

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2013

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

duas faces da saúde



OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE OPSS

Relatório de Primavera 2013

duas faces da saúde

O Observatório 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



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



Relatório de Primavera 2013

Observatório Português dos Sistemas de Saúde

ÍNDICE

1	Nota introdutória	1
2	Análise da governação da saúde: Continuando o diagnóstico e apontando ações necessárias.....	5
3	Crise & saúde	23
3.1	Efeitos da crise na saúde	25
3.2	Taxas moderadoras e copagamentos – seus efeitos no acesso	34
3.3	Crise, desemprego e saúde mental – impacte na depressão e no suicídio	44
4	Aspectos específicos da governação	57
4.1	O medicamento, a crise e o Memorando de Entendimento	59
4.2	Cuidados de saúde primários – desenvolvimento ou estagnação?	75
4.3	Para quando o Plano Nacional de Saúde?	84
4.4	O que se sabe dos cuidados paliativos em Portugal	92
5	- Considerações finais	99
6	- Bibliografia	105
Anexos	123
1	O OPSS e a rede observacional	125
2	Abordagem metodológica	128
3	O Medicamento - Principal legislação publicada e sua implementação	130
4	Relatórios de Primavera anteriores	139
5	Colaboradores e conflitos de interesses	140
6	Investigadores fundadores do OPSS	142

LISTA DE QUADROS

1	Orçamento da Segurança Social relativo aos anos 2010, 2011 e 2012	9
2	Medidas negociadas com a <i>Troika</i> para a área de saúde relativas a 2012	10
3	Medidas do OE 2012 relativas aos cuidados de saúde primários	12
4	Medidas do OE 2012 relativas a cuidados continuados integrados e paliativos	15
5	Medidas do OE 2012 relativas a acreditação e qualidade	12
6	Medidas do OE 2012 relativas à regulação do setor	14
7	Medidas do OE 2012 relativas à garantia da sustentabilidade económico-financeira do SNS	14
8	Medidas do OE 2012 relativas à racionalização de recursos e controlo de despesa	17
9	Medidas do OE 2012 relativas à prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis	19
10	Medidas do OE 2012 relativas ao maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema	20
11	Depressão nos registos dos médicos de família (USLAM; n=244.836)	30
12	Satisfação dos coordenadores das USf com a reforma dos CSP	31
13	Opinião dos coordenadores das USF sobre a falta de equipamento	31
14	Utentes com isenção/dispensa válida de taxas moderadoras – atualização de dados a 02.05.2013	38
15	Limiar de risco de pobreza, 2004 – 2010	51
16	Medicamentos mais frequentemente não disponibilizados pelos grossistas às farmácias .	70
17	Gastos com medicamentos e variáveis relacionadas com o consumo de medicamentos.	73
18	Transição do regime de comparticipação e variáveis relacionadas com o consumo de medicamentos	73
19	Evolução de alguns indicadores de saúde referentes às Unidades de Saúde Familiar da Região Norte, entre 2007-2011	88
20	Lista priorizada de constrangimentos e obstáculos identificados	90
21	Lista priorizada de medidas e mecanismos identificados	91

LISTA DE FIGURAS

1	Evolução da dotação do OE do Ministério da Saúde entre 2000 e 2013	11
2	Percentagens de agregados familiares que estão a cortar nas despesas da saúde	29
3	Respostas das políticas de saúde às crises económicas e financeiras	35
4	Alterações no perfil de utilizadores entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012, em dois hospitais da região de Lisboa	37
5	Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 – consultas (preços reais)	40
6	Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 – urgência (preços reais)	41
7	Por que motivo(s) tomou anti-depressivos?	53
8	Evolução dos encargos SNS com medicamentos no mercado ambulatório vs. hospitalar (2010-2012)	62
9	Evolução do número de pedidos (apresentações de medicamentos) de comparticipação aprovados (2011-2013)	64
10	Evolução do número de pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar deferidos, com contrato assinado (2010, 2012 e 2013)	64
11	Evolução da quota de genéricos no mercado ambulatório (2004-2012)	65
12	Evolução do preço médio dos medicamentos genéricos no mercado ambulatório (2004-2012)	66
13	Evolução do número de novas DCI abrangidas por GH por trimestre (2011-2013)	67
14	Realidade e preferências dos portugueses face ao local de morte em 2010	95
15	Rede observacional OPSS	125

LISTA DE ABREVIATURAS

€	Euro
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE	Direcção-Geral da Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública
ANF	Associação Nacional das Farmácias
APAV	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
APDH	Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
ARS	Administração Regional de Saúde
CE	Comissão Europeia
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCI	Denominação Comum Internacional
DDD	Defined Daily Dose
DECO	Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
EAPC	European Association of Palliative Care
EC	European Commission
ELS	Estratégias Locais de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERA	Equipas Regionais de Apoio
EU	European Union
EUA	Estados Unidos da América
FCG	Fundação Calouste Gulbenkian
GH	Grupo Homogéneo
IEC	Imposto especial sobre o consumo
IMI	Imposto Municipal sobre Imóveis
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
INODES	Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública

INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IRS	Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MCSP	Missão para os Cuidados de Saúde Primários
MdE	Memorando de Entendimento
MG	Medicamentos Genéricos
NOC	Normas de Orientação Clínica
NUTS	Nomenclatura Comum das Unidades Territoriais Estatísticas
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OSS	Orçamento da Segurança Social
PAI	Processo Assistencial Integrado
PIB	Produto Interno Bruto
PNCP	Plano Nacional de Cuidados Paliativos
PNS	Plano Nacional de Saúde
pp	Pontos percentuais
PPP	Parcerias Público Privadas
PR	Preço de Referência Interno
PVP	Preço de Venda ao Público
RE	Regime Especial de Comparticipação
RECM	Regime Especial de Comparticipação de Medicamentos
RH	Recursos Humanos
RNCCI	Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados
RNCP	Rede Nacional de Cuidados Paliativos
RP	Relatório de Primavera
SI	Sistemas de Informação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Serviço Público Administrativo
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
UNL	Universidade Nova de Lisboa
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidades Saúde Familiar
USF-AN	Associação Nacional das USF
USP	Unidade de Saúde Pública
VIH	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
WHO	World Health Organization

1.

NOTA INTRODUTÓRIA

Uma das principais funções do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, ao longo dos seus 14 anos de existência é o de constituir-se como memória dos desafios da saúde e da evolução do sistema de saúde português. No decurso dos últimos 4 anos, o OPSS tem chamado a atenção para a crise e seus impactes na saúde - através de 4 relatórios de primavera - mas continua a não existir em Portugal um diagnóstico oficial sobre a matéria a partir do qual se organize no terreno uma resposta adequada aos efeitos da crise financeira, económica e social na saúde.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) cumpre, pelo décimo quarto 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, sistemas e plataformas de informação.

Com o objetivo de melhorar a sua capacidade em vários domínios, designadamente na organização e gestão do conhecimento, o OPSS decidiu, este ano, partir para um processo de análise da responsabilidade de vários núcleos investigacionais constituídos por uma rede de observadores orientados para o desenvolvimento de temáticas específicas. Esses núcleos, uns mais ligados à investigação académica e outros mais próximos do terreno, com prestígio inter pares, trabalhando de forma articulada, darão a sua colaboração, cedendo ao OPSS a máxima evidência possível na qual assentará o desenvolvimento dos Relatórios.

Para além do trabalho destes núcleos contar-se-á ainda 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) e a Universidade de Évora e, ainda outras como a Faculdade de Farmácia, a Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa e o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde.

Tendo ocorrido um conjunto de situações que podem afetar negativamente a sustentabilidade política do SNS: sinais de uma agenda não-universalista; ausência de uma linha clara de orientação no investimento em saúde e no desenvolvimento organizacional do SNS; desmotivação dos profissionais e insatisfação de uma população mais vulnerável com a resposta do SNS, o OPSS escolheu este ano como título para o RP2013 ***“duas faces da saúde”***.

Este relatório procura mostrar a situação que se vive neste momento de grave crise, onde parecem coexistir dois mundos – o oficial, dos poderes, onde, de acordo com a leitura formal, as coisas vão mais ou menos bem, previsivelmente melhorando a curto prazo, malgrado os cortes orçamentais superiores ao exigido pela *Troika* e a ausência de estratégia de resposta às consequências da crise na saúde da população; e um outro, o da experiência real das pessoas, em que temos empobrecimento, desemprego crescente, diminuição dos fatores de coesão social, e também uma considerável descrença em relação ao presente e também ao futuro com todas as consequências previsíveis sobre a saúde.

Perante esta clivagem parece haver uma parte do SNS que se está a degradar, mas há ainda uma outra em que a resiliência domina. Até quando?

Esta preocupante dúvida necessita de uma obrigatória reflexão que nos deverá conduzir a um SNS renovado, melhorado, modernizado e com futuro.

Coordenação: Ana Escoval, Manuel Lopes e Pedro Lopes Ferreira

2.

**ANÁLISE DA GOVERNAÇÃO DA SAÚDE:
CONTINUANDO O DIAGNÓSTICO E
APONTANDO AÇÕES NECESSÁRIAS**

Ao nos propormos analisar a governação de saúde do último ano temos necessariamente de considerar o contexto de crise em que o país e a Europa continuam mergulhados.

Face ao referido contexto, é expectável que o sistema de saúde reaja prospectivamente porque parte dos efeitos da crise na saúde se podem antecipar. Ora, se por um lado encontramos indicadores que nos demonstram capacidade de resiliência de alguns setores e/ou unidades funcionais, encontramos diversos outros que demonstram exaustão, resignação, quiçá desmotivação, com repercussões cada vez mais evidentes na disponibilidade de cuidados.

A análise que efetuámos assenta no pressuposto de que a saúde é um conceito que não se pode conjugar de forma isolada. Esse é o pressuposto de diversas teorizações, como é o caso da relativa aos determinantes sociais da saúde proposta por Dahlgren e Whitehead (2007). Através deste modelo, percebemos que aos determinantes individuais se associam uma multiplicidade de fatores que vão dos estilos de vida, às redes sociais e comunitárias, às condições de vida e de trabalho e aos fatores socioeconómicos, culturais e ambientais de natureza geral. Significa isto que a saúde resultará da conjugação ecossistémica deste conjunto de variáveis. Portanto, seja o que for que aconteça com qualquer destas variáveis, pode ter impacto sobre a saúde.

As organizações internacionais (*e.g.*, OMS, CE) acolheram esta perspetiva teórica e têm vindo a fazer recomendações de acordo com a mesma. Citamos, apenas a título de exemplo, a Declaração “*Health in all Policies*” assinada em Roma em 18 de dezembro de 2007 pelos ministros da saúde dos países da UE (Conselho da União Europeia, 2007).

Assumido este pressuposto, é oportuno invocar a matriz social subjacente ao modelo de desenvolvimento europeu e que, com algumas variantes, está presente em todos os países integrantes deste espaço económico e político. De acordo com esta matriz, existe um acordo entre o Estado e os cidadãos, com base no qual estes contribuem enquanto podem, através dos seus impostos, para que aquele ajude os que não podem ou quando já não puderem contribuir.

No âmbito das atribuições do OPSS, interrogamo-nos de novo neste RP acerca das políticas de governação em saúde ao longo do último ano, à luz dos dois grupos de pressupostos atrás enunciados: a transversalidade ecossistémica da saúde e a matriz social do modelo de desenvolvimento europeu. Assim, começaremos por fazer referência às medidas políticas de natureza geral e, posteriormente, às específicas do Ministério da Saúde, adotadas ao longo do ano de 2012. Faremos também, sempre que for adequado, o cotejamento com o referido no RP2012 em idêntico capítulo.

2.1 Medidas de natureza geral

Com o orçamento de estado para 2012, é introduzido um conjunto de medidas em linha com as adotadas em anos anteriores e destinadas, essencial e assumidamente, à consolidação orçamental. De entre estas destacamos:

- As relativas ao imposto sobre o rendimento de pessoas singulares (IRS) sobre as quais foi afirmado que continham “relevante redução das deduções e benefícios fiscais para as famílias, sem atualização dos escalões” (PricewaterhouseCoopers & Associados, 2012);
- As relativas à segurança social com “...uma significativa diminuição das despesas com prestações sociais”;
- Os impostos indiretos com “forte aumento do imposto sobre valor acrescentado (IVA) e do imposto especial sobre o consumo (IEC), a par da introdução de novo IEC sobre a eletricidade”;
- Também os impostos sobre o património como, por exemplo, o imposto municipal sobre imóveis (IMI) sofreram um agravamento.

Todas estas medidas tiveram como efeito imediato a diminuição do poder de compra das pessoas.

Com a introdução destas medidas e no contexto de um espaço europeu com crescimento anémico, o governo previa que a economia portuguesa sofreria uma recessão de 2,8% do PIB, o consumo privado decresceria 4,8% e o público 6,2%. Por sua vez, a taxa de desemprego atingiria, de acordo com as previsões do governo, 13,4%, representando um aumento de 0,9pp face ao ano anterior. Todas estas medidas se justificariam em função dos já referidos objetivos de consolidação orçamental, sob vigilância atenta da *Troika*, com as quais se pretendia reduzir o défice orçamental para 4,5% em 2012.

Apesar das medidas adotadas terem exercido a sua ação sobre o poder de compra dos cidadãos, no final deste ano foi necessário flexibilizar a meta do défice, por se considerar impossível de alcançar, passando então para 5,5% do PIB; a recessão foi de 3,2% (mais 0,4pp que o previsto); a taxa de desemprego foi de 16,9% (mais 3,5pp que o previsto) e a dívida atingiu os 123,6%.

Como tal, pode afirmar-se que as medidas adotadas criaram condições para que a economia se deteriorasse ainda mais, o que consequentemente se repercutiu de novo sobre as pessoas. Isso é visível particularmente na taxa de desemprego, que atinge valores antes impensáveis entre os jovens e criou uma nova realidade que são as famílias em que todos os seus membros ativos estão desempregados e famílias sustentadas pelo seu elemento mais sénior (por vezes já aposentado).

Simultaneamente, tem-se verificado uma diminuição acentuada dos denominados “estabilizadores automáticos sociais”. Assim, entre 2010 e 2012, e de acordo com o Relatório do Orçamento de Estado 2011 e 2012, verificaram-se as variações nominais nas dotações dos referidos estabilizadores constantes do quadro 1.

Quadro 1 – Orçamento da Segurança Social relativo aos anos 2010, 2011 e 2012

	OSS 2010	OSS 2011	OSS 2012	$\Delta\%$ 2010/2011	$\Delta\%$ 2010/2012
Pensões de sobrevivência	2027,68	1955,1	1871,63	-3,6	-7,7
Pensões de invalidez	1407,72	1395,52	1351,61	-0,9	-4,0
Pensões de velhice	10547,33	11063,84	11160,14	4,9	5,8
Subsídio de desemprego, apoio ao emprego, lay-off	2221,14	2103,79	2046,36	-5,3	-7,9
Subsídio de doença	446,93	450,51	426,53	0,8	-4,6
Abono de família	968,2	674,39	655,59	-30,3	-32,3
Rendimento social de Inserção	519,91	414,38	370	-20,3	-28,8
Complemento Solidário para Idosos	265,22	272,75	274,5	2,8	3,5

Fonte: Portugal. MF, 2010; Portugal. MF, 2011.

De salientar que a diminuição verificada nestes estabilizadores se verificou num contexto em que ocorreu um aumento de pessoas a precisarem de apoio como se pode constatar pela crescente taxa de desemprego em confronto com a redução das verbas disponíveis para o subsídio de desemprego.

É assim expectável, perante o cenário apresentado, que o risco de pobreza aumente, particularmente nos grupos mais vulneráveis como sejam as crianças e os idosos, mas não só. O relatório Eurostat (2013) com dados relativos a 2011 indica que 28,6% das crianças portuguesas estavam nesse ano em risco de pobreza e exclusão social, contra uma média de 27% na União Europeia (UE). Quanto aos idosos, encontravam-se nesta situação 24,5% dos portugueses com 65 ou mais anos, bastante acima da média de 20,5% dos 27 Estados-membros da UE. Consequentemente, tem sido crescente o número de famílias que deixa de conseguir pagar o empréstimo da sua casa, devolvendo-a aos bancos, verificando-se em alguns casos a necessidade de regressar a casa dos pais. Estes sinais são visíveis, também, no número de crianças que surgem com carência alimentar, mas também no aumento em mais de 60.000 no número de pessoas apoiadas pelo Banco Alimentar ao longo de 2012 (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013), e no crescimento em cerca de 3pp de 2011 para 2012 do crime de violação da obrigação de alimentos (APAV, 2011; APAV 2012).

Todo este cenário condiciona a vida dos portugueses e a sua saúde, pelo que, embora estas medidas não tenham diretamente a ver com a saúde, mas porque se refletem na saúde da população, deverá o Ministério da Saúde ter capacidade para fazer valer a máxima da “saúde em todas as políticas”, e assim potenciar a avaliação do impacte destas na saúde das pessoas.

Importa perguntar como tem reagido o povo português a esta sucessão de cortes e supressão de regalias.

Apesar das dificuldades que se podem adivinhar pelos indicadores, tendo em conta os exemplos de carência extrema, surgem demonstrações de criatividade e solidariedade que estão para além da ação do Estado e parecem inscritos numa matriz de sobrevivência e ao mesmo tempo de solidariedade primária ou essencial. Assim se compreende que pais e avós idosos e reformados voltem a acolher filhos e netos e repartam com eles os poucos recursos; que grupos cada vez mais expressivos se dediquem a uma agricultura de sobrevivência que lhes permite, por um lado, ter produtos mais frescos e por outro, reintroduzir atividade física nas suas vidas; que se tenha reduzido nestes casos o consumo de produtos pré-cozinhados; que se tenha regressado à tradição da “marmita” que se leva para o local de trabalho; que se verifique uma redução no número de veículos ligeiros a circular e uma diminuição da velocidade dos que circulam, com consequente redução do número e da gravidade dos acidentes e das emissões de dióxido de carbono; que algumas autarquias, apesar de endividadas, tenham investido mais nas cantinas escolares, mantendo-as abertas mais tempo para suprir carências alimentares das crianças; que se tenha aumentado a quantidade de produtos arrecadados pelos diversos bancos alimentares e congêneres.

2.2 Medidas adotadas pelo Ministério da Saúde

As medidas relativas à área específica da saúde têm como referência o Memorando de Entendimento (MdE) negociado com a *Troika*, cujas medidas previstas para 2012 são as constantes do quadro 2, assim como as medidas semelhantes constantes no programa do atual governo.

Quadro 2 – Medidas negociadas com a *Troika* para a área de saúde relativas a 2012

T8	Alterar cálculo das margens de lucro de distribuidoras e farmácias;
T9	Alternativamente à medida anterior, definir um desconto médio sobre a margem praticada;
T13	Introduzir a revisão periódica de preços pagos a prestadores privados;
T15	Avaliar o cumprimento das regras de concorrência europeias na prestação de serviços de saúde;
T17	Estabelecer um sistema de <i>benchmarking</i> para comparar o desempenho e publicação de informação sobre o desempenho das instituições, numa base mensal;
T24/PG	Continuar a reorganização e racionalização da rede hospitalar;
T29	Transferir serviços ambulatoriais para as USF;
T32/PG	Preparar planos de afetação dos RH (o primeiro a ser apresentado no 1T 2012);
T34/PG	Criar programa com regras para aumentar a mobilidade e intercâmbio dos profissionais;
T43/PG	Estabelecer e implementar regras claras sobre a prescrição de medicamentos;
T54/PG	Desenvolver e assegurar a plena interoperabilidade nos SI dos hospitais. Assegurar a geração de informação de gestão;
T55/PG	Finalizar o desenvolvimento de um sistema eletrónico de registos médicos (Registo de Saúde Eletrónico);

Fonte: PricewaterhouseCoopers & Associados, 2012.

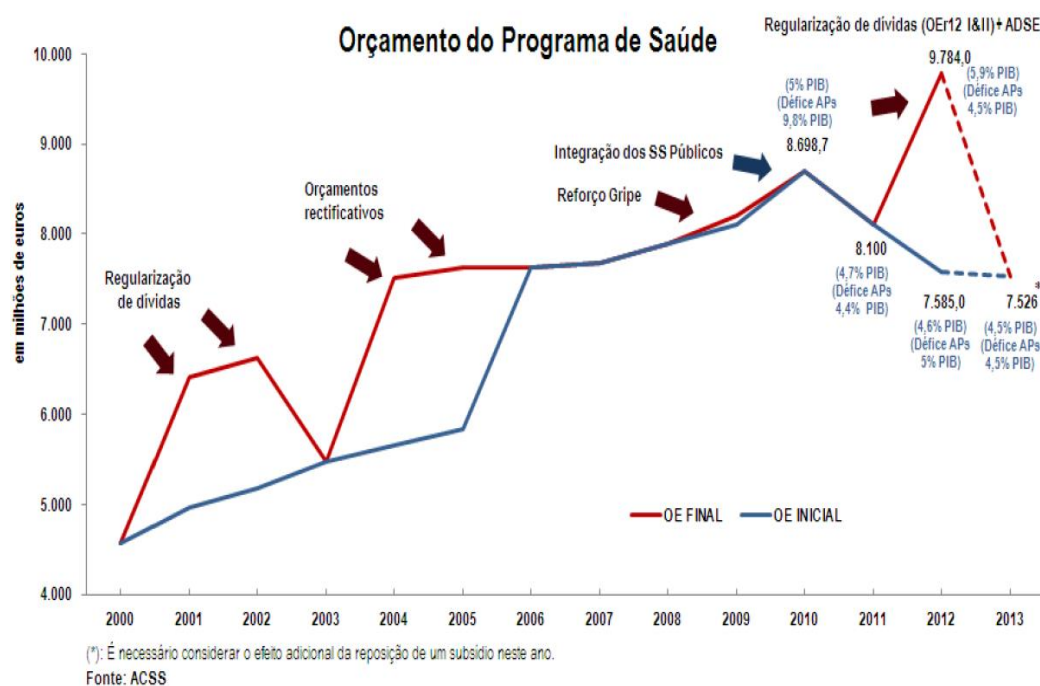
As medidas que o Governo português decidiu implementar foram enunciadas no Relatório do Orçamento de Estado para 2012. Aí se previa desde logo a “*diminuição da transferência para o financiamento do Serviço Nacional de Saúde face à estimativa de 2011, traduzindo o impacto das medidas de contenção orçamental previstas para a área da saúde, tais como: i) a atualização das taxas moderadoras, a indexação das mesmas à taxa de inflação e a revisão do regime de isenções; ii) a alteração do regime de preços e de comparticipação de medicamentos e a promoção da utilização de genéricos; iii) a reorganização e a racionalização da rede hospitalar com o consequente decréscimo dos custos operacionais; e iv) a adoção de horários flexíveis visando a redução da despesa com horas extraordinárias*” (Portugal. MF, 2011)

Ainda de acordo com o referido Relatório do Orçamento de Estado, previa-se para a Saúde uma despesa total consolidada de 7.952,1 M€, o que representava um decréscimo de 8,2% face à estimativa para 2011, o que correspondia a cerca de menos 710M€. Contudo, de acordo com a consultora PricewaterhouseCoopers & Associados (2012), do MdE apenas resultaria um decréscimo de cerca de 550M€.

Face ao exposto, interrogamo-nos acerca das razões que justificarão ultrapassar os valores negociados, impondo cortes violentos, direta ou indiretamente, num setor sensível e que funciona também como estabilizador social automático?

Todavia, deve ser sublinhado que a redução das dotações orçamentais na área da saúde mostra que a partir de 2010 os níveis de despesa pública no SNS, em termos nominais, têm vindo a diminuir. Não considerando o reforço orçamental em 2012, destinado fundamentalmente à regularização de dívidas dos Hospitais EPE e à transferência da ADSE, os valores de despesa pública, orçamentados para 2013, atingem níveis próximos dos de 2006 (conforme figura 1 recentemente utilizada pelo Ministro da Saúde em sessão pública).

Figura 1 – Evolução da dotação do OE do Ministério da Saúde entre 2000 e 2013



As medidas específicas que constam efetivamente do Relatório do OE para 2012 são discriminadas nos quadros abaixo, procedendo-se para cada grupo de medidas a uma análise considerando os alertas feitos no RP de 2012 relativos ao possível impacte de algumas delas sobre a saúde da população, bem como da crise sobre a desejável reestruturação sectorial, face à evidência disponível neste momento.

Quadro 3 – Medidas do OE 2012 relativas aos cuidados de saúde primários

Continuação da reforma dos cuidados de saúde primários com intenção de aprofundar os modelos de unidades de saúde familiar (USF) e promover uma melhoria global de toda a rede, incluindo todas as componentes dos agrupamentos de centros de saúde (ACES), nomeadamente as unidades de cuidados de saúde personalizados (USCP);

O desenvolvimento dos CSP seguirá uma visão primordialmente local e adaptada às situações próprias da geografia e demografia de cada região.

Fonte: Portugal. MF, 2011.

No que diz respeito aos cuidados de saúde primários, apesar das medidas do OE 2012 referirem a intenção de aprofundar os modelos de USF e promover uma melhoria global de toda a rede, de acordo com a evidência existente não parece ter sido cumprida esta intenção.

Este facto é visível pela continuidade de muitos dos constrangimentos apresentados no último Relatório de primavera, dos quais se destaca, por estarem diretamente relacionados com aquelas medidas, a ausência de abertura de novas USF e a passagem destas unidades de Modelo A para Modelo B. Um outro aspeto a reter é o da constatação de se manterem desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade. Destaca-se, como preocupação, um impedimento da descentralização da gestão para os ACES, tendo sido concretizado um processo de fusão e recentralização, parecendo a autonomia de gestão ser um aspeto desvalorizado pela administração. Este constrangimento assume particular importância pelo facto do OE 2012, prever que o desenvolvimento dos CSP seguiria uma visão primordialmente local e adaptada às situações próprias e necessidades de cada região, o que de facto não se está a verificar.

Quadro 4 – Medidas do OE 2012 relativas a cuidados continuados integrados e paliativos

Procura da sustentabilidade financeira da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, assegurando o funcionamento das unidades já existentes e mantendo a expansão da rede de forma controlada;
Reforço dos mecanismos de gestão da Rede, substituindo a Unidade de Missão, no âmbito da orgânica aprovada para o Ministério da Saúde, por uma unidade de gestão que se ligará às Administrações Regionais de Saúde e estruturas locais, em articulação com a segurança social, de forma a garantir uma célere referência dos doentes;
Reforço dos cuidados paliativos com especial atenção ao reforço das unidades intra-hospitalares e aos cuidados domiciliários.

Fonte: Portugal. MF, 2011.

Relativamente a este nível de cuidados pronunciar-nos-emos neste relatório apenas sobre os cuidados paliativos. Sobre estes cuidados interessa perguntar, se será que a oferta de cuidados paliativos responde às necessidades da procura?

Segundo Capelas (2009), é de esperar que cerca de 60% dos doentes que virão a falecer em Portugal necessitem de cuidados paliativos. De forma a dar resposta às necessidades desta população e dos seus familiares, o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), tal como noutro capítulo se detalha, determina as percentagens de lugares nos diversos setores do Sistema de Saúde.

Assim no que respeita exclusivamente a lugares de internamento devem existir entre 643 e 804 camas, repartidas em:

- 30% dos lugares em hospitais de agudos fora da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) – 193 a 241 camas;
- 50% em unidades específicas de cuidados paliativos da RNCCI – 322 a 402 camas e
- 20% em unidades da RNCCI não específicas de Cuidados Paliativos – 129 a 161 camas (ações paliativas).

No entanto, segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) há nove equipas que oferecem apoio domiciliário especializado de cuidados paliativos (Manuel L. Capelas, comunicação pessoal, março 2013). Por sua vez, a RNCCI identifica 11 equipas (Inês Guerreiro, comunicação pessoal, março 2013). Destas, identificámos seis equipas reconhecidas pelas duas entidades, o que perfaz um total entre 9 a 14 equipas a prestar apoio paliativo domiciliário em Portugal. Estes números traduzem-se em cerca de uma equipa por cada 750 a 1.170 mil habitantes, sendo que as atuais recomendações são de uma equipa por 100 mil habitantes (EAPC, 2009).

Adicionalmente, existem 22 unidades de internamento em cuidados paliativos identificadas pela RNCCI, com número de camas variável de 5 a 20 por unidade (Inês Guerreiro, comunicação pessoal, março 2013). A estas acrescem duas unidades reconhecidas pela APCP (Manuel L. Capelas, comunicação pessoal, março 2013). Por inconsistências de informação, não é possível determinar o número exato de camas. No entanto, a oferta está claramente aquém das atuais recomendações da EAPC de 80 a 100 camas por milhão de habitantes.

Ainda no que respeita às necessidades da procura, há evidência relativamente à discrepância entre a oferta de cuidados e as preferências dos portugueses. Por exemplo, num estudo europeu, 51,2% dos portugueses inquiridos, em situação de doença muito grave com menos de um ano esperado de vida, preferiam morrer em casa caso tivessem oportunidade de exercer a sua escolha e 35,7% em unidades de cuidados paliativos (Gomes *et al.*, 2013c). Segundo esta sondagem a 1.286 portugueses, em grande parte dos casos, estes têm uma grande

probabilidade de ainda não verem as suas preferências para local de morte satisfeitas. Isto cria uma necessidade para ajustar algumas decisões políticas de saúde.

Quadro 5 – Medidas do OE 2012 relativas a acreditação e qualidade

Redução da variabilidade na prática clínica, aumentando a segurança dos doentes e reduzindo os desperdícios, como mecanismo de promoção da sustentabilidade do SNS;
Implementação nacional das boas práticas de governação clínica, em complemento da produção de normas de orientação clínica pela Direção-Geral da Saúde (DGS), com o envolvimento das direções clínicas dos cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários;
Dar continuidade ao Programa Nacional de Acreditação de Unidades de Saúde, através do modelo oficial de acreditação do Ministério da Saúde, para que se recupere o atraso nesta matéria e os cidadãos aumentem a sua confiança no sistema de saúde.

Fonte: Portugal. MF, 2011.

Assinalamos como positiva a continuidade da produção de Normas de Orientação Clínica (NOC) pela Direção-Geral de Saúde. Questionamos, no entanto, a capacidade de “absorção” e implementação efetiva pelos profissionais de um tão elevado número de NOC em tão curto período de tempo, principalmente se nas diversas organizações não existir já uma cultura de qualidade devidamente enraizada. Interrogamo-nos ainda sobre a existência e efetividade dos mecanismos de controlo na utilização destas NOC. Consideramos também necessário que se desenhem estudos para avaliar o impacte nos resultados da implementação destas NOC.

Assinalar ainda como positivo durante 2012, a publicação da Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos (Norma nº 017/2012 de 19/12/2012) e da Orientação relativa à Análise de Incidentes e de Eventos Adversos (Orientação nº 011/2012 de 30/07/2012). Ambas se inserem no contexto da criação do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos.

Quadro 6 – Medidas do OE 2012 relativas à regulação do setor

Regulamentação e desenvolvimento do setor da saúde pública, com especial enfoque na criação das Autoridades de Saúde e da aplicação de sistemas de vigilância epidemiológica;
Promoção de condições que possibilitem e maximizem a investigação clínica em Portugal.

Fonte: Portugal. MF, 2011.

O setor da saúde pública, da responsabilidade das Unidades de Saúde Pública, apesar da maior massa crítica obtida com a agregação de recursos existentes e dispersos por cada centro de saúde, continua a viver uma certa insatisfação e indefinição, por um lado, por lhe continuarem a ser atribuídas tarefas sem impacte em saúde, como as “juntas médicas para benefícios fiscais”, que lhes consome uma fatia significativa de tempo, e, por outro, por não se sentir por parte do Ministério da Saúde um claro e inequívoco incentivo para uma nova cultura e prática profissional, em coerência com os últimos conceitos europeus na matéria: “*Operações Essenciais*”

em Saúde Pública” (OMS Europa), prática que é essencial para adequar a prestação dos cuidados de saúde primários e hospitalares às necessidades de saúde da população e para a própria sustentabilidade do SNS. Como se explica que ainda não se tenha iniciado a contratualização com as USP de todos os ACES?

Finalmente e como forma de promover o desenvolvimento das USP, interrogamo-nos: Porque é que não existe uma política de incentivos para as USP semelhante às USF, se existem provas dadas das suas vantagens?

Quadro 7 – Medidas do OE 2012 relativas à garantia da sustentabilidade económico-financeira do SNS

Política do Medicamento, relativamente à qual o Memorando de Entendimento estabelece que a despesa pública com medicamentos (ambulatório e hospitalar) deverá corresponder a 1,25% do PIB, no ano de 2012, sendo para isso fundamental a implementação das seguintes medidas, e de outras consideradas necessárias para alcançar o objetivo preconizado:

- Promoção da prescrição de genéricos pelos médicos, através do reforço da monitorização da prescrição, bem como através da promoção da prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI);
- Remoção de todas as barreiras à entrada de genéricos no mercado, bem como à redução do preços dos genéricos;
- Controlo clínico da utilização dos medicamentos, potenciada pela publicação das normas e orientações clínicas relativas ao medicamento;
- Desenvolvimento de mecanismos tendentes ao reforço do controlo do consumo de medicamentos em meio hospitalar;
- Alteração do sistema de fixação dos preços de medicamentos, tanto no que se refere ao sistema atual de preços de referência baseado em preços internacionais, como relativamente à fórmula de cálculo das margens de lucro das distribuidoras e farmácias;
- Implementação de novas formas de monitorização da fraude.

Prescrição e monitorização:

- Monitorização da prescrição eletrónica de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT);
- Publicação e promoção da utilização de normas de orientação clínica, tanto no que se refere ao medicamento como relativamente a MCDT, e respetivo sistema de auditoria da sua implementação;
- Finalização do processo de desmaterialização da receita e da fatura de medicamentos e meios complementares de diagnóstico;
- Maior aproveitamento da capacidade hospitalar existente, nomeadamente no que se refere à internalização de cuidados de saúde ou de MCDT atualmente realizados no exterior, quando exequível.

Fonte: Portugal. MF, 2011.

Curiosamente, as medidas de sustentabilidade económico-financeiras iniciam-se com as relativas à política do medicamento, o que significa que continua a ser este o setor onde o governo pretende obter alterações sensíveis que contribuam para a sustentabilidade do SNS.

No que se refere ao medicamento, as medidas propostas obtêm, no ponto de vista qualitativo, um consenso alargado, mas são contestadas nos valores quantitativos que se pretendem atingir. Para tal contribui o valor apontado para a diminuição da despesa com medicamentos que, por exemplo, entre 2010 e 2011, contribuiu com quase 50% da redução total da despesa em saúde no SNS. Desconhece-se a base científica para determinar alguns dos valores apontados, como por exemplo a percentagem de redução dos preços dos genéricos, ou os países de referência escolhidos para efeitos de cálculo dos preços, ou ainda a alteração profunda do sistema de margens da distribuição.

De referir ainda que, em termos globais, se verificou uma diminuição dos encargos dos utentes com medicamentos, que poderá estar relacionada com a contínua baixa de preços. Apesar disso, constata-se dificuldades de abastecimento no circuito de distribuição que podem criar um problema de acessibilidade a medicamentos essenciais para o controlo de patologias prevalentes (*e.g.*, hipertensão, diabetes).

Para avaliar o potencial impacto da crise na acessibilidade aos medicamentos por parte de um dos grupos sociais mais vulneráveis, desenvolveu-se um estudo em farmácias comunitárias da área metropolitana de Lisboa (detalhado em capítulo próprio), dirigido a pessoas com mais de 65 anos, consumidores de pelo menos um medicamento de forma continuada. Dos principais resultados destacamos:

- Mais de 2/3 dos doentes (69%) responderam ter substituído os medicamentos que tomavam por alternativas mais baratas, o que corrobora a adequação de políticas promotoras do mercado de genéricos às necessidades dos doentes, como a prescrição por DCI implementada no ano de 2012;
- Cerca de 30% dos inquiridos reportou redução do acesso aos cuidados de saúde por motivos económicos, dos quais a consulta médica particular foi a mais frequentemente reportada, seguida da consulta de medicina dentária. De realçar que também no acesso aos serviços públicos de saúde, como a consulta médica no centro de saúde ou hospital, a ida à urgência e os meios complementares de diagnóstico foram reportadas dificuldades;
- Cerca de 30% dos inquiridos respondeu ter deixado de tomar medicamentos ou ter aumentado o espaçamento entre as tomas, em resultado das dificuldades económicas sentidas.

Todavia, uma política do medicamento deve ter em linha de conta algumas outras variáveis, tais como o circuito de produção e de distribuição do medicamento.

Relativamente ao primeiro, continuamos a notar ausência de referências aos impactes de algumas medidas sobre o emprego ou atividade dos setores envolvidos (indústria, distribuição, farmácias) e no comportamento do mercado dos medicamentos. Por outro lado, assinala-se o “congelamento” da introdução de novas tecnologias de saúde, nomeadamente medicamentos inovadores, por decisões que se entendem puramente políticas, não obstante as avaliações técnico-científicas favoráveis emitidas pelas entidades competentes para o efeito.

Tendo isto em consideração, desenvolveu-se um outro estudo junto de farmácias comunitárias (apresentado em capítulo próprio) no sentido de perceber com que dificuldades se confrontam. Do total das 2.914 farmácias existentes em Portugal (abril 2013), 786 (26,97%) participaram no estudo. De entre os principais resultados, destacamos:

- Cerca de 1/4 responderam ter tido atrasos no pagamento aos grossistas e destas, 65,41% responderam que o mesmo teve como consequência cortes no fornecimento de medicamentos, apesar da maioria das farmácias, em 2012, terem efetuado uma redução de *stock* nos produtos de IVA a 6% comparativamente a 2011;
- Quase 3/4 das farmácias (71,65%) afirmaram que no funcionamento diário, sentem dificuldades de fornecimento de medicamentos por parte dos grossistas.

Assim e relativamente às Políticas do Medicamento consideramos como positivas todas as que promovam uma maior racionalização do seguimento dos doentes e da adesão à terapêutica, assim como uma melhor articulação do sistema de informação aos prescritores e farmacêuticos. Todavia, devem ser acompanhadas com especial atenção:

- As dificuldades de acesso a alguns medicamentos, quer por dificuldades económicas de alguns grupos, quer por ruturas de *stocks*;
- A total ausência de referência a medidas estruturantes, como a alteração profunda do sistema de comparticipação (objetivo inscrito no Programa do governo) ou o desenvolvimento de um sistema de avaliação de Tecnologias de Saúde.

Quadro 8 – Medidas do OE 2012 relativas à racionalização de recursos e controlo de despesa

Implementação das medidas previstas no Plano de Redução de Custos, apresentado pelas unidades hospitalares, em resultado do disposto no Despacho n.º 10783-A/2011, de 30 de agosto, o qual fixou como meta a redução de custos operacionais em 11% no ano de 2012, face ao ano de 2011, tendo em vista atingir o objetivo de redução de custos operacionais para os hospitais, previsto no Memorando de Entendimento, fixado em 15% para o período compreendido entre 2011 e 2013, face aos custos operacionais verificados em 2010;
--

Promoção da centralização das compras e de Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), tanto no que se refere aos dispositivos médicos e medicamentos, como relativamente a bens e serviços transversais a todas as entidades;
--

Quadro 8 – Medidas do OE 2012 relativas à racionalização de recursos e controlo de despesa (cont.)

Criação de programas de mobilidade dos recursos humanos que promovam a transferência de recursos entre instituições do SNS e fomentando a capacidade de contratação de profissionais para geografias mais periféricas, criando condições para a redução dos encargos com horas extraordinárias;
Racionalização da despesa e promoção da competitividade através da aplicação de acordos-quadro ao setor convencionado da saúde;
Implementação de medidas de reforço do controlo e do acompanhamento da performance económico-financeira dos hospitais;
Redução da despesa com MCDT, em conformidade com o previsto no Memorando de Entendimento

Fonte: Portugal. MF, 2011.

