
Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal

The health status of the population in Portugal: an overview

Aperçu de l'état de la santé au Portugal

Breve mirada sobre el estado de la salud en Portugal

Maria Cortes



Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/spp/2117>

ISSN: 2182-7907

Editora

Mundos Sociais

Edição impressa

Data de publicação: 1 janeiro 2016

Paginação: 117-143

ISBN: 0873-6529

ISSN: 0873-6529

Refêrencia eletrónica

Maria Cortes, « Breve olhar sobre o estado da saúde em Portugal », *Sociologia, Problemas e Práticas* [Online], 80 | 2016, posto online no dia 15 março 2016, consultado o 10 dezembro 2020. URL : <http://journals.openedition.org/spp/2117>

BREVE OLHAR SOBRE O ESTADO DA SAÚDE EM PORTUGAL

Maria Cortes

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal

Resumo O estado de saúde da população reflete, não só a capacidade de resposta e qualidade do setor da saúde, mas também o progresso que se verifica na sociedade em termos económicos e sociais. Tendo uma natureza cumulativa e intersectorial, a saúde resulta de um conjunto de determinantes sociais (por exemplo, educação, rendimento, etc.) e não apenas do investimento na prestação de cuidados de saúde. Neste artigo analisa-se brevemente o percurso do planeamento estratégico em Portugal, assim como alguns indicadores do estado de saúde da população, procurando identificar e compreender mudanças que tenham ocorrido nos últimos anos.

Palavras-chave: política de saúde, desigualdades em saúde, indicadores de saúde, estado de saúde.

Abstract The health status of the population reflects not only the responsiveness and quality of the health sector, but also the progress that exists in society in economic and social terms. Having a cumulative and intersectoral nature, health is the result of a set of social determinants (e.g., education, income, etc.) and not only of the investment in health care. This paper analyses briefly the course of strategic planning in Portugal, as well as some indicators of the health status of the population, trying to identify and understand changes that have occurred in recent years.

Keywords: health policies, health inequities, health indicators, health status.

Résumé L'état de santé de la population reflète non seulement la réceptivité et la qualité du secteur de la santé, mais aussi les progrès qui existent dans la société dans le plan économique et social. Ayant un caractère cumulatif et intersectoriel, la santé est le résultat d'un ensemble de déterminants sociaux (par exemple, l'éducation, le revenu, etc.) et non seulement de l'investissement dans les soins de santé. Cet article analyse brièvement le parcours de la planification stratégique au Portugal, ainsi que certains indicateurs de l'état de santé de la population, en essayant d'identifier et de comprendre les changements qui ont eu lieu au cours des dernières années.

Mots-clés: politiques de la santé, inégalités de santé, indicateurs de santé, état de santé.

Resumen El estado de salud de la población refleja no sólo la capacidad de respuesta y la calidad del sector de la salud, sino también el progreso que existe en la sociedad en términos económicos y sociales. Teniendo un carácter acumulativo e intersectorial, la salud es el resultado de un conjunto de determinantes sociales (por ejemplo, educación, ingresos, etc.) y no sólo de la inversión en el cuidado de la salud. El presente artículo analiza brevemente el trayecto de la planificación estratégica en Portugal, así como algunos indicadores del estado de salud de la población, tratando de identificar y entender los cambios que se han producido en los últimos años.

Palabras-clave: política de salud, desigualdades en salud, indicadores de salud, estado de la salud.

Introdução

O sistema de saúde é palco de tensões à semelhança do que acontece noutros setores do estado: pressão demográfica associada ao envelhecimento e à redução da

natalidade, aumento da carga de doença crónica, desaceleração do crescimento económico, aumento da despesa, articulação (equilíbrios e desequilíbrios) entre setor público e privado, entre prestação, financiamento e regulação (Simões, 2009; Wendt, 2009). O campo da saúde tem também especificidades próprias que surgem do facto de a saúde ser reflexo de um conjunto de determinantes que derivam de outras áreas e setores, de exigências económicas que decorrem da inovação tecnológica, do aumento de patologias complexas e da coexistência multimorbididades.

As características sociais e epidemiológicas levam a que o sistema tenha que se reorganizar e desenvolver novos modelos organizativos de modo a assegurar a sustentabilidade, a equidade, a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, respeitando uma lógica de acesso universal aos cuidados de saúde. Neste âmbito, surge o desafio de assegurar o equilíbrio entre a necessidade de mudança e o prosseguimento dos princípios de cobertura universal, geral e tendencialmente gratuita do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Desde a criação do SNS que as políticas de saúde apresentam continuidade decorrente do compromisso político existente aquando da sua criação (Ferrinho *et al.*, 2013). A breve análise dos ciclos políticos, associados aos ciclos de planeamento da saúde aqui apresentados é fundamental para se compreender esta continuidade.

Neste artigo também se apresenta uma breve descrição do estado de saúde atual segundo alguns indicadores do Plano Nacional de Saúde (PNS) e dos programas prioritários. A seleção destes indicadores baseou-se na disponibilidade de informação atualizada. Assim, urge clarificar desde já que para muitos dos programas prioritários os indicadores mais recentes remontam a 2012, havendo poucos programas com informação disponível sobre 2013. Por outro lado, a tipologia dos indicadores utilizados pelos diferentes programas varia bastante, não sendo possível efetuar uma fotografia que permita a comparabilidade do estado de saúde da população nas diferentes patologias abordadas: enquanto uns programas apresentam indicadores monitorizados e desagregados para 2013, outros não só não apresentam desagregações como não disponibilizam dados recentes. Este aspeto é bastante limitador, na medida em que condiciona uma análise completa e atual do estado de saúde, como também impede uma avaliação dos programas e das políticas de saúde mais recentes.

Planeamento em saúde: breve análise

Nos últimos 40 anos tem existido uma certa continuidade nas políticas de saúde, justificada, em primeiro lugar, pelo reforço, em 1971, da intervenção do estado nestas políticas e, em segundo lugar, pela orientação desse novo papel do estado no sentido de priorizar a promoção da saúde e a prevenção da doença. Estas prioridades, definidas à semelhança das discussões internacionais e do que viria a ser adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em Alma-Ata em 1978, constituíam aspetos inovadores naquele contexto político, recolhendo o apoio das diferentes forças políticas, sociais e da saúde (Ferrinho *et al.*, 2013). A continuidade ideológica na natureza do SNS foi afirmada política e normativamente em 1979

com a aceitação das linhas gerais do modelo *beveridgeano* na publicação da Lei de Bases do SNS (Ferrinho *et al.*, 2013). Apesar desta continuidade, é possível identificar diferentes fases no SNS e na organização e planeamento do sistema de saúde português (Campos e Simões, 2011; Ferrinho *et al.*, 2013). Ferrinho *et al.* (2013) identificaram sete fases que se apresentam brevemente:

- Após a revolução de 25 de Abril de 1974 e até ao fim da década de 1970. Esta fase poderá designar-se “fase otimista e de consolidação normativa do SNS”. Estabeleceu-se o direito à proteção da saúde através da “criação de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito” e instituiu-se como uma obrigação do estado a responsabilidade de “orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos” (art.º 64º da Constituição de 1976). A Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979 constituiu o primeiro modelo de regulamentação do artigo 64º da Constituição, defendendo um conjunto coerente de princípios: (i) direção unificada do SNS; (ii) gestão descentralizada e participada; (iii) gratuitidade; (iv) caráter supletivo do setor privado.
Os indicadores do estado de saúde da população demonstram que a cobertura de cuidados de saúde quase duplicou, tendo-se verificado uma melhoria substancial dos principais indicadores de saúde, nomeadamente na mortalidade infantil.
- No início da década de 1980 surgiram tensões em torno de um modelo alternativo ao SNS, em consequência do debate sobre a sua sustentabilidade. No entanto, a revisão constitucional de 1982 não alterou os princípios basilares do SNS. A segunda revisão constitucional, em 1989, deu origem a um SNS tendencialmente gratuito em detrimento de uma completa gratuitidade: “Serviço Nacional de Saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.
- Numa terceira fase, de 1985 a 1995, os governos do Partido Social Democrata (PSD) iniciaram e incentivaram uma “ideologia de mercado”, caracterizada pela competição entre prestadores como meio de melhorar a eficiência. Este período caracterizou-se também pela emergência de políticas de prioridades, escolhas e limites nos cuidados públicos de saúde.
- Numa quarta fase, entre 1995 e 2001, liderada pelos governos do Partido Socialista (PS), verificou-se uma tentativa para parar o afastamento do estado e a emergência da ideologia *bismarkiana* dos cuidados de saúde, considerando-se o investimento no SNS e a intervenção do estado uma prioridade.
- Entre 2002 e 2005, quinta fase, os governos de coligação centro-direita (PSD e o Partido Popular — CDS-PP) preconizaram um sistema misto, assente na ideia de complementaridade entre o setor público, o setor social e o setor privado. Neste sentido, o sistema de saúde baseava a sua organização na articulação de redes de cuidados de saúde primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados. Assim operacionalizaram a ideia de “coexistência das iniciativas públicas, sociais e privadas, reguladas por uma entidade independente e autónoma” — a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) que surgiu

nesta fase. Este período caracteriza-se ainda pela publicação do diploma que define os princípios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados entre o Ministério da Saúde, outras instituições e serviços integrados no SNS. Quase no fim deste período foi aprovado o PNS 2004-2010 que se caracterizou pelo aprofundamento dos conhecimentos de planeamento em saúde, nomeadamente por evidências e orientações veiculadas pelas organizações internacionais: União Europeia, Organização Mundial de Saúde, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Este plano definiu cerca de 40 programas nacionais de saúde, dos quais apenas cerca de 22 foram desenvolvidos. Foram definidos indicadores e metas, tendo-se iniciado uma cultura de monitorização que deu origem ao desenvolvimento de vários instrumentos de informação sobre saúde e à divulgação interativa e contínua de informação de saúde (Ferrinho *et al.*, 2013).

