento através de um seguro, discrimina seriamente as pessoas com problemas de saúde mental (WHOROE, 2005; WHO OEHSP, 2005). O orçamento da

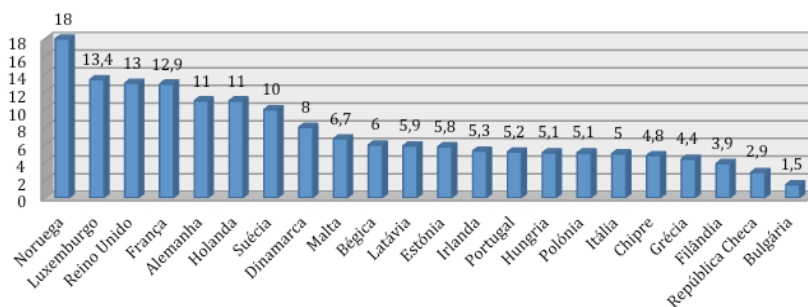
1. Estes dados incluem doenças mentais, neuro degenerativas e neurológicas.

saúde mental deve assim garantir uma afetação dos recursos equitativa e proporcional, isto é, acautelar a maior proporção relativa e respetivos benefícios aos que mais deles necessitam (WHO ROE, 2005).

Aliada a esta realidade, e ao fato dos sistemas de saúde não terem sido capazes de dar resposta à carga dos distúrbios mentais, o hiato de tempo entre a necessidade de tratamento e a sua provisão é maior a nível mundial. Entre 76% e 85% das pessoas com distúrbios severos não recebem qualquer tratamento nos países de baixo e médio rendimento enquanto nos países de elevado rendimento se contabilizam entre 35% a 50% das pessoas (WHA, 2013; WHO, 2013).

Como poderemos então definir a melhor forma de pagamento dos serviços de saúde mental para garantir um acesso justo? Esta questão revela-se um grande desafio perante a necessidade dos cuidados de longa duração, os quais poderão empobrecer o doente e impossibilitá-lo de pagar o seu próprio tratamento (MHEEN, O financiamento revela-se igualmente um fator crítico para a prossecução de um sistema de saúde mental viável, onde os planos e as políticas são traduzidos em ação através da afetação de recursos (WHO, 2003). No entanto, a maior parte da evidência demonstra que em quase todos os países os cuidados de saúde mental são consideravelmente subfinanciados (MHEEN, Alguns dos países analisados no Relatório da Comissão Europeia (2013) gastam mais de 12% do seu orçamento de saúde global nos serviços de saúde mental (**França, Luxemburgo, Noruega e Reino Unido**) enquanto a maioria gasta entre 4% e 8%. A **Bulgária** e a **República Checa** são os que menos gastam nesta área (ver **Figura 5, infra**) (ECuroPoPP, 2013).

Figura 5 - Orçamento total da saúde/Despesa na saúde mental (%)²



Fonte: Adaptado de EC; EuroPoPP (2013)

2. O gráfico acima representado pretende apenas demonstrar graficamente, alguns dos países analisados pelo relatório da Comissão Europeia. Nos dados aqui apresentados deverá ser considerado que se referem a diferentes anos, designadamente: Irlanda e Bulgária (ressalva-se que a fonte utilizada não indica valores brutos, apenas refere que o orçamento gasto está abaixo dos 2%) com os dados reportados a 2012; no Reino Unido os dados reportam a 2012/2011; a Noruega, Alemanha, Suécia, Malta, Letónia, Estónia, Portugal, Polónia, Chipre, Grécia, Finlândia, os dados reportam a 2011; a República Checa os dados reportam a 2011/2008; a França os dados reportam a 2011/2009; a Holanda, Dinamarca, Bélgica e Hungria os dados reportam a 2009; a Itália os dados reportam a 2007 e; o Luxemburgo os dados reportam a 2005.

Uma outra dimensão do financiamento tem a ver com o modo como ele é distribuído. Da análise dos dados verifica-se que a proporção da despesa nos serviços de saúde mental afeta aos cuidados de internamento permanece elevada em alguns países, particularmente os que possuem hospitais de cuidados de longa duração (embora não em exclusividade). De acordo com os dados da WHO (2011), citados por EC EuroPoPP (2013), **Malta** gasta 96,8% do seu orçamento para a saúde mental em cuidados hospitalares, a **Polónia**, apesar de não possuir hospitais de longa-duração, gasta 73,0% do seu orçamento em serviços de internamento. E **Portugal** continua a ter hospitais de longa duração com os quais gasta cerca de 45% do orçamento da saúde mental.

Esta discrepância na proporção do financiamento afeta aos serviços de internamento poderá restringir o investimento/recursos que permitam o desenvolvimento dos serviços de saúde mental na comunidade (ECEuroPoPP, 2013).

Adicionalmente, a crise económica e financeira que se arrasta desde 2008 tem imposto limitações aos orçamentos da saúde mental os quais têm sido sujeitos a alguns cortes. Por exemplo, a **Irlanda**, reduziu em 2012 cerca de 1% do seu orçamento. O **Reino Unido** quer reduzir os custos ao nível da saúde mental, entre 2014-15, em 20 mil milhões de libras, embora neste caso se pretenda reinvestir esta poupança nos serviços da linha da frente, não sendo claro o impacto que terá nos cuidados de saúde mental (EuroPoPP, 2013).

Portugal não possui um orçamento específico para a saúde mental, existindo apenas dados sobre os custos dos serviços de saúde mental (, 2011 citado por EC EuroPoPP, 2013). Assim, em 2005 o total da despesa em saúde mental foi de €229.380.764, estimando-se que representasse cerca de 3% do orçamento global afeto à saúde em geral (Portugal World Health Organization Country Summary, 2009 citado por ECEuroPoPP, 2013). Mais recentemente, conforme se pode verificar no **Gráfico 2**, atingiu os 5.24%.

As respostas à crise na região da Europa, em termos gerais, variaram consideravelmente, dependendo dos países que foram mais ou menos afetados nas suas economias. A partir de um inquérito apresentado pelo EOHSPS(2012), constata-se que alguns países não adotaram novas políticas enquanto outros introduziram muitas, como é o caso de Portugal e da Grécia. De entre as principais alterações verifica-se que alguns países europeus:

- cortaram os seus orçamentos nacionais da saúde, sendo que, em alguns deles, os cortes foram parcialmente causados pela subida do desemprego, com consequente redução da receita das contribuições da segurança social;
- para reduzir a procura de cuidados de saúde, aumentaram os impostos sobre o tabaco e o álcool;
- introduziram ou fortaleceram as suas políticas para reduzir o preço dos medicamentos ou introduzir uma utilização mais racional destes;

- reduziram ou congelaram os salários dos profissionais de saúde;
- reestruturaram os seus parques hospitalares, através de fechos e agrupamento de hospitais e foco nos cuidados de ambulatório e investimento nos cuidados de saúde primários.

No entanto no que toca às políticas de promoção de saúde, tais como alimentação saudável, bem-estar físico e monitorização da resposta à crise foi realizada por muito poucos países.

Associada a esta problemática, esta crise económica tem vindo a originar uma crescente preocupação sobre o impacto na saúde das populações, e em particular na saúde mental, tendo sido destacada novamente a importante relação das determinantes sociais, de saúde e económicas com os problemas de saúde mental (como por exemplo, a pobreza e as iniquidades). Os elevados níveis de desemprego, o número de pessoas a viver na pobreza e as reduções na despesa pública colocam sérios riscos ao bem-estar e a uma boa saúde mental da população (EC EuroPoPP, 2013). No caso de Portugal, os determinantes sociais de saúde, já descritos anteriormente, revelam-se particularmente preocupantes e, apesar de terem sido implementadas algumas respostas específicas com vista a uma melhor utilização dos recursos de saúde mental e atenuação das consequências e agravamento destes determinantes, estes parecem continuar a apresentar em alguns casos valores tendencialmente crescentes.

Em resposta a este cenário europeu, em 2009, foi adotada a resolução EUR/RC59/R3 pelo Comité Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde, alertando os Estados Membros que deveriam garantir que os seus sistemas de saúde deveriam continuar a proteção e promoção do acesso universal aos serviços de saúde efetivos durante o período da crise económica (2012).

Notas finais

Da análise efetuada a nível nacional e europeu, e tendo presente o atual momento de crise económico-financeira, parece ser evidente que uma utilização eficiente dos recursos no sector da saúde poderá contribuir para a contenção dos custos. Os sistemas de saúde europeus deverão tentar melhorar o seu desempenho e a capacidade de resposta aos novos desafios (WE, 2012), nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde mental.

Desde 2005 que se tem vindo a assistir a alguns progressos, na União Europeia, em termos da implementação e prevenção da doença mental e da promoção de iniciativas e políticas de saúde mental. No entanto, mostra-se ainda fundamental um investimento em iniciativas de promoção e prevenção, garantindo em simultâneo o acesso e qualidade do cuidado prestado na saúde mental às pessoas que dele precisam (EC; EuroPoPP, 2013).

Parece igualmente importante, em alinhamento com as recomendações emanadas no

relatório da Comissão Europeia (2013), entre outras, que os estados membros europeus:

- garantam um compromisso e uma liderança que promova o bem-estar e uma boa saúde mental a toda a população;
- fortaleçam a promoção da saúde mental e a prevenção da doença;
- promovam a transição dos serviços de saúde mental para a comunidade e garantam uma melhor distribuição dos recursos e o acesso aos serviços;
- promovam a qualidade dos cuidados prestados, a recolha sistematizados dos dados e a definição de indicadores e,
- capacitem os utilizadores, prestadores de cuidados informais e a sociedade civil.

Relativamente a Portugal, considerando os dados acima apresentados, e tendo presente o contexto europeu e as políticas de saúde europeias e nacional atualmente vigentes, poderemos afirmar que face aos indicadores de saúde mental, ou a esta relacionados, estamos perante uma preocupante conjugação de fatores desfavoráveis à saúde mental das pessoas, agravada por uma resposta organizacional insuficiente e sustentada por um sistema de informação aparentemente medíocre.

Por último, importa ainda salientar que Portugal apresenta, do ponto de vista conceptual, uma arquitetura regulamentar em linha com a Europa, todavia do ponto de vista organizacional e operacional aparentemente subsiste uma imobilidade, o que põe em causa a capacidade de resposta às necessidades de saúde mental das pessoas num momento em que vários fatores de risco se conjugam.

Assim, e com o objetivo de dar a resposta adequada às necessidades das pessoas, sugerimos duas áreas prioritárias de intervenção:

Incrementar a acessibilidade aos serviços considerando, entre outros os seguintes aspetos:

- o custo dos transportes e do tempo perdido com os mesmos;
- as taxas moderadoras, nas consultas, nas urgências e mesmo para as receitas médicas (sendo muitas vezes mais cara a taxa do que a receita);
- a burocratização excessiva do sistema;
- a falta de articulação dos CSP/Cuidados Especializados e, ainda,

Incrementar os Cuidados Continuados, principalmente na sua dimensão comunitária mais do que no número de camas e não esquecendo a necessária perspetiva de continuidade de cuidados entre os vários níveis.

3.2 Estilos de vida em tempos de crise

A assunção da **alimentação e nutrição** enquanto domínios prioritários no desenvolvimento de políticas de saúde pública encontrou expressão no desenvolvimento do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (Portugal. DGS, 2012).

Em Portugal, o ano de 2012 apresenta os níveis mais baixos de disponibilidades alimentares de carne de bovino dos últimos 10 anos e a mesma tendência é seguida nas disponibilidades alimentares de carne de suíno, passando a carne de aves a garantir a principal disponibilidade de carne em Portugal (INE, 2014). Embora a disponibilidade de produtos alimentares esteja relacionada com os movimentos de importação e produção nacional, questiona-se se estes dados não serão reflexo da grave crise que o país viveu e vive e se o agravamento da taxa de intensidade da pobreza desde 2009 e que atingiu o seu valor mais elevado em 2012, não terá tido um impacto substancial na procura.

Este documento concilia um conjunto de intervenções multisectoriais orientadas para a promoção (acesso e consumo) da melhoria do estado nutricional e da saúde da população, alinhadas com as orientações e recomendações de organismos internacionais (WHO, EC), e reflete a evidência de que uma alimentação inadequada, rica em gorduras saturadas (tipo trans), sal e açúcares complexos, constitui um dos principais fatores de risco para as doenças crónicas (ver **tabela 3**), com elevada expressão epidemiológica no contexto nacional (v.g., cardiovasculares, oncológicas, diabetes, obesidade) (Leech, McNaughton, Timperio, 2014). O reconhecimento da sua natureza prioritária traduziu-se num investimento em processos de recolha sistemática e análise de indicadores, como o consumo alimentar, críticos para o processo de planeamento estratégico e avaliação do impacto de intervenções e, publicados sobre a forma de um relatório (DGS, 2013).

Tabela 3 - Dez principais fatores de risco da saúde e respetiva contribuição relativa estimada para o peso da doença

Risk factor	Burden of Disease (%)
Tobacco use	11.7
Alcohol use	11.4
High blood pressure	11.3
Overweight and obesity	7.8
High cholesterol	5.9
Physical inactivity	5.5
High blood glucose	4.8
Low F&V intake	2.4
Occupational risks	1.7
Illicit drug use	1.6

Fonte. EUFIC (2012)

Os dados mais recentes, publicados pelo INE (INE, 2014) em abril de 2014, revelam a tendência no que respeita à disponibilidade de bens de consumo e padrões de consumo da população portuguesa, para o período de 2008-2012. Os dados referentes à balança alimentar portuguesa (BAP) evidenciam uma tendência decrescente iniciada no ano de 2010 na disponibilidade alimentar *per capita*, que se reflete na disponibilidade de carne (bovino e suíno), frutos, lacticínios e pescado.

De facto, os dados do quinquénio 2008/2012, revelam que até 2010 se assistiu a um período de expansão caracterizado por elevadas disponibilidades alimentares e calóricas e a partir de 2010 a reduções acentuadas dessas mesmas disponibilidades alimentares.

O ano de 2012 apresenta os níveis mais baixos de disponibilidades alimentares de carne de bovino dos últimos 10 anos e a mesma tendência é seguida nas disponibilidades alimentares de carne de suíno, passando a carne de aves a garantir a principal disponibilidade de carne em Portugal (INE, 2014). A estes dados possivelmente não é alheio o preço diferenciado dos diferentes tipos de carne, com a de bovino a ser tradicionalmente a mais cara e, conseqüentemente de difícil acesso a uma população que viu o seu poder de compra recuar drasticamente durante o período de intervenção externa.

Embora a disponibilidade de produtos alimentares esteja relacionada com os movimentos de importação e produção nacional, questiona-se se estes dados não serão reflexo da grave crise que o país viveu e vive e se o agravamento da taxa de intensidade da pobreza desde 2009, não terá tido impacte substancial na procura. Como se pode verificar na **tabela 4** é precisamente no ano de 2012 que se atinge a maior taxa de intensidade de pobreza no país.

Tabela 4 - Evolução da taxa de Intensidade de pobreza em Portugal 2009-2012

Anos	Taxa de Intensidade de Pobreza - Portugal
2009	22,7
2010	23,2
2011	24,1
2012	27,3

Fontes/Entidades: INE (a partir de 2001), PORDATA

Esta tendência encontra-se invertida para produtos como cereais, hortícolas e produtos estimulantes. Apesar da variação identificada, continua a verificar-se um desequilíbrio relativo favorável a produtos proteicos de origem animal e gorduras face a produtos hortícolas, frutos e leguminosas secas, sugerindo uma distribuição menos saudável em função do padrão alimentar por grupos, evidenciado na Roda dos Alimentos (INE, 2014).

Os dados apresentados da BAP são ainda utilizados no cálculo do índice de adesão à dieta mediterrânica, que reflete uma proporção calórica entre os produtos que a caracterizam face aos restantes. O valor do índice para 2012 evidencia uma proporção positiva dos produtos identificados no perfil da dieta mediterrânica (1,10), seguindo uma tendência crescente desde 2006, mas abaixo do valor identificado em 1990 para o padrão de alimentos tradicionais disponíveis (INE, 2014). Quando comparado com os estados membros da união europeia¹ Portugal mantém a sua posição relativa entre os países com índice mais elevado, para os dados disponíveis no período de 1990-2009, com a subida de uma posição (quinto país). Saliente-se, no entanto, que a análise da tendência dos dados evidencia valores globais médios e compara proporções entre diferentes grupos alimentares que pode ocultar variações acentuadas entre os diferentes estratos socioeconómicos da população.

Dados do inquérito aos orçamentos das famílias portuguesas (IOF), recolhidos quinquenalmente desde 1994/1995, refletem um padrão de consumo de produtos alimentares e, evidenciam uma tendência decrescente na proporção de despesa média com o grupo de produtos alimentares e bebidas não alcoólicas, face à despesa total média por agregado (*cf.* **tabela 5**) (INE, 2006; DGS, 2013).

Tabela 5 - Evolução da % despesa gasta em produtos alimentares por despesa total média anual por agregado familiar

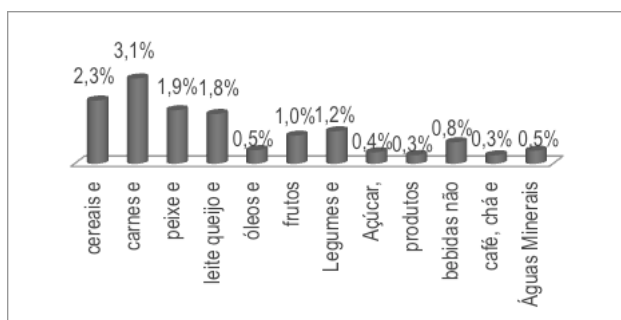
	Portugal			
	1994/95	2000	2005/06	2010/2011
% Despesa gasta em produtos alimentares e bebidas não alcoólicas	21	18,7	15,5	13,3

Adaptado. DGS (2013) e INE (2006)

Uma análise desagregada por tipo de produto alimentar, evidencia uma maior proporção de gastos com carnes e derivados, e cereais e produtos à base de cereais em 2010-2011 (*cf.* **Figura 6**), com a tendência decrescente no valor percentual total da despesa com produtos alimentares a refletir uma redução na proporção percentual da despesa em todas as categorias de produtos (DGS, 2013).

1. Os cinco países com valor de índice mais elevado em 2009 eram a Grécia, Itália, Roménia, Espanha, Portugal, por ordem decrescente, e o valor médio da União Europeia evidencia um valor inferior a 1, mantendo o índice de 1990 (INE, 2014).

Figura 6 - Distribuição percentual da despesa média do agregado familiar com produtos alimentares, por grupo de alimentos em Portugal



Adaptado. DGS (2013)

Dados sobre segurança alimentar² (2011/2012) recolhidos pela DGS junto de uma amostra de utentes dos Centros de Saúde de Portugal Continental com 18 ou mais anos de idade, permitem identificar referências a alterações de consumo do agregado familiar sobre bens considerados essenciais por dificuldades de acesso percebidas pelos indivíduos inquiridos (DGS, 2013). Uma análise dos dados recolhidos em 2011 e 2012 parecem evidenciar uma tendência de aumento de situações de insegurança alimentar, percebidas pelos utentes, nas categorias de dificuldade de acesso percebido ligeiro e grave.

Em 2012, 28,6% dos utentes referem alterações de consumo de alimentos considerados essenciais por dificuldades económicas e, 22,8% dos utentes referem como motivo principal a incapacidade económica para justificar situações percebidas de alimentação insuficiente ou não aquisição de bens de consumo alimentar desejados ou necessários (DGS, 2013).

O consumo de alimentos do grupo das frutas e produtos hortícolas constituem fatores protetores para o desenvolvimento de morbilidade, como a obesidade, diabetes, cardiovasculares, hipertensão e, é identificado como um dos principais indicadores de uma alimentação saudável (OECD, 2013).

O questionário *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), promovido pela Organização Mundial de Saúde, e aplicado em Portugal desde 1996, recolhe informação sobre estilos de vida e comportamento dos adolescentes (6.º, 8.º e 10.º ano de escolaridade) em diferentes domínios da sua vida (Matos *et al.*, 2010). Os dados mais recentes, 2010, apontam para uma maioria dos adolescentes que refere consumir fruta (50,7%) e vegetais (61,4%) pelo menos uma vez por dia.

2. “Uma situação que existe quando todas as pessoas, em qualquer momento, têm acesso físico, social e económico a alimentos suficientes, seguros e nutricionalmente adequados, que permitam satisfazer as suas necessidades nutricionais e as preferências alimentares para uma vida ativa e saudável” (DGS, 2013; p.39).

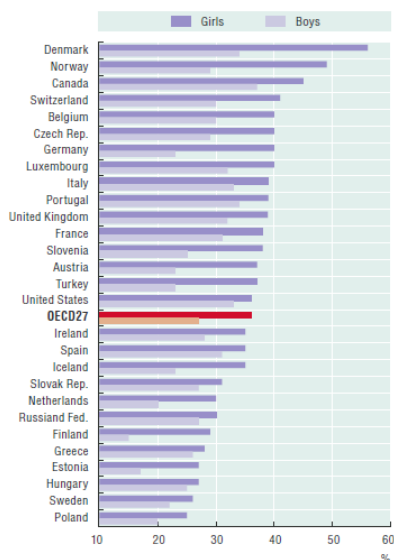
Quando analisados os dados por género, os rapazes referem mais frequentemente consumir fruta (53,6%; 48%) e vegetais (62,8%; 60,2%) pelo menos uma vez por semana, mas a frequência de raparigas que referem consumir fruta (45,0%; 38,0%) e vegetais (30,0%; 23,3%) pelo menos uma vez por dia é mais elevada.

Uma comparação por ano de escolaridade evidencia uma tendência crescente na frequência de consumo diário de fruta (43,2%; 50,8%; 56,6%) e de consumo de vegetais (55,4%; 62,5%; 65,4%) entre os adolescentes do sexto para o décimo ano (Matos *et al.*, 2010, DGS, 2013).

Dados sobre o consumo de doces apontam para uma maioria dos adolescentes a referirem consumir pelo menos uma vez por semana (66,6%), com as raparigas a referirem maior frequência (67,2%), e com uma tendência crescente com o ano de escolaridade (62,6%; 67,5%; 69,1%). Assim como o consumo de refrigerantes, com a maioria dos adolescentes a referirem consumir pelo menos uma vez por semana (52,8%), com uma distribuição mais elevada para o grupo de rapazes (55,2%; 50,7%), bem como a tendência crescente no que respeita ao ano de escolaridade (47,9%; 53,2%; 56,5%) (Matos *et al.*, 2010; DGS, 2013).

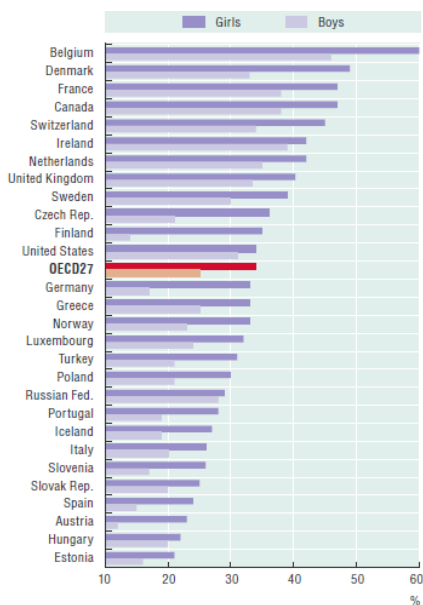
A comparação com os resultados internacionais aponta para um consumo diário de fruta entre os adolescentes Portugueses do sexo masculino entre os três países (Canadá e Dinamarca) com valores mais elevados (OECD, 2013). Neste sentido, Portugal apresenta resultados acima da média dos países da OCDE para o consumo diário de fruta, para rapazes e raparigas, mas abaixo da média para o consumo diário de vegetais, também para ambos os géneros (OECD, 2013), conforme se pode observar na **figura 7 e 8**.

Figura 7 - Distribuição percentual por consumo diário de frutas na OCDE (27) e por gênero na população com 15 anos de idade



Fonte. Currie et al. (2012) In. OECD, 2013.

Figura 8 - Distribuição percentual por consumo diário de vegetais na OCDE (27) e por gênero na população com 15 anos de idade.



Fonte. Currie et al. (2012) In. OECD, 2013.

Um estudo de revisão sobre os determinantes no consumo de fruta e vegetais na infância e adolescência (6-18 anos) identifica um conjunto de fatores estudados e apoiados de forma consistente pela evidência disponível: idade, género, condição socioeconómica, preferências, hábitos de consumo parental, e acessibilidade/disponibilidade em casa (Rasmussen et al., 2006).