No que respeita à sustentabilidade financeira do SNS, e relativamente à contenção de custos, de acordo com a última informação financeira disponível (ACSS, 2012), até junho de 2012 e face ao período homólogo, verificaram-se reduções nos custos totais, quer no universo do Setor Empresarial do Estado (EPE), com uma redução de - 9,2%, quer no universo SNS, redução de -8% nas ARS e de -16,8 % nos hospitais SPA. Estas últimas a acumular com reduções significativas já verificadas em 2011, em especial nos hospitais EPE.

No entanto, esta redução de custos foi acompanhada por uma quebra, tanto ou mais significativa, das receitas com origem no OE, gerando um impacte negativo nos défices das organizações que integram o SNS, nos seus níveis de dívida e na capacidade de cumprirem os prazos de pagamento aos seus fornecedores.

Refere-se aqui a análise de Ferreira (2013), segundo a qual a “(in)sustentabilidade futura do SNS depende sobretudo do que suceder ao nível do seu financiamento (proveitos), já que a contenção adicional de custos não parece sustentável a médio prazo se se quiser manter a compreensividade e a universalidade do sistema como o conhecemos, e níveis de endividamento socialmente comportáveis”.

O processo de governação na saúde está a ser exercido na base de uma relação contraditória e conflitual entre um conjunto de princípios de política para o setor, explicitado no discurso governativo¹, nomeadamente o da sustentabilidade financeira do SNS, o de manutenção do seu modelo de financiamento e o do aumento do acesso dos mais vulneráveis ao sistema público de saúde, num quadro de uma forte restrição dos recursos financeiros disponíveis e de um ambiente profissional de incerteza e de desmotivação.

¹ Apresentação do Sr. Ministro da Saúde, “Saúde em Perspetiva”, Ordem dos Economistas, Nov.2012

A sobrevivência do sistema público de saúde dependerá em grande parte de serem estabilizados os recursos financeiros capazes de assegurar a sustentabilidade do SNS. Esta representa uma condição necessária para suportar uma efetiva mudança de orientação estratégica para o setor, assente na promoção da saúde, na prevenção da doença, nos cuidados de proximidade, sejam primários ou continuados, em melhor informação e mais esclarecida participação das populações na defesa do capital saúde, em termos individuais e coletivos.

Quadro 9 – Medidas do OE 2012 relativas à prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis

Análise e definição das prioridades, tendentes ao desenvolvimento das estratégias nacionais, designadamente no âmbito das doenças cardiovasculares e doenças oncológicas, infeção VIH-SIDA, diabetes, doença respiratória crónica, saúde mental, acidentes e alimentação e nutrição, com vista à formulação de programas específicos;
Criação de mecanismos de coordenação e de comunicação entre as estruturas de direção dos programas a nível central, regional e local;
Promoção da cooperação interserviços, na medida em que a mesma é fundamental na definição de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção das doenças e a sua implementação necessita do envolvimento de vários setores governamentais e não-governamentais;
Enfoque nos determinantes sociais da saúde e no controlo de fatores de risco comportamental, criando condições e incentivos para estilos de vida saudáveis.

Fonte: Portugal. MF, 2011.

Relativamente a esta dimensão, é de assinalar que, em 2012, se procedeu à publicação do Plano Nacional de Saúde (PNS), esperando-se que o mesmo venha a constituir-se o pilar fundamental da estratégia do Governo para a área da saúde. No que concerne à prevenção da doença e promoção de estilos de vida saudáveis, compreende, entre outras coisas, uma transição de quatro programas de saúde prioritários para oito, e mais recentemente para nove com a aprovação do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos. Esta transição parece refletir uma estratégia de reforço da promoção da saúde e prevenção da doença na população portuguesa, assim como um investimento na melhoria dos cuidados para a doença crónica. Todavia, interrogamo-nos: será que uma abordagem por programas verticais promove uma adequação do modelo organizativo e de prática orientada para o cidadão ou pode constituir um risco de reforço da atual fragmentação e ineficiência no sistema?

Da análise efetuada às diversas orientações programáticas disponíveis, apenas três programas referenciam a necessidade de articulação entre eles. Da análise realizada não se evidencia uma uniformidade na explicitação de objetivos, metas e indicadores. Também ao nível da monitorização e avaliação não se identifica uma homogeneidade. Em alguns dos programas prioritários, a componente de avaliação da execução dos mesmos é remetida para o

desenvolvimento de relatórios ou planos de ação anuais e para a constituição ou identificação de estruturas organizacionais que a garantam, parcial ou totalmente.

Quadro 10 – Medidas do OE 2012 relativas ao maior protagonismo dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema

Promoção da convergência na política de contratualização de convenções do Estado, abrangendo prestadores privados e sociais tendo em vista uma maior eficácia na sua gestão;
Disponibilizar informação pública mensal sobre o desempenho das instituições (hospitais, centros de saúde e serviços);
Incremento da transparência na saúde, por forma a informar os cidadãos acerca dos serviços que prestam cuidados de saúde com qualidade e segurança, incluindo a prestação pública de contas e a divulgação de informação simples, objetiva e decodificada.
Modernização dos sistemas de informação na saúde
Criação de uma rede de nova geração que proporcione um acesso universal, rápido e eficiente às unidades de saúde, base essencial à definição de novos serviços eletrónicos;
Implementação dos primeiros módulos de um Registo de Saúde Eletrónico, permitindo aos cidadãos e após o seu consentimento uma assistência mais informada e eficaz;
Monitorização e difusão das boas práticas nos sistemas de informação hospitalares criando níveis e núcleos de competência que assegurem ao Ministério da Saúde, os recursos e as ferramentas na forma mais eficiente, normalizando sistemas e criando apoios centralizados;
Disponibilização de informação mensal sobre o desempenho das instituições a partir de um repositório comum de informação;
Definição dos sistemas centralizados de suporte para que os serviços partilhados possam operar a nível nacional em todas as estruturas do SNS.

Fonte: Portugal. MF, 2011.

Relativamente a este capítulo, são de assinalar alguns avanços, nomeadamente a continuidade da publicação do *Tableau de Bord* pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), através do qual se pode monitorizar a evolução mensal de um conjunto diversificado de indicadores das diversas organizações e serviços do SNS, bem como de documentos síntese. De assinalar todavia que alguns desses indicadores em algumas organizações aparecem como “nd” (não disponível). Mais recentemente, iniciou-se a publicação do Relatório de *Benchmarking* (Portugal. MS. ACSS, 2013b) relativo aos hospitais públicos EPE e PPP, a partir de agora de publicação trimestral, o qual permite uma análise comparada entre as unidades hospitalares integradas no SNS em 2012, mas não permite conhecer a sua evolução recente. Considera-se sobre este Relatório que deveriam ser objeto de explicação mais detalhada as opções metodológicas assumidas no processo de tratamento e de análise da informação.

Através de uma consulta aos sítios dos diversos hospitais e/ou centros hospitalares percebe-se uma considerável diversidade de políticas de transparência no que concerne a indicadores de interesse para os utentes. Assim, enquanto uns disponibilizam toda a informação relativa a

tempos de espera cirúrgicos e para consultas, outros continuam a omiti-la. O mesmo se passa relativamente a diversos outros indicadores de qualidade.

Todavia, a participação dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema não se reduz a estas dimensões. Muito ainda falta fazer para que este desiderato se cumpra, sendo que o mesmo adquire particular significado se considerarmos que uma parte substantiva dos utentes (principalmente dos grupos mais consumidores de cuidados), tem percentagens elevadas de iliteracia em geral, naturalmente muito mais elevada se falarmos em iliteracia em saúde ou digital. Nestes casos, a participação dos cidadãos exige medidas proativas, quer do sistema, quer dos profissionais envolvidos.

2.3 Conclusão

Ao concluir este capítulo de análise das políticas de saúde relativas ao último ano de governação, destacamos como pontos essenciais os seguintes:

- Os cidadãos estão sujeitos a condições sociais e económicas complexas e exigentes as quais induziram tremenda redução do poder de compra, quer esta seja decorrente da diminuição dos vencimentos mensais, quer seja devido ao aumento dos impostos ou à ausência de aumentos salariais, quer devidas ao desemprego de um ou mais dos membros do agregado familiar;
- Esta redução do poder de compra verifica-se ao mesmo tempo que se assiste a uma redução substantiva em todos os considerados “estabilizadores automáticos sociais”, como a diminuição de subsídios, o aumento de taxas moderadoras, entre muitos outros;
- O conjunto destas circunstâncias em si mesmas diminui a capacidade dos cidadãos (principalmente dos grupos mais vulneráveis) em acederem aos bens essenciais, nomeadamente alimentação, habitação e cuidados de saúde;
- Adicionalmente, estas circunstâncias acentuam os sentimentos de insegurança e de incapacidade de responder aos eventos de vida, principalmente os adversos;
- Esta conjugação de fatores é propícia à ocorrência de fenómenos de saúde adversos, tal como é demonstrado por diversos estudos;
- Nestas circunstâncias exige-se que o Sistema de Saúde responda prospectivamente, ou seja, avaliando previamente o impacte das diversas medidas na saúde dos cidadãos, preservando o sistema de saúde enquanto “estabilizador automático social”, monitorizando sistematicamente o impacte das diversas medidas adotadas e criando estruturas de resposta rápida, principalmente com base em estratégias de saúde coordenadas e desenvolvidas localmente;
- Pela análise efetuada e pela comparação das medidas negociadas com a *Troika* com as previstas no OE, facilmente se conclui que estas vão muito além daquelas.

Entendendo-se que muitas delas visam uma reestruturação do setor, as questões que se colocam são: qual a estratégia subjacente a estas medidas? Qual o nível de concretização? Qual o impacte sobre o sistema de saúde, nomeadamente, sobre a qualidade dos cuidados, os resultados em saúde e a acessibilidade dos cidadãos?

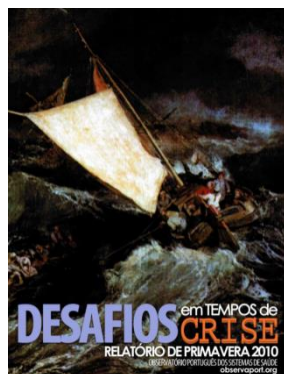
3.

CRISE & SAÚDE

3.1 Efeitos da crise na saúde

Desde o ano 2000 que o OPSS acompanha, analisa e descreve em cada ano, o desenvolvimento do sistema de saúde e a evolução da qualidade da governação da saúde.

Uma das principais funções do OPSS ao longo dos seus 14 anos de existência, tem sido a de memória dos desafios da saúde e da evolução do sistema de saúde português.



“Para além das repercussões ao nível da, já visível, degradação das condições socioeconómicas de uma grande parte da população, que tende a acentuar-se, a crise económico-financeira mundial e o escasso crescimento das economias de muitos países fazem prever que, num futuro muito próximo, os governos se vejam obrigados a introduzir mecanismos adicionais de contenção, particularmente ao nível da despesa pública, com eventuais implicações na alocação de recursos para o setor da saúde”. OPSS, 2010

“A crise financeira e económica, mais do que um lugar-comum, tornou-se uma realidade na vida de um número crescente de pessoas através de fenómenos como a diminuição do poder de compra, o desemprego e o consequente risco de pobreza com tudo o que lhe está associado. A resposta à crise tornou-se o tema central de todas as discussões, de leigos a especialistas, bem como da agenda do espaço europeu. (...) As medidas acordadas com os partidos do “arco da governação”, foram negociadas em plena crise política, com um governo demissionário e o país em clima de campanha eleitoral. As referidas medidas caracterizam-se, genericamente pela imposição de um calendário muito apertado de reformas que atingem todos os setores de atividade e como tal, também a saúde. (...) Apesar disso, muitas das medidas acordadas para a saúde foram bem recebidas por vários setores e entendidas como úteis e necessárias, tendo inclusivamente sido colocada a questão: sendo tão úteis e necessárias, por que razão nunca ninguém as implementou?”. OPSS, 2011



“Esta é uma crise grave que afeta seriamente a saúde dos portugueses. Para uma resposta adequada à crise é indispensável conhecer as suas causas. É importante conhecer os fatores “externos” e “internos” que desencadearam e sustentam a atual crise. (...) Na conjuntura que o país tem atravessado, o ponto de partida de uma política teria que ser a análise precoce do impacto esperado da crise económica e social na saúde das pessoas e no sistema de saúde português”. OPSS, 2012

No Relatório de primavera de 2012, analisados os determinantes da crise e os seus efeitos na saúde dos portugueses, o OPSS apresentou as suas principais conclusões, adiante resumidas:

1. *Crise, saúde e conhecimento*

Existe uma considerável base de conhecimento dos efeitos de uma crise socioeconómica (desemprego, endividamento, empobrecimento) sobre a saúde e os sistemas de saúde.

A forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente dos seguintes fatores: da situação socioeconómica, da saúde e da proteção social à partida; da intensidade da crise; da oportunidade e da qualidade das respostas.

O país está em sofrimento. A crise financeira, económica e social é patente. Os reflexos sobre o sistema de saúde, igualmente evidentes.

2. *Antecipar os efeitos da crise para atuar precocemente*

Um dos maiores progressos, a nível internacional, da conceção e posicionamento das políticas de saúde no conjunto das políticas públicas, foi a inscrição no Tratado de Maastricht (1992, implementado em 1993), do princípio segundo o qual a adoção de qualquer outra política devia tomar em consideração a análise prévia dos seus impactes sobre a saúde.

O Memorando de Entendimento (MdE) com a *Troika* (apesar desta incluir instituições europeias), no conjunto das medidas que prescreve, ignora esse princípio.

A falta de uma análise precoce e prévia sobre o impacte esperado da crise socioeconómica (e do conjunto das medidas do MdE) no âmbito da *Troika* ou do Ministério da Saúde, têm sérias consequências.

3. *O Memorando de Entendimento com a Troika e a ação do Ministério da Saúde*

O MdE inclui um conjunto de medidas específicas para a saúde. A maior parte destas medidas são úteis e necessárias. Muitas foram identificadas já há muito, mas nunca foram implementadas. No entanto, o calendário extremamente exíguo do MdE para implementá-las, tem muitas consequências indesejáveis.

O Ministério da Saúde executou bem grande parte das medidas do MdE, num contexto difícil, num tempo limitado, com alguns resultados palpáveis. No entanto, ao fazê-lo, não pôde evitar ser “arrastado” pela lógica do curto prazo e pela falta de enquadramento em políticas de saúde, daquelas medidas.

O Ministério da Saúde desenhou e tem levado a cabo um conjunto de medidas de racionalização mais profundas do que aquele contido no MdE, em menos de um ano, com resultados assinaláveis, pelo menos no curto prazo, em alguns domínios.

A análise da implementação das medidas do MdE e a insatisfação manifestada na comunicação social por parte de alguns atores socioeconómicos de saúde, indica que o Ministro da Saúde tem resistido invulgarmente bem às pressões desses setores (“captura do Estado”).

O Governo, parecendo ir para além da *Troika*, antecipou os cortes no orçamento da saúde, agravando, num período socialmente crítico para o país, as pressões sobre o bom funcionamento do sistema de saúde.

Assegurar 1.5 milhões de euros para pagar, em 2012, cerca de metade da dívida acumulada no setor da saúde, constitui um êxito assinalável do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde necessita de uma função de apoio à análise e direção estratégica.

4. *Efeitos da crise e do programa de ajustamento na saúde*

Há múltiplos indícios de que o empobrecimento dos portugueses, associado à extensão e aumento substancial das falsas “taxas moderadoras” e a dificuldades crescentes com os transportes (para além da evolução dos tempos de espera), dificultam o acesso aos cuidados de saúde de muitos portugueses.

As designadas “taxas moderadoras” não o são. São pagamentos no ato da prestação dos cuidados.

A elaboração de normas de orientação clínica (NOC) é uma iniciativa de grande alcance para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e veicula importantes progressos metodológicos.

A baixa efetiva observada nos preços dos medicamentos pode contribuir para um maior acesso aos medicamentos por parte da população. Contudo, existem claros sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes, associada ao seu empobrecimento.

Existem alguns indícios de que podem estar a ocorrer situações de racionamento implícito nos serviços públicos de saúde.

A reforma dos cuidados de saúde primários: a mais importante reforma do SNS das últimas décadas corre sérios riscos de degradação.

5. *Universalismo e sustentabilidade do SNS*

A conceção universalista (constitucional) do sistema de saúde português está centrada nos princípios de um seguro público de saúde: pagar enquanto se pode, de acordo com os rendimentos de cada um, para receber mais tarde quando se precisa. Isto significa precisamente estar protegido de pagar na pior altura, quando se está doente.

Existe politicamente uma alternativa não universalista – recusar a filosofia de um seguro público universal: quem pode paga, quem não pode é “assistido” pelo Estado. Esta alternativa requer legitimação política explícita.

Sustentabilidade do SNS: a sustentabilidade do SNS pode ser abordada de duas formas:

- Sustentabilidade financeira - gerir com melhor racionalidade a distribuição dos recursos humanos e materiais da saúde, é um aspeto fundamental para a sustentabilidade financeira do SNS. Durante o último ano, o Ministério da Saúde tomou um vasto conjunto de medidas nesse sentido, que contribuiu fortemente para a sustentabilidade financeira do SNS.
- Sustentabilidade política – a noção de sustentabilidade financeira tem que ser integrada numa ideia de ordem superior - a capacidade de posicionar adequadamente políticas de saúde no conjunto das políticas públicas (financeiras, económicas e outras).

Tem ocorrido um conjunto de situações que podem afetar negativamente a sustentabilidade política do SNS: sinais de uma agenda não-universalista; ausência de uma linha clara de orientação no investimento em saúde e no desenvolvimento organizacional do SNS; desmotivação dos profissionais e insatisfação de uma população mais vulnerável com a resposta do SNS.

3.1.1 *Reações do Ministério da Saúde*

À falta de qualquer relatório oficial sobre a matéria, o OPSS fez um considerável esforço para identificar, recolher, organizar e fazer sentido de um amplo conjunto de informações das mais diversas origens e níveis de evidência.

Todavia, as reações por parte do Ministério da Saúde não foram no sentido que seria de esperar – o da monitorização e criação de uma política de saúde que enquadre as medidas de racionalização e contenção de gastos e minimize os seus efeitos negativos.



“O Relatório de 2012 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) poderá ser uma peça importante para a análise da Governação da saúde em Portugal e contribuir para um conhecimento mais aprofundado da situação e dos seus futuros desenvolvimentos. Para isso, terá de resistir à tendência especulativa do momento e não procurar colmatar as lacunas de conhecimento com outras fontes substitutas, como artigos e recortes de jornais, relatos de casos isolados e observações avulsas, opiniões pessoais e análises parciais e parcelares que tenta apresentar como relatório e não como visões de autor.”

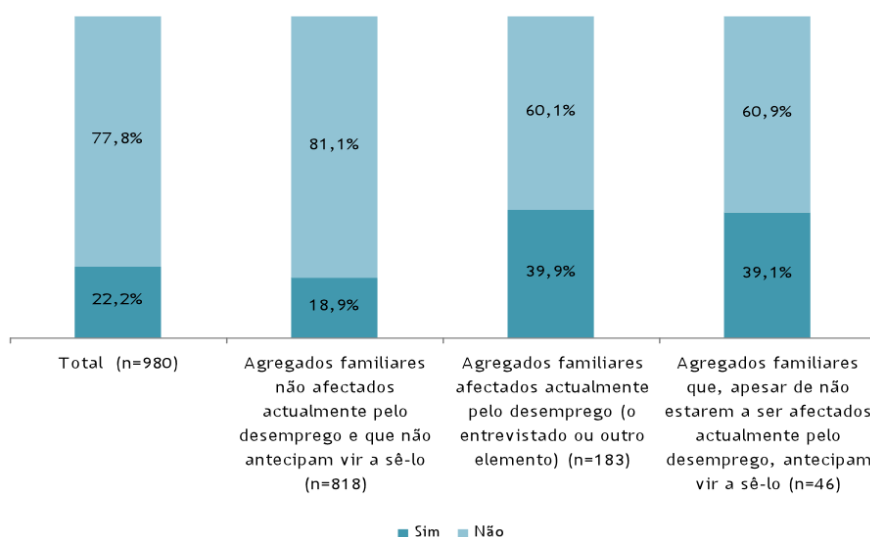
Excerto do discurso do SEAMS, Leal da Costa, na apresentação do RP 2012

Face à contínua lacuna de conhecimento, causa direta da inexistência de uma monitorização por parte do Ministério da Saúde, e perante o nível de análise dos dados dos serviços de saúde (cujos resultados não parecem indicar qualquer efeito da crise na saúde), o OPSS optou por recorrer a outros níveis de evidência.

Desde a publicação do RP2012 nova evidência sobre os efeitos da crise na saúde são patentes. Seleccionaram-se alguns exemplos, que se resumem seguidamente.

Em maio de 2012 os resultados de um estudo ao bem-estar das famílias portuguesas (980 famílias) indicaram que 22,2% dos respondentes referiram redução de despesas com a saúde. Nas famílias com um ou mais elementos desempregados (20% das famílias inquiridas), esta redução deu-se em 39,9% dos casos (SEDES, 2012).

Figura 2 – Percentagens de agregados familiares que estão a cortar nas despesas da saúde



Fonte: SEDES, 2012

Relativamente à **produção de serviços de saúde**, dados preliminares de uma região no norte do país com uma população de cerca de 244.800 indivíduos, mostra uma diminuição de 6,2%

nas consultas em cuidados primários entre 2011 e 2012, embora esta diminuição seja sobretudo visível nos indivíduos isentos de taxas moderadoras (9,4%) (Barbosa, 2013).

Na mesma região, também se observa uma redução nas **despesas de transporte** associado aos serviços nos cuidados primários, de 24% entre 2010 e 2011 e 10,7% entre 2011 e 2012 (Barbosa, 2013).

Dados da mesma região indicam um aumento de 76% nos casos de **internamento compulsivo** entre 2011 e 2012, o que poderá ser atribuível ao agravamento das situações clínicas de doença mental, devido à desadequada adesão à terapêutica (Barbosa, 2013).

O aumento da **ansiedade e depressão** em Portugal tem vindo a ser identificado por diferentes fontes: questionários sobre as perceções dos profissionais (OPSS, 2012) e registos clínicos dos médicos de família. Dados preliminares da região do norte já anteriormente referida, indicam um aumento de 30% dos casos de depressão entre 2011 e 2012 (Barbosa, 2013). Também as **tentativas de suicídio** apresentam, entre 2011 e 2012, um aumento de 47% no sexo feminino e 35% no sexo masculino, de acordo com os mesmos dados (Barbosa, 2013).

Quadro 11 – Depressão nos registos dos médicos de família (USLAM; n=244.836)

	Depressão		Tentativas de suicídio	
	H	M	H	M
2011	1.555	7.180	40	93
2012	2.027	9.405	54	137
	30%	31%	35%	47%

Fonte: Barbosa, 2013.

No que se refere à **aquisição de medicamentos**, verificou-se um aumento de 7,6% na aquisição de antidepressivos e estabilizadores de humor e um ligeiro aumento (1,5%) nos ansiolíticos e hipnóticos no mercado ambulatorio, entre 2011 e 2012 (INFARMED, 2013a). Estes aumentos parecem significativamente maiores na população acima dos 65 anos: as prescrições de ansiolíticos mais que duplicaram entre 2011 e 2012 neste grupo etário, enquanto os antidepressivos e estabilizadores do humor quase duplicaram no mesmo período temporal (IMS Health, 2013). Estas alterações não parecem dever-se à redução do preço dos medicamentos.

O risco de degradação da reforma dos cuidados de saúde primários parece persistir. Segundo um estudo que vem sendo atualizado anualmente, desde 2009, (Biscaia *et al.*, 2013), sobre a **satisfação dos coordenadores das USF**, tem havido um aumento da insatisfação relativamente ao papel do Ministério da Saúde e dos organismos da Administração Central, no que se refere à atuação destes relativamente à reforma dos cuidados de saúde primários.

Esse risco é igualmente visível através dos dados que indicam que durante o ano de 2012, em 34,3% das USF cujos coordenadores participaram no estudo, faltou material considerado básico para a atividade normal, mais de dez vezes no ano (Biscaia *et al.*, 2013).

Quadro 12 – Satisfação dos coordenadores das USF com a atuação do Ministério da Saúde e do ACSS, em relação à reforma dos CSP

		2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013
Em relação à actuação actual do MS na Reforma dos CSP, considera estar:	Muito insatisfeito/a	7,3%	11,7%	10,9%	25,4%
	Insatisfeito/a	27,1%	38,8%	44,5%	51,5%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	29,2%	25,2%	32,0%	17,9%
	Satisfeito/a	35,4%	23,3%	11,7%	5,2%
	Muito satisfeito/a	1,0%	1,0%	0,8%	0,0%
Em relação à actuação actual da ACSS na Reforma dos CSP, considera estar:	Muito insatisfeito/a	-	-	12,5%	31,1%
	Insatisfeito/a	-	-	50,0%	43,7%
	Nem satisfeito/a /Nem insatisfeito/a	-	-	28,1%	19,3%
	Satisfeito/a	-	-	8,6%	5,9%
	Muito satisfeito/a	-	-	0,8%	0,0%

Fonte: Biscaia *et al.*, 2013

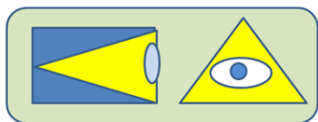
Quadro 13 – Percepção dos coordenadores das USF sobre a falta de equipamento

		2012/2013
Durante o ano de 2012 faltou, na sua USF, material que considera básico para a atividade normal de uma USF?	Sim, uma a duas vezes	14,9%
	Sim, três a dez vezes	38,1%
	Sim, mais de dez vezes	34,3%
	Não	12,7%

Fonte: Biscaia *et al.*, 2013.

A informação colhida junto destas fontes confirma a lógica da evidência utilizada na análise deste tema no Relatório de primavera de 2012 do OPSS.

3.1.2 Os efeitos da crise, na agenda política internacional



Crises and Health Network

Têm sido visíveis algumas tentativas de colocar a monitorização e alerta para os efeitos da crise na saúde, na agenda política internacional.

Em janeiro de 2013, por iniciativa da *Crises and Health Network*, foi elaborada, publicada e amplamente difundida uma Carta Aberta às autoridades nacionais e internacionais de saúde, subscrita pelos bastonários da Ordem dos Médicos da Espanha, Grécia, Irlanda e Portugal e mais um conjunto de personalidades da saúde dos quatro países. Esta carta apelava a que as autoridades a quem se dirigia:

- Confirmassem os princípios a que estão comprometidos, defendendo a proteção e a promoção da saúde na governação nacional e europeia;
- Se assegurassem que, conscientes do impacto na saúde das decisões económicas e financeiras adotadas no passado recente, resultem numa rápida revisão de tais decisões, de modo a urgentemente evitar mais deterioração da saúde e dos serviços de saúde nas comunidades;
- Atuassem imediatamente de modo a minimizar os já identificados efeitos da crise na saúde;
- Mobilizassem e orientassem para o bem comum o extraordinário potencial da inteligência, conhecimento e inovação das sociedades dos nossos dias, em vez de enfraquecer as possibilidades dos sistemas de saúde evoluírem, transformarem-se, desempenharem melhor as suas funções, tornarem-se mais centrados nos cidadãos e responderem aos desafios atuais e futuros.

Em abril de 2013, a Organização Mundial de Saúde e o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, realizaram em Oslo, Noruega, um encontro designado *Health systems in times of global economic crisis: an update of the situation in the WHO European Region*, onde apresentaram as seguintes conclusões:



1. É imperativo concentrarmo-nos nos desafios de longo prazo do sistema de saúde, durante o período de crise que atravessamos;
2. A política fiscal deve, indiscutivelmente, considerar o impacte provável da crise na saúde da população;
3. Redes de proteção social e políticas do mercado de trabalho podem atenuar os efeitos negativos da crise económica e financeira, na saúde
4. A resposta da política de saúde influencia os efeitos da crise económica e financeira na saúde da população;
5. O financiamento da Saúde Pública deve ser protegido;
6. A política fiscal deve evitar cortes excessivos e contínuos no Orçamento para a Saúde;
7. Os sistemas de saúde de alto desempenho podem ser mais resilientes em tempos de crise;
8. Reformas mais profundas são passíveis de gerar poupanças de forma mais célere;
9. Salvaguardar o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde exige um sistema de informação e monitorização que seja metódico e fiável.
10. Sistemas de saúde aptos e resilientes resultam, em primeiro lugar, de uma boa governação.

Para estas conclusões contribuiu o relatório *Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications – preliminary summary*, no qual participaram vários peritos, e em que se chama a atenção para vários aspetos a ter em conta para evitar ou minimizar os efeitos da crise na saúde (WHO. EOHSP, 2013).

Um desses aspetos, que tem vindo a obter cada vez mais relevância, são as taxas moderadoras. De acordo com este relatório, forte evidência tem demonstrado que as taxas moderadoras reduzem, de forma semelhante, a utilização de serviços de saúde de baixo ou elevado custo. Aplicar taxas moderadoras indiscriminadamente significa impedir os cidadãos de recorrer aos serviços e tratamentos de que necessitam (mesmo quando essas taxas sejam relativamente baratas), o que poderá ter um impacte negativo na saúde.

Para reflexão

Apesar da evidência e dos esforços internacionais, continua a não existir uma resposta conhecida por parte do Ministério da Saúde, apesar de ter já reconhecido publicamente



INÍCIO POLÍTICA DESPORTO CARTAZ VÍDEOS ESPECIAIS GALERIAS ARQUIVO

Portugal Globo Economia Ciência Artes TV & Media Opinião Pessoas

MINISTRO

Crise tem "impacto real na saúde", admite Paulo Macedo

por Lusa, publicado por Ana Meireles 15 janeiro 2013 Comentar

O ministro da Saúde considerou hoje, em declarações à Lusa, que é "claríssimo" que uma crise, com a dimensão da que estamos a viver, tem um "impacto real na saúde", e "não precisa de vir nenhum grupo internacional dizê-lo".

que a crise tem efeitos reais na saúde. No entanto, até à data em que o fez, janeiro de 2013, tinha vindo a reiterar a ausência de evidência técnica e científica que fundamentasse a existência desses efeitos da crise.

Nenhum dos dados aqui apresentados decorre de um qualquer esforço do Ministério da Saúde para medir o impacto da crise.



Ao fim de 4 anos, durante os quais o OPSS vem chamando anualmente, a atenção para a “crise e a saúde”, através de relatórios detalhados - elaborados com recursos muito escassos – não existe ainda em Portugal um diagnóstico oficial sobre esta matéria, a partir do qual seja possível organizar no terreno uma resposta adequada aos efeitos da crise na saúde.

Inverteram-se os papéis!

O OPSS faz o diagnóstico e aponta para as ações necessárias.

O Governo critica o OPSS.

3.2 Taxas moderadoras e copagamentos – seus efeitos no acesso

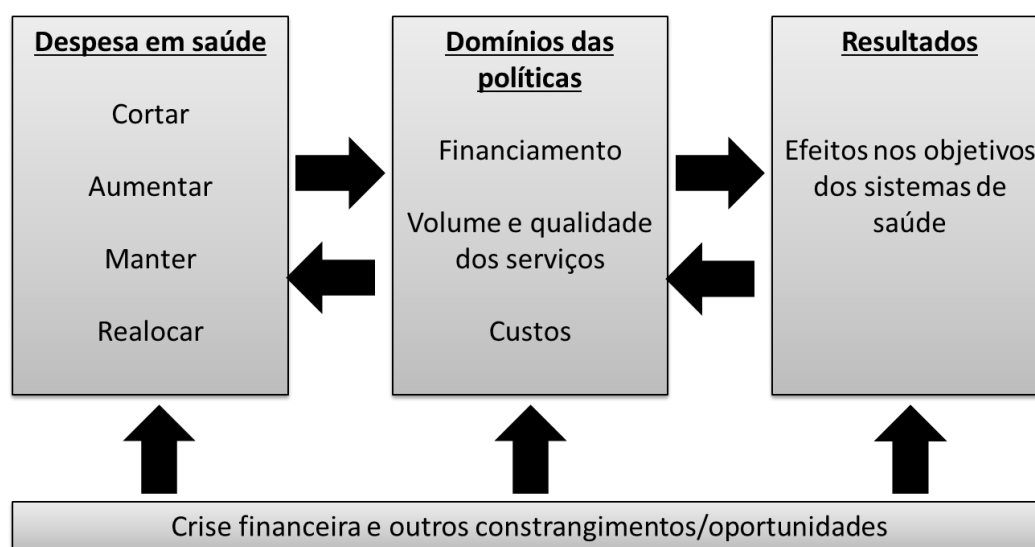
A reforma dos sistemas de saúde em tempos de crises financeiras deve garantir que não é afetado o acesso às pessoas a cuidados de saúde de qualidade (WHO, 2009a). A esse esforço, o da eficiência, nenhum governo se pode escusar.

Sendo premente mobilizar novos recursos, a questão que se deve colocar é “cortamos onde é preciso cortar, ou preservamos o que é preciso preservar?” (Sakellarides, 2010), sabendo, porém, que cortes arbitrários, para além de não resolverem as ineficiências atuais, acabam por introduzir novas ineficiências, exponenciando os constrangimentos orçamentais. O foco deverá ser, em todo o caso, aumentar o valor em saúde, mais do que identificar as áreas onde é mais fácil cortar a despesa (Mladovsky *et al.*, 2012), melhorando a relação custos/benefícios (Porter; Kramer, 2011).

É necessário, antes de tudo, definir prioridades e decidir estrategicamente como queremos financiar, de modo complementar, o sistema de saúde, por via de uma cultura de análise objetiva, ponderada e construtiva, não fechada e tecnocrática, mas amplamente discutida, que não ponha em causa o acesso e a confiança dos cidadãos no seu sistema de saúde (Sakellarides, 2010). Os níveis de despesa em saúde podem ser reduzidos, num ou mais de três domínios, designadamente, (i) o nível de contribuições, (ii) o volume e a qualidade e (iii) o custo dos cuidados publicamente financiados (Figura 3).

Na escolha por uma destas vias, qualquer decisor público deve considerar o impacto da reforma no cumprimento dos objetivos desse sistema de saúde (Mladovsky *et al.*, 2012). E esta discussão deve ser feita com o contributo dos diferentes organismos sociais, dos próprios cidadãos (WHO, 2009a) e dos profissionais de saúde. É necessário, ainda, proceder a uma harmonização técnica entre as políticas de saúde e as políticas sociais, entre as quais se transferem, de modo significativo, os impactos de umas e de outras, dado que ‘todo o ministério é um ministério de saúde’ (WHO, 2009a), isto é, a importância da saúde em todas as políticas.

Figura 3 – Respostas das políticas de saúde às crises económicas e financeiras



Fonte: Adaptado de Mladovsky *et al.*, 2012.

3.2.1 As taxas moderadoras como resposta às crises financeiras

O recurso a taxas moderadoras enquanto instrumento de redução dos custos da prestação de cuidados, em resposta às crises financeiras (Cylus, Mladovsky e McKee, cit. por Mladovsky *et al.*, 2012; Mladovsky *et al.*, 2012), tem suscitado um crescente e renovado debate internacional (James *et al.*, 2006), pelo que deve ser objeto de análise cuidada (Dupas, 2012). Em primeiro lugar, a sua utilização tendo por fundamento a necessidade de recursos adicionais é

controversa, especialmente no setor da saúde, uma vez que os argumentos económicos a seu favor têm por base suposições sobre a informação e o comportamento do consumidor que não se ajustam (Thomson; Jowett; Mladovsky, 2012) quando se trata de “consumo” de cuidados de saúde (e se de um consumidor se trata, atente-se no aumento de 127%, face ao período homólogo, no ano anterior, de reclamações de saúde sobre, entre outras razões, as taxas moderadoras, que chegaram à Associação de Defesa do Consumidor - Deco, entre janeiro e março de 2013).

Por outro lado, não existe evidência que sustente o argumento de que as taxas moderadoras contribuem para a contenção da despesa pública em saúde (Thomson; Jowett; Mladovsky, 2012), tanto mais que os custos associados à sua coleta podem limitar esse efeito (Braithwaite; Rosen, 2007; Bach, 2008; Thomson, Foubister; Mossialos, cit. por Mladovsky *et al.*, 2012), ao ponto de alguns países da EU terem abolido estas taxas devido à ausência de poupança líquida após a contabilização dos custos administrativos (Thomson; Reed, 2012, cit. por Thomson; Jowett; Mladovsky, 2012). Por outro lado ainda, alguns estudos publicados sustentam que as taxas moderadoras são um dos instrumentos que podem contaminar os propósitos de um sistema de saúde (Mladovsky *et al.*, 2012) e comprometer ganhos em saúde (Newhouse and Insurance Experiment Group, 1993; Currie; Gruber, 1996; Chernew; Newhouse, 2008; Currie *et al.*, 2008; Lin, 2009, cit. por Thomson; Jowett; Mladovsky, 2012; Mladovsky, *et al.*, 2012), o que poderá acarretar mais despesa no futuro (dada uma prestação do cuidado numa fase mais avançada e severa do estado de doença), pelo que o seu potencial para a redução do desperdício e promoção da eficiência é limitado (Tamblyn *et al.*, 2001; Mladovsky *et al.*, 2012).

Ainda que cumpram também função (secundária) de «receita do Serviço Nacional de Saúde», prevista pela Lei de Bases da Saúde, a expressão das taxas moderadoras como fonte de financiamento é residual (Simões; Barros; Pereira, 2007). Entre janeiro e junho de 2011, a cobertura das despesas com o SNS pelas taxas moderadoras obteve um valor de 1,1% (Portugal.MF.DGO, 2011). O influxo gerado pela cobrança das taxas moderadoras é, assim, diminuto quando comparado com as restantes formas de financiamento das entidades integrantes do SNS, nomeadamente em comparação com as dotações orçamentais (Portugal.MS.ERS, 2011).

O efeito das taxas moderadoras: moderação ou barreira

A existência de taxas moderadoras, enquanto instrumento de alocação eficiente de recursos às necessidades de saúde da população, isto é, que evita a sobre utilização e o uso inapropriado de serviços e, assim, o desperdício, e promove a libertação de recursos para quem deles verdadeiramente necessita, aparenta ser, em teoria, uma boa ideia (Pauly, 1968, cit. por Thomson; Foubister; Mossialos, 2010; Dupas, 2012; Lagarde; Palmer, 2011). No entanto, verifica-se um criticismo crescente sobre a sua existência, com forte argumentação nos dois sentidos (Meessen; Gilson; Tibouti, 2011), tendo emergido uma significativa tendência para a eliminação das taxas moderadoras (James *et al.*, 2006; Johnson *et al.*, 2012), ainda que essa

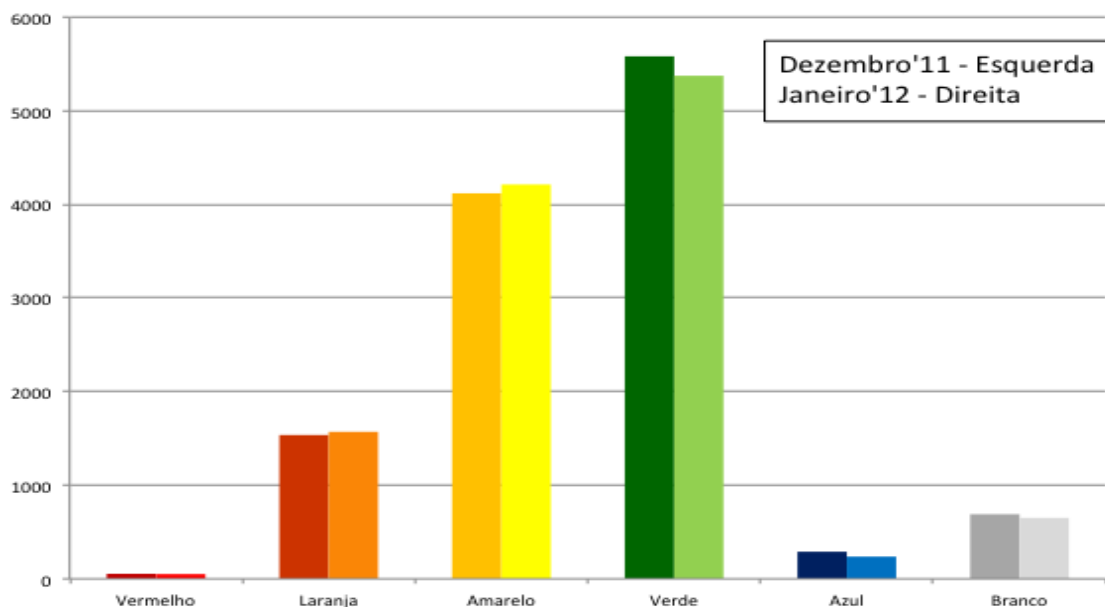
eliminação deva ser gradual, devidamente contextualizada (James *et al.*, 2006) e preparada (McPake *et al.*, 2011).