- Uma sexta fase corresponde às políticas de saúde do governo PS entre 2005 e 2011. De modo sucinto pode considerar-se que os três objetivos centrais do programa do governo se traduziam na criação das unidades de saúde familiar (USF), na criação da rede de cuidados continuados integrados e na procura da sustentabilidade do SNS, nomeadamente através de medidas de consolidação orçamental que se focaram na política do medicamento e em convenções com meios complementares de diagnóstico e terapêutica celebradas entre o SNS e prestadores privados (Ferrinho *et al.*, 2013). Em 2007 foi institucionalizada a função de Observatório de Saúde, passando a ser uma função transversal a diferentes organismos da saúde. Tal aspeto contribuiu para o desenvolvimento de ferramentas e sistemas de informação sobre o estado de saúde da população, embora nem sempre os resultados e a informação existente tenham sido utilizados para reorganizar ou redefinir objetivos e metas. Neste sentido, o avanço das tecnologias de informação parece não ter tido impacto no avanço, nem na análise, nem na reflexão, nem na utilização desta informação para definição de prioridades e políticas de saúde (Ferrinho *et al.*, 2013). Neste período foi ainda criado o Alto Comissariado da Saúde (ACS), responsável pela implementação, monitorização e avaliação do PNS 2004-2010. Esta instituição solicitou, em 2009/2010, à OMS-Europa uma avaliação do PNS 2004-2010 e do desempenho no sistema de saúde (Who-Europe, 2010). O ACS deu também início à elaboração do PNS 2012-2016. Esta instituição foi extinta em 2011, não tendo conseguido concluir este documento estratégico de política nacional de saúde.
- A assinatura do Memorandum de Entendimento (ME) em 2011, entre o Governo Português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, deu origem à última fase (sétima) que chega até aos dias de hoje (Ferrinho *et al.*, 2013). Este acordo estabeleceu um conjunto de medidas de política económica das quais dependia a atribuição de ajuda externa a Portugal. O ME dedicou quatro das suas 33 páginas à saúde, mantendo o princípio da subsidiariedade das relações entre estados-membros e a União Europeia, não definindo um modelo de organização dos serviços de saúde, o qual permanecia responsabilidade plena do país (Ferrinho *et al.*,

2013). Este documento estabeleceu um conjunto de recomendações, onde se inclui a continuidade de medidas já iniciadas anteriormente, como é o caso das unidades de saúde familiar, da atualização e aumento das taxas moderadoras, da empresarialização de hospitais de pequena e média dimensão em centros hospitalares de gestão integrada ou mesmo única, a prossecução da política de medicamentos genéricos e de redução dos custos de distribuição dos medicamentos nas farmácias de venda ao público, a criação de tetos para as deduções fiscais dos gastos privados em saúde, bem como a reconversão da ADSE (Direção-Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública) numa entidade financiadora autossustentada.

Como referido, algumas destas medidas já tinham sido discutidas e implementadas, e as últimas duas tinham sido apresentadas no Relatório sobre a Sustentabilidade Financeira do SNS, publicado em 2007 (Simões *et al.*, 2007).

O XIX Governo Constitucional assegurou a continuidade de: (i) um SNS universal e tendencialmente gratuito; (ii) o processo de concessão da gestão de hospitais ao setor privado; (iii) a livre escolha de médico de família reconhecida na lei que criou as USF. No caso particular das USF verificou-se, ao contrário do recomendado no ME, um abrandamento do processo em termos da abertura de novas USF por ano, sobretudo a partir de 2011/2012. Em 2014 abriram apenas 37 e nos primeiros quatro meses de 2015 apenas uma. Em abril de 2014 existiam 68 candidaturas a aguardar autorização de abertura. Segundo o estudo *O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal — 2014/2015* (USF AN, 2015), as USF, especificamente o modelo B, foram o único serviço público a ter uma indicação explícita no ME para o crescimento. Na prática, a atuação do governo tem-se focado na diminuição dos gastos públicos com a saúde, em particular na área do medicamento, na despesa hospitalar e nas convenções com o setor privado. O PNS 2012-2016 é um instrumento estratégico contextualizador dos objetivos, programas e estratégias de todos os agentes do setor da saúde. Este plano assenta em quatro eixos estratégicos: cidadania em saúde, acesso e equidade, qualidade em saúde, políticas saudáveis. Propõe objetivos para o sistema de saúde, nomeadamente obter ganhos em saúde, promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida, reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença, reforçar a participação de Portugal na saúde global. O desenvolvimento deste PNS assentou num processo extenso e complexo, que compreendeu um conjunto de iniciativas, como: fóruns nacionais e regionais, reuniões descentralizadas, múltiplas entrevistas, análises de sociedades científicas e de setores organizados da sociedade. A fase de elaboração prolongou-se cerca de ano e meio após o termo da vigência do PNS 2004-2010, tendo sido apresentado, pela Direção-Geral da Saúde (DGS) somente no final de junho de 2012, dando-se então início à fase de implementação (OSS, 2013). Segundo o Observatório dos Sistemas de Saúde (OSS, 2013) o PNS 2012-2016 apresenta um insuficiente alinhamento estratégico entre o processo de implementação, o compromisso político e as políticas de saúde. Além disso, parece não existirem mecanismos de articulação e comunicação entre os diferentes níveis de planeamento (nacional, regional e local), bem como orientações para a ação, o que dificulta a operacionalização das metas

Quadro 1 Evolução das USF a nível nacional

	Unidades de saúde familiar									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Evolução do número de USF (total)	43	119	159	231	277	320	357	394	418	419
Novas USF por ano	43	77	110	107	63	63	65	57	37	1

Fonte: adaptado de *O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal — 2014/2015*

do PNS ao nível regional e local. Em termos de constrangimentos para a implementação do PNS referem-se a falta de informação sobre os mecanismos de monitorização e avaliação, as diferentes dificuldades na atualização dos sistemas de informação, bem como a dificuldade na implementação das estratégias locais de saúde (OSS, 2013). Segundo o mesmo observatório (OSS, 2013) a implementação do PNS, em 2013, a nível regional e local ainda se encontrava numa fase inicial, tendo existido uma clara discrepância entre o investimento alocado no processo de desenvolvimento (responsabilidade inicial do ACS) e na fase de implementação (responsabilidade da DGS). Para além destes aspetos, os autores referem mesmo a existência de um fraco compromisso político na sua efetiva implementação (OSS, 2013).

Estado de saúde

Nas últimas décadas a saúde ¹da população portuguesa melhorou de modo consistente, refletindo um compromisso político com a saúde e um crescimento económico que permitiu melhores condições de vida (Barros, *et al.*, 2011).

Problemas de saúde específicos exigem respostas específicas, e neste sentido o PNS 2012-2016 foi complementado por nove programas nacionais de saúde que se constituem como prioritários (Despacho n.º 404/2012 do secretário de estado adjunto do ministro da Saúde, de 3 de janeiro):

- Programa Nacional para a Diabetes
- Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
- Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
- Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
- Programa Nacional para a Saúde Mental
- Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
- Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

1 Todos os dados referidos neste artigo estão disponíveis em: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude>; <http://www.geosaude.dgs.pt/>; <http://www.dgs.pt/dashboard/?cpp=1>

- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

Estes programas prioritários abrangem as principais causas de morte para ambos os sexos, em 2013: doenças circulatórias (29,5% — onde se incluem as cérebro-cardiovasculares), tumores malignos (24,3%) e doenças respiratórias (11,8%). A quarta principal causa de morte engloba as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (onde se inclui a diabetes *mellitus*) representando 5,4% da mortalidade nacional. Os óbitos por perturbações mentais atingiram cerca de 2,1% da mortalidade no país. Os sintomas, sinais, exames anormais e causas mal definidas representaram cerca de 8,7% dos óbitos ocorridos em Portugal (DGS, 2012).

Recorrendo ao *global burden disease* (GBD), ferramenta epidemiológica que tem como objetivo último apoiar as tomadas de decisão sobre estratégias e políticas na área da saúde, verifica-se que as causas de doença associadas aos programas prioritários relativos ao tabaco, alimentação saudável e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos não têm uma relação direta com as estimativas da carga global de doença, segundo o Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). No entanto, e segundo a mesma referência, 45,16% da carga de doença em Portugal, em anos de vida Ajustados à incapacidade (DALY), corresponde aos restantes seis programas nacionais prioritários (DGS, 2014b, 2014e, 2014f, 2014g, 2014h, SPD, 2014):

- As doenças cérebro-cardiovasculares apresentaram um peso de 13,74%;
- As perturbações mentais apresentaram um peso de 11,75%;
- As doenças oncológicas apresentaram um peso de 10,38%;
- As doenças respiratórias apresentaram um peso de 3,99%;
- A diabetes apresentou um peso de 3,59%;
- A infeção VIH/SIDA apresentou um peso de 1,71%.