O género feminino e grupo etário mais baixo apresentam maior tendência para frequências de consumo mais elevadas que o género masculino e grupo etário mais elevado, assim como a condição socioeconómica, as preferências individuais, o consumo parental, e a acessibilidade se encontram positivamente associados ao consumo de vegetais e fruta (Rasmussen et al., 2006).

As estratégias de intervenção para alterar e promover hábitos de consumo mais frequentes, encontram-se maioritariamente dirigidas ao contexto escolar, beneficiando de um potencial para uma participação alargada e para a combinação de atividades de diferente natureza em contexto exterior e interior (EUFIC, 2012).

O maior potencial de impacto das estratégias de intervenção no aumento do consumo encontra-se associado a uma abordagem multi-componente e intensiva. Atividades orientadas para a promoção do desenvolvimento de competências são mais efetivas que estratégias de aprendizagem passiva, assim como um horizonte temporal de intervenção de pelo menos um ano. A distribuição de frutas e vegetais, assim como o envolvimento de figuras significativas nas atividades (figuras parentais, professores e pares), são identificadas como expressivas para um impacto positivo no consumo, confirmando os determinantes identificados na literatura (EUFIC, 2012).

Em Portugal, várias iniciativas procuram concretizar estes princípios, reforçando o papel da escola enquanto espaço privilegiado de formação e promoção de hábitos alimentares saudáveis na perspetiva individual e coletiva, e conciliando estratégias orientadas para a promoção de comportamentos alimentares saudáveis com a sustentabilidade financeira das famílias.

A iniciativa europeia, aprovada pela Comissão (2009)³, que origina e apoia o regime de distribuição de fruta e produtos hortícolas nas escolas, enquadra a Estratégia Nacional 2013-2017 (http://www.gpp.pt/MA/RFE/EN_28042014.pdf) que concretiza a adesão de Portugal numa ação que envolve a cooperação de diferentes ministérios (Saúde, Educação e Ciência, e Agricultura e Mar), autarquias locais, e várias associações e organizações dos setores.

3. Regulamento (CE) n.º 13/2009, do Conselho, e do Regulamento (CE) n.º 288/2009, da Comissão Europeia.

A iniciativa no contexto nacional procura concretizar objetivos como a melhoria da qualidade da oferta nutricional em meio escolar e a realização de ações em meio escolar que reforçam a aquisição de competências que respeitam a alimentação saudável e o conhecimento sobre produtos agrícolas, e tem como alvo todos os alunos do 1.º ciclo do ensino básico em estabelecimentos de ensino público.

O regime de fruta escolar (RFE) enquadra ainda um modelo de acompanhamento multisetorial, com o desenvolvimento de ferramentas e instrumentos de apoio, e medidas de eficácia da iniciativa atribuídas, e beneficia do acesso a uma página web com conteúdos didáticos e informativos, e como plataforma de partilha de boas práticas (<http://frutanaescola.min-edu.pt/regimefruta.html>).

Outro dos movimentos nacionais promove a disponibilização, pela DGS, de uma plataforma online de acesso livre direcionada para o apoio na tomada de decisão de comportamentos de alimentação saudável e sustentável, na perspetiva do processo desde o planeamento do consumo e compra, até à confeção e conservação (<http://www.alimentacaointeligente.dgs.pt/>). A iniciativa relança a reflexão ao nível de domínios como o acesso, necessidades, e potencial de impacto sobre a população.

Este movimento crescente de associar a alimentação à saúde encontra reflexo também no domínio da investigação. O Instituto de Biologia Experimental e Tecnológica (iBET) (<http://www.itqb.unl.pt/labs/nutraceuticals-and-delivery>) assume uma linha de investigação no sector da alimentação e saúde, que enquadra o conhecimento dos benefícios e propriedades terapêuticos de produtos alimentares presentes na dieta mediterrânica, de acordo com três domínios principais: (a) a identificação de compostos bioativos presentes nos produtos, (b) a extração e funcionamento desses componentes, e (c) a avaliação do seu impacto na saúde. Estudos já realizados com as maçãs tradicionais portuguesas, figos da Índia, cerejas, citrinos, azeitonas e vinho branco parecem apontar para um potencial terapêutico destes produtos e de prevenção de algumas doenças crónicas (Azevedo, 2014).

Um inquérito de saúde realizado em 28 países da OCDE (2011), permitiu recolher informação sobre hábitos de consumo diários de fruta e vegetais entre a população adulta (OECD, 2013). Os resultados obtidos apresentam uma amplitude entre países com variações de valores percentuais aproximados entre os 20% (género masculino, Finlândia) e os 90% (Austrália) para o consumo diário de frutas, e uma variação entre os 30% (género masculino, Alemanha) e os quase 100% (Coreia), para a questão de consumo diário de vegetais (OECD, 2013). Para ambas as questões, o padrão de consumo diário varia em função de variáveis como o género, idade e nível socio-económico, evidenciando frequências mais elevadas para o género feminino, adultos com idade superior a sessenta e cinco anos em comparação com faixa etária mais baixa (15-24 anos), e nível de educação mais elevado (OECD, 2013). Não são apresentados dados para a população portuguesa.

Parece ser inegável que a crise obrigou os portugueses a alterarem os seus padrões de consumo alimentar para pouparem dinheiro. A forte restrição orçamental determinada pelo rendimento disponível e pelos preços dos produtos afeta hoje significativamente as suas opções. A questão que fica é se estas opções não vão marcar decisivamente o aumento do excesso de peso e obesidade da população portuguesa, nos próximos anos.

Embora o consumo alimentar, não seja causa única, ele é indissociável do excesso de peso e obesidade com que a população portuguesa e europeia se debate. **O excesso de peso e a obesidade** têm aumentado rapidamente afetando todos os grupos etários e sociais, nas últimas décadas, (OECD, 2012).

A obesidade é um fator de risco para inúmeros problemas de saúde (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, problemas respiratórios doenças músculo-esqueléticas e algumas formas de cancro). A mortalidade também aumenta bruscamente quando o limiar acima do peso é ultrapassado (Sassi, 2010) e porque a obesidade está associada a riscos mais elevados de doença crónica, ela é também, indissociável do crescimento dos custos de saúde.

Segundo dados da OECD (2012) 15,4% da população portuguesa adulta é obesa com 16,1% de mulheres e 14,6% de homens. De facto, um conjunto de fatores comportamentais, ambientais e sociais têm contribuído para o aumento das taxas de excesso de peso e obesidade em países industrializados, incluindo a ampla disponibilidade de alimentos altamente energéticos, o aumento da inatividade física e as desigualdades sociais.

O excesso de peso e a obesidade tendem a afetar todos os grupos sociais (OMS, 2013). No entanto, a evidência de um conjunto de países, nomeadamente Áustria, Inglaterra, França, Itália e Espanha, indica que a obesidade tende a ser mais comum nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos e, especialmente, entre as mulheres (Sassi et al., 2009). Ainda de acordo com Sassi *et al* (2009), também existe uma relação entre o número de anos de escolaridade e a obesidade, com as pessoas com mais anos de escolaridade a apresentarem taxas mais baixas.

No estudo realizado em Portugal por Batista et al (2011), verificou-se a tendência referida - a prevalência de excesso de peso e obesidade crescem com a idade. Também se observou que os homens e mulheres adultos com menor escolaridade têm maior prevalência de excesso de peso e obesidade e que as desigualdades sociais são mais relevantes nas mulheres.

Assim, quando comparadas com mulheres com mais de 12 anos de escolaridade, as mulheres com menor escolaridade têm um risco 237% superior de terem excesso de peso/obesidade. Já nos homens, quando comparados com homens com mais de 12 anos de escolaridade, aqueles que têm menor escolaridade têm um risco 124% superior de terem excesso de peso/obesidade (Batista et al, 2011).

Na população adolescente com 11 anos e de acordo com os dados de 2009/2010 do HSBC (2010), Portugal apresenta uma das mais altas prevalências de excesso de peso e obesidade (32%), apenas superada pela da Grécia (33%).

Nas crianças portuguesas, com 7 anos, a OMS apresenta também valores para rapazes e raparigas e o excesso de peso está presente em 40,5% dos rapazes e em 35,5% das raparigas. Já a obesidade, na mesma faixa etária, é de 16,7% e 12,6%, respetivamente. No caso de adolescentes de 15 anos, a prevalência do excesso de peso foi verificada em 31% dos rapazes e 18% das raparigas. Ainda nesta idade a obesidade atinge os 24% e os 17%, para cada um dos sexos (Matos et al, 2010).

Resultados semelhantes são apresentados pelo Observatório Nacional da Atividade Física e do Desporto (ONAFD) no estudo realizado entre 2007 e 2009, em Portugal, onde se afirma que 1/4 dos jovens portugueses, entre os 10 e os 18 anos, têm excesso de peso e obesidade. Relativamente aos adultos, esse valor chega aos 50%, valor ligeiramente inferior à média europeia, estimada em 52% pela OMS (2013). Nos idosos a prevalência de excesso de peso e obesidade atinge valores próximos dos 75%.

Os diferentes países têm intensificado os esforços para combater as causas da obesidade, envolvendo estratégias cada vez mais abrangentes e envolvendo as comunidades e os principais interessados, segundo lógicas que apontam para a capacitação dos indivíduos, a disponibilidade de alimentos saudáveis, e a promoção da atividade física, dirigidas para os grupos mais vulneráveis (CE, 2010). Também o recurso a impostos sobre alimentos ricos em gordura e açúcar, com vários governos (Dinamarca, Finlândia, França, Hungria) a aprovarem legislação com o objetivo de mudarem os hábitos alimentares das respetivas populações.

Em Portugal, em 2007, foi implementada a Plataforma contra a Obesidade, que tinha por missão a concretização dos objetivos definidos na carta Europeia de luta contra a obesidade, subscrita pelos estados membros europeus da OMS e ainda a prevenção e o controle da obesidade em Portugal.

A prevenção e o controlo assentam em três vertentes essenciais: a alimentação, a atividade física e a modificação de comportamentos. A sua finalidade era “diminuir a incidência e a prevalência da pré-obesidade e da obesidade através da adoção de medidas integradas de prevenção primária, secundária e terciária” (DGS, 2007:7).

As medidas de prevenção primária e de regulação adotadas ao nível político consubstanciaram-se na tradução e adoção da Carta Europeia; na edição das recomendações alimentares; no controlo do perfil nutricional dos alimentos produzidos pela indústria alimentar; na reformulação da rotulagem das embalagens dos alimentos de forma a tornar legível a informação nutricional e na regulação do *marketing* e publicidade de alimentos dirigidos a crianças e adolescentes.

Ao nível da prevenção primária, a PCO, estabeleceu um conjunto de medidas intersectoriais e todo um conjunto de outras ações cuja concretização, na maioria dos casos, não saiu do papel⁴.

Nas medidas de prevenção secundária e terciária foram propostas medidas ao nível da prestação de cuidados, onde se destaca a definição de uma rede de referência hospitalar médica e cirúrgica e a revisão do GDH288 (grupos de diagnóstico homogéneos - lista de procedimentos para obesidade em Bloco operatório) (DGS, 2007) e a criação dos Núcleos Regionais da Plataforma Contra a Obesidade.

Em 2012, a PCO deu lugar ao Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS). Mais uma vez se verificou que independentemente do mérito dos programas, eles raramente resistem à mudança do ciclo político. O caso da PCO, agora PNPAS, é paradigmático.

O PNPAS tem como objetivo incentivar e disponibilizar física e economicamente alimentos para melhorar o estado nutricional da população e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma integrando-os nas suas rotinas diárias (DGS, 2012).

Dos objetivos, de médio prazo, assumidos destaca-se o controlo da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento a zero, até 2016; o aumento em 5% do número de crianças em idade escolar que consome diariamente a quantidade recomendada de frutas e hortícolas; o aumento em 5% do número de crianças em idade escolar que come diariamente um pequeno-almoço adequado; o aumento em 5% o número de consumidores que utiliza a rotulagem nutricional antes de adquirir produtos alimentares; o aumento em 10% do número de autarquias que recebe regularmente informação sobre alimentação saudável; a redução em 10% da média de quantidade de sal presente nos principais fornecedores alimentares à população (DGS, 2012).

Salienta-se, a explicitação das necessidades subjacentes à implementação do referido programa de que se destaca a importância de modificar os determinantes do consumo alimentar que se situam para além do conhecimento e vontade de mudança do cidadão; de envolver diferentes setores da sociedade na busca de soluções para a melhoria do consumo e oferta alimentar; de construir políticas públicas que contribuam para a redução das assimetrias no acesso a alimentos de boa qualidade nutricional e na redução das doenças influenciadas pelo consumo alimentar nas populações mais vulneráveis (DGS, 2012).

4. Dessas medidas destaca-se a implementação do código de boas práticas com a indústria alimentar; a Realização do II Inquérito Alimentar Nacional; Regulamentação e criação do menu saudável em restaurantes; Criação do concurso anual do menu saudável; Desenvolvimento de orientações em matéria de urbanismo promotoras da atividade física e Criação de gabinetes nos municípios com competência em matéria de alimentação que supervisionem a alimentação pré-escolar e escolar.

Perante o cenário de crise vivido em Portugal, o PNPAS não passa de mais um instrumento conceptual, cujos méritos são inegáveis, mas cuja operacionalização requiere, sem dúvida, a implementação de uma atuação política centrada nos determinantes sociais da saúde (DSS). E essa está longe de acontecer no atual contexto da política de saúde em Portugal.

Relativamente à promoção da prática de atividade física, a ausência de intervenção é total e os recursos criados em anos anteriores, para atuarem neste domínio, nomeadamente ao nível da monitorização, têm-se pautado pela inatividade absoluta, durante o atual ciclo político.

Para terminar esta análise dos estilos de vida impõe-se um olhar aos dados disponíveis sobre a **prática diária de atividade física** de intensidade moderada⁵ que é fundamental na prevenção do excesso de peso e obesidade. Dados de 2011 revelam que, em Portugal, só os rapazes do grupo etário dos 10-11 anos são suficientemente ativos. Nos grupos seguintes (12-13 anos; 14-15anos; 16-17 anos) esta prática decresce continuamente. As raparigas ficam aquém da prática de 60 minutos por dia de atividade física de intensidade moderada e vigorosa em todos os grupos etários (Batista et al, 2011).

No mesmo estudo e para a população adulta portuguesa (homens e mulheres) verifica-se que o tempo médio despendido é igual ou superior ao recomendado. Na população idosa a prevalência de pessoas suficientemente ativas é inferior às recomendações internacionais, com uma prevalência de atividade de 45% nos homens e de 28% nas mulheres.

Perante os dados disponíveis e apesar das dificuldades de comparabilidade, pode dizer-se que, entre 2004 e 2009, a prática da atividade física e desportiva na população portuguesa aumentou de 34% para 45%, em 5 anos. No mesmo intervalo de tempo, a população europeia que pratica atividade física e desportiva passou de 31% para 33% (Eurobarometer, 2010; 2014).

Outros dados do Eurobarómetro, direta ou indiretamente relacionados com a prática de atividade física da população portuguesa salientam que Portugal é dos países onde se registou uma maior diminuição na adesão a clubes desportivos e é o país onde os custos associados à prática do desporto são mais mencionados.

Ao contrário de outros países que evocam maioritariamente a falta de tempo para não praticar desporto, em Portugal apenas 33% o fazem. Apesar disso, os portugueses são o povo que mais afirma (64%) nunca praticar atividade física ou desportiva (Eurobarometer, 2014).

5. As recomendações para a prática de atividade física moderada ou intensa são de 60 minutos nos jovens e 30 minutos nos adultos e idosos, segundo recomendação da OMS (2010).

Em Portugal têm sido adotadas as recomendações europeias para o combate ao sedentarismo e nesse contexto em 2011 o Instituto do Desporto de Portugal elaborou o Plano Nacional de Atividade Física, através do qual traça os objetivos globais e específicos do governo português nesta matéria, em que assumem relevância a mudança de hábitos e a capacitação da população, o trabalho intersectorial, a definição de metas a serem alcançadas, medidas de monitorização e os principais grupos alvo.

A enquadrar estes objetivos é salientada a necessidade de implementação de políticas multissetoriais e multidisciplinares. Atendendo a que alguns dos objetivos apontavam o horizonte temporal de 2013 para a sua concretização, questiona-se o que foi feito e o que está por fazer, já que os únicos dados disponíveis sobre a prática de atividade física em Portugal, continuam a ser os que se encontram publicados no Livro Verde da Atividade Física (2011), referentes ao estudo realizado entre 2007 e 2009.

Se existe a perceção generalizada que os portugueses atualmente encaram as caminhadas diárias ao ar livre como uma rotina quotidiana, que respondem a preocupações de saúde e bem-estar e a práticas de sociabilidade (assim recuperadas), questiona-se o impacto da subida do IVA nos ginásios, sobretudo nos grandes centros urbanos, e se as empresas municipalizadas ou de cultura e recreio, conseguem responder às necessidades das populações que abandonaram os ginásios.

Notas finais

A análise dos dados referente ao consumo alimentar, ao excesso de peso/obesidade e à prática de atividade física revelam que em Portugal a produção normativa e a constante transposição das diretivas europeias não se faz acompanhar de uma efetiva intervenção ao nível da promoção dos estilos de vida saudáveis, nestes domínios.

Os diferentes programas de intervenção foram apresentados com grande destaque mediático, sem que depois se tenha assistido à sua implementação no terreno.

A vontade e capacidade política para ativar os diferentes programas ou instrumentos, ao longo dos últimos 3 anos, foi escassa e assim faltam recursos humanos, materiais e financeiros que permitam a sua operacionalização e uma atuação efetiva ao nível da prevenção da doença e da promoção da saúde.

A atuação política tem-se pautado por relegar para a população a responsabilidade pelos seus comportamentos, persistindo em omitir que nem todos têm as mesmas capacidades e os mesmos recursos para optarem por estilos de vida saudáveis.

Um exemplo paradigmático, do que foi referido anteriormente é o PNPAS, que ao nível dos fundamentos conceptuais remete inegavelmente para muitos dos princípios subjacentes ao modelo dos determinantes sociais da saúde (DSS) nomeadamente quando defende que:

- as intervenções planeadas devem assumir a saúde em todas as políticas (Ollila, 2011);
- as intervenções planeadas devem seguir os princípios da intersectorialidade e adotar uma abordagem que reflita todo o espectro de setores envolvidos na ação (Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009);
- as intervenções devem ser coerentes e coordenadas entre si - o que significa que os diferentes setores podem contribuir para a saúde simplesmente fazendo bem o seu próprio trabalho;
- deve-se atuar segundo o imperativo moral subjacente aos direitos humanos - oportunidades iguais em relação à saúde (Braveman, 2010; Rasanatha et al, 2010) e,
- as intervenções planeadas devem dar primazia a modelos centrados no contexto cultural, nos sistemas de valores e nas metas e expectativas dos indivíduos (em oposição ao modelo epidemiológico tradicional) (Stiglitz, Sen e Fitoussi, 2009).

No entanto, a operacionalização do PNPAS está longe de remeter para uma atuação política centrada nos DSS.

A questão central é que se o modelo dos DSS tem dominado as agendas da promoção da saúde da OMS, com o objetivo de reduzir as desigualdades em saúde e melhorar a saúde para todos, ele está longe de dominar as agendas portuguesas da promoção da saúde.

Assim, reduzir as desigualdades sociais e em saúde deve assumir-se como a exigência mais premente das sociedades que sofreram o impacto dos programas de resgate financeiro, porque como salientam Buss e Pelegrini Filho (2007) são as sociedades que apresentam maior nível de coesão social, as que possuem melhores níveis de saúde.

4. APROFUNDAMENTO DE ASPETOS
ESPECIFICOS DA GOVERNAÇÃO
DA SAÚDE

4.1 O medicamento, a crise e o memorando de entendimento (MdE)

Mais um ano em que se regista uma diminuição da despesa pública com medicamentos. Aliás a contração na despesa com saúde continua a ser feita numa parte significativa à custa dos cortes na despesa com medicamentos.

Portugal foi o país europeu que no período entre 2008 e 2011 maior número de medidas tomou, visando a contenção da despesa com medicamentos. Em 2013 o decréscimo foi menor que nos anos anteriores ocorrendo pela primeira vez uma diminuição semelhante na parte do ambulatório e hospitalar. Recorde-se que esse decréscimo em 2011 e 2012 foi muito mais acentuado na parte referente ao ambulatório.

A polémica sobre a forma como são calculadas as percentagens de despesa em função do PIB continua a ser objeto de contestação sendo referidos diversos critérios usados pela OCDE nos vários países.

Os medicamentos genéricos continuam a dar o contributo mais significativo para o controlo da despesa sendo mais notório nos grupos terapêuticos onde existe maior prescrição destes medicamentos. Neste período, em linha com o descrito na literatura publicada, acentuou-se a tendência para o aumento do consumo de medicamentos antidepressores.

O acesso a medicamentos inovadores continuou condicionado por decisão política em grande parte do ano, verificando-se o desbloqueamento de algumas decisões no final do mesmo.

As dificuldades de funcionamento nas várias etapas do circuito do medicamento acentuaram-se continuando a registar-se falhas no abastecimento de medicamentos, que nalguns casos eram medicamentos essenciais.

O governo assinou um acordo de princípio com a Associação Nacional das Farmácias (ANF) e mantém negociações com a APIFARMA visando a renovação do acordo assinado há dois anos

A crise económica no sector das farmácias acentuou-se, tendo sido tornado público o número crescente de farmácias que fecharam ou estão insolventes. No final deste documento apresenta-se um resumo da legislação publicada desde o último relatório.

A Evolução da despesa EM medicamentos em Portugal

Até ao final da década passada, em praticamente todos os países da OCDE, os gastos em saúde aumentaram ao longo do tempo, sendo que em alguns casos estes têm aumentado a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao seu valor percentual no PIB. A mesma tendência foi observada, quer se avalie a despesa com medicamentos em valor absoluto, quer *per capita*, em proporção da despesa total em saúde ou em proporção do PIB (OECD, 2011).

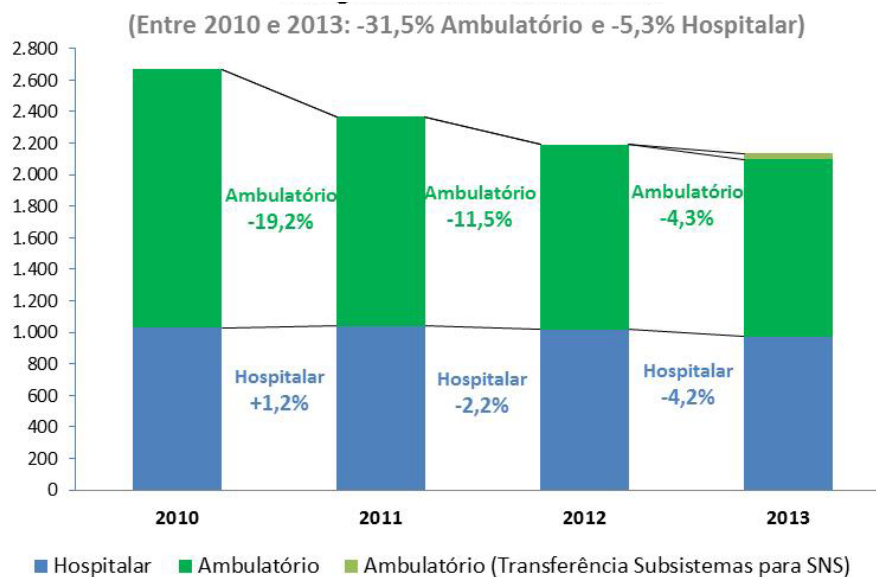
Em Portugal, no período de 2009 a 2011, a evolução da despesa com medicamentos registou um decréscimo considerável, tendo a taxa de crescimento anual *per capita* atingido o valor de -5,7%, enquanto a média dos países da OCDE foi de -0,9%. Aliás naquele período, entre os 29 países da OCDE apenas 2 países apresentaram valores mais baixos naquele indicador, respetivamente a Grécia (-10,1%) e Estónia (-7,2%). Importa ainda referir que entre os Países da OCDE, Portugal, foi um dos países onde se registou um maior agravamento da percentagem do contributo do doente na aquisição de medicamentos (*out of pocket*). (OECD, 2013).

E, entre 2010 e 2013, a despesa do SNS com medicamentos foi reduzida em cerca de 571 milhões de euros, sendo que 90,7% deste valor advém da quebra dos encargos em ambulatório, conforme se pode ver na **Figura 1** (-31,5% no mercado ambulatório versus -5,2% no mercado hospitalar, para o mesmo período).

