



“Fatores determinantes no consumo de medicamentos: um estudo em idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros”

Cristiana Midões

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de Mestre em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Unidades de Saúde

Orientada por Amélia Maria Martins Pires

Bragança, Março de 2012



“Fatores determinantes no consumo de medicamentos: um estudo em idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros”

Cristiana Midões

Amélia Maria Martins Pires

Bragança, Março de 2012

Resumo

O envelhecimento é um dos fenómenos mais marcantes da sociedade do século XXI e com implicações a vários níveis. Com o aumento da idade aumenta, por norma, a prevalência de doenças crónicas e degenerativas, não sendo raros os casos em que um idoso apresenta vários problemas de saúde e tem, como consequência, necessidade de usar vários medicamentos ao mesmo tempo.

Neste sentido, de há uns anos a esta parte que os encargos com medicamentos pagos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) não param de aumentar, ao ponto de mais recentemente os Governos serem chamados a tomar medidas de emergência capazes de permitir travar o crescimento exponencial de gastos e assegurar a sustentabilidade do sistema.

É dentro deste contexto que se desenvolve este estudo, com o objetivo de contribuir para uma compreensão mais sustentada do fenómeno do envelhecimento das populações na sua relação com o consumo de medicamentos e, a partir daí, poder dar um modesto contributo para a gestão da saúde e do medicamento, nomeadamente para as farmácias comunitárias do concelho de Macedo de Cavaleiros, que lidam diariamente com estes cidadãos. Para tanto, aplicámos um inquérito por questionário a uma amostra de 290 indivíduos com mais de 65 anos, residentes no referido concelho, no sentido de aferir alguns fatores acerca do consumo de medicamentos em idosos no referido concelho. Os resultados apontam, ao contrário de estudos anteriores, para a não existência de uma relação direta entre o consumo de medicamentos e o aumento da idade.

Palavras-chave: Idoso, medicamento, políticas de gestão, saúde

Abstract

Aging is one of the most remarkable phenomena of the XXI century society and with far-reaching implications. With increasing age also increases, as a rule, the prevalence of chronic and degenerative diseases, not being rare the cases in which an elderly presents different health problems and, as a consequence, has the need to use several drugs simultaneously.

In this sense, since a few years ago that the cost of medicines, paid by the Portuguese National Health Service (SNS), is constantly increasing. To the point that recent governments were called to take emergency measures to curb the exponential growth of spending and ensure the sustainability of the system.

This study is developed within this context, with the goal of contributing to a more sustained understanding of the aging phenomenon in relation to the consumption of drugs and, thereafter, make a modest contribution to health and medicine management, particularly for “community pharmacies” in the borough of Macedo de Cavaleiros, who deal daily with these citizens. For this, we applied a questionnaire to a sample of 290 individuals over 65 years, residing in the above borough, to understand some specific factors relating consumption in elderly . The results show, unlike previous studies, the non-existence of a direct relationship between medicine use and aging.

Keywords: Elderly, medicine, management policies, health

Resumen

El envejecimiento es uno de los fenómenos más significativos de la sociedad del siglo XXI y con implicaciones a varios niveles. Con el aumento de la edad, aumenta por consiguiente la prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, no siendo raros los casos en que un individuo presenta varios problemas de salud al mismo tiempo y tiene, como consecuencia, la necesidad de tomar varios medicamentos a la vez.

En este sentido, de unos años a esta parte los encargos de medicamentos pagados por el Servicio Nacional de Salud (SNS) no paran de aumentar, hasta el punto más reciente de que los Gobiernos han sido llamados para que tomen medidas de emergencia capaces de parar el crecimiento exponencial de gastos y asegurar la sustentabilidad del sistema.

Es dentro de este contexto donde se desenvuelve este estudio, con el objetivo de contribuir a una compensación más sustentada en el fenómeno del envejecimiento de las poblaciones en relación con el consumo de medicamentos y, a partir de ahí, poder dar una modesta contribución para la gestión de la salud y medicamentos, al mismo tiempo para las farmacias comunitarias del municipio de Macedo de Cavaleiros, que tratan diariamente con estos ciudadanos. Para ello, se ha realizado una encuesta a una muestra de 290 individuos con más de 65 años, residentes en dicho municipio, con el fin de evaluar algunos factores relacionados con el consumo de medicamentos en las personas mayores. Los resultados apuntan, al contrario que los estudios anteriores, una inexistente relación directa entre el consumo de medicamentos y el aumento de la edad.

Palabras clave: envejecimiento, medicamentos, políticas de gestión, salud

Siglas

ACS – Alto Comissariado da Saúde

AEP – Associação Empresarial Portuguesa

APAH – Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares

ARS - Administração Regional de Saúde

CEE – Comunidade Económica Europeia

CEFAR – Centro de Estudos e Avaliação em Saúde

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

CPE – Comité da Política Económica

DCI – Denominação Comum Internacional

DGCSP – Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários

DGTT – Direção Geral de Transportes Terrestres

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

FHNM – Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos

FMI – Fundo Monetário Internacional

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo

GTE – Grupo de Trabalho do Envelhecimento

HSA – Hospitais Sociedades Anónimas

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

NGP – Nova Gestão Pública

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

ONSA – Observatório Nacional de Saúde

PEC – Plano de Estabilidade e Crescimento

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPP – Parcerias Público-Privadas

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

ULDM – Unidade de Longa Duração e Manutenção

ULSN – Unidade Local de Saúde do Nordeste

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – Whorld Health Organization

Índice

Siglas	iv
Índice de figuras e quadros	viii
Introdução.....	1
PARTE I – Enquadramento teórico	4
1.1. Envelhecimento da população	5
1.1.1. Evolução demográfica na vertente etária.....	5
1.1.2. Distribuição da população por escalões etários no distrito de Bragança	7
1.1.3. Principais causas e efeitos	12
1.1.4. O consumo de medicamentos e as suas principais consequências: Fontes empíricas	17
1.2. Infraestruturas de saúde em Portugal	21
1.2.1. A Saúde em Portugal	21
1.2.2. Determinantes da evolução do sistema de saúde	25
1.2.3. Caracterização da oferta no distrito de Bragança.....	28
1.3. Governação do sistema de saúde português	31
1.3.1. As metamorfoses da governação do sistema de saúde: o emergir dos conflitos de agência.....	31
1.3.2. Comportamento dos encargos gerais com o SNS.....	34
1.3.2.1. Evolução dos encargos com medicamentos.....	37
1.3.3. Tendências da despesa com saúde: comportamento expetável.....	40
1.3.4. Tendências atuais de mudança organizacional dos sistemas de saúde	42
1.4. Políticas de saúde e do medicamento em Portugal especialmente dirigidas à população idosa	44
1.4.1. Políticas de saúde	44
1.4.2. Políticas de gestão do medicamento	46
Parte II – Estudo empírico	50
2.1. Objetivos da investigação	51
2.2. Orientação metodológica	52
2.2.1. Justificação.....	52
2.2.2. Principal método de recolha de informação.....	52
2.2.3. Caracterização da amostra	53
2.2.4. Limitações do estudo	53
2.2.5. Tratamento dos dados	54
2.2.6. Análise e discussão dos resultados	57
2.2.6.1. Análise descritiva	57
2.2.6.2. Análise bivariada	61
Conclusão.....	67

Referências	71
Anexos.....	80
Anexo 1	81

Índice de figuras e quadros

Figura 1 - Índice de envelhecimento da população residente em Portugal, de 2000 a 2009.....	5
Figura 2 - Taxa média anual de crescimento da população por grandes grupos etários, Portugal 1960/ 2005 e 2005/2050.	6
Quadro 1 - Taxa média anual do crescimento da população por grandes grupos etários de, 2001 a 2050.....	7
Quadro 2 - Índice de interioridade dos concelhos do distrito de Bragança.	8
Quadro 3 - Taxas de crescimento efetivo e natural (%), Portugal e Norte, 2000-2009.....	8
Quadro 4 - Índice de longevidade (N.º) por Local de residência; Anual.	8
Quadro 5 - Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual	9
Quadro 6 - Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência.....	10
Quadro 7 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário ;Anual.	9
Quadro 8 - População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário	11
Quadro 9 - População residente (N.º) em Macedo de Cavaleiros, por sexo e grupo etário.....	11
Quadro 10 - Empresas (N.º) por Localização geográfica e Escalão de pessoal ao serviço em 2009; Anual.	12
Quadro 11 - Nados-vivos por local de residência da mãe, Anual.	12
Quadro 12 - Indicadores de envelhecimentos de acordo com os Censos.	12
Quadro 13 - População média anual residente (N.º) por Sexo e Grupo etário; Anual.	14
Quadro 14 - Médicos por 1000 habitantes (N.º) por Local de residência.	28
Quadro 15 - Serviços clínicos existentes nas três unidades de internamento da ULS Nordeste E.P.E.	29
Quadro 16 - total em saúde, em % do PIB, em Portugal.....	34
Quadro 17 - Despesa total em saúde, em % do PIB, em Portugal.....	34
Quadro 18 - Despesas do SNS por habitante, em euros.	35
Quadro 19 - Encargos com medicamentos, do SNS e do utente, de 1990 até 2009, em Portugal Continental.	37
Quadro 20 - Valores referentes à distribuição da amostra segundo o sexo e a idade.....	57
Quadro 21 - Indivíduos, em número e percentagem, que foram consultados pelo médico de família no último ano.	58
Quadro 22 - Número de inquiridos que referem ter (ou não) a doença indicada, e número de idosos a consumir medicamentos para essas mesmas doenças.	58
Quadro 23 - Média diária de medicação ingerida para cada doença em análise.....	59
Quadro 24 - Valores de p obtidos no teste de qui-quadrado, relativamente às doenças em análise, para avaliação da associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “género”.	60
Quadro 25 - Número de indivíduos que consome antidepressivos, de acordo com o género.	61

Quadro 26 - Valores de p obtidos no teste de qui-quadrado, para análise da associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade”	62
Quadro 27 - Valores da medida V de Cramer, para análise do grau de associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade”	62
Quadro 28 - Percentagem de indivíduos que refere consumir medicação para os problemas indicados, por faixa etária.	63
Quadro 29 - Valores de p obtidos no teste de qui-quadrado, para averiguação da associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “institucionalização”	64
Quadro 30 - Número de idosos institucionalizados e não institucionalizados que consomem medicamentos para as doenças referenciadas.	64
Quadro 31 - Valores de p obtidos no teste de Fisher para análise da relação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “percepção do estado de saúde”	65

Introdução

O envelhecimento é um fenómeno em análise de extrema importância, sobretudo nos países desenvolvidos, mas nem sempre foi assim. Só a partir de meados do século XX, com especial incidência no final do século, se começou a abordar e a tentar encontrar respostas para este fenómeno. Ao ponto de a ONU (Organização das Nações Unidas) ter decretado o ano de 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas, passando desde então a ser assinalado o dia 1 de Outubro de cada ano como o Dia Internacional do Idoso. Já no século vigente, a velhice começa a deixar de ser encarada como uma doença e passa a ser a “comprovação de que houve saúde suficiente para a atingir” (Henriques, 2006;5).

O envelhecimento é um dos fenómenos mais marcantes na sociedade do século XXI, que tem várias implicações e que pode analisar-se sob a perspectiva do aumento da esperança média de vida ou sob o aumento da proporção de pessoas idosas na população. Esta é uma realidade que se passa a nível mundial, como consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade (Carrilho, 2004a). Em Portugal, esta tendência é transversal a todo o país, se bem que se nota alguma heterogeneidade geográfica que se atenuará à medida que a população com mais de 65 anos reforçar a sua posição relativamente à população total. Estima-se que em 2050 represente aproximadamente 32% da população total (Carrilho & Gonçalves, 2004b).

É um processo comum a todos os seres vivos, que pode ser analisado sob uma perspectiva biológica, psicológica e social, estando os idosos mais vulneráveis a fatores externos que poderão determinar alterações mentais e de comportamentos e mais suscetível a situações de pobreza. Esta classe etária vê-se assim com necessidades acrescidas, proporcionando, consequentemente, um acréscimo no consumo de serviços de saúde e aumentando os gastos nesta área. Um relatório do Grupo de trabalho do Envelhecimento (GTE), de 2009, dá conta de um cenário demográfico com um aumento de 5,7% da população total entre 2008 e 2060, com um aumento da esperança média de vida acompanhado de um aumento do rácio de dependência na velhice, de 26%, em 2008, para 55%, em 2060. Projeta também um aumento de 1,9 p.p. do PIB, entre 2007 e 2060, para as despesas com cuidados de saúde (Banco de Portugal, 2009).

Com o aumento da idade aumenta, por norma, a prevalência de doenças crónicas e degenerativas, não sendo raros os casos em que um idoso apresenta vários problemas de saúde em simultâneo, promovendo o uso de vários medicamentos ao mesmo tempo. Há estudos que comprovam que os problemas crónicos de saúde dos idosos fazem deles grandes consumidores de medicação, e que efetivamente existe uma associação positiva entre o avanço da idade e o uso de medicamentos (Fanhani, Takemura, Cuman, Seixas, & Andrade, 2007).

De há uns anos a esta parte que os encargos com medicamentos pagos pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) não param de aumentar. Em 2008 o valor a pagar subiu 5,7%, por comparação com o ano anterior, em 2009 esse aumento rondou os 8,4% e em 2010 os 5,6%, representando um acréscimo de despesa de quase 84 milhões de euros. Neste último caso, a despesa ultrapassou em 1% a meta estabelecida no Plano de Estabilidade e Crescimento (PEC), levando o Governo a adotar, em Outubro de 2010, um pacote de medidas legislativas de emergência para fazer face a este crescimento exponencial da despesa com medicamentos, de

entre as que se contam a redução de algumas participações (Centro de Estudos de Avaliação em Saúde [CEFAR], 2011).

É dentro deste quadro de necessidades que se situa o nosso objeto de estudo. Ou seja, entendendo o envelhecimento como um problema social cada vez mais evidente, com implicações importantes na qualidade de vida das pessoas, e assumindo que os idosos têm associado ao aumento da longevidade um acréscimo de doenças crónicas com consequências ao nível do consumo de medicamentos e do recursos aos serviços de saúde, propomo-nos analisar esta problemática com o objetivo de contribuir para uma compreensão mais sustentada do fenómeno do envelhecimento das populações na sua relação com o consumo de medicamentos e, dessa forma, poderem ser ajustadas políticas de gestão da saúde e do medicamento, nomeadamente ao nível das farmácias comunitárias do concelho de Macedo de Cavaleiros que lidam diariamente com estes cidadãos.

Conhecer os fatores que influenciam o consumo de medicamentos é de grande importância para a gestão, na medida em que ajudará a delinear políticas de contenção de custos mas também de assistência à saúde (Arrais et al., 2005)

Ao longo deste trabalho propomo-nos analisar a temática do envelhecimento da população em Portugal e suas consequências a nível individual, social e económico, dando especial atenção ao concelho de Macedo de Cavaleiros, onde se centra o estudo. Neste sentido, esta investigação compreende, para além desta introdução e das necessárias conclusões, um enquadramento teórico e uma componente metodológica.