No que se refere à carga de morbilidade, em anos de vida perdidos por incapacidade (YLD), 33,65% das causas foram atribuíveis aos mesmos seis programas prioritários, destacando-se (DGS, 2014b, 2014e, 2014f, 2014g, 2014h, SPD, 2014):

- As perturbações mentais com 22,55%;
- As doenças respiratórias com um peso de 5,06%;
- A diabetes com um peso de 4,07%;
- As doenças cardiovasculares com um peso de 2,35%;
- As doenças oncológicas com um peso de cerca de 1,01%;
- A infeção por VIH/SIDA com um peso de cerca de 0,61%.

Os programas prioritários são estruturas verticalizadas que possuem um diretor e um orçamento próprio proveniente das receitas dos jogos sociais destinadas à saúde. O próprio PNS também é financiado por esta verba.

A dotação financeira para cada programa prioritário é fixada anualmente pelo membro do governo responsável pela saúde, desconhecendo-se a metodologia ou os

critérios que suportam a tomada de decisão sobre a distribuição destes recursos financeiros.

Em 2012, 17% das receitas dos jogos sociais foram para a DGS com vista ao financiamento destes programas, com a seguinte distribuição: (i) 8% para a área do VIH/SIDA; (ii) 3,5% para a área da saúde mental; (iii) 0,8% para a área das doenças oncológicas; (iv) 0,7% para a área das doenças cérebro-cardiovasculares; e (v) 4% para outros programas a desenvolver no âmbito da prossecução dos objetivos do PNS (Portaria n.º 7/2012, de 3 de janeiro).

Para 2013, a Portaria n.º 359/2012, de 31 de outubro, estabeleceu igualmente 17% dos resultados líquidos de exploração dos jogos sociais para a DGS, distribuídos do seguinte modo: (i) 8% para a área do VIH/SIDA; (ii) 3,5% para a área da saúde mental; (iii) 1% para a área das doenças oncológicas; (iv) 1% para a prevenção do tabagismo; e (v) 3,5% para as áreas da nutrição, das doenças cérebro-cardiovasculares, das doenças respiratórias, da diabetes e para outros programas a desenvolver no âmbito da prossecução dos objetivos do PNS.

A Portaria n.º 331/2013, de 7 de novembro, estabeleceu os mesmos 17% para 2014, embora com uma distribuição ligeiramente diferente: (i) 8% para a área do VIH/SIDA; (ii) 3,5% para a área da saúde mental; (iii) 1% para a área das doenças oncológicas; (iv) 1% para a prevenção do tabagismo; (v) 1% para a área da prevenção da diabetes; (vi) 0,5% para a área das doenças cérebro-cardiovasculares; (vii) 0,5% para a área das doenças respiratórias; (viii) 0,5% para a área do controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos; e (ix) 1% para a área da nutrição e alimentação saudável e para outros programas a desenvolver no âmbito da prossecução dos objetivos do PNS.

Em 2015, a distribuição deste financiamento (17%) mantém o mesmo histórico de distribuição dos anos anteriores (Portaria n.º 224/2014, de 4 de novembro): (i) 8% para o VIH/SIDA; (ii) 3,5% para a saúde mental; (iii) 1% para as doenças oncológicas; (iv) 1% para a prevenção do tabagismo; (v) 1% para a prevenção da diabetes; (vi) 0,5% para a área das doenças cérebro-cardiovasculares; (vii) 0,5% para as doenças respiratórias; (viii) 0,5% para o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos; e (ix) 1% para a área da nutrição e alimentação saudável e para outros programas a desenvolver no âmbito da prossecução dos objetivos do PNS.

Este modelo de planeamento, baseado em programas verticais com financiamento próprio, apresenta o histórico de atribuir um maior financiamento a patologias específicas em detrimento de áreas relacionadas com os determinantes de saúde e cujo ganho poderia ser não só maior, como transversal a um conjunto de outras patologias. Por exemplo, o programa de promoção da alimentação saudável apresenta todos os anos um financiamento bastante reduzido, no entanto o impacto da alimentação saudável é indiscutível na saúde como um todo; também o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde e à resistência aos antimicrobianos tem um financiamento mínimo, sendo de todos os programas o que apresenta piores indicadores desde há vários anos. Por sua vez, os programas para a infeção VIH/SIDA e para a saúde mental têm apresentado valores de financiamento elevado e estável, independentemente dos resultados já obtidos na melhoria

dos indicadores. Este aspeto poderá ser compreendido à luz dos estudos de Pierson e Skocpol (2002) sobre o institucionalismo histórico, que apontam para um fluxo interminável de política que se vai desenrolando ao longo do tempo e refletindo no peso da dependência de percurso, que em conjunto com custos de transição contribui para que exista uma continuidade nas políticas existentes.

Desde 2013 que existem relatórios de monitorização de cada um destes programas, porém os indicadores analisados nem sempre são comparáveis e a informação disponibilizada é muitas vezes secundária e desatualizada. Estes programas apresentam como principais fragilidades a diversidade na definição de objetivos e metas, a variabilidade na natureza dos indicadores utilizados, bem como nos níveis de desagregação de cada um dos indicadores, a ausência de um sistema de monitorização próprio, bem como ausência de qualquer avaliação de impacto ou de resultados.

Apresenta-se de seguida uma súmula de alguns indicadores de monitorização destes programas prioritários. Optou-se por selecionar apenas alguns indicadores que ilustrassem os resultados em saúde e de desempenho do sistema em cada programa. A seleção destes indicadores baseou-se na disponibilidade de informação atualizada sobre os mesmos, bem como na tentativa de selecionar indicadores que permitam alguma comparabilidade na análise dos programas (por exemplo, mortalidade e produção hospitalar). Todos os dados apresentados são públicos e estão disponíveis *online* no *site* da DGS.

Mortalidade infantil

A evolução positiva da saúde materna e infantil em Portugal tem sido referida internacionalmente como exemplo de boas políticas de saúde. A OMS considerou Portugal um dos países mais bem-sucedidos na redução consistente das mortalidades, em especial das mortalidades perinatal, infantil, de 1 a 4 anos de idade e materna (OMS, 2008). Para tal sucesso muito contribuíram não apenas o desenvolvimento da rede de cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares, como também o crescimento do PIB *per capita* e a melhoria das condições de vida.

A sustentabilidade destes resultados está dependente não só da evolução social, como também de medidas políticas efetivas dirigidas a determinantes de saúde, nomeadamente à maternidade tardia, ao tratamento da infertilidade e ao tabagismo. Estas são consideradas as causas de maior número de gestações de risco, mais prematuridade e mais recém-nascidos com baixo peso, aspetos que podem levar a um aumento da mortalidade infantil (Machado *et al.*, 2007).

Na década de 2001-2011, a mortalidade infantil apresentou uma evolução muito positiva: diminuiu de 4,8 para 3,1 óbitos (por 1000 nados vivos) e o risco de morrer antes dos 5 anos diminuiu de 6,2 para 3,9 óbitos de menores de 5 anos (por 1000 nados vivos). Porém, em 2012, a mortalidade infantil apresentou um crescimento, passando a para 3,3 óbitos (DGS, 2014a). Esta tendência regressiva da mortalidade infantil pode estar associada a um maior número de óbitos neonatais, ou seja, óbitos associados ao aumento do número de bebés prematuros. Este aumento da prematuridade pode estar, por sua vez, relacionado com o aumento da idade materna.

Quadro 2 Mortalidade infantil

Mortalidade Infantil (ambos os sexos)					
ARS	2010	2011	2012	2013	2014
Norte	2,1	3,1	2,8	2,8	2,6
Centro	1,9	2,9	3,3	2,2	2,5
LVT	3,1	3,3	3,5	3,2	2,9
Alentejo	2,2	2,2	3,8	2,8	2,4
Algarve	1,9	2,6	4,8	2,7	2,8
Continente	2,5	3,1	3,3	2,9	2,7

Unidade: permilagem

Fonte: *Geosaúde* (2015).

Embora seja difícil reduzir a mortalidade infantil abaixo dos 2,5 de 2010, pois trata-se de um valor mínimo, é necessário garantir que estas taxas se mantêm estáveis. Tal situação não se verificou, constatando-se uma evolução de quase 1% em dois anos (DGS, 2013a). Além destas oscilações verifica-se que a mortalidade infantil demonstra desigualdades regionais relevantes. Estas verificam-se não só nos resultados de 2012, como também nos últimos quatro anos. Salienta-se o caso da Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS-Algarve) que apresentou em 2010 um valor de 1,9 e em 2012 de 4,8 (DGS, 2013a, 2014a). Destaca-se também que as maiores oscilações negativas decorreram de 2010 para 2012.

As desigualdades regionais apresentadas podem estar associadas a um menor acesso aos cuidados de saúde, maior número de gravidezes não vigiadas e outros determinantes sociais de saúde eventualmente associados à retração das condições de vida das famílias nos anos de crise económica e de implementação das medidas de austeridade. A melhoria obtida nos anos de 2013 e de 2014 poderá refletir um ajustamento das famílias à nova realidade de austeridade, bem como a convergência de esforços dos serviços de saúde para suprir os valores mais baixos e retornar aos valores anteriores.