De acordo com a execução financeira consolidada do SNS, em 2013 continua a verificar-se redução na despesa com medicamentos em farmácias “*não obstante o SNS ter passado a suportar, a partir de abril de 2013, os encargos com medicamentos dos subsistemas de saúde da ADSE, GNR, PSP e Forças Armadas*” (Portugal. MF. DGO, 2013).

De acordo com os dados do INFARMED, entre 2012 e 2013 a evolução dos encargos do SNS com medicamentos foi de 93,1 milhões de euros. Esta redução repartiu-se de forma bastante semelhante pelo sector ambulatório (-4,26%) e pelo sector hospitalar (-4,24%), o que ocorre pela primeira vez desde 2010 (**Figura 9**), considerando anulado o efeito de transferência dos subsistemas de saúde da ADSE, GNR, PSP e Forças Armadas que passaram a ser suportados pelo SNS em ambulatório, a partir de Abril de 2013, como anteriormente se referiu.

Figura 9 - Evolução dos encargos do SNS com medicamentos no mercado ambulatório vs hospitalar (2010-2013)



Fonte: INFARMED, 2010-2013

Apesar do elevado decréscimo nos encargos do SNS (-31,5%), no período de 2010 a 2013, coincidente com a presença da ajuda externa, juntamente com o valor em PVP (-25,1%) no mercado ambulatório, o volume de embalagens aumentou 2,8% (Tabela 6).

Tabela 6 - Evolução do mercado ambulatorio de medicamentos no SNS (2010 - 2013)

Período	Valor PVP	Encargo SNS	Nº Embalagens
2010	2.349.339.505	1.640.678.917	140.060.245
2011	2.100.739.455	1.320.200.964	139.874.202
2012	1.822.684.048	1.173.173.952	140.023.360
2013 (com transferência de encargos)	1.825.223.707	1.160.219.373	149.086.293
2013 (*sem transferência de encargos)	1.759.005.180	1.123.200.456	143.970.003
Varição 2010/2013 (com transferência de encargos)	-22,3%	-29,3%	6,4%
Varição 2010/2013 (*2013 sem transferência de encargos)	-25,1%	-31,5%	2,8%
Varição 2012/2013 (2013 com transferência de encargos)	0,1%	-1,1%	6,5%
Varição 2012/2013 (*2013 sem transferência de encargos)	-3,5%	-4,3%	2,8%

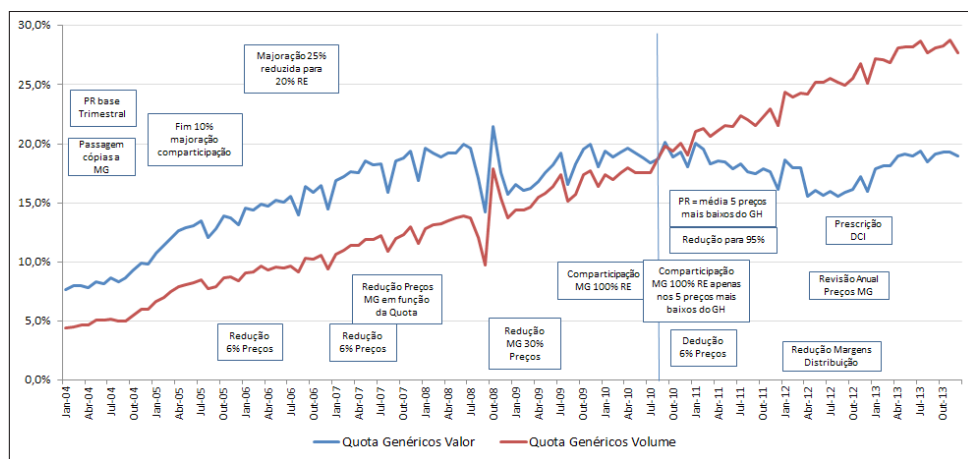
Fonte: INFARMED, Relatório de Monitorização do Mercado de Medicamentos em Ambulatório, Janeiro-2014

Nota: * A partir de abril de 2013 os encargos dos subsistemas de saúde da ADSE, GNR, PSPS e Forças Armadas passaram a ser suportados pelo SNS (tornando necessário expurgar esta transferência dos dados para analisar a verdadeira variação dos encargos do SNS em 2013)

A considerável redução de encargos do SNS com medicamentos resultou de um conjunto de medidas que afetaram fortemente o mercado ambulatorio. Entre estas, as sucessivas reduções de preços, em conjunto com a redução das margens máximas da distribuição (que têm atingido grossistas e farmácias), a redução da própria comparticipação e o crescimento do mercado de genéricos.

Conforme abordado em Relatórios anteriores, várias medidas foram implementadas ao longo dos últimos anos, não só ao nível do preço e comparticipação, mas também ao nível do processo administrativo, para estimular **o mercado de genéricos em Portugal**. A quota de genéricos, no mercado total, atingiu em dezembro de 2013, 27,7% em volume e 19,0% em valor (**Figura 10**):

Figura 10 - Evolução da quota de genéricos no mercado ambulatorio total (2004-2013)



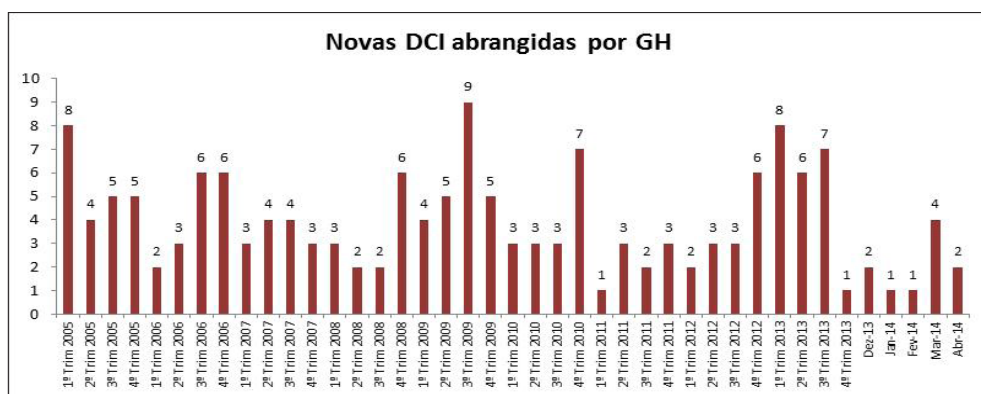
Fonte: Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos e Genéricos do INFARMED, 2004-2013 (elaboração própria)

Notas: MG = Medicamentos Genéricos, PR = Preço de Referência Interno, RE = Regime Especial de Comparticipação, GH = Grupo Homogêneo

No entanto, na 6ª atualização do MdE (dezembro de 2012) foram introduzidos objetivos específicos para o crescimento da quota de genéricos do mercado SNS, em volume, para 2013 (45%) e para 2014 (60%).

O Infarmed, além da quota de genéricos no mercado do SNS em embalagens, passou a publicar adicionalmente a quota em DDD e em unidades. Neste contexto, a quota de genéricos em unidades atingiu 45,6% em dezembro de 2013, passando a cumprir o objetivo do MdE para aquele ano.

Para dinamizar o mercado de genéricos, foi alterada a periodicidade da criação dos Grupos Homogêneos de trimestral para mensal (Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho), de forma a permitir maior rapidez na possível concorrência do mercado (**Figura 11**).

Figura 11 - Evolução do número de novas DCI abrangidas por GH por trimestre (2005-2014)

Fonte: Dados provenientes das Deliberações e Circulares Informativas do INFARMED, que aprovam as Listas Trimestrais de GH (elaboração própria)

Notas: GH = Grupo Homogêneo; DCI = Denominação Comum Internacional

No entanto, uma meta de 60% em 2014 parece ser muito ambiciosa. Para tal serão necessárias também medidas com incentivos do lado da procura. Neste contexto, o Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de Fevereiro prevê a possibilidade de serem implementados incentivos à promoção dos genéricos: “*A dispensa de medicamentos genéricos, e de entre estes dos mais baratos, pode ser objecto de remuneração adicional às farmácias participantes em programas de saúde pública...*”, à semelhança de soluções de incentivos já existentes noutros países (Bélgica, França Itália, Suíça e Reino Unido).

A análise dos encargos para o SNS por grupo farmacoterapêutico dos medicamentos utilizados mostra que 5 grupos terapêuticos (Aparelho Cardiovascular, Sistema Nervoso Central, Hormonas e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas, Aparelho Respiratório e Aparelho Locomotor) representaram, no seu conjunto, cerca de 82% do valor despendido em medicamentos (**Tabela 7**).

Tabela 7 - Evolução dos encargos com medicamentos do SNS por grupo farmacoterapêutico (2012-2013)

	2012		2013		Varição de Encargos
	Encargos SNS	%	Encargos SNS	%	2012-13
Aparelho cardiovascular	336.461.257	28,7%	303.998.315	26,2%	-9,6%
Sistema nervoso central	262.075.713	22,3%	252.935.174	21,8%	-3,5%
Hormonas e medicamentos usados em doenças endócrinas	211.259.532	18,0%	231.566.179	20,0%	9,6%
Aparelho respiratório	80.901.630	6,9%	85.558.328	7,4%	5,8%
Aparelho locomotor	74.916.077	6,4%	70.020.403	6,0%	-6,5%
Outros Grupos Farmacoterapêuticos	207.559.742	17,7%	216.140.974	18,6%	4,1%
Totais	1.173.173.952	100,0%	1.160.219.373	100,0%	-1,1%

Fonte: Dados cedidos pelo Infarmed (elaboração própria)

A análise da tabela permite constatar que se registou um decréscimo mais significativo entre os medicamentos para o Aparelho Cardiovascular (-9,65%), enquanto pelo contrário se registou um aumento de dimensão semelhante (+9,61%) para as Hormonas e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas. Este decréscimo pode ser parcialmente explicado pela elevada penetração de genéricos nos grupos onde existe maior redução dos encargos, nomeadamente o grupo cardiovascular e o sistema nervoso central, ao contrário do que se verifica nas doenças endócrinas com elevado peso das associações com inibidores das DPP4, para as quais não existe genérico.

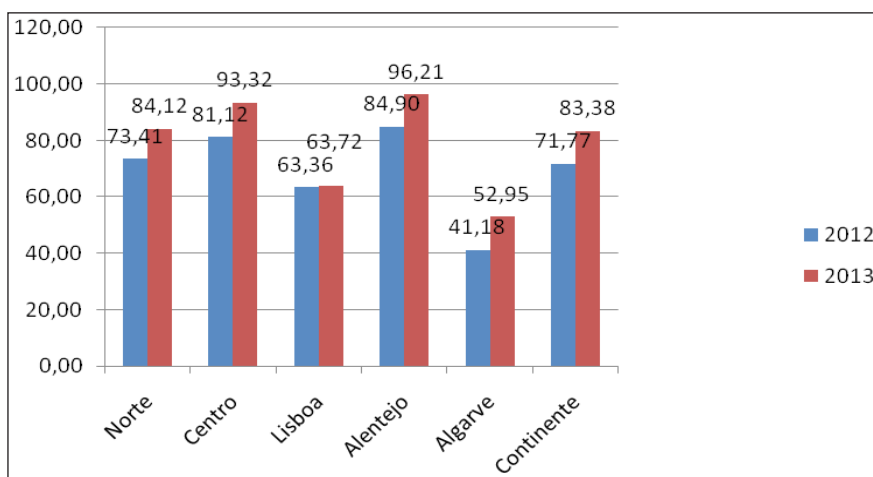
Consumo de psicofármacos

Diversos estudos têm evidenciado que os períodos de crise económica e social estão associados ao agravamento do potencial de saúde das populações, nomeadamente ao nível da saúde mental, pelo que a monitorização do consumo de psicofármacos pode constituir um importante instrumento na avaliação do impacto da crise na saúde dos portugueses. Salienta-se, ainda, que recentes alterações legislativas sobre a prescrição deste grupo de medicamentos (abolição do uso das prescrições triplas para a os ansiolíticos e hipnóticos - **Deliberação n.º 028/CD/2014**) poderão condicionar o seu padrão de consumo, pelo que importa caracterizar e estudar o seu impacto na saúde.

Segundo a OCDE, em Portugal o consumo de medicamentos antidepressores aumentou cerca de 20% entre 2007 e 2011, tendo atingido neste ano o valor de 78,0 DDD / 1.000 habitantes, superando em cerca de 72% o valor no conjunto dos países da OCDE (56 DDD / 1.000 habitantes). (*OECD 2013 – Health at a Glance*).

A **Figura 12** apresenta a evolução do consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos em 2012 e 2013, no Continente e por região no país. Verifica-se um acréscimo de +16% de consumo no conjunto das regiões de Portugal Continental e salienta-se que em todas as regiões se registou um acréscimo de consumo, embora na região de Lisboa o aumento tenha sido muito ténue (63,36 para 63,72).

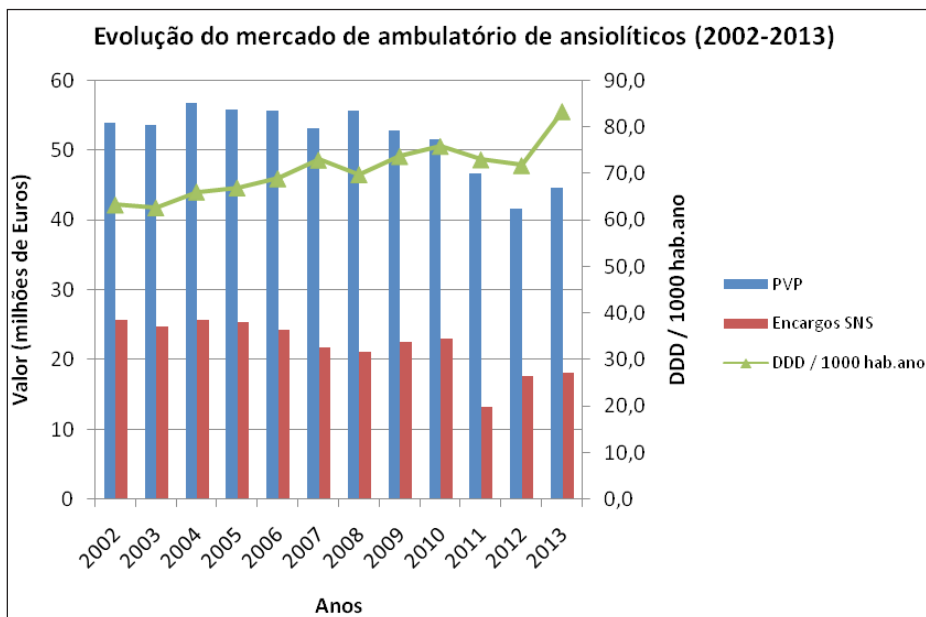
Figura 12 – Evolução do consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos por região de saúde e no Continente entre 2012 e 2013 (DDD/1000 habitantes/dia)



Fonte: Dados cedidos pelo Infarmed (elaboração própria)

Comparando com dados obtidos desde 2002, verifica-se que em 2013, as DDD/1000 habitantes/dia consumidas de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos atingiram os valores mais altos desta década (**Figura 13**).

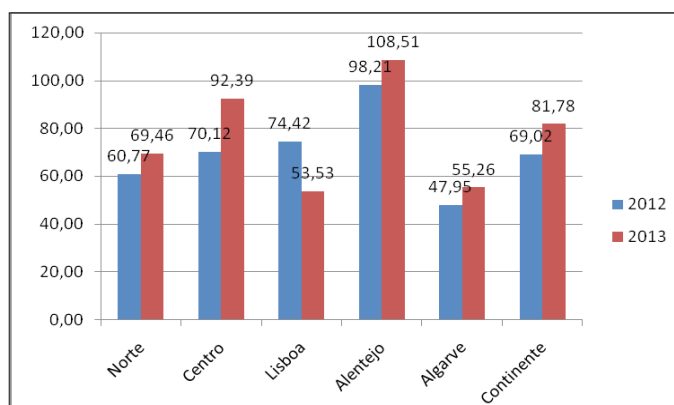
Figura 13 – Evolução do mercado de ambulatório de ansiolíticos (2002-2013)



Fonte: Dados cedidos pelo Infarmed (elaboração própria)

O consumo de antidepressores aumentou, de 2012 para 2013, em cerca de 18% no conjunto das regiões de Portugal Continental, mas a sua evolução apresentou diferenças regionais, pois contrariamente ao registado em todas as outras regiões o consumo de antidepressores diminuiu consideravelmente na região de Lisboa, passando de 74,42 para 53,53 DDD/1000 habitantes. Em oposição, a região Centro foi aquela em que se registou um aumento do consumo mais acentuado (**Figura 14**).

Figura 14 – Consumo de Antidepressores nas regiões de saúde de Portugal e no Continente em 2012 e 2013 (DDD/1000 habitantes/dia)



Fonte: Dados cedidos pelo Infarmed (elaboração própria)

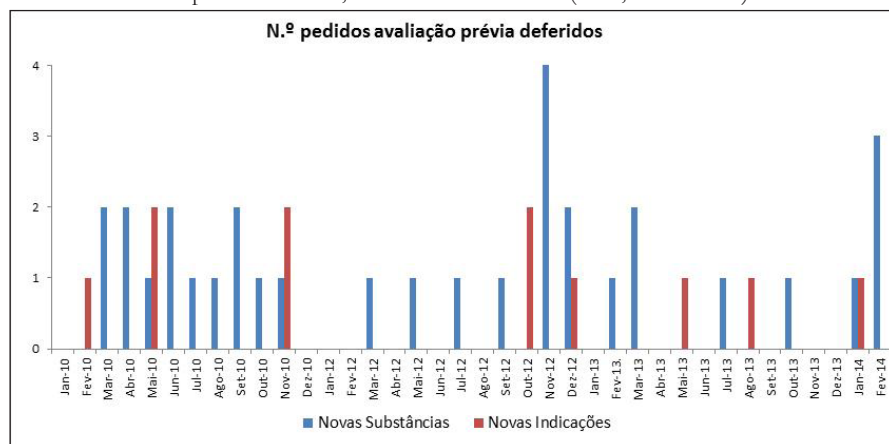
Acesso à inovação em Portugal

A inovação em saúde é inequivocamente uma importante força motriz para a melhoria dos indicadores de saúde, conduzindo a melhorias substanciais no estado de saúde e bem-estar das populações e indiretamente, ao progresso económico dos países.

As necessidades de uma contínua inovação farmacêutica mantêm-se no tempo, uma vez que a sociedade se confronta constantemente com alterações das necessidades em saúde pública, relacionados com os fenómenos globais demográficos, epidemiológicos e económicos.

No que se refere ao nº total de novas substâncias ativas com financiamento público aprovado (comparticipação ou avaliação prévia), verificou-se que, em 2011, Portugal era o país que apresentava o número mais baixo da Europa (Ministerial Conference, Innovation and Solidarity in Pharmaceuticals, 2011) e que desde então, apenas foram aprovadas em Portugal, para utilização hospitalar, 10 novas moléculas em 2012 e 5 em 2013, segundo dados publicados pelo INFARMED (**Figura 15**).

Figura 15 - Evolução do número de pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar deferidos, com contrato assinado (2010, 2012 - 2014)



Fonte: Dados provenientes dos “Indicadores de atividade relativos à avaliação de pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar” do INFARMED

Notas: N.º de pedidos contabilizados em n.º de processos (corresponde a um medicamento da mesma dosagem, forma farmacêutica, independentemente das dimensões das embalagens submetidas.)

Paralelamente a este facto, segundo um estudo retrospectivo da EXIGO realizado em 2011, os tempos médios de acesso aos novos medicamentos em Portugal estavam entre os mais elevados dos Estados Membros da UE. De facto, observaram-se em Portugal prazos médios superiores a 400 dias até à aprovação final destes medicamentos pelas autoridades competentes envolvidas, evidenciando-se ainda que os prazos legais de

aprovação tinham uma probabilidade nula de serem cumpridos no que se relacionava com os medicamentos hospitalares (prazo legal = 60 dias) e inferior a 0,10 no caso dos medicamentos de ambulatório (prazo legal = 90 dias).

Apesar do referido estudo não ter sido recentemente atualizado e de não terem sido encontrados dados recentes publicados, que sejam comparáveis sobre a mesma matéria, antevê-se que os prazos médios de aprovação final dos novos medicamentos não tenham invertido a tendência anteriormente verificada, uma vez que, pelo menos no que se relaciona com os medicamentos hospitalares, o processo de autorização foi substancialmente alterado em mais moroso e complexo. As normas de cabimento orçamental para medicamentos impostas / contratualizadas anualmente com cada Hospital, não refletem adequadamente a acessibilidade dos doentes a medicamentos inovadores que possam surgir em cada ano.

Durante a fase de avaliação de medicamentos inovadores para efeitos de financiamento, os doentes poderão ter acesso aos mesmos por decisão clínica da unidade hospitalar onde o doente é seguido, através de autorizações excecionais concedidas individualmente a cada doente. No entanto, este processo, que deve ser usado apenas por motivo de recurso excepcional, associado maioritariamente à urgência de tratamento sem alternativa, é bastante complexo devido ao envolvimento de vários níveis de decisão intra-hospitalar antes da aprovação final do INFARMED e é potencialmente gerador de iniquidades.

Várias foram as iniciativas da sociedade civil em 2013 e início de 2014, envolvendo diversos painéis de peritos em matérias relacionadas com o acesso à inovação terapêutica e seu financiamento, que tiveram como objetivo comum a contribuição para a procura de soluções consensualizadas para o acesso dos doentes aos medicamentos inovadores. Refiram-se as reuniões do Think Tank realizadas na ENSP (www.inovarnasaude.pt), a reunião sobre a Política de Acesso ao Medicamento em Portugal promovida pela APIFARMA, a reunião do capítulo Português da ISPOR e a publicação da reunião de reflexão da Revista Portuguesa de Farmacoterapia sobre financiamento da inovação disruptiva (Rev Port Farmacoter, 2014).

Como conclusão destas iniciativas de avaliação de tecnologias de saúde, o indicador comum a todas elas é a necessidade urgente de remodelação do próprio sistema de comparticipação e financiamento que constituem um dos principais eixos de ineficiência do atual modelo de acesso e disponibilidade dos medicamentos inovadores aos doentes.

Acesso aos medicamentos e falta de medicamentos no mercado

É hoje claro, de acordo com os indicadores existentes, alguns deles já acima apresentados, que a contração da despesa na área da saúde foi e continua a ser feita sobretudo à custa do sector do medicamento.

Portugal foi o país que adotou um maior número de medidas legislativas de 2008 a 2011 visando uma diminuição do encargo do Estado com medicamentos, sendo o foco da

maioria delas o preço do medicamento - de acordo com a tese de Cristine Leopold, intitulada “*Pharmaceutical Policy Analysis – a european perspective on pricing and reimbursement in challenging times*” apresentada em Utrecht em janeiro de 2014, Portugal adotou um total de 22 medidas neste período (**Figura 16**).

Figura 16 – Resumo das alterações de política no âmbito do medicamento, na Europa, de 2008 a 2011

Table 4. Summary of policy changes from 2008 until 2011

Policy focus and measures		Stable countries			Less stable countries				Total per policy	
		AT	EE	FI	SK	EL	ES	IE		PT
Pricing	Price cuts	0	0	0	0	2	4	2	3	11
	External reference pricing	0	0	0	2	3	1	0	2	8
	Mark-up regulation	0	1	0	0	3	3	3	3	13
	Value-added tax	1	1	0	0	1	1	1	1	6
	Extraordinary price review	0	0	0	1	2	1	2	1	7
Reimbursement	Internal reference pricing	0	1	1	2	1	1	0	2	8
	Out-of-pocket payment	4	1	0	3	0	2	1	5	16
	Delisting	0	0	1	0	2	1	0	1	5
Generics	Generic prescribing	0	1	0	1	0	1	0	1	4
	Generic substitution	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Public campaigns and other generic policies	1	2	0	1	0	2	1	3	10
Total number of policy changes by country		6	7	2	10	14	17	10	22	88
Total number of policy changes by group		15			73					
Total number of policy changes by year		2008=4		2009=11		2010=33		2011=40		

AT = Austria, EE = Estonia, EL = Greece, ES = Spain, FI = Finland, IE = Ireland, PT = Portugal, SK = Slovak Republic

Fonte: Leopold, 2014

Estas medidas, que permitiram uma rápida e imediata redução das despesas, não deixaram de ter consequências negativas em vários sectores de atividade, sendo os da distribuição grossista e o das farmácias os que sofreram particularmente. A rápida descida de preços dos medicamentos afetou direta e abruptamente estes dois *players*, cujo rendimento depende diretamente da margem que recebem sobre os medicamentos vendidos. Não só estas margens foram reduzidas, como a base de incidência também sofreu redução, fruto direto da diminuição do preço dos medicamentos (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29/11, alterado pelo DL 19/2014, de 5/02).