O enquadramento teórico inicia com o estudo do envelhecimento da população na sua vertente etária, com particular incidência no distrito de Bragança, procurando analisar a relação existente entre as variáveis em epígrafe, com base em informação fornecida através de um inquérito à população do concelho de Macedo de Cavaleiros com mais de 65 anos. Para tanto, reuniu-se uma amostra de 290 indivíduos, pertencentes a diferentes freguesias do concelho, e que cujos dados submetemos a diversos testes, assumindo como pressuposto que o aumento da idade propicia também um aumento do consumo de medicamentos. Prossequimos com a caracterização das infraestruturas de saúde em Portugal onde, para além da análise à evolução do sistema de saúde em Portugal e seus determinantes, apresentaremos uma sistematização da oferta geral de serviços da saúde em Portugal e no concelho em análise, em particular. Na continuação, apresentamos um terceiro ponto, dedicado à governação do sistema de saúde português, versando questões como o direito à proteção da saúde e a teoria de agência no setor da saúde, já que os conflitos de agência estão muitas vezes presentes neste contexto. Concluimos esta componente teórica, como não poderia deixar de ser, fazendo referência às políticas de saúde e do medicamento em Portugal, até porque é nossa pretensão que este estudo seja uma mais-valia para a implementação de medidas de gestão no âmbito deste tema, pelo que o capítulo IV dá-lhes especial atenção.

A segunda parte, que designámos de componente metodológica, é inteiramente dedicada ao estudo empírico onde, para além da caracterização da amostra e da apresentação dos

pressupostos e limitações do estudo, discutimos os métodos utilizados para o tratamento e análise dos dados e a consequente apresentação e discussão dos resultados obtidos.

PARTE I – Enquadramento teórico

1.1. Envelhecimento da população

1.1.1. Evolução demográfica na vertente etária

O envelhecimento é um problema social cada vez mais evidente, com implicações importantes na qualidade de vida das pessoas (Martins, 2007) e que pode ser analisado sob a perspetiva do aumento da esperança média de vida ou sob o aumento da proporção de pessoas idosas na população, sendo este último considerado o envelhecimento demográfico, que se consegue em detrimento da população jovem (0-14 anos) e/ou em idade ativa (INE, 2002).

A saúde das populações tem sofrido melhorias nos últimos 50 anos, com um aumento médio da esperança de vida de cerca de 11 anos, situando-se perto dos 80 anos em 2009. Este crescimento é comum aos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), com melhorias significativas na Turquia, México e Chile. Também o Japão acompanhou a tendência, ocupando, neste momento, o lugar cimeiro, com uma esperança de vida de 83 anos (OCDE, 2011).

De acordo com Lutz, Sanderson, & Scherbov (2008) o aumento da esperança de vida está aliado à diminuição da fertilidade, o que terá um papel fundamental no envelhecimento da população mundial ao longo do século, prevendo um crescimento da “idade mediana de 26,6 anos, em 2000, para 37,3 anos, em 2050”, atingindo cerca de 45 anos em 2100.

Também em Portugal se torna inevitável afirmar que, a par daquela que vem sendo a tendência mundial, se tem evidenciado um progressivo envelhecimento da população, consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade (Carrilho, 2004a). Segundo o autor, o século XXI é já considerado o século do envelhecimento, visto ser um dos acontecimentos mais marcantes na sociedade e com várias implicações. Esta tendência pode ser melhor percebida se analisarmos a Figura 1, que mostra claramente o aumento do índice de envelhecimento em Portugal.

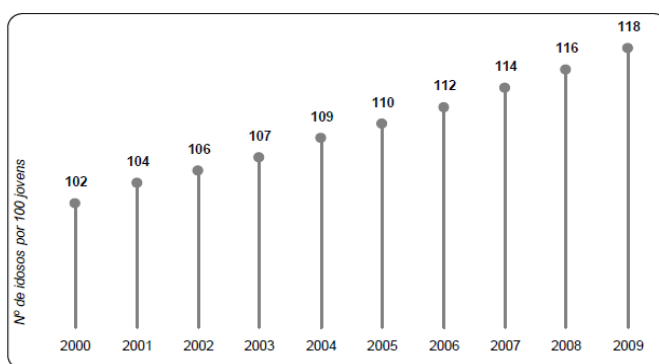


Figura 1. Índice de envelhecimento da população residente em Portugal, de 2000 a 2009. Fonte: INE, 2009

Tomando por base o estudo de Carrilho & Gonçalves (2004a) verifica-se que, entre 1960 e 2005, houve um aumento médio da população total de 0,4% ao ano, mas que no mesmo período a

taxa de crescimento anual da população idosa foi de 2,1%, contrastando de modo significativo com a diminuição de 1% ao ano da população jovem. Os números mostram aquela que será a tendência de evolução da percentagem dos idosos no futuro. A análise da Figura 2 mostra claramente essa tendência, ou seja, o aumento da longevidade da população ou o envelhecimento dos próprios idosos no período 2005-2050, onde se pode observar que apenas a população acima dos 65 anos mantém a tendência de crescimento, com 1,1% ao ano para os maiores de 65 anos e 2,2% ao ano para os idosos com 85 ou mais anos, representativo de um crescimento de aproximadamente 1,1 milhão de indivíduos.

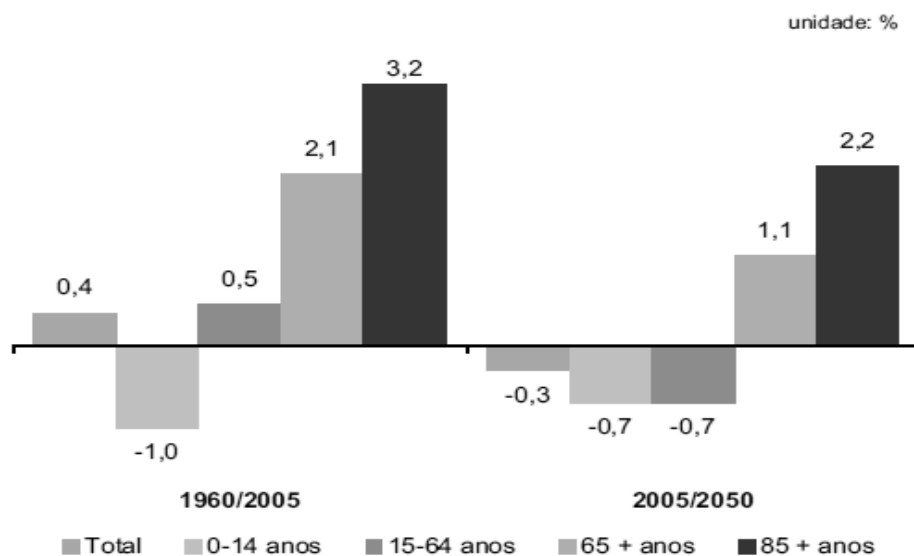


Figura 2. Taxa média anual de crescimento da população por grandes grupos etários, Portugal 1960/ 2005 e 2005/2050. Fonte: Carrilho e Gonçalves, 2004a

As diferenças entre os sexos são também claras, apresentando as mulheres um envelhecimento mais notório. Considerando as projeções demográficas estudadas, as mulheres podem esperar viver em média até aos 84,7 anos enquanto os homens apenas até aos 79 anos. Devido a uma maior proporção de mulheres no grupo etário das pessoas idosas, a idade média destas ultrapassa a dos homens em cerca de três anos (Carrilho & Gonçalves, 2004a).

No que respeita ao índice de longevidade – relação entre a população de 75 e mais anos e a população de 65 e mais anos – verifica-se um aumento de 33 para 44 indivíduos em 2005, esperando-se para 2050 um número de 54 pessoas. Relativamente ao índice de dependência de idosos – quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos) – é, também, de registar uma tendência positiva que se espera venha a manter-se nos próximos anos (Carrilho & Gonçalves, 2004a). No mesmo sentido se apresentam os resultados dos Censos 2001, indicando que 32,5% das famílias portuguesas acolhiam, pelo menos, um idoso, indicador de um aumento de cerca de 23%, entre 1991 e 2001, e que as famílias constituídas apenas por idosos também haviam aumentado em cerca de 36%, no mesmo período (INE, 2002).

O fenómeno do envelhecimento é transversal a todo o país, se bem que se nota alguma heterogeneidade geográfica que tenderá a esbater-se à medida que a população com mais de 65 anos reforçar a sua posição relativamente à população total, estimando-se que em 2050 represente aproximadamente 32% da população total (Carrilho & Gonçalves, 2004b). O Quadro 1 mostra claramente que apenas a população idosa continuará a aumentar na maioria das regiões do país, a par da baixa de natalidade que será um fenómeno em todas as sub-regiões (Carrilho & Gonçalves, 2004a). Os autores ressaltam ainda que em 2050 todas as sub-regiões apresentarão mais de dois idosos por cada jovem, registando a população idosa um aumento contínuo em todo o país, ainda que mais pronunciado no Norte e nas regiões autónomas, regiões menos envelhecidas, e que só há relativamente pouco tempo deixaram de assegurar a substituição das gerações.

Quadro 1. *Taxa média anual do crescimento da população por grandes grupos etários de, 2001 a 2050. Adaptado de: Carrilho e Gonçalves (2004a) em 18 de Dezembro de 2011.*

Região	Total	0-14 anos	15-24 anos	25-64 anos	65 + anos
Portugal	-0.33	-0.74	-0.74	-0.83	1.14
Norte	-0.38	-0.91	-0.98	-0.95	1.48
Centro	-0.58	-1.01	-1.05	-1.11	0.73
Lisboa e Vale do Tejo	-0.20	-0.46	-0.33	-0.66	1.02
Alentejo	-1.04	-1.59	-1.66	-1.63	0.23
Algarve	0.26	-0.03	-0.01	-0.17	1.51
R. A. Açores	-0.02	-0.84	-1.05	-0.31	2.01
R. A. Madeira	-0.20	-0.84	-1.10	-0.64	1.77

1.1.2. Distribuição da população por escalões etários no distrito de Bragança

De acordo com Carrilho & Gonçalves (2004a) estima-se que em 2050 o Índice de Envelhecimento cresça até 243 idosos por cada cem jovens, representando a população idosa, como já referido anteriormente, cerca de 32% da população total. Este processo será transversal a todas as regiões portuguesas, apesar de existirem algumas assimetrias. No caso do Alto Trás-os-Montes prevê-se que para cada cem jovens existam 251 idosos, com a região do Douro a ver este número subir aos 253. Na verdade, é possível identificar diferentes níveis de envelhecimento, sendo no interior que se observam os mais elevados, ajudando à desertificação daqueles espaços. Os surtos emigratórios, especialmente da população ativa, talvez sejam o principal fator, provocando perda de efetivos populacionais desta faixa etária com os consequentes efeitos na natalidade, pela transferência de nascimentos para outros locais (Carrilho & Gonçalves, 2004b).

Para corroborar estas conclusões estão os índices de interioridade, que se apresentam no Quadro 2. De acordo com Rodrigues (1995), o índice de interioridade pretende medir “a probabilidade estimada de cada concelho ser Litoral”, numa escala de 0 a 100, considerando-se como concelhos interiores quando os mesmos obtiveram valores deste índice inferiores a 20%.

Neste sentido, a análise do Quadro 2 permite-nos constatar que, dos doze concelhos do distrito de Bragança, apenas Mirandela e Bragança têm probabilidades menores de ser interior, do que os restantes concelhos. Neste sentido, com base em Carrilho & Gonçalves (2004a, 2004b) podemos assumir que a população abrangida por estes concelhos tem uma probabilidade acrescida de integrar níveis de envelhecimento elevados.

Quadro 2. *Índice de interioridade dos concelhos do distrito de Bragança. Fonte: Rodrigues (1995)*

Concelho	Índice de Interioridade
Bragança	3.32
Mirandela	1.03
Macedo de Cavaleiros	0.11
Vila Flor	0.09
Miranda do Douro	0.08
Torre de Moncorvo	0.08
Carrazeda de Ansiães	0.05
Alfândega da Fé	0.04
Mogadouro	0.02
Vimioso	0.01
Freixo de Espada à Cinta	0.00
Vinhais	0.00

A par deste aumento da probabilidade de envelhecimento alia-se a diminuição da taxa de crescimento na zona Norte, como se pode constatar da análise ao Quadro 3

Quadro 3. *Taxas de crescimento efetivo e natural (%), Portugal e Norte, 2000-2009. Adaptado de INE (2010), em 3 de Outubro de 2011.*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taxa de Crescimento Natural (%)										
Portugal	0.14	0.07	0.08	0.04	0.07	0.02	0.03	-0.01	0.00	-0.05
Norte	0.36	0.26	0.27	0.18	0.19	0.13	0.13	0.07	0.09	0.03
Taxa de Crescimento Efetivo (%)										
Portugal	0.60	0.71	0.75	0.64	0.52	0.38	0.28	0.17	0.09	0.10
Norte	0.62	0.65	0.66	0.54	0.42	0.29	0.18	0.02	0.01	0.00

Para desenvolver um estudo sustentado do envelhecimento demográfico nos concelhos do distrito de Bragança importa entrar em linha de conta com o índice de longevidade, o índice de dependência de idosos e o índice de envelhecimento, que se apresentam, respetivamente, nos Quadros 4,5 e 6 que se seguem

Quadro 4. *Índice de longevidade (N.º) por Local de residência; Anual. Adaptado de: INE, Estimativas Anuais da População Residente, em 14 de Setembro de 2011*

Local residência	Índice de longevidade (nº) por local de residência, anual								
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Portugal	46,8	46,4	45,7	44,9	43,9	43,1	42,6	42,3	41,9
Carrazeda Ansiães	55,7	54,9	54,4	53,4	51,3	48,9	47,7	46,7	45,8
Freixo Espada Cinta	51	50,6	49,4	48	45,6	44,1	42,8	42,7	42,3
Torre Moncorvo	56,7	55,2	53	50,6	49,1	46,8	45,5	44,7	44,1
Vila Flor	49,3	48,6	48,2	46,7	45,8	44,7	44,1	43	43
Alfandega Fé	54,7	53,5	52,5	51,7	50,7	49,8	49,9	48,8	47,1
Bragança	48,6	47,4	46,6	46,4	45,1	44,7	44,5	44,1	44,1
Macedo Cavaleiros	50,9	50	48,4	47,3	45,9	45	43,8	43,4	42,9
Miranda Douro	52,4	51,2	49,7	48,6	46,7	45,9	44,6	43,5	43,4
Mirandela	49,1	49	47,6	46,8	45,7	45,1	44,3	43,8	43,6
Mogadouro	53,5	51,9	50,5	48,7	46,7	45,4	45,1	44,3	43,6
Vimioso	53,6	52,1	49,8	48,7	47,5	46,1	44,1	43	42,5
Vinhais	56,2	54,9	53,7	52	50,4	48,5	47,6	46,7	45,6

No que respeita ao índice de longevidade é evidente a tendência de crescimento, ainda que com uma tendência mais acentuada nos concelhos analisados, onde o índice 5% registado em Portugal se viu aumentado em 8,9%. O concelho onde se verificou o maior aumento da longevidade foi Torre de Moncorvo, com uma percentagem superior a 12%.