Programa Nacional para a Diabetes

Em 2010, a prevalência da diabetes em Portugal atingiu 12,4% da população com idade compreendida entre os 20 e os 79 anos (991 mil indivíduos) (SPD, 2012). Em 2013 este valor subiu para 13,0%, ou seja, mais de um milhão de indivíduos entre os 20 e os 79 anos têm diabetes (SPD, 2014).

A diabetes assume um papel relevante nas causas de morte e em 2012 registou-se o maior número de óbitos por diabetes desde que existem registos informatizados da mortalidade no INE (SPD, 2014).

Em termos de produção hospitalar, verifica-se que o número de utentes saídos nos hospitais do SNS em que a diabetes se assumiu como diagnóstico principal apresenta um crescimento de mais 40% de internamentos nos últimos cinco anos.

No caso de a diabetes ser um diagnóstico associado este crescimento é ainda maior, cerca de 77,2% entre 2004 e 2013.

Verificou-se um aumento do número de utentes com reinternamentos, com maior relevo nos últimos anos (2010 — 14,1%; 2012 — 27,4% — percentagens de episódios de reinternamento) (SPD, 2013). Além disso, os reinternamentos representaram, em 2012, mais de 1/4 do total de episódios de internamento por descompensação/complicações da diabetes (diabetes — diagnóstico principal).² Por outro lado, os dados também apontam para um aumento das amputações major dos membros inferiores (670 em 2011 para 730 amputações em 2012), contrariando a tendência de redução que se vinha a verificar (SPD, 2013).

Em termos gerais, os resultados nos indicadores de saúde relativos à diabetes são preocupantes, contrariando a tendência de redução que se verificou até 2011. Uma explicação para este fenómeno poderá estar associada à qualidade e organização dos cuidados, nomeadamente a um acompanhamento e vigilância deficitários, nomeadamente a nível dos CSP em relação com esta doença. Por outro lado, estes maus resultados também podem estar associados às condições de vida (má alimentação, ausência de exercício físico, etc.) e à falta de adesão dos doentes à terapêutica (menor rendimento disponível para a compra da medicação) (SPD, 2013). Enquanto doença crónica na qual a autogestão tem um papel fundamental, os resultados relativos à diabetes podem apontar para a degradação das condições de vida dos cidadãos nos últimos anos.

Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA

A infecção VIH/SIDA é desde há muitos anos uma prioridade governamental, tendo sempre a maior percentagem de financiamento face aos restantes programas nacionais de saúde. Segundo o relatório de 2013 (DGS, 2013b), o número de novos casos de infecção por VIH, o número de novos casos de SIDA e a taxa de mortalidade associada à infecção VIH/SIDA têm vindo a diminuir. A transmissão mãe-filho da infecção por VIH ocorreu apenas em dois casos dos 197 recém-nascidos de mães infetadas (DGS, 2014b). Contudo, no contexto europeu, as taxas de incidência apresentadas são ainda muito elevadas quando comparadas com a média dos países da União Europeia (DGS, 2013b).

Nos últimos anos tem-se vindo a verificar uma tendência favorável de descida no número de novos casos (1941 diagnosticados em 2007 face a 1518 diagnosticados em 2010) (DGS, 2012, 2013b). Os novos casos notificados de infecção por VIH referentes a 2013, recolhidos até 31 de agosto de 2014, revelam uma diminuição de 13,7%, face a 2012 (DGS, 2014b). No ano de 2013, a taxa de incidência (novos casos) de infecção por VIH em Portugal registou um decréscimo de 2,1% relativamente a 2012, situando-se em 13,6/100.000 habitantes. Em 2013, a taxa de incidência (novos casos) de SIDA foi de 2,9/100.000 habitantes, evidenciando

2 O reinternamento consiste na readmissão de um mesmo utente num estabelecimento do SNS com internamento após ter tido um primeiro episódio de internamento registado nesse estabelecimento de saúde no mesmo ano.

igualmente uma evolução positiva em relação a 2012 (3,7/100.000 habitantes) mas ainda acima dos valores desejados.

Existem desigualdades regionais na emergência de novos casos de VIH/SIDA. Entre 2011 e 2013, nos distritos de Lisboa, Porto, Setúbal e Faro ocorreram 75% dos novos casos notificados em Portugal, dos quais mais de 50% se registaram em Lisboa e Setúbal (DGS, 2014b). Apesar desta grande redução, o valor apresentado ainda é significativamente elevado em comparação com os valores dos restantes países da Europa Ocidental. Destaca-se a taxa de incidência das regiões da Grande Lisboa (31,8), Península de Setúbal (15,9), Algarve (15,1) e Grande Porto (14,6) (DGS, 2014b).

Desde o ano 2000 que se verifica no país uma frequência crescente de casos em imigrantes, no conjunto dos novos casos notificados. Em 2010 atingiu-se o valor mais alto desde 2000 (26,4%), registando-se um decréscimo progressivo a partir daí, correspondendo a 21% em 2013 (DGS, 2014b). O programa salienta o impacto relevante dos casos em populações migrantes e a frequência crescente de novos casos notificados em pessoas com idade acima dos 49 anos.

Além disso, apesar de uma maior rapidez dos métodos de diagnóstico, tem-se verificado um aumento do tempo decorrido entre o início de sintomas e o diagnóstico. Este aspeto poderá estar associado a maiores dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, sobretudo das comunidades vulneráveis especificamente migrantes (DGS, 2014b).

Todas as ações de prevenção primária e de diagnóstico precoce do programa se mantiveram em 2013. Salientando-se: o decréscimo do número de seringas trocadas, parcialmente explicado pela integração faseada deste programa nos CSP; o acréscimo no número de preservativos distribuídos gratuitamente; a tendência de diminuição do número de testes realizados nos centros de apoio e deteção, a qual pode ser explicada pelo reforço da realização do diagnóstico precoce noutras estruturas, nomeadamente da comunidade.

Os resultados mais baixos nas comunidades migrantes e vulneráveis requerem um reforço da equidade nas ações e iniciativas do programa para a infeção VIH/SIDA, no sentido de assegurar que os cuidados adequados são prestados de acordo com as necessidades dos cidadãos.

Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo

O consumo de tabaco constitui, presentemente, a primeira causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial. A exposição ao fumo do tabaco é igualmente nociva, não existindo um limiar seguro de exposição para o ser humano. Este aspeto tem levado à adoção de medidas preventivas e de proteção da saúde baseadas na prova científica, custo-efetivas, continuadas e universais (DGS, 2013c, 2014c).

Em Portugal, segundo as estimativas do ano de 2010, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11.800 pessoas, das quais 845 morreram em consequência da exposição ao fumo ambiental (*Global Burden of Disease*, 2010, cit. em DGS, 2014c). Em 2012, mais de um quarto da população residente em Portugal com idades dos 15 aos 64 anos era consumidora de tabaco.

Quadro 3 Número de óbitos atribuíveis ao tabaco na população portuguesa, em 2010

	Exposição ao fumo ambiental	HIV/ SIDA tuberculose	Cancro	Doença cardio- vascular	Doença resp. crónica	Diabetes, urogenital, sangue, endócrinas	Total de óbitos
Todas as idades	Fumo ativo	25	4.643	3.777	2.348	163	1.956
	FAT	0	38	807	0	0	845
Total	-	25	4.681	4.584	2.348	163	11.801

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (2013), *Global Burden of Disease 2010* (GBD, 2010), Washington, DC, IHME, University of Washington, cit. em DGS (2014c).

Dados recentes parecem revelar um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados. Por outro lado, cerca de 86% dos fumadores portugueses dos 15 aos 64 anos referem ter baixa motivação para parar de fumar (Balsa, Vital e Urbano, 2014, cit. em DGS, 2014c).

Em 2010, segundo dados do Inquérito Nacional sobre Asma (INAsma), foi encontrada uma prevalência de exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT), em casa, de 26,6%; as crianças e os adultos jovens foram os mais expostos (39,0%) (Pereira *et al.*, 2013, cit. em DGS, 2014c).

Segundo o *Global Burden of Disease* (IHME, 2013), em 2010, o consumo de tabaco foi responsável, em Portugal, pela morte de cerca de 11.000 pessoas fumadoras ou ex-fumadoras (aproximadamente 10,3% do total de óbitos verificados naquele ano) (DGS, 2014c). Segundo este mesmo estudo, o consumo de tabaco em Portugal foi responsável por 2348 mortes causadas por doenças respiratórias (19,9% do total de óbitos por estas causas), 4643 mortes por cancro (18,6% do total de óbitos por esta causa) e 3777 mortes causadas por doenças do aparelho cardiovascular (11,2% do total de óbitos por estas causas) (IHME, 2013; DGS, 2014c).

Em 2010, estimou-se que a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco tenha sido de 103,06/100.000 habitantes, 177,09/100.000 habitantes do sexo masculino e 33,61/100.000 habitantes do sexo feminino (IHME, 2013; DGS, 2014c).

Segundo o Eurobarómetro, em 2012, 28% dos inquiridos europeus com 15 ou mais anos de idade eram fumadores. A proporção de fumadores em Portugal foi de 23%. Relativamente à cessação tabágica, o Eurobarómetro (2012) demonstra que, dos fumadores portugueses inquiridos, 54% nunca fizeram qualquer tentativa para deixar de fumar, valor bastante superior à média europeia (39%) (Eurobarometer, 2012). Apenas 14% dos inquiridos portugueses disseram ter feito uma tentativa para parar de fumar nos 12 meses anteriores ao inquérito (média europeia: 21%), (Eurobarometer, 2012). Destes, 84% não tiveram qualquer tipo de apoio, cerca de 10% tomaram medicamentos e 5% pediram apoio ao médico ou a outro profissional de saúde (Eurobarometer, 2012; DGS, 2014c, 2013b).