De acordo com dados do INFARMED (2013) entre janeiro e agosto de 2013, comparativamente ao anterior período homólogo, o mercado de ambulatório (farmácias) aumentou em volume apenas 1,5% e reduziu 4,1% em valor (menos 70,6 milhões euros), a que correspondeu uma redução de 4% de encargos para o SNS.

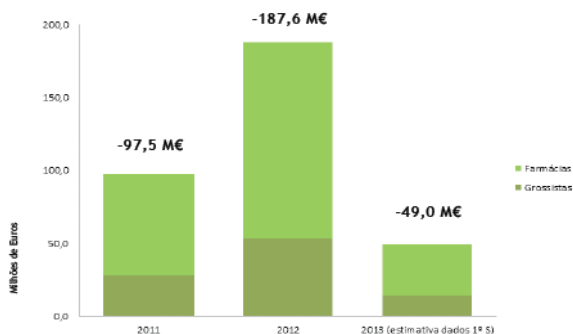
Assim todo um sector económico relacionado com a distribuição dos medicamentos, mas sobretudo as farmácias, se encontra atualmente com graves dificuldades financeiras, que põem mesmo em causa a sua sobrevivência, a manter-se o atual modelo de remuneração.

Como evidenciado na **Figura 17**, a margem do sector da distribuição (Farmácias e Grossistas) reduziu 334,1 milhões de euros em apenas 3 anos, sendo que o objetivo definido no MdE era de 50 milhões de euros.

Figura 17 – Margens do sector da distribuição (2011-2013)

A margem do sector da distribuição (Farmácias e Grossistas) reduziu 334,1 milhões euros apenas em 3 anos

O objetivo definido pela Troika era 50 milhões de euros

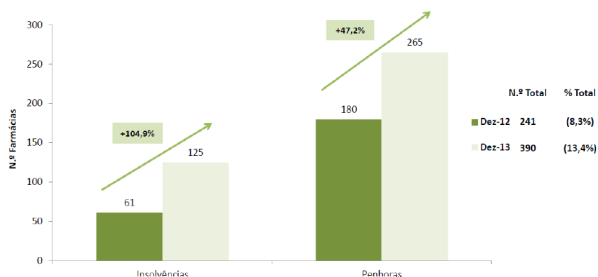


Fonte: ANF, 2013

De acordo com dados disponibilizados pela ANR, de dezembro de 2012 a dezembro de 2013, isto é, no intervalo de um ano, registou-se mais do que uma duplicação no número de insolvências das farmácias abertas ao público (+ 64 farmácias) e um aumento de 47,2% no número de penhoras (+ 85 farmácias), num total de mais 149 farmácias. Estes dados são provenientes da base de dados MOPE, base de dados empresarial nacional, que fornece informação de crédito, informação de contencioso e informação económico-financeira. **(Figura 18)**

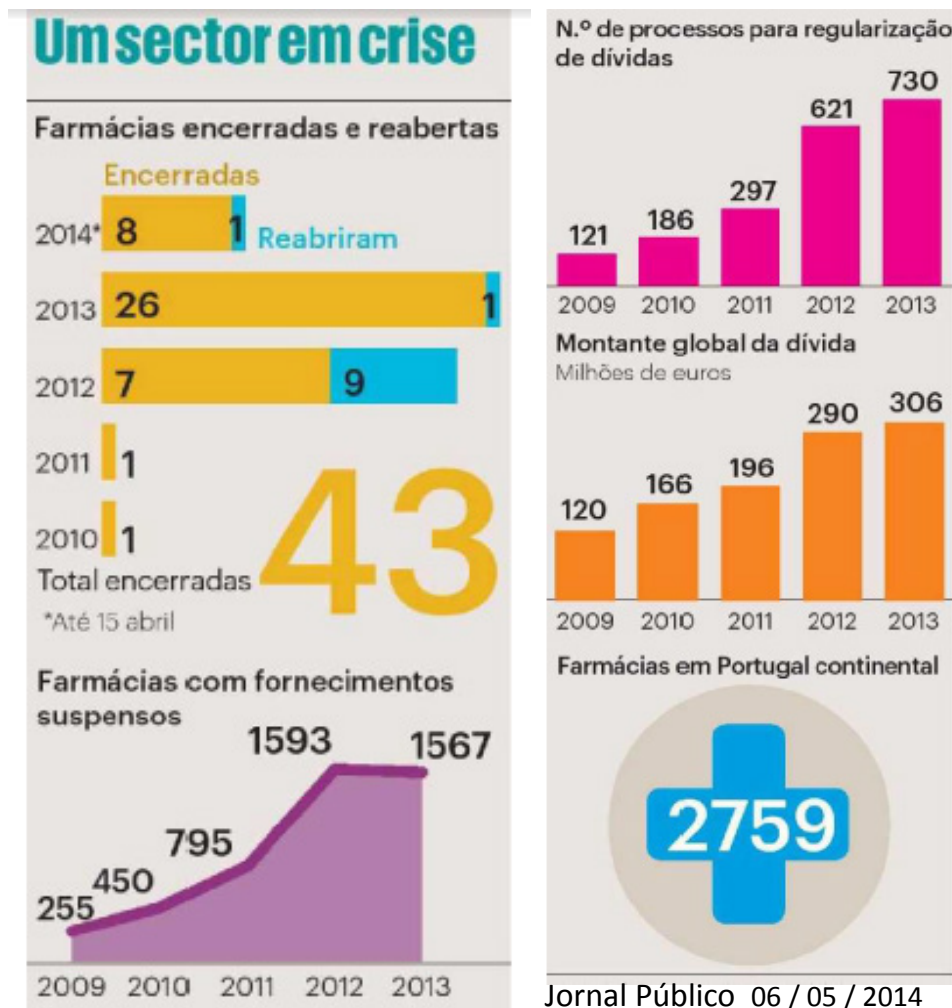
Figura 18 – Farmácias com tipo de registo “Insolvência” e “Penhoras”

Em Dezembro de 2013:
Total de 390 Farmácias (13,4% das Farmácias em Portugal)
com Tipo Registo “Insolvência” e “Penhoras”



Fonte: Base dados Dez-12 a Dez-13 – MOPE / Análise CEFAR

Fonte: CEFAR, 2013



Fonte: Jornal Público

A baixa do preço dos medicamentos teve outra consequência: os medicamentos vendidos em Portugal tornaram-se alvo de exportação paralela, sobretudo para os países do Norte da Europa.

Os dados existentes apontam para que a exportação paralela em Portugal está a aumentar e, é superior a 73M€. Em valor, a exportação paralela representa mais de 21% do total das exportações de medicamentos para a União Europeia. Os principais destinos de exportação de medicamentos na Europa são a Alemanha, Reino Unido, Holanda e Países Escandinavos, sendo que o índice de preços demonstra que a média dos preços praticados na Alemanha e Dinamarca chega a ser o dobro da média em Portugal (Deloitte & APIFARMA, 2013).

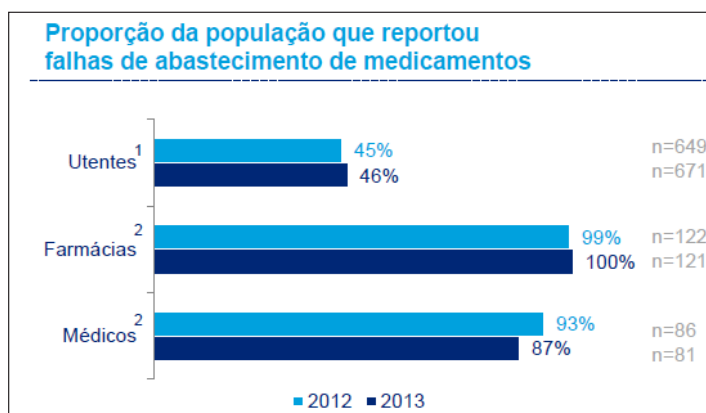
Tanto o facto do sector da distribuição dos medicamentos se encontrar em graves dificuldades financeiras, como o aumento significativo da exportação paralela em Portugal, provocaram um fenómeno preocupante, que afeta diretamente a saúde dos Portugueses – a dificuldade de acesso a medicamentos.

Devido ao quadro económico e político vivido nos últimos anos verifica-se que existe uma clara falha no abastecimento do mercado em medicamentos, ou porque eles são alvo de exportação paralela, ou porque as farmácias não têm capacidade económica para os adquirir.

Caracterização da falha de abastecimento do mercado de medicamentos

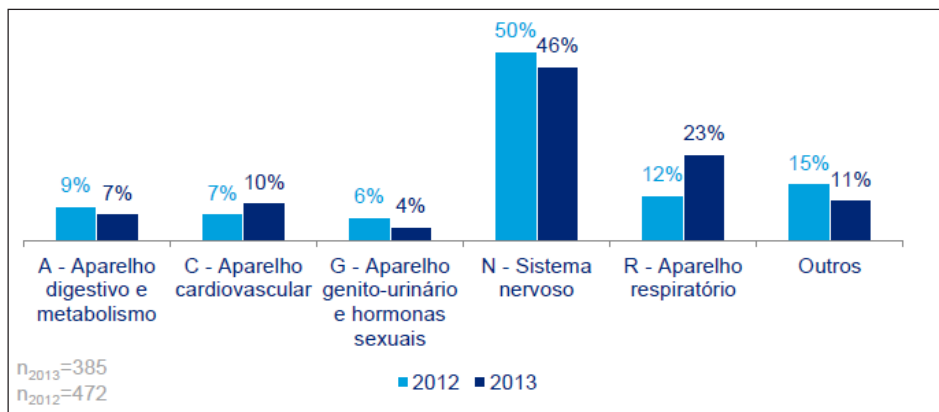
Importa pois avaliar qual o impacto desta falha e quais os medicamentos em causa. O estudo realizado pela Deloitte em 2012 e atualizado em 2013 concluiu que existem efetivamente faltas de medicamentos no mercado farmacêutico nacional, que foi referenciado pelos diferentes *stakeholders* inquiridos (utentes (45%), médicos (93%) e farmacêuticos (99%). Cerca de 46% dos doentes inquiridos reportou indisponibilidade de medicamentos na farmácia, e esta indisponibilidade tem-se mantido nos dois últimos anos, sendo que destes, 24% não conseguiu obter os medicamentos em menos de 24h (**Figura 19**).

Figura 19 – Proporção da população que reportou falhas de medicamentos 2012-2013



Fonte: Deloitte, 2013

As falhas de abastecimento concentram-se em 5 grupos farmacoterapêuticos, com especial relevo no SNC (**Figura 20**). De referir que se tratam de grupos farmacoterapêuticos relevantes em termos de saúde, a grande maioria destinada a doentes crónicos – das doenças endócrinas, do foro cardiovascular ou respiratório. Ainda nesse estudo 22% das farmácias referem ter falhas de abastecimento de insulina, medicamento *lifesaving*.

Figura 20 – Falhas de abastecimento do mercado por grupos farmacoterapêuticos

Fonte: Deloitte, 2013

Dados do Observatório dos Medicamentos (ANF) apontam para que desde agosto de 2013, o número médio de embalagens em falta por mês se situa próximo dos 5 milhões.

A **Tabela 8** apresenta o Top 20 dos medicamentos em falta de agosto a dezembro de 2013 e corrobora os dados resultantes do estudo da Deloitte, em que se confirmam os do aparelho cardiovascular e do aparelho respiratório. Os medicamentos que constam no Top 20 das faltas representam apenas cerca de 24,7% do total das faltas reportadas.

Tabela 8 – Top 20 dos medicamentos em falta nas Farmácias (agosto – dezembro 2013)

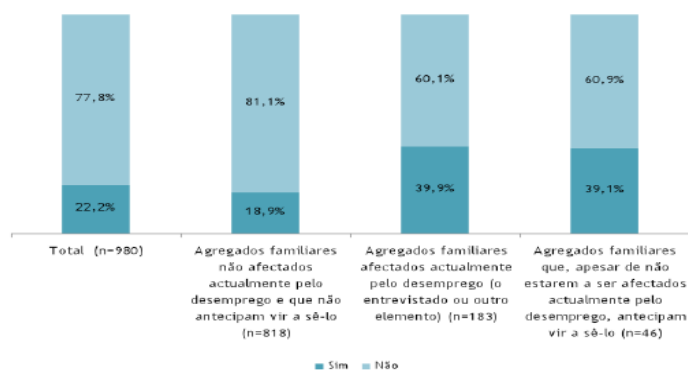
NOME COMERCIAL	Embalagens em falta	PVP	% de Farmácias com Faltas
Varfine comp 5 mg 60	468.096	5,08	85,4
Mycostatin susp oral mL 100000 UI/mL 30	376.641	MNSRM	84,5
Lovenox sol inj SC seringa 40 mg/0,4 mL 6	327.079	22,21	80,5
MicardisPlus comp 80/12,5 mg 28	252.038	22,69	80,6
Eutirox comp 100 mcg 60	233.083	3	85,4
Crestor 10 mg comp revest 10 mg 60	227.918	49,47	82,0
Cipralex comp revest 10 mg 56	222.049	40,59	79,2
Cialis comp revest 20 mg 4	211.248	38,81	78,7
Avamys susp pulv nasal 27,5 mcg/dose 120	210.841	9,62	81,3
Atrovent Unidose sol inal vap unidose 0,25 mg/2 mL 20	186.503	7,27	66,6
Doce Alívio comp 30	180.297	5,2	78,6
Hidalone creme bisn 10 mg/g 30	171.014	2,67	74,3
Urispas comp revest 200 mg 15	163.732	1,98	49,7
Lovenox sol inj SC seringa 60 mg/0,6 mL 6	161.660	30,16	68,4
Imodium cáps 2 mg 20	156.748	4,19	71,1
Minigeste comp revest 0,02/0,075 mg 63	155.596	14,02	48,9
Thyrax comp 0,1 mg 60	148.653	3,97	79,6
Concor IC comp revest 2,5 mg 20	139.534	2,54	79,1
Inderal-LA 80 cáps lib prol 80 mg 28	139.375	3,86	75,0
Spiriva cáps inal 18 mcg 30	133.549	40,97	79,7

Fonte: CEFAR/ANF

No período de agosto a dezembro de 2013 registaram-se um total de 23.853.179 faltas, reportadas por 2.142 farmácias (mais de 60% das farmácias).

À falta de medicamentos disponíveis para aquisição nas farmácias, acresce ainda a diminuição do poder de compra da população, que obviamente afeta a sua capacidade de aceder aos medicamentos. De acordo com um estudo da SEDES (2012) mais de 20% dos agregados familiares estavam a tentar reduzir nas despesas de saúde (**Figura 21**).

Figura 21 – Percentagens de agregados familiares que estão a reduzir nas despesas de saúde



Fonte: SEDES, 2012

Assim face aos dados disponíveis e provenientes de diversas fontes, torna-se claro que o acesso aos medicamentos está condicionado em diferentes componentes do sistema, designadamente na sua distribuição (grossista e por parte das farmácias comunitárias) e aquisição pelos doentes.

Desta forma, alerta-se para o potencial aumento de problemas de adesão à terapêutica, motivado quer pela dificuldade de acesso ao medicamento, quer por constrangimentos económicos e, pela degradação dos resultados em saúde que certamente daí advirão.

É inquestionável que falta de adesão, intencional ou não, terá custos associados, tanto na perspectiva dos doentes, como na dos pagadores (nomeadamente o SNS) e ainda com os associados à degradação do potencial de saúde da população.

4.2 Organização e gestão de serviços de saúde. Os Cuidados de Saúde Primários

O que mudou nos últimos 12 meses

Tendo como ponto de partida as questões colocadas pelo OPSS ao Ministério da Saúde, no Relatório de Primavera de 2013, apresenta-se uma breve análise das mudanças ocorridas nos últimos doze meses, no âmbito dos cuidados primários. Poderão ter ocorrido outras alterações além daquelas aqui descritas, todavia, o OPSS opta por apresentar os conteúdos sobre os quais existe informação e evidência disponível.

Apesar dos discursos da tutela referirem repetidamente, o seu apoio a este nível de cuidados, na prática, observam-se algumas contradições. Por um lado o ministro da saúde, em maio de 2014, no 6º Encontro Nacional das USF, no Porto, reiterou o seu apoio à reforma, aos cuidados primários e ao esforço dos profissionais mas, por outro lado, foi quase em simultâneo publicado um diploma que limita a abertura de novas USF modelo A e a passagem a modelo B (Despacho nº 6080-B/2014).

A ausência de investigação, informação e comunicação sobre as vantagens do modelo USF, parece manter-se, por parte das administrações central e regionais. Todavia, existem estudos de investigação, de iniciativa académica e profissional, que demonstram a poupança gerada pelas USF, concretamente no que diz respeito a custos com medicamentos e MCDT (embora seja necessário aprofundar outros aspetos de análise do modelo USF). Como contributo positivo para esta questão, deve referir-se o lançamento do projeto BI USF, que permite acompanhar a evolução das unidades no que respeita ao seu desempenho, disponibilizando dados e informação nacional fundamentais para a realização de estudos de investigação neste domínio. Não pode deixar de se referir que este projeto, da autoria da Associação Nacional de USF (USF AN), tem como parceira a ACSS.

Relativamente à identificação das carências de recursos humanos, se existe alguma medida a ser implementada, o OPSS não dispõe de qualquer informação sobre a mesma, não havendo conhecimento de que esteja em desenvolvimento qualquer política de recursos humanos específica para os cuidados primários.

A questão do frágil compromisso e ação política no desenvolvimento dos CSP parece manter-se. Continuam as críticas, vindas do terreno, em relação à atuação e obstrução das administrações e, apesar dos discursos, são pouco conhecidas ações para resolver os problemas existentes, alguns, aparentemente de fácil resolução mas bloqueados pelo centralismo e burocracia.

A contratualização com as UCSP e com as USP é já uma realidade, embora necessite de investimento e desenvolvimento. Porém, não pode deixar de ser apontada como um aspeto com evolução positiva. Contudo, em relação às UCC e URAP não existiu nenhuma evolução.

Parece continuar a existir uma certa obstrução à abertura de novas USF e à passagem de USF de modelo A a modelo B, quando os critérios são cumpridos. Em geral, este fenómeno tem sido justificado com a necessidade de controlar custos, embora alguns estudos já existentes venham a demonstrar a eficiência do modelo USF, embora este ponto necessite de continuidade de estudo, nomeadamente, no que se refere aos custos globais em que a eficiência económica não foi ainda demonstrada. Neste âmbito deve referir-se o Despacho n° 6080-B/2014.

A ausência de uma verdadeira desconcentração e descentralização decisional tem sido o grande obstáculo à existência de autonomia de gestão por parte da Direção Executiva dos ACeS, contribuindo também para que não se possa dar por concluída a fase de “reforma” dos CSP. Para este aspeto contribui uma cultura organizacional centralizadora por parte das ARS e a legislação não fazer qualquer referência à autonomia financeira, que impede os ACeS de exercerem a gestão com autonomia. Apesar do DL n° 28/2008, que regula os ACeS, ter já sido sujeito a um conjunto de revisões, não houve qualquer alteração relacionada com a autonomia.

Como se verifica, nos últimos doze meses não se assistiu a mudanças substanciais, nomeadamente as que seriam expectáveis e aguardadas há vários anos. As melhorias a que se tem assistido acontecem, maioritariamente, por iniciativa dos profissionais. Porém, importa fazer uma breve análise dos pontos fortes e fracos dos CSP nos últimos meses.



Pontos fortes

- Desenvolvimento do perfil profissional do enfermeiro de família, tendo sido criado um grupo de trabalho e posteriormente estabelecida a figura do enfermeiro de família, em reunião do Conselho de Ministros – “(...) O CM aprovou os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, nomeadamente Unidades de Saúde Familiar e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. A implementação da atividade do enfermeiro de família obedece a um plano de ação mediante experiências piloto a desenvolver em cada Administração Regional de Saúde, I.P., a partir do segundo semestre de 2014. Cabe à Direção-Geral da Saúde (DGS), em colaboração com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS, I.P.), elaborar a metodologia de trabalho do enfermeiro de família e as áreas de competência e de partilha que permitam assegurar a integração e continuidade dos cuidados ao indivíduo e família no

âmbito da equipa multiprofissional. (...)” Excerto do Comunicado do Conselho de Ministros, In <http://economiafinancas.com/2014/enfermeiro-de-familia/>;

- Abertura, em Janeiro de 2014, de vagas para o internato de medicina geral e familiar, que representa o motor estratégico que garante a conclusão da reforma e o desenvolvimento dos cuidados primários;
- Abertura de concurso para a colocação de 150 médicos especialistas em medicina geral e familiar, na Administração Regional de Saúde de Lisboa (<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/colocacao+medicos+arslvt.htm>);
- Apesar dos vários obstáculos e resistências nas camadas intermédias e no fraco trabalho de apoio das ARS para este fim, apesar de reduzido o número, continuam a abrir novas USF, havendo presentemente um total de 398 USF em atividade, a nível nacional;
- Publicação de portaria para a retificação das questões relacionadas com o fim da suspensão de uma das componentes remuneratórias dos profissionais das USF em modelo B. Um comunicado conjunto, do Ministério da Saúde e das Finanças, no final de dezembro de 2013, veio esclarecer que “(..) as questões que levaram à suspensão dos pagamentos, tal como previstos nos contratos estabelecidos com as ARS, foram resolvidas através de uma portaria (nº 377-A/2013) assinada hoje pelos ministérios da Saúde e das Finanças”, portaria essa, publicada a 30 de dezembro que destaca no seu preâmbulo que “um conjunto de princípios de suporte como a descentralização, auto organização e responsabilização pelos resultados”, tem contribuído, “significativamente, para o aumento do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, melhoria da qualidade e desempenho, refletindo-se naturalmente ao nível da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS)” (http://www.mgfamiliar.net/blog/MaisOpini%C3%A3o_-_Jo%C3%A3o_Rodrigues/post/inc/);
- O desenvolvimento da rede de Investigação e conhecimento em cuidados primários, para a qual contribui a rede UF Sentinela;
- O lançamento do projeto BI USF, da iniciativa de um conjunto de profissionais e resultado de uma parceria estabelecida entre a USF AN, a ACSS e um conjunto de outros parceiros;
- Os aperfeiçoamentos ao DL nº 28/2008, embora não abordem ainda a questão da autonomia, permitem a adequação da norma à experiência e às necessidades concretas do terreno;
- O reconhecimento internacional dos cuidados primários portugueses, tendo sido afirmado recentemente por um ex-Ministro da saúde do Canadá que se tivesse que escolher um modelo, escolhia o Português. Destaca-se também

a visita do ministro da saúde de Marrocos à USF Marginal, em São João do Estoril, o trabalho desenvolvido pelo Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde, no Brasil, com as clínicas da família e igualmente o seu acompanhamento à evolução dos cuidados primários em Portugal.

Destacados os pontos fortes, importa chamar a atenção para os pontos fracos, sublinhando a necessidade de se investir na sua melhoria, essencial ao desenvolvimento dos cuidados primários.



Pontos fracos

- Risco constante de colapso dos Sistemas de Informação, que representa um drama diário para os profissionais;
- Fraco empenho político dos órgãos de Apoio, ao não estimular e a não forçar as ARS e a ACSS (órgãos executivos) a apresentar soluções atempadas para os problemas que diariamente se colocam neste nível de prestação;
- Ausência de energia e dedicação no desenvolvimento dos CSP, estando este papel, permanentemente, apenas a cargo dos profissionais que estão no terreno;
- Fraco investimento quer a nível político, quer a nível de recursos disponíveis. A não ser em contextos específicos, os cuidados primários e a reforma não entram no discurso da tutela;
- Fragilidade da saúde pública, que necessita de apoio e investimento específico;
- Fragilidade das URAP, que têm potencialidades, mediante o devido apoio e recursos, de ser unidades funcionais muito além de um designado “banco de profissionais” para as restantes unidades funcionais dos ACeS;
- O sistema, em geral, continua a funcionar em modo “medicocêntrico” e “hospitalocêntrico”. Mesmo nos CSP, parece existir ainda uma falta de visão para incluir e integrar outros profissionais, o que não se apresenta como positivo para a adequação de cuidados, custos e obtenção de resultados em saúde;
- Pouco se avançou na questão do papel e desenvolvimento dos conselhos da comunidade, apesar da sua reconhecida importância.



Um bom exemplo no desenvolvimento dos cuidados de saúde primários

De acordo com Bernardo Vilas-Boas, no discurso de encerramento do 6º Encontro nacional das USF, trata-se de um “projeto centrado nas pessoas, que espalha a visão estratégica do futuro que estamos a construir de forma partilhada, inclusiva e responsabilizadora, com compromisso de melhoria contínua. É um exercício de transparência e cidadania!”.