As taxas de utilização ou de moderação poderão constituir uma importante barreira no acesso aos serviços de saúde, especialmente das pessoas com rendimentos mais baixos que não estejam isentas. James *et al.*, 2006; Meessen; Gilson; Tibouti, 2011

O estudo de Johnson *et al.* (2012) ressalta que a introdução de taxas moderadoras tem provocado a diminuição da utilização dos serviços de saúde, mas, também, o atraso na procura de cuidados de que se necessita e/ou a prestação incompleta e inadequada de cuidados de saúde. Em todo o caso, o que parece evidente é a necessidade de mais estudos de impacto das taxas moderadoras, uma vez que não se resumem a efeitos na saúde, alcançando todo o espectro socioeconómico do indivíduo (Johnson *et al.*, 2012).

Também Pita Barros (2013) refere a dificuldade na medição do impacto das taxas moderadoras, dado ser necessário distinguir as alterações na “direção certa”, isto é, o redireccionamento dos casos menos graves para os cuidados de saúde primários, das alterações na “direção errada”, isto é, casos graves que não chegam aos serviços de saúde, em resultado do aumento das taxas moderadoras. O mesmo autor estudou as mudanças no perfil de utilização em dois hospitais da região de Lisboa, entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012. Ainda que os resultados não sejam conclusivos, não parece existir um efeito de “redireccionamento”, dado que, com base na Triagem de Manchester, não se registam alterações de relevo no perfil de utilizadores (figura 4).

Figura 4 – Alterações no perfil de utilizadores entre dezembro de 2011 e janeiro de 2012, em dois hospitais da região de Lisboa



Fonte: Barros, 2013.

Estão, porém, isentos/dispensados do pagamento de taxas moderadoras 5.588.016 utentes do SNS (Quadro 14), praticamente metade da população portuguesa.

Quadro 14 – Utentes com isenção/dispensa válida de taxas moderadoras – atualização de dados a 02.05.2013

Insuficiência económica	2.957.358
Desempregados e familiares	67.850
Crianças até 12 anos de idade (inclusive)	1.327.840
Incapacidade igual ou superior a 60%	122.184
Grávidas e parturientes	72.780
Doentes transplantados de órgãos	3.697
Militares e ex-militares das FA incapacitados	3.330
Doentes crónicos	890.120
Bombeiros	25.678
Dadores vivos de células, tecidos e órgãos	1.020
Dadores benévolos de sangue	116.159
Utentes com isenção/dispensa válida	5.588.016

Fonte: MS. ACSS, 2013a.

Mas, ainda que as taxas moderadoras se façam acompanhar de isenções, importantes, de todo o modo, quando as primeiras existam (Rosen *et al.*, 2011; Thomson; Jowett; Mladovsky, 2012), existem barreiras culturais (também referentes ao nível de literacia) no acesso aos serviços de saúde (James *et al.*, 2006). De todo o modo, não há um conhecimento bastante do impacte dos regimes de isenção, dado que existem ainda muito poucos estudos que evidenciem estes aspetos (Ridde; Robert; Meessen, 2012).

Thomson, Jowett e Mladovsky (2012) referem, por sua vez, que taxas moderadoras assentes numa abordagem com base no valor dos cuidados de saúde poderiam ser úteis, se acompanhadas da criação de incentivos que encorajassem as pessoas a utilizarem cuidados de elevado valor, isto é, mais custo-efetivos, e as desviassem da utilização de cuidados de valor inferior (Fendrick; Chernew; Chernew *et al.*, cit. por Thomson; Jowett; Mladovsky, 2012). Contudo, foi já demonstrado que as taxas moderadoras, para além de implicarem um aumento no peso do orçamento doméstico das famílias (Wagstaff *et al.*, cit. por Mladovsky *et al.*, 2012; Johnson *et al.*, 2012), reduzem tanto a utilização de cuidados de elevado valor (custo-efetivos) como de baixo valor, especialmente, entre as pessoas mais velhas e de baixos rendimentos, mesmo quando o valor cobrado é diminuto (Lohr *et al.*; Manning *et al.*; Newhouse; Rand Corporation Insurance Experiment Group, Gemmill; Thomson; Mossialos, cit. por Mladovsky *et al.*, 2012). Com efeito, no momento da utilização dos serviços de saúde, a apreciação sobre a necessidade de cuidados de saúde é significativamente dependente da autoperceção da condição de doença (Falk, 1977; Jonas, 1977, cit. por Lucas, 1990) e, bem

assim, do nível de literacia em saúde do doente que, não isento, decide, por si, sem beneficiar da relação de agência com o seu médico de família, se perante a sua necessidade de saúde deve dirigir-se aos serviços de saúde (e a que serviços de saúde deve dirigir-se). Para além disso, sabemos que, nessa apreciação, entra um aspeto importante, não o facto de existir uma taxa moderadora (e não se subestime a influência de um valor simbólico), mas o facto de a ida a um serviço de urgência hospitalar representar, no mínimo, um custo no orçamento familiar de 20,6 euros.

Enquadramento jurídico-legal das taxas moderadoras

No contexto português, parece, de todo, conveniente, aclarar o quadro legal em que as taxas moderadoras assentam. O Art.103º/1 da Constituição da República Portuguesa (CRP) alinha as orientações essenciais do sistema fiscal português, enquanto o Art.64º/2-a) CRP é considerado pela doutrina (Miranda; Ribeiro, 2010) e jurisprudência² portuguesas como base justificativa da criação das taxas moderadoras, enquanto figura tributária.

A Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do Sistema Nacional de Saúde são também pontos de referência importantes. O DL 113/2011 de 29 de novembro constitui a principal fonte legislativa e é concretizado, por meio das Portarias 306-A/2011 e 311-D/2011 e pela Circular-Normativa Nº 5, de 17 de janeiro de 2013, enquanto última atualização dos valores de acordo com a inflação.

Cruzando a redação da Base XXXIII/2-d) da Lei de Bases da Saúde e a do Art. 2º do DL 113/2011 com a do Art. 4º da Lei Geral Tributária, é patente a recondução das taxas moderadoras à mais abrangente figura das Taxas, enquanto “prestação pecuniária e coativa exigida por uma entidade pública em contrapartida de uma prestação administrativa efetivamente provocada ou aproveitada por um sujeito passivo” (Vasques, 2008). No entanto, a par da índole financeira, a doutrina reconhece a crescente presença da Extrafiscalidade, ou seja, a prossecução de objetivos não financeiros através de figuras tributárias. Sousa Franco (1995) reconhece essa função às “taxas moderadoras dos bens conexos aos serviços de saúde (...)”, cujo objetivo é principalmente “...dissuadir o contribuinte de um uso precipitado ou imoderado de um serviço...”. Para mais, outro ponto que exige um esclarecimento complementar é o da medida da equivalência entre prestação monetária e contraprestação administrativa, sendo que um longo caminho foi percorrido no sentido da substituição de uma estrita Equivalência Económica por um critério flexível de Equivalência Jurídica. Parece ser necessária, pois, uma fundamentação que vá além de “...uma simples enunciação do Princípio da Proibição do Excesso.” (Lobo, 2006) e que, no caso das taxas moderadoras, encontra sentido numa “Equivalência Funcional Subsidiada”, na medida em que a “...taxa dependerá

² Acórdãos do Tribunal Constitucional Nº330/88 de 11 de abril e Nº731/95 de 14 de dezembro

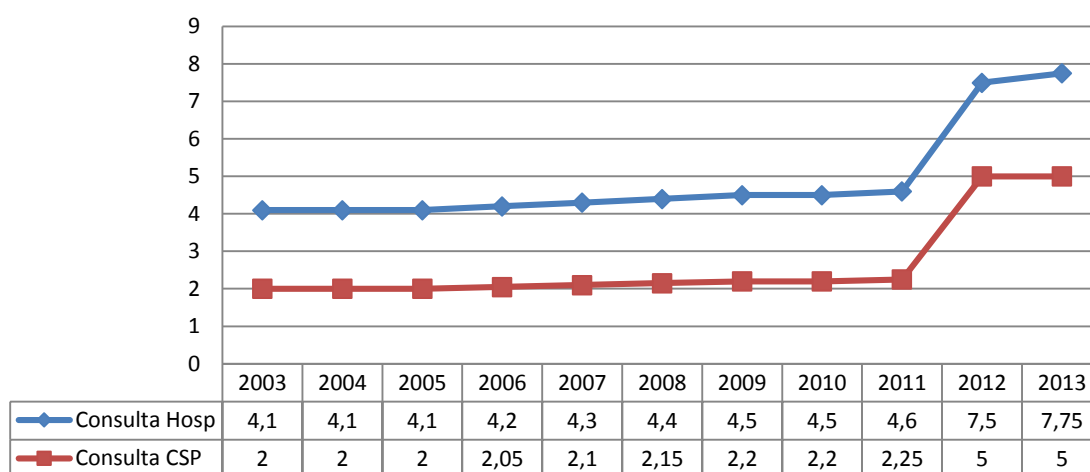
da intensidade dos objetivos que se prosseguir” (Lobo, 2006), numa ótica de reconhecimento da essencialidade social do serviço público prestado.

Neste ponto, é determinante distinguir a figura das taxas moderadoras da figura dos copagamentos, classe geral em que, ao lado de outras figuras, as taxas moderadoras são muitas vezes compreendidas. É importante ter em consideração que, enquanto figura tributária, a taxa moderadora será sempre fruto de uma imposição estatal, possuindo uma origem *ex lege* (isto é, que decorre da lei). Já os copagamentos afiguram-se como uma divisão no suporte dos custos do sistema de saúde, de entre os quais a comparticipação entre o doente e os subsistemas de saúde ou entre o doente e os seguros de saúde são um exemplo claro. Embora ambos partilhem a lógica da sinalagmaticidade, isto é, ambos são exigíveis contra a realização de cuidados de saúde, é necessário atentar no facto de que as taxas moderadoras são Tributos, enquanto os copagamentos são Preços Públicos, com o que a distinção acarreta de subjugação da primeira ao Princípio da Proporcionalidade e da Proibição do Excesso, não subvalorizando a discussão sobre a operacionalidade, compatibilidade constitucional e legitimidade sistemática da cobrança de Preços Públicos no âmbito da saúde diretamente ao utente.

A modificação dos preços das taxas moderadoras em 2012

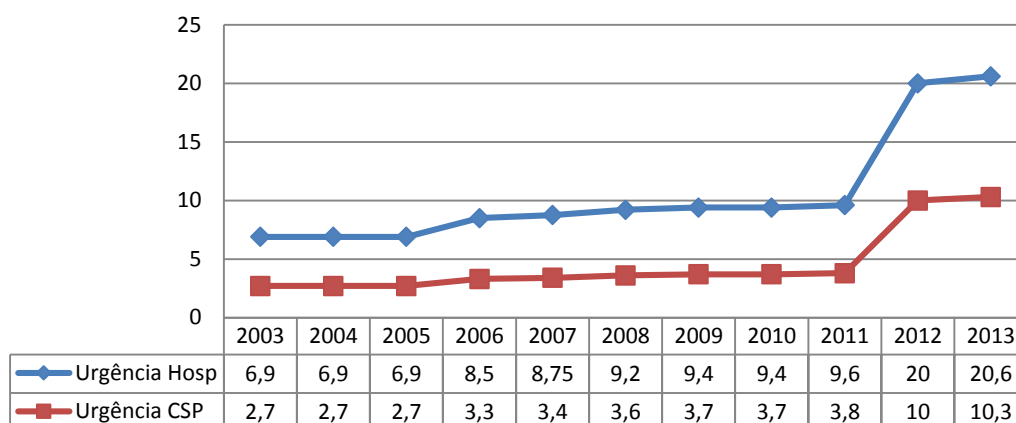
Em Portugal, o novo regime de taxas moderadoras previsto no DL 113/2011, de 29 de novembro, alterado e republicado pelo DL 128/2012, de 21 de junho, entrou em vigor a 1 de janeiro de 2012. A evolução dos preços (reais) das taxas moderadoras, entre 2003 e 2013, encontra-se ilustrada nas figuras 5 e 6, tanto das consultas como da urgência. O aumento gradual até 2011 sofreu um impulso significativo em 2012, com a introdução dos novos preços.

Figura 5 – Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 – consultas (preços reais)



Fonte: elaboração própria, com base na legislação que fixa o valor das taxas moderadoras.

Figura 6 – Evolução das taxas moderadoras 2003-2013 – urgência (preços reais)



Fonte: elaboração própria, com base na legislação que fixa o valor das taxas moderadoras.

O aumento das taxas moderadoras previsto no Memorando de Entendimento deve ser visto à luz da finalidade da figura tributária. Não esquecendo que nos encontramos na presença de um tributo em que impera o objetivo extrafiscal de moderação da utilização dos cuidados de saúde, e não a obtenção de receita, o equacionar de um aumento no valor praticado deve ter sempre, como afirma Jorge Reis Novais (cit. por Portugal. MS. ERS, 2011), como “limite a impossibilidade de impedir ou dificultar o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde (...) desde que a finalidade pretendida seja aumentar a efetividade do efeito dissuasor subjacente à cobrança de taxas moderadoras”, isto é, respeitar os princípios da “igualdade, da proteção da confiança, da proibição do excesso e, se for o caso, da proteção da dignidade da pessoa humana”.

Outro aspeto interconectado com a alíquota praticada não se prende com a questão do seu aumento, mas com a conformação da mesma. Na presença de um patamar de isenção e de um patamar de tributação a taxa fixa, a doutrina é unânime em identificar o problema da regressividade das taxas, na medida em que o impacte (não só no rendimento do agregado familiar, mas o próprio impacte moderador da figura) é superior nas famílias e utentes de menores rendimentos do que nos de maiores rendimentos. Consequentemente, há uma frustração do objetivo a que se propõe esta tributação, que apenas pode ser agravado por não haver sequer uma relação direta entre o auferir de menos rendimentos e a maior utilização dos cuidados de saúde.

Não parece acertado considerar a necessidade de financiamento do SNS como justificação para o aumento dos valores praticados, principalmente a partir do momento em que se perca a ligação com a orientação moderadora e com isso se crie uma onerosidade manifesta no acesso aos cuidados de saúde, situação que se encontra vedada constitucionalmente.

A questão da incidência subjetiva das taxas moderadoras

Refletindo sobre a incidência subjetiva, somos tentados a concluir que as taxas moderadoras enfrentam um problema estrutural de compatibilização entre o seu âmbito de aplicação e o objetivo de moderação a que se propõem. Senão vejamos: tendo as taxas como principal objetivo o desincentivo do consumo arbitrário que conduz ao sobre uso ineficiente de recursos de Saúde, é importante que os sujeitos passivos sejam não só os efetivos beneficiários da contraprestação mas também, num universo tão específico quanto o da Tributação Extrafiscal, que sejam os efetivos agentes das escolhas, sobre os quais a modelação de atitude por via tributária pretende incidir. Numa primeira análise, pode avançar-se logo o facto de as escolhas em Saúde serem tomadas numa atmosfera de fragilidade para o doente e de a assimetria informativa entre classe médica e restante população marcar a diferença para com outras situações de utilização dos serviços públicos, o que pode, desde logo, ser visto como um obstáculo à legitimação da figura por ser equacionável, em face do princípio da Dignidade Humana, que se não considere correto tributar tal situação precária.

No entanto, a questão adquire contornos específicos quando já se firmou uma relação de agência entre médico e doente, ou seja, quando o doente transfere para o médico a competência da escolha do tratamento a seguir e dos cuidados a tomar. Tal é patente na requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), a qual se encontra inteiramente na dependência de prescrição do médico, tendo-o como beneficiário imediato, e apenas mediamente o doente, sendo contudo sujeita ao pagamento das taxas moderadoras, suportadas pelo doente. Note-se que não estamos aqui perante situações de utilização de presunções como modo de quantificação da contraprestação, utilizável noutras figuras tributárias, mas sim na esfera da incidência subjetiva, na qual tal confusão de sujeitos passivos, se não inaceitável, parece ao menos questionável. Não se percebe, de tal modo, com que base o DL 113/2011 de 29 de novembro diferencia, no seu Art.2º-c), os MCDT realizados em regime de internamento dos restantes, quando antes da realização de qualquer um deles se firmou a Relação de Agência entre Médico-Doente que orienta e enforma a atuação do utente.

Reflexão final

As taxas moderadoras foram introduzidas com a bondade de se constituírem como um “instrumento moderador, racionalizador e regulador do acesso à prestação de cuidados de saúde”, que garantissem, em simultâneo, “o reforço efetivo do princípio de justiça social” no SNS (DL n.º 173/2003, de 1 de agosto, alterado pelos DL n.os 201/2007, de 24 de maio, 79/2008, de 8 de maio, e 38/2010, de 20 de abril) e fossem “tendentes a racionalizar a utilização das prestações” (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que cria o SNS). Também o DL n.º 57/86, de 20 de março, veio prever a definição de “taxas destinadas a moderar a procura de cuidados de saúde, evitando assim a sua utilização para além do razoável”, de forma a “reservar as prestações de cuidados de saúde aos utentes que efetivamente delas careçam”.

O legislador pretendeu, em toda a linha (ou, pelo menos, assim o expressou), com a regulação do acesso promovida pelas taxas moderadoras, a redução da ineficiência, da sobre utilização e do desperdício dos serviços de saúde, o que, teoricamente parece uma boa ideia. E cumprindo, também, as taxas moderadoras uma “função disciplinadora do consumo de cuidados de saúde”, diminuindo, assim, “as necessidades de financiamento via redução do nível de cuidados de saúde que cabe ao SNS financiar” (Simões; Barros; Pereira, 2007), serviria, ainda, de mecanismo de controlo da despesa (nunca de fonte de financiamento). Contudo, todas as ideias pedem, antes e depois da sua implementação, uma análise cuidada dos seus impactes e o estudo exaustivo dos seus benefícios e dos *trade offs* que implicam. E, no que diz respeito à Saúde, os efeitos de qualquer medida são amplos e alcançam, sempre, outros domínios da pessoa (Johnson *et al.*, 2012).

No que se refere a taxas moderadoras, não existe evidência que confirme se, de facto, têm vindo a dissuadir a utilização desnecessária ou, ao invés, a restringir a utilização necessária, dicotomia expressa por Campos (1990). Por outro lado, é consensual o entendimento quanto à residualidade da sua capacidade enquanto captadora de recursos capazes de sustentar o SNS, pelo que a sua inclusão nas recomendações do Memorando da *Troika*, no capítulo do financiamento e não num outro de gestão do acesso, só se justifica com uma confusão com os copagamentos, figura inequivocamente distinta na finalidade, no valor e no objeto da taxa moderadora, como melhor descrito anteriormente. Seria de todo conveniente assumir, com honestidade intelectual, a diferença entre taxas moderadoras, respeitantes à decisão, imputável ao cidadão, de aceder aos serviços de saúde, e copagamentos, referentes à participação no custo dos cuidados de saúde, imputável (no processo de decisão), na maioria das vezes, ao prescriptor. Por outro lado, como justifica esperar-se que uma taxa moderadora sirva de financiamento do sistema de saúde, se tem, antes, por fundamento reduzir a utilização dos serviços de saúde?

Deve, ainda, refletir-se sobre se será possível moderar-se algo através de uma taxa quando não se trate de um bem transacionável de natureza utilitária. Será, de algum modo, exequível atingir esse objetivo quando falamos de saúde, um valor que está também dependente de outros dois fatores importantes (que se inter influenciam), como a literacia e a autoperceção?

No estudo da ‘bondade’ das taxas moderadoras, seria útil, por outro lado, conhecer o perfil do utilizador (Lucas, 1990), procurando dar resposta à pergunta ‘quem são, afinal, os imoderados?’. No estado atual de sofisticação da ‘intelligence’ disponível para a tomada de decisão, é já possível conhecer e falar com os ‘imoderados’, aqueles a quem se destinam as taxas moderadoras. E só a partir daqui parece razoável refletir sobre a ‘bondade’, concreta, específica do sistema de saúde português, da aplicação de uma taxa moderadora, e descobrir (ou não) se estão a modificar os comportamentos dos imoderados ou, ao invés, por via de uma perigosa perversão do sistema, a criar iniquidades no acesso a quem nunca foi imoderado e, de facto, precisa de cuidados de saúde, e para cujo financiamento já contribuiu, num momento anterior à situação de doença, em função da sua capacidade de pagar, no quadro do

contrato social estabelecido com o Estado (Sakellarides, 2009). E esta “menor proteção dada em caso de doença” (Simões; Barros; Pereira, 2007), promovida por uma taxa moderadora que vem moderar, antes, os moderados, não cabe, decerto, no espírito do legislador que veio rever a Constituição da República Portuguesa.

A taxa moderadora “serve para moderar”, justificando-se apenas “enquanto é possível encontrar a difícil arquitetura que faz com que um pagamento sirva para verdadeiramente moderar os realmente imoderados, sem dificultar o seu acesso aos cuidados de saúde dos que efetivamente necessitam”. OPSS, 2011

“Se é verdade que há cerca de duas décadas, a ausência de sistemas de informação elaborados não permitia outra solução, isso já não é assim há algum tempo. É hoje possível identificar os sobre utilizadores injustificados (uma pequena percentagem dos utilizadores de cuidados de saúde, com a possível exceção dos serviços de urgência), e intervir junto deles”. OPSS, 2012

De qualquer modo, não se sugere, de todo, a eliminação das taxas moderadoras sem, pelo menos, a devida preparação do sistema e das medidas complementares necessárias. Sabe-se já, pela experiência noutros países, que uma deficiente preparação resulta em reformas sem o nível de sofisticação necessário e na fragilidade da configuração e implementação dos processos inerentes (Meessen *et al.*, 2011), para além de produzir efeitos indesejados, incluindo deterioração da qualidade (McPake *et al.*, 2011).

Uma nota final prende-se com a importância que parece ter, perante toda a evidência exposta, substituir a pergunta: ‘reduzirão as taxas moderadoras a utilização desnecessária dos serviços de saúde?’ por esta outra: ‘constituirão as taxas moderadoras uma barreira no acesso a serviços de saúde que queremos que as pessoas utilizem?’.

3.3 Crise, desemprego e saúde mental – impacte na depressão e no suicídio

No ano de 2007 os Ministros da Saúde dos países da União Europeia assinaram, em Roma, uma declaração intitulada “*Health in All Policies*” (Conselho da União Europeia, 2007). Nessa declaração reconhecia-se que o estado de saúde de uma população é largamente determinado por fatores externos ao setor da saúde e que as falhas na proteção e promoção da saúde da população têm severas consequências económicas. Deste modo, aceita-se que investir na saúde é investir no desenvolvimento dos países. Com base nisto os países signatários propunham-se avaliar o impacte na saúde das medidas propostas por qualquer outro setor de atividade.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011), vem de algum modo reafirmar o que atrás foi referido, destacando a importância dos determinantes da saúde e a necessidade de se investir, entre outros, na redução das iniquidades em saúde e na promoção da participação dos cidadãos nas decisões políticas em saúde.

Assim, e considerando a dimensão e a repercussão da atual crise, interrogamo-nos: qual o impacto da atual crise económico-financeira na saúde da população? De que modo está a crise a ser gerida tendo em conta os princípios atrás referidos?

Para responder a estas perguntas fizemos uma análise da evidência disponível a nível internacional e nacional, considerando particularmente a repercussão da crise na saúde mental das pessoas, como o resultado da convergência, por um lado, do aumento dos níveis de *stress* e ansiedade, resultantes de fatores como o desemprego, a insegurança e a incerteza, da diminuição de rendimentos disponíveis e consequente alteração de padrões de alimentação, e por outro, da alteração das políticas de saúde que pudessem reduzir a capacidade de resposta dos serviços de saúde, o aumento da comparticipação financeira dos utentes, entre outros.

3.3.1 O que sabemos – Evidência internacional

São por demais reconhecidas algumas das consequências da atual crise económico-financeira, principalmente em alguns países (e.g., Grécia, Irlanda, Espanha). Destacamos aqui apenas algumas das mais relevantes: grave crise de desemprego aproximando-se, em alguns países, de 1/3 da população, sendo um fenómeno que, em muitos casos, atinge todos os membros de uma família; redução do rendimento dos trabalhadores e dos pensionistas, mesmo dos que já tinham rendimentos muito baixos; diminuição acentuada dos orçamentos de todos os setores sociais do estado com consequente enfraquecimento dos denominados “estabilizadores automáticos” (e.g. subsídio de desemprego) e redução da oferta de serviços.

Ora a evidência científica internacional tem vindo a sugerir que estes impactes poderão ter sérias consequências a nível social e representar uma potencial ameaça à saúde pública (Stuckler *et al.*, 2009a).

Assim, e embora a evidência sobre a crise económico-financeira e as doenças mentais seja ainda escassa (Lee, cit. por Christodoulou, 2012), existem já alguns estudos que se debruçaram sobre o impacto de crises económicas anteriores, nomeadamente as que sucederam nos Estados Unidos da América (EUA) (Reeves *et al.*, 2012), na Ásia (Lee *et al.*, 2010; Chang *et al.*, 2009) e na ex-União Soviética (Anderson, 2011).

A relação entre desemprego e suicídio em contexto de crise económica, já tinha sido identificada no final da década de 90, no Japão, Hong Kong e Coreia (Chang *et al.*, 2009; Uutela, 2010). Também na União Europeia o aumento do desemprego foi associado a um aumento significativo, no curto prazo, de mortes prematuras por violência intencional, incluindo os suicídios (Uutela, 2010). A associação entre as psicopatologias e a pobreza tem

vindo a ser demonstrada pela evidência ao longo dos tempos. Estudos realizados no Japão, Hong-Kong e outros países asiáticos (Chang *et al.*, 2009), sugerem que severas perdas financeiras devido à crise económico-financeira na Ásia, e em particular o desemprego, resultaram num aumento dos suicídios. O mesmo foi indicado no estudo efetuado na China, após uma mudança social que implicou, entre outras, graves perdas financeiras, onde se registou um aumento da depressão e da taxa de suicídio (Phillips; Huaqing; Zhang, 1999).

Existe uma relação direta entre o aumento de desemprego em contexto de crise económico-financeira e o número de mortes prematuras.

Num estudo que analisou a relação do desemprego e do nível médio de rendimento com variáveis de saúde mental, foi concluído que a taxa de desemprego estava positivamente associada com o número de homicídios, e que o nível médio de rendimento estava negativamente correlacionado com as taxas de suicídio, ou seja, quanto mais pobres são as pessoas, maior o número de suicídios (Giotakos; Karabelas; Kafkas, 2011). Num outro estudo, realizado na Coreia do Sul durante a crise económica da segunda metade da década de 90, também já se tinha observado uma estreita e precoce relação entre recessão, desemprego e suicídio (Khang; Lynch; Kaplan, 2005).

Também é sabido que o efeito negativo do desemprego sobre a saúde mental é maior nos países com um baixo desempenho económico e distribuição desigual dos rendimentos. Pelo contrário, um melhor desempenho económico e uma boa rede de proteção social (i.e., estabilizadores automáticos) poder-se-ão constituir como fatores amenizadores deste fenómeno. Corroborando estas conclusões, verificou-se que na Suécia e em Espanha, durante o período compreendido entre 1980 e 2005, se registaram crises económicas a par com um aumento do desemprego (Stuckler *et al.*, 2009b). Contudo, ao contrário do que aconteceu em Espanha, na Suécia o aumento do desemprego não influenciou o crescimento do número de suicídios, permitindo inclusive uma descida sustentada da taxa de incidência de suicídio, essencialmente devido ao reforço do sistema de proteção social, nomeadamente, através de mais cuidados de saúde de proximidade (primários e de saúde mental), de apoios financeiros a famílias em maior dificuldade (sobretudo por desemprego) e à promoção de programas ativos de mercado de trabalho. Por outro lado, as evidências também apontam para que os mecanismos de proteção social poderão ser um fator fundamental na epidemiologia do suicídio, particularmente em países que experimentam crises sociais ou que se encontram em transição (Park *et al.*, 2009).

Estudos que analisaram dados de 26 países da União Europeia (UE), entre 1970 e 2007 concluíram que, nos indivíduos com idades inferiores a 65 anos, cada aumento de 1% na taxa de desemprego estava associada a uma subida de 0,79% na taxa de suicídio. Para aumentos superiores a 3%, na taxa de desemprego este impacte era mais significativo, com uma subida de 4,45% na taxa de suicídios e de 28% nas mortes decorrentes do consumo excessivo de álcool (Stuckler *et al.*, 2009b).

Naturalmente, a evidência relativa à atual crise é mais escassa. Contudo, tem vindo a ser publicada alguma que demonstra a sua associação com expressões psicopatológicas, em particular a depressão (Butterworth; Rodger; Windsor, 2009) e o suicídio (Chang *et al.*, 2009; Stuckler *et al.*, 2011; Reeves *et al.*, 2012). Estas duas variáveis influenciam-se mutuamente na medida em que a evidência sugere que grande parte dos suicídios que ocorrem durante as crises económicas, são em pessoas que sofrem de depressões típicas ou atípicas e em que a crise económica (e especialmente o desemprego) atua como um “fator precipitante” (Christodoulou, 2012).

Vários autores (Dooley; Catalano; Wilson, 1994; Workshop, 2012; Katikireddi; Niedzwiedz; Popham, 2012) referem que, tendencialmente, o desemprego, o empobrecimento e a instabilidade familiar precipitam ou desencadeiam problemas de saúde mental como a depressão, o suicídio (Murphy; Athanassou, 1999; Wahlbeck; Awolin, 2012; Dooley; Catalano; Wilson, 1994), o aumento do consumo de álcool (Gili *et al.*, 2012) ou outros com expressão psicossomática (Catalano, 2009; Preti; Miotto, 1999). Em linha com estas conclusões, estudos recentes confirmaram a associação entre o aumento das taxas de desemprego e a subida das taxas de suicídio para os vários países que constituem a União Europeia (Duleba *et al.*, 2012; Barr *et al.*, 2012; Stuckler *et al.*, 2011). Também de acordo com Katikireddi, Niedzwiedz e Popham (2012), o desemprego está relacionado com comportamentos perniciosos e o risco acrescido de mortalidade.

Um outro estudo, realizado na Grécia, refere que se verificou uma correlação muito significativa entre a dívida pública e as taxas de desemprego e de suicídio por grupos etários específicos, entre 2001 e 2011 (Madianos, 2013).

Por outro lado, vários aspetos também indicam que os que mantêm o seu emprego são afetados negativamente pela situação de desemprego dos seus pares. Na base está não só o acréscimo de trabalho mas também o aumento da incerteza sobre o seu próprio futuro laboral (Economou; Nikolaou, 2007; Stuckler *et al.*, 2009b).

Outras evidências indicam que o desemprego e o nível de endividamento têm um papel particularmente importante (OPSS, 2012; Khang; Lynch; Kaplan, 2005). O endividamento também se apresenta como um fator crucial no desenvolvimento de doenças mentais (Jenkins *et al.*, 2008; Skapinakis *et al.*, 2006; Brown; Taylor; Price, 2005), podendo também estar associadas a estes problemas as dificuldades em fazer face às despesas inerentes ao agregado familiar (habitação, etc.) e aos problemas financeiros em geral. De acordo com Jenkins *et al.* (2008) quanto mais dívidas as pessoas têm maior a probabilidade de sofrerem de perturbações psíquicas.

O nível de endividamento das famílias e as dificuldades em fazer face às despesas do agregado familiar são fatores cruciais para o desenvolvimento de doenças mentais.

Por outro lado, na Grécia em 2011, as admissões aos hospitais públicos aumentaram, bem como a proporção de cidadãos que reportaram que a sua condição de saúde estava má ou muito má (Kentikelenis *et al.*, 2011). Mais ainda, os homicídios e os roubos praticamente subiram para o dobro entre 2007 e 2009 e, o uso de heroína e os suicídios aumentaram dramaticamente (17%)³ à semelhança do que aconteceu durante as recessões económicas no Reino Unido (que totalizou um aumento de mais 1.000 mortes, no período compreendido entre 2008 e 2010), nos EUA (onde se verificou um excesso de mortes por suicídio estimado em mais de 4.750, entre 2007 e 2010) (Barr *et al.*, 2012; Reeves *et al.*, 2012), e na Irlanda que, no período de 2007 a 2008, apresentou um aumento de 13% (Stuckler *et al.*, 2011). No entanto, o mesmo autor verificou um efeito positivo da crise económica, dado que diminuíram o número de condutores embriagados a par com a diminuição do consumo de álcool e de mortes por acidentes rodoviários. Em linha com estes resultados também Khang, Lynch e Kaplan (2005) referem que o impacto da crise económica na mortalidade específica se traduziu numa redução dos acidentes rodoviários e num aumento das taxas de suicídio.

De registar, ainda, que noutros estudos se verificou outra tendência, nomeadamente, num inquérito realizado em Espanha durante 2010, apresentou, comparativamente ao período de pré-crise (2006), um aumento considerável de perturbações de humor (19,4% na depressão maior), de ansiedade (8,4%), somatoformes (7,3%) e das relacionadas com o álcool (4,6% na dependência) (Gili *et al.*, 2012).

Também um questionário realizado por telefone na Grécia (Economou *et al.*, 2011) revelou um aumento de 36% de tentativas de suicídio reportadas entre 2009 e 2011, resultados que estão em linha com as conclusões de Stuckler *et al.* (2011). Um outro estudo, realizado no mesmo país e que se baseou na informação recolhida a partir das linhas telefónicas de apoio a pessoas com problemas de saúde mental, refere que se registou um aumento de chamadas telefónicas com referência direta ou indireta à crise económica no ano de 2010, sendo ainda constatado que a maioria das pessoas que ligaram revelou sintomas depressivos e estavam na sua maioria desempregadas (Economou *et al.*, 2012). Em oposição a estas conclusões (associação da atual crise económica com o suicídio), Fountoulakis *et al.* (2012) refere que, a partir da análise de estatísticas nacionais gregas relevantes e da OMS, não se observaram alterações substanciais durante o período de crise económica, pelo que recomendam alguma cautela na interpretação dos dados existentes.

Ainda que limitada, a evidência empírica também sugere que se verifica um aumento do consumo e venda de estupefacientes, particularmente em jovens, em períodos de “contração económica” (Arkes, 2011; Bretteville-Jensen, 2011; Arkes, 2007). Relativamente ao consumo

³ Estima-se, ainda, que tenham aumentado 25% entre 2009 e 2010, e 40% na primeira metade do 2011, em relação a igual período do ano anterior. Uma das principais causas para este fenómeno pode ter a ver com a dificuldade em suportar altos níveis de endividamento pessoal e familiar (Kentikelenis *et al.*, 2011).

de álcool, constata-se que, em países desenvolvidos, os consumidores “pesados” tendem a consumir menos e, contrariamente, os consumidores “ligeiros” (incluindo jovens) a consumir mais (Pacula, 2011).

Em períodos de maiores dificuldades económicas, verifica-se um aumento de comportamentos de risco entre os jovens, nomeadamente no que se refere ao consumo de álcool e estupefacientes.

Por sua vez, do ponto de vista de políticas de saúde, Catalano (2009) regista que em situações de crise económica se verifica uma diminuição das atividades programadas, sobretudo das associadas à prevenção da doença e à promoção da saúde, em favor do atendimento de situações de doença aguda.

Assim, associado ao declínio significativo na economia de muitos países, ao aumento do desemprego e do número de pessoas a viverem em situação de pobreza, assiste-se a severos cortes na despesa pública resultando numa “era de austeridade” na saúde e nos serviços de apoio social (WHO, 2011). Por exemplo na Grécia, de acordo com Kentikelenis *et al.* (2011), devido à crise económica o orçamento dos hospitais públicos foi cortado em cerca de 40%.

Nestas circunstâncias, as pessoas com baixos níveis de rendimento e que vivem no limiar da pobreza estão sujeitas a um maior *stress* psicossocial, a uma deterioração da sua saúde, diminuição da coesão social, menor acesso às necessidades básicas de vida (*e.g.* alimentação adequada) e um acesso mais limitado aos cuidados de saúde (médicos e medicamentosos) (WHO, 2009b; Falagas *et al.*, 2009). Acresce ainda, que a influência destes fatores (desemprego, etc.) sobre a saúde das pessoas implica maiores iniquidades sociais na saúde (Kondo *et al.*, 2008; CSDH, 2008).

Países com elevadas taxas de suicídio apresentam também elevadas taxas de risco de pobreza, elevadas taxas de crescimento anual para o setor da indústria, mas reduzida despesa com cuidados de saúde (Ferretti; Coluccia, 2009). Sob o ponto de vista do acesso a serviços de saúde, nota-se que a distribuição geográfica das taxas de suicídio encontra-se inversamente relacionada com o número de infraestruturas de cuidados primários e de saúde mental disponíveis (Giotakos; Tsouvelas; Kontaxakis, 2012).

3.3.2 Saúde Mental e Suicídio – Evidência Nacional

Em Portugal, não são conhecidos estudos que avaliem o impacto da crise na saúde mental das pessoas. Por tal razão, optámos por referir dados relativos aos registos de depressão e de tentativas de suicídio dos médicos de família de uma Unidade Local de Saúde e por reunir alguma evidência sobre a evolução de alguns determinantes de saúde.

Assim, de acordo com os registos atrás referidos, na Unidade Local de Saúde do Alto Minho verificou-se, de 2011 para 2012, um acréscimo no diagnóstico de depressão de 30% para os homens e 31% para as mulheres. Já relativamente aos registos de tentativas de suicídio e no mesmo período verificou-se um acréscimo de 35% para os homens e 47% para as mulheres (Barbosa, 2013).

Relativamente aos determinantes, começamos por referir o emprego, para assinalar que de acordo com o INE, a taxa de desemprego no final de 2012 era de 16,9%. Todavia é de referir também que, de acordo com a PORDATA, entre 2007 e 2012 a taxa de desemprego passou de 8,0% para 16,9%. Assim, no contexto dos países ditos “intervencionados”, Portugal é o que detém a terceira maior taxa de desemprego, atrás da Espanha e da Grécia.

Esta taxa de desemprego ocorre ao mesmo tempo que se verifica uma redução significativa do rendimento disponível dos que ainda têm emprego e dos reformados (OCDE, 2013), bem como uma acentuada diminuição dos diversos apoios sociais.