Relativamente ao número de locais destinados ao apoio à cessação tabágica verifica-se uma diminuição progressiva. Em 2013, o número de locais de consulta

Quadro 4 Número de locais de consultas de cessação tabágica por ARS (2007-2013)

ARS	Locais de consultas de cessação tabágica						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	53	86	85	57	45	32	33
Centro	47	53	63	53	55	50	35
LVT	40	46	47	40	40	33	37
Alentejo	11	16	16	21	13	9	6
Algarve	3	11	21	10	8	3	6
Total	154	212	223	181	161	127	117

Fonte: DGS (2014c).

Quadro 5 Número total de consultas de cessação tabágica, por ARS (2007-2013)

ARS	Total de consultas de cessação tabágica						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Norte	5.948	6.916	9.278	2.458	4.589	5.038	5.011
Centro	400	2.159	2.400	4.651	3.728	4.403	4.315
LVT	7.421	8.590	11.524	10.389	10.919	10.445	11.524
Alentejo	1.054	1.216	1.330	1.208	848	661	495
Algarve	495	1.221	1.233	914	583	351	1.003
Total	15.318	20.102	25.765	19.620	20.667	20.898	22.088

Fonte: DGS (2014c).

foi inferior ao observado antes da entrada em vigor da lei de controlo do tabagismo (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, que entrou em vigor em 1 de janeiro de 2008) (DGS, 2013c). Em 2013, em termos regionais, destaca-se o número de consultas na ARS-Centro, com uma redução significativa, e um aumento nas ARS de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e do Algarve.

Relativamente ao número total de consultas de cessação tabágica, em Portugal Continental e por ARS (2007 a 2012) verifica-se um aumento até 2009 com um decréscimo acentuado em 2010 e uma ligeira melhoria em 2011 e 2012. Especificamente verifica-se que a evolução no número de consultas no ano de 2012 se faz à custa de apenas duas ARS: ARS-Norte e ARS-Centro. No caso da ARS-Alentejo e da ARS-Algarve a redução parece preocupante.

Estes aspetos remetem uma vez mais para importantes assimetrias no acesso aos cuidados de saúde a nível nacional, o que se traduzirá em resultados de saúde também desiguais. Por outro lado a redução acelerada dos locais e das consultas de cessação tabágica de 2010 a 2012 coincide com o período de contenção imposto pela crise e pelo ME.

Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável

Segundo o Programa Nacional para Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2014d) a alimentação de má qualidade, nomeadamente uma ingestão excessiva de energia proveniente de gordura de origem animal e de sal e o baixo consumo de produtos frutícolas e hortícolas, associados à ausência de atividade física, são alguns dos principais determinantes da emergência da obesidade e de doenças crónicas.

De acordo com as estimativas efetuadas no âmbito do Global Burden Disease, em 2010 os hábitos alimentares inadequados em Portugal foram responsáveis por 11,96% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, no sexo feminino, e por 15,27% no sexo masculino (IHME, 2013), expressos em DALY (*disability adjusted life years* — 1 DALY corresponde à perda de um ano de vida saudável). Para ambos os sexos, os hábitos alimentares inadequados constituem assim o primeiro fator de risco de perda de anos de vida.

A obesidade é fator de risco para um conjunto de patologias (por exemplo, doença cérebro-cardiovascular, cancro, diabetes, etc.). Os dados demonstram uma elevada prevalência de obesidade na sociedade portuguesa (cerca de 1 milhão de adultos obesos e 3,5 milhões de pré-obesos) e uma associação com características socioeconómicas, sendo os grupos populacionais socialmente mais vulneráveis aqueles que parecem estar mais expostos a situações de doença, excesso de peso e insegurança alimentar. Neste sentido, a obesidade merece particular atenção em termos de medidas de saúde pública (DGS, 2013d, 2014d).

Em 2014 foram recolhidos pela primeira vez dados sobre insegurança alimentar, a nível nacional, para a população adulta. As situações de insegurança alimentar caracterizam-se pela existência de algum tipo de dificuldade no acesso ao alimento, desde a preocupação sobre a capacidade de aceder ao alimento até às situações mais graves, ou seja, à incapacidade total de conseguir ter acesso aos alimentos. Os resultados deste estudo demonstraram diferenças regionais, marcadas também pela idade e pelo número de pessoas do agregado familiar.

No que se refere aos dados de mortalidade relativos à obesidade e outras formas de hiperalimentação, em Portugal Continental, observando os dados de 2007 a 2012, verifica-se uma evolução de 2010 para 2012. Esta evolução foi particularmente acelerada de 2011 para 2012. Este aspeto poderá estar associado a uma alimentação mais deficitária, nomeadamente à ingestão de produtos de qualidade inferior e altamente calóricos vendidos por vezes a preços mais baixos (DGS, 2014d).

Programa Nacional para a Saúde Mental

A mortalidade diretamente decorrente de doenças mentais não é quantitativamente expressiva, nem em termos relativos (o peso das doenças mentais na mortalidade total é o penúltimo nas causas de morte associadas às patologias mais relevantes, em percentagem, dos programas prioritários de saúde), nem em termos absolutos (cerca de 10/100.000 habitantes, em 2012, na principal causa de mortalidade — lesões autoprovocadas intencionalmente/ suicídio). Porém o impacto da doença mental na capacidade produtiva é avassalador.

A taxa de mortalidade padronizada por suicídio variou, nos últimos cinco anos avaliados, entre os valores de 7/100.000 e 8/100.000 habitantes, com um aumento no último ano disponível (2012). Apesar destes resultados, considera-se a possibilidade de subnotificação desta causa de morte devido ao grande número de mortes de causa indeterminada no mesmo período. Desde janeiro de 2014 que foi implementado, em todo o território nacional, o novo sistema SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito), passando a ser possível a apresentação de dados mais atualizados e um maior rigor na mediação da causa de morte (DGS, 2014e).

O Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida e Xavier, 2013), mostra que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa (prevalência anual). Deste valor global, os valores mais altos são atribuídos às perturbações da ansiedade (16,5%) e às perturbações depressivas (7,9%) (DGS, 2014e).

Portugal apresenta um elevado consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (96 DHD).³ Este consumo é muito superior ao verificado na Dinamarca (31 DHD), Noruega (62 DHD) e Itália (53 DHD). Em termos qualitativos verificou-se, entre 2000 e 2012, um aumento da proporção da utilização de benzodiazepinas ansiolíticas e uma diminuição das hipnóticas, especificamente de duração intermédia e longa. Estes resultados levaram a que Portugal fosse aconselhado pelo International Narcotic Board a desenvolver uma análise sobre a prescrição e utilização destes fármacos (DGS, 2014e). No caso dos últimos 12 meses, o consumo de psicofármacos evidencia um padrão elevado quer de ansiolíticos (24,3% das mulheres e 9,8% dos homens) quer de antidepressivos (13,2% das mulheres e 3,9% dos homens) na população geral (DGS, 2014e).

Um estudo integrado no World Mental Health Surveys Initiative (WMH) — um projeto do Grupo de Avaliação, Classificação e Epidemiologia (ACE) da OMS cujos dados preliminares foram recentemente publicados — demonstra que Portugal tem uma prevalência de doença mental muito elevada numa comparação de oito países da Europa (22,9%). Destes apenas a Irlanda apresenta um valor mais elevado: 23,1%. Portugal é também o segundo com valores mais elevados dos nove países cujos dados são divulgados (surge depois dos EUA, com 26,4%) (DGS, 2013e).

Os resultados no âmbito da doença mental são ainda mais preocupantes, na medida em que existe evidência que correlaciona diretamente a taxa de prevalência das doenças mentais com índices nacionais de desigualdades sociais e de saúde (Wilkinson e Pickett, 2009, cit. em DGS, 2014e). Neste sentido, a saúde mental não é uma consequência apenas dos serviços de saúde ou dos investimentos de responsabilidade direta do setor da saúde, mas sim de políticas intersectoriais que envolvem as diferentes áreas de governo, nomeadamente aquelas que estão mais relacionadas com as desigualdades em saúde, por exemplo a educação, a segurança social, etc.

3 Dose diária definida por 1000 habitantes.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

Na União Europeia a previsão realizada pela International Agency for Research on Cancer (IARC), tendo como base apenas o envelhecimento da população, determina um aumento de 13,7% de novos casos de cancro. As previsões para Portugal são semelhantes e apontam para um acréscimo de 12,6% (DGS, 2013f, 2014f). Estas previsões do aumento de incidência dos diferentes tipos de cancro têm-se vindo a confirmar.

A produção hospitalar na área das doenças oncológicas tem vindo a aumentar todos os anos. Em 2013 o número de utentes saídos dos hospitais do SNS devido a doença oncológica foi 11,6% superior ao de 2009 e 1,0% superior ao de 2012. No caso do número de cirurgias oncológicas realizadas, verifica-se uma redução em 2011 (41.996) face a 2012 (41.705) (DGS, 2013f, 2014f). Estes dados vão em sentido oposto (mais doença, mas menos cirurgias) podendo indicar: (i) que os cancros estão a ser diagnosticados mais tardiamente e por isso não são operáveis; (ii) uma sobrecarga dos serviços para responder às necessidades da população, podendo pôr em risco os níveis de saúde desta (DGS, 2013f, 2014f). Qualquer uma das explicações apontadas remete para dificuldades na capacidade do serviço de saúde para prevenir, diagnosticar e tratar precocemente a doença oncológica.