Trata-se de um dispositivo de Gestão do Conhecimento em Saúde que permite caracterizar as USF, qualificar o seu desempenho de forma integradora e multidimensional, contribuindo para o seu desenvolvimento e melhoria contínua sustentada. Surge como uma plataforma *online* e tem como principais objetivos caracterizar as USF, permitir a exploração e análise dos seus dados, a importação/exportação de documentos e a construção de *dashboards* entre outras funcionalidades (www.biusf.pt)

A plataforma dispõe de dados anuais, de 2009 até final de 2013 a nível nacional e com a possibilidade de utilizar filtros, por ARS e por USF. Além dos indicadores, permitirá ter acesso a toda a documentação e caracterização das unidades e outra informação específica relacionada com os profissionais, orientadores, tutores e cobertura populacional.

Numa entrevista ao Jornal de Negócios, em 18 de Junho de 2014, José Luís Biscaia afirmava que “Apesar da sua diversidade e dos resultados positivos que apresentam, as pessoas continuam a desconhecer um pouco o que são as USF. Continua a ser difícil passar a imagem do que são, qual o seu contributo e qual foi o seu impacto nos cuidados de saúde. A plataforma pretende dar um contributo para alterar esta situação e fazer chegar números e indicadores de atividade ao público em

geral, mas também aos decisores políticos e aos próprios profissionais de saúde, a quem faltava a visão global de um conjunto de informação importante para dar suporte a processos de melhoria contínua, sustentabilidade e desenvolvimento organizacional. (...) Portugal deve ser o país do mundo ocidental que tem maior informatização na informação clínica que gera, mas tem um defeito a seguir isto. Temos este volume de dados mas não temos instrumentos e capacidade para fazer a sua gestão”.

Uma vez que nem todos os dados estão ainda disponíveis, estando a plataforma em desenvolvimento a USF-AN, diretamente envolvidos no projeto, cederam ao OPSS um conjunto de dados que permite fazer uma análise prévia a alguns indicadores.

Análise de indicadores

Analisando alguns dos indicadores disponibilizados, é possível verificar as diferenças existentes, a nível nacional, entre as USF-B e as UCSP e ainda entre as USF-A e USF-B.

No que respeita a prevalência de doenças crónicas, optou-se por apresentar a proporção de utentes com o diagnóstico de “diabetes mellitus” e a proporção de utentes com diagnóstico de “hipertensão arterial”.

Figura 1. Proporção de utentes com diagnóstico de “diabetes mellitus”

Unidade	Numerador	Denominador	Resultado
UCSP	365.293	5.408.028	6,75%
UCSP-M	315.763	4.121.642	7,66%
USF-A	137.460	1.929.695	7,12%
USF-B	168.672	2.483.521	6,79%
Nacional com MF	621.895	8.534.858	7,29%

Diferença:	% (A)	Denominador (B)	A*B
[USF-B]-[UCSP-M]	-0,87%	4.121.642	-35.836
[USF-B]-[USF-A]	-0,33%	1.929.695	-6.402

Fonte: BI USF, USF NA, 2014

Figura 2. Proporção de utentes com diagnóstico de “hipertensão arterial”

Unidade	Numerador	Denominador	Resultado
UCSP	988.726	5.408.028	18,28%
UCSP-M	848.255	4.121.642	20,58%
USF-A	397.555	1.929.695	20,60%
USF-B	491.324	2.483.521	19,78%
Nacional com MF	1.737.134	8.534.858	20,35%

Diferença:	% (A)	Denominador (B)	A*B
[USF-B]-[UCSP-M]	-0,80%	4.121.642	-32.856
[USF-B]-[USF-A]	-0,82%	1.929.695	-15.796

Fonte: BI USF, USF NA, 2014

Os dados permitem verificar que nas USF-B, a proporção de diagnóstico em ambas as patologias, é inferior à proporção de diagnóstico nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, só com utentes com médico de família (UCSP-M).

Relativamente à prevalência de neoplasias, apresentam-se os resultados da proporção de utentes com o diagnóstico de “neoplasia maligna do colo do útero” e da proporção de utentes com o diagnóstico de “neoplasia maligna do cólon/reto”.

Em ambos os casos, a proporção de diagnóstico de neoplasia maligna é superior nas USF-B quando comparadas com as UCSP-M.

Figura 3. Proporção de utentes com o diagnóstico de “neoplasia maligna do colo do útero”, da proporção de utentes com o diagnóstico de “neoplasia maligna do cólon/reto”

Data: 201312				Data: 201312			
Unidade	Numerador	Denominador	Resultado	Unidade	Numerador	Denominador	Resultado
UCSP	4.488	5.408.028	0,08%	UCSP	18.398	5.408.028	0,34%
UCSP-M	3.865	4.121.642	0,09%	UCSP-M	16.154	4.121.642	0,39%
USF-A	2.384	1.929.695	0,12%	USF-A	8.093	1.929.695	0,42%
USF-B	3.480	2.483.521	0,14%	USF-B	10.541	2.483.521	0,42%
Nacional com MF	9.729	8.534.858	0,11%	Nacional com MF	34.788	8.534.858	0,41%

Diferença:	% (A)	Denominador (B)	A*B	Diferença:	% (A)	Denominador (B)	A*B
[USF-B]-[UCSP-M]	0,05%	4.121.642	1.910	[USF-B]-[UCSP-M]	0,03%	4.121.642	1.340
[USF-B]-[USF-A]	0,02%	1.929.695	320	[USF-B]-[USF-A]	0,01%	1.929.695	97

Fonte: BI USF, USF NA, 2014

Quanto a indicadores de acessibilidade e no que respeita à cobertura, optou-se por apresentar os resultados da taxa de utilização global de consultas médicas e de consultas de enfermagem, nos últimos três anos.

Figura 4. Taxa de utilização global de consultas médicas e de consultas de enfermagem, nos últimos três anos.

Data: 201312				Data: 201312			
Unidade	Numerador	Denominador	Resultado	Unidade	Numerador	Denominador	Resultado
UCSP	4.212.820	5.260.667	80,08%	UCSP	3.227.181	5.260.667	61,35%
UCSP-M	3.534.353	4.166.127	84,84%	UCSP-M	2.764.408	4.166.127	66,35%
USF-A	1.593.723	1.929.714	82,59%	USF-A	1.383.080	1.929.714	71,67%
USF-B	2.218.813	2.483.497	89,34%	USF-B	1.953.549	2.483.497	78,66%
Nacional com MF	7.346.889	8.579.338	85,63%	Nacional com MF	6.101.037	8.579.338	71,11%

Diferença:	% (A)	Denominador (B)	A*B	Diferença:	% (A)	Denominador (B)	A*B
[USF-B]-[UCSP-M]	4,51%	4.166.127	187.760	[USF-B]-[UCSP-M]	12,31%	4.166.127	512.718
[USF-B]-[USF-A]	6,75%	1.929.714	130.328	[USF-B]-[USF-A]	6,99%	1.929.714	134.857

Fonte: BI USF, USF NA, 2014

A taxa de utilização, quer de consultas médicas quer de enfermagem, nos últimos três anos, foi superior nas USF-B que nas UCSP-M.

Relativamente aos cuidados preventivos, escolheram-se os indicadores de vigilância oncológica, nomeadamente a proporção de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos dois anos e a proporção de utentes com idades entre os 50 e os 70 anos, com rastreio do cancro do cólon e reto efetuado. Também aqui os resultados das USF-B são superiores às UCSP-M.

Figura 5. Proporção de mulheres entre os 50 e os 70 anos com mamografia registada nos últimos dois anos e a proporção de utentes com idades entre os 50 e os 70 anos, com rastreio do cancro do colon e reto efetuado

Data: 201312				Data: 201312			
Unidade	Numerador	Denominador	Resultado	Unidade	Numerador	Denominador	Resultado
UCSP	295.376	699.688	42,22%	UCSP	306.022	1.588.279	19,27%
UCSP-M	267.475	574.581	46,55%	UCSP-M	282.444	1.300.987	21,71%
USF-A	168.905	256.171	65,93%	USF-A	245.717	564.076	43,56%
USF-B	230.244	326.887	70,44%	USF-B	334.451	712.096	46,97%
Nacional com MF	666.624	1.157.639	57,58%	Nacional com MF	862.612	2.577.159	33,47%

Diferença:	% (A)	Denominador (B)	A*B	Diferença:	% (A)	Denominador (B)	A*B
[USF-B]-[UCSP-M]	23,88%	574.581	137.233	[USF-B]-[UCSP-M]	25,26%	1.300.987	328.592
[USF-B]-[USF-A]	4,50%	256.171	11.530	[USF-B]-[USF-A]	3,41%	564.076	19.213

Fonte: BI USF, USF NA, 2014

Por fim, nos indicadores de eficiência, apresenta-se o rácio entre a despesa com quinolonas e antibióticos faturados (PVP a utentes inscritos). O rácio é inferior nas USF-B, comparativamente às UCSP-M.

Figura 6. rácio entre a despesa com quinolonas e antibióticos faturados (PVP a utentes inscritos)

<i>Data: 201212</i>			
Unidade	Numerador	Denominador	Resultado
UCSP	1.889.907 €	9.796.760 €	19,29%
UCSP-M	1.889.907 €	9.796.760 €	19,29%
USF-A	443.883 €	2.839.667 €	15,63%
USF-B	488.277 €	3.628.897 €	13,46%
Nacional com MF	2.822.067	16.265.324	17,35%
Diferença:			
	% (A)	Denominador (B)	A*B
[USF-B]-[UCSP-M]	-5,84%	9.796.760 € -	571.729 €
[USF-B]-[USF-A]	-2,18%	2.839.667 € -	61.798 €

Fonte: BI USF, USF NA, 2014

Salienta-se que estes indicadores foram selecionados a título de exemplo, de um conjunto mais alargado de dados, que brevemente estará inteiramente disponível no *site* BI USF, em www.biusf.pt. Independentemente de uma análise particular possível a cada indicador, é notória a existência de resultados positivos das USF-B quando comparadas com as UCSP-M, para todos os indicadores selecionados.

O BI USF permite sublinhar que as USF são a imagem visível da reforma dos CSP, estando neste momento em atividade 398 unidades, abrangendo 4.9 milhões de cidadãos. As USF quando comparadas com as UCSP têm melhores resultados em todos os indicadores de acesso, vigilância da criança, vigilância da grávida, rastreio oncológico, acompanhamento de doenças crónicas e dos custos com medicamentos e MCDT, sendo ainda a taxa de prescrição de genéricos superior.

Os custos com medicamentos nas USF mantêm-se inferiores desde 2009. Em 2013, o potencial de poupança foi da ordem dos 125 milhões de euros (se o custo de medicamentos nas UCSP fosse semelhante ao das USF de modelo B). As USF proporcionaram a mais de 600.000 cidadãos a descoberto uma equipa de família, aumentaram a acessibilidade e produtividade, são mais eficientes e apresentam elevados índices de cumprimento da contratualização (Vilas-Boas, 2014).

Uma questão frequentemente colocada prende-se com a comparabilidade dos desempenhos das unidades funcionais em contextos organizacionais diferenciados. Este ano o OPSS deu início a uma linha de investigação específica, para estudo das ULS. A dificuldade inicial na definição da metodologia e no acesso a dados determinou que só fosse possível dar início ao processo investigacional numa região muito específica e com características muito particulares, mas é o início de um trabalho que se pretende desenvolver nos próximos anos.

Análise de modelos de gestão de serviços em CSP – O caso da região do Alentejo

Dinamizar e centrar o SNS em torno de uma rede de CSP bem estruturada e motivada é vital para a sustentabilidade do sistema, não apenas em termos económicos mas também pela proximidade às populações e por essa via assumindo-se como a porta principal de acesso aos cuidados de saúde.

A reorganização da estrutura de prestação de cuidados é uma das marcas da reforma dos CSP, com particular ênfase para a constituição de USF e para a criação dos ACeS na sequência da extinção em 2009 das sub-regiões de saúde.

A estrutura dos ACeS incluiu além das USF e órgãos específicos de apoio à gestão, diversas outras estruturas funcionais: Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). As UCSP mantêm o modelo de organização que vigorava nos Centros de Saúde, ao passo que as USF correspondem a um movimento voluntário de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros assistentes técnicos, entre outros) que adquirem por esta via autonomia funcional e técnica, sujeitas a uma contratualização de carteira básica de serviços, a prestar às populações que se propõem servir.

Embora num nível ainda não tão desenvolvido em toda a região, verifica-se já a existência de processos de contratualização com as UCSP e com outras unidades.

Em paralelo com o desenvolvimento e criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e, de diversos hospitais E.P.E. e centros hospitalares, assistiu-se à difusão de Unidades Locais de Saúde, movimento iniciado com a ULS Matosinhos em 1998 e que ganhou grande expressão a partir de 2007 na região Alentejo tendo o seu mais recente desenvolvimento passado pela criação em finais de 2012 da ULS do Litoral Alentejano.

É neste contexto que surgem com alguma frequência debates, para os quais o OPSS quer contribuir, em torno do tipo da organização global dos cuidados (ULS versus ACeS/Hospitais) e da organização nos CSP (USF versus UCSP), dito de outro modo, sobre os impactos que estas reformas tiveram sobre o desempenho do sistema público de saúde.

A região do Alentejo (ARS Alentejo) agrega os distritos de Évora, Beja e Portalegre, bem como o denominado “Litoral Alentejano” composto por alguns concelhos do distrito de Setúbal, que integraram a região de saúde do Alentejo em 2009.

A prestação de cuidados de saúde no distrito de Portalegre é assegurada por uma Unidade Local de Saúde (Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano – ULSNA), bem como parte substancial do distrito de Beja (ULSBA). O Litoral Alentejano embora se encontre coberto por uma ULS (novembro de 2012) apresentava um modelo

organizativo de gestão semelhante ao distrito de Évora, no qual os cuidados de saúde secundários estavam confiados a hospitais com natureza EPE, e os cuidados de saúde primários integrados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) na tutela direta da ARS Alentejo, pelo que na presente análise as suas UCSP estão incluídas no grupo das “UCSP integradas em ACeS na dependência direta da ARS”.

Esta diversidade que se verifica em praticamente um terço do território nacional, sob orientação de uma única entidade (ARS Alentejo) confere a oportunidade para procurar desenvolver uma análise que se pretende objetiva (ainda que não extrapolável ao restante território português) aos diversos modelos organizativos e de gestão implantados no terreno, a saber:

- USF versus UCSP;
- UCSP integradas em ACeS na dependência direta da ARS versus UCSP integradas em ACeS na dependência das ULS;
- USF integradas em ACeS na dependência direta da ARS versus USF integradas em ACeS na dependência das ULS;
- O caso particular das UCSP/USF das cidades de Elvas e de Portalegre.

Breve caracterização da rede de CSP na região do Alentejo

A rede de prestação de cuidados de saúde primários personalizados (USF e UCSP) na região Alentejo, que dá resposta a cerca de 510.000 utilizadores, é constituída por 57 unidades (14 USF e 43 UCSP), distribuídas por 194 extensões de saúde (estabelecimentos de prestação de cuidados). Em termos sub-regionais a integração em unidade local de saúde é a situação mais comum (ULS Litoral Alentejano, ULS Baixo Alentejo, ULS Norte Alentejano) estando as restantes unidades integradas no ACeS Alentejo Central que depende diretamente da ARS Alentejo.

A significativa heterogeneidade é a principal característica da rede abrangendo diversos domínios, como o tipo de organização, o número de extensões por unidade, o número de utentes por unidade ou a percentagem de utentes sem médico de família.

Em termos de tipo de organização o ACeS Alentejo Central concentra a maioria das USF da região (9 em 14), sendo que as mesmas assumem um peso muito significativo (cerca de 50%) no total de unidades do ACeS. Em sentido oposto temos a ULS Litoral Alentejano em que não existe nenhuma USF. Na ULS Norte Alentejano existem 4 USF e na ULS Baixo Alentejo 1.

Salienta-se que as USF estão na sua maioria localizadas nos principais núcleos urbanos da região (Évora, Portalegre, Elvas e Beja), embora no ACeS Alentejo Central existam USF em núcleos mais pequenos (Borba, Reguengos, Arraiolos e Montemor-o-Novo).

Considerando a relativa semelhança do povoamento na região (mesmo atendendo à existência de 3 grandes cidades) o tipo de organização (USF ou UCSP) parece ter, pelas características inerentes a cada tipo de unidade, uma influência direta no número médio de extensões de saúde por unidade, ainda que 5 das 14 USF tenham entre 1 a 3 extensões de saúde.

Desta forma, as ULS Alentejo Litoral e Baixo Alentejo onde as UCSP são predominantes (existe apenas uma USF) são também aquelas em que o número médio de extensões por unidade é mais elevado. A existência de extensões de saúde pela dispersão de recursos que implica, muitas vezes sem racionalidade técnica ou económica, parece ser um fator com influência direta negativa no desempenho global das unidades. Apesar disto, as extensões de saúde constituem um elemento fundamental para garantir/facilitar o acesso aos cuidados de saúde por parte de uma população envelhecida, com fracos recursos económicos e residindo numa região marcada por dificuldades de mobilidade.

Tablea 9 - Caracterização dos cuidados primários na região do Alentejo

	Utentes		Unidades funcionais (USF/UCSP)		USF		Número de extensões de saúde		Número médio de extensões por unidade
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
ULS Litoral Alentejano	93.100	18,2	5	8,8	0	0,0	30	15,5	6
ACES Alentejo Central	168.074	32,9	19	33,3	9	64,3	54	27,8	3
ULS Baixo Alentejo	128.497	25,1	14	24,6	1	7,1	65	33,5	5
ULS Norte Alentejano	121.313	23,7	19	33,3	4	28,6	45	23,2	2
Região Alentejo	510.984	100,0	57	100,0	14	100,0	194	100,0	3

Fonte: SIARSA em 12/06/2014

O ACeS Alentejo Central tem o maior número de utilizadores (cerca de um terço do total da região) seguido das ULS Baixo Alentejo e Norte Alentejano, com dimensões semelhantes, e da ULS Litoral Alentejano. Todavia, quando observado o número médio de utentes por unidade a ULS Alentejo Litoral é aquela em que esse número é maior (o dobro do ACeS Alentejo Central e o triplo da ULS Norte Alentejano), situação associada com a distinta forma de organização que não será alheia aos recursos humanos disponíveis.

O tipo de organização, USF ou UCSP, tem uma influência direta no número médio de utentes por unidade, uma vez que tanto na ULS Baixo Alentejo, como na ULS Norte

Alentejano e no ACeS Alentejo Central, é nas USF que esse número é maior (ainda que com algumas diferenças de dimensão entre si). Salienta-se, ainda, que a diferença entre o número médio de utentes das USF e UCSP é bastante significativa nas ULS Norte Alentejano e ULS Baixo Alentejo. A concentração das USF nos maiores núcleos urbanos da região e a reduzida dimensão das restantes localidades contribuem para compreender esta discrepância.

A análise dos utentes em número absoluto e em unidades ponderadas (como forma de avaliar um eventual aumento das necessidades por via da composição demográfica da população servida por cada unidade) são ilustrativos da estrutura demográfica da região, bastante envelhecida, pelo que em termos médios a cada utente corresponde 1,36 unidades ponderadas, valor bastante significativo, quando comparado com a média nacional de 1,2 unidades ponderadas por utente, com implicações diretas nos recursos necessários para responder às maiores necessidades dos utentes.

A nível regional, embora a ULS Norte Alentejano apresente o valor mais elevado, não existem grandes diferenças no rácio de unidade ponderada por utente. Contudo, o mesmo não acontece na análise por tipo de organização, uma vez que as USF apresentam rácios significativamente mais reduzidos do que as UCSP, situação que, considerando também as possíveis diferenças de recursos humanos afetos, colocam maiores dificuldades de resposta às UCSP.

Mais uma vez, a concentração das USF nos maiores núcleos urbanos, em que a população mais jovem tem um peso superior, parece contribuir para compreender estas diferenças.

Tabela 10 - Caracterização das USF e UCSP na região do Alentejo

	Utentes					Unidades Ponderadas		Rácio Unidade Ponderada por Utente		
	Total Utentes		Nº médio	Nº médio por UCSP	Nº médio por USF	Total Unidades Ponderadas		Total de utentes	UCSP	USF
	Nº	%	Nº	Nº	Nº	Nº	%	%	Nº	Nº
ULS Litoral Alentejano	93.100	18,2	18.620	18.620	----	126.771	18,2	1,36	1,36	----
ACES Alentejo Central	168.074	32,9	8.846	7.102	10.783	227.216	32,7	1,35	1,39	1,22
ULS Baixo Alentejo	128.497	25,1	9.178	8.696	15.448	173.577	25,0	1,35	1,35	1,32
ULS Norte Alentejano	121.313	23,7	6.385	4.886	12.005	167.290	24,1	1,38	1,42	1,32
Região Alentejo	510.984	100,0	8.965	8.150	11.465	694.854	100,0	1,36	1,38	1,32

Fonte: SIARSA em 12/06/2014

Apesar de na região o número de utentes sem médico de família não ter grande significado (8% do total de utentes), o mesmo constitui um problema na ULS Norte Alentejano e um problema muito significativo na ULS Litoral Alentejano onde 1 em cada 4 utentes (23,8%) não têm médico de família. Esta situação, conjugada com o maior número de extensões de saúde por unidade e com as características dos utentes (maior rácio de unidades ponderadas) pressupõe maiores dificuldades de resposta às necessidades dos utentes por parte das UCSP.

Tabela 11 - Uteses sem médico de família, na Região do Alentejo

	Uteses sem médico de família		
	Nº	% do Total	% das UCSP
ULS Litoral Alentejano	23.049	23,8	23,8
ACES Alentejo Central	2.967	1,8	4,2
ULS Baixo Alentejo	5.577	4,3	4,9
ULS Norte Alentejano	9.162	8,1	12,5
Região Alentejo	40.755	8,0	11,6

Fonte: SIARSA em 12/06/2014

Face à heterogeneidade verificada tentámos perceber se existem indícios de que a mesma possa ter reflexos no desempenho das unidades, ainda que muitos outros fatores possam contribuir para esse desempenho, como sejam os associados com a integração em ULS (por exemplo, a internalização de MCDT, economias de escala em serviços de apoio, a capacidade de contratação de recursos humanos, possibilidade de maior integração de cuidados), a existência de serviços de urgência básica, a carência de recursos humanos não médicos, ou mesmo, a cultura institucional.

O OPSS está a dar continuidade a esta análise, devido à sua complexidade e ao interesse que a mesma pode ter para a eventual explicação de iniquidades no sistema.

Metodologia

Tendo em vista a análise do desempenho das UCSP e das USF implantadas no terreno, levaram-se em consideração os indicadores de desempenho contratualizados entre estas unidades e a ARS Alentejo, formalizados nos respetivos processos de contratualização. Esta abordagem assume como pressuposto que o Ministério da Saúde e a entidade que tutela a região (ARS Alentejo) dão através do plano de desempenho contratualizado, orientações claras sobre as prioridades que os responsáveis das diversas unidades funcionais devem levar em consideração no desenvolvimento dos seus planos de ação

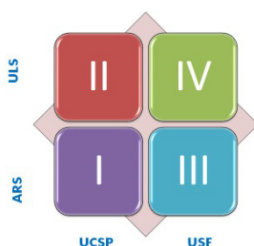
e na organização e gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros colocados à disposição para levar a cabo a sua missão junto das populações.

Deste modo foram solicitados, por unidade funcional, dados referentes aos indicadores de **acesso** (4), de **Desempenho Assistencial** (8) e **Desempenho Económico** (2) para o período compreendido entre 2008 e 2012, contratualizados entre a ARS Alentejo e as unidades funcionais integrados em ACeS na dependência direta da ARS ou integrados em ACeS na dependência das ULS que desenvolvem a sua atividade na região do Alentejo (**Tabela 12**).

Tabela 12 – Indicadores Contratualização

ACESSO
% Consultas pelo médico de família
Taxa de utilização Global de consultas
Taxa de visitas domiciliárias médicas/1000 inscritos
Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem/1000 inscritos.
DESEMPENHO ASSISTENCIAL
% hipertensos. c/ registo pressão arterial últimos 6 meses
% mulheres 50-69 mamografias registadas últimos 2 anos
% mulheres PF 25-64 c/ colpocitologia atualizada
% diabéticos ≥ 3 HbA1C registados nos últimos 12 meses
% 1ª consultas vida feitas até aos 28 dias
% 1ª consultas a grávidas 1º trimestre
% crianças c/ Plano Nacional de Vacinação atualizado aos 2 anos
% crianças c/ Plano Nacional de Vacinação atualizado aos 7 anos
DESEMPENHO ECONÓMICO
Custo Médio medicamentos faturado (PVP), por utilizador
Custo Médio dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) faturados por utilizador

Fonte: ARS Alentejo, IP



Tendo em vista a comparação do desempenho alcançado pelas USF versus UCSP, foram para cada ano (2009-2012) calculadas as médias por indicador de ambos os grupos de unidades funcionais e testadas estatisticamente as diferenças encontradas para um nível de significância de 95%.