Quadro 5. *Índice de dependência de idosos (N.º) por Local de residência; Anual. Adaptado de: INE, Estimativas Anuais da População Residente, em 3 de Outubro de 2011*

Local residência	Índice de dependência de idosos (nº) por local de residência, anual								
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Portugal	26,7	26,3	25,9	25,6	25,4	25,2	24,9	24,7	24,5
Carrazeda Ansiães	46,9	46,6	46,4	46,2	45,5	45,1	44,9	44,8	44,5
Freixo Espada Cinta	55,9	55,5	55,2	54,2	54	55	54,9	54,6	53,1
Torre Moncorvo	51,1	50,6	50,1	50,1	50,2	50,9	50	49,1	48,8
Vila Flor	38,6	37,7	37,6	37	36,8	36,2	35,8	35,8	35,7
Alfandega Fé	46	45,1	44,7	44,2	44,6	45,3	45,3	44,4	44
Bragança	31,9	31,3	30,8	30,4	30,4	30,2	29,8	29,7	29,6
Macedo Cavaleiros	38,1	37,6	37,2	36,5	36,4	36,3	36	35,2	34,5
Miranda Douro	50,4	50	49,1	48,2	48,2	47,4	46,4	44,9	43,2
Mirandela	34,3	33,5	33	32,7	32,4	32,3	31,9	31,6	31,2
Mogadouro	46,7	45,8	45,5	44,9	44,3	43,7	43,2	42,6	41,7
Vimioso	58,4	58,2	57,6	56,6	56,7	55,8	54,5	53,8	52,2
Vinhais	58,4	57,4	56,1	55,3	54,3	53,5	52	50,9	49,6

A tendência do índice de dependência de idosos – relação entre a população idosa e a população em idade ativa – é também de crescimento, com um valor a nível nacional de 2,2%, para o período de 2001 a 2009, francamente inferior ao verificado na maioria dos concelhos analisados, para o mesmo período, onde o valor médio ronda os 8,8%.

Quadro 6. Índice de envelhecimento de idosos (N.º) por Local de residência; Anual. Adaptado de: INE, Estimativas Anuais da População Residente, em 23 de Setembro de 2011

Local residência	Índice de envelhecimento (nº) por local de residência, anual								
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
Portugal	117,60	115,50	113,60	111,70	110,10	108,70	106,80	105,50	104,20
Carrazeda Ansiães	269,90	269,90	263,60	260,20	251,50	246,20	243,30	223,20	216,50
Freixo Espada Cinta	289,90	288,60	293,10	292,20	280,70	279	278,60	278,90	273,50
Torre Moncorvo	342,90	322,70	310,40	296,40	290,40	278,10	266,60	252,40	240,40
Vila Flor	234,70	226,70	220,40	212,70	203,20	194,80	191,20	186,60	183,50
Alfandega Fé	282,50	268,90	260,80	250,20	242,90	243,20	235,10	222,80	218,50
Bragança	167,60	164,30	161,80	157,90	156,20	153,50	150,50	147,90	144,70
Macedo Cavaleiros	220,30	212,00	205,50	196,30	191,30	183,50	173,60	167,50	158,70
Miranda Douro	307,00	302,90	295,40	287,90	284,30	271,90	264,60	255,80	245,30
Mirandela	189,20	181,70	176,30	170,30	164,20	158,80	151,20	142,80	136,60
Mogadouro	295,50	286,20	274,10	267,30	253,60	241,10	231,90	223,60	214,20
Vimioso	367,10	374,90	373,50	374,20	359,60	349,30	329	311,70	293,90
Vinhais	413,90	398,50	387,50	379	366,60	347	328,90	308,60	293,60

Já para o índice de envelhecimento, que representa o quociente entre o número de idosos e de jovens (população com menos de 15 anos) por cada mil indivíduos, a tendência é igualmente de crescimento, com uma variação, para o período em observação, de 104,2 para 117,6 a nível nacional, ainda que a média nacional apresenta valores mais baixos que a verificada nos concelhos em estudo, de 63,43.

O concelho de Macedo de Cavaleiros, representativo da nossa população, criado em 1853 e formado por 38 freguesias que se estendem por uma área de 699,3 Km situada no nordeste transmontano, tem ao seu redor os concelhos de Alfandega da Fé, Bragança, Mirandela, Vimioso, Vila Flor, Mogadouro e Vinhais.

A população de Macedo de Cavaleiros tem vindo a diminuir, registando-se um decréscimo de 2001 até 2010, ainda que com maior representatividade do sexo feminino. A população residente no concelho era, no ano de 2011, de 15844 indivíduos, conforme Quadro 7 que a seguir se apresenta.

Quadro 7. População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário ; Anual. Adaptado de: INE, Estimativas Anuais da População Residente, em 20 de Junho de 2011

Sexo	Grupo etário	População residente em Macedo de Cavaleiros, por sexo e grupo etário, anual									
		2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
HM	Total	16455	16624	16766	16897	17071	17117	17210	17254	17260	17259
H	Total	7736	7852	7927	8009	8100	8168	8232	8270	8295	8318
M	total	8719	8772	8839	8888	8917	8949	8978	8984	8965	8941

A diminuição da população residente, entre 2001 e 2009, acompanhada de uma diminuição do número de idosos na faixa etária dos 65 aos 69 anos, é bem visível na análise ao Quadro 8. No entanto, a partir dos 70 anos, há um acréscimo do número de idosos para todos os

grupos, mostrando que estamos perante uma região em que há claramente um aumento da população idosa e muito idosa.

Quadro 8. *População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário. Adaptado de: INE, Estimativas Anuais da População Residente, em 15 de Junho de 2011*

Sexo	Grupo etário	População residente em Macedo de Cavaleiros, por sexo e grupo etário, anual									
		2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
HM	65-69 anos	944	947	949	995	1025	1101	1163	1184	1185	1165
	70-74 anos	1001	1055	1081	1094	1088	1067	1039	1041	1015	1010
	75-79 anos	930	910	906	876	868	870	881	825	803	801
	80-84 anos	676	673	643	625	604	585	569	566	548	503
	85 e mais anos	527	491	479	458	422	384	350	344	342	325

No ano de 2010, a maioria de idosos residentes no concelho de Macedo de Cavaleiros era do sexo feminino, como se pode comprovar através do Quadro 9, sendo que a faixa etária com maior número de idosos é a de 75 a 79 anos no caso das mulheres, e a de 70 a 74 anos, no caso dos homens.

Quadro 9. *População residente (N.º) em Macedo de Cavaleiros, por sexo e grupo etário. Adaptado de: INE, Estimativas Anuais da População Residente, em 20 de Junho de 2011*

Sexo	Grupo etário	População residente em Macedo de Cavaleiros, 2010
	Total	7736
	65-69 anos	398
	70-74 anos	445
Homens	75-79 anos	372
	80-84 anos	257
	85 e mais anos	168
	Total	8710
	65-69 anos	546
	70-74 anos	556
Mulheres	75-79 anos	558
	80-84 anos	419
	85 e mais anos	361

O tecido empresarial é formado, maioritariamente, por empresas de pequena dimensão, ou seja, por pequenas e micro entidades e que, na sua totalidade, não representam mais do que 0,12% do total de empresas existentes a nível nacional, conforme Quadro 10. Este facto, em nada concorre para aumentar a capacidade de atratividade do concelho para fixar populações mais jovens.

Quadro 10. *Empresas (N.º) por Localização geográfica e Escalão de pessoal ao serviço em 2009; Anual. Adaptado de: INE, em 28 de Setembro de 2011*

Localização geográfica	Nº de empresas e escalão de pessoal ao serviço, 2009				
	Total	Escalão de pessoal ao serviço			
		Menos de 10	10-49 Pessoas	50-249 Pessoas	250 e mais Pessoas
Portugal	1060906	1014103	40135	5780	888
Macedo de Cavaleiros	1372	1344	28	0	0

Para além disso, a ruralidade é a marca predominante da região, onde, tomando como base os dados dos Censos 2001, 20.5% dos ativos se encontram empregados na agricultura.

1.1.3. Principais causas e efeitos

Para Carrilho e Gonçalves (2004b) o processo de envelhecimento demográfico surge quando há um aumento da importância das pessoas idosas no total de uma população. Devido à perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa gera-se um aumento da proporção da população idosa na população total, sendo este um processo dinâmico (Carrilho & Gonçalves, 2004a).

A diminuição da mortalidade nos países da OCDE, em todas as idades, teve um grande contributo para o aumento da esperança de vida. As mortes na infância decresceram, assim como as associadas às doenças cardiovasculares que, apesar de ainda serem a principal causa de morte nestes países, viram a taxa de mortalidade a si associada reduzida para metade, graças a melhorias nos tratamentos médicos e a um melhor controlo dos fatores de risco. Há, no entanto, que atender a que muitas doenças dos nossos dias estão relacionadas com estilos de vida, pelo que é o controlo destas condições que poderá levar a maiores ganhos em termos de redução de fatores de risco. Referimo-nos, nomeadamente, a hábitos como o tabaco, o consumo de álcool ou a alimentação desequilibrada que poderá levar a obesidade (OCDE, 2011).

A diminuição da natalidade é, também, um importante fator a ser considerado pelas alterações significativas que provoca na base de sustentação da pirâmide populacional, que com o tempo apresentará cada vez mais a diminuição de efetivos populacionais. Desta forma, é importante repensar as medidas de incentivo e apoio à natalidade, mas também equacionar as alterações sociais e de âmbito pessoal, que cada vez mais interferem com esta situação, nomeadamente a decisão de ter ou não filhos. Juntamente com este facto há a considerar a diminuição da proporção de jovens em 7%, no período entre 1960 e 2000, prevendo-se que este número continue a aumentar até 2050, onde atingirá os 21% do total da população. Aliado a este decréscimo está um aumento de 140% da população idosa, que cresce a um ritmo quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002).

Também o número de nados-vivos tem diminuído, como se pode verificar pela análise do Quadro 11, tendo a área predominantemente urbana registado o maior decréscimo.

Quadro 11. *Nados-vivos por local de residência da mãe, Anual. Adaptado de: INE, indicadores demográficos, em 13 de Fevereiro de 2012*

Local residência da mãe (área)	Nados-vivos (nº) por ano				
	Período de referência dos dados				
	2010	2009	2008	2007	2001
Predominantemente urbana	76717	75082	78268	76204	81712
Mediamente urbana	15498	15189	16392	16344	19128
Predominantemente rural	9166	9219	9932	9942	11928

A par desta situação está também a diminuição da mortalidade, que contribui de forma inequívoca para o envelhecimento demográfico (Carrilho & Gonçalves, 2004a) ou o índice de renovação da população em idade ativa, que mede a sua capacidade de substituição, que de acordo com Carrilho & Gonçalves (2004b) se prevê que venha a diminuir entre 2010 e 2015, mantendo a tendência até 2050.

O Quadro 12, elaborado de acordo com os censos, procura espelhar a realidade do país a partir dos principais indicadores de envelhecimento e sua evolução no tempo.

Quadro 12. *Indicadores de envelhecimentos de acordo com os Censos. Adaptado de: www.pordata.pt, em 1 de Fevereiro de 2012*

Anos	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência de jovens	Índice de dependência de idosos	Índice de longevidade
1981	44,9	58,6	40,5	18,2	34,2
2001	102,2	47,8	23,6	24,2	41,4
2011⁽¹⁾	128,6 (pro)	51,6 (pro)	22,6 (pro)	29,0 (pro)	-

(1) Valores provisórios.

São ainda de considerar os fluxos migratórios internos e externos, cujos efeitos a nível da estrutura populacional não devem ser ignorados. Segundo Magalhães & Peixoto (2008), em breve grande parte do crescimento português ficará a dever-se a populações estrangeiras e, num cenário de grande migração, haverá um declínio da população total mais tardio, acompanhado de um aumento da proporção de jovens. As dinâmicas migratórias não irão parar o envelhecimento populacional, apenas contribuindo para a desaceleração da sua intensidade. Porém, Figueiredo (2005) que estudou os impactos demográficos decorrentes destes fluxos, quer para os países de origem quer para os de acolhimento, vem realçar a ideia de que a população migrante representa uma pequena proporção do total de indivíduos do país. Esta imigração será também responsável pelo rejuvenescimento da população no país de acolhimento, acompanhado, como é de prever, de alterações na sua estrutura demográfica. Acrescenta, ainda, que para além destas camadas ajudarem a substituir, no interior do país, as populações que se deslocaram para o litoral, contribuem para atenuar o envelhecimento populacional. É certo que esta ajuda não inverte o processo de envelhecimento em Portugal, mas provoca impacto em áreas como o mercado de trabalho, através do aumento de recursos humanos; a educação, com mais jovens a estudar; e até a segurança social, ao provocar um maior equilíbrio entre os ativos e os beneficiários. No mesmo

sentido se apresentam os resultados do INE (2010), que apontam para uma população imigrante existente em Portugal de 27.575 indivíduos, representativa de 0,26% da população do país, contra uma população emigrante de 0,22%.

A tendência de crescimento da população idosa e da sua longevidade pode também ser observada no Quadro 13, que evidencia a população média residente em Portugal, no período de 2001 a 2009, e onde é notório o crescimento da população idosa na população e o aumento do número de idosos com 85 ou mais anos. É também explícita a diminuição da população entre os 65 e os 69 anos. Apesar de não se dispor, no momento, de dados definitivos para os Censos 2011, podemos avançar que, segundo dados provisórios do INE, a população idosa em Portugal nesta altura será de 849.188 homens e 1.173.316 mulheres (INE, 2011).

Quadro 13. *População média anual residente (N.º) por Sexo e Grupo etário; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente. Adaptado de: INE, em 12 de Dezembro de 2011*

Sexo	Grupo etário (anos)	População média anual residente (nº) por sexo e grupo etário, anual								
		2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001
	Total	10632481,5	10622412,5	10608335	10584343,5	10549423,5	10501970	10441075	10368402,5	10292999
HM	65-69	515655,5	513555	515058	521789,5	531563,5	535596	534481	534540,5	534160
	70-74	492363	491271	491118	490476	485920	478956,5	471754	462399,5	453093,5
	75-79	411286	403247,5	393397	383244,5	374922,5	368741,5	363428	357187,5	349416,5
	80-84	277237	271368	262255,5	256536,5	248764,5	239781	227393,5	215752	205229
	85 e mais	191139,5	182578,5	175195,5	167312	159149	152892,5	151412,5	152177	151030

Para Santana (2000), a saúde dos portugueses sofreu alterações consideráveis nos últimos anos, o que se pode verificar através da diminuição da mortalidade materna, perinatal e infantil, permitindo, desde logo, o aumento da esperança de vida à nascença. Estas alterações deram-se, fundamentalmente, devido a melhorias nas condições de saúde, mas não podemos esquecer que fatores como a melhoria das condições sanitárias, habitacionais e sociais tiveram também um importante contributo.