Aquele conjunto de fatores ajudam a compreender que em Portugal o limiar de risco de pobreza⁴ tenha tido um crescimento contínuo entre 2003 e 2009, todavia em 2010 verificou-se uma redução do rendimento médio da população, levando a que o limiar de risco de pobreza tenha diminuído cerca de 3% face ao ano anterior. Em 2010, 18% da população portuguesa residente encontrava-se a viver abaixo do limiar da pobreza (EAPN, 2012).

Em 2011, de acordo com o Eurostat *Statistics in Focus* (Lopez Vilaplana, 2013), Portugal estava entre os países em que o risco de pobreza e exclusão social nas crianças e nos idosos ultrapassava a média da UE. O mesmo documento refere ainda que 28,6% das crianças portuguesas no mesmo ano estavam em risco de pobreza e exclusão social, acima da média de 26,9% na UE. Quanto aos idosos, 24,5% dos portugueses com 65 ou mais anos está em risco de pobreza e exclusão social, acima da média dos 27 Estados-membros da UE (20,5%).

Em 2011, Portugal estava entre os países em que o risco de pobreza e exclusão social das crianças e idosos ultrapassava a média da UE.

⁴ O limiar da pobreza corresponde a 60% da mediana da distribuição dos rendimentos monetários líquidos equivalentes nacional (EAPN, 2012)

Na população em geral, entre 2010 e 2011 este risco baixou ligeiramente de 25,3% para 24,4% (um dado que se deve ao facto de nesse período ter baixado o rendimento médio do país que serve de base ao cálculo das taxas). Em 2009 o limiar era de 5.207€ anuais e, em 2010, foi reduzido para 5.046€ anuais, o que corresponde a uma redução de 434€ para 421€ mensais (EAPN, 2012).

Quadro 15 – Limiar de risco de pobreza, 2004 - 2010

Ano de referência do rendimento	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Limiar de risco de pobreza – anual (€)	4149	4317	4386	4544	4886	4969	5207	5046
EU-SILC	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (Po)

Po – Valor provisório;

EU – SILC: Inquerito às condições de vida

Fonte: EAPN, 2012.

Consideramos que seja relevante referir que este fenómeno se verifica no país da Europa (Portugal) com a maior prevalência de doenças mentais, onde cerca de um em cada quatro portugueses sofria de uma doença psiquiátrica (23%), sendo que 16,5% sofria de perturbações de ansiedade, 7,9% de perturbações depressivas e quase metade (43%) já teve uma destas perturbações ao longo da vida (Almeida, 2010a). De referir ainda que, segundo este autor, apenas 1,7% da população com problemas de saúde mental tem acesso aos serviços públicos especializados e o internamento continua a consumir a maioria dos recursos (83%), quando não deve ultrapassar 50% em países desenvolvidos (OPSS, 2009; Almeida, 2010b). Outros resultados deste mesmo estudo mostram que 33,6% dos doentes com perturbações graves não tiveram qualquer tratamento e, dos que foram acompanhados, 38,9% foram assistidos em serviços especializados em saúde mental, enquanto 47,1% foram acompanhados em consultas de medicina geral e familiar.

Mais recentemente, o estudo “O que pensam os portugueses sobre a Depressão?”, da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (outubro 2012) revelou que 24% dos portugueses admite já ter sofrido uma depressão e destes 83% fez tratamento; 65% diz ter conhecimento de um caso de uma pessoa próxima que tenha sofrido a doença; 96% considera que a crise aumentou os casos de depressão em Portugal; problemas familiares e financeiros são considerados como as principais causas de depressão; 32% dos questionados considera ainda que a doença pode aparecer sem causa. Certo é que as consequências que decorrem desta perturbação (para o próprio e para a comunidade em geral) traduzem-se não só em custos económicos avultados, como se estendem a custos emocionais nem sempre tangíveis, de inegável morbilidade psicológica.

De assinalar, igualmente, e de acordo com a APAV (2012), um aumento de sinais de violência. Assim, o número de crimes registados por aquela Associação sofreu um acréscimo de 8,8% de 2010 para 2011 e de 10% de 2011 para 2012. Relativamente ao número de vítimas diretas,

houve um aumento de 29% num período de 2 anos. Também é de assinalar que nos crimes praticados no âmbito da violência doméstica, embora tenham aumentado em números absolutos, sofreram uma ligeira descida percentual face ao total de crimes, passando de 85% (15.724) em 2011 para 83,6% (16.970) em 2012. Os maus tratos psíquicos representaram cerca de 36% das situações de violência doméstica no seu todo, seguindo-se os crimes de maus tratos físicos com 26,7% do total dos crimes desta categoria. Já nos crimes de Violência Doméstica em sentido lato, foi o crime de violação de domicílio ou perturbação da vida privada que se destacou com 1,9% face ao total. Apesar da descida percentual dos crimes de Violência Doméstica face a 2011, alguns crimes em particular demonstraram uma tendência contrária, designadamente o crime de injúrias/difamação que aumentou em mais de 100% (+ 861) e os crimes de natureza sexual que aumentaram 94,1% (+ 128).

A diminuição percentual dos crimes de violência doméstica tem associado um aumento dos crimes contra as pessoas, de 11,2% (2078) em 2011 para 12,5% (2538) em 2012, bem como um aumento dos crimes contra o património (de 1,6% (300) em 2011 para 2,4% (494) em 2012).

Registou-se uma redução percentual dos crimes de violência doméstica a par com um aumento dos crimes associados contra terceiros e património.

Relativamente à problemática do suicídio, de registar que anualmente, em Portugal, ocorrem mais de 1.000 casos de suicídio e cerca de 30 mil comportamentos suicidários não consumados, apesar dos especialistas referirem que esta é ainda uma realidade pouco referenciada (Eurotials, 2004). Entre 1971 e 2000, verificou-se que a percentagem de suicídios por todas as causas de morte, em Portugal, sofreu um ligeiro aumento até 1987, tendo-se então registado uma progressiva diminuição, mais acentuada entre 1995 e 2000 (Eurotials, 2004).

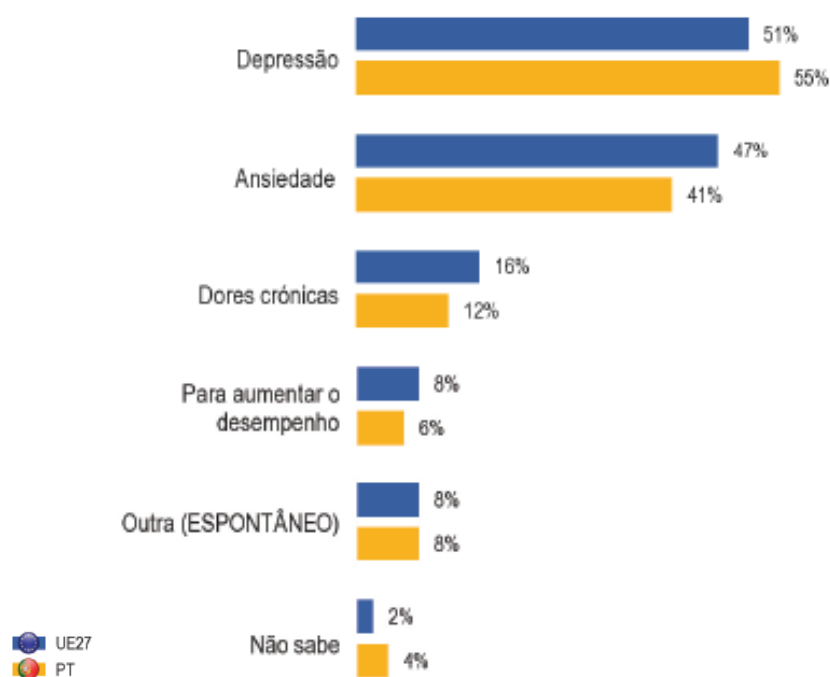
O valor mais elevado registou-se em 1984, em que 1,1% das mortes por todas as causas em Portugal foram por suicídio, tendo-se registado o valor mais baixo em 1999 e 2000 (0,5%) (Eurotials, 2004). Portugal apresentava, em 2010, uma taxa de suicídio de 8,2, abaixo do valor apresentado pela OCDE de 12,3 (OCDE, 2012). No entanto salienta-se que entre 1995-2010 esta taxa de suicídio apresentou um crescimento de 9%.

A considerar ainda que, entre nós, o elevado número de mortes por causas indeterminadas e a escassez de autópsias, em particular de autópsias psicológicas, poderão ser responsáveis por uma subnotificação destes casos. Estamos, pois, perante um sério problema de saúde pública que se pretende combater essencialmente através da prevenção.

Um outro indicador indireto tem a ver com o consumo de antidepressivos. De acordo com dados da OCDE (2012), Portugal apresenta um consumo de antidepressivos de 79 DDD (*defined daily dose*) por 1000 habitantes/ano, muito acima do valor médio dos países da OCDE

de 52 DDD por 1000 habitantes/ano e superior ao valor referido no RP 2012 relativo ao ano de 2011 (64 DDD 1000 habitantes/ano). De acordo com a EC, Eurobarometer (2010)⁵ entre fevereiro e março de 2010, a proporção de inquiridos portugueses que tomaram antidepressivos nos últimos 12 meses já era mais elevada que a média da UE (15% e 7% respetivamente). Mais inquiridos portugueses tomaram antidepressivos para a depressão (55%) do que a ansiedade (41%).

Figura 7 – Por que motivo (s) tomou antidepressivos?



Fonte: European Commission. Eurobarometer, 2010.

No que respeita ao consumo de drogas, o Instituto da Droga e da Toxicodependência refere que, de acordo com o Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas ECATD/ESPAD, de 2007 para 2011 (Feijão; Lavado; Calado, 2011), no consumo de canábis registou-se uma diminuição da experimentação entre alunos mais novos e um aumento entre os mais velhos, bem como um aumento nas percentagens de consumidores recentes (12 meses) e dos atuais (30 dias⁶). O mesmo estudo salienta variações de frequência de consumo irrelevantes até 15 anos e um ligeiro aumento depois dos 15 anos (1-5 vezes). No que diz respeito a outras drogas (anfetaminas, ecstasy, cocaína, LSD, cogumelos alucinogénicos, heroína e droga injetada): é referido um aumento da experimentação de anfetaminas em todos

⁵ O Eurobarometer realizou este trabalho de campo através de entrevistas diretas pessoais, das quais 26.800 foram realizadas nos EU27 (entre 26/02-17/03/2010) e 1.032 em Portugal (entre 27/02-15/03/2010).

⁶ Frequências de consumo: nº de ocasiões de consumo (IDT, 2011)

os grupos etários e do LSD (ligeiro aumento) a partir dos 15 anos. Registaram-se ainda pequenas variações em ambos os sentidos na experimentação das outras drogas, em todos os grupos etários e o número de alunos que experimentaram mais do que uma destas drogas revelou-se insignificante. Por último aquele estudo nota que quanto à droga em geral, se verificou um aumento da experimentação em todos os grupos etários, em que até aos 15 anos a experimentação de “outras drogas” é superior à canábis. Depois dos 15 anos, a experimentação de canábis é superior a “outras drogas”, bem como se registou um crescimento do número de alunos que experimentaram canábis e alguma das “outras drogas”.

De acordo com o mesmo estudo (Feijão; Lavado; Calado, 2011), e no que concerne ao consumo de álcool, de 2007 para 2011, constata-se uma diminuição do número de consumidores de álcool, em todos os grupos etários e por género, bem como um aumento dos consumos mais intensivos (embriaguez), isto é mais alunos a beberem intensivamente, com maior frequência e maiores quantidades de bebidas consumidas e com maior teor alcoólico (destiladas). Quanto ao aumento das percentagens de alunos que já se embriagaram, em geral, foi maior para as raparigas do que para os rapazes e no que concerne à idade de iniciação ao consumo registou-se uma estabilidade.

Estes dados devem ser interpretados tendo como referência o facto de Portugal surgir “reiteradamente entre os maiores consumidores de bebidas alcoólicas e de álcool a nível Europeu e Mundial, quando consultamos as estatísticas provenientes do comércio e da indústria” (Balsa; Vital; Pascueiro, 2011, cit. por SICAD, s.d.).

No que diz respeito à resposta do Serviço Nacional de Saúde, pensamos que seja relevante assinalar a existência de planos, quer seja o Plano Nacional de Saúde (2012-2016), quer o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM, 2007-2016). Todavia, simultaneamente, deve considerar-se a implementação de um conjunto de medidas recessivas, o enfraquecimento dos estabilizadores automáticos e a inexistência de medidas que facilitem o acesso e/ou combatam as problemáticas atrás referidas, mas, acima de tudo, a inexistência de uma resposta diferenciada em tempo de crise.

De referir, por último, que à semelhança de outros países, em Portugal, o setor da saúde sofreu reduções significativas em todas as rubricas orçamentais. De acordo com a ACSS (2012) até junho de 2012 e face ao período homólogo, verificaram-se reduções nos custos totais, quer no universo do Setor Empresarial do Estado (EPE), com uma redução de 9,2%, quer no universo SNS, redução de 8% nas ARS e de 16,8 % nos hospitais SPA. De acordo com a OMS verificaram-se reduções particularmente na despesa em saúde pública (WHO. EOHSP, 2013). A distribuição do orçamento da saúde em função dos diversos tipos de serviços continua a discriminar negativamente os cuidados de saúde mental. As organizações prestadoras de cuidados tiveram grandes reduções nos seus orçamentos, as quais se traduzem em medidas que frequentemente se repercutem na diminuição da oferta e limitação do acesso

de serviços. Ao mesmo tempo verificou-se o incremento dos copagamentos sob a forma de taxas moderadoras.

Considerações finais

A evidência internacional sugere que a atual crise económica, bem como as que têm ocorrido nas últimas décadas, inevitavelmente se traduzirá num acentuado impacto a nível social. Em termos gerais, uma crise económica poderá implicar perda do emprego, de rendimento disponível, com consequente endividamento, situação de pobreza, instabilidade familiar, disrupção social, degradação das condições de vida e da saúde em geral. Estes fatores poderão implicar o aparecimento de doenças mentais, como a depressão, que, de acordo com alguns estudos, poderão ter uma forte associação com o suicídio, o consumo de álcool e de outras substâncias psicotrópicas ilícitas.

Procurou-se fazer o paralelo a nível nacional, de acordo com os dados disponíveis, dado que presentemente se vive uma crise económica em Portugal sem precedentes. Dos dados que podemos aferir verifica-se uma elevada taxa de desemprego (aumento de cerca de 16%), sobre a qual poderão ser necessários alguns cuidados, uma vez que a evidência tem demonstrado que poderá implicar um aumento dos suicídios.

Além disso, também é sugerido por alguns autores que o desemprego poderá potenciar o desenvolvimento de perturbações mentais. Num contexto em que Portugal já se assume como um dos países da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população, nomeadamente as perturbações de ansiedade e depressivas (16,5% e 7,9%, respetivamente) (Almeida, 2010a), este facto, por si só, ilustra de forma inequívoca a relevância que as políticas de saúde mental têm de assumir no contexto das políticas gerais de saúde. Um outro fator que poderá ser influenciado pelo desemprego é a violência intencional e, de acordo com dados nacionais recentes, tem-se verificado um acréscimo deste tipo de comportamentos. Regista-se, ainda, um crescimento do número de pessoas em risco de pobreza e exclusão social, em particular as crianças e os idosos, que ultrapassavam, em 2011, a média da União Europeia. Este fator também se revela preocupante uma vez que, de acordo com a evidência, também poderá influenciar outras variáveis, como a deterioração da saúde, incluindo doenças mentais e o consumo de álcool e drogas ilícitas. Estas últimas representam, em Portugal, uma preocupação em termos de saúde pública, dado que de acordo com os dados disponíveis ocupávamos o oitavo lugar mundial em termos de consumo de álcool (2003) e a prevalência do consumo tem vindo a aumentar (Balsa; Vital; Pascueiro, 2011). Em relação ao consumo de drogas registou-se um aumento em 2010 e 2011.

Apesar de alguma escassez de estudos, torna-se claro através da evidência disponível que a deterioração de vários indicadores macroeconómicos influencia negativamente muitos determinantes sociais com impacto direto no perfil de saúde populacional. Perante o atual cenário os governos não podem ignorar estas problemáticas, além de que a médio/longo

prazo acarretarão um elevado custo. Por outro lado, e de acordo com a tendência veiculada pela declaração *Health in All Policies*, não perspetivar as implicações da crise sobre a saúde e/ou não investir na saúde contribui para retardar o desenvolvimento do país.

4.

ASPETOS ESPECÍFICOS DA GOVERNAÇÃO

4.1 O medicamento, a crise e o Memorando de Entendimento

O relatório de primavera 2012 referia-se ao Memorando de Entendimento com a *Troika* (MdE) estranhando “os valores quantitativos das medidas aí expressas, designadamente os valores de diminuição da despesa em função do PIB, no caso dos medicamentos, que parecem não ter em conta as medidas já tomadas pelo anterior governo em 2010, que já estavam a ter no momento da assinatura do memorando um efeito muito significativo na contenção da despesa e retração do mercado dos medicamentos e diminuição da despesa pública.”

Este ano notamos que a parte de contenção da despesa em saúde continua a ter uma componente muito significativa no referente aos medicamentos, em especial nos medicamentos utilizados em ambulatório. O objetivo de “reduzir a despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até final de 2012 e para cerca de 1% do PIB em 2013” mantém-se, apesar de diversas entidades contestarem a forma como têm sido feitos os cálculos e de se constatar que os valores alcançados não têm em linha de conta a média europeia, concretamente em termos de gastos *per capita*. Aliás, um documento recente da Comissão Europeia (Corone *et al.*, 2012) refere que “o gasto público em produtos farmacêuticos em ambulatório variou na UE entre 0,3 e 1,7% do PIB em 2010, sendo a média da EU, 1,1%”. O mesmo documento acrescenta que se forem considerados os gastos farmacêuticos nos hospitais, que tradicionalmente não eram considerados nos relatórios da OCDE, os gastos em medicamentos nos países da UE teriam de ser ajustados, em média, em mais 15%. Assim, ajustando a média da União Europeia pelo mesmo valor, chegamos a um gasto público em produtos farmacêuticos de 1,265% do PIB, muito acima da meta de cerca de 1% que a *Troika* determinou que Portugal deve cumprir.

Se se considerarem os gastos públicos totais com medicamentos (ambulatório e hospitais), Portugal necessitaria de reduzir esse gasto para 1,265% do PIB (até final de 2013), ajustando-se assim para a média Europeia e não para 1% do PIB, tal como foi imposto pela *Troika*.

Reafirmamos que, num período de crise, com graves implicações no rendimento individual e no bem-estar social e no estado de saúde da população é indispensável a garantia do acesso aos medicamentos essenciais. Nestes últimos meses acentuou-se a dificuldade no acesso a medicamentos nas farmácias. Esta tem sido atribuída, em muitos casos, à exportação paralela para países do centro e norte da Europa como consequência do baixo preço dos medicamentos em Portugal, em parte devido à forte diminuição de preços que se verificou em algumas moléculas durante o último ano. O INFARMED tomou diversas medidas para contrariar essa situação não se conhecendo ainda o seu impacto.

A crise teve impacto negativo em toda a cadeia de valor do medicamento, levando a despedimentos na indústria farmacêutica, insolvência de várias farmácias e dificuldades financeiras de alguns grossistas.

Alguns dos objetivos traçados nas últimas revisões do MdE, como por exemplo o "objetivo de quota de genéricos (volume) de 45% em 2013 e de 60% em 2014, no ambulatório SNS", exigem medidas de defesa e promoção do mercado de medicamentos genéricos que não estão explícitas. Todavia, a medida de anular a baixa do preço dos medicamentos genéricos em 2013 (Portaria n.º 91/2013, de 28 de fevereiro) parece ter previsivelmente evitado a saída do mercado de numerosos medicamentos genéricos por inviabilidade económica.

A medida introduzida em outubro de 2012, referente à verificação da implementação das normas de orientação clínica e integração das mesmas no sistema eletrónico de prescrição, parece-nos uma medida estruturante de grande importância, contudo, registamos pouca evolução deste aspeto até ao momento.

Continuamos a notar que as diversas revisões são omissas em medidas estruturantes como a que referimos no ano passado de "se organizar um sistema eficaz de avaliação das tecnologias da saúde que não impeça administrativamente o acesso à inovação, como está hoje a acontecer, mas permita a seleção em função do seu valor terapêutico acrescentado e custo-efetividade.»

4.1.1 As alterações ao MdE após a avaliação trimestral

Analizadas as diversas alterações ao longo dos trimestres, que coincidem com as reuniões da *Troika* com o Governo e diferentes organizações representantes de várias entidades, especialistas e académicos, constata-se que foram feitas algumas alterações, no que se refere às medidas relacionadas com o medicamento. A título de exemplo, e reportando às alterações que são identificáveis com tomadas de posições públicas, registamos:

- A retirada da referência "em linha com a média da UE" no objetivo anunciado de contenção da despesa para cerca de 1% do PIB em 2013, refletindo a falta de clareza que foi apontada publicamente ou em debates por diversas organizações e académicos quanto às fontes utilizadas e forma de cálculo dos valores da despesa pública com medicamentos. Continuam a persistir dúvidas sobre a metodologia de cálculo da despesa.
- A alteração de 60 para 50 na percentagem do preço máximo do primeiro genérico em relação ao original, para efeitos de fixação do preço máximo do primeiro genérico.
- A introdução de uma cláusula de revisão anual dos países de referência, para efeito de cálculo do preço dos medicamentos.
- A adoção de um sistema de sanções e penalidades, como complemento do modelo de avaliação da prescrição de medicamentos.
- Medidas adicionais sobre a distribuição de medicamentos que conduzem a poupanças suplementares nas despesas públicas.
- Alteração da percentagem de desconto a efetuar no setor da distribuição no caso do novo sistema de cálculo das margens não produzir as poupanças estimadas.

Na 6ª atualização do MdE são introduzidos objetivos específicos para o crescimento da quota de genéricos para 2013 e 2014 e deixam de constar as medidas adicionais para as farmácias e grossistas. É incluída referência à poupança prevista no Orçamento de Estado 2013 para o SNS.

A principal legislação publicada na área do medicamento e a sua implementação, resultantes da tradução prática das principais medidas propostas e/ou impostas pela *Troika*, por ter sido abundante e diversificada durante este último ano de governação em saúde em análise, foi examinada e comentada de forma sumária e encontra-se incluída para consulta em Anexo neste Relatório.

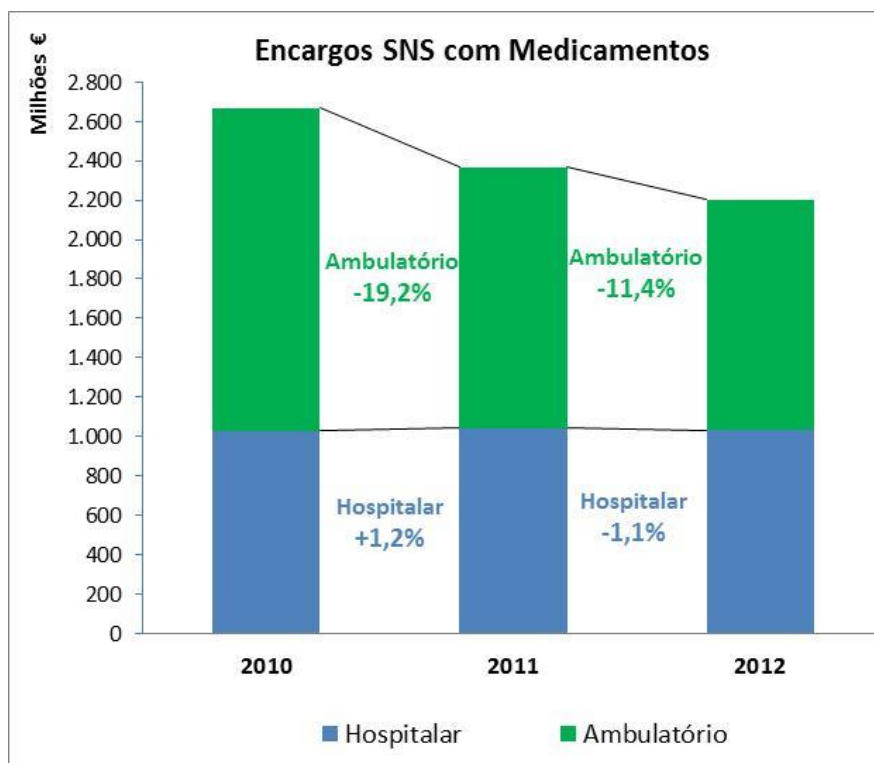
4.1.2 Mercado de medicamentos e despesa pública

Quando analisada a evolução do mercado de medicamentos em Portugal verifica-se que, mesmo antes da intervenção externa, foram tomadas diversas medidas ao nível do sistema de preços e comparticipações que reduziram acentuadamente o valor do mercado de medicamentos em ambulatorio, em 9,1% em valor e em 19,2% nos encargos do SNS em 2011. Passado um ano, continua a assistir-se à degradação do valor de mercado ambulatorio, com nova redução de 11,7% em valor, e diminuição de 11,4% dos encargos do SNS (INFARMED, 2012c).

O mercado hospitalar continua com o mesmo nível de despesa pública observado em 2010 (Figura 8), com um aumento nos encargos do SNS de 1,2% em 2011 e redução de 1,1% em 2012 (INFARMED, 2012b). No entanto, não se conhece se estes valores refletirão os descontos e/ou reembolsos da Indústria Farmacêutica ao Estado, nem qual a dimensão deste valor.

Em 2013, introduziu-se pela primeira vez um mecanismo de comparação internacional de preços para os medicamentos de aquisição hospitalar, que consiste na revisão anual de preços com base nos novos países de referência utilizados para o mercado de ambulatorio. No entanto, aguarda-se a avaliação do impacto desta alteração na evolução da despesa hospitalar.

Figura 8 – Evolução dos encargos SNS com medicamentos no mercado ambulatório vs. hospitalar (2010-2012)



Fonte: INFARMED, 2010-2012 (elaboração própria) - INFARMED ainda não publicou o relatório hospitalar de dezembro 2012.

Notas: Os Encargos do SNS no mercado Hospitalar não representam a totalidade dos hospitais do SNS

No que concerne aos encargos com medicamentos no SNS, em ambulatório, observou-se que entre 2010 e 2011 (antes da implementação das medidas incluídas no MdE) ocorreu uma redução de 314,5 M€ num ano. De acordo com a execução financeira consolidada do SNS entre 2010 e 2011 a despesa total foi reduzida em 668,6 M€ e a despesa com produtos vendidos nas farmácias foi reduzida em 322,8 M€, ou seja, 48,3% da redução total da despesa em saúde no SNS foi resultado da quebra na rubrica de ambulatório (Portugal.MF.DGO, 2012).

Em 2012, esta tendência mantém-se, verificando-se uma redução adicional de 151,8 M€ em encargos no SNS, com medicamentos em ambulatório (11,4%). De acordo com a execução financeira consolidada do SNS, a redução percentual verificada nesta rubrica apenas é ultrapassada pelas “Despesas com pessoal”, com quebra de 14,2% entre 2011 e 2012 (Portugal.MF.DGO, 2012).

Por outro lado, não tem sido publicada pelas instituições públicas, informação atualizada sobre a totalidade da redução pública da despesa com medicamentos em ambulatório, considerando

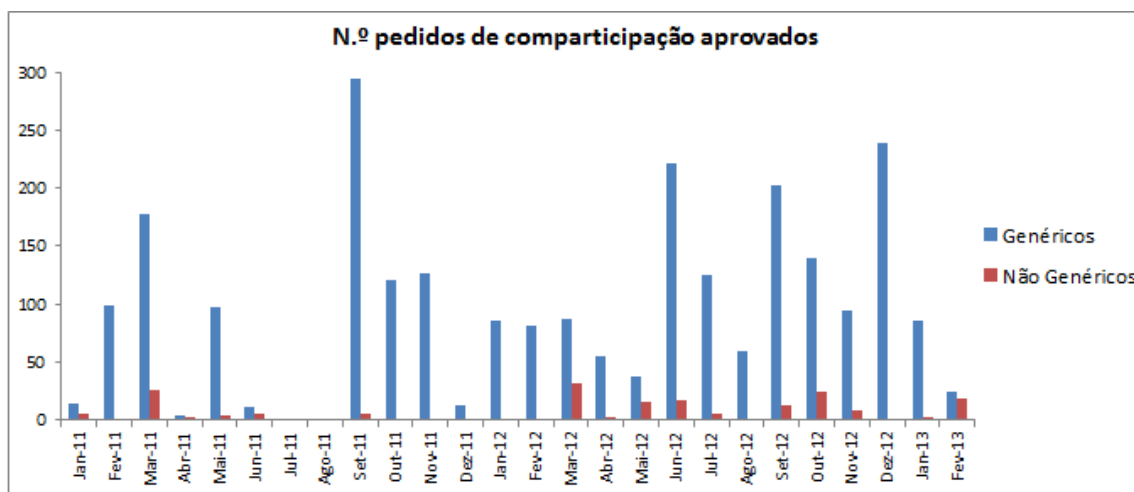
os diversos subsistemas públicos que, apesar do peso decrescente que se tem vindo a observar nos últimos anos, constituem uma realidade em Portugal.

Neste contexto, salienta-se também um estudo da Nova School of Business & Economics (Barros; Martins; Moura, 2012b), que estimou uma redução na despesa do SNS de pelo menos 75 M€ decorrentes da diminuição das margens de lucro do setor da distribuição (54 M€ apenas considerando as farmácias, com quebra de 14%, em média, e sem considerar a redução de preços por outros motivos). Os autores concluem que a farmácia média está a operar com lucro económico negativo desde 2010 (custos relacionados com financiamento não foram considerados) e que a atividade normal não permite cobrir os custos fixos, com perdas para os proprietários ou encerramento de farmácias (Barros; Martins; Moura, 2012b). Este aspeto poderá ditar uma degradação na acessibilidade dos doentes ao medicamento. Aliás, num outro trabalho em que foram aplicados inquéritos aos utentes (amostra de 18% das farmácias), 12% da amostra referiu ter dificuldade em encontrar medicamentos na farmácia “quase sempre” (Barros *et al.*, 2012). Cerca de 88% das farmácias reduziram o *stock* mínimo da maioria dos medicamentos, 86,5% reduziram o número médio de embalagens adquiridas e 92% reportaram dificuldades na obtenção de medicamentos junto dos grossistas “quase todos os dias”.

Devido às sucessivas reduções do PVP dos medicamentos e da diminuição das margens de comercialização, as farmácias têm sentido dificuldades em manter a sua atividade assim como os padrões de acessibilidade dos doentes ao medicamento nos moldes anteriores a 2010, nomeadamente por dificuldades na manutenção dos *stocks* mínimos para uma dispensa atempada dos medicamentos prescritos pelo médico, assim como na obtenção de medicamentos junto dos grossistas.

Em termos de acesso à inovação em Portugal, e analisando a evolução das comparticipações aprovadas pelo INFARMED, desde janeiro de 2011 até fevereiro de 2013, verifica-se que cerca de 93% das novas apresentações que entraram no mercado ambulatorio nos últimos 26 meses, comparticipadas pelo SNS, são medicamentos genéricos. Adicionalmente, apenas 1,6% do total de comparticipações, em mais de dois anos, são referentes a novas substâncias ativas, o que evidencia a quase ausência de entrada de medicamentos inovadores no mercado ambulatorio. Nos dois primeiros meses do ano 2013 registaram-se valores muito baixos de comparticipações em ambulatorio, conforme visível na figura 9.

Figura 9 – Evolução do número de pedidos (apresentações de medicamentos) de comparticipação aprovados (2011-2013)

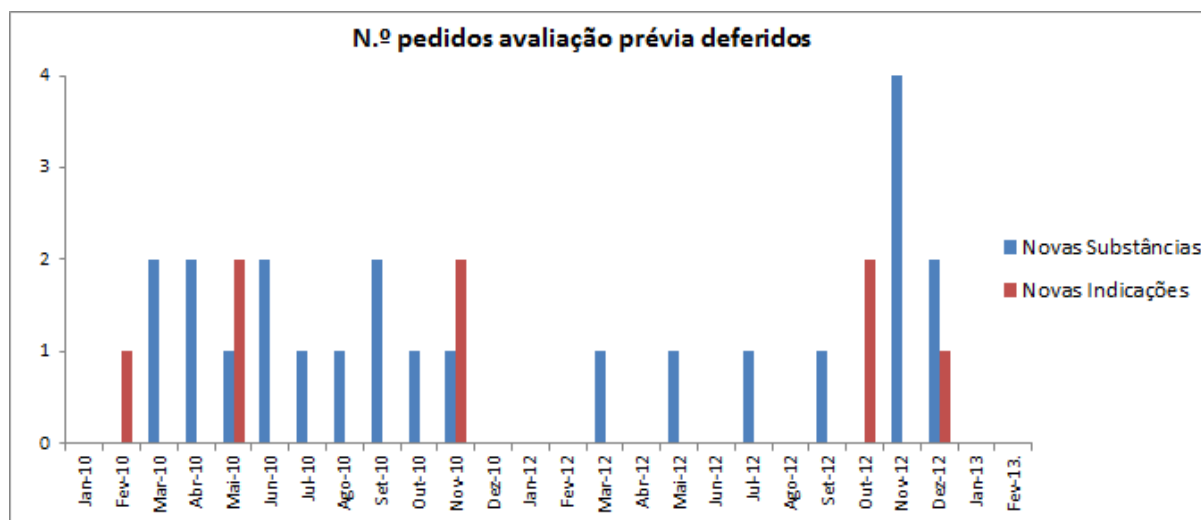


Fonte: Dados provenientes dos “Indicadores de atividade relativos à avaliação de pedidos de comparticipação de medicamentos de uso humano” do INFARMED (elaboração própria).

Notas: N.º de pedidos contabilizados em n.º de apresentações

No que concerne à análise dos pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar, deferidos pelo INFARMED, verifica-se uma redução em 2012. Nesse ano foram aprovados 13 processos de avaliação prévia (dos quais 10 são referentes a novas substâncias) e em 2010 tinham sido aprovados 18 processos (13 referentes a novas substâncias). Nos dois primeiros meses do ano 2013 não se regista nenhuma aprovação (figura 10).

Figura 10 – Evolução do número de pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar deferidos, com contrato assinado (2010, 2012 e 2013)



Fonte: Dados provenientes dos “Indicadores de atividade relativos à avaliação de pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar” do INFARMED (elaboração própria). Não se conseguiu acesso ao relatório de 2011.

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

Ainda de acordo com um estudo de 2011, “No contexto Europeu, Portugal aparenta ser um dos países com pior acessibilidade (decisão mais demorada e menos provável) aos medicamentos com novas substâncias ativas ou novas indicações terapêuticas.” (Exigo Consultores, 2011), pelo que parece existir, ainda, um longo caminho a percorrer.

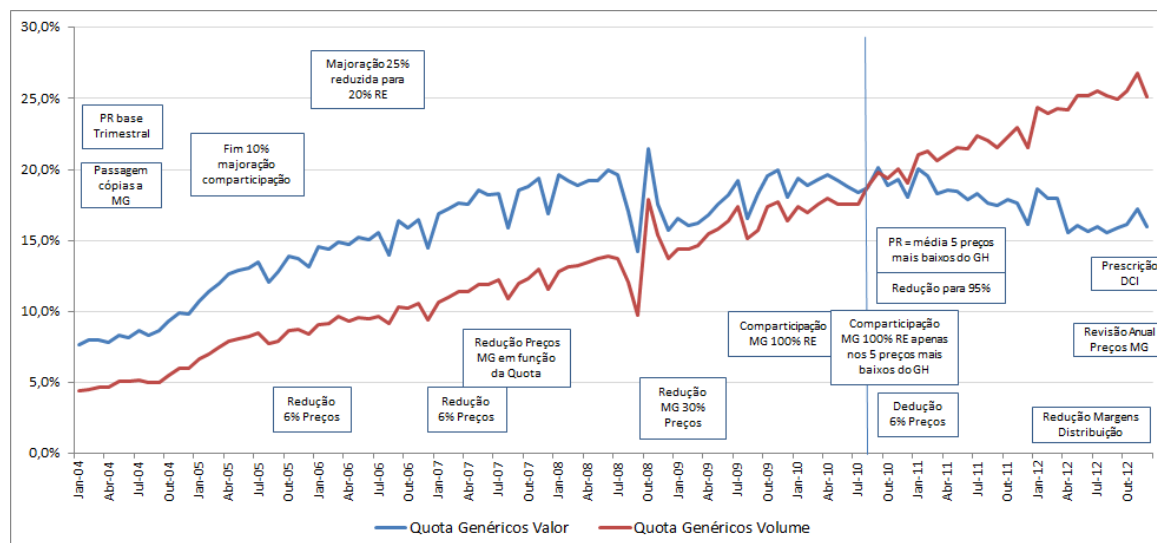
4.1.3 Mercado de medicamentos genéricos

Procurando estimular o mercado de genéricos, várias medidas foram tomadas ao longo dos últimos anos, não só ao nível do preço e comparticipação, mas também ao nível do processo administrativo (Anexo 3).

Algumas destas medidas foram sendo progressivamente alteradas. A título de exemplo destacam-se: 1) o fim em 2005 da majoração adicional de 10% na comparticipação dos genéricos após cinco anos em vigor; 2) a majoração adicional de 25% na comparticipação para os utentes do Regime Especial (RE), introduzida no início do Sistema de Preços de Referência em 2003 e prorrogada durante vários anos, foi reduzida para 20% a meio de 2006 e posteriormente retirada em junho de 2010; e 3) a comparticipação a 100% de todos os genéricos para o RE em junho de 2009 e que só esteve um ano em vigor.

Adicionalmente foram implementadas uma série de campanhas pelo Ministério da Saúde para a promoção deste mercado.

Figura 11 – Evolução da quota de genéricos no mercado ambulatorio (2004-2012)



Fonte: Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos e Genéricos do INFARMED, 2004-2012 (elaboração própria)

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

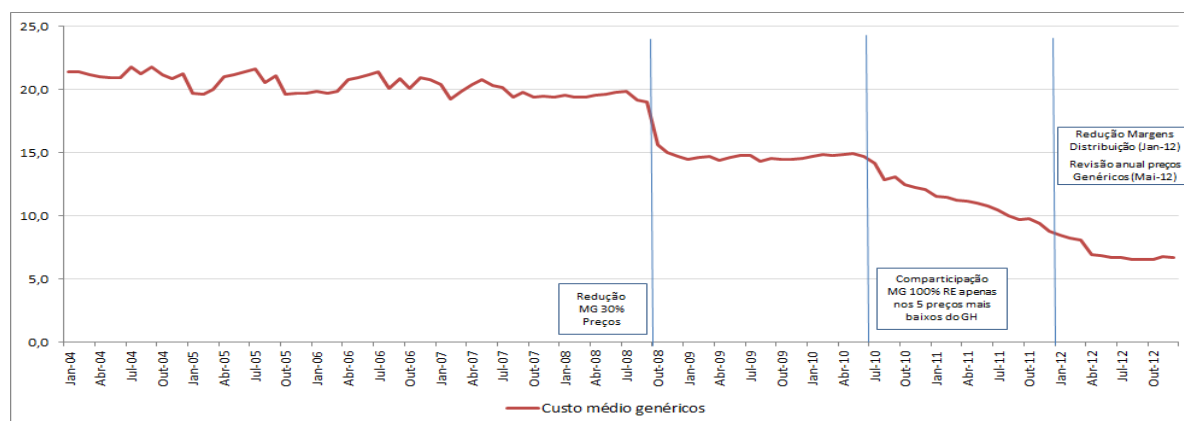
Contudo, a política de medicamentos genéricos em Portugal tem-se baseado sobretudo em medidas do lado da oferta (nomeadamente, através da redução administrativa de preços),

sendo necessário, no entanto, apostar simultaneamente em medidas do lado da procura que desenvolvam este mercado de forma sustentável, incentivando para tal os médicos, os farmacêuticos e os doentes.