Em seguida os dados foram reorganizados obtendo um grupo de UCSP integradas em ACeS na dependência direta da ARS e um outro integrando UCSP integradas em ACeS pertencentes a ULS (I e II).

Tal como na situação descrita anteriormente, foram calculadas para cada ano (2009-2012) as médias por indicador de ambos os grupos de unidades funcionais e testadas estatisticamente as diferenças encontradas para um nível de significância de 95%.

Posteriormente e apenas utilizando informação disponível das USF, reagruparam-se estas em dois grupos, integrados em ACeS na dependência direta da ARS versus de ULS (III e IV), tendo-se adotado os procedimentos descritos anteriormente. Nesta situação particular o reduzido número de USF existentes em cada grupo no âmbito da região Alentejo reduz a nossa capacidade de retirar interpretações com significado estatístico. Ainda assim não nos coibimos de tratar estes dados procurando encontrar pistas sobre a questão a que procuramos dar resposta, testar a existência ou não de diferenças de desempenho entre as UCSP e as USF.

Por último e relativamente à análise das situações particulares das cidades de Elvas e Portalegre, reunimos os dados fornecidos referentes às UCSP que operavam nas respetivas cidades (2009) e das USF que lhes sucederam (2011 e 2012) para todos os indicadores de **acesso**, **Desempenho Assistencial** e **Desempenho Económico** comuns a ambas as realidades e por essa razão comparáveis, embora não seja possível nesta situação o tratamento estatístico dos dados, dado o diminuto número de observações [1 em 2009 (UCSP), 1 em 2011/2012 (USF)].

Análise e Discussão dos Resultados

USF versus UCSP

Inicialmente foram agrupadas as USF e as UCSP, colocando como hipótese de partida a inexistência de diferença de desempenho entre ambos os tipos de unidades funcionais, para todos os indicadores contratualizados.

Relativamente aos indicadores de acesso, as USF apenas demonstram um desempenho superior no caso do indicador de “% de consultas pelo médico de família”, diferença que deixa de se verificar no último ano analisado, situação que poderá estar associada com as alterações funcionais registadas em muitas UCSP, apesar das carências de recursos humanos, no sentido da sua aproximação ao modelo de organização e funcionamento das USF.

Em termos de indicadores de Desempenho Assistencial, é evidente o bom desempenho das USF quando comparadas com as UCSP em boa parte dos indicadores contratualizados, facto a que não será alheio certamente a organização do trabalho em equipas multidisciplinares com autonomia funcional e técnica, partilhando objetivos comuns bem como a melhoria da qualidade dos registos efetuados.

No campo dos indicadores de Desempenho económico, as USF revelam ser mais custo-efetivas quando comparadas com as restantes unidades funcionais (UCSP) da região em ambos os indicadores contratualizados, embora em dois dos anos analisados (2010 e 2012) tal afirmação não tenha significância estatística (95%) no caso do “custo médio MCDT por utilizador”.

No entanto como se verá adiante, o menor desempenho verificado nos anos 2010 e 2012 neste indicador parece ficar a dever-se ao bom desempenho apresentado pelas UCSP integradas em ACeS na dependência de ULS quando comparadas com as UCSP integradas em ACeS na dependência direta da ARS.

UCSP integradas em ACeS na dependência direta da ARS versus UCSP integradas em ACeS na dependência das ULS

De seguida introduzimos uma nova dimensão, a existência de ULS. Assim e num primeiro momento centrámos a atenção nas UCSP, procurando diferenças de desempenho explicáveis pela integração ou não das UCSP em ACeS na dependência de ULS.

Em termos de acesso, as UCSP integradas em ACeS na dependência de ULS apresentam um desempenho superior nos indicadores de visita domiciliária (médicas e de enfermagem) bem como na % de consultas efetuadas pelo médico de família (2012).

O panorama repete-se no que diz respeito aos indicadores de Desempenho Assistencial, exceção feita ao cumprimento do plano nacional de vacinação (2A e 7A), em que não se registam diferenças significativas entre ambos os grupos de unidades funcionais, uma

vez que os indicadores se aproximam em ambos os casos dos 100%.

No que concerne aos restantes indicadores de Desempenho assistencial, as UCSP integradas em ACeS na dependência de ULS apresentam sustentadamente desempenhos superiores, embora no caso do indicador “% 1ª consultas a grávidas do 1º trimestre” tal diferença de desempenho não apresente significância estatística (95%).

Por fim e relativamente aos indicadores de Desempenho Económico, as UCSP integradas em ACeS na dependência de ULS revelam uma maior eficiência no custo médio dos MCDT por utilizador.

É possível que se verifique o fenómeno da internalização da produção de MCDT nas unidades hospitalares da ULS, o que, assumindo uma maior eficiência dado o facto de terem capacidade instalada para tal, tem certamente um impacto positivo na sustentabilidade destas organizações. No entanto é imprescindível assegurar tempos de resposta adequados às solicitações dos CSP.

Por outro lado, a existência de serviços de urgência básica assegurados por algumas UCSP integradas em ACeS na dependência direta da ARS, bem como o enorme peso de utentes sem médico e enfermeiro de família nas UCSP de um desses ACeS (Alentejo Litoral) são fatores que podem ter contribuído significativamente para resultados menos positivos em relação a UCSP integradas em ACeS na dependência de ULS. A definição clara das carteiras de serviços e a dotação de recursos humanos ajustada às necessidades parecem ser imprescindíveis para melhorarias do desempenho.

Por seu turno é importante que no seio das ULS, a contabilidade analítica possa refletir adequadamente esses custos nas unidades funcionais que integram os CSP, desonerando os serviços de MCDT hospitalares.

USF integradas em ACeS na dependência direta da ARS versus USF integradas em ACeS na dependência das ULS

Por fim procurámos indagar sobre o impacto das ULS na diferença de desempenho entre USF.

É possível identificar nas USF integradas em ULS níveis de desempenho superior em todas as dimensões de contratualização (acesso, desempenho assistencial e desempenho económico). Esse melhor desempenho é particularmente significativo na dimensão acesso no indicador % de consultas médicas efetuadas pelo médico de família (2011), e na dimensão Desempenho assistencial no acompanhamento dos hipertensos, dos diabéticos e das grávidas.

Este nível de desempenho superior é também observável nos indicadores de desempenho

económico, destacando-se neste último caso claramente o custo médio dos MCDT por utilizador, fenómeno a que já foi feita alusão no ponto anterior.

É importante salientar que um número significativo de USF integradas em ACeS na dependência direta da ARS são de constituição mais recente do que as USF integradas em ULS pelo que ainda não terão conseguido alcançar níveis de desempenho mais elevado.

O caso particular das cidades de Elvas e de Portalegre

Como mencionado anteriormente, ambas as cidades anteriormente cobertas pelos respetivos Centro de Saúde locais, vivenciaram a reforma dos CSP, processo que culminou em ambos os casos com a criação de 2 USF, ficando as populações integralmente cobertas por unidades com este novo modelo organizativo. Embora sem validade estatística, é comparado o desempenho de 2009, último ano em que o modelo antigo vigorou, com 2011, primeiro ano em que as cidades já estavam integralmente servidas por USF a funcionar em pleno, e com os dados mais recentes fornecidos relativos a 2012.

PORTALEGRE

Na cidade de Portalegre, verifica-se um crescimento da taxa global de consultas e da taxa de visitas domiciliárias médicas.

Relativamente ao Desempenho Assistencial, registamos um incremento na generalidade dos indicadores contratualizados pelas USF em atividade quando comparadas com os resultados obtidos em 2009. Certamente o aumento de qualidade dos registos também se fez sentir na evolução constatada em todos os indicadores.

No que concerne ao Desempenho Económico, mensurado pelo custo médio dos medicamentos faturados (PVP) por utilizador e o custo médio dos MCDT faturado por utilizador, do confronto entre os dados disponíveis para o ano de 2009 e os anos de 2011 e 2012, em que as USF já desenvolviam a sua atividade em pleno, a progressão revela-se favorável, verificando-se um decréscimo em ambas as situações.

Tabela 13 – Resultados Obtidos pelas UCSP/USF de Portalegre para Incentivos Institucionais em 2009/2011/2012

	Acesso			Des. Assistencial						Desempenho Económico	
	Tx utiliz. Global de consultas	Tx visitas dom. médicas/1000 inscritos	Tx visitas dom. enf/1000 inscritos	% mulh 50-69 mamog. reg ult. 2 a	% mulh PF 25-64 c/ colpocit. actualizadas	% diab. >=3HbA1C reg. últ 12m	% 1as cons. vida feitas até 28d	% 1as cons. grav. 1º trim	% crianças c/PNV actlz aos 2a	CM medica/fact (PVP), p/ utilizador	CM MCDT s fact. p/ utilizador
2009 UCSP Portalegre	62,7	19,5	436,1	32,31	52,99	7,75	32,04	73,75	97,99	163,07 €	25,39 €
2011 USF X	77,6	44,5	274,3	66,55	60,68	93,62	93,33	87,23	100,00	172,04 €	10,73 €
2011 USF Y	60,5	38,2	186,8	66,34	48,26	84,18	93,40	88,57	96,90	168,19 €	13,26 €
2012 USF X	80,0	33,0	288,3	71,48	65,09	87,80	87,10	83,05	100,00	133,36 €	5,12 €
2012 USF Y	67,7	40,7	160,9	74,24	62,43	90,85	92,11	85,58	100,00	141,14 €	5,28 €

Fonte: ARS Alentejo, IP

ELVAS

Na cidade de Elvas, os indicadores de acesso apresentam um comportamento favorável, exceto no que concerne à taxa de visitação domiciliária de enfermagem. Contudo, não se pode deixar de considerar a criação das UCC que passaram a assegurar a maioria dos domicílios pelo que este decréscimo não tem que ver com decréscimo de atividade mas sim com alteração da responsabilidade de prestação de cuidados domiciliários (que passou em grande parte para as UCC).

No que ao desempenho assistencial diz respeito, os resultados obtidos pelas USF, dão conta de um desempenho bastante satisfatório, quando comparados os indicadores com o anterior modelo organizativo, facto a que não será alheio um maior empenho também nos registos da atividade.

Finalmente, no caso particular dos indicadores de desempenho económico, apenas o custo médio dos MCDT faturados por utilizador registou um decréscimo assinalável, ao passo que o custo médio dos medicamentos faturados por utilizador revelou um agravamento de 2009 para 2011.

Tabela 14 – Resultados Obtidos pelas UCSP/USF Elvas para Incentivos Institucionais em 2009/2011/2012

	Acesso			Des. Assistencial						Desempenho Económico	
	Tx utiliz. Global de consultas	Tx visitas dom. médicas/1000 inscritos	Tx visitas dom. enf/1000 inscritos	% mulh 50-69 mamog. reg ult. 2 a	% mulh PF 25-64 c/ colpocit. actualizadas	% diab. >=3HbA1C reg. últ 12m	% 1as cons. vida feitas até 28d	% 1as cons. grav. 1º trim	% crianças c/PNV actlz aos 2a	CM medica/fact (PVP), p/ utilizador	CM MCDT s fact. p/ utilizador
2009 UCSP Elvas	60,7	7,0	207,0	6,3	26,6	2,3	25,8	66,0	92,6	150,82 €	10,34 €
2011 USF X	66,1	12,4	87,6	67,9	38,0	82,3	92,9	84,5	95,5	219,26 €	6,06 €
2011 USF Y	56,4	12,4	144,1	61,3	36,9	55,0	75,4	82,7	97,9	169,57 €	6,38 €
2012 USF X	66,8	12,8	80,1	76,5	57,2	86,0	88,9	81,6	98,6	184,20 €	3,15 €
2012 USF Y	62,2	36,6	142,7	71,2	51,4	83,1	86,3	88,0	97,8	123,43 €	2,83 €

Fonte: ARS Alentejo, IP

Concluindo, as frequentes discussões sobre os dois tipos de organização dos CSP

(USF e UCSP) levaram a um olhar atento sobre este tipo de unidades e o desempenho alcançado.

As características da região Alentejo, abrangendo um terço do território, com grande dispersão geográfica, fraca densidade populacional, problemas agudos de envelhecimento da população e uma rede de transportes públicos praticamente inexistente, bem como a diversidade da organização da oferta de cuidados de saúde às populações na área de influência da ARS Alentejo I.P., e a existência de dados que permitiam desenvolver esta análise como ponto de partida para uma análise mais geral, em anos futuros deram o mote para a sua escolha, embora estejamos conscientes que a presente análise não permite comparações nem extrapolações para outras geografias.

Tendo por base os indicadores de desempenho contratualizados entre estas unidades e a ARS Alentejo, formalizados nos respetivos processos de contratualização, procurou-se aferir os níveis de desempenho alcançados pelas UCSP e pelas USF que desenvolvem a sua atividade nesta região.

Respondendo à questão central que nos propusemos abordar, para a região do Alentejo e para o período estudado (2009-2012), tendo em consideração os resultados obtidos pelas USF e pelas UCSP nos indicadores contratualizados, constata-se um nível de desempenho superior nas USF, particularmente nos indicadores de Desempenho Económico e Desempenho Assistencial, embora nestes último caso a diferença encontrada se possa ficar a dever em parte à melhoria da qualidade dos registos nos sistemas de informação.

A análise efetuada permite ainda afirmar que o nível de desempenho alcançado pelas UCSP integradas em ACeS na dependência de ULS superou as UCSP integradas em ACeS na dependência direta da ARS.

Em parte é por esta razão que a discrepância entre os resultados encontrados para as USF e as UCSP não é tão acentuada.

Uma possível explicação para este fenómeno, ainda que careça de comprovação numa futura avaliação ao resultado da implementação de ULS em Portugal, é a de que estas parecem ter tido a capacidade para estender a filosofia da reforma dos CSP às UCSP, que beneficiaram ainda da sua maior articulação e integração com as unidades hospitalares das ULS. Os resultados obtidos pelas USF integradas em ACeS na dependência de ULS superam as suas pares integradas em ACeS na dependência da ARS, particularmente no que diz respeito a indicadores de Desempenho Assistencial e Económico. Todavia, não é possível ignorar as significativas diferenças ao nível dos recursos humanos (médios, enfermagem e outros) entre as UCSP e as USF e, particularmente, entre as UCSP de ACeS integradas em ULS e UCSP integradas em ACeS na dependência direta da ARS com clara desvantagem para estas. Outro fator a considerar na explicação do melhor desempenho das unidades integradas em ULS ao nível dos custos com MCDT é a internalização de realização de MCDT pelas ULS.

Dito de outro modo, na região Alentejo as ULS parecem ter estimulado os resultados

esperados com a implementação da reforma dos CSP.

Embora sem representatividade estatística uma vez que se trata apenas de um estudo de caso, da análise dos dados disponibilizados referentes aos resultados obtidos pelas unidades funcionais das cidades de Elvas e de Portalegre, observa-se que a reforma dos CSP parece ter contribuído para a melhoria da prestação de cuidados de saúde às populações de ambas as cidades, fruto da reorganização dos CSP e da sua integração em ULS (estreitando a articulação com os respetivos hospitais). Esta questão deverá futuramente ser investigada em maior profundidade numa análise das ULS a nível nacional.

Não foi realizada uma análise longitudinal aos indicadores estudados por duas ordens de razões:

- A série é muito pequena (eventualmente se no próximo ano forem disponibilizados dados referentes a 2013 e 2014 será possível estudar essas tendências);
- A outra questão, mais problemática, prende-se com a qualidade dos registos mais antigos e as diferentes práticas de registo da informação que cada Centro de Saúde tinha, não havendo qualquer tipo de uniformização. As diferentes práticas existentes à altura tornam impraticável a tentativa de comparação de valores entre unidades funcionais. Só com o início do funcionamento das UAG dos ACeS é que os critérios começaram a ser uniformizados.

Importa referir que inexistência de informação relativa a 2013 impediu-nos de verificar se há ou não alteração nas tendências evidenciadas, provocadas pelas reduções sucessivas de dotação orçamental ao setor da saúde. O eventual impacto negativo das restrições financeiras sobre os resultados esperados e já obtidos pela reforma dos CSP é um tema que importa analisar num futuro próximo.

Por último, fica o desafio para uma análise futura das ULS a nível nacional e sobre o seu papel na reforma dos CSP em curso.

Notas finais

Na análise deste ano, o OPSS chama a atenção para a necessidade de se avaliarem os resultados das ULS, mas também para outros pontos específicos dos CSP:

- Intensificar o ritmo da reorganização, desenvolvendo as várias unidades funcionais;
- Aperfeiçoar os indicadores e o modelo de avaliação do desempenho;
- Atribuir autonomia de gestão e responsabilização aos ACeS;
- Desenvolver modelos de contratualização adaptados às várias unidades

funcionais;

- Desenvolver os sistemas de informação e as aplicações em utilização;
- Instituir uma política previsional de recursos humanos;
- Avançar com as experiências para consolidar a figura e funções do enfermeiro de família;
- Continuar a aposta na governação clínica e de saúde.

O presente trabalho permite verificar que ao longo de mais de uma década, os temas que vêm sendo apontados como problemáticos, repetem-se anualmente nas análises do OPSS. Entre estes temas, é comum encontrar os aspetos da autonomia de gestão dos agrupamentos de centros de saúde, a inexistência de modelos organizacionais adaptados às características locais, a ausência constante de uma política de recursos humanos apesar da sua importância, a ausência de uma gestão da mudança assente e baseada em boas práticas, os problemas repetidos dos sistemas de informação, o desenvolvimento dos modelos de contratualização, a falta de investimento técnico e político e a inadequação da legislação à realidade do terreno nos cuidados primários.

Este ano, o Relatório de Primavera volta a chamar a atenção para estes pontos. Uma vez mais, tentou demonstrar-se, agora com uma forte base de evidência (BI USF), o nível de eficiência das USF (modelo B). Não será esta evidência suficiente para se compreender que limitar a abertura de USF ou a passagem de modelo A a B não contribuirá para a redução de custos?

Porém, não deixaram também de se apontar os desenvolvimentos positivos, como a figura do enfermeiro de família, a resolução das questões relacionadas com a remuneração dos profissionais, a abertura de vagas para o internato de MGF, o concurso para a colocação de médicos na região de Lisboa e Vale do Tejo e ainda o reconhecimento internacional dos cuidados primários portugueses.

Este ano, o OPSS abriu uma nova linha de investigação, relacionada com as ULS. Todavia, não pode deixar de referir uma vez mais, que o estudo que aqui se apresenta

deve ser lido com algumas ressalvas:

- trata-se de um estudo de caso numa região muito particular, onde provavelmente não existe uma hegemonia avassaladora de nenhum hospital e onde as carências nos CSP eram muito marcadas;
- a sequência temporal analisada é muito curta e,
- a qualidade dos registos ainda deixa dúvidas.

Todavia, é o início de um caminho que o OPSS pretende desenvolver, centrando-se na globalidade das ULS existentes. O OPSS tem defendido que as ULS representam ainda um modelo sem consenso nacional, que necessita de estudos profundos de avaliação que sustentem o modelo.

Numa entrevista à Revista Saúde & Sociedade (julho/setembro 2013), é afirmado que este é um modelo que “tem sido valorizado por alguns dirigentes hospitalares, por políticos e por pessoas com uma visão estreita da gestão financeira dos serviços de saúde, alegando que a gestão integrada permitiria uma melhor e mais maleável utilização dos dinheiros públicos”. Por outro lado, os profissionais dos CSP criticam este modelo, por acreditarem que põe em causa o desenvolvimento pleno da reforma, sobretudo na vertente da promoção da saúde e prevenção da doença. A primeira ULS foi criada em Portugal no final da década de noventa (Matosinhos). Foi criada em regime experimental, para se avaliar se o modelo potenciava a integração de cuidados, proporcionando melhores cuidados a menores custos e com mais impacto na saúde das populações.

Até ao momento, não é conhecido qualquer resultado de avaliação rigorosa e o modelo “experimental” vai-se repetindo em várias zonas do país, existindo já um total de sete.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os últimos 4 anos

Ao longo dos últimos 4 anos o OPSS, através dos seus RP, identificou a crise como uma oportunidade para se incrementarem mudanças no Sistema de Saúde que há muito se impunham e através das quais se conseguiria melhorar a eficiência e efetividade do sistema e ao mesmo tempo prevenir e/ou atenuar os efeitos da crise na saúde das pessoas.

Na análise efetuada, elogiaram-se as medidas adotadas sempre que obedeceram a uma lógica que parecia contribuir para o equilíbrio financeiro do sistema e/ou para o incremento da sua efetividade e para a proteção da saúde das pessoas.

Chamou-se a atenção para a necessidade de promover a capacidade de gestão estratégica do Ministério, através do desenvolvimento dos mecanismos adequados, nomeadamente: de um plano estratégico que antecipasse os efeitos da crise no sistema e na saúde das pessoas; da monitorização de indicadores sensíveis à crise, particularmente nos grupos mais vulneráveis; da continuidade de algumas das reformas (e.g., cuidados de saúde primários) como forma de melhor responder à crise; e da discussão da problemática das consequências da crise na saúde ao nível Europeu.

Perante este posicionamento os governos responderam comentando os relatórios, num paradoxal exercício de inversão de papéis, e numa tentativa de desacreditação das conclusões apresentadas.

“Achamos que, independentemente de estudos sectoriais, temos de fazer um estudo mais alargado sobre o impacto da crise e vamos fazê-lo” ... “em breve será divulgado um estudo sobre o impacto das taxas moderadoras e outro sobre o impacto da crise na saúde mental” Paulo Macedo, Económico e Lusa, 19 de junho de 2013

Face à aproximação do final do processo de ajustamento tutelado, que não do final da crise, a que conclusões poderemos chegar?

Que aconteceu neste último ano?

Em boa verdade o que se pode considerar neste último ano é extensivo a todo o período de intervenção. Senão vejamos.

1. Enquadramento Europeu das políticas de saúde - dado que muitas das discussões e decisões relativas à saúde são deliberadas ou influenciadas pelos diversos órgãos da UE, devemos interrogar-nos sobre o que aí se passa. De facto e apesar dos tratados europeus e dos diversos documentos e relatórios produzidos por distintos organismos, alguns dos quais solicitados pela UE, e dos dados publicados pelos mais diversificados centros de investigação em saúde, **o silêncio das autoridades europeias** e dos diferentes órgãos com responsabilidades na área da Saúde e Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão, é total. As evidências

não são rebatidas **mas parecem ser intencionalmente ignoradas, votadas ao esquecimento, numa aparente forma sutil de negação.**

2. Enquadramento Nacional das políticas de saúde – também por cá prevalece o silêncio e/ou a tentativa de demonstração de que não há impacto negativo da crise de forma significativa para a saúde das pessoas. A esse silêncio o OPSS contrapõe um conjunto de reflexões e análises que devem suscitar interrogações e consequentemente discussões. Assim, assinalamos que:

- A **descentralização** faz parte da matriz genética do SNS. Neste sentido muitas têm sido as medidas tomadas ao longo dos seus mais de 30 anos de vida que dão corpo a esse desiderato. Todavia, nos últimos anos, têm-se verificado um conjunto de ações e medidas de política que evidenciam uma interrupção, se não uma regressão, no processo de descentralização no sistema de saúde público. Ao mesmo tempo tem-se assistido a um processo de “desconcentração” através da devolução ao setor social, pela criação de condições legais de suporte à transferência da propriedade e/ou gestão de unidades de saúde.

Apesar de não vermos na descentralização a “varinha mágica” com o poder de resolver todos os problemas do SNS, pois são precisos outros suprimentos de gestão capacitadora, partilhamos todavia o entendimento de que as diversas medidas de centralização adotadas (e.g., lei dos compromissos, burocratização dos processos de aquisição e contratação, controlo central dos investimentos e da informação) desmotivam e desresponsabilizam as lideranças das organizações de saúde. Consequentemente, o curto prazo, as barreiras burocráticas e o ambiente de incerteza quanto à disponibilidade de recursos, impedem o planeamento estratégico, a contratualização plurianual e, no limite, a sustentabilidade das organizações.