Relativamente à mortalidade por sexo e local de residência os dados apontam importantes desigualdades regionais (DGS, 2013f, 2014f). Estas desigualdades deveriam ser adequadamente entendidas e minimizadas, pois podem estar associadas a desigualdades no acesso aos cuidados de saúde: diagnóstico precoce e tratamento.

No caso do sexo masculino destacam-se os seguintes aspetos:

- ARS-Norte — alta taxa de mortalidade por cancro de estômago;
- ARS-LVT — alta taxa de mortalidade por cancro do cólon;
- ARS-Alentejo — alta taxa de mortalidade por cancro do reto;
- ARS-Algarve — alta taxa de mortalidade por cancro da traqueia, brônquios e pulmão.

O cancro da bexiga apresenta uma alta taxa de mortalidade tanto em Lisboa e Vale do Tejo como no Algarve. Por sua vez, o cancro da traqueia, brônquios e pulmão apresenta uma baixa taxa de mortalidade na ARS-Centro.

No caso do sexo feminino destacam-se os seguintes aspetos:

- ARS-Norte — alta taxa de mortalidade por cancro de estômago;
- ARS-Alentejo — alta taxa de mortalidade por cancro do reto;
- ARS-LVT e ARS-Algarve — alta taxa de mortalidade por cancro da mama.

Quadro 6 Taxa de mortalidade padronizada no sexo masculino e no sexo feminino, por patologia e local de residência, em 2012

Taxa de mortalidade padronizada no sexo masculino					
Causa de morte (todas as idades)	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Tumor maligno do estômago	24,70	18,70	17,40	19,50	17,10
Tumor maligno do cólon	17,10	21,50	23,00	21,00	20,80
Tumor maligno do reto	7,60	7,50	7,90	10,80	7,70
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	44,20	28,30	42,60	45,60	47,90
Tumor maligno da próstata	18,80	13,30	13,40	24,50	23,30
Tumor maligno da bexiga	7,50	8,20	11,20	8,70	17,80
Linfoma não-Hodgkin	4,30	4,60	5,90	*	*
Taxa de mortalidade padronizada no sexo feminino					
Causa de morte (todas as idades)	ARS Norte	ARS Centro	ARS LVT	ARS Alentejo	ARS Algarve
Tumor maligno do estômago	11,70	8,30	7,50	8,60	8,20
Tumor maligno do cólon	10,20	11,80	11,10	11,40	10,40
Tumor maligno do reto	2,60	3,10	3,60	5,50	*
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	9,00	6,00	10,50	7,30	9,80
Tumor maligno da mama feminina	16,80	17,40	22,90	18,20	25,00
Tumor maligno do colo do útero	2,30	2,70	3,00	*	*
Tumor maligno do corpo do útero	1,80	1,60	1,90	*	*
Tumor maligno da bexiga	1,40	2,10	2,20	*	*
Linfoma não-Hodgkin	2,90	3,00	3,70	*	*

Nota: as taxas apresentadas são taxas de mortalidade padronizadas por 100.000 habitantes.

* Não apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25 , por apresentarem elevado erro padrão.

Fonte: INE (2014).

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Portugal tem assistido, desde a década de 1990, a um aumento consistente da mortalidade global por doenças respiratórias. Atualmente estas doenças são a terceira principal causa de morte, a seguir às doenças do aparelho circulatório e aos tumores malignos.

Em 2013 as doenças respiratórias foram responsáveis por 12.605 óbitos (11,83%), constatando-se que a percentagem de mortalidade global foi superior nos homens (12,09%), comparativamente com as mulheres (11,56%) (DGS, 2014g). Estes valores de 2013 representam um crescimento face a 2011, verificando-se que as doenças respiratórias foram responsáveis por 11.917 óbitos e existindo maior mortalidade no sexo masculino (11,9%) relativamente ao feminino (11,3%) (DGS, 2013g, 2014g).

Em 2012 Portugal, quando comparado com outros países da União Europeia relativamente a mortalidade por doenças respiratórias, encontrava-se numa situação desfavorável, com uma taxa de mortalidade padronizada de 102,1 óbitos/100.000 habitantes. Este valor apenas foi ultrapassado no Reino Unido (104,9/100.000 habitantes). A mortalidade associada às doenças respiratórias afeta sobretudo a população mais idosa, não sendo uma causa de morte prematura (DGS, 2013g, 2014g).

O peso da mortalidade provocada por doenças respiratórias relativamente à totalidade dos óbitos tem vindo a aumentar de forma consistente ao longo dos anos, sendo superior no sexo masculino. Esta diferença tem-se esbatido nos dois últimos anos.

Os dados apontam para um excesso de óbitos, não só de causa respiratória, mas também por todas as causas de morte, em ambos os sexos, em 2012. Dados do INE (*cit. em* DGS, 2014g) indicam que esse excesso de mortalidade ocorreu sobretudo nos meses de janeiro, fevereiro e março, tendo coincidido com o pico de atividade gripal. Esta mortalidade afetou sobretudo grupos etários acima dos 75 anos, ou seja, afetou pessoas em idade mais avançada (DGS, 2014g). No que se refere a desigualdades regionais, verifica-se que as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Norte são as que apresentam menores taxas de mortalidade provocada por doenças respiratórias.

Relativamente à produção hospitalar, verifica-se que, em 2013, os internamentos por doença respiratória corresponderam a 11% da totalidade dos doentes internados (Fonte: GDH — ACSS, *cit. em* DGS, 2014g).⁴ Além disso, o internamento em estabelecimentos hospitalares do SNS evidencia a diminuição do número de utentes saídos de internamento por doenças respiratórias: de 117.110 em 2012 para 110.028 em 2013, o que corresponde a um decréscimo relativo de 6,0%. No que se refere à mortalidade intra-hospitalar as doenças respiratórias constituem a primeira causa de letalidade intra-hospitalar, posicionando-se mesmo à frente da letalidade por doença oncológica e cardiocirculatória. Em 2013, os óbitos de causa respiratória constituíram 26% de todos os óbitos hospitalares.

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

As doenças cérebro-cardiovasculares continuam a ser a principal causa de mortalidade na população portuguesa, tal como em todos os países europeus (DGS, 2013h).

Em termos de taxa de mortalidade padronizada nos últimos cinco anos,⁵ salienta-se a tendência constante de decréscimo verificada nos anos mais recentes, com uma redução de 22,4% (DGS, 2013h, 2014h). Os resultados apontam também para uma redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos de idade) o que representa grande relevância social. Considera-se que, entre outros possíveis aspetos, estes resultados podem derivar da adoção de estratégias organizativas de prestação de cuidados designadas “vias verdes” (“via verde do acidente vascular cerebral” e “via verde coronária”) que emergiram em 2006. Este modelo de prestação de cuidados permitiu um progressivo aumento do número de doentes submetidos a terapêuticas cuja influência é decisiva na história natural do acidente vascular cerebral (AVC) (terapêutica fibrinolítica) e do enfarte agudo do miocárdio (EAM) (angioplastia primária) (DGS, 2013h, 2014h). No âmbito das vias verdes

4 GDH — ACSS: Grupos de Diagnósticos Homogêneos — Administração Central do Sistema de Saúde (Direção-Geral de Saúde).

5 As taxas de mortalidade padronizadas permitem uma comparação fiável refletindo a correção de potenciais fatores de enviesamento (DGS, 2013a).

existem assimetrias regionais que traduzem medidas de reorganização dos serviços assistenciais e de cuidados pré-hospitalares. Apenas foi possível obter dados relativos às assimetrias regionais no caso das vias verdes do AVC.

No domínio das vias verdes, assumem particular relevância fatores de educação e literacia em saúde, nomeadamente o reconhecimento pela população dos sinais de alarme de situações potencialmente ameaçadoras e da disponibilidade de meios específicos de auxílio. Considera-se ainda que a melhoria nos resultados obtidos em termos cérebro-cardiovasculares se deve também a medidas políticas que intervêm em determinantes transversais de saúde, nomeadamente a implementação da Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, para prevenção e controlo do tabaco, proibindo o tabagismo em locais públicos, e da Lei 75/2009, de 12 de agosto, para redução do teor de sal no pão (DGS, 2013h, 2014h). Este aspeto traduz a relevância de abordagens transversais, dirigidas a determinantes de saúde, face a abordagens verticais centradas em patologias específicas.

Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos (CIRA)

Os dados indicam que a taxa de prevalência de infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média europeia e mais alta do que expectável (10,5% na população global; na União Europeia 6,1% (DGS, 2013i, 2014i). Além disso, o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde está ligado à prevenção da resistência aos antimicrobianos. Globalmente, Portugal apresenta elevada taxa de resistência bacteriana aos antimicrobianos, conforme expresso nos dados de vigilância epidemiológica do European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net), tendo sido em 2013 o país europeu com a taxa mais elevada (Portugal: 45,3%; União Europeia: 35,8%) (DGS, 2013i, 2014i).