O ser humano sempre quis viver mais anos, mas é necessário unir esforços para que esses anos extra sejam vividos com qualidade (Matias, 2008). O aumento e a melhoria dos recursos em saúde permitem a manutenção de um padrão de saúde mais elevado e um aumento da esperança média de vida, fatores que, por um lado, ajudarão ao aumento do envelhecimento da população e, por outro, representarão um auxílio na manutenção da qualidade de vida desses indivíduos (Martins, 2007). O impacto que o envelhecimento tem no organismo resulta de uma interação entre o envelhecimento celular e os fatores externos, tais como a alimentação, infeções ou traumas (Maguire & Slater, 2010).

Para analisarmos a questão da longevidade precisamos de atender a alguns dos fatores que estão na sua origem, nomeadamente aos avanços verificados a nível da tecnologia da saúde, que, em primeira instância, ajudaram a reduzir a taxa de mortalidade (Patricio, Ribeiro, Hoshino, & Bocchi, 2008). Aliada a esta questão está o uso de medicação, que pode ser um fator importante para que as pessoas vivam mais tempo, com mais saúde e maior produtividade (Center for

Technology and ageing [CTA], 2009). Os medicamentos têm um papel relevante no aumento da esperança média de vida e por isso “podem ser considerados como um fator de bem-estar económico e social” (APIFARMA, 2011). Neste particular, a OCDE (2011) realça, ainda, que o aumento da esperança de vida está relacionado com as melhorias verificadas a nível médico, com o acesso aos cuidados de saúde, com estilos de vida mais saudáveis e com melhorias gerais nas condições de vida, tanto antes como depois dos 65 anos.

Há outros fatores em estudo e que merecem ser referidos, como o património genético e o hereditário, ainda que os resultados não se apresentem suficientemente conclusivos. No que respeita ao património genético os resultados até agora disponibilizados vêm demonstrando que aproximadamente 25% do tempo de vida de um indivíduo é decidido pelo seu património genético, enquanto outros estudos feitos com centenários comprovam que os seus filhos têm menor risco de sofrerem de doenças frequentemente associadas à idade, tais como diabetes, enfarte e hipertensão, e que quando estas doenças se manifestam é já em idade mais avançada. Quanto aos contributos da atividade mental e física, há trabalhos com centenários italianos que evidenciam que os idosos com a mente exercitada tendem a viver mais tempo e que a atividade física se mostra igualmente valiosa, ao contribuir para a diminuição do risco de aparecimento de algumas doenças. A comunidade científica assume como demonstrado o facto de que pessoas com hábitos saudáveis, como a prática de exercício físico e a moderação no consumo de álcool, apresentam um risco diminuído de envelhecimento precoce e de aparecimento precoce de algumas doenças (Patricio et al., 2008). Também Schuitt (2006) é de opinião que o exercício físico e a alimentação são questões fundamentais a considerar quando falamos de idosos, visto que ambos os fatores são capazes de modificar o risco associado a muitas doenças crónicas. É por este motivo que a adoção de um estilo de vida saudável e de uma dieta adequada são um bom meio de prevenção das limitações a que os idosos estão sujeitos. Há estudos na Europa que demonstram que a atividade física diminui com o aumento da idade, onde cerca de 55% dos idosos afirmam não fazer sequer uma atividade moderada. Neste particular, é importante referir que a diminuição de exercício, a par de uma alimentação não equilibrada, concorre para a subnutrição ou para o ganho de peso, com os consequentes efeitos ao nível da obesidade e do aumento do risco de doenças, nomeadamente diabetes ou problemas cardiovasculares.

Há, no entanto, que atender que o agravamento do envelhecimento pressupõe um acréscimo no consumo de serviços saúde, aumentando, inexoravelmente, os gastos nesta área (Arrais, Brito, Barreto, & Coelho, 2005). Deve considerar-se ainda, segundo Matias (2008), que a maior parte da população idosa utiliza o SNS, sendo bastante baixa a percentagem de idosos que apresenta um seguro de saúde. É imperativo olhar para o facto de que o envelhecimento aumenta forçosamente a necessidade de recorrer a questões ligadas à saúde já que nas pessoas idosas há predominância de doenças crónicas, tendo um impacto significativo sobre os serviços de saúde e seu custo, até porque a utilização dos serviços por parte dos idosos não é proporcional à sua participação na comunidade (Wolf, Starfield, & Anderson, 2002). Como consequência do avançar da idade, o idoso está mais propenso a doenças do que o jovem, normalmente inevitáveis, pois advêm do processo de envelhecimento. Contudo, algumas delas resultam também dos estilos de

vida adaptados por cada um dos indivíduos. Patologias como as neoplasias, doenças cardiovasculares, demências e doenças do cérebro, perda de audição e visão, bem como os problemas osteoarticulares e a diabetes são as principais causas de morbidade e até de mortalidade do idoso (Henriques, 2006). Em Portugal, por exemplo, as principais causas de morte nos idosos, nos finais do século XX, para a faixa etária dos 65 aos 74 anos, eram a doença cerebrovascular aguda, o enfarte agudo do miocárdio, neoplasias do aparelho respiratório, Diabetes Mellitus, neoplasia do estômago, insuficiência cardíaca, neoplasia do colon, doença crónica do fígado e cirrose, enquanto para o grupo etário de 75 e mais anos, as principais causas de morte se ficam a dever a doenças cerebrovasculares agudas, à senilidade, sem psicose, a insuficiência cardíaca, ao enfarte agudo do miocárdio, pneumonia, à aterosclerose, entre outros (Observatório nacional de saúde [ONSA], 2003). Estes dados são corroborados pela Direção Geral de Saúde (DGS) (2005), ao referir que são evidentes, na população portuguesa, a propensão para os factores de risco como tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial e colesterol elevado.

Há estudos que comprovam que os problemas crónicos de saúde em idosos fazem deles grandes consumidores de medicamentos e que existe efetivamente uma associação positiva entre o avançar da idade e o uso de medicamentos (Fanhani et al., 2007). Neste sentido, é possível identificar uma relação de proporcionalidade entre o aumento da idade e a maior prevalência de doenças crónicas e degenerativas, sendo frequente que um idoso apresente vários problemas de saúde ao mesmo tempo, o que promove o uso de vários medicamentos em simultâneo.

O medicamento passou a simbolizar saúde e a ser visto como o caminho mais rápido para a transição de uma situação de doença para uma de saúde (Lèvefre, 1983). Porém, e apesar de não existirem muitos estudos epidemiológicos sobre a população idosa, vários autores são unânimes em afirmar que um dos problemas mais comuns se prende com o uso inapropriado de medicamentos, que gera consequências, tanto no que respeita à saúde como a nível económico (Fanhani et al., 2007). Neste particular, Silva, Luís, & Biscaia (2004), referem que a maior frequência de efeitos adversos de medicamentos em idosos são, em grande parte, explicados pela sua própria fisiologia. O aumento do consumo de medicamentos em idosos envolve mais riscos, já que o envelhecimento produz alterações fisiológicas no organismo, que terão impacto na farmacocinética (absorção, distribuição e eliminação) e na farmacodinâmica (receptores e processos hemostáticos) dos fármacos (Rozenfeld, 2003). Por outro lado, Henriques (2006) refere que a existência de várias doenças crónicas promove o recurso a mais do que um médico, ou seja, à existência de multiprescritores, e ao recurso a mais do que uma farmácia para obter aconselhamento, o que faz com que os idosos consumam mais medicamentos do que os jovens, quer prescritos, quer não prescritos. As doenças inerentes à idade e o uso de vários medicamentos são fatores que obrigam muitas vezes ao internamento dos idosos, sendo o uso regular de vários medicamentos o responsável por cerca de 10 a 20% dos internamentos hospitalares. Nos E.U.A, por exemplo, registou-se um crescimento do número de internamentos em indivíduos com mais de 65 anos duas vezes superior ao registado para a faixa etária dos 55 aos 64 anos, tendência que tende a sair reforçada com o avançar da idade (Fanhani et al., 2007).

A polimedicação, entendida por uns como o consumo de vários medicamentos ao mesmo tempo (Cameron, 2001) e por outros como o excesso de medicamentos ou o consumo de medicamentos não necessários (Frazier, 2005), pode ter como consequência o aparecimento de interações e reacções adversas ou a não adesão ao regime terapêutico correto.

Esta tendência de crescimento do consumo de medicamentos é influenciada, em grande parte, pelo aumento da esperança de vida e contribui, por essa via, para o aumento da longevidade e para o crescimento da fatura com os gastos no sector da saúde. Neste sentido, conhecer os fatores que influenciam o consumo de medicamentos é de grande importância para a gestão, na medida em que ajudará a delinear políticas de contenção de custos mas também de assistência à saúde (Arrais et al., 2005)

1.1.4. O consumo de medicamentos e as suas principais consequências: Fontes empíricas

O aumento da idade acarreta, por princípio, uma maior incidência de doenças crónicas e degenerativas, pelo que tende a associar-se aos problemas crónicos na velhice maiores consumos de medicamentos. Por todo o mundo desenvolvido o consumo de medicamentos e de outros produtos farmacêuticos não pára de aumentar nos últimos anos. Na verdade, e tal como já tivemos oportunidade de referir, há estudos que demonstram que os problemas crónicos de saúde em idosos fazem deste grupo etário grande consumidor de medicamentos e que existe efetivamente uma associação positiva entre o avançar da idade e o uso de medicamentos (Fanhani et al., 2007).

Neste sentido, o consumo de medicamentos e a consequência dos seus efeitos na saúde e no peso que representa na economia tem tido amplamente estudada. No mundo, em vários países desenvolvidos têm sido realizados estudos com o objetivo de analisar a política de consumo de medicamentos e as doenças que ocorrem com maior frequência na população e que representam a maior “fatia” das despesas com medicação.

No Canadá, por exemplo, o consumo de medicamentos na terceira idade foi analisado à escala do país, por Pamela Morin, investigadora para a Saúde do Statistique Canada, tendo concluído que as mulheres eram mais suscetíveis que os homens ao consumo de medicamentos, sendo que a faixa etária entre os 75 e os 84 anos apresentou maior tendência para o consumo de medicamentos do que a compreendida entre os 65 e os 74 anos. O estudo tentou correlacionar o consumo de medicamentos com a escolaridade, mas os resultados não foram conclusivos. Da análise efetuada sobressaem como resultados mais expressivos que, de entre os idosos inquiridos, pelo menos 53% admitirem consumir vários medicamentos por dia, que, em geral, quem avaliava o seu estado de saúde como *Mau* era mais suscetível de ter tomado cinco ou mais medicamentos diferentes nos últimos dois dias do que aqueles que estavam de melhor saúde, e que os medicamentos mais tomados se destinavam ao sistema nervoso, seguidos dos fármacos

para o aparelho digestivo e o metabolismo e dos medicamentos para o sistema cardiovascular (Morin, 2009)

Um outro estudo, realizado em Cuba no período 1999-2000, aplicado a uma pequena amostra de 132 idosos, concluiu que 81% destes consumia algum fármaco e os principais motivos porque o faziam residia nos problemas cardiovasculares e nas dores das articulações. Como famílias de fármacos mais utilizadas aparecem os analgésicos, os anti-inflamatórios e os antipiréticos. De realçar que esta medicação foi, para 40% dos casos, prescrita por médicos de família, em 41% aconselhada por outros especialistas, e para os restantes 19% automedicação. O estudo evidencia, também, que a partir dos 80 anos aumenta significativamente o consumo de fármacos, o que se pode explicar com o crescimento das doenças crónicas, e que a medicação mais consumida se destina à hipertensão arterial, com vários inquiridos a indicar o consumo de mais do que um fármaco para controlar a pressão arterial, seguida das dores articulares e só depois a diabetes e a asma/bronquite (Peña, Garcia, & Groning, 2003).

A realidade europeia não é muito diferente. Em 2006, estimava-se que cada francês gastava, por ano e em média, a quantia de 504€ na farmácia, um aumento que é justificado com a evolução no combate às doenças, nomeadamente o surgimento de inovações terapêuticas, associado ao aumento da esperança média de vida e ao envelhecimento populacional. No ano de 2007 registou-se um crescimento do consumo com medicação neste país, fortemente justificado pela necessidade de proteger o sistema cardiovascular, seguido do sistema nervoso central, e em terceiro lugar o aparelho digestivo, estomatologia e metabolismo (Glaxo Smith Kline, 2011).

Sebbag, Castex, & Durrieu (2005) justificam, na sua abordagem ao envelhecimento da população francesa e o consumo de medicamentos, que os médicos têm grande responsabilidade no aumento exponencial do consumo de medicamentos. Para os autores, o aumento do número de idosos levou a uma mudança da “clientela” dos médicos, que não souberam adaptar a sua prática terapêutica à evolução demográfica francesa.

De acordo com alguns estudos desenvolvidos pelo CTA (2009), estima-se que cerca de 90% dos idosos consomem, semanalmente, um ou mais medicamentos, sendo que aproximadamente 40% deles se situa num intervalo de cinco ou mais e 12% num de dez ou mais medicamentos ingeridos por semana. Este uso frequente de medicação pode, no entanto, trazer consequências indesejáveis, já que os efeitos adversos que podem daí advir são um fator importante de mortalidade e morbidade, estimando-se que anualmente se registem mais de dois milhões de reações adversas graves no mundo, e cerca de 100.000 mortes devido a problemas com medicamentos. Para além disso, se compararmos doentes crónicos que tomam corretamente a medicação, com outros que não o fazem, verificamos que o risco de hospitalização é duas vezes superior para estes últimos (CTA, 2009).

Ainda que os estudos epidemiológicos nesta área não sejam muitos é de toda a utilidade investir nessa matéria, seja porque que estes indivíduos estão sujeitos a mais riscos seja porque é bastante relevante o planeamento da assistência farmacêutica em termos de avaliação sócio-económica. Para além disso, estes estudos revestem-se de importância quando pensamos na sua utilidade para ações de farmacovigilância, já que permitem a identificação de situações de risco e

de efeitos adversos à saúde decorrentes do uso incorreto dos medicamentos (Filho, 2006). Um dos estudos realizados em Portugal neste âmbito, da autoria de Silva et al. (2004), foi realizado com o objetivo de estudar a prevalência da polimedicação e do consumo de produtos naturais em adultos e em idosos, utentes dos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz, tendo concluído pela existência efetiva de uma prevalência elevada de polimedicação, principalmente em idosos e em mulheres.

O aumento da idade pode ainda ser um potenciador da procura hospitalar, o que se nota pela análise das taxas de saída destes estabelecimentos. Na Áustria e na Alemanha, por exemplo, cerca de 40% dos internamentos dizem respeito a pessoas com mais de 65 anos em 2010 (OCDE, 2011).