Ao transformarem-se as estruturas regionais e locais, e as suas organizações, em simples correias de transmissão de decisões centralmente tomadas, retira-se eficácia, massa crítica, experiência e capacidade de inovação, para encontrar soluções que só a proximidade e o conhecimento dos problemas permitem resolver. **Através do centralismo silencia-se um conjunto diversificado de *players* e por essa via esta opção representa hoje um elevado fator de risco no desempenho futuro do SNS.**

- Os **Cuidados de Saúde Primários** são sistematicamente referidos no discurso político como a área a privilegiar. Acresce a isso que a evidência disponível nos diz que os CSP podem assumir um papel determinante nos momentos de crise como a que atravessamos. No entanto, a prática política sugere-nos que os CSP não se têm constituído como prioridade. De facto e apesar de algumas evoluções positivas (e.g., a aprovação do perfil profissional do enfermeiro de família; abertura de vagas para o internato de medicina geral e familiar; a abertura de algumas USF novas), prevalecem dificuldades no dia-a-dia dos profissionais que

dificultam muito a prestação de cuidados (e.g., sistema de Informação deficiente; falta de recursos humanos; fragilidade de algumas unidades funcionais).

Face à proliferação de modelos organizacionais (e.g., ULS, ACeS) e de alguns dos funcionais (e.g., UCC, URAP, ECCI) que não são avaliados, ao fim de suficientes períodos de implementação, o OPSS decidiu iniciar com o presente Relatório uma linha de investigação que permita desencadear um processo de discussão em torno deste procedimento.

Com base nos dados do estudo nacional a partir da Plataforma BI USF e ainda das evidências disponíveis apresentadas em anteriores RP e outras avaliações, nomeadamente às USF da região Norte parece evidente a poupança e as mais-valias das USF, tornando-se inexplicável que não se incremente a criação de mais USF e a passagem de USF modelo A a modelo B.

Sendo os CSP essenciais num cenário de crise e sendo as USF consideradas, nacional e internacionalmente, uma boa aposta, porquê este impasse? O próprio MdE negociado com a *Troika* recomendava o seu incremento.

- Uma das dimensões mais sensíveis aos efeitos da crise é a **saúde mental** pela conjugação dos efeitos dos diversos determinantes da saúde. Em Portugal estes parecem ser evidentes na taxa de incidência de depressão a qual, de acordo com os médicos-sentinelas, teve um acréscimo considerável, entre 2004 e 2012. Note-se que esta taxa ocorre num país onde a taxa de prevalência é das mais elevadas do mundo e num cenário em que a demora média entre os primeiros sintomas e o início do tratamento chega a ser de 5 anos nos casos de depressão major. Alertamos ainda para o aumento do consumo de álcool por estudantes do 3º ciclo e secundário (INE, 2013), e para o preocupantemente e elevado consumo de cannabis pelos estudantes do secundário (INE, 2013). Relativamente ao suicídio merece destaque positivo a elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017), aguardando-se a sua implementação, monitorização e avaliação; e o novo sistema de informação dos certificados de óbito (SICO). Entretanto permanece forte suspeita de elevada subnotificação (DGS, 2013).

Entretanto e apesar de uma legislação concetualmente adequada, continua a haver um número importante de necessidades não satisfeitas ao nível da organização de serviços, prestação de cuidados e investigação epidemiológica. Acresce que desconhecemos a existência de qualquer plano de intervenção por parte do MS ou de qualquer organismo dele dependente para responder à crise.

Face ao exposto e na ausência de outros dados de monitorização, perguntamos, **devemos ignorar os dados apresentados?**

- Existem diversos programas de intervenção ao nível dos **estilos de vida** (e.g., Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – PNPAS; Regime de Fruta Escolar - RFE), concetualmente alinhados com as recomendações internacionais, mas sem evidência explícita de vontade política de uma efetiva implementação e consequentemente dotados de escassos recursos humanos e materiais.

O facto de os dados indicarem que o consumo alimentar da população portuguesa sofreu alterações com a crise que se vive no país, pode ter sido esta uma das principais responsáveis por essas alterações. Quanto ao índice de adesão à dieta mediterrânica, em que Portugal mantém a sua posição relativa situada entre os países com índice mais elevado, os dados exigem contudo delicadeza de análise, pois o decréscimo do consumo de proteína de origem animal pode não ser um indicador que segue as lógicas do saudável, mas as lógicas socioeconómicas. ou seja, consomem menos proteína animal aqueles que não a conseguem comprar.

Na promoção da atividade física, a ausência de intervenção é total e os recursos criados em anos anteriores, para atuarem neste domínio, nomeadamente ao nível da monitorização, têm-se regido pela inatividade durante o atual ciclo político.

Apesar da aparente resiliência demonstrada pelas pessoas, parece querer ignorar-se que as alterações do padrão alimentar não resultam de supostas opções saudáveis das pessoas, mas antes de limitações impostas pela crise.

- A **política do medicamento** tem sido apontada pelo MS como um exemplo da sua capacidade de intervenção face à crise. Contudo e embora se reconheçam algumas vantagens desta intervenção, a mesma não está isenta de efeitos secundários, alguns dos quais perniciosos. Assim, enaltece-se o aumento contínuo da taxa de penetração dos genéricos e a diminuição da despesa pública com medicamentos. Mas ao mesmo tempo e como resultado da conjugação de diversas variáveis, chamamos a atenção para as dificuldades de funcionamento no circuito do medicamento uma vez que se continuaram a registar falhas no abastecimento de medicamentos, que nalguns casos eram medicamentos essenciais; o condicionamento do acesso a medicamentos inovadores e o aumento do consumo de antidepressivos e anti psicóticos.

Não se pondo em causa a importância de algumas das medidas adotadas neste setor, não se podem ignorar as dificuldades crescentes de acesso ao medicamento, quer as que decorrem das limitações financeiras das pessoas, quer das dificuldades de distribuição de alguns medicamentos.

A este conjunto de dimensões podemos ainda acrescentar algumas outras que, não tendo merecido desenvolvimento aprofundado no presente Relatório, não podemos deixar de considerar. Assim destacamos:

- Na **dimensão financeira** e segundo a “Síntese de Execução Orçamental” de Abril de 2014, da Direção Geral do Orçamento “O saldo do SNS no final de abril situou-se em -104 milhões de euros, representando um agravamento de 28,4 milhões de euros face a igual período do ano anterior”. Estes dados não se constituem como exceção, mas sim como regra. Ou seja, o ritmo de agravamento da dívida da saúde mantém-se, *grasso modo*, inalterado, malgrado as regularizações periódicas de dívidas conseguidas pelo MS.

“As dívidas a fornecedores dos hospitais EPE continuam a subir e atingiram no final de Maio os 773 milhões de euros, revelam dados da Direção-geral do Orçamento (DGO).” Jornal de Negócios, 24 junho 2014

Perante isto questionamo-nos, mas **o equilíbrio financeiro não foi uma das principais razões justificativas das medidas adotadas na área da saúde?**

- No que se refere aos **indicadores de saúde** é positivo o facto de o MS, através da DGS e da ACSS ter passado a disponibilizar *Dashboards* com dados agregados. Também neste caso seria importante conhecer o critério que presidiu à escolha dos indicadores. Questionamo-nos por que razão não se disponibilizam os dados aos investigadores?

Face ao exposto o OPSS propõe que:

- para efeito de avaliação do impacto da crise, os dados sejam desagregados nomeadamente em função das variáveis mais sensíveis à mesma;
 - se usem indicadores sensíveis à crise (e.g., indicadores relativos à saúde mental, às doenças infecciosas, aos estilos de vida e às necessidades não satisfeitas);
 - se desagreguem estes dados por níveis socioeconómicos, por região (com particular atenção para algumas sub-regiões) e por situação face ao emprego.
- Relativamente ao **controlo da diabetes** assinalamos como ponto positivo a evolução dos indicadores relativos aos resultados ao nível dos registos nos cuidados primários, nomeadamente no que concerne ao aumento da abrangência da prestação dos cuidados de saúde na população com diabetes.

Como pontos negativos assinalamos, o aumento persistente dos reinternamentos por descompensação/complicações da Diabetes; o aumento das amputações major dos membros inferiores, contrariando a tendência de redução que se vinha a verificar e, o aumento da prevalência da diabetes.

- As **doenças infecciosas** são também consideradas das mais sensíveis aos determinantes da saúde afetados pela crise. Assim e como aspetos positivos podemos referir a diminuição do número de casos de infeção e da taxa de mortalidade por VIH/Sida e o decréscimo da taxa de infeção em utilizadores de drogas injetáveis. Todavia a estes precisamos contrapor um aumento da taxa de prevalência de infeção por VIH/Sida em populações mais vulneráveis, um decréscimo muito acentuado do número de testes rápidos realizados nos CAD, mantendo-se constante a proporção de testes reativos; uma redução acentuada (cerca de 60%) no número de seringas distribuídas entre 2009 e 2012, ao abrigo do programa “Diz não a uma seringa em 2ª mão”; e uma redução acentuada (70%) na distribuição gratuita de preservativos masculinos. Relativamente à evolução das doenças respiratórias, particularmente das infecciosas, constatou-se um aumento de 25% no número de mortes entre 2011 e 2012, sendo a taxa de mortalidade por pneumonia em Portugal o dobro da UE.

Em suma, parece ser evidente e à semelhança do que afirmámos em anos anteriores, que estamos perante um conjunto de dados que indiciam o impacto negativo da crise sobre a saúde das pessoas. Ou seja, está a acontecer o que era expectável. Apesar disso, não se vislumbram sinais indiciadores de uma política intersetorial de saúde que tenha como objetivo monitorizar indicadores de impacto e acautelar ou minimizar os previsíveis efeitos da crise, nomeadamente nos grupos mais vulneráveis.

Ao invés, parece ser evidente um manifesto esforço quer da UE, quer do governo português, de negar a evidência do impacto da crise sobre a saúde das pessoas e negando-o, evitar a discussão e conseqüentemente a adoção de medidas de prevenção e/ou de combate. Tal atitude poderia até ser apelidada de **síndrome de negação**.

O único senão é que do outro lado estão pessoas em sofrimento e com um desenvolvimento cada vez mais hipotecado tal como se percebe pelos dados apresentados.



6. BIBLIOGRAFIA

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, J.M.C; XAVIER, M. - Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1.º relatório. [Em linha]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.

APAV - Estatísticas APAV: relatório anual 2013. [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, fevereiro 2014. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2013.pdf.

APIFARMA - Política de acesso ao medicamento em Portugal. Lisboa: Apifarma, Janeiro 2013.

AZEVEDO, V. – Ciência: o teu alimento é o teu medicamento. *Expresso*. (2014, 13 de Junho) 24-25.

BRAVEMAN, P. - Social conditions, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*. 12 (2010) 31-48.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. - A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. 17:1 (2007) 77-93.

CARMO, I. *et al.* - Obesidade em Portugal e no mundo. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2008.

CARVALHO, M.A. *et al.* - Análise comparativa de métodos de abordagem da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 29:2 (2011) 148-156.

COMISSÃO EUROPEIA - Strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity related health issues: implementation progress report. Brussels: Directorate-General for Health and Consumers, December 2010.

CURRIE, C. *et al.* - Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

DE VRIES, M. S. - The rise and fall of decentralization: a comparative analysis of arguments and practices in European countries. *European Journal of Political Research*. 38 : 1 (2000) 193-224.

DELOITTE. APIFARMA – Relatório: Caracterização das falhas de abastecimento no mercado farmacêutico nacional: atualização 2013. Lisboa: Deloitte, 2013.

DLOUHY, M. - Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. [Em linha]. *BMC Health Services Research*. 14:42 (2014) doi:10.1186/1472-6963-14-42. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-14-42.pdf>.

EC. ECB. IMF – Portugal: Memorandum of Understanding (MoU) on specific economic policy conditionality: sixth update - December 20, 2012. Brussels: European Commission. European Central Bank. International Monetary Fund, 2012.

EC. EUROPOPP-MH - Mental health systems in the European Union member states: status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health: European profile of prevention and promotion of mental health. [Em linha]. Brussels: European Commission, July 2013. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf.

EUFIC - Fruit and vegetable consumption in Europe: do Europeans get enough? : review. [Em linha]. Brussels: The European Food Information Council, 2012. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: <http://www.eufic.org/article/en/page/RARCHIVE/expid/Fruit-vegetable-consumption-Europe/>.

EUROBAROMETER - Sport and physical activity. [Em linha]. Brussels: European Commission, 2014. (Special Eurobarometer; 412). [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: https://infoeuropa.euroid.pt/opac/?func=service&doc_library=CIE01&doc_number=000059666&line_number=0001&func_code=WEB-FULL&service_type=MEDIA.

EUROBAROMETER - Sport and physical activity: [Em linha]. Brussels: European Commission, 2010. (Special Eurobarometer; 334). [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: <http://www.mhfi.org/sportandphysical.pdf>.

EUROBARÓMETRO. PORDATA - Conhecer a crise: escolha a crise tem muitas caras: conheça os números: trabalho opinião: expectativas sobre o emprego em Portugal. [Em linha]. Lisboa: Pordata, Eurobarómetro, 2013a [Consult. 1 de jun. 2014]. Disponível em <http://www.conhecercrise.com/indicador/30/opiniao-expectativas-sobre-o-emprego-em-portugal>.

EUROBARÓMETRO. PORDATA - Conhecer a crise: escolha a crise tem muitas caras: conheça os números: despesas das famílias: opinião: capacidade de planear a vida. [Em linha]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013b. [Consult. 1 de jun. 2014]. Disponível em <http://www.conhecercrise.com/indicador/72/opiniao-capacidade-de-planear-a-vida>

EXIGO CONSULTORES - Financiamento público dos medicamentos em Portugal (2007- 2011): avaliação da acessibilidade e dos critérios de decisão sobre os medicamentos com novas substâncias activas ou novas indicações terapêuticas. Lisboa: EXIGO Consultores, Novembro de 2011.

FERREIRA, P; ANTUNES, P; PORTUGAL, S. – O valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF – 2009. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2010.

GOUVEIA, M. - Guidelines for the economic evaluation of medicines in Portugal: what to keep, what to change, what to add. [projecção visual. 9 diapositivos]. In: ISPOR Annual European Congress, 16, The Convention Centre Dublin, 2-6 November 2013 - Proceedings. [Em linha]. Dublin: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2013. Disponível em <http://www.ispor.org/Events/Main.aspx?eventid=42>.

IMF - The International Monetary Fund. [homepage]. Washington, D.C. The International Monetary Fund, 2014.

INE - Balança alimentar portuguesa 1990-2003. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2014. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=12365765&PUBLICACOESmodo=2.

INE - Balança Alimentar Portuguesa 2008-2012. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2014. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=209480091&DESTAQUESmodo=2.

INE - Estatísticas do Emprego: 1º trimestre de 2014. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2014a. [Consult. 1 de jul. 2014]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=211340596&DESTAQUESmodo=2.

INE – Rendimento e condições de vida 2012: destaque informação à comunicação social. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2013.

INE - Sociedade da informação e do conhecimento: inquérito à utilização de tecnologias da informação e da comunicação pelas famílias 2011. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2014. [Consult. 13.06.2014]. Disponível em: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=206557735&att_display=n&att_download=y.

INE – Taxa de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Grupo etário. Anual (1). [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2014b. [Consult. 1 de jul. 2014]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005014&contexto=bd&selTab=tab2.

INE – Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Grupo etário. Anual (1). [Em linha]. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2014c. [Consult. 1 de jul. 2014]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2.

INFARMED - Indicadores de actividade relativos à avaliação de pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar. Lisboa: Infarmed, Fevereiro 2014.

INFARMED - Psicofármacos: evolução do consumo em portugal continental (2000-2012). [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, 2014. [Consult. 1 de jul. 2014]. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/psicofarmacos_relatorio2013.pdf.

INFARMED - Relatório “Análise do Mercado de Medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Ambulatório. Lisboa: Infarmed, Dezembro 2011a.

INFARMED - Relatório “Análise do Mercado de Medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Ambulatório. Lisboa: Infarmed, Dezembro 2013.

INFARMED - Relatório “Análise do Mercado de Medicamentos, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, em Ambulatório”, Dezembro 2012c.

INFARMED - Relatório “Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar”. Lisboa: Infarmed, Novembro 2012b.

INFARMED - Relatório “Consumo de Medicamentos em Meio Hospitalar”. Lisboa: Infarmed, Dezembro 2011b.

INFARMED - Relatório “Monitorização do Mercado de Medicamentos em Ambulatório”. Lisboa: Infarmed, Janeiro 2014.

LEECH, R.; MCNAUGHTON, S.; TIMPERIO, A. - The clustering of diet, physical activity and sedentary behavior in children and adolescents: a review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 11:4 (2014) doi: 10.1186/1479-5868-11-4.

LEOPOLD, C. - Pharmaceutical policy analysis: a European perspective on pricing and reimbursement in challenging times. Utrecht: Utrecht University, 2014.

MARQUÊS, L. ; MONTEIRO, R.; RAMOS, V. - Unidades Locais de Saúde (ULS): crença e controvérsia. *Revista Saúde & Sociedade*. 7 (Julho/Setembro 2013) 42-45.

MATOS, M. *et al.* – Health behaviour in school-aged children: dados nacionais 2010. Lisboa: Aventura Social, 2010.

MHEEN - Economics, mental health and policy: an overview. [Em linha]. Brussels: Mental Health Economics European Network, January 2008. (MHEEN II Policy Briefing; 1). [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.lse.ac.uk/lsehealthandsocialcare/pdf/mheen%20policy%20briefs_1%20overview.pdf.

MIGUEL, L.; SÁ, A. – Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir: contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010.

MOSCA, I. - Is decentralisation the real solution? : a three country study. *Health Policy*. 77 : 1 (2006) 113-120.

OBSERVATÓRIO NACIONAL DA ACTIVIDADE FÍSICA E DESPORTO - Livro Verde da Atividade Física. [Em linha]. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, 2011. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Actividade/LVerdeActividadeFisica_GERAL.pdf.

OECD - Health at a glance 2012: OECD indicators. [Em linha]. Paris: OECD Publishing. Organization for Economic Co-Operation and Development, 2013. [Consult. 17.03.2014]. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

OECD - Health at a glance Europe 2011: OECD Indicators. [Em linha]. Paris: OECD Publishing. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2011. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.

OECD – Health at a glance Europe 2011: OECD Indicators. [Em linha]. Paris: OECD Publishing. Organization for Economic Co-Operation and Development, 2011. [Consult. 17.03.2014]. Disponível em <http://www.oecd.org/health/healthsystems/49105858.pdf>.

OECD - Health at a glance Europe 2013: OECD Indicators. [Em linha]. Paris: OECD Publishing. Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm>.

OECD - Health policies and data: obesity and the economics of prevention: fit not fat. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010. ISBN 978-92-64084865.

OECD - Health statistics data. [Em linha]. Paris: OECD Publishing. Organization for Economic Co-Operation and Development, 2013. [Consult. 17.03.2014]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

OLLILA, E. - Health in all policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*. 39:6 (2011)11-18.

OMS. WONCA. ACS. CSM - Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global. [Em linha]. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde. Organização Mundial de Médicos de Família. Organização Mundial de Saúde, 2008. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf.

PIRES, R.P. – 2.º país da UE com maior percentagem de emigrantes. In: Conferência Internacional Emigração Portuguesa Contemporânea, 12 e 13 de março - A emigração portuguesa hoje: Painel 1: tendências atuais da emigração portuguesa. [Em linha]. Lisboa: ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa. Observatório da Emigração, 2014. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em <http://www.observatorioemigracao.secomunidades.pt/np4/3818.html>.

PORDATA - Taxa de risco de pobreza: antes e após transferências sociais: Europa. *Pordata: base de dados Portugal Contemporâneo*. [Em linha]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2014. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+risco+de+pobreza+antes+e+apos+transferencias+sociais-1940>.

PORTUGAL. MF. DGO - Síntese da execução orçamental. Lisboa: Direção Geral do Orçamento. Ministério das Finanças, Janeiro 2013.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS - Plataforma Contra a Obesidade 2007. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Portugal: alimentação saudável em números 2013. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2013. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-alimentacao-saudavel-em-numeros-2013.aspx>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: orientações programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>.

PORTUGAL. MS. DGS. DSIA - Portugal Saúde Mental em números: 2013: Programa Nacional para a Saúde Mental. [Em linha]. Lisboa: Direção de Serviços de Informação e Análise. Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde, setembro de 2013. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2013.aspx>.

PORTUGAL. MS. DGS. PNSM - Programa nacional para a saúde mental: reatualização do programa nacional para a saúde mental. [Em linha]. Lisboa: Programa Nacional para a Saúde Mental. Direção Geral da Saúde, 30 de março de 2012. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2012/06/Recalendarizac%CC%A7a%CC%83o_PNSM.pdf.

RAMALHEIRA, C. M. P. - Epidemiologia do suicídio em Portugal, 1902-2010: base empírica para a compreensão do fenómeno e estudo de impacto do desemprego num tempo de crise. Coimbra: Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra, 2013. Dissertação elaborada no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina ministrado pela FM. UC.

RASANATHAN, K.; NORENHAG J.; VALENTINE N. - Realizing human rights-based approaches for action on the social determinants of health. *Health and Human Rights*. 12 (2010) 49-59.

RASMUSSEN, M. *et al.* - Determinants of fruit and vegetable consumption among children and adolescents: a review of the literature. Part I: quantitative studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 3:22 (2006) doi: 10.1186/1479-5868-3-22.

RESOLUÇÃO do Conselho de Ministros n.º 49/2008 - Plano Nacional de Saúde Mental. D. R. 1ª Série 47. (6-03-2008) 1395.

REUNIÃO DE REFLEXÃO DA REVISTA PORTUGUESA DE FARMACOTERAPIA, 1ª, Lisboa 2014 – Financiamento da inovação disruptiva. Lisboa: FORMIFARMA. Revista Portuguesa de Farmacoterapia, 2014.

SALTMAN, R. B.; BANKAUSKAITE, V.; VRANGBAEK, K., ed. lit. - Decentralization in health care: strategies and outcomes. London: European Observatory on Health Systems and Policies. Open University Press, 2007.

SARDINHA, L.B. *et al.* - Prevalence of overweight and obesity among Portuguese youth: a study in a representative sample of 10-18 years-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*. 6:2-2 (2011) 124-128.

SASSI, F.; DEVAUX, M.; CECCHINI, M.; RUSTICELLI, E. - The obesity epidemic: analysis of past and projected future trends in selected OECD countries. [Em linha]. Paris: OECD Publishing, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2009. (OECD Health Working Papers; 45). [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/225215402672>.

SEDES - O impacto da crise no bem-estar dos portugueses. [Em linha]. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento Económico e Social, 2012. [Consult. 17.03.2014]. Disponível em <http://www.sedes.pt/multimedia/File/SEDES-lcc-Estudo.pdf>.

SICAD - Inquérito nacional em meio escolar 2011: 3.º ciclo: consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma abordagem integrada: síntese de resultados. [Em linha]. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013a. [Consult. 1 de jun. 2014]. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/129/Sintese_de_Resultados.pdf.

SICAD - Inquérito nacional em meio escolar 2011: secundário: consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma abordagem integrada: síntese de resultados. [Em linha]. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 2013b. [Consult. 1 de jun. 2014]. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/127/Sintese_de_Resultados.pdf.

SOUSA, J. - Obesidade infanto-juvenil em Portugal: associação dos hábitos alimentares; actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental. Lisboa: Edições Colibri, 2011.

STIGLITZ, J.; SEN, A.; FITOUSSI, J.P. - Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Paris: Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009. [Em linha]. [Consult. 20.01.2014]. Disponível em: http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf.

STUCKLER, D.; BASU, S. - The body economic: why austerity kills. London: Allen Lane, 2013.

TEIXEIRA, C. C. V. - Contributos para o desenvolvimento de serviços de reabilitação psicossocial/psiquiátrica em Portugal: situação atual, barreiras e desafios. [Em linha]. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2013. Dissertação elaborada no âmbito da tese de doutoramento ministrada pela FPCE. UC. [Consult. 1 de jun. 2014]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/24315>.

THINK TANK INOVAR SAÚDE - Pensar a saúde: promover e disponibilizar a inovação aos cidadãos. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Dezembro 2013.

VILAS-BOAS, B.– Discurso encerramento. In: Encontro Nacional das USF, 6, Porto, 8,9 e 10 de maio 2014 – Comunicações. Porto: Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN), 2014.

WHO - Global recommendations on physical activity for health. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2010. [Consult. 8.05.2014]. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>.

WHO - Mental health action plan 2013-2020. [Em linha]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.

WHO - Mental health financing who mental health policy and service guidance package: module 4. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2003. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/.

WHO - Physical activity and older adults: recommended levels of physical activity for adults aged 65 and above. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2013. [Consult. 6.05.2014]. Disponível em: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/.