A mortalidade associada à infeção hospitalar deve ser analisada com cautela, pois não é possível conhecer a medida exata de mortalidade. Em alguns casos a causa de morte pode ser devida à infeção hospitalar, mas noutros casos pode apenas ser um fator contributivo para a morte. Noutras circunstâncias, a morte pode até ser devida à patologia primária, sendo a presença da infeção irrelevante para o resultado final. Independentemente destas associações, verifica-se que a infeção hospitalar tem vindo a crescer gradualmente necessitando de uma resposta efetiva (percentagem de óbitos associados ao CIRA em 2007: 25,52%; em 2011: 24,30%) (DGS, 2013i, 2014i). Não são apontadas razões para este crescimento contínuo e preocupante, o que parece demonstrar a ausência de reflexão sobre problema.

Conclusões

Desde a criação do SNS que se verificam ganhos significativos de saúde, tendo Portugal alcançado resultados que se aproximam dos melhores valores registados nos países da União Europeia (DGS, 2012). Em todo o caso, o envelhecimento da

população, a redução da natalidade, o aumento das doenças crónicas e os custos com a doença/saúde são desafios que se colocam ao Ministério da Saúde, nomeadamente no que se refere à sustentabilidade do SNS.

Os ciclos políticos apresentam continuidade nas políticas adotadas, apesar do permanente debate sobre a existência de modelos alternativos de cuidados de saúde capazes de resolver os problemas de sustentabilidade financeira, de melhorar a eficiência, a equidade e qualidade do sistema. As mudanças políticas dentro de um modelo de continuidade demonstram a relevância e o peso da dependência de percurso que em conjunto com custos de transição contribuem para que as alterações nas políticas tendam a desenvolver-se dentro do modelo existente (Pierson, 1995). Apesar da continuidade nos princípios do SNS e nas políticas adotadas, os últimos anos foram marcados por um incremento de medidas de restritivas e de sustentabilidade do SNS, bem como por uma maior relevância do setor privado e social (por exemplo, devolução dos hospitais às Misericórdias). Em termos de indicadores de desempenho dos serviços ou de produção hospitalar parece existir uma redução ou estabilidade nos resultados (por exemplo, número de USF que abriram, número de locais de consulta para cessação tabágica, número de cirurgias oncológicas, etc.). Este aspeto poderá estar associado a uma redução no acesso aos cuidados e a uma sobrecarga dos serviços. Já em termos de ganhos e de resultados em saúde, o impacto das medidas apenas será visível a médio e longo prazo.

Portugal tem um problema de desigualdades em saúde.⁶ Este aspeto evidencia-se quando se analisa a distribuição de saúde a nível nacional, existindo ARS com indicadores de saúde consistentemente melhores que outras. Estas desigualdades devem ser analisadas pormenorizadamente, no sentido de se compreender se estão, ou não, associadas à cobertura de serviços e à distribuição de recursos humanos, financeiros e tecnológicos (por exemplo, equipamentos). Além disso, as desigualdades nos resultados de saúde poderão espelhar desigualdades regionais em termos de riqueza e de condições socioeconómicas das suas populações, o que poderá justificar a necessidade de políticas integradas, nomeadamente de combate à pobreza. Estes aspetos merecem atenção urgente, na medida em que se estão a estabelecer grandes clivagens regionais e sociais no país.

Em termos de política de saúde, salienta-se que o ciclo político atual trouxe para o setor da saúde o desafio adicional de o alargar a um “complexo económico da saúde” de relevância internacional (Ferrinho, Fronteira e Miguel, 2007; Hartz, 2011; Macedo, 2012). Neste sentido, a ação do XIX Governo Constitucional na área da saúde caracterizou-se sobretudo pela aposta em medidas de sustentabilidade e de eficiência dos serviços. Assim, têm proliferado: (i) medidas de regulação do setor, abrangendo tabelas de preços e taxas moderadoras; (ii) medidas de sustentabilidade económica e financeira, incluindo o desenvolvimento de mecanismos de contratualização, redução de incentivos, modelos de financiamento e restrições orçamentais, articulação público-privado-social, cedência de gestão de hospitais a

6 Desigualdades são diferenças, evitáveis, injustas e passíveis de modificação, do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot *et al.*, 2008; Marmot, 2007; WHO-Europe, 2010).

operadores privados, revisão de arquitetura do sistema de oferta de serviços; (iii) medidas dirigidas ao desempenho e gestão nas unidades públicas de saúde, nomeadamente partilha de serviços, combate ao desperdício, controlo de fraude, criação de centros hospitalares, mobilidade de recursos humanos, redução de custos hospitalares, fusão, concentração e extinção de instituições ou serviços; (iv) medidas dirigidas à política do medicamento, tentando implementar mecanismos de controlo de prescrição, orientações terapêuticas, sistema de preços de referência, e de comparticipações, avaliação de medicamentos, prescrição por DCI, quota de genéricos, gestão comum de medicamentos no SNS, dispensa por dose individual, desmaterialização da receita médica. Não se encontraram quaisquer estudos que analisem ou apontem razões para a redução do número de novas USF e abrandamento da reforma dos CSP, apesar de as USF (especificamente o modelo B) terem referência explícita no ME, no sentido do seu aumento, dadas as vantagens que demonstram ter.

Das medidas de saúde implementadas pelo XIX Governo destaca-se o PNS 2012-2016 e a definição de nove programas de saúde prioritários. O PNS 2012-2016 demonstrou alguma dificuldade em se adaptar ao contexto económico de austeridade e aos dois ciclos políticos distintos que abrangeu. O investimento e o compromisso político na sua implementação contrastaram negativamente com o elevado investimento na sua elaboração. A Organização Mundial de Saúde (OMS-Europa) defendeu, em junho de 2014, a necessidade de o PNS ser revisto e estendido até 2020, garantindo assim o alinhamento com a política de saúde desta organização, *Health 2020* (WHO, 2013). Assim foi, recentemente, aprovada por despacho interno do secretário de estado adjunto do ministro da Saúde uma revisão e extensão a 2020 do Plano Nacional de Saúde, que se encontra numa fase inicial de implementação e que garante a continuidade com os documentos estratégicos anteriores.

Relativamente aos programas prioritários e aos resultados obtidos nos indicadores, sobretudo de produção e desempenho, verifica-se uma ligeira redução ou estagnação da evidência positiva verificada anteriormente. Muitos dos valores positivos nos indicadores estão associados aos percursos históricos de investimento em determinada área e à existência de lideranças sólidas, carismáticas e ativas que mobilizam os atores políticos e os agentes no terreno em torno de preocupações e interesses. Salientam-se as percentagens de financiamento consistentemente atribuídas a determinados programas (por exemplo infeção VIH/SIDA, doenças oncológicas, etc.) em detrimento de programas recentes como a prevenção e controlo do tabagismo, a alimentação saudável ou o controlo das infeções e resistência aos antimicrobianos. Este aspeto poderá estar associado à existência de atividades cuja continuidade é essencial para obtenção de resultados a médio e longo prazo. Neste sentido é necessário equacionar estas medidas de financiamento face aos objetivos dos programas e das ações implementadas. Salienta-se que os programas prioritários não são acompanhados de um processo de avaliação.

O tabagismo, a alimentação saudável e a diabetes são determinantes de saúde e fatores de risco para um conjunto de outras patologias, nomeadamente o cancro e as doenças respiratórias, pelo que a redução dos indicadores destas áreas pode levar a maus resultados em saúde a médio e longo prazo.

Não se encontram disponíveis informações sobre a definição de prioridades em saúde, bem como critérios de distribuição de financiamentos. No entanto considera-se que a definição de prioridades deve ter tradução num investimento coerente e reforçado em medidas preventivas, aproveitando sinergias entre determinantes de saúde, por exemplo programas que partilham o reforço da adoção de estilos de vida e alimentação saudável ou que estão dedicados ao combate de fatores de risco modificáveis, como o tabagismo e a diabetes. Um maior financiamento em determinantes de saúde traduziria um reconhecimento de uma perspetiva transversal de intervenção em saúde, segundo a qual, para além das questões de eficiência e sustentabilidade, importa implementar ações de saúde pública sobre problemas que sejam evitáveis/preveníveis, controláveis ou rapidamente resolúveis.

O indicador de mortalidade infantil é considerado um indicador de desenvolvimento do país, muito suscetível a alterações sociais, devendo por isso ser alvo de monitorização e atenção constantes. É importante estudar se as desigualdades regionais existentes, bem como a regressão dos resultados se deveram à conjuntura socioeconómica e à sobrecarga dos recursos humanos e materiais, ou a um fenómeno estatístico e demográfico relacionado com a idade materna. Em todo o caso, estes resultados demonstram que não se pode “baixar a guarda” na área da saúde materna e infantil, sob pena de existir um reflexo imediato na mortalidade e na saúde materna.

As oscilações dos indicadores relacionados com a mortalidade infantil, a saúde mental, a alimentação (obesidade), o tabagismo, a diabetes podem indicar características sociais e económicas desvantajosas, sendo os grupos socialmente desfavorecidos mais vulneráveis a estas patologias e aos diferentes fatores de risco. Estes aspetos corroboram as preocupações com as desigualdades sociais e de saúde e com o impacto dos determinantes sociais na saúde da população.