Para além disto, é preciso não esquecer que existem as consequências importantes do envelhecimento que se geram a nível social e económico, já que, como referido anteriormente, os idosos são um dos grupos populacionais que consome mais recursos. Porém, à medida que a idade avança diminui em proporção a sua capacidade de produzir riqueza. Desta feita, os indivíduos mais velhos tornam-se dependentes de reformas, atribuídas pelo Estado, e financiadas através de impostos transferidos das gerações mais novas para as mais velhas. O que acontece é que o aumento do envelhecimento, potenciado pelos fatores que acabamos de elencar, produz uma redução da possibilidade do Estado conseguir transferências de dinheiro para as próximas gerações e, dessa forma, a dificultar, quando não mesmo a comprometer, a manutenção dos sistemas de segurança social. Para tanto, deve o Governo aumentar as contribuições ainda que tendo sempre presente que o aumento de impostos leva, muitas vezes, à evasão fiscal e à maior dificuldade de executar poupanças, gerando, conseqüentemente, menos dinheiro disponível (Reyes, 2001).

Ao provocar alterações na estrutura da população, o aumento da idade será também responsável por desequilíbrios a nível do mercado de trabalho e com conseqüências no que se refere ao consumo privado, na medida em que aliado ao avanço da idade está uma mudança de prioridades, sendo expectável uma diminuição do consumo em áreas como a educação ou o lazer, e um aumento essencialmente ao nível da procura de cuidados de saúde (Hageman, 1989).

Segundo Henriques (2006), as pessoas idosas “precisam de viver num ambiente seguro, junto da família e amigos”, uma vez que, pelas suas características, são um grupo vulnerável, “de elevado risco de isolamento e pouca saúde”. Nos dias que correm, a tendência é que se tente alcançar forma de o idoso viver a sua vida “de forma autónoma e independente, com maior qualidade de vida e esperança de vida”. Esta situação de aumento de envelhecimento provoca igualmente um acréscimo das necessidades de apoio familiar, se bem que se tem verificado um aumento do número de idosos que vivem sozinhos, e um aumento dos custos com a saúde, impondo um incremento nas necessidades de investimentos em saúde, a par de um maior racionamento destes serviços (Reyes, 2001).

Assim, e se é normal que grande parte da despesa pública relacionada com o envelhecimento diga respeito a pensões, cuidados de saúde e assistência de longa duração,

também não se poderá esquecer que urge enfrentar as consequências orçamentais desta situação, sob pena de o sistema entrar em falência.

Neste sentido, e indo ao encontro dos nossos propósitos, importa contribuir com medidas que concorram para um consumo racional de medicamentos. De entre elas, entendemos que uma das mais importantes se prende com práticas de medicina preventiva, como seja a toma de algumas vacinas com o objetivo de prevenir certas enfermidades. Podemos citar, a título de exemplo, as vacinas contra a gripe ou a pneumonia, os medicamentos de controlo da hipertensão, prevenindo a ocorrência de AVC (Acidentes Vasculares Cerebrais) ou os medicamentos que permitem controlar a diabetes (Henriques, 2006) que, muito embora requeiram cuidados específicos na sua gestão, contribuem determinadamente para a redução da incidência destes problemas. Até porque, de acordo com a World Health Organization (WHO) (2003), atuam no sentido de evitar interações, reações adversas e controlo dos efeitos secundários, por forma a aumentar a qualidade de vida e baixar a morbilidade e mortalidade dos doentes que os tomam.

Assim, e ainda que à partida ressalte a ideia de maiores consumos na fase da prevenção, acreditamos que a fatura que resultaria da cura do internamento e demais custos sociais, se apresentaria substancialmente reduzida. Realçamos, portanto, os cuidados primários de saúde.

1.2. Infraestruturas de saúde em Portugal

1.2.1. A Saúde em Portugal

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de saúde representa não apenas a ausência de doença, mas antes um estado positivo de bem-estar físico, psíquico e social. Desta forma, perspectiva o facto de a doença não afectar apenas o indivíduo isoladamente, mas sim como um membro integrado na família e na comunidade (Alves, 2002).

Representando uma percentagem considerável do PIB nos países desenvolvidos, e sendo ao mesmo tempo um instrumento crucial de coesão social, o setor da saúde é, sem dúvida, de extrema importância para qualquer país e para qualquer cidadão. Em Portugal este sector estrutura-se em torno do Sistema Nacional de Saúde, criado em 1979, de abrangência universal e associado ao processo de democratização do país e ao movimento de alargamento do sistema de protecção social (Associação Empresarial de Portugal [AEP], 2003). Nos termos do seu estatuto, datado de 1993, o SNS surge definido como “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência e tutela do Ministério da Saúde”. Pela lei nº 48/90 de 24 de Agosto, sabe-se que “ o sistema de saúde é constituído pelo serviço nacional de saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com o primeiro a prestação de todas ou algumas daquelas atividades”. É na sua sustentação que o cidadão vê garantido o acesso aos cuidados de saúde de que necessita, independentemente da sua condição social ou económica, de uma forma universal e gratuita (Amendoeira, 2009).

A eficiência e a equidade representam, na opinião de Giraldes (1988), princípios fundamentais que poderão ser de grande ajuda para a distribuição de recursos num sistema público de saúde, e que a equidade de acesso, assente na igualdade de capacidades do indivíduo (capacidade de trabalho, de gozar os tempos livres, etc.), deverá implicar igual acesso à saúde. Porém, de acordo com Santana (2000), a localização geográfica dos serviços de saúde restringe o acesso a determinados utilizadores, contribuindo desde logo para que haja diferenças nos seus padrões de utilização.

Se olharmos para a Constituição da República Portuguesa vemos que uma das incumbências do Estado diz respeito à saúde, através da garantia do acesso a todos os cidadãos, e de uma cobertura efetiva do país em recursos humanos e unidades de saúde, salientando, que todos têm direito à mesma através de um serviço universal e geral, e tendencialmente gratuito, tendo em consideração as condições económicas e sociais de quem o procura (Currálo, s/d). Apesar de na Constituição da República Portuguesa estar consagrado o direito à saúde e de forma tendencialmente gratuita, a verdade é que a despesa das famílias com a saúde atinge valores na ordem dos 6%, relativos às despesas anuais, se considerarmos taxas moderadoras, co-pagamentos, aquisição de medicamentos, seguros, entre outros. Se atendermos à crise

financeira que atravessamos, estas despesas podem significar limitação no acesso aos cuidados de saúde de parte da população (Eira, 2010).

Ainda assim, foi na década de 90, com a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto) e com o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 22/93, de 15 de Janeiro) que se verificou uma mudança significativa no panorama do sistema de saúde português (Baganha et al., 2002), já que a proteção da saúde passa a ser vista, não como uma responsabilidade exclusiva do Estado, mas aliada também à responsabilidade conjunta deste com os cidadãos, podendo os mesmos escolher a prestação de cuidados que mais lhes aprouver (Lei 48/90, 1990).

Assim, estamos perante um país onde a prestação de cuidados de saúde é assegurada por hospitais e centros de saúde, onde a rede de cuidados de saúde primários está articulada com as Administrações Regionais de Saúde (ARS), onde os idosos têm também uma atenção especial, através da criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e onde se verifica ainda uma articulação entre centros de saúde e hospitais a nível dos Sistemas Locais de Saúde, como forma de racionalizar os recursos e trabalhar a promoção da saúde (Decreto-Lei 11/93, 1993).

De acordo com a WHO (2006), uma boa saúde é fundamental para que os idosos permaneçam independentes pelo que, neste contexto, é fundamental que os cuidados de saúde primários tenham capacidade para promover um contacto contínuo e regular com estes cidadãos, no sentido de prevenir ou tratar doenças crónicas, muitas vezes incapacitantes, e permitirem-lhes ser um apoio essencial às famílias, à comunidade e à própria economia. Esta importância dos cuidados de saúde primários ressalta também no trabalho de Harris (2008), realizado na Austrália, onde é identificado o seu papel na gestão dos fatores de risco. Enfatiza, no entanto, a importância de incentivos financeiros para estas organizações, já que a estrutura e a maneira como se articulam tem grande influência na sua capacidade para gerar cuidados preventivos. Denota ainda a importância de mudar as prioridades na saúde para a prevenção. Um outro relatório, da WHO (2008), vem dar conta de importantes iniquidades entre países, ressaltando que, comparando países com o mesmo nível de desenvolvimento económico, aqueles cujo sistema de saúde tinha por base os cuidados primários, produziam, para o mesmo investimento, um nível mais alto de saúde. Desta forma, a entidade propôs medidas importantes para os cuidados primários, de onde se destacam a cobertura universal, uma gestão efetiva do sistema de saúde, uma aposta em cuidados primários centrados no doente e, ainda, um reforço das políticas de saúde centradas na comunidade.

Em Portugal, os centros de saúde, com uma história relativamente recente, na medida em que as primeiras unidades datam no início da década de 70 do século passado, são “a porta de entrada” para o SNS e representam a principal estrutura dos cuidados de saúde primários, estendendo-se por todo o território nacional. Começaram por ser locais que se dedicavam apenas à vacinação, à saúde da mulher e da criança e à saúde escolar e ambiental, entre outras atividades menos significativas, sendo, por isso, apelidados de centros de saúde de primeira geração. Dedicados, sobretudo, às questões de saúde pública, visavam apenas o acompanhamento de alguns grupos de risco. O tratamento da doença aguda e os cuidados

curativos ocupavam ainda pouco espaço nesta primeira geração de cuidados de saúde primários. Estes tipos de cuidados extra-hospitalares eram prestados nos postos clínicos das então “caixas de previdência”. A sua expansão, quer em número quer em funções, deu-se com o surgimento do SNS em 1979. Porém, nestes cerca de 40 anos, os centros de saúde viram as suas funções de tal forma alargadas que hoje surgem vulgarmente apelidados como centros de saúde de terceira geração.

A segunda geração de centros de saúde inicia-se no princípio da década seguinte, mais precisamente no ano de 1983, em resultado da criação da carreira médica de clínica geral e da integração dos centros de saúde existentes com as caixas de previdência, funcionando estes serviços em parceria com os hospitais concelhios. Desta fusão resultou também a Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP). Contudo, e ainda que tenham sido racionalizados e otimizados os recursos na prestação de cuidados de saúde, a evolução não foi notória, muito por culpa de alguns aspetos que ficaram por melhorar, de que são exemplo o acesso a consultas e a visitas domiciliárias prestadas pelos serviços médico-sociais e os procedimentos preventivos e de vigilância, que caracterizavam os anteriores centros de saúde.

Para Branco & Ramos (2001), com o surgimento dos centros de saúde de segunda geração deu-se a “afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral”, um novo modelo que “logo se mostrou desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades”. Como consequência, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral iniciou um debate sobre o modelo organizativo dos centros de saúde, que se prolongou entre 1989 e 1991, e cujas principais ideias foram compiladas num documento, denominado de *Livro Azul*, que viria a constituir-se na base para “relançar no seio do ministério da Saúde o debate sobre o futuro dos cuidados de saúde primários e dos centros de saúde no país”. Com o debate surgiram também projectos e iniciativas experimentais, baseadas na inovação organizativa, “visando explorar caminhos para reorganizar a prestação de cuidados aos cidadãos” (Branco & Ramos, 2001).

Apesar dos cuidados de saúde primários terem sido sempre encarados como a base da saúde e, muitas vezes, bandeira política de vários governos nacionais, a verdade é que, ao longo dos anos, se assiste a um maior crescimento dos recursos humanos nos hospitais do que nos centros de saúde. Desde 1985 que o setor hospitalar ocupa uma fatia maior do que os cuidados de saúde primários no bolo da despesa do SNS.

O que se pretende agora com os centros de saúde de terceira geração é que se criem unidades operativas com missões complementares. Assiste-se a uma modernização organizativa, com a criação das unidades de saúde familiares, onde o clínico não desempenha um papel isolado. Toda a nova organização técnico-científica permite quebrar “a obsolescência da prática a «solo», que é psicologicamente perigosa para o médico e pode ser perigosa para os doentes”. (Branco & Ramos, 2001).

Com as unidades de saúde familiares, Portugal entra em consonância com a tendência internacional da redução acentuada da prática profissional isolada, substituindo-a por grupos de trabalho e equipas multidisciplinares. “A vivência científica e uma razoável atualização de

conhecimentos requerem uma cultura de grupo, com discussão regular das situações dos doentes, com a análise interpares de práticas e procedimentos” (Branco & Ramos, 2001). Também com os centros de saúde de terceira geração surgem as unidades de cuidados na comunidade (UCC), provavelmente como a novidade mais visível desta nova reorganização, pois são elas que podem mudar a imagem e o papel dos centros de saúde junto das populações.

Enquanto nos centros de saúde de segunda geração as instituições estavam viradas para dentro de si próprias, na terceira geração há uma maior abertura à comunidade. Para Branco & Ramos (2001) “a reorganização estrutural prevista no Decreto-Lei nº 157/99 pode impulsionar uma nova postura e dinâmica dos centros de saúde, orientando-os para a sua missão na comunidade e para os tipos de intervenção e cuidados a assegurar”. As UCC ancoram-se nos centros de saúde, mas são o elo com a comunidade, com o levantamento e identificação de pessoas, famílias ou grupos, que tenham uma maior “necessidade e vulnerabilidade”. Esta reorganização permite uma maior oferta de cuidados, mas também uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos.

Os hospitais têm sofrido alterações estruturais ao longo do tempo. Se inicialmente pertenciam, fundamentalmente, a entidades privadas, a criação do SNS assistimos à transferência dos hospitais das Misericórdias para o Estado. Ao longo da última década do século passado assistimos à transformação de alguns destes hospitais em centros de saúde, fundamentalmente os de menor dimensão, e à integração dos restantes nos hospitais distritais. No momento, acabámos de assistir a mais uma reforma da oferta de serviços de saúde, com criação de centros hospitalares e de unidades locais de saúde (ULS) que agregam várias unidades de cuidados, de localização relativamente próxima e que nos surgem definidas como “unidades com financiamento próprio e gestão em comum, que aglomeram os centros de saúde e as unidades hospitalares de determinada região, e prestam os cuidados de saúde em conjunto” (Eira, 2010).

O processo de empresarialização, iniciado em 2002 com a criação de Hospitais Sociedades Anónimas (SA) e que a 7 de Junho de 2005 foram transformados em Entidades Públicas Empresariais (EPE) teve como principal propósito a optimização da sua gestão. Foi, também, na mesma data, pelo surgimento do Decreto-Lei 185/2002, que passa a existir Hospitais PPP (Parcerias Público-Privadas), com “gestão e financiamento privados”, que repartem com o Estado “encargos e riscos” com o objetivo de melhorar o serviço público de saúde. O primeiro hospital deste género a ser constituído no país foi o Amadora-Sintra, no ano 1995, considerado um caso de sucesso, muito embora tenha sido estabelecida a criação de “uma legislação que supervisionasse estas entidades” e assegurasse “a monitorização do seu desempenho” (Varanda, 2004).

Reitera, ainda (Varanda, 2004), que a empresarialização dos hospitais é, hoje, um processo sem retorno e o seu êxito estará diretamente relacionado com a gestão adotada.