WHO - The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2001. [Consult. 1 de jul. 2014]. Disponível em http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1.

WHO - The world health report 2004: changing history. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2004. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/whr/2004/924156265X.pdf>.

WHO. CSDH - Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health. [Em linha]. Geneva: Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, 2008. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1.

WHO. EOHSP - Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care. [Em linha]. New York: Observatory on Health Systems and Policies, 2007. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf.

WHO. EOHSP. HEN - Health policy responses to the financial crisis in Europe. [Em linha]. Denmark: Health Evidence Network. Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2012. (Policy summary; 5). [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf.

WHO. ROE - Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being: sixty-second session: Malta, 10–13 September 2012. [Em linha]. Denmark, Copenhagen: Regional Committee for Europe. World Health Organization, 5 July 2012. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf.

WHO. ROE – Impact of economic crises on mental health. [Em linha]. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2011. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf.

WHO. ROE - Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European ministerial conference. [Em linha]. Copenhagen, Denmark: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2005. [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf.

WHO. WHA - Sixty-sixth world health assembly: comprehensive mental health action plan 2013–2020. [Em linha]. Geneva, Switzerland: World Health Assembly. World Health Organization, 27 May 2013. (WHA66.8. agenda item 13.3 27). [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf.

WHO; OEHS - Funding mental health in Europe: funding mental health in Europe. [Em linha]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2005. (Policy brief mental health; III). [Consult. 21 fev. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/108955/E85489.pdf.

WILKINSON, R.; PICKETT, K. - Income inequality and social dysfunction. *Annual Review of Sociology*. 35 (2009) 493–511.

XAVIER, M., *et al.* - Implementing the world mental health survey initiative in Portugal: rationale, design and fieldwork procedures. [Em linha]. *International Journal of Mental Health Systems*. 7:19 (2013). [Consult. 1 de jul. 2014]. Disponível em <http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>.

7. ANEXOS

Anexo 1 - O OPSS e a rede observacional

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) foi fundado em 2000, resultando de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e o Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Posteriormente esta parceria foi alterada, tendo a Universidade de Évora substituído o ISCTE.

O OPSS visa facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efetivas, através da realização e disponibilização de uma análise precisa, periódica e independente sobre a evolução do Sistema de Saúde Português. Incidindo a sua análise de forma objetiva nos processos de governação e ações dos principais atores do setor da saúde, o OPSS não adota posição sobre as agendas políticas da saúde, mas reúne evidência que suporta esses processos, ações e seus resultados. Deste modo, pretende melhorar de forma contínua a base de conhecimentos sobre gestão em saúde e estimular a análise dos sistemas de saúde e a investigação sobre serviços de saúde.

No que diz respeito à sua organização, o OPSS é constituído por uma rede de investigadores, peritos no terreno e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde, proporcionando uma considerável multiplicidade e complementaridade de pontos de vista e capacidades disponíveis. A abordagem metodológica adotada consiste fundamentalmente na definição de conteúdos e modelos analíticos a utilizar e respetiva distribuição dos temas pelos investigadores. Para este efeito, são desenvolvidas reuniões técnicas regulares para aprofundar e orientar a análise dos temas selecionados. Todos os estudos efetuados são sujeitos à apreciação e validação por *referees* e/ou à realização de painéis de peritos, auditorias externas, culminando este processo na publicação de um relatório anual, denominado “relatório de primavera” que sintetiza as matérias estudadas nesse ano.

Ao longo dos anos, o OPSS tem-se dedicado ao estudo de uma pluralidade de temáticas no âmbito do Sistema de Saúde Português. De entre elas, podem destacar-se, o acesso aos cuidados de saúde, os cuidados de saúde primários, as parcerias público-privadas, a política do medicamento, o financiamento e contratualização, o planeamento e estratégias locais de saúde, a boa governação e sistemas e plataformas de informação.

Para melhorar a sua capacidade de analisar, organizar e gerir melhor uma base de conhecimentos adequada aos seus objetivos o OPSS, após 13 anos a trabalhar no

formato anteriormente referido, em 2013 decidiu suportar o processo de análise em vários núcleos investigacionais, constituídos por uma rede de observadores locais, para o desenvolvimento de temas específicos (**Figura 22**).

Figura 22 – Rede observacional OPSS



Esses núcleos observacionais sempre alicerçados em equipas de investigação académicas ou equipa de profissionais competentes (peritos) com prestígio inter pares, a trabalhar em rede, responsabilizaram-se por ceder ao OPSS evidência obtida a partir dos estudos desenvolvidos em áreas contratualizadas em cada ano. Deste modo, as temáticas abordadas no RP 2014 estão todas alicerçadas em grupos de investigação ligados às parcerias existentes e ainda a outras que se nos juntaram em 2013 e 2014, como a Faculdade de Farmácia e a Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora.

Os núcleos locais podem ser constituídos por todos aqueles que no terreno queiram trabalhar para criar postos observacionais que enriqueçam o conhecimento, desde que cumpram os critérios do OPSS, quanto à credibilidade e à independência. Neste sentido, existe uma abertura plena para a aceitação de contribuições tecnicamente idóneas, desde que aceitem ser sujeitos a auditoria metodológica externa, bem como à realização de contraditórios com as entidades que proporcionam dados ao OPSS e, seja apresentada uma declaração de eventual conflito de interesses.

Para a formalização do compromisso indicado, o OPSS apresentará e discutirá anualmente, em reunião plenária, as áreas que gostaria de ver tratadas, o calendário proposto para o seu desenvolvimento e os peritos que acompanharão e auditarão cada uma das áreas.

Cada núcleo observacional responsabilizar-se-á através duma carta de compromisso, pelo cabal cumprimento dos prazos e do rigoroso processo investigacional que permitirá a cedência da informação necessária à elaboração do RP, em tempo útil, com qualidade e profundidade, mantendo total liberdade e independência para a abordagem científica a realizar.

Anexo 2 - Abordagem metodológica

O objetivo primordial do OPSS é o de proporcionar a todos os *stakeholders* do sector da saúde em Portugal uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos fatores que determinam essa evolução, com a finalidade de facilitar a formulação e a implementação de políticas efetivas de saúde.

Para documentar e argumentar os seus resultados e conclusões, o OPSS faz a sua análise a partir de fontes de conhecimento disponíveis, que utilizam informação primária e secundária. Em áreas consideradas particularmente importantes e onde existam fortes lacunas de conhecimento, são promovidas iniciativas específicas para superar essas falhas. Na ausência frequente deste tipo de fontes de conhecimento, o OPSS recorre a fontes de conhecimento com menor nível de evidência, mas com um adequado grau de qualificação. Os critérios de qualificação e a sua aplicação são explicitamente consensualizados pela rede OPSS, com recurso a contributos externos sempre que necessário.

Neste sentido, para a análise da governação em saúde, o OPSS recorre a um conjunto de boas práticas, que passam por:

- Competência, mérito e excelência reconhecida e comprovada ao nível académico para o desenvolvimento rigoroso de estudos, projetos e análises dos sistemas de saúde;
- Rede multidisciplinar;
- Independência e isenção face aos principais *stakeholders* da saúde;
- Critérios explícitos, para os conteúdos prioritários e estratégia de análise;
- Clara distinção entre “agenda política” e “*governance*”;
- Base de conhecimento explícita e acessível;
- Estratégias efetivas de comunicação;
- Oportunidade para expressar desacordo com os conteúdos do relatório;
- Declaração de conflito de interesses dos investigadores;
- Financiamento diversificado;
- Avaliação interna (matriz de boas práticas).

O OPSS tem vindo a apostar, também, no desenvolvimento da avaliação externa (auditoria), na medida em que considera que este processo contribui para a transparência e para a imparcialidade das suas análises, beneficia a qualidade do produto final e reforça a credibilidade do projeto, na ótica dos diferentes atores sociais.

Este ano, as metodologias e técnicas utilizadas pelo OPSS compreenderam: pesquisa documental, exploração da literatura pertinente, análise de dados, avaliação e validação externa dos diferentes temas por peritos.

Agradece-se publicamente os importantes contributos das entidades que disponibilizaram e/ou facilitaram o acesso a dados e documentação e dos peritos que participaram na validação externa dos conteúdos das diferentes temáticas do RP 2014:

Entidades

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS)

Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P. (ARS Alentejo)

Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P. (ARS Algarve)

Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARS Norte)

Associação Nacional das Farmácias (ANF)

Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA)

Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (Infarmed)

Direção Geral da Saúde (DGS)

Instituto Nacional de Estatística (INE)

Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P. (IPDJ, IP)

Observatório Nacional da Diabetes (OND) da Sociedade Portuguesa de Diabetologia

Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (ONDR) da Fundação Portuguesa do Pulmão

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)

Peritos

Artur Teles de Araújo

Maria Margarida Caramona

Carlos Gouveia Pinto

Pedro Beja Afonso

Isabel do Carmo

Pedro Graça

Joaquim Fidalgo de Freitas

Vítor Ramos

Julian Perelman

Wilson Abreu

Anexo 3 - O Medicamento - Alteração da Regulação do Sector

Legislação: Ano 2013

Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo n.º 2/2013, de 29 de janeiro

Decidiu que já anteriormente à vigência da Lei n.º 62/2011, de 12/12, devia entender-se que a concessão, pelo INFARMED, de autorização de introdução de medicamentos no mercado não dependia da consideração de direitos de propriedade industrial e que das disposições dessa mesma lei não decorre ofensa ou restrição de tais direitos.

Despacho n.º 2061-C/2013, de 4 de fevereiro

Cria a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e estabelece as suas competências e composição.

Despacho n.º 2296/2013, de 8 de fevereiro

Determina que a realização de investimentos em 2013 por todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde fica sujeita a autorização prévia e estabelece os respetivos procedimentos.

Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro

Procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva n.º 2010/84/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro de 2010.

Decreto-Lei n.º 34/2013, de 27 de fevereiro

Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados, e estabelece um mecanismo de definição dos preços dos medicamentos sujeitos a receita médica que não tenham sido objeto de avaliação prévia para efeitos de aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, nem de decisão de comparticipação.

Portaria n.º 91/2013, de 28 de fevereiro

Estabelece para 2013 os países de referência (Espanha, França e Eslováquia) e os prazos de revisão anual de preços dos medicamentos não genéricos, e revoga a Portaria n.º 1041-A/2010, de 7 de outubro.

Despacho n.º 3288-B/2013, de 28 de fevereiro

Nomeia os membros da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica.

Deliberação n.º 690/2013, de 4 de março

Aprova o Regulamento de Funcionamento da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica.

Despacho n.º 4138/2013, de 20 de março

Define o que se entende por objetos de valor insignificante e relevantes para a prática da medicina ou da farmácia, no âmbito de atividades de promoção e publicidade de medicamentos.

Portaria n.º 135-B/2013, de 28 de março

Alteração à Portaria n.º 91/2013, de 28 de fevereiro, que estabelece para 2013 os países de referência e os prazos de revisão anual de preços dos medicamentos.

Despacho n.º 4927-A/2013, de 10 de abril

Determina que o Infarmed proceda de imediato à reapreciação (considerando a alteração dos países de referência) dos preços máximos e dos limites máximos de encargos a que os hospitais do SNS estão autorizados a adquirir os medicamentos abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de outubro, na sua redação atual.

Despacho n.º 7527-B/2013, de 11 de junho

Estabelece disposições complementares relativamente à divulgação dos resultados da comparação de preços dos medicamentos abrangidos pelo disposto no Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de outubro, conforme o Despacho n.º 4927-A/2013, bem como ao referencial em procedimentos de contratação pública para efeitos de aquisição do medicamento por parte dos hospitais do SNS.

Despacho n.º 7841-B/2013, de 17 de junho

Define os critérios a que deve obedecer a elaboração do Formulário Nacional de Medicamentos, reforça a obrigatoriedade de utilização pelos estabelecimentos e serviços do SNS dos medicamentos lá mencionados, bem como as condições em que poderão ser utilizados medicamentos aí não incluídos.

Despacho n.º 8213-B/2013, de 24 de junho

Fixa as regras de acesso dos delegados de informação médica aos serviços e estabelecimentos do SNS.

Portaria n.º 224-A/2013, de 9 de julho

Primeira alteração à Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio, que estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos, bem como define as obrigações de informação a prestar aos utentes.

Despacho n.º 9813/2013, de 25 de julho

Estabelece que as unidades e estabelecimentos de saúde integrados no SNS devem, mediante a celebração de contrato de adesão com a Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, I. P., aderir ao Sistema Nacional de Compras Públicas e demais disposições para o reforço da aquisição centralizada de bens e serviços de carácter transversal.

Decreto-Lei n.º 103/2013, de 26 de julho

Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, que aprova o regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos, alterando o processo de aprovação e os prazos de definição dos preços de referência dos novos Grupos Homogéneos, que passam a ser criados com uma periodicidade mensal.

Circular Informativa n.º 204/CD/8.1.6, de 22/08/2013 - INFARMED, I.P.

Para harmonização, transparência e objetividade da decisão de deferimento/indeferimento dos pedidos de revogação de preços de venda ao público, por parte dos titulares de autorização de introdução no mercado, ou dos seus representantes legais, o Infarmed definiu procedimentos e critérios de avaliação destes pedidos. Os critérios definidos permitem apurar sobre o comprometimento do acesso ao medicamento. A revogação do preço a pedido do titular impede a apresentação de um novo pedido de aprovação de preço antes de decorrido um ano sobre o deferimento da revogação.

Decreto-lei n.º 128/2013, de 5 de setembro

Altera o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, e o Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, transpondo as Diretivas n.º 2009/35/CE, de 23 de abril de 2009, 2011/62/UE, de 8 de junho de 2011, e 2012/26/UE, de 25 de outubro de 2012.

Circular Informativa INFARMED n.º 219/CD/8.1.6, de 24 de setembro

Estabelece os procedimentos a que devem obedecer as entidades interessadas em submeter pedidos de autorização de importação paralela de medicamentos.

Despacho n.º 13025-A/2013, de 11 de outubro

Emite orientações para garantir o aprovisionamento de medicamentos, pelos hospitais do SNS, em termos que conduzam, em 2013, a uma redução anual global de custos, por referência a 2012.

Despacho n.º 13025-B/2013, de 11 de outubro

Determina que os contratos públicos de aquisição de medicamentos, incluindo biológicos similares, lançados pelos SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., e pelos hospitais do SNS, devem prever como critério de adjudicação o preço mais baixo.

Despacho n.º 13877-A/2013, de 30 de outubro

Designa, nos hospitais do SNS, Centros Especializados para Utilização Excecional de Medicamentos (CEUEM), por patologias ou grupo de patologias.

Deliberação n.º 187/CD/2013 (INFARMED)

Aprova o Regulamento da Autorização Excecional a medicamentos relativamente aos quais se encontre pendente um pedido de avaliação prévia, nos termos do Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3/10, na sua redação atual.

Deliberação n.º 2092/2013 (INFARMED)

Obrigatoriedade de comunicação de venda de medicamentos.

Deliberação n.º 2100/2013 (INFARMED)

Obrigatoriedade de notificação prévia pelos distribuidores de medicamentos da exportação ou distribuição para outros Estados membros da União Europeia de certos medicamentos.

Portaria n.º 335-A/2013, de 15 de novembro

Alteração à Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro, que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos. Estabelece os novos países para efeitos de referenciação de preços - França, Espanha e Eslovénia - e novos prazos de escoamento para os medicamentos abrangidos pela revisão.

Despacho n.º 15506/2013, de 27 de novembro

Nomeação de membros da Comissão de Avaliação de Medicamentos.

Circular Informativa n.º 275/CD/8.1.6. de 04/12/2013 - INFARMED, I.P.

Estabelece novos requisitos para notificação da retirada de medicamentos.

Despacho n.º 16206/2013, de 13 de dezembro

A aquisição de medicamentos, constantes de lista a divulgar pelo INFARMED, I.P., de que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) necessitem, é obrigatoriamente realizada em termos centralizados pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.).

Circular Informativa n.º 289/CD/8.1.6. de 17/12/2013 - INFARMED, I.P.

A revisão anual de preços do mercado hospitalar aplica-se aos medicamentos que, cumulativamente: 1) sejam sujeitos a receita médica; 2) sejam adquiridos pelos hospitais do SNS; 3) não sejam comparticipados ou que não tenham sido sujeitos a avaliação prévia com decisão positiva; 4) não exista outro medicamento autorizado ou comercializado, ou exista apenas o medicamento original de marca e respetivas licenças, com a mesma substância ativa, dosagem e forma farmacêutica; 5) disponham de valor de consumo, para cada dosagem e forma farmacêutica, igual ou superior a um milhão de euros, reportado no ano anterior pelos hospitais do SNS.

Circular Informativa n.º 293/CD/8.1.6. de 19/12/2013 - INFARMED, I.P.

Na sequência das alterações ao Estatuto do Medicamento (Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, e Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de Setembro), de acordo com o disposto no n.º 7 do artigo 153.º e o n.º 1 do artigo 158.º, na sua redação atual, a assunção dos custos de serviços de apoio domiciliário aos utentes pela indústria farmacêutica, consubstancia um benefício para o público em geral, que está legalmente vedado. Estes serviços podem ser prestados pela Indústria Farmacêutica apenas às entidades prestadoras de cuidados de saúde, quando estejam em causa medicamentos sujeitos a receita médica, desde que claramente contratualizados e com preço diferenciado do custo do medicamento.

Deliberação n.º 2402/2013, de 27 de dezembro

Nomeação da direção da Comissão de Avaliação de Medicamentos.

Lei n.º 83-B/2013, de 31 de dezembro

Aprova as Grandes Opções do Plano para 2014.

Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro

Aprova o Orçamento do Estado para 2014.

Legislação: Ano 2014

Despacho n.º 728/2014, de 16 de janeiro

Formaliza as estruturas de apoio à coordenação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e determina que o respetivo Plano é coordenado pelo Diretor-Geral da Saúde.

Circular Informativa n.º 010/CD/8.1.6. de 16/01/2014 - INFARMED, I.P.

O GAM - Gestão de Acessibilidade ao Medicamento está disponível no endereço eletrónico <https://gam.infarmed.pt/Login.aspx> para efeito da instrução dos processos de comparticipação e de avaliação prévia de medicamentos de uso humano, passando a tramitação dos novos processos a realizar-se exclusivamente por esta via.

Circular Informativa Conjunta n.º 01/INFARMED/ACSS/SPMS de 21/01/2014

Esclarece as instituições sobre os procedimentos a efetuar no âmbito do Despacho n.º 16206/2013 de 03/12/2013 que determina a aquisição centralizada de medicamentos incluídos no Formulário Nacional de Medicamentos, que sejam utilizados pelas instituições hospitalares do Sistema Nacional de Saúde (SNS) através de autorizações de utilização excecional (AUE).

Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de janeiro

Estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das Comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de caráter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do SNS, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde.

Despacho n.º 1747/2014, de 4 de fevereiro

Determina que a realização, em 2014, de novos investimentos ou de investimentos em curso, por todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde, fica sujeita a autorização prévia.

Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro

Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, que aprova o regime geral das comparticipações do Serviço Nacional de Saúde no preço dos medicamentos, e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. O diploma introduz procedimentos que permitam continuamente aferir a mais-valia dos medicamentos que justifique a sua comparticipação, sendo assim facilitada a decisão de descomparticipação

de um medicamento ou grupo de medicamentos; estabelece um limite à dedução administrativa de preço de medicamentos genéricos para efeitos da sua comparticipação; altera o regime da formação do preço dos medicamentos no que refere a margens de comercialização, valorizando a componente fixa em detrimento da componente variável; bem como prevê a possibilidade de serem implementados incentivos que promovam o aumento da utilização de medicamentos genéricos e, de entre estes, dos mais baratos.

Despacho n.º 2156-B/2014, de 10 de fevereiro

Aprova o modelo de declaração de inexistência de incompatibilidades.

Circular Informativa n.º 029/CD/8.1.6. de 12/02/2014 - INFARMED, I.P.

Esclarecimentos relativos às alterações ao artigo 159.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, quanto à notificação prévia ao Infarmed, através do Sistema de Gestão de Publicidade de Medicamentos (GPUB), do patrocínio de congressos, simpósios ou quaisquer ações ou eventos de cariz científico ou de divulgação, direta ou indireta, de medicamentos.

Circular Informativa Conjunta n.º 02/INFARMED/ACSS/2014 de 13/02/2014

Normas técnicas relativas à dispensa de medicamentos, que entram em vigor no dia 1 de março de 2014.

Despacho n.º 2977/2014, de 21 de fevereiro

Aprova a classificação farmacoterapêutica de medicamentos.

Portaria n.º 45/2014, de 21 de fevereiro (Declaração de Retificação n.º 11-A/2014, de 24/2)

Altera a Portaria n.º 924-A/2010, de 17/2, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do SNS no preço dos medicamentos.

Deliberação n.º 028/CD/2014 - Infarmed

Atualização das tabelas que definem os grupos farmacoterapêuticos cujos medicamentos têm a classificação de tratamentos de curta duração ou longa duração, face à nova classificação farmacoterapêutica de medicamentos.

Despacho n.º 4742/2014, de 2 de abril

Aprova a classificação farmacoterapêutica de medicamentos. Revoga o Despacho n.º 2977/2014.

Portaria n.º 78/2014, de 3 de abril

Altera a Portaria n.º 924-A/2010, de 17/2, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do SNS no preço dos medicamentos.

Anexo 4 - Relatórios de Primavera anteriores



RP 2001

Conhecer os caminhos da saúde



RP 2002

O estado da saúde e a saúde do Estado



RP 2003

Saúde – que rupturas?



RP 2004

Incertezas... gestão da mudança na saúde



RP 2005

Novo serviço público de saúde - Novos desafios



RP 2006

Um ano de governação: sentidos e significados



RP 2007

Luzes e sombras. A governação da saúde



RP 2008

Sistema de Saúde Português: riscos e incertezas



RP 2009

10 / 30 Anos: Razões para continuar



RP 2010

Desafios em tempos de crise



RP 2011

Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde



RP 2012

*Crise & Saúde
Um país em sofrimento*



RP 2013

Duas Faces da Saúde

Anexo 5 - Colaboradores e conflito de interesses

As exigências de transparência na elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, impõem que investigadores ou grupos de investigação debatam entre si e declarem publicamente eventuais conflitos de interesse de índole económica, institucional, profissional, política ou pessoal que possam interferir nos resultados desses estudos.

Neste contexto, a rede de investigadores sobre sistemas de saúde do OPSS, no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais, políticos ou pessoais que condicionem o trabalho agora apresentado.

Não pode, assim mesmo, omitir-se que alguns de entre os membros do OPSS colaboraram ou colaboram, tecnicamente, com alguns dos governos mais recentes, sendo ou tendo sido essa colaboração o resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas.

Na elaboração do Relatório de Primavera 2014, em alinhamento com anos anteriores procurou-se, no entanto, evitar que as pessoas envolvidas diretamente em trabalhos em equipas ou serviços no Ministério da Saúde tivessem influência no juízo do OPSS sobre essas mesmas matérias.

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenação

Manuel Lopes

Felismina Mendes

Ana Escoval

José Cabrita

José Carlos Santos

Laurência Gamito

Manuel Lopes

Paulo Espiga

Equipa Técnica

Ana Isabel Santos

Ana Rita Pedro

Ana Tito Lívio

Filipe Rocha

João Pedro Jesus

Patricia Barbosa

Rute Ribeiro

Pedro Lopes Ferreira

Sérgio Vilão

Sofia Oliveira Martins

Suzete Gonçalves

Tiago Rodrigues

Vanessa Nicolau

Vítor Raposo

Investigadores

Ana Escoval

Ana Rita Pedro

Ana Tito Lívio

António Guerreiro

Cristina Furtado

Fátima Bragança

Felismina Mendes

Filipa Alves da Costa

Filipa Duarte Ramos

Inês Teixeira

Isaura Serra

José Aranda da Silva

Agradecemos a colaboração especial de:

Bernardo Vilasboas

Carlos Nunes

Eduardo Paz Ferreira

Isabel Andrade

João Castelo-Branco Goulão

José Luís Biscaia

José Manuel Boavida

José Manuel Pereira de Almeida

Teodoro Briz

E das seguintes organizações:

Companhia das Ideias

Fundação Calouste Gulbenkian

Anexo 6 - Investigadores fundadores do OPSS

Ana Escoval

Paulo Ferrinho

Cipriano Justo

Pedro Lopes Ferreira

Constantino Sakellarides

Suzete Gonçalves

Jorge Correia Jesuino

Teodoro Briz

Jorge Simões

Vasco Reis

José Luís Biscaia

Vitor Ramos

Manuel Schiappa