Em 2012, foi publicada legislação que consagra obrigatória a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) a partir de 1 junho e, na 6ª atualização do Memorando de Entendimento (de dezembro de 2012) foram, entretanto, introduzidos objetivos exigentes ao nível de crescimento da quota de genéricos no mercado ambulatorio do SNS para 2013 (45% em volume) e para 2014 (60% em volume). Apesar da medida de não realizar a revisão anual do preço dos medicamentos genéricos em 2013 (revisão anual que implica a redução de preço) ter previsivelmente evitado a saída do mercado de numerosos medicamentos genéricos por inviabilidade económica parece-nos que outras medidas são necessárias para atingir o objetivo pretendido.

Após junho de 2010, aquando da introdução das alterações mais significativas no Sistema de Preços de Referência (com a comparticipação a 100% para os utentes de RE nos medicamentos com os cinco preços mais baixos do respetivo GH; a comparticipação máxima passa a ser um valor fixo e não uma percentagem; e o PR atualizado com a redução de 30% do preço dos genéricos de 2008), verificou-se uma quebra muito acentuada no custo dos genéricos, com uma redução de 41,1% no preço médio, entre maio de 2010 e dezembro de 2011, novamente agravada em 2012, com uma redução de 55,1% no preço médio dos genéricos entre maio de 2010 e dezembro de 2012 (figura 12).

Figura 12 – Evolução do preço médio dos medicamentos genéricos no mercado ambulatorio (2004-2012)



Fonte: Dados provenientes dos Relatórios Mensais do Mercado de Medicamentos e Genéricos do INFARMED, 2004-2012 (elaboração própria)

Notas: MG = Medicamentos Genéricos, RE = Regime Especial de Comparticipação, GH = Grupo Homogêneo

Assiste-se a uma quebra, em quatro anos consecutivos (desde 2008), do preço médio dos medicamentos genéricos em ambulatorio, apesar do aumento de 1% na taxa do IVA nos medicamentos em julho de 2010. Esta redução no preço dos genéricos explica, em parte, a

redução verificada no mercado total de medicamentos de menos 9,1% em valor entre 2010 e 2011, e de menos 11,7% entre 2011 e 2012 (apesar do crescimento de 2,5% no volume de embalagens dispensadas no último ano).

Em 2012 o número de novos Grupos Homogêneos (GH) criados foi, em média, o dobro do valor de 2011. No primeiro semestre de 2013 foram já criados mais GH do que no ano completo de 2012. Quando se analisa a evolução de novas moléculas (DCI) incluídas em Grupos Homogêneos, a tendência de crescimento e o ritmo são semelhantes (figura 13):

Figura 13 – Evolução do número de novas DCI abrangidas por GH por trimestre (2011-2013)



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

A constituição de novos GH tem estado recentemente, associada à entrada de moléculas muito relevantes no mercado, em termos de vendas e de preço médio. Por exemplo, no último trimestre de 2012 as moléculas que entraram pela primeira vez no Sistema de Preços de Referência como o Escitalopram (Ciprexal®), Irbesartan + Hidroclorotiazida (Coaprovel®), Olanzapina (Zyprexa®), Ácido Ibandrónico (Bonviva®), ou no primeiro trimestre de 2013 como o Montelukaste (Singulair®), Candesartan (Atacand®) e Candesartan + Hidroclorotiazida (Hytacand®), representam medicamentos com um valor de mercado muito elevado (Fonte: INFARMED, Relatório do Mercado de Medicamentos e Genéricos, dezembro 2012, e Listas GH). Este aspeto evidencia uma oportunidade de maior acesso ao medicamento e de poupanças potenciais significativas que decorrerão da transferência de prescrição e dispensa dos medicamentos de marca para novos genéricos mais baratos.

A prescrição por DCI, a redução do PVP dos medicamentos genéricos e não genéricos e o incentivo à prescrição de medicamentos genéricos mais baratos, evidenciam a oportunidade de um maior nível de poupança pelos doentes e pelo Estado no que se relaciona com a despesa com medicamentos

4.1.4 Crise e acessibilidade ao medicamento

A promoção equitativa do acesso ao medicamento deverá ser uma preocupação primária de qualquer Política de Saúde. Este mesmo acesso poderá estar condicionado em diferentes componentes do sistema, designadamente, na sua produção, distribuição (grossista e por parte das farmácias comunitárias) e aquisição por parte dos doentes.

Desta forma e, tendo em conta o cenário de crise em que o País se encontra, foi implementado um estudo visando avaliar o seu impacto na acessibilidade ao medicamento pelas populações, devido a fatores que condicionam aquele acesso a 2 níveis: A- aquisição de medicamentos pelas farmácias comunitárias e B- na aquisição pelos utentes.

Estudo A – Aquisição de medicamentos pelas farmácias comunitárias

A deterioração económico-financeira das farmácias em Portugal tem sido amplamente discutida e analisada. Sendo através das farmácias que se faz maioritariamente a distribuição de medicamentos à população, considerámos relevante avaliar o impacto da crise na acessibilidade ao medicamento, por parte destas, o que, em última análise, poderá condicionar o acesso por parte da população e, consequentemente, traduzir-se em prejuízos dos resultados em saúde, com consequências negativas para o indivíduo e para a sociedade.

Foi enviado um convite a todas as farmácias do território Nacional para participarem no preenchimento de um questionário *online* visando caracterizar, em 2012, a sua atividade e os recursos inerentes à dispensa de serviços e medicamentos ao público (equipa técnica, horário de atendimento, *stock* de medicamentos, etc.), bem como a relação comercial com os distribuidores grossistas (cumprimento dos prazos de pagamento pelas farmácias e fornecimento pelos distribuidores dos medicamentos por aquelas solicitados). Foi ainda estudada a perceção das farmácias relativamente aos medicamentos para os quais sentem maiores dificuldades de abastecimento.

Do total das 2.914 farmácias existentes em Portugal, 786 farmácias (26,97%) participaram no estudo, das quais cerca de 22% (n = 172) situadas em meio rural.

Cerca de 14,8% das farmácias em estudo ($n = 114/773$) tinham solicitado estatuto de exceção⁷ que, ao abrigo Decreto-Lei nº 171/2012, de 1 de agosto, lhes permitiu beneficiar da dispensa da obrigatoriedade de um segundo farmacêutico, redução das áreas mínimas e do horário de funcionamento estabelecidos por lei. A percentagem de farmácias que solicitou aquele estatuto foi significativamente mais elevada ($p < 0,001$) entre as situadas em meio rural (34,9%), comparativamente às de meio urbano (9,2%). Importa realçar que o fato da farmácia não ter solicitado estatuto de exceção, não traduz necessariamente boa saúde financeira. No meio urbano, por exemplo, as farmácias, sofrem uma maior pressão para trabalhar com horários mais alargados, que exigem também equipas maiores.

Relativamente à dimensão da equipa técnica, em cerca de 2/3 das farmácias, aquela manteve-se estável. Em 23,7% (140/591) das farmácias (houve uma redução do quadro de pessoal, registando-se um aumento do mesmo em apenas 56 (9,48%). Foi na categoria profissional dos farmacêuticos que se verificou uma maior variação das equipas: 14,09% ($n=83/589$) das farmácias reduziram o número de farmacêuticos, enquanto 8,66% ($n=51/589$) o aumentaram.

Quando inquiridas acerca do número total de horas de funcionamento da farmácia, excluindo serviços verificou-se que, em média, este se manteve praticamente inalterado (59,55h – 2011 – vs 59,62h – 2012). No entanto, 12,63% ($n=73/578$) das farmácias responderam ter diminuído o horário de funcionamento e 39 (6,75%) responderam ter aumentado o mesmo.

Foi pedido aos participantes que apresentassem o valor percentual do seu *stock* em produtos de IVA a 6% em 2012, assumindo como referência o valor de 2011. Em média, o *stock* de 2012 representava 87,37% ($dp=20,91$; {8-78,5}) do de 2011. Das 345 farmácias que responderam a esta pergunta, a grande maioria (75,36%, $n=260$) diminuiu o *stock* em 2012 vs. 2011, 76 (22,03%) aumentaram-no e apenas 9 (2,61%) o mantiveram constante. Sendo o *stock* de produtos com IVA a 6% maioritariamente composto por medicamentos, a variação do mesmo pode refletir uma otimização da gestão da farmácia, mas pode também indiciar dificuldades financeiras da mesma.

As farmácias caracterizaram os prazos de pagamento acordados com o grossista, para os dois anos em análise, tendo-se verificado que a maioria reportava prazos de pagamento curtos (44,51% (239/537); 15 dias e 34,08% (183/537) 30 dias). Em 2012, a maioria das farmácias manteve o prazo de pagamento estabelecido em 2011 (70,41%), sendo idêntica a proporção que reportou ter aumentado o prazo acordado (14,79%) ou que o diminuiu (14,79%). No âmbito deste estudo não foi possível avaliar se as alterações de prazo de pagamento ocorreram por decisão própria, ou imposição do grossista.

⁷ O estatuto é aplicável às farmácias cujo valor de faturação ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) seja igual ou inferior a 60% do valor de faturação média anual por farmácia ao SNS, no ano anterior aquele em que é efetuado o pedido e visando assegurar a sustentabilidade económica das farmácias.

Independentemente do prazo acordado foi-lhes perguntado se tinham tido dificuldade no cumprimento do mesmo. Em 2012, houve uma percentagem significativamente superior de farmácias a referir dificuldades no cumprimento do prazo de pagamento (23,73%), em comparação com 2011 (8,48%) ($p < 0,001$). Verificou-se ainda haver uma maior proporção de farmácias com dificuldade de cumprimento dos prazos de pagamento entre as que responderam ter solicitado estatuto de exceção (36,3% vs 21,8%; $p < 0,005$).

Quase 2/3 das farmácias que referiram ter tido atrasos no pagamento, 65,41% (87/133) responderam que o mesmo teve como consequência cortes no abastecimento da farmácia.

A quase totalidade das farmácias (71,65%, 561/783) indicou ter dificuldades em obter dos grossistas os medicamentos pedidos. A dificuldade das farmácias em adquirir os medicamentos aos distribuidores grossistas resultaria principalmente de duas razões: o medicamento estar esgotado no armazém ou ser alvo de rateio. Outras farmácias indicaram também que a dificuldade de aquisição resultava de terem fornecimento plafonado (9%) ou cortado (5%).

As farmácias inquiridas identificaram 259 medicamentos em que se verificava maior dificuldade na sua aquisição, alguns deles *life saving*, como as insulinas. Daqueles, 259 medicamentos, destacamos 11 que seriam responsáveis por mais de 50% das falhas de abastecimento que apresentamos no quadro 16.

Quadro 16 – Medicamentos mais frequentemente não disponibilizados pelos grossistas às farmácias

Medicamento (designação comercial)	Frequência n (%)	Frequência cumulativa (%)
Insulinas *	368 (7,67)	7,67
Lyrica	290 (6,04)	13,71
Spiriva	255 (5,31)	19,03
Micardis	242 (5,04)	24,07
Lovenox	231 (4,81)	28,89
Atarax	229 (4,77)	33,66
Atrovent	199 (4,15)	37,81
Symbicort	189 (3,94)	41,75
Ciprallex	155 (3,23)	44,98
Risperdal Consta	154 (3,21)	48,19
Seretaide	145 (3,02)	51,21

* agrega as diversas designações comerciais.

Fonte: elaboração própria.

Os procedimentos mais frequentemente indicados pelas farmácias para resolução da falta de medicamentos, em 1.928 respostas, foram: compra direta ao laboratório (24,70%), informar o doente que o medicamento está esgotado (20,28%) e solicitação de empréstimo a outras farmácias (17,53%).

Estudo B – Aquisição de medicamentos pelos utentes

Em virtude da maior vulnerabilidade dos idosos ao potencial impacto da crise na acessibilidade aos medicamentos, foi realizado um estudo em utentes de farmácias comunitárias da área metropolitana de Lisboa, tendo-se convidado uma amostra de conveniência de farmácias para participarem no estudo. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 65 anos e tomar pelo menos um medicamento de forma continuada (como proxy deste critério, assumiu-se o reporte de doença crónica). O questionário incluía perguntas sobre a perceção do estado de saúde, presença de doença crónica, utilização de cuidados de saúde, estatuto de comparticipação de medicamentos e comportamentos relacionados com a toma de medicamentos.

Foram recolhidos 1.252 questionários durante o período de estudo, através de 51 farmácias.

Solicitou-se aos participantes que classificassem o seu estado de saúde de acordo com uma escala de Likert de 5 pontos (1 – Excelente e 5 – Péssima). A maioria considerou que tinha uma saúde razoável (55,94%). Para efeitos de análise, foi considerada a agregação das categorias ‘Bom e Excelente’ (n=167, 13,71%) e ‘Má e Péssima’ (n=363, 30,35%).

Tendo por base os critérios de inclusão, todos os doentes que referiram não ter doença crónica e cumulativamente não indicassem tomar medicamentos para nenhuma de dez condições apresentadas (hipertensão arterial, dislipidémia, diabetes, problemas de ossos/articulações, depressão, ansiedade/problemas de sono e problemas respiratórios) foram excluídos (n=54), pelo que análise principal incidiu sobre 1.198 doentes.

A maioria dos inquiridos reportou tomar medicamentos de forma continuada para 3 das 10 condições acima apresentadas (dp=1,43; {1-7}), sendo a medicação para a hipertensão arterial a mais frequentemente referida (n=899/1198, 75,04%), seguida da dislipidémia (588/1198, 57,43%) e dos problemas dos ossos/articulações (n=516/1198, 43,07%).

No que se refere à frequência de idas ao médico (2012 vs 2011), mais de metade (56,48%) referiu ter ido sensivelmente o mesmo número de vezes. Dos restantes, 20,79% (n=247) responderam ter ido mais vezes e 270 (22,73%), menos. Dos doentes que responderam ter ido menos ao médico (n=270), uma maior dificuldade na marcação de consultas foi o motivo mais frequentemente apontado (42,96%), seguido de menor necessidade (32,59%) e constrangimentos económicos (28,89%).

No que respeita aos gastos com medicamentos, 41,51% doentes (494/1190) referiram ter gasto mais em medicamentos no ano 2012 vs 2011, 497 (41,76%) ter gasto o mesmo e apenas 199 (16,72%) referiram ter gasto menos⁸. Interessa aqui realçar que o aumento de gastos com medicamentos reportado pelos doentes poderá ser explicado pelo aumento de consumo, já que, no mercado nacional, se verificou um decréscimo do preço médio dos medicamentos, acompanhado por um aumento de volume de embalagens dispensadas.

Quando inquiridos sobre se tinham deixado de utilizar, em 2012, algum dos recursos de saúde/tratamentos apresentados no questionário, por não poderem comportar os custos, cerca de 30% da amostra respondeu afirmativamente (n=337/1185). Nestes, a consulta médica particular (59,94%) foi a mais frequentemente referida, seguida das consultas de medicina dentária (47,77%) e aquisição de óculos, aparelhos auditivos, etc. (47,18%). No entanto, interessa realçar que serviços públicos e de primeira necessidade, como a consulta médica no centro de saúde ou hospital, a ida à urgência e os meios complementares de diagnóstico, foram identificados por mais de 25% dos doentes, sendo que todos estes serviços foram afetados pelo aumento de taxas moderadoras verificado recentemente.

Segundo os dados de um questionário realizado em 2013, abrangendo uma amostra de idosos (+ 65 anos) da área metropolitana da grande Lisboa sob toma continuada de pelo menos um medicamento para doença crónica pré-identificada, cerca de 30% respondeu que já deixaram de utilizar alguns recursos de saúde por não poderem comportar os custos, sendo que destes cerca de 60% referiu a consulta particular, 48% a medicina dentária, 47% referiu a aquisição de óculos e aparelhos auditivos e 25% serviços públicos de saúde de primeira necessidade.

Em relação às alterações do comportamento relacionado com os medicamentos, em 2012, motivadas por fatores económicos verificou-se que mais de metade dos doentes responderam ter substituído os medicamentos que tomavam por alternativas mais baratas (69,01%, 815/1181), o que poderá estar associado à nova legislação da DCI, constituindo o exemplo de uma política positiva para os doentes, 13,26% (157/1184) referiram ter deixado de tomar medicamentos e 15,80% (185/1171) referiram ter começado a espaçar as tomas para poupar, o que evidencia situações de não adesão à terapêutica motivados por fatores económicos.

Como se pode verificar no quadro 17, os doentes que responderam ter gasto mais em medicamentos (2012 vs. 2011) foram os que apresentaram comportamentos menos aderentes à terapêutica e/ou maior proporção de opção de alternativas terapêuticas mais económicas.

⁸ Para efeitos de análise subsequente, esta variável foi dicotomizada em 'gastou mais' vs. 'gastou o mesmo ou menos'.

Quadro 17 – Gastos com medicamentos e variáveis relacionadas com o consumo de medicamentos

Em 2012, face a 2011 gastou mais dinheiro em medicamentos

	Sim (n, %)	Não (n, %)	<i>p</i>
Deixou de tomar medicamentos por motivos económicos			
<i>Sim</i>	100 (20,62%)	56 (8,10%)	<0,001
<i>Não</i>	385 (79,38)%	635 (91,90%)	
Começou a espaçar as tomas, para poupar nos medicamentos			
<i>Sim</i>	110 (22,82%)	74 (10,87%)	<0,001
<i>Não</i>	372 (77,18%)	607 (89,13%)	
Substituiu os medicamentos que tomava por mais baratos			
<i>Sim</i>	355 (73,05%)	454 (66,08%)	<0,05
<i>Não</i>	131 (26,95%)	233 (33,92%)	

Fonte: elaboração própria.

Como é sabido, o regime especial de comparticipação de medicamentos (RECM) prevê uma majoração de comparticipação cujo rendimento total anual seja igual ou inferior a catorze vezes a retribuição mínima mensal garantida em vigor no ano civil transato. Assim, foi perguntado aos doentes se, de 2011 para 2012, tinham transitado de regime especial para regime geral. Dos 1172 doentes que responderam a esta questão, apenas 180 (15,36%), mudaram de RECM para regime geral. O quadro 18 ilustra a relação entre esta transição e variáveis relacionadas com o consumo de medicamentos.

Quadro 18 – Transição do regime de comparticipação e variáveis relacionadas com o consumo de medicamentos

Em 2012, face a 2011 teve uma mudança de regime, de pensionista para geral

	Sim (n, %)	Não (n, %)	<i>p</i>
Gastou mais dinheiro com medicamentos			
<i>Sim</i>	101 (56,11%)	380 (38,54%)	<0,001
<i>Não</i>	79 (43,89%)	606 (61,46%)	
Deixou de usar recursos de saúde/tratamentos			
<i>Sim</i>	86 (48,04%)	245 (24,97%)	<0,001
<i>Não</i>	93 (51,86%)	736 (75,03%)	
Deixou de tomar medicamentos por fatores económicos			
<i>Sim</i>	41 (23,43%)	114 (11,57%)	<0,001
<i>Não</i>	134 (76,57%)	871 (88,43%)	
Começou a espaçar as tomas, para poupar nos medicamentos			
<i>Sim</i>	43 (24,57%)	141 (14,52%)	<0,001
<i>não</i>	132 (75,43%)	830 (85,48%)	
Substituiu os medicamentos que tomava por mais baratos			
<i>sim</i>	137 (74,40%)	664 (67,82%)	<0,05
<i>não</i>	40 (22,60%)	315 (32,18%)	

Fonte: elaboração própria.

Verificou-se ainda que a perceção do estado de saúde também se mostrou associada ao comportamento relacionado com medicamentos. Desta forma, identificou-se uma relação inversa entre o estado de saúde percecionado e a interrupção da medicação por fatores

económicos, sendo esta última mais frequente nos indivíduos que consideraram a sua saúde como ‘Má ou Péssima’ ($p < 0,001$). Observou-se um comportamento idêntico entre o espaçamento das tomas para poupar medicamentos e a pior perceção do estado de saúde.

Reflexões Finais

No que se refere ao medicamento, as medidas propostas obtêm, no ponto de vista qualitativo, um consenso alargado, mas são contestadas nos valores quantitativos que se pretendem atingir. Para tal contribui o valor apontado para a diminuição da despesa com medicamentos que, por exemplo, entre 2010 e 2011, contribui com quase 50% da redução total da despesa em saúde no SNS.

O desconhecimento da base científica ou de estudos efetuados para determinar alguns dos valores apontados, como por exemplo a percentagem de redução dos preços dos genéricos, ou os países de referência escolhidos para efeitos de cálculo dos preços, ou ainda a alteração profunda do sistema de margens da distribuição, podem pôr em dúvida a eficácia e o próprio efeito de algumas medidas.

Apesar de se ter registado, em termos globais, uma ligeira diminuição dos encargos dos utentes com medicamentos, que poderá estar relacionada com a contínua baixa de preços, as dificuldades de abastecimento no circuito de distribuição, associado ao aumento das taxas moderadoras, pode criar um problema de acessibilidade a medicamentos essenciais para o controlo de patologias prevalentes (hipertensão, diabetes por exemplo).

O “congelamento” da introdução de novas tecnologias de saúde, nomeadamente medicamentos inovadores, não obstante a apresentação de avaliações técnico-científicas favoráveis emitidas pelas entidades competentes para o efeito, irá arrastar Portugal para a cauda da Europa no que refere ao acesso a inovação. As alterações ao MdE continuam a primar por total ausência de referência a medidas estruturantes, como a alteração profunda do sistema de comparticipação (objetivo inscrito no programa do governo) ou o desenvolvimento de um sistema de avaliação de Tecnologias de Saúde.

No que se refere às farmácias, foi observada uma redução de *stock* nos produtos de IVA a 6% comparativamente a 2011, atrasos no pagamento aos grossistas resultando em cortes no fornecimento de medicamentos. As dificuldades de abastecimento de medicamentos às farmácias ocorreram também no funcionamento normal das mesmas, mesmo quando não existiam atrasos de pagamento.

Num estudo utilizando uma amostra de conveniência realizado apenas na zona da Grande Lisboa, verificou-se com frequência a substituição terapêutica por alternativas mais baratas, o que corrobora a adequação de políticas promotoras do mercado de genéricos às necessidades dos doentes, como a prescrição por DCI implementada no ano de 2012. A não adesão à terapêutica foi um dos problemas detetados que importa monitorizar devido ao seu potencial

impacte sobre a efetividade dos tratamentos, entre outros problemas direta ou indiretamente ligados à saúde das populações, refletindo por vezes dificuldades económicas por parte dos doentes.

O aperfeiçoamento do sistema de informação permitindo melhor comunicação entre médicos, prescritores e farmacêuticos pode contribuir para melhorar a adesão dos doentes e racionalização da terapêutica.

4.2 Cuidados de saúde primários - desenvolvimento ou estagnação?

“A reforma dos cuidados de saúde primários tem sido a mais importante e original reforma da administração pública da saúde das últimas décadas”. OPSS, 2012

No Relatório de primavera de 2012, o OPSS destacou, como tem vindo a fazer ao longo dos últimos anos, a importância da reforma dos cuidados de saúde primários, produto do empoderamento das lideranças locais deste nível de cuidados. Importância essa que se fundamenta num processo de mudança original que se iniciou pelo “descongelamento da periferia” e não pelos habituais processos normativos e hierárquicos de comando-e-controlo.

Como foi possível levar a cabo esta transformação culturalmente tão improvável?

Começou por um esboço conceptual e instrumental com grande envolvimento de importantes lideranças profissionais amplamente reconhecidas pelos seus pares. Não nasceu nas reuniões das ARS, entre estas e os membros de governo, nem nos gabinetes ministeriais.

Figura 47 - Reforma dos cuidados de saúde primários



Fonte: OPSS, 2012

-O Relatório de primavera de 2012 alertava, ainda, para o facto que, remeter completamente para a Administração a condução de uma reforma desta natureza, numa altura em que precisava, mais do que nunca, de um novo impulso de inovação e mobilização dos protagonistas no terreno, poderia levar a uma progressiva desagregação no espírito e práticas próprias desta reforma, e de que o regresso à cultura de comando-e-controlo não permitiria prosseguir este caminho – alguns aspetos parecem indicar que de facto é o que tem vindo a acontecer.

Tendo-se identificado, inicialmente, no Relatório de Progresso do Grupo de Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (abril de 2011) e posteriormente no Relatório de primavera do OPSS (junho 2012), alguns constrangimentos que, a manterem-se, contribuiriam sem qualquer dúvida para a degradação da reforma e das medidas já

implementadas (e com os sucessos já comprovados), seria de esperar que tivessem sido seguidos os contributos resultantes da análise do OPSS ou pelo menos tomadas algumas das medidas que constam nas sucessivas revisões do Programa de Ajustamento da *troika*, já explicitadas em 2012.

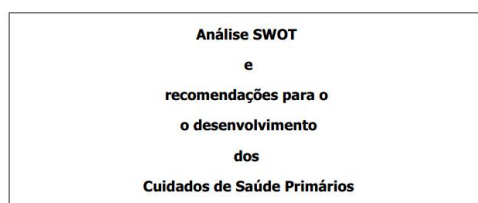
Os constrangimentos assinalados referem-se, essencialmente a:

- Unidades de Saúde Familiar (USF) – constrangimentos que impediam a entrada em atividade de novas USF e, a passagem das unidades em modelo A para modelo B, nos casos em que estavam salvaguardados os critérios vigentes com base no parecer técnico competente; ausência ou lentidão de medidas relacionadas com os concursos para a colocação de jovens recém-especialistas de medicina geral e familiar; escasso progresso no processo de acreditação das USF;
- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) – constrangimentos no modo de funcionamento, longínquo dos objetivos da reforma com incapacidade da administração em criar centros de custos e em contratualizar com estas unidades;
- Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) – constrangimentos relacionados com a ausência de investimento nestas unidades e, também incapacidade da administração em criar centros de custos e em contratualizar com estas unidades;
- Unidades de Saúde Pública (USP) - não têm evoluído conforme o desejado, por falta de atenção ou preocupação dos poderes regionais e central e, igualmente, incapacidade da administração em criar centros de custos e em contratualizar com estas unidades;
- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) – carência de profissionais e ausência de uma plataforma de partilha entre as várias profissões envolvidas, complementares à saúde da família e, mais uma vez, fragilidade ou incapacidade da administração em criar centros de custos e em contratualizar com estas unidades;
- Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – ausência de autonomia de gestão; reorganização/concentração em caminho inverso ao preconizado pelas linhas orientadoras da reforma, criando-se de novo estruturas de grande dimensão e volume sem uma clara justificação técnica, dificultando a efetividade da governação clínica, num momento em que a contenção de gastos “pressiona” a qualidade dos cuidados, agravando a perda de proximidade;
- Gestão de pessoal – contratos precários, suscetíveis de colocar em causa a prestação de serviços; atraso no pagamento de incentivos financeiros e contributo para a insatisfação e atraso no desenvolvimento das unidades;
- Contratualização – atrasos recorrentes no processo; atraso nas experiências de contratualização interna com as restantes unidades funcionais dos ACES, além das USF.

Importa salientar que estes são bloqueios à organização e prestação dos serviços, mas com consequências diretas e indiretas para a saúde das populações.

“Se não se avaliar o impacto que todos estes constrangimentos terão na saúde, se não se desenvolverem sistemas de monitorização e alerta que possibilitem a preparação de respostas adequadas e atempadas, se apenas forem aplicadas medidas de cariz de mera redução de custos sem analisar as suas consequências a médio e longo prazo (que vão muito além da poupança imediata), haverá um retrocesso irremediável na reforma dos CSP e na saúde da população”. (OPSS, 2012)

Ministério da Saúde
Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários



Após a análise do último Relatório de primavera, recorreu-se à evidência existente para avaliar a evolução do desenvolvimento organizacional dos CSP nos últimos 12 meses.

O documento elaborado, em setembro de 2012, pelo Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários – “Análise SWOT e recomendações para o desenvolvimento dos CSP”, identifica

aqueles que são, ainda, os pontos fracos quer da reforma, quer do atual desenvolvimento organizacional destes cuidados (Portugal.MS.GTDCSP, 2012).

Continuam a existir desigualdades no acesso a cuidados de saúde de qualidade. O acesso não é igual para todos os cidadãos, uma vez que nalguns casos, algumas listas permanecem abaixo dos 1.500 utentes e, noutras locais, continuam a faltar médicos de família, deixando a descoberto muitos indivíduos. Continua por não ser divulgada e continuamente atualizada a informação sobre quantas pessoas a viver no território nacional têm e quantas não têm médico de família e acesso a uma equipa de saúde familiar.

Existe escassez de candidaturas a USF em algumas regiões (nomeadamente no interior) e irregular distribuição geográfica de USF. Também contribuem para a existência de desigualdades as diferenças em termos de número de profissionais, de recursos e de desempenho das unidades, assim como a ausência de candidaturas a UCC em algumas regiões (destacando-se a região Centro).

Em relação aos sistemas de informação, apesar dos progressos, existem ainda debilidades, em especial a falta de interoperabilidade entre as diferentes aplicações, a inadequada gestão de riscos e inexistência de arquitetura de aplicações que contemplem as diferentes atividades e práticas multiprofissionais, impedindo o registo em muitas situações, com consequências na avaliação do desempenho.

A gestão do *hardware* e do *software* e dos riscos associados é uma grave disfunção assinalada crescentemente pelos profissionais e pela USF-AN.

O concurso internacional para o desenvolvimento de aplicação para os CSP, em substituição de todas as atuais com a justificação do elevado preço e de que a SPMS tinha recursos próprios para o fazer, foi anulado – foi criada uma equipa própria e o projeto foi denominado de SUCEDe, tendo sido abandonado em 2013 e dispensada a equipa afeta ao seu desenvolvimento, restringindo-se a aplicação informática para os CSP ao desenvolvimento da Plataforma de Dados em Saúde.



São ainda de destacar as ineficiências geradas pela ausência de comunicação entre os sistemas de informação, quer no seio dos CSP, quer com os cuidados hospitalares e continuados.

Também tem havido incapacidade em avançar com o Registo Nacional de Utentes *Online*, para permitir a atualização permanente das listas de utentes e a consequente gestão de recursos, em função das necessidades reais.

Em termos de recursos humanos nos CSP, continuam a ser em número insuficiente, quer nas UCSP quer nas USP, UCC e URAP. A carência de recursos humanos conduz também ao insuficiente aproveitamento e aplicação das competências específicas de alguns profissionais, prejudicando, igualmente, a sua mobilidade.

As USP encontram-se numa situação particularmente sensível e agravada pelo número insuficiente de recursos humanos, que não permite a substituição dos médicos de saúde pública que se encontram perto da idade de aposentação.

Para o problema da qualificação dos recursos humanos contribuem, também, a falta de formação adequada para o secretariado clínico e o não alargamento do sistema associado ao desempenho dos profissionais de todas as unidades dos ACES.

Analisando os processos de liderança e o ritmo de desenvolvimento da reforma, verifica-se um abrandamento na abertura de novas USF e UCC, apesar do número de candidaturas em espera.

As Unidades Locais de Saúde (ULS) continuam sem adequada avaliação das primeiras experiências comparativamente ao desempenho e resultados das situações de partida e dos restantes ACES. A evidência internacional permite já concluir que a integração de cuidados não passa nem depende da integração ou da fusão de serviços (Ham; Walsh, 2013). As ULS, em Portugal, têm explicitamente sido promovidas por uma visão hospitalocêntrica da saúde, em perfeito contraciclo com os princípios da reforma dos CSP.

As ARS e as ULS continuam a protelar a homologação da passagem de USF de modelo A a B, apesar dos pareceres técnicos favoráveis das Equipas Regionais de Apoio e apesar de esta ser, como o OPSS tem vindo a referir, uma medida explícita no programa de ajustamento da *Troika*.

Ainda a este nível, é insuficiente o desenvolvimento da governação clínica e de saúde e de qualificação da despesa.

A contratualização vem sendo o principal foco de conflitualidade crescente e alvo de propostas alternativas de funcionamento em todos os fora de discussão que envolvem profissionais das USF e suas associações representativas.



A proposta de metodologia para a contratualização dos CSP para 2013 só foi apresentada em fevereiro de 2013, tendo sido contestada pelos sindicatos, o que fez determinar por parte do Secretário de Estado Adjunto, o cancelamento da sua aplicação, tendo o documento sido posteriormente reformulado por analogia à versão do ano anterior e só aplicado em março.

O processo de contratualização continua com calendários totalmente inadequados e procedimentos desajustados. Mantem-se ainda muito restrita, nomeadamente devido à inexistência da definição de indicadores de custo-efetividade para as UCC, USP e URAP e à insuficiente normalização da carteira de serviços das UCC.

Este processo é agravado pela falta de competências técnicas suficientes instaladas a nível local e regional para a contratualização com as USP, UCC e URAP.

Os dispositivos de apoio previstos inicialmente na reforma dos CSP têm evoluído desfavoravelmente. Com o fim da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) as Equipas Regionais de Apoio (ERA) foram progressivamente captadas pelas respetivas administrações vendo a sua missão cada vez mais desviada para funções de “fiscalização” (exceções relevantes nas regiões Centro e Algarve) na região Norte a ERA foi integrada no departamento de contratualização alterando a sua designação de “Apoio” para “Acompanhamento”.

A descentralização da gestão para os ACES não foi efetivada, sendo a autonomia de gestão organizacional e clínica pouco apoiada e valorizada pelas ARS, que impedem os ACES de atuarem com a responsabilidade e a autonomia inicialmente prevista e que justificaram a sua criação, regulada pelo Decreto-Lei 28/2008. Existe uma manutenção do comando-e-controlo

administrativo vertical das ARS sobre os ACES, desresponsabilizando o diretor executivo e o conselho clínico e de saúde e pervertendo a contratualização externa.

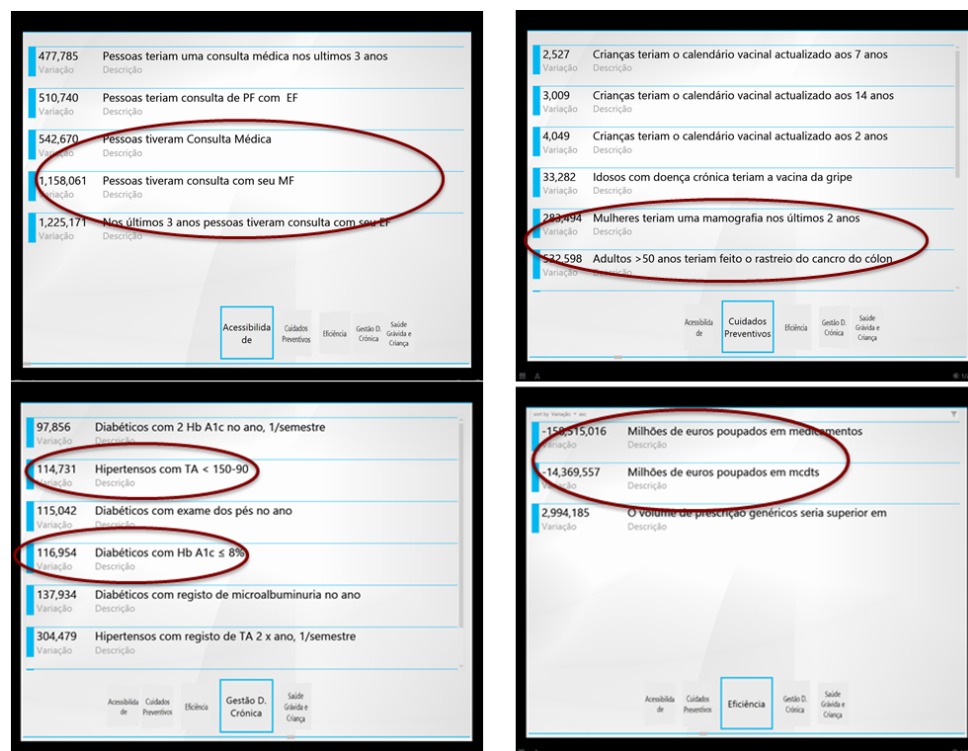
Por outro lado, os conselhos da comunidade e a participação dos presidentes dos conselhos da comunidade nos conselhos executivos dos ACES são ainda realidades longínquas e inexistentes na grande maioria dos ACES.

Tem sido também visível incapacidade, por parte da Administração, em agilizar a aplicação dos incentivos alcançados e uma descoordenação e disparidade de critérios na atuação das ARS em aspetos de interesse geral.

Tem sido descurada a medição e a valorização da qualidade percebida - o último inquérito de satisfação a utentes e profissionais foi realizado entre 2007 e 2008 apesar da recomendação para que se realizem anualmente.

Apesar das dificuldades e dos aspetos negativos apontados, é necessário sublinhar o papel fundamental dos CSP e, essencialmente da reforma que tem contribuído para cada vez melhores indicadores de acessibilidade, qualidade e boas práticas no desempenho das USF, comparativamente com a forma tradicional de prestação de cuidados.

Tem contribuído igualmente para o alargamento dos programas de vigilância de saúde, vigilância de doenças crónicas, rastreios oncológicos e ainda mais e melhores cuidados de saúde no domicílio, com especial enfoque nas situações de dependência.



Fonte: Biscaia, 2013.

“Se os centros de saúde tradicionais funcionassem como as unidades de saúde familiar, remunerados pelo desempenho, 1.2 milhões de portugueses teriam tido consulta com o seu médico e enfermeiro de família, mais de 300 mil mulheres teriam feito rastreio do cancro da mama e seriam poupadas 158,5 milhões de euros no custo com medicamentos”
USF - AN Público, 11 de maio de 2013

Devem salientar-se os progressos da reforma e a sua menção poderá mesmo contribuir para o estímulo e a motivação das equipas que se encontram a trabalhar no terreno e a gerir as dificuldades que surgem diariamente. Porém, existem obstáculos que devem ser estudados e compreendidos com o objetivo da sua superação.

Um dos aspetos positivos a destacar, nomeadamente na região do Algarve, é o da crescente sensibilização da maioria das USF para dialogarem entre si, tentando estabelecer estratégias comuns, não só de “defesa” contra algumas tentativas de descrédito deste tipo de modelo organizacional, mas fundamentalmente, tentando assumir atitudes de proatividade no sentido de conquistar e mobilizar novos parceiros, designadamente os conselhos clínicos e de saúde, para a sua defesa e expansão.

Atualmente, existem em funcionamento 368 USF (11 de junho de 2013), correspondendo a 4.552.036 utentes cobertos, envolvendo 2.570 médicos e 2.547 enfermeiros.

Também as práticas de intervenção comunitária em saúde têm sido desenvolvidas, fundamentalmente através das UCC, sendo atualmente a população inscrita de cerca de 7.751.070 utentes em 191 UCC em atividade.

O processo de contratualização interna com as USF encontra-se numa fase aceitável de amadurecimento, tendo já sido demonstrados os menores custos com prescrições de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, para situações idênticas, com iguais e melhores resultados.

Todavia, o início de atividade de novas USF tem vindo a diminuir, desde 2009: 71 em 2009, 47 em 2010, 42 em 2011, 36 em 2012. Nos primeiros seis meses de 2013 apenas iniciaram atividade 12 USF, o que corresponde ao número mais baixo de sempre, apesar das recomendações da *Troika* e da existência de 81 candidaturas ativas para novas USF.