Porém, e como já tivemos oportunidade de referir, este novo modelo de gestão levanta algumas condicionantes, fundamentalmente relacionadas com a dificuldade na identificação dos custos de algumas atividades que terão que ser pagas.

É, contudo, evidente, o crescimento do setor privado na oferta de serviços de saúde em Portugal, explicado não só pela elevada qualidade dos hospitais privados, mas também pelos importantes investimentos que têm realizado a nível de alta tecnologia. De referir, também, que começaram a efetuar procedimentos complexos, até então praticados exclusivamente nos hospitais públicos. As áreas onde a sua atuação é mais relevante são sobretudo aquelas em que não existe uma cobertura integral por parte do SNS, de que constituem exemplo as análises, saúde oral ou hemodiálise, que terão justificado, pelo menos em parte, o aumento de 26% no número de hospitais privados com fins lucrativos, entre 2003 e 2007 (Eira, 2010).

A rede de oferta de serviços de saúde inclui, desde 2006, a rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) e as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM). A RNCCI, com origem nos serviços comunitários de proximidade, foi criada através do Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, organiza-se a nível regional e local e é formada por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e paliativos. Enquanto os primeiros promovem a autonomia através da reabilitação e reinserção social, de cuidados que se centram na recuperação global do indivíduo, os cuidados paliativos prestam-se a doentes em situações de sofrimento provocado por uma doença grave ou em estado avançado de doença, visando promover a sua qualidade de vida e bem-estar. Existem também Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), que pretendem atuar a nível de processos de recuperação decorrentes de problemas agudos ou de descompensação de processos patológicos crónicos em pessoas que perdem a sua autonomia por algum tempo, mas em que ela é potencialmente recuperável. No que respeita às ULDM, criadas com o objetivo de promover o conforto, em períodos de internamento superiores a 90 dias, em doentes que não podem ser tratados no domicílio, conferem cuidados que ajudam a prevenir e/ou retardar efeitos decorrentes de situações de dependência. Constituem-se, por isso, num importante valia no apoio social a doentes que apresentem um elevado grau de dependência, onde se inclui, geralmente, a população mais idosa. Representam, também, uma de ver reduzidos os períodos de internamentos em hospitais e, dessa forma, uma maior economia.

Em Portugal existe também, desde 2003, a (Entidade Reguladora da Saúde (ERS) a que preside a necessidade de ver garantida a regulação e supervisão da prestação de cuidados de saúde, de forma a salvaguardar a segurança dos utentes e a defesa dos seus direitos, no que respeita a cuidados de saúde.

1.2.2. Determinantes da evolução do sistema de saúde

A revolução de Abril de 1974 é considerada um marco histórico no país, não só pela sua índole social e cultural, mas também um cisma, quase sempre associado à evolução nos mais diversos setores, ao qual a saúde não é alheia. Depois da descolonização e a consequente democratização do país, com a entrada na então CEE, atual União Europeia (U.E.), Portugal abraça uma evolução social e tecnológica que se reflete no setor da saúde.

Até 1985 assiste-se à expansão do SNS, passando-se na década seguinte à sua regionalização e até à passagem de alguns serviços para o sector privado (Amendoeira, 2009). Entre 1995 e 2005 foi introduzida uma nova gestão pública do SNS e, atualmente, assistimos a diferentes reformas em curso, nomeadamente a aplicação de novas taxas moderadoras e o agravamento das já existentes, a passagem de alguns hospitais para as mãos das Santas Casas da Misericórdia e até o possível encerramento de outras unidades, por se considerar que há sobreposição de serviços.

Ao longo do tempo, o SNS foi sendo ajustado “ao sabor” das políticas e dos conceitos políticos vigentes e foi-se adaptando para poder dar resposta ao aparecimento de novas doenças. Por exemplo, a nível demográfico assistiu-se, no final do século passado, a um acentuar do envelhecimento populacional, à diminuição da taxa de natalidade, a um prolongamento da esperança média de vida e à diminuição da mortalidade infantil, o que proporcionou o aparecimento de um conjunto variado de doenças crónicas e degenerativas associadas à velhice. Na génese deste prolongamento de vida e do conseqüente aparecimento de novas doenças está ainda a evolução tecnológica e científica.

Na década de 70, o SNS caracterizava-se como sendo detentor de indicadores socioeconómicos e de saúde bem mais desfavoráveis do que a média dos países da Europa ocidental. Proliferavam ainda serviços de saúde de natureza variada, como por exemplo, hospitais do Estado e das Misericórdias, médicos municipais, saúde pública, que em 1971 deu lugar aos Centros de Saúde, e ainda serviços especializados para determinadas situações de saúde, muito específicas, como a tuberculose ou a psiquiatria. A estes juntava-se ainda a medicina privada, que dominava sobretudo os cuidados de ambulatório. Nesta altura, o financiamento do Estado a estes serviços públicos de saúde era parco, situando-se nos 2,8% do PIB nacional (Sakellarides, Reis, Escoval, Conceição & Barbosa, 2005).

Nesta década, de 70, a cobertura do SNS a nível nacional era ainda muito precária, assim como a situação dos próprios profissionais de saúde, que necessitavam acumular várias funções em locais diferentes.

O primeiro sinal de reforma, considerada como um esboço daquilo que se pretendia de um verdadeiro SNS, aconteceu em 1971, com a criação dos centros de saúde que, de acordo com Sakellarides et al. (2005) resultam da apelidada “Reforma de Gonçalves Ferreira” e se consubstanciam na pedra basilar do SNS, reforçada política e socialmente em 1974 para nascer em 1979.

Em termos de contextualização, importa referir que o SNS surge em Portugal num contexto muito similar ao registado na Europa, nomeadamente dos países do sul. O SNS surge em Portugal um ano depois de ter surgido em Itália, e alguns anos antes de ter surgido na Grécia e em Espanha (já nos anos 80).

Convém, porém, abrir um parêntesis para referir que o SNS padece, desde a sua criação, de um conjunto de problemas, fundamentalmente relacionados com “uma frágil base financeira, ausência de cultura de gestão apropriada à especificidade da saúde, porque assente em modelos de organização e gestão de comando e controlo de natureza essencialmente administrativa, uma

grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados, limitação no acesso aos cuidados de saúde e pouca informação sobre a sua qualidade” (Sakellarides et al., 2005). Contudo, e não obstante estas fragilidades, é de realçar que foi a partir daqui que o Estado assume um papel de interveniente ativo na Saúde, assente em pressuposto como “sistema de saúde”, “serviço nacional de saúde” ou “planeamento da saúde” e a dar, como consequência, maior ênfase à universalidade e equidade no acesso à saúde assume.

No período de 1979 a 2005 registou-se uma evolução significativa na cobertura da população portuguesa em termos de oferta de serviços de saúde, fundamentalmente à custa duma maior convergência das várias entidades prestadoras de cuidados e no apadrinhamento da medicina convencionada, que permitiu assegurar um melhor acesso da população portuguesa aos cuidados de saúde (Sakellarides et al., 2005).

Enquanto marco determinante da evolução do SNS é de salientar, ainda, a Lei de Bases de 1990, na medida em que abre a possibilidade de mesclar sistema de saúde público com sistema privado, ou seja, abre espaço ao aumento do financiamento privado, à separação entre financiador e prestador de serviços e à introdução de mecanismos de competição idênticos aos do sistema privado, na medida em que a elevada intervenção do Estado na prestação de cuidados de saúde era considerada que uma das maiores causas da ineficiência do SNS (Sakellarides et al., 2005).

Um outro salto qualitativo viria a ser dado nos finais do século XX e início do séc. XXI, como consequência da desestruturação familiar e do novo ritmo de vida social que, de entre outros, levou a um crescimento significativo do isolamento do idoso e ao desenvolvimento de novas necessidades, nomeadamente a de criar projetos de “hospitalização domiciliária”. Como consequência, temos vindo a assistir a um aumento do número de instituições de apoio social e domiciliário, cuja missão é, por um lado, recuperar o doente das suas enfermidades num contexto mais favorável, como seja a sua própria casa, e, por outro, libertar o cuidado hospitalar para a sua verdadeira missão, preferencialmente ligada ao diagnóstico e tratamento de situações agudas e diferenciadas, com os consequentes efeitos positivos na fatura com os internamentos.

A história portuguesa está, também, marcada pela emigração, que parece querer repetir-se nos dias de hoje. A história mais recente dá-nos testemunho de fluxos contrários significativos, com Portugal a apresentar-se como um país de acolhimento, de entre os mais apetecíveis por algumas comunidades de imigrantes, como as oriundas do leste da Europa ou das ex-colónias portuguesas. Este aspeto tem, naturalmente, implicações ao nível do setor da saúde, marcadas, de entre outras, pela necessidade de introduzir algumas mudanças no que respeita à transculturalidade, para que a integração destes cidadãos seja completa (Amendoeira, 2009).

1.2.3. Caracterização da oferta no distrito de Bragança

O hospital é uma organização complexa, que vem tendo um papel cada vez mais ativo e importante na sociedade e que agrupa um conjunto de funções, tanto voltadas para o seu interior como para o seu exterior. A principal é, sem dúvida, a prestação de cuidados de saúde à população, não só em regime de internamento, mas também através da adoção de atividades de natureza preventiva. A nível interno será fulcral considerar a sua participação na formação de profissionais de saúde e a sua participação no desenvolvimento de pesquisas e estudos relacionados com esta área (Gonçalves, 1987).

No distrito de Bragança, a este nível, a população contava com o Centro Hospitalar do Nordeste EPE (CHNE EPE), uma das entidades que sofreu a alteração de SA para EPE com a determinação imposta pelo Decreto-Lei 93/2005, de acordo com o Programa do XVII Governo Constitucional. Foi criado através do Decreto-Lei 233/2005, e integrava por fusão, os Hospitais Distritais de Bragança, Macedo de Cavaleiros e Mirandela, prestando cuidados em diversas áreas. No entanto, a necessidade de uma articulação eficaz entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados, que conseguisse responder de forma efectiva aos problemas dos cidadãos, levou à criação da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSN), E.P.E, através da fusão do Centro Hospitalar do Nordeste E.P.E com o Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I- Nordeste (ACES Nordeste), pelo Decreto-Lei nº 67/2011 de 2 de Junho. Este tipo de modelo organizacional tem-se mostrado uma mais-valia na prestação de cuidados de saúde, ao permitir que várias entidades do SNS sejam integradas em apenas uma unidade funcional. A região está também munida de cuidados continuados específicos para a população, todos eles integrados na ULS Nordeste, E.P.E., que se prestam em unidades próprias, acolhendo o distrito de Bragança oito unidades de tratamento, a saber, a ULDM das Santas Casas da Misericórdia de Miranda do Douro, Torre de Moncorvo, Vila Flor, Vimioso e Freixo de Espada à Cinta, duas UMDR, das Santas Casas de Vila Flor e de Freixo de Espada à Cinta, uma unidade de convalescença e outra de cuidados paliativos, ambas em Macedo de Cavaleiros (RNCCI, 2012).

O concelho beneficia ainda do trabalho de quatro farmácias comunitárias. A farmácia comunitária é, nos termos do CNQ (2009), um estabelecimento de saúde de interesse público já que assegura a continuidade dos serviços prestados ao utente, e tem como principal objetivo a cedência de medicamentos em condições que assegurem o seu uso correto e racional, de forma a minimizar os danos por vezes causados por estes. Assim, e no quadro dos objetivos a que presidem, as farmácias existentes trabalham todo o ano para aumentar o bem-estar dos utentes, na medida em que, para além do fornecimento habitual de medicamentos, dispõem ainda de outros serviços, tais como testes de gravidez, determinação de parâmetros bioquímicos e fisiológicos ou administração de vacinas, que são uma mais-valia para a comunidade e aliviam, de certa forma, os serviços que exercem cuidados primários. Para além disso, nestes locais é prestado aconselhamento a nível farmacológico, possuindo, inclusive, uma das farmácias, certificação no âmbito da Norma NP EN ISO 9001 (2008), intervindo, ainda, ao nível da educação para a saúde e de estudos de farmacovigilância (Farmácia Moderna, 2012).

Mas, se por um lado, houve melhorias nos níveis de saúde global dos portugueses, por outro é preciso evidenciar que persistem ainda desigualdades. É notória a concentração de profissionais de saúde e técnicas de tratamento mais avançadas em algumas zonas geográficas, havendo mesmo populações que registam grandes limitações no acesso devido aos cuidados de saúde, seja por dificuldades de deslocação, em termos de distância e/ou tempo, seja por condições económicas ou até mesmo por desconhecimento ou má informação (Silva, 2008)

No seu estudo acerca das metamorfoses da saúde na região norte, Silva (2008) mostra que, apesar das infra-estruturas de saúde no Norte do país serem recentes, isso não se reflete na qualidade da assistência prestada aos utentes, nem a nível da oferta de recursos, nem ao nível do acesso a determinado tipo de tratamentos ou consultas. As informações analisadas, nomeadamente ao nível estatístico, permitiram-lhe constatar que na região do Alto Trás-os-Montes reside o valor mais elevado da distribuição de hospitais oficiais por habitante, num contexto de “declínio demográfico generalizado”, que não reflete de forma semelhante os recursos humanos nem a ação dos serviços de saúde. Os valores elevados da cobertura de hospitais por habitante nesta região não têm correspondência no número de médicos por habitante, mostrando desde logo uma distribuição desigual de recursos, que não é capaz de responder às necessidades dos cidadãos nem aos modelos de saúde instituídos politicamente. A oferta em termos de hospitais particulares é ainda nula. Pretende-se, no entanto, a correção desta situação, pelo que estão a ser construídos no distrito dois hospitais particulares, nomeadamente na cidade de Bragança e na cidade de Mirandela, que pretendem vir a fornecer a região de serviços que estão em falta, tais como oncologia e maternidade, não sendo por isso, concorrentes com as valências existentes no sector público. Está ainda prevista a criação de parcerias com várias entidades locais, uma das quais a Santa Casa da Misericórdia, que pretende beneficiar os idosos da instituição ao nível de cuidados continuados e de serviços de geriatria (Repórter do Marão, 2009).

No que respeita aos recursos humanos disponíveis, o Quadro 14, onde se pretende evidenciar o comportamento da oferta de médicos por cada 1000 habitantes, nesta região relativamente ao resto do país, permitimo-nos concluir que, não obstante ter sofrido um acréscimo no período de 2002 e 2009, a média de médicos existentes no Alto Trás-os-Montes corresponde a cerca de metade dos existentes em Portugal.

Quadro 14. Médicos por 1000 habitantes (N.º) por Local de residência; Adaptado de: INE, Estatísticas do Pessoal de Saúde, em 5 de Abril de 2011 (dados de 2010 não disponíveis)

Local de residência	Médicos por 1000 habitantes, por local de residência							
	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
Portugal	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,3	3,2
Alto Trás-os-Montes	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2	1,9	1,8
Macedo de Cavaleiros	1,9	1,8	1,5	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4

No que diz respeito à oferta de serviços clínicos, análise do Quadro 15, que a seguir se apresenta, permite-nos verificar que a oferta existente é também limitada, o que provoca certos condicionamentos em termos de saúde à população desta região.