Considera-se que os resultados positivos de programas como o de combate à infeção VIH/SIDA e o programa para as doenças cérebro-cardiovasculares demonstram vários anos de investimento (económico e humano) na implementação de políticas de saúde centradas na promoção da saúde e nos cuidados prestados, por exemplo com as campanhas sobre o uso de preservativos, a implementação do sistema de notificação e terapêutica antirretroviral, a implementação nacional de sistemas de via verde para o enfarte e para o AVC, bem como algumas medidas de política de âmbito mais transversal dirigidas a determinantes de saúde, como é o caso da Lei do Tabaco e da Lei do Sal (2007 e 2009). Porém pode discutir-se se estas medidas devem continuar a ser implementadas através de programas verticais, tal como estão desenhados, ou se devem ser absorvidas e integradas pelos profissionais enquanto ações e rotinas do seu quotidiano.

Pela natureza cumulativa e intersetorial da saúde, os indicadores de saúde podem não refletir imediatamente o impacto da crise e das medidas de austeridade na vida das famílias portuguesas, sendo esse impacto, em alguns determinantes de saúde, visível apenas a médio e longo prazo, por exemplo no consumo de tabaco, na obesidade, no diagnóstico precoce e de controlo da diabetes, etc. Neste sentido, apenas no futuro conseguiremos analisar com detalhe o impacto do ME e desta

crise na saúde dos portugueses. O mesmo não se verifica nos indicadores de desempenho ou produção hospitalar, em termos por exemplo, de número de consultas, cuja redução aponta para a sobrecarga dos serviços e a redução de recursos humanos, materiais e financeiros.

Importa ainda destacar que, apesar da diversidade de sistemas de informação sobre saúde e da sua fácil acessibilidade, muitos dos indicadores de saúde referem-se a 2010/2011. Por outro lado, muitos dos programas nacionais de saúde e dos sistemas de informação sofisticados que existem recorrem a sistemas secundários de recolha de dados, não sendo por vezes fácil monitorizar continuamente tais indicadores.

A cultura de monitorização da saúde iniciou-se com o PNS 2004-2010 e desde aí assiste-se à divulgação interativa e contínua de informação. Apesar desta evolução verifica-se que os indicadores de monitorização do Plano Nacional de Saúde e dos programas nem sempre estão associados aos objetivos e metas dos mesmos, pelo que não se consegue desenvolver uma avaliação de implementação ou de eficácia do programa (Ferrinho *et al.*, 2013). Esta ausência de avaliação não só limita o conhecimento da realidade, como impede uma reorganização dos objetivos e metas em função dos resultados, dificultando uma avaliação do resultado das medidas de saúde implementadas (por exemplo, PNS e programas de saúde prioritários). Por outro lado, não há uma relação entre os resultados dos indicadores e a obtenção de financiamento. Tal aspeto não promove a responsabilização dos profissionais de saúde, nem associa o financiamento com a obtenção de resultados em saúde (contratualização). Segundo Ferrinho *et al.* (2013) a diversidade de sistemas de informação, bases de dados e indicadores contrasta com a ausência de análise, de reflexão e de utilização da mesma por parte dos gestores e governantes na definição e continuidade das políticas de saúde.

Este texto pretendeu traçar um breve panorama, necessariamente incompleto, do contexto da saúde focando áreas relevantes, tanto do planeamento em saúde como do estado de saúde da população. No caso das medidas de sustentabilidade e eficiência económico-financeira implementadas durante a vigência do ME urge continuar atento, analisando os impactos na saúde que serão visíveis apenas a médio e longo prazo. Por outro lado, é também consensual que as políticas públicas devem ser estudadas, monitorizadas e avaliadas, enquanto procedimentos institucionais com capacidade para se adaptarem continuamente em função dos resultados alcançados. Neste sentido, estas reflexões e a investigação em políticas públicas apresentam um carácter utilitário, produzindo informações que apoiem a tomada de decisão e contribuam para melhorar o desempenho do sistema de saúde.

Referências bibliográficas

- Caldas de Almeida, J., e Xavier, M. (2013), *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (vol. 1), Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Campos, António Correia de, e Jorge Simões (2011), *O Percurso da Saúde. Portugal na Europa*, Coimbra, Edições Almedina (1.^a edição).

- Barros, Pedro Pita, Sara Ribeirinho Machado, e Jorge Simões (2011), “Portugal: health system review”, *Health Systems in Transition*, 13 (4), pp. 1-156.
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2012), *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*, Lisboa, DGS.
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013a), *Estudo Comparativo do Número de Óbitos e Causas de Morte da Mortalidade Infantil e Suas Componentes (2009-2012)*, Lisboa, DGS.
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013b), *Portugal — Infecção VIH/SIDA e Tuberculose em Números — 2013*, Lisboa, DGS (1.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013c), *Portugal — Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números*, Lisboa, DGS.
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013d), *Portugal — Alimentação Saudável em Números*, Lisboa, DGS (1.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013e), *Portugal — Saúde Mental em Números*, Lisboa, DGS (1.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013f), *Portugal — Doenças Oncológicas em Números*, Lisboa, DGS (1.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013g), *Portugal — Doenças Respiratórias em Números*, Lisboa, DGS (1.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013h), *Portugal — Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números*, Lisboa, DGS (1.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2013i), *Portugal — Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos em Números*, Lisboa, DGS (1.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014a), *Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal, 2009-2013*, Lisboa, DGS.
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014b), *Portugal — Infecção VIH/SIDA e Tuberculose em Números — 2014*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014c), *Portugal — Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014d), *Portugal — Alimentação Saudável em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014e), *Portugal — Saúde Mental em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014f), *Portugal — Doenças Oncológicas em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014g), *Portugal — Doenças Respiratórias em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014h), *Portugal — Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- DGS — Direção-Geral da Saúde (2014i), *Portugal — Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos em Números*, Lisboa, DGS (2.ª edição).
- Eurobarometer* (2012), disponível em:
<http://ec.europa.eu/COMMFrontOffice/PublicOpinion/>
- Ferrinho, Paulo, Jorge Simões, José Pereira Miguel, André Beja, Maria Cortes, e Zulmira Hartz (2013), “Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho — um percurso em construção”, *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical*, pp. 76-87.

- Ferrinho Paulo, Inês Fronteira, e José Pereira Miguel (2007), “A importância estratégica e económica da saúde e implicações para investimentos a médio e longo prazo”, em *Investir em Saúde – Contributo dos Fundos Estruturais Comunitários em Portugal no Sector da Saúde*, Lisboa, Programa Operacional Saúde XXI.
- IHME — Institute for Health Metrics and Evaluation (2013), *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD)*, Washington, DC, IHME, University of Washington, disponível em: <http://www.healthdata.org/gbd>
- Geosaúde (2015), *Geosaúde: a saúde dos portugueses no mapa*, disponível em: <http://www.geosaude.dgs.pt/websig/v5/portal2/public/index.php?par=geosaude>
- Hartz, Zulmira, e Paulo Ferrinho (2011), “Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016”, em *A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento – Livro de Homenagem a Constantino Sakellarides*, Lisboa, Gradiva.
- Macedo, Paulo Moita (2012), “Um investimento estratégico nacional”, artigo de opinião do ministro da Saúde no jornal *Expresso* de 6 de abril de 2012.
- Machado, Maria do Céu, et al. (2007), *Iguais ou Diferentes? Cuidados de Saúde Materno-Infantil a Uma População de Imigrantes*, Porto, Laboratórios Bial.
- Marmot, Michael (2007), “Achieving health equity: from root causes to fair outcomes”, *Lancet*, 370, pp. 1153-1163.
- Marmot, Michael, et al. (2008), “Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health”, *Lancet*, 372, pp.1661-1669.
- OMS — Organização Mundial da Saúde (2008), *Cuidados de Saúde Primários Agora Mais do que Nunca.*, Genébra, OMS, editor nacional: Lisboa, Ministério da Saúde.
- OSS — Observatório dos Sistemas de Saúde (2013), *Relatório de Primavera 2013. As Duas Faces da Saúde*, Lisboa, OSS.
- Pierson, Paul (1995), *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press, Cambridge Studies in Comparative Politics.
- Pierson, Paul, e Theda Skocpol (2002), “Historical institutionalism in contemporary political science”, em I. Katznelson, *Milner HV Political Science. State of the Discipline*, Nova Iorque, W. W. Norton, pp. 693-721.
- Simões, Jorge, et al. (2007), *Relatório Final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- Simões, Jorge (2009), *Retrato Político da Saúde. Dependência do Percorso e Inovação em Saúde. Da Ideologia ao Desempenho*, Coimbra, Edições Almedina (2.ª edição).
- SPD — Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2012), *Diabetes. Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 02/2012*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- SPD — Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2013), *Diabetes. Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2013*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- SPD — Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014), *Diabetes, Factos e Números. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 12/2014*, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- USF AN (2015), *O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal — 2014/2015*, Lisboa, USF AN.

- Wendt, Claus (2009), "Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare", *Journal of European Social Policy*, 19 (5), pp. 432-445.
- WHO-Europe — World Health Organization Europe (2010), *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*.
- WHO-Europe — World Health Organization (2013), *Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century*, Copenhagen, WHO.

Maria Cortes (*corresponding author*). Aluna de doutoramento em Políticas Públicas, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Avenida das Forças Armadas, 1649-026 Lisboa, Portugal. *E-mail*: aalvescortes@gmail.com

Receção: 21-09-2015 Aprovação: 11-11-2015