QUARTA-FEIRA, MAIO 8

USF, processo paralisado



Há 86 candidaturas para a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) que estão por decidir e que poderiam dar médico de família a mais 150 mil utentes. [link](#)

Sete anos depois de ter arrancado, o processo de abertura de Unidades de Saúde Familiar (USF) está paralisado. Em declarações à TSF, o médico André Biscaia disse que, este ano, o saldo de criação de novas unidades é nulo.

Os estudos mostram que as USF facilitam o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, são mais produtivas e promovem maior racionalidade na prescrição de exames e medicamentos. No entanto, o presidente da comissão científica do 5.º Encontro Nacional das USF [link](#) lamentou que nem isso seja tido em conta. Uma situação que o médico diz não compreender, uma vez que as candidaturas estão prontas e os profissionais motivados. André Biscaia lembrou que a 'troika' considerou no memorando que o número destas unidades devia aumentar no país, o que não está a ser cumprido. O responsável concluiu que o modelo já provou ser eficaz, é elogiado no estrangeiro e devia mesmo ser estendido a outras áreas dos serviços públicos.

TSF 08.05.13 [link](#)

Fonte: Blog Saúde SA – USF, processo paralisado. 8 de maio de 2013

De acordo com um Despacho publicado em abril (Ministério das Finanças e Ministério da Saúde), o número máximo de USF a iniciar atividade em 2013, é de 69 unidades.

Portugal
P

PORTUGAL ECONOMIA MUNDO CULTURA DESPORTO CIÊNCIA

POLÍTICA SOCIEDADE EDUCAÇÃO SAÚDE LOCAL JUSTIÇA

34% das unidades de saúde familiar sentiram falta de material básico em 2012

PÚBLICO e LUSA 09/05/2013 - 07:55

Estudo de satisfação aos coordenadores das USF mostra agravamento das condições de trabalho. Em causa estão materiais como luvas, batas ou vacinas.

A USF – AN emitiu um comunicado, no início de maio de 2013, alertando para o número elevado de candidaturas em espera, que poderiam atribuir médico de família a cerca de 150 mil utentes.

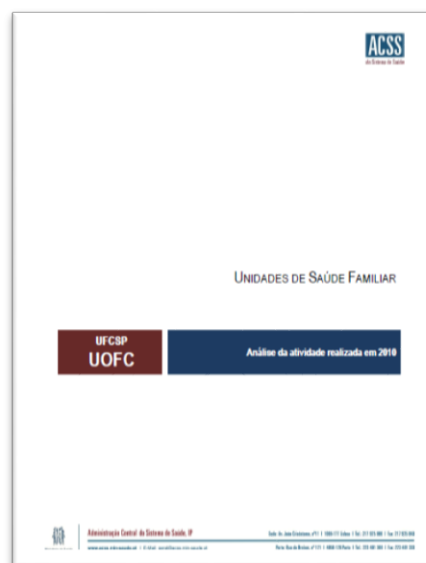
“Há aqui qualquer coisa no processo que não está a levar a que as USF que têm candidaturas ativas passem à atividade”. Público, 9 de maio de 2013

Segundo um estudo que vem sendo atualizado anualmente, desde 2009, (Biscaia *et al.*, 2010), sobre a satisfação dos coordenadores das USF, tem havido um aumento da insatisfação relativamente ao Ministério da Saúde e aos organismos da Administração Central. Ainda de acordo com o mesmo estudo, 34% dos coordenadores que responderam ao questionário, em 2012 ocorreram falhas, mais de 10 vezes, na existência de material básico.

Relativamente aos possíveis impactes da crise financeira, económica e crescentemente social que se arrasta há cerca de 5 anos, o OPSS realça a importância do papel dos cuidados de saúde primários quanto a uma resposta adequada e atempada às necessidades das populações, e para a necessidade de existir um dispositivo que permita monitorizar aqueles impactes e disponibilizar informação para a decisão política e para minimizar os efeitos negativos sobre a saúde das pessoas e da população.

Considerando o nível de evidência, gerado pelo conhecimento direto dos profissionais que estão no terreno, em unidades de cuidados primários, embora não se possa generalizar, há dados que indiciam que:

- Alguns doentes não adquirem a totalidade dos medicamentos prescritos, nomeadamente estatinas, anti-hipertensores e anti depressivos;
- Existem recusas de baixa médica pelos doentes, quando esta é necessária à sua cura e convalescença, por alguns doentes que referem temer o despedimento e os baixos rendimentos;
- Aumento do número de pedidos de reformas e atestados de incapacidade definitiva;



- Aumento de casos de dor reumática e de infeções respiratórias – alguns utentes referem não ligar os aquecimentos para poupar energia e dinheiro;
- Aumento do número de faltas às consultas de vigilância da doença crónica e de doença mental (hipertensão arterial, perturbações de ansiedade, depressão entre outras), pelo preço dos transportes e aumento das taxas moderadoras;
- Aumento do volume de trabalho dos profissionais de saúde, por reformas e por baixa dos colegas, sem serem substituídos, o que poderá contribuir para um maior risco de *burnout* dos que permanecem ativos, com consequências também para os utentes.

Estes dados não podem ser generalizados mas também não devem ser ignorados, porque são indicadores de que as políticas de saúde (ou a ausência delas) têm impacte na organização dos serviços e na saúde da população. À falta de estudos rigorosos, de abrangência nacional, sobre o efeito da crise (e das medidas adotadas) na saúde dos portugueses, deve ser analisada toda a evidência existente e retiradas as ilações necessárias para que a situação não se agrave mais.

De referir, uma vez mais, a necessidade de avaliar o impacte da crise na saúde, que poderá trazer no futuro, gastos excessivos diretamente relacionados com problemas de saúde que poderiam ser evitados, desde já.

Vários estudos têm salientado os resultados das USF nas áreas do acesso, desempenho, efetividade, qualidade e eficiência, gerando melhor uso dos recursos e ganhos de qualidade e em saúde, assim como têm sido apontadas as vantagens da autonomia de gestão local. Além do mais, o programa de ajustamento da *Troika* incluiu a definição de medidas concretas, para o desenvolvimento organizacional dos CSP, que ainda não foram totalmente cumpridas.

Ministério da Saúde
Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários

Unidades de Saúde Familiar (USF)
Avaliação de desempenho e de ganhos conseguidos

Documento de trabalho - versão de 2012.02.07

Principais reflexões

Em mais um ano de análise, o OPSS volta a questionar a ausência de efetiva prioridade política a este nível de cuidados, apesar dos discursos em contrário. Por outro lado, continuam a ser tomadas decisões sem estudos prévios ou evidência que os fundamente, como por exemplo a retração e concentração das competências de gestão nas ARS e a fusão de ACES e constituição de novas ULS.

Estas medidas não podem ser fundamentadas exclusivamente pela necessidade de efetuar cortes na despesa e pela otimização de recursos, sobretudo quando parecem já ter sido dadas provas da poupança gerada pelas USF e pelas vantagens de uma gestão local e consequentes vantagens na resposta adequada às necessidades locais.

Assim sendo, deve questionar-se:

- Porque continua a existir falta de informação e comunicação sobre as vantagens do novo modelo organizacional, quer para os cidadãos quer para os profissionais?
- Porque não existe uma única base de dados universal e nacional, adequadamente funcionante e atualizável *online* em qualquer momento, em que cada cidadão possua um número único que o identifica e cuja inscrição não se poderá verificar em mais do que uma unidade de saúde dos CSP?
- Porque não estão identificadas e atualizadas no portal da saúde as unidades em que há carência de recursos humanos?
- Porquê o frágil comprometimento e ação política no desenvolvimento dos CSP e no fazer cumprir por todos os níveis da administração?
- Quando é que a contratualização passa a ser um processo com consequências para as UCSP e para as restantes unidades funcionais dos ACES?
- Quando são tomadas decisões políticas sobre incentivos para as UCC, USP e URAP, semelhantes às USF, se existem provas dadas das suas vantagens?
- Porque não se desenvolvem ferramentas de avaliação dos ganhos em saúde se conseguidos pelo novo modelo de organização dos cuidados de saúde primários?
- Porque não se reforçam os recursos humanos dos CSP, com o objetivo de dar resposta às necessidades da população e não se desenvolve uma política de recursos humanos para as profissões?
- Porque não passam as USF de modelo A a B, quando os critérios estejam cumpridos?
- Porque não iniciam atividade e continuam em espera dezenas de candidaturas a USF?
- Porque não existem estudos que avaliem e explicitem os motivos que levaram à fusão de vários ACES e à recentralização de funções de gestão nas ARS?
- Porque não é cumprida a lei, designadamente o definido no artigo 39º do Decreto-lei nº 28/2008, quanto à natureza, abrangência, efetivação e consequências do contrato programa entre ARS e ACES?
- Que iniciativas estão em execução ou planeadas para a formação dos conselhos clínicos e de saúde dos ACES e para o apoio à sua atividade?
- Que iniciativas e medidas estão previstas para que os conselhos da comunidade sejam órgãos atuantes na organização e gestão dos ACES e dos CSP, em interligação com as redes sociais locais?

As perguntas ficam lançadas, na expectativa de que o Ministério da Saúde não deixe de as analisar e colocar em prática as soluções que entenda mais adequadas. O OPSS não deixará, no seu Relatório de primavera do próximo ano, de analisar a evolução da situação.

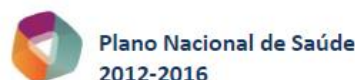
4.3 Para quando o Plano Nacional de Saúde?

O Plano Nacional de Saúde (PNS) constitui um instrumento estratégico, que contribui para a maximização dos ganhos em saúde, através do alinhamento de objetivos comuns e da

integração de múltiplas intervenções de todos os setores da sociedade (Portugal. MS. DGS. 2012a).

A elaboração e discussão do PNS 2012-2016 traduziu-se num processo extenso e complexo, que compreendeu um conjunto de iniciativas, como: fóruns nacionais; regionais; reuniões descentralizadas; múltiplas entrevistas; análises de sociedades científicas e de setores organizados da sociedade. Esta fase prolongou-se cerca de ano e meio após o término da vigência do plano nacional de saúde 2004-2010 e, somente no final de junho de 2012, foi publicitado o início da fase de implementação no *site* da Direção-Geral da Saúde.

A abordagem do PNS 2012-2016 assenta em quatro eixos estratégicos para o sistema de saúde: cidadania, equidade e acesso, qualidade e políticas saudáveis. A monitorização do PNS realiza-se através de três grandes conjuntos de indicadores: i) ganhos em saúde; ii) estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde; iii) execução das ações e recomendações do PNS (Portugal. MS. DGS. 2012a).



O seu processo de elaboração e desenvolvimento representou um avanço significativo ao nível da participação e discussão, transparência e fundamentação teórica. No entanto, o documento atualmente disponível persiste com omissões em termos de orientações e ações concretas com vista à sua operacionalização aos diferentes níveis.

O PNS pretende instituir um quadro de referência para o desenvolvimento dos programas prioritários de saúde, regionais e setoriais. O número elevado de programas prioritários, indicadores e metas pode contribuir para a fragmentação e descoordenação das intervenções, se estas não forem convenientemente hierarquizadas, selecionadas e adaptadas às circunstâncias e especificidades regionais e locais.

Mediante o contexto económico e social profundamente marcado pela escassez de recursos, o rigor na execução dos diversos programas é um imperativo, pelo que se torna necessário uma gestão criteriosa dos mesmos, com vista à promoção da efetividade e melhoria da sua eficiência.

4.3.1 Programas de Saúde Prioritários

O PNS enquanto pilar fundamental da reforma do sistema de saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis enquadra um

conjunto de programas nacionais como medida estratégica do programa do XIX Governo para a legislatura - 2011 a 2015.

Neste sentido, compreende uma transição de quatro programas de saúde prioritários para oito, e mais recentemente a aprovação de um nono. Esta transição parece refletir uma estratégia de reforço da promoção da saúde e prevenção da doença na população portuguesa, assim como um investimento na melhoria dos cuidados para a doença crónica. Mas será que uma abordagem por programas verticais promove uma adequação do modelo organizativo e da prática orientada para o cidadão, ou pode constituir um risco de reforço da atual fragmentação e ineficiência no sistema? Da análise efetuada às diversas orientações programáticas disponíveis, apenas três programas referem a necessidade de articulação entre eles.

	Programa Nacional para a Diabetes Despacho de nomeação do diretor Orientações programáticas Microsite
	Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA Despacho de nomeação do diretor Orientações programáticas Microsite
	Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo Despacho de nomeação do diretor Orientações programáticas Programa 2012-2016 Microsite
	Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Despacho de nomeação do diretor Orientações programáticas Microsite
	Programa Nacional para a Saúde Mental Despacho de nomeação do diretor Orientações programáticas Microsite
	Programa Nacional para as Doenças Oncológicas Despacho de nomeação do diretor Orientações programáticas Microsite
	Programa Nacional para as Doenças Respiratórias Despacho de nomeação do diretor Orientações programáticas Microsite
	Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares Despacho de nomeação do diretor Orientações programáticas Microsite
	Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

A gestão integrada dos diferentes programas exige uma estrutura central responsável pela dinamização, coordenação e monitorização, que garanta a sua implementação ao mesmo tempo que deverá permitir a flexibilidade necessária para incorporar as prioridades locais, através do desenvolvimento de Estratégias Locais de Saúde. A seleção das prioridades e das metas de um “Plano de Saúde” e de uma Estratégia Local de Saúde não são somente exercícios técnicos, representam também um compromisso social.

Na globalidade, os programas assentam numa análise crítica da realidade nacional, no domínio de cada doença ou área de intervenção, que traduz um investimento de recolha e análise dos dados e sistemas de informação atualmente disponíveis. Assim como traduz também, uma preocupação de articulação com as políticas e documentos enquadramentos da estratégia de saúde europeia.

No processo de análise das orientações estratégicas, não se identifica uma estratégia para a alocação de recursos humanos nem a explicitação de um orçamento específico, assim como a sua distribuição relativa por programas ou por objetivos estratégicos. A não explicitação do

mesmo, não favorece aos diferentes atores no terreno uma identificação dos recursos disponíveis para a concretização das diferentes atividades, em especial nas áreas de promoção da saúde e prevenção da doença. Fica a declaração da entidade responsável pelo PNS 2012-2016 da previsão de uma afetação significativa de recursos para o desenvolvimento de um sistema de monitorização e avaliação do PNS, que seja inovador e robusto.

No que respeita ao estabelecimento de parcerias e partilha de responsabilidades por entidades e instituições, não se explicita de forma clara a natureza das mesmas, nem os mecanismos para a sua operacionalização.

É possível identificar em alguns dos programas o alinhamento com as atuais reformas a decorrer no serviço nacional de saúde, em especial ao nível dos cuidados de saúde primários e da rede nacional de cuidados continuados integrados.

A ação governativa tem aprovado um conjunto de iniciativas com vista à promoção da saúde da população. A aprovação do protocolo para alargamento do programa cheque-dentista aos jovens a partir dos quinze anos, contudo continua a não prever investimento na promoção e na proteção da saúde oral (respetivamente através da higiene oral em abordagens desenvolvidas pela equipa de saúde escolar e colocação de selantes por higienistas orais das URAP e ACES); o rastreio e diagnóstico precoce do cancro oral; a criação do novo regime jurídico de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas; a aprovação de normas para a proteção da saúde pública; e a tomada de medidas de combate ao consumo das denominadas novas drogas constituem disso um exemplo.

No entanto é fundamental assegurar o funcionamento efetivo de uma estrutura de gestão, capaz de implementar ações céleres e eficazes, que contribuam de uma forma holística para os ganhos em saúde, tendo em conta as necessidades de saúde acrescidas no atual contexto.

4.3.2 Contratualização e Plano Nacional de Saúde

O processo de contratualização é um poderoso instrumento, que tem vindo a ser implementado, e que constitui uma oportunidade única na melhoria do acesso, da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde, tendo em conta a melhoria dos indicadores de saúde, expressos no Plano Nacional de Saúde.

Na realidade, após as primeiras experiências realizadas em 2006, pelos Departamentos de Contratualização das ARS, têm vindo a ser publicados vários documentos decorrentes da evolução do próprio processo de contratualização.

De facto, este processo tem “empurrado” favoravelmente, alguns indicadores de saúde em áreas programáticas prioritárias, como se pode verificar no quadro 19.

Quadro 19 – Evolução de alguns indicadores de saúde referentes às Unidades de Saúde Familiar da Região Norte, entre 2007-2011

Melhoria na vigilância da doença crónica
Melhoria da vigilância oncológica da população feminina
Aumento da precocidade da vigilância das grávidas e dos recém-nascidos
Manutenção de elevadas taxas de cobertura vacinal na infância

Fonte: Adaptado de Portugal. MS. Departamento de Contratualização-ARS Norte, 2012.

No último Encontro Nacional das Unidades Saúde Familiares (USF), realizado em maio 2013, foram apresentadas algumas reflexões relativas ao processo de contratualização destas unidades, nomeadamente:

- A contratualização nos Cuidados Saúde Primários deu um salto positivo, comparativamente aos hospitais, ao avançar para indicadores de acesso, efetividade e de satisfação;
- Os indicadores de desempenho referentes aos programas de vigilância em saúde infantil (si) até aos 2 anos de idade, de planeamento familiar, de saúde materna, de hipertensão arterial, de diabetes, de rastreio do cancro do colon e reto, da mama e do colo do útero são pouco representativos da globalidade de cuidados da medicina geral e familiar;
- O processo de contratualização pode constituir um incentivo à prática da “Medicina Baseada em Indicadores”, em vez da prática da “Saúde Centrada nos Utentes”;
- A informação baseada em dados de processo (e alguns resultados intermédios), em vez de ganhos em saúde, pode conduzir a excessos do ato médico, nomeadamente o excesso de prescrição de medicamentos, consumismo e iatrogenia (Rodrigues; Rodrigues, 2013).

Contrariamente à expectativa existente, a contratualização para os cuidados de saúde primários para o ano 2013 mantém genericamente os mesmos indicadores. Apesar de ser reconhecida a necessidade de mudança periódica dos indicadores de contratualização, evitando o seu afunilamento e promovendo incentivos a outros indicadores que necessitem de melhorar os seus resultados.

A falta de alinhamento dos indicadores de contratualização dos serviços de saúde (CSP e Hospitais), dos indicadores de monitorização do Plano Nacional de Saúde e do sistema de informação do Observatório Local de Saúde das Unidades de Saúde Pública é um constrangimento real que deve ser corrigido futuramente. A incapacidade e falta de robustez do atual sistema de informação, dificulta o diálogo entre ferramentas locais e a base de dados central de informação.

4.3.3 Percepção de atores-chave referente ao planeamento, gestão e operacionalização do PNS a nível regional e local

Com a finalidade de refletir sobre o processo de planeamento, gestão e operacionalização do PNS, a nível regional e local, o OPSS, em abril de 2013, desenvolveu um estudo baseado numa técnica de grupo nominal, com a participação de oito atores-chave, médicos de saúde pública de nível regional e local.

O estudo realizado procura ilustrar e caracterizar as percepções relacionadas com o processo de implementação e execução do Plano Nacional de Saúde, levantando pistas para o desenvolvimento futuro e melhoria deste processo.

A aplicação da técnica consistiu na realização de uma reunião estruturada, em que mediante a apresentação de questões pré-definidas, os participantes expuseram uma lista de ideias e respostas potenciais para as perguntas colocadas, que foram posteriormente analisadas no seio do grupo e devidamente priorizadas (Department of Health and Human Services, 2006; CDC, 2006; Dunham, 2006; Boddy, 2005; Witkin; Altshuld, 1995).

Grau de concretização do PNS a nível regional e local

O grupo de participantes manifestou um reconhecimento inequívoco da importância do PNS enquanto documento enquadrador e de referência para a ação em saúde. De uma forma geral, os peritos consideraram que o grau de implementação do PNS a nível regional e local ainda se encontra numa fase inicial, tendo existido uma clara discrepância entre o investimento considerável que foi alocado ao processo de construção, em detrimento da fase de implementação.

Os peritos reconhecem que o grau de implementação do PNS se encontra ainda numa fase inicial, devido à discrepância do investimento entre a fase de elaboração e a de desenvolvimento do mesmo. Adicionalmente existe alguma ausência de identificação de ações concretas e instrumentos de sua aferição.

Este grupo considerou que o documento está muito centrado em princípios e linhas orientadoras, mas apresenta omissões no que diz respeito a ações concretas, e instrumentos para a sua operacionalização aos diferentes níveis, dificultando deste modo a sua aplicação prática. O elevado número de programas, metas e indicadores torna difícil a sua gestão e operacionalização ao nível local, sendo que estes devem constituir essencialmente referências e estímulos para a ação regional e local, mas terão de ser convenientemente adaptados às circunstâncias e especificidades locais através do desenvolvimento e implementação de Estratégias Locais de Saúde.

Obstáculos e constrangimentos à operacionalização das metas estabelecidas

Uma das questões colocadas aos atores chave consistiu na identificação dos principais constrangimentos e obstáculos à operacionalização das metas relacionadas com os indicadores de ganhos em saúde do PNS 2012-2016.

O insuficiente alinhamento estratégico entre o processo de implementação do PNS, o compromisso político e as políticas de saúde, assim como a não existência de mecanismos de articulação e comunicação entre os diferentes níveis e a falta de termos de referência para a ação, dificultam a operacionalização das metas do PNS ao nível regional e local.

Foram também identificados como constrangimentos, o desconhecimento dos mecanismos de monitorização e avaliação, as diferentes dificuldades no sistema de informação, bem como a dificuldade na implementação das Estratégias Locais de Saúde.

Quadro 20 – Lista priorizada de constrangimentos e obstáculos identificados

Insuficiente alinhamento estratégico entre o processo de implementação do PNS, as políticas de saúde (formação, financiamento, alocação de recursos humanos, contratualização, investigação, etc..) e a saúde nas outras políticas
Falta de interoperabilidade entre os sistemas de informação existentes que deem resposta às necessidades de informação do PNS
Dificuldade na definição e implementação das estratégias locais de saúde e sua priorização
Não estão previstos mecanismos de articulação e comunicação entre os diferentes níveis para a implementação do PNS
Desconhecimento dos mecanismos de monitorização e avaliação do PNS que estas entidades irão utilizar (DGS/ INSA)
Falta de termos de referência que permita aos profissionais de saúde operacionalizar o PNS ao nível local
Fraco compromisso político na sua efetiva implementação

Fonte: Elaboração Própria - Técnica de Grupo Nominal (ENSP, abril 2013)

Medidas e mecanismos para garantir que a estratégia de saúde responda adequadamente às necessidades da população.

O grupo de participantes considerou necessário priorizar a intervenção em áreas e grupos mais vulneráveis, recorrendo a instrumentos de avaliação das desigualdades sociais em saúde ao nível local, e à definição das estratégias de saúde baseadas na evidência das reais necessidades da população e das intervenções efetivas em saúde.

Foi considerado relevante também, o aumento da literacia em saúde da população e a garantia do seu maior envolvimento junto das estruturas de saúde, bem como o investimento na

promoção da saúde e a prevenção da doença, através do reforço dos cuidados de saúde primários e da ação intersectorial.

Quadro 21 – Lista prioritizada de medidas e mecanismos identificados

Priorizar intervenção em áreas e em grupos mais vulneráveis, garantindo instrumentos de avaliação diagnóstica e prognóstica das desigualdades sociais em saúde ao nível local
Definição das estratégias de saúde baseadas na melhor evidência disponível sobre as reais necessidades da população
Garantir maior envolvimento da população junto das estruturas de saúde
Reforçar a capacidade dos serviços de saúde através do trabalho multidisciplinar e interinstitucional integrando recursos e criando sinergias
Definição da estratégia de saúde baseada na melhor evidência disponível sobre intervenções efetivas em saúde

Fonte: Elaboração Própria - Técnica de Grupo Nominal (ENSP, abril 2013)

A garantia do compromisso político com as estratégias de saúde e o alinhamento entre os vários níveis de planeamento em saúde, bem como o investimento na clarificação dos papéis dos principais atores, foram considerados fundamentais para que a estratégia de saúde responda às necessidades reais da população.

Considerações finais

O Plano Nacional de Saúde contribui para promover e coordenar as ações, e mobilizar os recursos para a obtenção de ganhos em saúde. Neste sentido, importa assegurar que o PNS não seja um mero exercício teórico de planeamento, mas uma verdadeira ferramenta de coordenação da governação da saúde, mobilizando todos os setores e todos os profissionais de saúde.

A abordagem focalizada em programas de saúde verticais pode conduzir a intervenções orientadas para problemas específicos de saúde, com prejuízo do desenvolvimento de uma estratégia compreensiva de gestão da saúde no contexto regional e local. Esta dificuldade é potenciada pela quase ausência de um modelo de planeamento efetivo e integrador dos diferentes programas, tendo em conta o desenvolvimento das Estratégias Locais de Saúde.

Na atual conjuntura económica e financeira, torna-se imperativo a necessidade de uma rigorosa gestão de recursos, para a melhoria dos resultados em saúde. A política de saúde deverá contribuir para uma distribuição dos recursos disponíveis de acordo, com as reais necessidades de saúde, salvaguardando os princípios de equidade e da qualidade dos serviços pelo Serviço Nacional de Saúde.

4.4 O que se sabe dos cuidados paliativos em Portugal

Este é o primeiro ano em que o OPSS aborda a oferta e a procura de cuidados paliativos em Portugal. Segundo a OMS, os cuidados paliativos são “uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, quando estes enfrentam uma doença potencialmente fatal, através da prevenção e do alívio de sofrimento por meio de uma identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais” (WHO, 2010c). Este tipo de cuidados tem como fim último, a garantia de que os indivíduos passem os seus últimos tempos de vida com a melhor qualidade de vida e o mais livre de sintomas que é possível (Griffin *et al.*, 2007).

Importa realçar que, neste momento, se encontra em vigor em Portugal um Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), aprovado por despacho do anterior Ministério da Saúde, a 29 de março de 2010, no qual foram definidos padrões para os diferentes tipos de respostas em cuidados paliativos. Foi também publicada, a 5 de setembro de 2012, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos a estes cuidados, define a responsabilidade do Estado, e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), a funcionar sob tutela do Ministério da Saúde. Esta lei aguarda regulamentação para ser aplicada.

Neste texto iremos responder às seguintes questões:

- O que caracteriza as preferências dos portugueses face às situações de fim de vida?
- Há alguma diferença entre os locais de morte dos portugueses e as suas preferências?
- Será que a oferta de cuidados paliativos responde às necessidades da procura?

4.4.1 *O que caracteriza as preferências dos portugueses face a situações de fim de vida?*

As inovações e os avanços no tratamento de doenças potencialmente fatais como o cancro, fazem com que terapêuticas intensivas e agressivas se estendam cada vez mais a fases avançadas da doença. Como resultado, uma grande parte dos custos de saúde concentra-se no último ano de vida das pessoas (Riley; Lubitz, 2010). A decisão clínica de continuação de tratamentos intensivos é frequentemente tomada assumindo que doentes e seus familiares continuam a querer focar-se na sobrevivência, mesmo que em detrimento de uma melhor qualidade de vida. No entanto, qual é realmente a opinião dos doentes e dos cidadãos?

Para avaliar as preferências dos cidadãos face aos cuidados em fim de vida, foi recentemente realizado o inquérito telefónico europeu PRISMA, de base populacional e envolvendo 9.344 cidadãos com 16 ou mais anos de idade de sete regiões europeias (Alemanha, Espanha, Flandres, Holanda, Inglaterra, Itália e Portugal), dos quais 1.286 foram de Portugal continental e insular (Ferreira *et al.*, 2012; Harding *et al.*, 2010). A estes cidadãos foi colocado um cenário hipotético de doença grave (dando como exemplo um cancro) com menos de um ano

esperado de vida e foi-lhes feito uma série de 28 perguntas, abrangendo dados sociodemográficos e preferências e valores pessoais relacionados com os cuidados de fim de vida, sobre informação, opções e foco dos cuidados, sintomas e problemas, tomada de decisão e locais preferidos para morrer (Gomes *et al.*, 2012).

Dos portugueses questionados, tinha já sido diagnosticada a 7,8%, uma doença grave nos últimos 5 anos e 53,2% tinham já cuidado de amigos ou familiares nos últimos meses de vida. 51,2%, dos inquiridos preferiam morrer em casa, caso tivessem oportunidade de exercer a sua escolha, valor inferior ao das outras regiões estudadas (Gomes *et al.*, 2012). A segunda escolha mais frequente foi uma unidade de cuidados paliativos (explicada a todos participantes como “locais com cuidados especializados e camas para doentes terminais”). Este local foi escolhido por 35,7% dos inquiridos, valor superior ao das outras regiões estudadas.

Por outro lado, caso estivessem numa situação grave de ter menos de um ano esperado de vida, 73,5% dos portugueses manifestaram o seu interesse em o saber, 9,3% apenas queriam ser informados quando manifestassem esse desejo e 10,6% não queriam mesmo ser informados (Harding *et al.*, 2013). Relativamente à informação sobre sintomas, 89,6% gostava de a receber, sendo este valor ainda maior (94,9%) se se tratasse de informação sobre opções de tratamento. Estes dois últimos valores são os maiores de todas as regiões inquiridas. Qualquer um dos resultados destas variáveis mostrou ser sensível a fatores sociodemográficos, com os mais velhos, os que possuíam menos literacia, os viúvos e os que viviam sós, a afirmarem-se menos interessados em ter a referida informação. Em relação ao género, os homens foram os que mais interesse demonstraram na informação.

Morrer com dignidade significa morrer com autonomia e controlo sobre os sintomas e, neste estudo, a dor foi referida como a principal preocupação para 36,0% dos portugueses. No entanto, ‘ser um fardo para outros’ foi a segunda grande preocupação para 20,6%, uma das maiores dos países inquiridos, o que pode ser explicado pelo facto de familiares terem de deixar os seus empregos para serem cuidadores principais.

Quando inquiridos, os portugueses salientaram também a escassez de unidades de internamento de cuidados paliativos, para além da necessidade de uma melhor qualidade de cuidados, que envolva uma maior humanização e um controlo adequado dos sintomas (Daveson *et al.*, 2013a).

Finalmente, em termos de tomada de decisão, 60% dos portugueses, caso se sintam capazes, preferem ser envolvidos nas decisões relativas aos seus cuidados (Daveson *et al.*, 2013b). Este valor é substancialmente mais baixo do que o dos alemães (91%) e do que a média de todas as regiões estudadas (74%). No caso de não serem capazes de tomar decisões, 18% dos portugueses refere o desejo de ser envolvido nas decisões através, por exemplo, da utilização de um testamento vital, para especificar as suas vontades em momento anterior à incapacidade. As três alternativas mais frequentes foram delegar a decisão no cônjuge ou

parceiro/a (51%), em familiares (51%) ou no médico (23%). De notar que, das regiões europeias estudadas, Portugal era a única sem aprovação de qualquer diretiva antecipada, entretanto prevista na Lei n.º 25/2012 de 16 de julho.

Mais de dois terços dos portugueses inquiridos (70%) expressou o desejo de que os cuidados de saúde, numa situação de doença grave, com menos de um ano de vida expectável, se focassem em melhorar a qualidade de vida durante o tempo que lhes restasse para viver. Cerca de 1/4 (26%) disse que prolongar o tempo de vida era mais importante e 4% disse que os dois aspetos eram igualmente importantes. Estes valores são muito similares à média das sete regiões europeias estudadas (71%, 24% e 5%, respetivamente) (Higginson *et al.*, 2013).

De acordo com o estudo PRISMA, os portugueses referiram que a qualidade de vida e o controlo da dor na fase terminal das suas vidas eram dos fatores que mais os preocupavam. Salientaram também a escassez de unidades de internamento de cuidados paliativos, para além da necessidade de uma melhor qualidade de cuidados que envolvesse uma maior humanização e um controlo adequado dos sintomas.

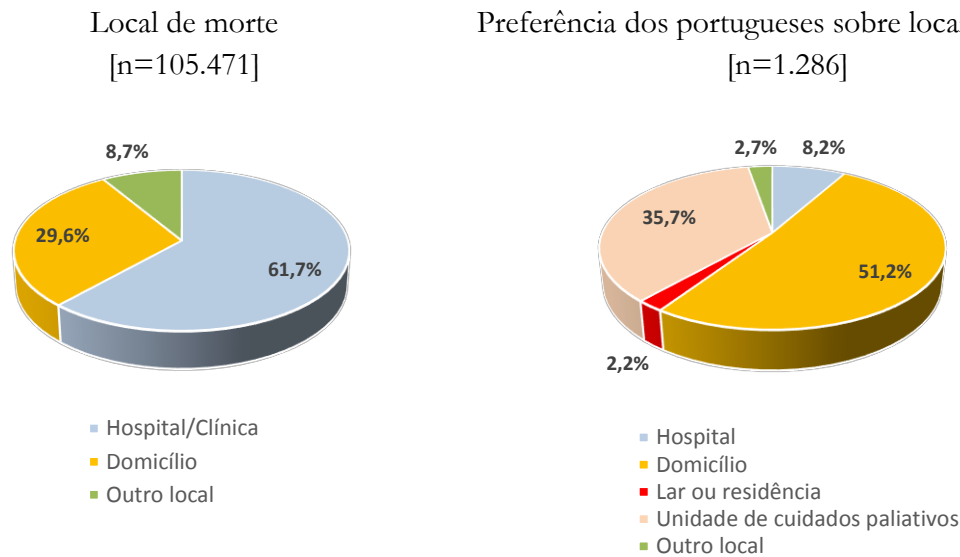
4.4.2 Há alguma diferença entre os locais de morte dos portugueses e as suas preferências?

De acordo com um estudo publicado em 2011, a percentagem de mortes ocorridas em hospitais/clínicas aumentou em Portugal de 54,2% em 2000 para 61,4% em 2008. No mesmo período de tempo, os óbitos no domicílio diminuíram de 35,8% para 29,9% (Machado *et al.*, 2011).

No entanto, esta situação não está em sintonia com o que se passa em outros países (Gomes *et al.*, 2013b; Higginson; Sem-Gupta, 2000) nem, principalmente, com as opiniões dos portugueses quando inquiridos sobre o local de morte que prefeririam, se as circunstâncias lhes permitissem escolher e estivessem com uma doença grave como o cancro, com menos de um ano de vida (valores já anteriormente referidos).

De facto, dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE) revelam que em 2010 houve em Portugal 105.471 óbitos. Nesse ano, 61,7% dos portugueses morreram em hospitais/clínicas e 29,6% em casa, num lar ou residência (*i.e.*, no domicílio). Esta realidade contrasta com os dados obtidos no inquérito europeu PRISMA, em que a maior proporção de preferências (51,2%) dos portugueses recai em casa própria ou de familiar ou amigo, seguido pela unidade de cuidados paliativos (35,7%) e pelo hospital (8,2%), conforme o apresentado na figura 14.

Figura 14 – Realidade e preferências dos portugueses face ao local de morte em 2010



Fonte: Adaptado de Gomes *et al.* (2013c).

De notar que, face à forma como o local de morte é classificado nos certificados de óbito (refletida na base de dados do INE), não foi possível identificar o número de mortes em unidades de cuidados paliativos. Por outro lado, a proporção de preferências por morrer em lares de idosos é interessante por estes serem dos locais menos preferidos, o que contrasta com a preferência por casa, justificando assim a existência de uma separação nos registos de óbitos entre estes dois locais de morte.

Esta discrepância entre a realidade e as preferências dos cidadãos é, no entanto, diferente segundo a região NUTS II e o grupo etário, não o sendo entre sexos. De facto, em todas as regiões e grupos etários há uma menor proporção de pessoas a morrer em casa ou em lares, do que as que preferiam que isso acontecesse. Esta diferença é maior nos Açores e nos indivíduos com 65 ou mais anos de idade.

Os portugueses preferem morrer em casa, no entanto, morrem maioritariamente nos Hospitais e clínicas. Esta discrepância permite-nos concluir que, em grande parte dos casos, os portugueses têm ainda uma grande probabilidade de não ver as suas preferências para locais de morte satisfeitas, o que cria a necessidade de ajustar as decisões políticas do sistema de saúde, àquilo que é desejado pelos cidadãos. Só assim se poderão reduzir estas desigualdades.

4.4.3 Será que a oferta de cuidados paliativos responde às necessidades da procura?

Segundo um outro estudo publicado (Capelas, 2009) é de esperar que cerca de 60% dos doentes falecidos em Portugal necessite de cuidados paliativos. De forma a dar resposta às

necessidades desta população e dos seus familiares e, seguindo recomendações internacionais, incluindo as da Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), o autor do estudo estima que deverão existir 1 a 1.5 equipas domiciliárias de cuidados paliativos por 100 mil habitantes, constituídas por 2 médicos e 3 a 4 enfermeiros, assim como 80 a 100 camas por milhão de habitantes, sendo que uma unidade de internamento em cuidados paliativos deverá ter 10 a 15 camas.

Por sua vez e de acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), deverão existir:

- Entre 20-30% de lugares em Unidades de Cuidados Paliativos integradas em hospitais de agudos (hospitais com mais de 250 camas ou hospitais monográficos em oncologia). Estas camas são destinadas ao tratamento de doentes com perfil “agudo e de alta complexidade”;
- 40-60% em Unidades específicas de Cuidados Paliativos da RNCCI. Inclui Unidades de Cuidados Paliativos da RNCCI localizadas quer no SNS, como noutras entidades prestadoras que funcionam dentro do âmbito da RNCCI;
- 20-40% em unidades da RNCCI não específicas de Cuidados Paliativos.

Deste modo, com dados relativos a 2009, tendo em conta a população residente em Portugal, não muito diferente da atual, seriam necessárias entre 106 e 160 equipas domiciliárias de cuidados paliativos. Isto é, seriam necessários 266 médicos e 465 enfermeiros (Capelas, 2010). No que respeita a lugares de internamento, devem existir entre 643 e 804 camas, repartidas em:

- 30% dos lugares em hospitais de agudos fora da RNCCI – 193 a 241 camas;
- 50% em unidades específicas de Cuidados Paliativos da RNCCI – 322 a 402 camas e;
- 20% em unidades da RNCCI não específicas de Cuidados Paliativos – 129 a 161 camas (ações paliativas).

Segundo a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) há, em território português, nove equipas que oferecem apoio domiciliário especializado de cuidados paliativos (Manuel L. Capelas, comunicação pessoal, março 2013). Já a RNCCI identifica 11 equipas (Inês Guerreiro, comunicação pessoal, março 2013). Destas, identificámos seis equipas reconhecidas por ambas as entidades, o que origina um total entre 9 a 14 equipas a prestar apoio paliativo domiciliário em Portugal. Estes números traduzem-se em cerca de uma equipa por cada 750 mil a 1.170.000 habitantes, sendo que as atuais recomendações são de uma equipa por 100 mil habitantes (EAPC, 2009).

Existem 22 unidades de internamento em cuidados paliativos, identificadas pela RNCCI, com número de camas variável de 5 a 20 por unidade (Inês Guerreiro, comunicação pessoal, março 2013). Acrescem a estas, duas unidades reconhecidas pela APCP (Manuel L. Capelas,

comunicação pessoal, março 2013). Por inconsistências de informação, não é possível determinar o número exato de camas. No entanto, a oferta está claramente aquém das atuais recomendações da EAPC de 80 a 100 camas por milhão de habitantes.