Um outro aspecto que nos ajuda a compreender as deficientes condições no acesso aos serviços de saúde nesta região, relativamente a outras, prende-se com a falta de ligações rodoviárias em transporte colectivo de passageiros, que limita as deslocações numa zona onde as distâncias entre localidades são significativas. De acordo com a Direcção Geral de Transportes Terrestres (DGTT, 2007), o processo de desertificação neste distrito, aliado ao envelhecimento da população, faz com que surja uma desadequação entre a oferta e a procura de transporte público, tendo impacto a nível da oferta das empresas de transportes e, conseqüentemente, na mobilidade das populações. A par desta situação, estamos perante a inexistência de uma verdadeira rede ferroviária.

Pelas razões expostas é fácil perceber que a igualdade e equidade no que respeita ao acesso à saúde não estão asseguradas, quando comparamos esta região com outras a nível nacional, com claro prejuízo para as populações deste distrito.

Quadro 15. *Serviços clínicos existentes nas três unidades de internamento da ULS Nordeste E.P.E. Adaptado de: http://www.chne.min-saude.pt/ServicosClinicos/Serviços+Existentes+no+CHNE/?sm=2_1, em 26 de Outubro de 2011*

Consulta externa	Urgência	Internamento	Bloco Operatório	Hospital de dia
Cardiologia	Cardiologia	Cardiologia	Cirurgia geral	Nefrologia
Cirurgia geral	Cirurgia geral	Cirurgia geral	Estomatologia	Pediatria
Estomatologia	Estomatologia	Estomatologia	Ginecologia/Obstetrícia	Oncologia
Gastroenterologia	Ginecologia/Obstetrícia	Ginecologia/Obstetrícia	Oftalmologia	
Ginecologia/Obstetrícia	Medicina interna	Medicina interna	Ortopedia	
Medicina Física e reabilitação	Nefrologia	Med. Física e Reabilitação	Otorrinolaringologia	
Medicina interna	Neurologia	Nefrologia	Urologia	
Medicina no trabalho	Oftalmologia	Neonatologia		
Nefrologia	Ortopedia	Neurologia		
Nutricionismo	Otorrinolaringologia	Oftalmologia		
Oftalmologia	Pediatria	Ortopedia		
Oncologia médica	Pneumologia	Otorrinolaringologia		
Ortopedia	Psiquiatria	Pediatria		
Otorrinolaringologia	Urologia	Pneumologia		
Pediatria	VMER	Psiquiatria		
Pneumologia		Urologia		
Psicologia clínica		Unidade AVC		
Psiquiatria		U. Cuidados Intermédios		
Pedopsiquiatria				
Urologia				

1.3. Governação do sistema de saúde português

1.3.1. As metamorfoses da governação do sistema de saúde: o emergir dos conflitos de agência

Criado em 1979, o SNS baseia o seu funcionamento no modelo da Administração Pública Portuguesa, cuja estrutura, forma de funcionamento e de financiamento se enquadram no modelo hierárquico, conhecido pela divisão vertical de trabalho, onde a hierarquia e a responsabilidade por todas as ações se concentram no topo da pirâmide organizacional. Para Araújo (2005) isto traz algumas limitações, uma vez que a preocupação maior das chefias reside no controlo das normas, ao invés da satisfação dos utentes, e da criação de resultados, o que irá, em última instância, levar a uma gestão deficiente. Talvez por isto, aliado ao facto de o poder político não ser capaz de introduzir as reformas necessárias ao controlo do elevado aumento com os gastos em saúde, o SNS começou a apresentar problemas que conduziram, no limite, a um elevado défice. Esta realidade, de aumento descontrolado da despesa, associado à inadequação do modelo, demasiado burocrático, produziu um quadro de necessidades, nomeadamente de criação de um modelo empresarial associado à gestão dos hospitais públicos (Varanda, 2004).

De acordo com Araújo (2005), as razões para chegar até aqui passam, de entre outras, pela desmotivação e subaproveitamento de recursos e um acesso difícil aos cuidados de saúde. Razões reiteradas pelo autor para justificar o aumento da despesa, ao que acrescenta a falta de mecanismos de supervisão e controlo, não acompanhados pelo correspondente aumento de produtividade.

Emerge, desta forma, a necessidade de uma reforma no sector da saúde, com o objetivo de trazer novos métodos de gestão e criação de contratos, de modo a aumentar a competitividade entre os serviços prestadores de cuidados e conduzir a uma maior eficiência do sistema. Com esta, passaríamos a dispor de separação entre o financiador e prestador dos serviços que passarão não só a ser pagos de acordo com uma tabela de preços como a dispor de uma estrutura administrativa dividida em pequenos serviços com autonomia, capaz de permitir colocar o foco nos resultados, ajudando, assim, nos processos de avaliação e controlo. De acordo com a lei 48/90 (1990), a “gestão das unidades de saúde deve obedecer a regras de gestão empresarial, e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão” (Varanda, 2004). Esta empresarialização dos hospitais e a criação de hospitais sociedades anónimas (HSA) pretende abrir a gestão a um modelo onde o foco é voltado para a autonomia, o controlo de custos e a produtividade, mas também para a produção de resultados e responsabilização pelos mesmos (Araújo, 2005).

Esta relação contratual baseia-se na **teoria de agência**, na qual o governo (principal) estabelece um contrato com um agente, que atuará de acordo com os seus desejos (Araújo, 2005).

Berle e Means (1932) introduziram a referência a esta teoria com o objetivo de analisar, em termos gerais, os conflitos entre administradores e proprietários ainda que, à época, estes não

fossem tão evidente, uma vez que a propriedade e controlo das empresas estavam nas mãos dos mesmos indivíduos. Com o passar do tempo e com a fragmentação das propriedades, o controlo, que anteriormente pertencia aos proprietários, passa para a mão de gerentes, pelo que só em meados dos anos 70 é que a abordagem ao tema ganha novos contornos, com as contribuições de Jensen & Meckling (1976), que deram um novo enfoque aos estudos existentes até então. A teoria de agência trata dos relacionamentos entre um ou mais indivíduos – denominados de *principal* – que contratam *agentes* para administrar os seus interesses. Neste sentido, o principal será qualquer pessoa ou organização que pretende que outra exerça para si algum serviço, e o agente saquela pessoa que executa esse mesmo serviço, dotada de alguma autoridade de tomada de decisão. Assim, sempre que tal se verifique estamos, de acordo com Jensen e Meckling, perante uma relação de agência.

Jensen & Meckling (1976) referem, ainda, que esta teoria está associada à “fragmentação da propriedade da empresa entre diversos accionistas e de um administrador como agente dos demais proprietários”. Também para Dalmacio (2004) nas relações de agência é esperado que principal e agente estejam interligados corporativamente, e que o agente tome decisões considerando os interesses do principal, possuindo ambos, no entanto, diferentes metas e atitudes relativamente aos riscos.

Segundo Sato (2007), o problema de agência envolve o risco do agente tentar agir de acordo com os seus interesses, em vez dos interesses do principal, levando a conflitos entre ambas as partes. Aliás, é da geração deste conflito de interesses que resulta a teoria da agência, justificada em torno dos denominados conflitos de agência.

Estes conflitos apresentam-se em crescendo e surgem um pouco por todo o lado, pelo que se assiste cada vez mais ao recurso a esta teoria para os tentar compreender. De acordo com Emery, Finnerty, & Stowe (2000), o aparecimento destes conflitos prende-se, por um lado, com o fato de as corporações modernas implicarem um grande número de contratos, tanto implícitos como explícitos, e, por outro, por ser cada vez mais frequente a divergência de interesses entre principais e agentes. Acresce, também, o fato de os diversos depositários (gerentes, empregados, acionistas, credores e clientes) poderem não ter interesses em comum e, ainda, que para se assegurar que o agente actue no interesse do principal serem necessários incentivos, restrições, penalizações e monitorizações.

A assimetria de informação, definida por Schmidt como “a diferença de informação existente numa relação contratual entre um *agente* e o *principal*, em função de uma parte possuir mais informação que a outra, ou seja, há informação oculta” (citado a partir de Gonçalves & Tavares, 2008), pode também estar na origem destes conflitos. Por outro lado, a seleção adversa, referenciada pela primeira vez em 1970 por Akerlof, pode aplicar-se a vários ramos (Gonçalves & Tavares, 2008).

Sato (2007) identifica duas fontes principais de problemas de agência, designadamente o risco moral e a selecção adversa. O primeiro prende-se com o encobrimento de ações e, tal como a sua designação deixa sugerir, acontece quando as ações desenvolvidas pelo agente não são do

conhecimento do principal, enquanto a seleção adversa surge relacionada com o encobrimento de informações, ou seja, quando o agente esconde informações do principal.

Porém, e independentemente das razões que estejam na base da existência destes conflitos, a verdade é que o jogo de forças resultante desta dualidade, dá lugar aquilo que nos surge definido com os “custos de agência”, que representam um custo adicional de trabalhar com terceiros e que importa, a todo o custo, ver reduzidos.

A teoria de agência permite sinalizar riscos, nomeadamente o dos gestores poderem negociar para seu próprio benefício e, inclusive, poderem desenvolver uma má gestão dos fundos monetários, seja por gastos excessivos seja por se atribuírem compensações injustificadas (Santos, 2003).

Considerados custos de agência são também aqueles decorridos da instituição de mecanismos que reduzam a possibilidade dos *agentes* agirem em desacordo com os principais, a fim de proteger o interesse dos últimos (Sato, 2007). Os custos totais de agência integram o montante gasto na monitorização, os custos da dependência dos agentes, e a perda residual pelo principal, ideia também defendida por Jensen e Meckling (1976). Há então que tentar adotar situações de equilíbrio entre *agentes* e principais, de forma a minimizar estes custos. Para Emery et al. (2000) um custo de agência é um custo aumentado de trabalhar através de agentes, e que integram, juntamente com os problemas de agência, o conjunto de contratos que constituem as corporações modernas.

Com o intuito de proteger os interesses dos principais, é necessária a instituição de mecanismos que controlem e minimizem tanto os problemas, como os custos. Para Silva (2005), são os mecanismos de monitorização e incentivos que ajudam a garantir o alinhamento de interesses entre agente e principal. Porém, para Sato (2007), os problemas de agência são também resolvidos através de penalização, sendo esta punição atribuída por um comportamento não desejado dos agentes. Este controlo de problemas e custos depende ainda da habilidade dos principais na obtenção de informações, seja através da monitorização já referida, seja pelo acompanhamento dos resultados produzidos pelos *agentes*.

Pelo exposto se compreende que a existência de contratos entre o Estado e outras entidades pode representar vantagens mas que trazem associados alguns riscos, condicionando, sobremaneira, a forma como a primeiro se articula com as outras organizações. Estas implicações funcionam não só a nível financeiro, mas também político, na medida em que uma mudança na gestão obriga a alterações na forma como são tomadas as decisões políticas. Para além disso, a redução de custos que é pretendida pode ser mascarada, já que por vezes a negociação, elaboração e monitorização poderão representar valores substanciais que irão contrabalançar com a poupança conseguida ao nível de custos.

Uma outra situação que reflete bem a teoria de agência na saúde diz respeito ao mercado dos seguros de saúde, no qual a assimetria de informação pode levar a desvios ou mesmo à extinção do próprio mercado. A preocupação com a saúde tem vindo a crescer, e os indivíduos começam a optar cada vez mais por contratualizar seguros de saúde. No entanto, o mercado da saúde apresenta características próprias e está sempre em mudança, já que a oferta e a procura

não são constantes. É também rodeado de falhas, que estão, na maioria dos casos, relacionadas com a assimetria de informação, quer seja na relação médico-paciente ou na de seguradora-segurado, mas que podem conduzir a importantes desvios e ineficiências.

Normalmente, as condições de aquisição de um seguro deste tipo envolvem um benefício esperado e um custo, havendo sempre uma avaliação de ambos antes da contratualização e, existindo informação assimétrica, os agentes de mercado podem não distribuir os recursos de forma eficiente. Podemos, ainda, notar situações de risco moral, que ocorrem quando o segurado muda o seu comportamento para não ter de suportar o custo total do atendimento. Constitui exemplo o caso de um indivíduo com cobertura total poder visitar o médico mais vezes do que faria se a cobertura fosse limitada. Este facto pode levar a que as seguradoras ofereçam seguros com prémios diferentes. Esta questão, para além de alterar o comportamento do sujeito, vai também gerar ineficiência económica, já que a percepção individual difere do custo ou benefício para a sociedade.

Um outro problema diz respeito à seleção adversa. Quando um indivíduo adquire um plano de saúde, está mais informado sobre a sua saúde do que a seguradora e pode mascarar essa informação. A seguradora tentará obter os dados através de inquéritos, gerando consequentemente, uma seleção adversa, ou seja, o sistema de seguros poderá incorporar os indivíduos de maior risco, na esperança de que consumam mais cuidados e tenham um gasto superior aos dos de menor risco. O problema principal que se coloca neste mercado é que a identificação do indivíduo é fundamental para a sua eficiência, uma vez que o risco associado a cada segurado pode afetar consideravelmente o custo do seguro (Godoy, Silva, & Neto, 2004).

1.3.2. Comportamento dos encargos gerais com o SNS

Nos países da OCDE tem-se observado, ao longo dos últimos 50 anos, um aumento da despesa em saúde, acompanhado de um incremento da despesa *per capita*. A evidência mostra que este crescimento está relacionado com o aumento da esperança de vida, mas a tendência é para que se vá atenuando à medida que os países gastam mais com saúde, salvaguardando que terão de existir outros fatores aliados à longevidade, para além dos gastos com a saúde (OCDE, 2011).

O crescimento económico no nosso país tem sido baixo na última década o que, aliado a um aumento do défice das administrações públicas, conduziu à necessidade de reformas a nível estrutural, com cortes na despesa e aumentos na receita (ERS, 2011). Tem-se verificado uma tendência crescente das despesas globais no setor da saúde e uma das questões que gera maior debate gira em torno do seu financiamento e da separação entre o prestador e o financiador dos cuidados. Além disto, a realidade portuguesa caracteriza-se pela existência de disparidades internas na distribuição dos recursos e resultados alcançados. É necessário definir critérios coerentes na afetação de recursos, visto existir um crescimento constante no volume monetário destinado a esta área.

Segundo a WHO (2011), os sistemas de saúde absorvem muitos recursos, mas também desperdiçam bastante, consequência de processos de aquisição mal sucedidos, má utilização de medicamentos ou mesmo graças a uma gestão deficiente dos recursos humanos e técnicos disponíveis.