É de realçar que a realidade atual mostra que um grande número de pessoas morre em hospitais todos os anos, o que levanta a possibilidade de existirem doentes internados nos hospitais portugueses com necessidade não supridas de cuidados paliativos. A EAPC recomenda a existência de uma equipa em todos os hospitais com mais de 250 camas e a meta traçada no PNCP é de uma equipa em todos os hospitais do país (Capelas, 2009). Com base nos dados fornecidos pela RNCCI e pela APCP, estimamos que 14 a 18 dos 36 hospitais, centros hospitalares ou unidades locais de saúde pertencentes ao SNS, com mais de 250 camas em Portugal continental (segundo dados de 2009 reportados no Relatório Final do Grupo Técnico da Reforma Hospitalar), contam já com o suporte de pelo menos uma equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos ou de unidade de internamento de cuidados paliativos com atividade assistencial de apoio intra-hospitalar a outros serviços. Segundo a RNCCI há 17 hospitais, centros hospitalares ou unidades locais de saúde com mais de 250 camas, dotados de apoio. Já a APCP identifica 14, sendo que 13 são reconhecidos por ambas as entidades (o que origina um total entre 14 a 18, dos 36 existentes no país).

Assim, no sentido de inverter as tendências atuais de morte hospitalar, indo ao encontro das preferências dos cidadãos portugueses, considera-se haver necessidade de priorizar, a nível nacional, o desenvolvimento de equipas domiciliárias de cuidados paliativos e de unidades de cuidados paliativos. É importante realçar os resultados internacionais de uma revisão Cochrane, recentemente publicada que demonstra que as equipas domiciliárias de cuidados paliativos, não só aumentam significativamente as possibilidades dos doentes morrerem em casa (em duas vezes mais) mas também controlam melhor os sintomas, resultando daí uma menor carga sintomática para os doentes, comparando com os cuidados convencionais (Gomes *et al.*, 2013a).

Note-se que as duas tipologias de resposta acima recomendadas (equipas domiciliárias e unidades de cuidados paliativos), cobrem mais de 80% das preferências dos cidadãos em Portugal, de acordo com o inquérito PRISMA e à semelhança de outros países europeus.

Estima-se a necessidade em Portugal de 1.062 camas para cuidados paliativos, das quais 319 em 28 unidades em instituições de agudos e 531 camas em 46 unidades em instalações de crónicos, com as restantes em lares. Existe ainda a necessidade de aumentar as equipas domiciliárias de cuidados paliativos.

Notas finais

Neste texto foram referidos alguns aspetos da prestação de cuidados paliativos em Portugal em situações oncológicas. No entanto, é de notar que, segundo a EAPC, 60% dos doentes

falecidos por cancro e 40% dos falecidos por doenças não oncológicas, necessitariam de cuidados paliativos (EAPC, 2009).

Face ao apresentado, pode ser de esperar que o estudo anteriormente mencionado sobre as preferências tenha influência nas decisões dos profissionais de cuidados paliativos que até agora apenas se podiam basear na literatura internacional. Um outro aspeto que se pode concluir deste estudo é o facto de que nem todos os cidadãos se manifestaram interessados em ter informação, se confrontados com uma situação grave de saúde. Isto é importante ser realçado uma vez que esta informação deve ser transmitida de uma forma técnica, humana e individualizada, sendo que os doentes deverão ser apoiados após a comunicação de uma má notícia.

O papel dos cuidadores é outro assunto intrinsecamente ligado ao da prestação de cuidados paliativos, em especial no domicílio. Têm de existir condições de apoio aos cuidadores de modo a que os doentes não sintam de forma tão premente que são um ‘fardo’ para os outros. Assim, há ainda muito a fazer para que se considere que temos cuidados de saúde de qualidade em Portugal, em especial no fim de vida para todos os que deles necessitam.

5.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O OPSS escolheu como título para o RP2013 **“duas faces da saúde”**, por considerar que estamos em presença de dois mundos que coexistem paralelamente – o oficial, dos poderes, onde se afirma que as coisas vão mais ou menos bem, previsivelmente melhorando a curto prazo; e um outro, o da experiência real das pessoas, em que se assiste a um cada vez maior empobrecimento, a um desemprego crescente, a problemas de acesso a cuidados de saúde e conjuntamente, a uma considerável descrença em relação ao presente e também ao futuro. Esta separação entre esses dois mundos, que raramente se encontram e dialogam pouco um com o outro, está no centro das preocupações do OPSS e na origem de alguns dos nossos problemas mais importantes.

No último ano da governação da saúde, podemos verificar a coexistência dessas duas faces – uma a da **gestão dos recursos da saúde**, ilustrada através da racionalização e da capacidade para mobilizar recursos financeiros e, uma outra, que representa os **efeitos na saúde das pessoas e no sistema de saúde**, resultantes da atual conjuntura económica, financeira e social, mas também da ausência de uma base de apoio sólida aos projetos de longo prazo.



5.1 Gestão dos recursos da saúde

Nesta face da saúde, destacam-se a racionalização facilitada pela pressão externa do programa de ajustamento e a capacidade da tutela para mobilizar recursos financeiros.

Racionalização facilitada pela pressão externa do programa de ajustamento

Como já por nós referido, o Ministério da Saúde executou bem grande parte das medidas do MdE, num contexto difícil, num tempo limitado, com alguns resultados palpáveis. No entanto, ao fazê-lo, não pôde evitar ser “arrastado” pela lógica do curto prazo e pela falta de enquadramento daquelas medidas nas políticas de saúde.

Igualmente, desenhou e levou a cabo um conjunto de medidas de racionalização mais profundas do que as contidas no MdE, em menos de um ano, com resultados assinaláveis, pelo menos no curto prazo, em alguns domínios. A análise da implementação das medidas daquele Memorando e a insatisfação manifestada na comunicação social, por parte de alguns atores socioeconómicos da saúde, indicam que o Ministro da Saúde tem resistido invulgarmente bem às pressões desses setores (“captura do Estado”).

À luz do Programa de Ajustamento foi possível adotar medidas que contribuíram para influenciar favoravelmente uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis para a área da saúde. Nomeadamente, no que se refere à análise da política do medicamento, verifica-se que a efetiva baixa de preços que se tem observado contribuiu para uma ligeira diminuição dos encargos dos utentes com medicamentos. Num estudo realizado pelo OPSS, utilizando uma amostra de conveniência aplicado na zona da Grande Lisboa, verificou-se com frequência a

substituição terapêutica por alternativas mais baratas, o que corrobora a adequação de políticas promotoras do mercado de genéricos às necessidades dos doentes, como a prescrição por DCI, implementada no ano de 2012.

Capacidade do Ministério da Saúde para mobilizar recursos financeiros destinados a pagar as dívidas acumuladas no SNS e conseguir uma proteção relativa para o orçamento da saúde em 2013

O Ministério da Saúde assegurou 1,5 milhões de euros para pagar, em 2012, cerca de metade da dívida acumulada no setor da saúde, o que constitui um êxito assinalável.

O Ministério da Saúde tem para 2013, 8.344,30 milhões de euros, o que corresponde a uma redução de 17% (menos 1.709,70 milhões de euros) face à estimativa de despesa para 2012, segundo a proposta de OE para 2013. Destes, 7.801,10 milhões de euros são para o SNS, que recebe menos 19,5% do que em 2012. Mas, considerando o contexto geral do OE, talvez se possa afirmar que o Ministro da Saúde conseguiu defender o setor. De facto tomando em linha de conta o valor para amortizar a dívida acumulada da saúde, os recursos financeiros previstos para este setor na ordem dos 1.932 milhões de euros no OE 2013, são uma boa notícia para os credores dos serviços públicos de saúde.

Assim, apesar da conjuntura económico-financeira profundamente marcada pela restrição e contenção orçamental, o Ministério da Saúde foi capaz de gerir os recursos disponíveis de forma a pagar parte da dívida do SNS e com isso atenuar as limitações que daí advinham.

Todavia, há que ter em conta que existe uma outra face, onde as implicações decorrentes da ausência de uma base de apoio sólida a projetos de longo prazo, dos cortes no orçamento da saúde, da ausência de estratégias de integração de cuidados, afetam a resposta dos serviços e a saúde da população e criam graves problemas de acesso para alguns grupos – os mais vulneráveis e os que diariamente engrossam o grupo dos desempregados e empobrecidos. Verificam-se manifestações permanentes desses efeitos, à medida que a crise se vai agravando.

Face às repercussões da crise na saúde das pessoas, há necessidade de uma resposta diferenciada para além daquela do dia-a-dia. E essa, o Ministério da Saúde aparentemente não a está a dar, pois não se conhece nenhuma estratégia prospetiva, nem nenhum plano de contingência.

5.2 Efeitos na saúde e no sistema de saúde

São visíveis os efeitos da crise (pouco monitorizados e avaliados), não só na saúde da população, mas também no sistema de saúde, agravados pela ausência de apoio àqueles que são os projetos estratégicos, de médio e longo prazo, deste setor.



Crise e saúde

Durante os últimos 4 anos, nos quais o OPSS tem realizado análises precisas, independentes e periódicas, identificando, recolhendo e produzindo informação e conhecimento sobre a evolução do sistema de saúde português e dos seus condicionantes, tem também chamado anualmente, a atenção para a “crise e a saúde”, através de relatórios detalhados - elaborados com recursos muito escassos – não existe ainda em Portugal um diagnóstico oficial sobre esta matéria, a partir do qual seja possível organizar no terreno uma resposta adequada aos efeitos da crise na saúde.

Inverteram-se os papéis!

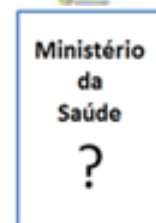
O OPSS faz o diagnóstico e aponta para as ações necessárias.

O Governo critica o OPSS.

Não seria de esperar que o Ministério da Saúde realizasse um diagnóstico e monitorizasse os efeitos da crise na saúde e que por sua vez, o OPSS analisasse e criticasse as medidas implementadas e os seus resultados?

Não existindo esse diagnóstico, não temos respostas atempadas, não temos respostas integradas e não temos naturalmente respostas eficazes. Isso é preocupante.

Segundo a OMS, existe forte evidência de que as taxas moderadoras reduzem, de forma semelhante, a utilização de serviços de saúde de baixo ou elevado custo. Aplicar taxas moderadoras indiscriminadamente significa impedir os cidadãos de recorrer aos serviços e tratamentos de que necessitam (...), o que poderá ter um impacto negativo na saúde. WHO. EOHSP, 2013.



Base social de apoio a projetos estratégicos a médio e longo prazo

Os projetos estratégicos da saúde são sempre iniciativas realizadas a médio e longo prazo para cuja sustentação é necessária uma ampla base de apoio, técnico e social.

Esta necessidade tem vindo a ser cada vez mais desvalorizada, o que é visível através de alguns aspetos específicos da governação da saúde.

Reforma dos cuidados de saúde primários

Apesar de algumas medidas positivas neste setor, continuam a persistir ações e omissões controversas, principalmente entre aqueles que localmente têm sido a principal força motriz

na promoção desta reforma, os profissionais no terreno. Nomeadamente o processo de contratualização continua com atrasos recorrentes, foco de conflitualidade e mal aceite pelos coordenadores e prestadores e considerado inadequado pelos profissionais; atrasos na abertura de novas USF. Persiste a ausência de descentralização e recentralização da gestão, mantém-se um sentimento de frustração e insatisfação, por parte dos principais atores da reforma.

De acordo com um estudo atualizado anualmente (Biscaia et al, 2013), a satisfação dos profissionais com as instituições da saúde (Ministério da saúde e ACSS), tem vindo a deteriorar-se progressivamente. Em 2013, 24,5% estavam muito insatisfeitos e 51,5% insatisfeitos com a atuação do Ministério da Saúde; 31,1% muito insatisfeitos e 43,7% insatisfeitos com a atuação do ACSS, relativamente às suas ações no âmbito da reforma dos CSP.

Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde deixou de fazer parte do discurso político da saúde e está longe de começar a fazer parte do quotidiano da vida dos portugueses e dos seus serviços de saúde. Porquê?

Em Portugal, o Plano Nacional de Saúde tem sido desenvolvido de forma fragmentada e descontínua, não se reconhecendo, nas diversas opções políticas, um compromisso explícito para a concretização dos seus objetivos.

A estratégia de saúde deve assumir um papel fundamental na mobilização das políticas, ações e recursos, com vista à melhoria da saúde da população, pois na atual conjuntura económica e financeira, torna-se imperativa a necessidade de uma rigorosa gestão de recursos, para a melhoria dos resultados em saúde.

Política do medicamento

Alterações profundas no setor do medicamento são necessárias e algumas delas têm vindo a acontecer. No entanto, para evitar “danos colaterais” previsíveis por alterações muito rápidas, quando não abruptas, neste domínio (grande parte resultantes do Programa de Ajustamento e de ausência de mecanismos que o atenuem), e também para fortalecer a sua sustentabilidade futura, seria aconselhável suscitar uma maior colaboração dos atores deste setor – sem necessariamente ceder aos seus interesses mais imediatos – na implementação, monitorização e avaliação das medidas implementadas.

A redução dos preços dos medicamentos tem conduzido a um conjunto de consequências no setor farmacêutico, que leva, entre outros, a problemas de distribuição de medicamentos à população.

Diminuição do stock de medicamentos em 2012 quando comparado a 2011 em 75% das farmácias inquiridas; dificuldade de cumprimento dos prazos de pagamento aos grossistas (24%); dificuldade na obtenção dos medicamentos pedidos aos grossistas (72%); alguns medicamentos *life saving* (como insulinas) identificados como medicamentos nos quais se verifica uma maior dificuldade de aquisição.

Cuidados paliativos

Em relação à atenção aos cidadãos em fase de fim de vida, nota-se também um desajuste entre o que são as preferências dos portugueses e o que realmente vem sucedendo. Isto verifica-se, por exemplo, na escassa oferta de cuidados paliativos, em especial, de cuidados paliativos domiciliários. Também neste domínio se sente a necessidade de melhor adaptar as políticas e as práticas às necessidades dos cidadãos.

Em conclusão

É altura dos dois mundos inicialmente referidos falarem um com o outro, aceitando a necessidade de reconhecer a realidade tal como ela é, para que todos possamos partilhar e colaborar numa resposta atempada e efetiva, que considere e atenuar os efeitos da crise na saúde das pessoas e no sistema de saúde.

O SNS tornou-se um património de todos os portugueses. Foi construído por eles e foi pago por eles. Dele esperam beneficiar. Nele trabalha parte importante dos profissionais de saúde.

Mas o SNS só será sustentável se se modernizar, se se adaptar às circunstâncias e, isso não pode ser feito por uma parte dos portugueses contra outra parte. Um património, tem de ser preservado e mantido, sem divisões.

Necessitamos, por isso, de uma profunda reflexão que ultrapasse o fosso existente entre os dois mundos paralelos - o oficial e o real, o disponível e o necessário - e nos conduza a um SNS renovado, melhorado, modernizado e com futuro.

Das pessoas e para as pessoas.



6. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, C. - Morbilidade psiquiátrica em Portugal: apresentação do estudo nacional. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Fundação Champalimaud e Alto Comissariado da Saúde, 2010a.

ALMEIDA, C. Equidade e acessibilidade dos cuidados em saúde mental. In: Fórum Nacional de Saúde, 3, Lisboa, Junqueira, Centro de Congressos, 8 e 9 de Março 2010 - Para um futuro com saúde: Em foco: Plano Nacional de Saúde 2011-16. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010b.

ANDERSON, P. Economic crisis and mental health and wellbeing: a background paper prepared for the WHO Regional Office for Europe publication “Impact of economic crises on mental health”. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, [2011].

APAV - Estatísticas APAV: relatório anual. [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2012. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_Totais_Nacionais_2012.pdf

APAV - Estatísticas APAV: relatório anual. [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2011. Consult. 8.03.2013]. Disponível em http://apav.pt/apav_v2/images/pdf/Estatisticas_APAV_RelatorioAnual_2011.pdf

ARKES, J. - Does the economy affect teenage substance use? **Health Economics**. 16:1 (January 2007) 19-36.

ARKES, J. - Recessions and the participation of youth in the selling and use of illicit drugs. **International Journal of Drug Policy**. 22: 5 (September 2011) 353-359.

ARREIGOSO, V. – Ordem dos Médicos confirma racionamento. **Expresso**. (14.06.2012)

BALSA, C.; VITAL, C.; PASCUEIRO, L. - O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: prevalências e padrões de consumo. 1ª ed. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P, 2011.

BARBOSA, A. M. - O que faz e/ou pode fazer o SNS antes & depois do hospital. In: Debate preparatório do 1.º Congresso da FSNS, Porto 21 de Março 2013 - A saúde dos portugueses: antes & depois do hospital. Porto: FSNS, 2013.

BARR, B. *et al.* - Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. **British Medical Journal**. 13 (August 2012) 345.

BARROS, P. P. – Economic crisis and health systems: Portugal. In: Conferência sobre “A Crise Económica e os Sistemas de Saúde”, 14 de Janeiro de 2013, Lisboa, Salão Nobre da Escola Nacional de Saúde Pública – A crise económica e os sistemas de saúde. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2013.

BARROS, P. P. – Procura de cuidados de saúde, os efeitos do estado de saúde, copagamento e rendimento. Lisboa: Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa, 2001. (Documento de trabalho 2/2001).

BARROS, P.P. *et al.* - 'The pharmacists' and patients' side of policy measures in pharmaceutical markets: the effects of changing pharmacy margins. **Value in Health**. 15: 7 (2012) A322. Presented at International Society for Pharmacoeconomics Outcomes Research (ISPOR) 15th Annual European Congress, November 2012, Berlin, Germany.

BARROS, P.P.; MARTINS, B.; MOURA, A. - The rocky road to market equilibrium: price regulation and entry liberalization in the Portuguese retail pharmacy. **Value in Health**. 15: 7

(2012a) A321. Presented at ISPOR 15th Annual European Congress, November 2012, Berlin, Germany.

BARROS, P.P.; MARTINS, B.; MOURA, A. - Changing margins in pharmaceutical distribution: who benefits from the new slicing of the pie? **Value in Health**. 15: 7 (2012b) A321. Presented at ISPOR 15th Annual European Congress, November 2012, Berlin, Germany.

BISCAIA, A. R. *et al.* - O momento atual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal 2009/2010: questionário aos coordenadores das USF. In: Encontro Nacional das USF, 5, Lisboa, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 9 a 11 de Maio de 2013 - Saúde Capital do Futuro. Lisboa: USF-NA, 2013.

BISCAIA, A. R. *et al.* - Relatório do estudo: resumo (versão inicial): o momento actual da reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal 2009/2010: questionário aos coordenadores das USF. Lisboa: Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar, 26 de Fevereiro de 2010. [Em linha]. [Consult. 18-03-2010] Disponível em http://www.usf-an.net/pdf/relatorio_de_estudo.pdf

BISCAIA, J. L. – USF: Modelo positivo para o futuro. In: Encontro Nacional das USF, 5, Lisboa, Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, 9 a 11 de Maio de 2013 - Saúde Capital do Futuro. Lisboa: USF-NA, 2013.

BODDY, C. - A rose by any other name may smell as sweet but “group discussion” is not another name for a “focus group” nor should it be. **Qualitative Market Research: an International Journal**. 8:3 (2005) 248-255.

BOWLING, A. – Research methods in health: investigating health and health services. 2nd ed. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2002. ISBN 0-335-20643-3.

BRETTEVILLE-JENSEN, A.L. - Illegal drug use and the economic recession: what can we learn from the existing research? **International Journal of Drug Policy**. 22: 5 (September 2011) 353-359.

BROWN, S.; TAYLOR, K.; PRICE, S. W.- Debt and distress: Evaluating the psychological cost of credit. **Journal of Economic Psychology**. 26: 5 (October 2005) 642–663.

BUTTERWORTH, P.; RODGERS, B.; WINDSOR, T.D. - Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH Through Life Survey. **Social Science & Medicine**. 69: 2 (Jully 2009) 229-237.

CALDAS DE ALMEIDA, J.M. - Portuguese national mental health plan (2007–2016) executive summary. **Mental Health in Family Medicine**. 6: 4 (December 2009) 233–244.

CAMPOS, A. C. – Taxas moderadoras: dissuasão e restrição: crise da solidariedade ou crise do sistema de financiamento? **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático. 8: 1 (Janeiro/Março 1990) 13-17.

CAPELAS, M.L. - Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal. **Cadernos de Saúde**. 3: 2 (2010) 21-26.

CAPELAS, M.L.- Cuidados paliativos: uma proposta para Portugal. **Cadernos de Saúde** 2: 1 (2009) 51-57.

CARITAS EUROPA – The impact of the European crisis: a study of the impact of the crisis and austerity on people, with a special focus on Greece, Ireland, Italy, Portugal and Spain.

[Em linha]. Brussels: Caritas Europa, 2013 [Consult. 08.05.2013]. Disponível em http://www.caritas-europa.org/module/filelib/caritascrisisreport_web.pdf

CARONE, G.; SCHWIERZ, C.; XAVIER, A. - Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. Brussels: European Commission, 2012. (Economic Papers; 461).

CATALANO, R. - Health, medical care, and economic crisis. **New England Journal of Medicine**. 360: 8 (February 2009) 749-751.

CDC - Gaining consensus among stakeholders through the nominal group technique. **Evaluation Briefs**. 7 (November 2006)1-2.

CHANG, S.S., *et al.* - Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia?: a time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. **Social Science & Medicine**. 68: 7 (April 2009) 1322-1331.

CHERKIN, D.C.; GROTHAUS, L.; WAGNER E.H. - The effect of office visit co-payments on utilization in a health maintenance organization. [Em linha]. **Medical Care**. 27 (November 1989) 1036–1045. [Consult. 08.06.2013] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2586186>

CHRISTODOULOU, G. - Depression as a consequence of the economic crisis. In: Depression: a global crisis: World Mental Health Day: 20th Anniversary of World Mental Health Day, October 10, 2012. Occoquan, VA: World Federation for Mental Health, 2012. 14-18.

CNECV – Parecer sobre um modelo de deliberação para financiamento do custo dos medicamentos. [Em linha]. Lisboa: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 2012. [Consult. 08.05.2013]. Disponível em http://www.cneqv.pt/admin/files/data/docs/1348745574_Parecer%2064_2012%20CNECV%20Medicamentos%20SNS.pdf

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA. Declaration on “Health in all Policies”. [Em linha]. Rome: Council of the European Union, 2007. (COM 2007-630). [Consult. 22.01.2013] Disponível em http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_primopianoNuovo_18_documenti_itemDocumenti_4_fileDocumento.pdf

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]. Copenhagen: World Health Organization, 2008. [Consult. 13.01.2013] Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. - Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 2007.

DAVESON, B. *et al.* - Learning from the public: citizens describe the need to improve end-of-life care in Europe. **European Journal of Public Health**. (2013a.) Epub ahead of print 13 March 2013. doi: 10.1093/eurpub/ckt029.

DAVESON, B.A., *et al.* - To be involved or not to be involved: A survey of public preferences for self-involvement in decision-making involving mental capacity (competency) within Europe. **Palliative Medicine**. 27: 5 (May 2013b) 418-427.

DECRETO-LEI nº 50/2013. D.R. I.ª Série. 74 (2013-04-16) 2203. Estabelece o regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – Gaining consensus among stakeholders through the nominal group technique. [Em linha]. **Evaluation Briefs**. 7 (November 2006). [consult. 8.03.2013]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/evaluation/pdf/brief7.pdf>.

DESPACHO nº 5579/2013. D.R. II.^a Série. 82 (2013-04-29) 13593. Estabelece como programa de saúde prioritário, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos.

DOOLEY, D.; CATALANO, R., WILSON G. - Depression and unemployment: panel findings from the epidemiologic catchment area study. **American Journal of Community Psychology**. 22: 6 (December 1194) 745-765.

DORAN, E. *et al.* - Patient co-payments and use of prescription medicines. **Australian and New Zealand Journal of Public Health** 28: 1 (February 2004) 62-67.

DULEBA, T. *et al.* - Economic recession, unemployment and suicide. **Neuropsychopharmacol Hung**. 14: 1 (March 2012) 41-50.

DUNHAM, R. B. – Nominal group technique: a user's guide. Madison: School of Business. University of Wisconsin, 1998.

DUPAS, P. - Global health systems: pricing and user fees: draft. Amsterdam: Elsevier, March 2012. Prepared for the Elsevier Encyclopedia of Health Economics. [Em linha]. [Consult. 08.06.2013]. Disponível em http://www.stanford.edu/~pdupas/Dupas_Pricing&UserFees.pdf

EAPC - White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. **European Journal of Palliative Care**. 16: 6 (2009) 278-289.

EAPN - Indicadores sobre a pobreza: dados europeus e nacionais: Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal. [Em linha]. Porto: EAPN Portugal /Rede Europeia Anti-Pobreza, 2012. [Consult. 13.01.2013]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf

EC - Eurobarometer 2010. Brussels: European Commission, 2011.

EC. ECB. IMF – Portugal: Memorandum of Understanding (MoU) on specific economic policy conditionality: 3 May 2011. Brussels: European Commission. European Central Bank. International Monetary Fund, 2011.

EC. ECB. IMF – Portugal: Memorandum of Understanding (MoU) on specific economic policy conditionality: first update - 1 September 2011. Brussels: European Commission. European Central Bank. International Monetary Fund, 2011.

EC. ECB. IMF – Portugal: Memorandum of Understanding (MoU) on specific economic policy conditionality: second update - December 9, 2011. Brussels: European Commission. European Central Bank. International Monetary Fund, 2011.

EC. ECB. IMF – Portugal: Memorandum of Understanding (MoU) on specific economic policy conditionality: third update - March 15, 2012. Brussels: European Commission. European Central Bank. International Monetary Fund, 2011.

EC. ECB. IMF – Portugal: Memorandum of Understanding (MoU) on specific economic policy conditionality: fourth update - June 27, 2012. Brussels: European Commission. European Central Bank. International Monetary Fund, 2012.

EC. ECB. IMF – Portugal: Memorandum of Understanding (MoU) on specific economic policy conditionality: fifth update - October 14, 2012. Brussels: European Commission. European Central Bank. International Monetary Fund, 2012.

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.

ECONOMOU, A.; NIKOLAOU, A. - Are recessions harmful to health after all?: evidence from the European Union. **Journal of Economic Studies**. 35: 5 (2007) 368-84.

ECONOMOU, M. *et al.* - Depression telephone helpline: help seeking during the financial crisis. **Psychiatry**. 23: 1 (January-March 2012) 17-28.

ECONOMOU, M. *et al.* - Increased suicidality and economic crisis in Greece. **Lancet**. 378: 9801 (October 2011) 1459. doi:10.1016/S0140-6736(11) 61638-3.

EUROPEAN COMMISSION - People at risk of poverty or social exclusion. **EUROSTAT: Statistics Explained**. (January 2013). [Consult. 09.06.2013]. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/People_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion

EUROTIALS - Saúde em mapas e números. [Em linha]. **EUROTIALS Boletim Informativo**. 14 (Junho 2004). [Consult. 13.01.2013]. Disponível em http://www.eurotials.com/contents/files/Boletim_14.pdf

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.

FALAGAS, M.E. *et al.* - Economic crises and mortality: a review of the literature. **International Journal of Clinical Practice**. 63: 8 (2009) 1128-1135.

FEIJÃO, F.; LAVADO, E.; CALADO, V. - Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas: grupos etários dos 13 ao 18 anos: Portugal Continental 2011. Lisboa: IDT/NEI. ECATD-ESPAD/Portugal, 2011.

FERREIRA, P.L. *et al.* - Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. **Revista Portuguesa Saúde Pública**. 30 (Janeiro/Junho 2012) 62-70.

FERRETTI, F.; COLUCCIA, A. - Socio-economic factors and suicide rates in European Union countries. **Legal Medicine**. 11: 1 (April 2009) S92-4. doi: 10.1016/j.legalmed.2009.01.014.

FOUNTOULAKIS, K. N. *et al.* - Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**. (December 2012). doi: 10.1007/s00406-012-0385-9.

FRANCO, A. L. S. - Finanças públicas e direito financeiro. 4ª ed. (2ª reimpressão). Vol. II. Coimbra: Almedina, 1995.

FRASQUILHO, M. A.; FRASQUILHO, D. - Impacto do contexto socio-económico na adesão ao tratamento psicofarmacológico. Apresentado no 1º Congresso da Associação Psiquiátrica Alentejana, Centro de Artes de Sines e Casa do Médico de São Rafael, Sines, 2 a 4 de Junho de 2011.

FREITAS, A.C. - Doentes mentais estão a abandonar tratamento por falta de dinheiro. [Em linha]. **Público**. (10.03.2013). Disponível em <http://www.publico.pt/portugal/jornal/doentes-mentais-estao-a-abandonar-tratamento-por-falta-de-dinheiro-26191140>

FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS - Health expenditure as a % of GDP in Europe. [Em linha]. **Pordata**. (2013a). <http://www.pordata.pt/en/Europe/Health+expenditure+as+a+percentage+of+GDP-1962>

FUNDAÇÃO FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS. Conhecer a crise: a crise tem muitas caras: conheça os números. **PORDATA**. (2013). [Consult. 09-06-2013]. Disponível em <http://www.conheceracrise.com/lista/10/1/ordem-alfabetica-a-z>

GARCÍA, M.; S.; CIAPPONI, A. - Do user fees have an impact on the access to health services?: a SUPPORT summary of a systematic review. [Em linha]. Oslo, Norway: SUPPORT, August 2008. [Consult. 08.06.2013]. Disponível em: <http://www.support-collaboration.org/summaries.htm>

GILL, M. *et al.* - The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. **European Journal of Public Health**. 23: 1 (February 2012) 103-108.

GIOTAKOS, O.; KARABELAS, D.; KAFKAS, A. - Financial crisis and mental health in Greece. **Psychiatrike**. 22: 2 (April-June 2011) 109-119.

GIOTAKOS, O.; TSOUVELAS, G.; KONTAXAKIS, V. - Suicide rates and mental health services in Greece. **Psychiatrike**. 23: 1 (January-March 2012) 29-38.

GOMES, B. *et al.* - Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 6 (2013a). doi 10.1002/14651858.CD007760.

GOMES, B. *et al.* - Estudo epidemiológico dos locais de morte em Portugal em 2010 e comparação com as preferências da população portuguesa. **Acta Médica Portuguesa**. 2013b. In press.

GOMES, B. *et al.* - Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. **BMC Palliative Care**. 12: 7 (February 2013c). doi: 10.1186/1472-684X-12-7.

GOMES, B. *et al.* - Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Italy, Germany, the Netherlands, Portugal and Spain. **Annals of Oncology**. 23: 8 (August 2012) 2006-2015.

GRIFFIN, J.P.K. *et al.* - Palliative care consultation, quality-of-life measurements, and bereavement for end-of-life care in patients with lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. **Chest**. 132 (September 2007) 404-422.

HAM, C.; WALSH, N. - Lessons from experience: making integrated care happen at scale and pace. [Em linha]. London: The Kings Fund, 2013. [Consult. 09-05-2013]. Disponível em http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf

HARDING, R. *et al.* - If you had less than a year to live, would you want to know?: a seven-country European population survey of public preferences for disclosure of poor prognosis. **Psychooncology**. (March 2013). doi 10.1002/pon.3283. [Epub ahead of print].

HARDING, R.; HIGGINSON, I.J. - PRISMA: a pan-European coordinating action to advance the science in end-of-life cancer care. **European Journal of Cancer**. 46: 9 (2010) 1493-501.

HIGGINSON, I.J. *et al.* - Priorities for treatment, care and information if faced with serious illness: a comparative population-based survey in seven European countries. **Palliative Medicine**. 2013. In press.

HIGGINSON, I.J.; SEN-GUPTA, G.J. - Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. **Journal of Palliative Medicine**. 3:3 (2000) 287-300.

IMS HEALTH – Pharmaceutical drug data. [Em linha]. Danbury, Connecticut: IMS Health, 2013. Disponível em <http://www.imshealth.com/portal/site/ims>

INE – Conta satélite da saúde. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2013. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_contas_nacionais&contexto=cs&seTab=tab3&perfil=97154797&INST=116634832&xlang=pt

INFARMED – Análise mensal do mercado do medicamento. [Em linha]. Lisboa: Infarmed, 2013a. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO

INFARMED - Deliberações e Circulares Informativas que aprovam as Listas Trimestrais de GH. Lisboa: Infarmed, [s.d].

INFARMED - Indicadores de actividade relativos à avaliação de pedidos de comparticipação de medicamentos de uso humano. Lisboa: Infarmed, Dezembro 2011.

INFARMED - Indicadores de actividade relativos à avaliação de pedidos de comparticipação de medicamentos de uso humano. Lisboa: Infarmed, Dezembro 2012a.

INFARMED - Indicadores de actividade relativos à avaliação de pedidos de comparticipação de medicamentos de uso humano. Lisboa: Infarmed, Fevereiro 2013b.

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

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

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

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

JAMES, C. D. *et al.* - To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries. **Applied Health Economics Health Policy**. 5: 3 (2006) 137-53.

JENKINS, R. *et al.* - Debt, income and mental disorder in the general population. **Psychological Medicine**. 38: 10 (October 2008) 1485-1493.

- JOHNSON, A. *et al* - Hidden costs: the direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. **Social Science & Medicine**. 75: 10 (Nov 2012) 1786-92.
- KATIKIREDDI, S. V.; NIEDZWIEDZ, C. L.; POPHAM, F. - Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991–2010: health surveys of England. **British Medical Journal Open**. 2: 5 (October 2012) e001790. doi:10.1136/bmjopen-2012-001790.
- KENTIKELLENIS, A. *et al*. - Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. **The Lancet**. 378: 9801 (October 2011) 1457-1458.
- KHANG, Y.; LYNCH, J.; KAPLAN, A. - Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. **International Journal of Epidemiology**. 34: 6 (December 2005) 1291-1301.
- KONDO, N. *et al*. - Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. **Journal of Epidemiology & Community Health**. 62: 10 (October 2008) 869-875. doi: 10.1136/jech.2007.070334.
- LAGARDE, M.; PALMER, N. - The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. 4 (April 2011). doi: 10.1002/14651858.CD009094.
- LEE, S. *et al*. - Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. **Journal of Affective Disorders**. 126: 1-2 (October 2010) 125-133.
- LEIRIA, A.; PEIXOTO, R. - Urgências hospitalares: amarelos e laranjas aumentam, verdes diminuem. [Em linha]. **Jornal Sol**. (10.02.2013). Disponível em http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=679682013.
- LOBO, C. B. - Reflexões sobre a (necessária) equivalência económica das taxas. In: Estudos Jurídicos e Económicos em Homenagem ao Prof. Dr. António Sousa Franco. Vol. I. Coimbra: Coimbra Editora, 2006. (Teoria, Filosofia e História do Direito).
- LOHR, K.N. *et al*. - Use of medical care in the RAND health insurance experiment. [Em linha]. **Medical Care Supplement**. 24: S (1986) 18–30. [Consult. 08.06.2013]. Disponível em <http://www.rand.org/pubs/reports/2006/R3469.pdf>
- LOPES, M. *et al* – Violência sobre os idosos: um olhar sobre a atualidade. Apresentado na 11ª Conferência Internacional de Representações Sociais sobre “As representações sociais em sociedades em mudança”, Junho 2012b
- LOPES, M. *et al* - Violência, abuso, negligência e condição de saúde dos idosos: relatório final. [Em linha]. Évora: Universidade de Évora, 2012a. [Consult. em 08.04.2013]. Disponível em: <http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/7231>
- LÓPEZ VILAPLANA, C. - Population and social conditions. **EUROSTAT Statistics in Focus**. 4 (2013) 1-7.
- LUCAS, J. S. – Taxas moderadoras e equidade na utilização de cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume temático. 8: 1 (Janeiro/Março 1990) 17-28.
- MACHADO, M.C. *et al*. - A morte e o morrer em Portugal. Coimbra: Almedina, 2011.
- MADEIRA, M. - Tentativas de suicídio aumentam com a crise. [Em linha]. **Público**. (07.01.2013). Disponível em <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/tentativas-de-suicidio-aumentam-com-a-crise-1579762>

- MADIANOS, M. G. - Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the "Psychiatric Reform" in Greece? **Psychiatry**. 24: 1 (January-March 2013) 13-16.
- MCPAKE, B. *et al.* - Removing user fees: learning from international experience to support the process. **Health Policy and Planning**. 26: Suppl 2 (November 2011) 104-117.
- MEESEN, B. - Removing user fees in the health sector: a review of policy processes in six. **Health Policy and Planning**. 26 (2011) ii16–ii29. doi:10.1093/heapol/czr062.
- MEESEN, B.; GILSON, L.; TIBOUTI, A. - User fee removal in low-income countries: sharing knowledge to support managed implementation. **Health Policy and Planning**. 26 (2011) ii1–ii4. doi:10.1093/heapol/czr071.
- MIRANDA, J.; RIBEIRO, R. - Constituição da República Portuguesa: anotada. 2ª ed. Tomo I. Coimbra: Wolters Kluwer. Coimbra Editora, 2010.
- MLADOVSKY, P. *et al.* - Health policy responses to the financial crisis in Europe: policy summary 5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.
- MURPHY, G.C.; ATHANASOU, J.A. - The effect of unemployment on mental health. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**. 72: 1 (1999) 83-99.
- NEWHOUSE, J.P. - Free for all?: lessons from the RAND health insurance experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.
- OCDE - Health at a glance 2012: OECD indicators. [Em linha]. Paris: OECD, 2012. [Consult. 13.01.2013]. Disponível em <http://www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf>
- OECD – Health at a glance Europe 2011: OECD Indicators. [Em linha]. Paris: OECD Publishing, 2011. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>
- OECD - Health statistics data. [Em linha]. Paris: Organization for Economic Co-Operation and Development, 2013. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
- OPSS - 10|30 Anos - OPSS|SNS: razões para continuar: relatório da primavera 2009. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2009.
- OPSS – Crise e saúde: um país em sofrimento. [Em linha]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. ENSP. UNL, 2012. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf
- OPSS – Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde: relatório da primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Coimbra: Mar da Palavra, 2011.
- OPSS - Desafios em tempos de crise: relatório da primavera 2010. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010.
- PACULA, R .L. - Substance use and recessions: what can be learned from economic analyses of alcohol? **International Journal of Drug Policy**. 22: 5 (September 2011) 326-334.
- PARK, Y. *et al.* -The association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. **Journal of Preventive Medicine and Public Health**. 42: 2 (March 2009) 123-129.

PAULY, M.V. - The economics of moral hazard: comment. [Em linha]. **American Economic Review**. 58 (1968) 531-537. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em <http://www.jstor.org/stable/pdfplus/1813785.pdf?acceptTC=true>

PHILLIPS, M.R.; HUAQING, L. H., ZHANG, Y. - Suicide and social change in China. **Culture, Medicine and Psychiatry**. 23: 1 (1999) 25-50.

PORTER, M. E.; KRAMER, M. R. – The big ideia: creating shared value: how to reinvent capitalism and unleash a wave of innovation and growth. **Harvard Business Review**. (January-February 2011) 1-17.

PORTUGAL. GOVERNO DE PORTUGAL – Programa do XIX Governo Constitucional. [Em linha]. Lisboa: Governo da República Portuguesa, 2013. [Consult. 12.04.2013]. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/programa-governo/programa-governo.aspx>

PORTUGAL. MF - Orçamento do Estado para 2011: relatório. Lisboa: Ministério das Finanças, 2010. [Consult. 09-06-2013]. Disponível em <http://static.publico.pt/docs/economia/PropOERel2011.pdf>

PORTUGAL. MF - Orçamento do Estado para 2012: relatório. Lisboa: Ministério das Finanças, 2011. [Consult. 09-06-2013]. Disponível em <http://www.tsf.pt/storage/ng1676930.pdf>

PORTUGAL. MF. DGO - Síntese da execução orçamental. Lisboa: Direção Geral do Orçamento. Ministério das Finanças, Janeiro 2012.

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

PORTUGAL. MF. DGO - Síntese da execução orçamental. Lisboa: Direção Geral do Orçamento, Agosto de 2011.

PORTUGAL. MS. - Monitorização da prescrição de medicamentos de ambatório: indicadores nacionais (Fevereiro a Setembro de 2011). Lisboa: Ministério da Saúde, 15 de Novembro de 2011.

PORTUGAL. MS. - Monitorização da prescrição de medicamentos de ambatório - indicadores nacionais e locais (Fevereiro a Junho de 2012). Lisboa: Ministério da Saúde, 28 Agosto de 2012.

PORTUGAL. MS. - Monitorização da prescrição de medicamentos de ambatório: indicadores nacionais e locais (Fevereiro a Novembro de 2011). Lisboa: Ministério da Saúde, 24 de Janeiro de 2012.

PORTUGAL. MS. ACS. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL - Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: resumo executivo. [Em linha]. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, 2008. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/9/resumo+plano.htm>

PORTUGAL. MS. ACSS - Monitorização mensal da actividade assistencial do SNS. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, 2012.

PORTUGAL. MS. ACSS. - Taxas moderadoras: atualização de dados. [Em linha]. Lisboa: Administração central do Sistema de Saúde. Ministério da Saúde, 2013a. [Consult. 09.06.2013]. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/TabelaseImpressos/>

TaxasModeradoras/TaxasModeradorasAtualizaçãodedados/tabid/664/language/pt-PT/Default.aspx

PORTUGAL. MS. ARS NORTE. DEPARTAMENTO DE CONTRATUALIZAÇÃO - Avaliação da Atividade contratualizada em Cuidados de Saúde Primários (análise 2006-2011). [Em linha] Porto: Administração Regional de Saúde do Norte. Departamento de Contratualização, 2012. [Consult. 10.04.2013]. Disponível em: http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Contratualizacao/Cuidados%20de%20Sa%C3%BAde%20Prim%C3%A1rios/Ficheiros/Relatorio_Final_2011_CSP_Regiao_Norte_Evol%202006_2011.pdf

PORTUGAL. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde 2004/2010. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2004. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_335.html

PORTUGAL. MS. DGS – Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

PORTUGAL. MS. DGS – Programa Nacional para a Diabetes: orientações programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 8.04.2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. MS. DGS – Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA: orientações programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 8.04.2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. MS. DGS – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 10.04.2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. MS. DGS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: orientações programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 8.04.2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. MS. DGS – Programa Nacional para a Saúde Mental: orientações programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 8.04.2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. MS. DGS – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares: orientações programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 10.04.2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. MS. DGS – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: orientações programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 10.04.2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. MS. DGS – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: orientações programáticas. [Em linha]. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2012. [Consult. 10.04.2013]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

PORTUGAL. MS. ERS - Análise da sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Entidade Reguladora da Saúde, Setembro de 2011.

PORTUGAL. MS. GTDCSP - Análise SWOT e recomendações para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários: documento de trabalho: versão de 2012.09.30. [Em linha]. Lisboa: Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Ministério

da Saúde, 2012. [Consult. 09-05-2013]. Disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/2-anliseswot_desenvolvimentocsp-2012.09.30.pdf

PRETI, A.; MIOTTO, P. - Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. **Journal of Epidemiology & Community Health**. 53: 11 (November 1999) 694-701.

PRICEWATERHOUSECOOPERS & ASSOCIADOS - O essencial do Orçamento do Estado 2012: resumo dos aspectos essenciais do Orçamento do Estado para 2012. [Em linha]. [Consult. 09.06.2013]. Disponível em http://www.pwc.pt/en/pwcinformisco/orcamento-estado/imagens/textofinal2012/PwC-OE2012_Newsalert_Jan2012_vf.pdf

RAINER, W. – Health care reform and the number of doctor visits: an econometric analysis. **Journal of Applied Econometrics**. 19 (2004) 455–472.

RECHEL, B. *et al* - Economic crisis and communicable disease control in Europe: a scoping study among national experts. **Health Policy**. 103: 2-3 (2011) 168-175

REEVES, A. *et al*. - Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. **The Lancet**. 380: 9856 (2012) 1813 - 1814.

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 5/2013. D.R. I.ª Série. 19 (2013-01-28) 541. Recomendação ao Governo para a aprovação de normas para a proteção da saúde pública e a tomada de medidas de combate ao consumo das denominadas novas drogas.

RIDDE, V.; ROBERT, E.; MEESSEN, B. - A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. **BMC Public Health**. 8: 12 (Jun 2012) 289.

RILEY, G.F.; LUBITZ, J.D. - Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. **Health Service Research**. 45: 2 (2010) 565-576.

ROS, C.; GROENEWEGEN, P. P.; DELNOIJ, D. M. J. - All rights reserved, or can we just copy?: cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. **Health Policy**. 1: 52 (2000) 1-13.

ROSEN, B. *et al*. – When co-payments for physician visits can affect supply as well as demand: findings from a natural experiment in Israel's national health insurance system. **International Journal of Health Planning and Management**. 26 (April – June 2011) 21-37.

SAKELLARIDES, C. – Entrevista a Constantino Sakellarides: Jornal das 9. [Em linha]. **SIC Notícias**. (15/12/2010). Disponível em <http://videos.sapo.pt/I3mCoeJpZSD05bCpovLz>

SAKELLARIDES, C. - Novo contrato social da saúde: incluir as pessoas. Loures: Diário de Bordo, 2009. ISBN. 9789899708709.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS, J. ed. lit - European health care reform: analysis of current strategies. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Publications, 1997. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/136670/e55787.pdf

SANTOS, A. *et al*. - Análise especializada: estratégias locais de saúde. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/ELS_1.pdf

SEDES - O impacto da crise no bem-estar dos portugueses. [Em linha]. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento Económico e Social, 2012. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em <http://www.sedes.pt/multimedia/File/SEDES-lcc-Estudo.pdf>

SENA, C.; FERRINHO, P.; MIGUEL, J. - Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 24:1 (Janeiro/Junho 2006) 5-20.

SESPAS – El impacto en la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla. Madrid: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, 2011.

SHURCKE, M. et al. – The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. **PLoS ONE**. 6: 6 (June 2011) e20724. doi: 10.1371/journal.pone.0020724

SICAD - Plano estratégico 2013-2015. [Em linha]. Lisboa: Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências. [Consult. 8.03.2013]. Disponível em http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2013/PE_2013_2015.pdf

SIMÕES, J.; BARROS, P.P.; PEREIRA, J. - A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

SKAPINAKIS; P. *et al.* - Socio-economic position and common mental disorders: longitudinal study in the general population in the UK. **British Journal of Psychiatry**. 189 (August 2006) 109-117.

SOMERAI, S. B. *et al.* - Effect of Medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes. **New England Journal of Medicine**. 325 (October 1991) 1072–1077.

STUCKLER D, *et al.* - Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. **Lancet**. 378: 9786 (July 2011) 124-125.

STUCKLER, D., *et al.* - The health implications of financial crisis: a review of the evidence. **Ulster Medical Journal**. 78 (2009a) 142–145.

STUCKLER, D., *et al.* -The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. **Lancet**. 374: 9686 (2009b) 315-323.

STUCKLER, D.; BASU, S.; McDAID, D. - Depression amidst depression: mental health effects of the ongoing recession: a background paper prepared for the WHO Regional Office for Europe publication. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2009. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/diseases-andconditions/mental-health>

TAMBLYN, R. *et al.* - Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. **Journal of the American Medical Association**. 285 (January 2001) 421-429.

TEIXEIRA, I. *et al.* - Pharmaceutical expenditure in Portugal: policies and impact. **Value in Health**. 14: 7 (2011) A345. Presented at the International Society for Pharmacoeconomics Outcomes Research (ISPOR) 14th Annual European Congress 2011, Madrid, Spain.

TEIXEIRA, I.; MENDES, Z. - Assessment of pharmaceutical of pharmaceutical expenditure trends in Portugal: pricing and reimbursement policy. **Value in Health**. 13: 7 (2010) A419. Presented at the International Society for Pharmacoeconomics Outcomes Research (ISPOR) 13th Annual European Congress 2010, Prague, Czech Republic.

TEIXEIRA, I.; VIEIRA, I. - Pharmaceutical pricing and reimbursement information (PPRI): Portugal Pharma Profile: final version: October 2008. [S.l.]: Gesundheit Österreich GmbH. Geschäftsbereich ÖBIG, 2008.

THOMSON, S.; FOUBISTER T.; MOSSIALOS, E. - Can user charges make health care more efficient? *British Medical Journal*. 341 (2010) 3759.

THOMSON, S.; JOWETT, M.; MLADOVSKY, F. ed. lit - Health system responses to financial pressures in Ireland: policy options in an international context. [Em linha]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. [Consult. em 08.06.2013]. Disponível em http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/263215/1/Observatory_WHO_2012.pdf

UUTELA, A. - Economic crisis and mental health. **Current Opinion in Psychiatry**. 23: 2 (2010) 127-130.

VASQUES, S. - O princípio da equivalência como critério de igualdade tributária. Coimbra: Edições Almedina, 2008.

WAHLBECK, K.; AWOLIN, M. - The impact of economic crises on the risk of depression: a literature review. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**. [Epub ahead of print], 2012.

WARE J. E.; SHAPIRA, M. F.; SHERBOURNE, C. - Effects of cost sharing on seeking care for serious and minor symptoms: results of a randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*. 104 (1986) 246-51.

WEALE, A.; CLARK, S. - Co-payments in the NHS: an analysis of the normative arguments. *Health Economics, Policy and Law*. 5 (2010) 225-246.

WHO - Environmental health inequalities in Europe. Bonn: WHO European Centre for Environment and Health. WHO Regional Office for Europe, 2012a.

WHO - Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2011.

WHO - Portugal health system performance assessment. Copenhagen: Regional Office for Europe. World Health Organization, 2010a.

WHO – Resolution: Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region. [Em linha]. Copenhagen: Regional Committee for Europe, 14–17 September 2009a. [Consult. 08.06.2013]. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/68945/RC59_eres03.pdf

WHO - The financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009b. (Information Note; 1/2009).

WHO - WHO definition of palliative care. [Em linha]. Geneva: World Health Organization, 2010c. [Consult. 30.03.2013]. Disponível em <http://www.who.int/>

WHO - WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2010b.

WHO. EOHSP - Health, health systems and economic crisis in Europe: impact and policy implications (draft for review). Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2013.

WINKELMANN, R. - Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits: evidence from a natural experiment. **Health Economics**. 13 (2004) 1081-1089.

WITKIN, B.; ALTSHULD, J. - Planning and conducting needs assessment: a practical guide. London: Sage Publications, 1995.

WORKSHOP on Mental Health in Times of Economic Crisis, Brussels, 19 June 2012 - Mental health in times of economic crisis. Brussels: Directorate-General for Internal Policies. European Parliament, 2012.

WORLD CONFERENCE on Social Determinants of Health, Rio de Janeiro, Brazil, 19-21 October 2011 - All for Equity. [Em linha]. Rio de Janeiro, Brasil: World Health Organization, 2011. [Consult. 8.01.2013]. Disponível em http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf

ZWEIFEL, P.; MANNING, W. G. - Moral hazard and consumer incentives in health care. In: CULYER A. J.; NEWHOUSE, J. P. - Handbook of health economics. Amsterdam: Elsevier Science B.V., 2000.

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 (CEIUC) 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.

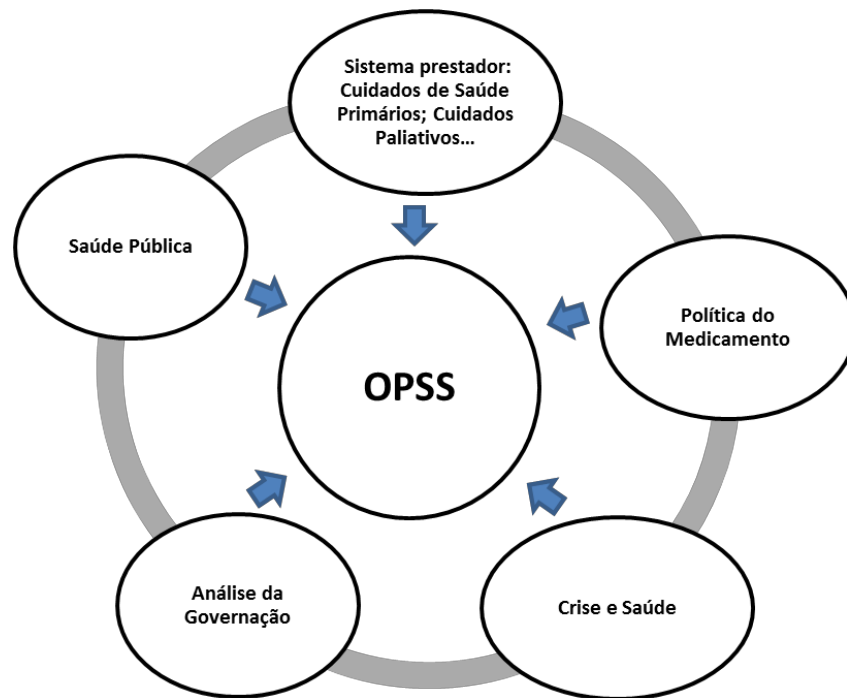
O OPSS visa facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efetivas, através da realização e disponibilização de uma análise precisa, periódica e independente sobre a evolução do Sistema de Saúde Português. Incidindo a sua análise de forma objetiva nos processos de governação e ações dos principais atores 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 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 os temas selecionados para análise. Todos os estudos efetuados são sujeitos à apreciação e validação por parte de *referees*, bem como à realização de painéis de peritos, auditorias externas nacionais e internacionais, 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 análise, organizar e gerir melhor uma base de conhecimentos adequada aos seus objetivos o OPSS, após 13 anos a trabalhar no formato anteriormente referido, decidiu este ano suportar o processo de análise em vários núcleos investigacionais, constituídos por uma rede de observadores locais, para o desenvolvimento de temas específicos (figura 15).

Figura 15 – Rede observacional OPSS



Esses núcleos observacionais sempre alicerçados em equipas de investigação académicas ou equipa de profissionais competentes com prestígio inter pares, a trabalhar em rede, responsabilizar-se-ão por ceder ao OPSS evidência obtida a partir dos estudos desenvolvidos em áreas contratualizadas em cada ano, nomeadamente as já identificadas para o RP 2013, que estão todas elas alicerçadas em grupos de investigação ligados às parcerias existentes e ainda a outras que se nos juntaram, como a Faculdade de Farmácia, da Faculdade de Direito da Universidade de Lisboa, o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde.

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 de credibilidade e independência do OPSS. 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, face à contínua lacuna de conhecimento, causa direta da inexistência de uma monitorização por parte do Ministério da Saúde, e perante o nível de análise dos dados dos serviços de saúde (cujos resultados não parecem indicar qualquer efeito da crise na saúde), o OPSS recorreu a métodos quantitativos e qualitativos e à avaliação e validação externa dos diferentes temas por peritos. As metodologias utilizadas compreenderam: pesquisa

documental e exploração da literatura pertinente em todas as temáticas; concretização de uma técnica de grupo nominal nas temáticas do plano nacional de saúde e validação externa, por peritos, nas restantes áreas abordadas; análise de dados e aplicação de dois questionários no tema do medicamento.

Agradece-se publicamente os importantes contributos das entidades que disponibilizaram dados e, dos peritos que participaram nas técnicas de grupo nominal e na validação externa dos conteúdos das diferentes temáticas do RP 2013:

Entidades

INFARMED

IMS-Health

Peritos

Alcindo Maciel Barbosa

Ana Dinis

Ana Tato Aguiar

António Carlos

António Dias Alves

Carlos Gouveia Pinto

Carolina Teixeira

Dulce Seabra

Edna Gonçalves

Eugénio Cordeiro

Fernanda Santos

Francisco Ramos

Henrique Botelho

Inês Guerreiro

João Rodrigues

Joaquim Fidalgo de Freitas

Manuel Luís Capelas

Manuela Felício

Miguel Narigão

Rui Monteiro

Vítor Ramos

Anexo 3 O Medicamento - Principal legislação publicada e sua implementação

O presente anexo pretende constituir uma sistematização da legislação dos últimos anos na área do medicamento (nomeadamente no que concerne ao sistema de preços e de comparticipações em Portugal), relevante do ponto de vista da despesa com medicamentos em ambulatório. Adicionalmente, inclui-se informação referente às campanhas de promoção de genéricos realizadas pelo Ministério da Saúde e aos Protocolos assinados entre o Ministério da Saúde e a Indústria Farmacêutica, ao longo dos últimos anos.

▪ Legislação: Ano 2000

- Majoração de 10% na comparticipação de genéricos (2000) - Decreto-Lei n.º 205/2000, de 1 de setembro, a comparticipação no custo dos medicamentos genéricos é majorada em 10%.

▪ Legislação: Ano 2001

- Preço dos genéricos (2001) – Portaria n.º 577/2001, de 7 de junho, define que o PVP dos genéricos deverão ser 35% inferiores, no mínimo, ao PVP do medicamento de referência.

▪ Legislação: Ano 2002

- Prescrição por DCI (2002) - Decreto-Lei n.º 271/2002, de 2 de dezembro, introdução da prescrição por DCI, possibilidade de introduzir a marca comercial e/ou nome do titular de AIM; (altera Lei n.º 14/2000, de 8 de Agosto).

▪ Legislação: Ano 2003

- Implementação do Sistema de Preços de Referência (2003) - Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de dezembro, estabelece o sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado. O preço de referência corresponde ao PVP unitário do genérico mais caro que integre o Grupo Homogéneo. É estabelecida uma majoração de 25% para os utentes do RE até 31-12-2003.
- Preço dos genéricos (2003) - Portaria n.º 914/2003, de 1 de setembro, define que o preço dos novos medicamentos para o qual exista grupo homogéneo deve ser igual ou inferior ao preço de referência desse grupo.

▪ Legislação: Ano 2004

- Atualização dos PR e GH (2004) - Decreto-Lei n.º 81/2004, de 10 de abril, a atualização dos preços de referência e dos grupos homogéneos, passando a ser feita com base trimestral.

- Passagem de cópias a genéricos (2004) - Decreto-Lei n.º 249/2003, de 11 de outubro, facilita a passagem a medicamentos genéricos de especialidades farmacêuticas já existentes no mercado.
- Majoração de 25% nos genéricos (2004) - Decreto-Lei n.º 31/2004, de 6 de fevereiro, prolonga a majoração de 25% na comparticipação para os utentes do RE até 31-12-2004.
- Majoração de 25% nos genéricos (2005) - Decreto-Lei n.º 23/2005, de 26 de janeiro, prolonga a majoração de 25% na comparticipação para os utentes do RE até 31-12-2005.
- Majoração de 25% nos genéricos (2006) - Decreto-Lei n.º 6/2006, de 3 de janeiro, prolonga a majoração de 25% na comparticipação para os utentes do RE até 30-06-2006.

▪ **Legislação: Ano 2005**

- Fim majoração 10% nos genéricos e redução escalão A comparticipação (2005) - Decreto-Lei n.º 129/2005, de 11 de agosto, elimina a majoração em 10% da comparticipação dos genéricos. O escalão A de comparticipação foi reduzido de 100% para 95%. O RE (pensionistas com pensão inferior ao salário mínimo nacional) tem mais 5% de comparticipação no escalão A e 15% nos restantes escalões.
- Redução escalão A comparticipação (2005) - Despacho n.º 19650-A/2005, de 1 de setembro, apenas os medicamentos considerados essenciais à vida (insulinas e imunomoduladores) pertencentes ao escalão A continuam com comparticipação de 100%. O INFARMED é responsável por publicar uma lista atualizada destes medicamentos.
- Liberalização MNSRM fora das farmácias (2005) - Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, estabelece o regime da venda dos MNSRM (exceto os comparticipados pelo Estado) fora das farmácias.
- Liberalização preços MNSRM (2005) - Portaria n.º 618-A/2005, 27 de julho, para os MNSRM não comparticipados além do PVA livre, passam também as margens máximas da distribuição a ser livres. As margens máximas da distribuição são reduzidas: para os grossistas de 8% para 7,45% do PVP sem IVA, para as farmácias de 20% para 19,15% do PVP sem IVA.
- Redução de 6% no preço dos medicamentos (2005) - Portaria n.º 618-A/2005, de 15 de setembro, estabelece a redução de 6% no PVP de todos os medicamentos (exceção para empresas que tenham desenvolvido catividades de investigação e desenvolvimento no valor mínimo de 5 M€. Reduz margens de comercialização máximas.

▪ **Legislação: Ano 2006**

- Majoração de 25% nos genéricos reduzida para 20% (2006) - Decreto-Lei n.º 127/2006, de 4 de julho, reduz a majoração de 20% na comparticipação para os utentes do RE e prolonga até 31-12-2006.
- Majoração de 20% nos genéricos (2007) - Decreto-Lei n.º 242-A/2006, de 29 de dezembro, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 até 31/12/2007 para utentes do RE;
- Majoração de 20% nos genéricos (2008) - Decreto-Lei n.º 392-B/2007, de 28 de dezembro, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 até 30/06/2008 para utentes do RE;
- Majoração de 20% nos genéricos (2008) - Decreto-Lei n.º 110/2008, de 27 de junho, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 até 31/12/2008 para utentes do RE;
- Majoração de 20% nos genéricos (2009) - Decreto-Lei n.º 247/2008, de 18 de dezembro, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 até 31/12/2009 para utentes do RE;
- Majoração de 20% nos genéricos (2010) - Decreto-Lei n.º 6/2010, de 15 de janeiro, prolonga a majoração de 20% na comparticipação prevista no Decreto-Lei n.º 127/2006 para utentes do RE.

▪ **Legislação: Ano 2007**

- Redução escalões comparticipação (2007) - Decreto-Lei n.º 53-A/2006, de 29 de dezembro. Em 2007 o escalão B de comparticipação foi reduzido de 70% para 69%, o escalão C foi reduzido de 40% para 37% e o escalão D foi reduzido de 20% para 15%.
- Liberalização MNSRM (2007) - Decreto-Lei n.º 238/2007, de 19 de junho, liberaliza a venda de MNSRM comparticipados pelo Estado, sendo que fora das farmácias não há lugar à comparticipação.
- Venda Medicamentos pela Internet (2007) - Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, novo regime jurídico das farmácias permite às farmácias comunitárias a dispensa de medicamentos através da internet e ao domicílio.
- Avaliação de Medicamentos hospitalares (2007) - Decreto-Lei n.º 195/2006, 3 de outubro, introduziu pela primeira vez a exigência a avaliação de comparticipação de novos medicamentos em meio hospitalar, baseada no seu valor terapêutico acrescentado e na efetividade económica.
- CHNM (2007) - Portaria N.º 155/2007, de 31 de janeiro, cria um código único nacional que estandardiza a informação referente aos medicamentos utilizados em Portugal (CHNM – Código Hospitalar Nacional do Medicamento). Desde essa data foi possível para o INFARMED começar a monitorizar mensalmente a despesa pública com medicamentos em hospitais.

- Redução de 6% no preço dos medicamentos (2007) – Lei n.º53-A/2006, de 29 de dezembro, estabelece a redução de 6% no PVP dos medicamentos comparticipados. Portaria n.º 30-B/2007, de 5 de janeiro.
 - Redução preço dos genéricos e redução margens distribuição (2007) - Decreto-Lei n.º 65/2007, de 14 de março, estabelece reduções no preço dos genéricos em função da evolução da quota de mercado. Define que o PVP dos novos genéricos tem de ser inferior a 35% do preço de referência, ou 20% se menor que 10 €. Nova redução nas margens máximas da distribuição: grossistas para 6,87% do PVP sem IVA e farmácias para 18,2% do PVP sem IVA. Permite descontos nos medicamentos em todo o circuito (as farmácias apenas podem aplicar desconto no copagamento dos utentes).
- **Legislação: Ano 2008**
- Redução preço dos genéricos em 30% (Out/2008) - Portaria n.º 1016-A/2008, de 8 de setembro, reduz em 30% os preços máximos dos genéricos superiores a 5 €, aprovados até 31 de março de 2008;
 - Não atualização dos PR (2008-2010) - Portaria n.º 1551/2008, de 31 dezembro, estabelece a não atualização dos preços de referência até 15 de março de 2009.
- **Legislação: Ano 2009**
- Comparticipação dos genéricos a 100% no RE (jun/2009) - o Decreto-Lei n.º 129/2009, de 29 de maio, estabelece a comparticipação dos genéricos a 100% para o Regime Especial, como forma de apoio do Estado aos idosos mais carenciados e, ao mesmo tempo, incentivo ao consumo de genéricos.
- **Legislação: Ano 2010**
- Comparticipação dos medicamentos a 100% no RE apenas nos 5 PVP mais baixos de cada GH e alteração da lógica do cálculo do PR (jun/2010) - o Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos. Estabelece:
 - ≡ A comparticipação a 100% para os utentes de RE nos medicamentos com os cinco PVP mais baixos do respetivo Grupo Homogéneo (GH);
 - ≡ A comparticipação máxima passa a ser um valor fixo (e não uma percentagem), determinado de acordo com o escalão ou regime de comparticipação aplicável calculado sobre o Preço de Referência (PR) do respetivo GH;
 - ≡ O PR é atualizado decorrente da redução de 30% do preço dos genéricos de 2008;
 - ≡ É eliminada a majoração de 20% do PR para o RE.

- ≡ A reposição das margens de comercialização para os níveis em vigor em 2005, de 20% para as farmácias e de 8% para os grossistas (sobre o PVP sem IVA).
- ≡ Altera as regras a que obedece a avaliação prévia de medicamentos para aquisição pelos hospitais do SNS (primeira alteração ao DL 195/2006, de 3 de outubro).
- Revisão de Preços (agosto de 2010) - Portaria n.º 312-A/2010, de 11 de junho, estabelece as regras de formação de preços dos medicamentos, da sua alteração e ainda da sua revisão anual. Em 2010, os novos preços dos medicamentos de marca e dos genéricos entraram em vigor no dia 1 de Julho e 1 de Agosto respetivamente. A Portaria n.º 337-A/2010, de 16 de junho, primeira alteração à Portaria n.º 312-A/2010, de 11 de junho, que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos, da sua alteração e ainda da sua revisão anual.
- Dispensa em quantidade individualizada (2010) - A Portaria n.º 455-A/2010, que veio regular a dispensa de medicamentos ao público em quantidade individualizada, nas farmácias de oficina (antibióticos, anti-histamínicos, anti-inflamatórios não esteroides, paracetamol e antifúngicos), com um regime experimental de 6 meses, revogando a Portaria n.º 697/2009, de 1 de julho.
- Comparticipação medicamentos - A Portaria n.º 924-A/2010, de 17 de setembro, redefine os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos. É alterada pela Portaria n.º 994-A/2010, de 29 de setembro, destacando-se:
 - ≡ Anti-inflamatórios não esteroides e antiácidos e anti-ulcerosos transitam do escalão de comparticipação B (69%) para o C (37%).
 - ≡ Mantém-se em vigor até 31 de outubro de 2011 a inclusão das associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores (5.1) no escalão B (69%). Portaria n.º 300/2011, de 30 de novembro. Portaria n.º 289-A/2011, de 3 de Novembro – Mantém em vigor até 1 de dezembro de 2011 a inclusão das associações de antiasmáticos e ou de broncodilatadores (5.1) no escalão B.
- Comparticipação dos medicamentos a 95% no RE nos 5 PVP mais baixos de cada GH e alteração do cálculo do PR (Out/2010) - o Decreto-Lei n.º 106-A/2010, de 1 de outubro, estabelece:
 - ≡ O cálculo do PR para efeitos de comparticipação dos medicamentos passa a corresponder à média dos 5 preços mais baixos de cada GH (a partir de 1/jan/2011);
 - ≡ A comparticipação prevista para o escalão A no Regime Normal é reduzida de 95% para 90%;
 - ≡ A comparticipação a 100% para os utentes de RE nos medicamentos com os cinco PVP mais baixos do respetivo GH é reduzida para 95%

- (procurando-se “evitar a fraude e o abuso que, entretanto, foram detetados e direcionar o sistema de participações para quem, efetivamente, necessita”);
- ≡ Eliminação da embalagem de medicamentos a indicação dos PVP;
- ≡ Os medicamentos manipulados são compartilhados a 30% (redução de 50%);
- Dedução de 6% no preço dos medicamentos (15/Out/2010) - Portaria n.º 1041-A/2010, de 7 de Outubro, estabelece a prática da dedução sobre os PVP máximos autorizados de 6%, exceto nos medicamentos com variação igual ou menor que 0,18€.

▪ **Legislação: Ano 2011**

- Adiamento da revisão de preços (2011) - Portaria n.º 112-B/2011, de 22 de março, estabelece o adiamento da revisão de preços por um período de três meses, automaticamente renovável por igual período “Considera-se aconselhável adiar excepcionalmente, no ano de 2011, os prazos da revisão anual dos preços previstos, de forma a permitir a referida reflexão”, reflexão sobre a evolução do mercado de ambulatório e hospitalar no médio e longo prazo, considerando “que, em média, o preço dos medicamentos já está abaixo dos preços de referência e a execução orçamental à data de fevereiro de 2011 reflete o impacto das medidas legislativas e administrativas tomadas”.
- Dispensa medicamentos após alta de internamento (2011) - Lei n.º 10/2011, de 21 de abril, estabelece o regime de dispensa gratuita de medicamentos após alta de internamento pelos serviços farmacêuticos dos hospitais que integram o SNS. A quantidade de medicamentos dispensados deve ser suficiente para os primeiros três dias após a alta, incluindo o dia da alta, excetuando os antibióticos que devem ser dispensados em quantidade suficiente à duração da antibioterapia.
- Preço recolocado na rotulagem do medicamento (2011) - Lei n.º 25/2011, de 16 de junho, restabelece a obrigatoriedade da indicação do PVP na rotulagem dos medicamentos, após um ano (em Outubro de 2010 o Governo aprovou a retirada do preço da embalagem dos medicamentos).
- Medicamento Hospitalar - Despacho n.º 13378/2011, de 6 de outubro – Cria a comissão do programa do medicamento hospitalar e estabelece a respetiva composição.
 - ≡ Campanhas informativas promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) desde 2001, com o objetivo de promoção da utilização dos medicamentos genéricos:
 - 2001 – Medicamentos Genéricos, descubra as diferenças
 - 2002-2003 – Medicamentos Genéricos, porque as pessoas merecem
 - 2004 – Genéricos, iguais na qualidade diferentes no preço
 - 2007-2008 – Qualidade, Segurança e Eficácia. Pode Confiar?

2009 – Não acha que estar doente já custa o suficiente?

(Fonte: INFARMED, Nota de Imprensa, Novo Pacote do Medicamento – Apresentação de Campanha Informativa, 14 de setembro de 2010)

≡ Protocolos assinados entre o Ministério da Saúde e a Indústria Farmacêutica:

Desde 1997 que a Indústria Farmacêutica (através da APIFARMA) tem assinado regularmente protocolos com o Ministério da Saúde, acordando em reformas, estabelecendo limites para a despesa pública com medicamentos e devolução por parte da Indústria, em caso de ultrapassagem dos limites. (Fonte: Teixeira I., Vieira I., Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) - Portugal Pharma Profile, October 2008. ÖBIG, WHO Regional Office for Europe)

Em Fevereiro de 2006, foi assinado o 4º protocolo entre o Estado e a indústria farmacêutica (Protocolo n.º 7/2006, 10 de fevereiro) que vigorou entre 2006 e 2009, e que, pela primeira vez, introduziu limites para o sector hospitalar.

O último protocolo, antes da intervenção externa, foi assinado em março de 2010, para assegurar a sustentabilidade e acesso ao medicamento, respondendo aos limites orçamentados para ambulatório e meio hospitalar para 2011 e 2012. Destaque para: em ambulatório, caso a despesa exceda 1440 milhões de euros em 2011 ou 1320 milhões de euros em 2012, a indústria iria devolver a diferença ao Estado; compromisso pela indústria em reduzir o custo dos medicamentos hospitalares em 2% em 2011. Foi suspensa a revisão anual de preços dos medicamentos.

Entretanto, a entrada da ajuda internacional em Portugal acaba por ditar o fim antecipado do referido protocolo.

Não foram encontrados dados nem informação pública, sobre o acompanhamento destes protocolos, nem os resultados práticos dos mesmos. Seria importante a divulgação pública da avaliação destes protocolos, considerando o contexto de contenção da despesa pública com medicamentos em Portugal, não só na atualidade mas nos últimos anos, e que tanto tem condicionado as políticas de reduções sucessivas de preços administrativa e de participações.

▪ **Legislação: Ano 2012**

- Preço dos medicamentos genéricos - Decreto-Lei n.º 152/2012, de 12 de julho
- concretiza a primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 20 de novembro, introduzindo aperfeiçoamentos em relação aos mecanismos de determinação do preço dos medicamentos genéricos (o PVP do medicamento de referência é determinado pela média do PVP desse medicamento nos dois anos imediatamente anteriores ao pedido do preço do primeiro medicamento)

genérico). O mesmo diploma concretiza a transferência da responsabilidade da fixação dos preços dos medicamentos para o Ministério da Saúde.

- Farmácia de oficina - Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto - procede à segunda alteração ao DL n.º 307/2007, de 31 de Agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina. Estabelece-se um regime excecional de funcionamento: as farmácias cujo valor de faturação ao SNS seja igual ou inferior a 60% do valor da faturação média anual por farmácia ao SNS, no ano civil anterior, podem beneficiar de exceções que viabilizem a assistência e cobertura farmacêutica da população. Estas farmácias podem beneficiar cumulativamente de: dispensa da obrigatoriedade do segundo farmacêutico; redução de áreas mínimas definidas pelo Infarmed; redução do horário de funcionamento.
- Medicamentos hospitalares - Despacho n.º 13382/2012, de 12 de outubro, vem determinar a melhoria e uniformização dos procedimentos e mecanismos de monitorização dos medicamentos dispensados em ambulatório hospitalar. Estabelece que a prescrição eletrónica destes medicamentos é obrigatoriamente realizada através de sistemas de prescrição eletrónica, nas mesmas condições da prescrição e monitorização dos medicamentos nas farmácias comunitárias. Estabelece ainda que as unidades hospitalares devem enviar informação sobre a prescrição e sobre a dispensa, de forma regular por interface *online*.
- Novos modelos de receita médica - Despacho n.º 15700/2012, de 10 de dezembro - aprova os novos modelos de receita médica com a previsão de elementos que facilitem a evolução para o processo de desmaterialização do circuito de prescrição, dispensa e conferência de faturação de medicamentos. Foi implementada a receita eletrónica obrigatória, no entanto, em 2012 não existia uma real desmaterialização do processo de prescrição: os médicos são obrigados a utilizar *software* para a prescrição, mas a prescrição continua a ser entregue em papel, não circulando eletronicamente.
- Fundos de Gestão das Contribuições Especiais da Indústria Farmacêutica para a Estabilização do SNS - Portaria n.º 407/2012, de 14 de dezembro – cria de dois Fundos de Gestão das Contribuições Especiais da Indústria Farmacêutica para a Estabilização do SNS (um para o Mercado Ambulatório e outro para o Mercado Hospitalar), de acordo com o estabelecido no Protocolo entre os Ministérios das Finanças, da Economia e Emprego, e da Saúde e a Indústria Farmacêutica, por intermédio da APIFARMA, celebrado em 14 de maio de 2012.

O referido Protocolo estabelece objetivos orçamentais para os anos 2012 e 2013 com a despesa com medicamentos em ambulatório e hospitalar: redução da despesa no valor de 300 milhões de euros, face aos valores verificados no ano de 2011, sendo os valores de diminuição da despesa pública do mercado hospitalar de 170 milhões de euros e do mercado ambulatório de 130 milhões de euros. Para o ano 2012 é fixado em 2.038 milhões de euros, tendo como

referenciais de despesa em mercado hospitalar 842 milhões de euros e em mercado ambulatorio 1.196 milhões de euros.

Seria importante a divulgação pública da avaliação dos protocolos, considerando o contexto de contenção da despesa pública com medicamentos em Portugal – não só na atualidade mas nos últimos anos – que tanto tem condicionado as políticas de redução sucessiva de preços de modo administrativo e disponibilização de novos medicamentos comparticipados.

- Revisão anual de preços - Portaria n.º 411-A/2012, de 14 de dezembro – suspende a aplicação da revisão anual de preços no que se refere aos prazos estabelecidos (suspende a aplicação do disposto nos n.º1 do artigo 5º e n.º 1 do artigo 6º da Portaria n.º 4/2012).

▪ **Legislação: Ano 2013**

- Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT) - Despacho n.º 2061-C/2013, de 1 de fevereiro de 2013 – cria a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica (CNFT), como órgão consultivo do Infarmed. A deliberação n.º 690/2013, de 4 de março, aprova o Regulamento de Funcionamento da CNFT.
- Preço dos MSRM - 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, estabelecendo um mecanismo de definição dos preços dos MSRM que não tenham sido objeto de avaliação prévia para efeitos de aquisição pelos hospitais do SNS, nem de decisão de comparticipação (através de introdução de mecanismos de comparação internacional do preço dos medicamentos).
- Novos países de referência - Portaria n.º 91/2013, de 28 de fevereiro - estabelecem novos países de referência: Espanha, França e Eslováquia. Revisão anual de preços dos medicamentos não genéricos a 1 de Abril de 2013. No despacho n.º 4927-A/2013, de 10 de Abril, concretiza-se que o Infarmed deve proceder de imediato à reapreciação dos preços máximo e dos limites máximos de encargos a que os hospitais do SNS estão autorizados a adquirir os medicamentos abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 34/2013, de 27 de fevereiro.
- Novo sistema de prescrição e dispensa eletrónica de medicamentos - Despacho n.º 4322/2013, de 22 de março - estabelece disposições referentes ao processo de implementação do novo sistema de prescrição e dispensa eletrónica de medicamentos, coordenado pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), com apoio do Infarmed, I.P. e em articulação com a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS).

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*

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 2013, 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	Ana Escoval	
	Manuel Lopes	
	Pedro Lopes Ferreira	
Equipa Técnica	Filipe Rocha	
	João Marques Figueira	
	João Pedro Jesus	
Investigadores	Ana Escoval	Manuel Lopes
	Ana Isabel Santos	Marta Pereira da Costa
	Ana Rita Pedro	Patrícia Antunes
	Ana Tito Lívio	Patrícia Barbosa
	Bárbara Gomes	Pedro Beja Afonso
	Celeste Gonçalves	Pedro Lopes Ferreira
	Cristina Furtado	Raquel Almeida Chantre
	Fátima Bragança	Rute Simões Ribeiro
	Filipa Alves da Costa	Sérgio Vilão
	Filipa Duarte Ramos	Suzete Gonçalves
	Inês Teixeira	Tiago Rodrigues
	João Basílio	Vanessa Nicolau
	José Aranda da Silva	Vera Sarmento
	José Cabrita	Vítor Raposo

Agradecemos a colaboração especial de:

Alcindo Maciel Barbosa
Alexandra Fernandes
Ana Dinis
Ana Tato Aguiar
António Dias Alves
António Hipólito de Aguiar
Carlos Gouveia Pinto
Carolina Teixeira
Dulce Seabra
Edna Gonçalves

Eugénio Cordeiro
Fernanda Santos
Francisco Ramos
Henrique Botelho
Inês Guerreiro
Isabel Andrade
João Rodrigues
Joaquim Fidalgo de Freitas
José Poças

Manuel Luís Capelas
Manuela Felício
Margarida Eiras
Miguel Narigão
Olívia Matos
Rui Monteiro
Rui Tato Marinho
Teodoro Briz
Vítor Ramos

E das seguintes organizações:

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Associação de Farmácias de Portugal
Associação Nacional das Farmácias
Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
Comissão Europeia
Direção Geral da Saúde
Fundação Calouste Gulbenkian
IMS Health
Instituto Nacional de Estatística

Anexo 6 Investigadores fundadores do OPSS

Ana Escoval

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Jorge Correia Jesuino

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Briz

Vasco Reis

Vítor Ramos