Nas últimas quatro décadas, o peso do setor da saúde no PIB português tem registado um aumento significativo, passando de 2,5%, em 1970, para 16% em 2010, representando, inclusivamente, a segunda maior porção no total da despesa do país (Eira, 2010). Para este facto podem contribuir, do lado da procura, fatores como o aumento da esperança média de vida, o envelhecimento, o alargamento do acesso e da cobertura dos seguros de saúde, ou ainda, uma procura cada vez mais exigente dos cuidados médicos. Do lado da oferta, cabe destacar o desenvolvimento tecnológico, o acesso a melhores meios de diagnóstico e mais complexos e a generalização da cobertura dos cuidados de saúde.

A análise dos Quadros 16 e 17, que a seguir se apresentam, pode ajudar a uma maior perceção desta realidade, uma vez que evidenciam as despesas do Estado em Saúde, em termos de execução orçamental, e em termos de percentagem do PIB.

Quadro 16. *Total em saúde, em % do PIB, em Portugal. Adaptado de: www.pordata.pt, em 1 de Fevereiro de 2012*

Anos	Despesa do Estado em Saúde (milhões de euros)
1972	2,8
1980	243,8
1990	1.756,3
2000	5.318,7
2010	9.776,5

Quadro 17. *Despesa total em saúde, em % do PIB, em Portugal. Adaptado de: www.pordata.pt, em 1 de Fevereiro de 2012*

Anos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Despesa	8,6	8,6	8,8	9,2	9,5	9,8	9,4	9,4	9,7	10,2 (pro)
(% do PIB)										

Para complementar esta análise apresentamos, no Quadro 18, o total da despesa do SNS por habitante, que revelou um crescimento muito significativo, no período de 1992 até 2010.

Quadro 18. *Despesas do SNS por habitante, em euros. Adaptado de: www.pordata.pt, em 1 de Fevereiro de 2012*

Anos	Despesa do SNS por habitante (euros)
1992	270,6
2000	613,2
2002	714,6
2004	853,9
2006	893,3
2008	917,6
2010	1.012,5

Analisando mais ao pormenor a evolução da despesa corrente nacional em saúde, verifica-se que, entre 2000 e 2006, houve um aumento de 43%, tendo a despesa privada um crescimento significativo, relativamente à despesa pública (Eira, 2010). Também a análise relativa à despesa pública referente ao total da despesa em saúde, revelou um aumento de cerca de 12%, para o período compreendido entre 1998 e 2008, a que corresponde uma evolução de 1,1% ao ano (ERS, 2011). Em 2006, o SNS transferiu para o setor privado cerca de 2400 milhões de euros relativamente a pagamentos, dos quais, 39% corresponderam à compra de cuidados de saúde e os restantes a pagamentos às farmácias pela comparticipação de medicamentos (Eira, 2010).

De referir, também, que em 2008, os subsistemas de saúde tinham um peso de cerca de 11% na despesa pública, enquanto em 2000 esse valor era de 8,6% (ERS, 2011).

O comportamento das instituições de saúde e dos seus profissionais sofre com a influência exercida pelo sistema de financiamento presente em cada país, visto que a maneira como os recursos são obtidos e distribuídos afetará, sem dúvida, a sua performance (Santana, 2005).

Neste particular, e assumindo que a área hospitalar apresenta maior expressividade de gastos, respondendo por cerca de 50% da despesa do SNS no ano de 2011, com a área de internamento a consumir 59% desses recursos (Costa, Santana, & Lopes, 2011), centremo-nos um pouco no financiamento hospitalar, definido por Bentes, Gonçalves, Tranquada, & Urbano (1996) como sistema de financiamento hospitalar “um conjunto de regras objetivas, reconhecidas e politicamente aceites, destinadas à subsistência de uma rede de cuidados diferenciados que assegure a prestação efectiva de cuidados aos doentes e que incentive a gestão eficiente dos recursos”. Normalmente, esta estrutura de financiamento define-se em termos da quantidade de serviços produzida, mas também dos preços que valorizam essa produção, e é por isso que o actual sistema presente em Portugal pretende traduzir fielmente os custos médios por cada produto hospitalar.

Falamos de um sistema de classificação de doentes muito popular a nível internacional, e não menos importante em Portugal, visto ter sido este o primeiro país a implementá-lo como estrutura de financiamento dos hospitais públicos em 1990, designado por sistema de Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) (Santana, 2005). De acordo com Bentes et al. (1996) este pode definir-se como “um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos, em

grupos clinicamente coerentes e homogêneos do ponto de vista do consumo de recursos, construídos a partir das características diagnosticadas e dos perfis terapêuticos dos doentes que explicam o seu consumo de recursos no hospital”.

A definição destes grupos é de extrema importância, uma vez que o doente “saído” é o modelo utilizado como unidade de pagamento pela produção executada, e faz-se através da agregação de atributos, clínicos e não clínicos, que ajudarão a estabelecer a previsão de consumos, utilizando como variável de referência a duração do internamento. Desta forma, a cada grupo será associado um peso, coeficiente de ponderação, que ajudará a reflectir os recursos utilizados com um doente típico desse GDH, comparativamente aos recursos usados no tratamento de um doente médio (Santana, 2005). Para ajudar a classificar automaticamente os doentes em cada um destes grupos homogêneos, foi desenvolvido um programa informático, designado por LDRG (Bentes et al., 1996).

Segundo Santana (2005), este tipo de classificação permitirá que o financiamento atribuído a cada hospital se faça em função da produção efetuada, ainda que admita que possam ser levantadas algumas questões, nomeadamente no que se prende com o facto dos serviços de saúde poderem ser levados a priorizar os doentes e o seu tratamento, com base nos preços que lhe venham a ser atribuídos. Ou seja, numa situação em que os hospitais virem o seu risco financeiro aumentado, poderão reduzir a prestação de cuidados. Para ajudar a contornar ou evitar estes riscos, Bentes et al. (1996) defendem a obrigatoriedade de os sistemas introduzirem instrumentos de controlo, nomeadamente no que diga respeito ao planeamento de altas. Outra questão está relacionada com o facto da duração de internamento representar o fator principal para a medição dos ganhos ou perdas ao nível do financiamento, na medida em que, para além de ser uma indicação do consumo de recursos é também uma maneira de medir a eficiência de determinado serviço (Santana, 2005). O autor acrescenta, ainda, outras consequências deste modelo de financiamento que merecem ser destacadas, e que se prendem, genericamente, com o incentivo à ineficiência, na medida em que a maioria dos preços é definida com carácter retrospectivo, ou seja, baseada em produções históricas, comprometendo a “neutralidade ao nível dos incentivos produtivos, no que respeita às necessidades reais dos cidadãos”.

1.3.2.1. Evolução dos encargos com medicamentos

Em termos globais, em 2011, 23% do total das despesas com a saúde disseram respeito a medicamentos, cujo maior gasto foi registado com os medicamentos comparticipados pelo SNS (68,7% do valor total). Seguiram-se os gastos com o mercado dos MNSRM (19,4%), e os relacionados com a comparticipação de medicamentos aos subsistemas (11,8%) (Costa et al., 2011).

Um dos fatores que mais tem contribuído para o aumento da despesa do SNS tem sido o aumento do consumo de novos medicamentos comparticipados. Só a comparticipação a 100%

dos medicamentos genéricos, no regime especial, representou, em 2010, uma despesa adicional de perto de 27 milhões de euros (CEFAR, 2011).

Além dos genéricos, também a comparticipação dos medicamentos de marca registou um crescimento positivo no período compreendido entre 2008 e 2010. O custo unitário das marcas para o Estado vê-se aumentado, até Maio de 2010, como consequência da introdução no mercado de novos medicamentos, não só mais caros como também comparticipados. A estes dados há a acrescentar o acentuado decréscimo do custo dos medicamentos genéricos, por comparação com os medicamentos de marca, para o consumidor final. Porém, aquilo a que se assiste é ao aumento do consumo dos novos medicamentos comparticipados. Para debelar este aumento será necessário o aparecimento de protocolos terapêuticos e de mecanismos que possibilitem a utilização destes novos medicamentos comparticipados apenas em doentes com determinadas especificidades ou em situações em que não exista outra resposta terapêutica de primeira linha, mas de menor custo.

No Quadro 19, que a seguir se apresenta, podemos analisar a evolução dos encargos com medicamentos em Portugal Continental, para o período de 1990 a 2009, concluindo-se que a mesma tem sido crescente, tanto para o SNS, como para o utente.

Quadro 19. *Encargos com medicamentos, do SNS e do utente, de 1990 até 2009, em Portugal Continental. Adaptado de: www.pordata.pt, em 1 de Fevereiro de 2012*

Encargos com medicamentos		
Anos	Do SNS	Do utente
1990	305,9	140,0
2000	1038,9	482,2
2001	1147,0	514,5
2002	1227,3	543,7
2003	1272,3	560,0
2004	1394,1	627,7
2005	1446,2	670,3
2006	1422,9	710,0
2007	1398,0	765,8
2008	1467,4	767,5
2009	1559,0	723,5

Na verdade, de há alguns anos a esta parte que não param de aumentar os encargos com medicamentos para o SNS. Em 2008 o valor a pagar pelo SNS subiu 5,7% por comparação com o ano anterior, tendo, em 2009, aumentado para os 8,4% e em 2010 para os 5,6%, representando um acréscimo de despesa de aproximadamente 84 milhões de euros. Neste último ano, a despesa chegou mesmo a ultrapassar, em 1%, a meta estabelecida no PEC. Como consequência, o Governo adotou, em Outubro de 2010, um pacote de medidas legislativas, apelidadas de “medidas de emergência”, na sua esmagadora maioria relacionadas com as taxas de comparticipação em medicamentos, para fazer face a este crescimento exponencial da despesa com medicamentos.

Com estas medidas, no segundo semestre do ano de 2010, o crescimento de encargos do SNS foi apenas de 1% (CEFAR, 2011).

Portugal vem assistindo, desde o ano 2000, a uma escalada da percentagem dos impostos que é absorvida para cobrir a despesa com medicamentos. Porém, e não obstante ser aquilo que comumente se pensa, o crescimento do consumo de medicamentos a que se tem vindo a assistir não tem de estar diretamente relacionado com o necessário crescimento da despesa com medicação, pelo menos assim o afirma Ana Escoval (2008), da Escola Nacional de Saúde Pública e Coordenadora do Gabinete HOPE/Portugal. É preciso continuar a desenvolver medidas que nos conduzam a crescentes ganhos de eficiência e assegurem a sustentabilidade financeira do SNS, uma vez que não é expectável que nos próximos anos, tendo em conta o aumento da esperança média de vida, os gastos com a saúde se apresentem diminuídos, Segundo Escoval (2008) é necessário procurar a criação de “valor em saúde”, ou seja, uma maior capacitação dos cidadãos/utentes do SNS, inovar ao nível da gestão das instituições prestadoras de cuidados na saúde e implementar novos sistemas tecnológicos, como o recurso à telemedicina e à monitorização remota.

Uma notícia publicada pelo jornal Diário de Notícias, a 30 de Janeiro de 2012, dava precisamente conta de que “entre Janeiro e Novembro de 2011, o número de consultas à distância chegou aos 6,1 milhões em todo o país, mais 310 mil do que no ano anterior”. Números que levam João Rodrigues, da Comissão de Medicina Geral e Familiar da Federação Nacional dos Médicos, a dizer que “este é um indicador positivo, por significar que os cidadãos são muitas vezes capazes de resolver os seus problemas em casa, por e-mail e telefone”, mostrando que as novas tecnologias podem estar ao serviço da saúde para diminuir os gastos com os recursos humanos e técnicos (Diário de Notícias, 2012).

Ao exposto, Pedro Lopes (2008), acrescenta que Portugal aparece como o sexto país da OCDE que mais gasta em medicamentos, sensivelmente 2% acima da média dos países desenvolvidos, que se situa nos 8,9% do PIB, muito por culpa da “generalização da utilização dos medicamentos, da maior longevidade dos utilizadores, do maior número de doenças crónicas e pelo alargamento da indicação terapêutica para alguns produtos biológicos”. Considera, por isso, fundamental desenvolver “políticas do medicamento”, ao nível central e local, defende uma maior utilização de medicamentos genéricos, a negociação de contratos programa, em termos centrais, e a implementação de políticas mais rigorosas na utilização de medicamentos dispendiosos, avaliação das tecnologias da saúde e ainda políticas de benchmarking. Já a nível local, o presidente da APAH defende um reforço da intervenção da direcção clínica e da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), a utilização dos medicamentos que constam do FHNM (Formulário Hospitalar Nacional do Medicamento), só recorrendo a medicamento fora deste formulário após parecer do director clínico e do director do serviço farmacêutico, bem como assegurar a monitorização da eficácia da medicação, o desenvolvimento de protocolos de diagnóstico e terapêutica e a introdução de sistemas de gestão integrada de consumo de medicamentos, com vista a uma maior e melhor monitorização e controlo de gastos.

Todos estes parâmetros devem ser colocados em funcionamento tendo sempre como pano de fundo os ganhos que trazem para o doente, baseando a competição farmacêutica nos resultados efetivos e garantindo que a inovação traz valor à saúde seja “fortemente recompensada” (Lopes, 2008).

1.3.3. Tendências da despesa com saúde: comportamento expetável

A maioria dos indicadores de sustentabilidade depende de projeções a longo prazo, mas que por serem baseadas em hipóteses apresentam limitações a considerar. Podem dever-se à evolução demográfica, ao emprego ou ao crescimento, fatores sempre em mudança acerca dos quais não se conseguem dados 100% precisos. No entanto, é importante que sejam feitas, e é neste âmbito que o Grupo de Trabalho do Envelhecimento (GTE) do Comité da Política Económica (CPE) elabora regularmente projeções a longo prazo relativas à despesa relacionada com o envelhecimento da população, tendo em conta dados como as pensões, saúde e cuidados continuados, entre outros. Este grupo funciona no contexto da União Europeia (UE), e permite à comissão europeia avaliar a sustentabilidade das finanças públicas de cada estado membro.

As mais recentes projeções neste sentido datam de 2009 e baseiam-se num cenário demográfico que assume um aumento de 5,7% na população total entre 2008 e 2060, com um aumento da esperança média de vida e do rácio de dependência na velhice¹, de 26% em 2008, para 55% em 2060. Estima-se, também, a diminuição da população em idade ativa, e uma taxa de crescimento do PIB potencial abaixo da média da UE. Desta feita, Portugal inclui-se no grupo de países que nas próximas décadas deverão ter um aumento moderado na despesa com pensões, mas um incremento das despesas com a saúde ligeiramente superior à média da EU. Apesar disso, o nosso país regista, na projeção de 2009, uma diminuição da despesa quando comparada com a projeção de 2006, talvez devido à implementação de reformas estruturais com impacto sobre as despesas relacionadas com o envelhecimento, tais como, a despesa com pensões (Banco de Portugal, 2009).

Uma das despesas que tem sofrido aumentos consideráveis ao longo do tempo diz respeito aos cuidados de saúde, cujas projeções são difíceis de efetuar devido à natureza inconstante da procura e da oferta de serviços de saúde. Apesar disso, no cenário de referência do relatório do GTE de 2009 estima-se um aumento de 1,9% do PIB entre 2007 e 2060. Considera-se também que do lado da oferta, os custos unitários dos serviços evoluirão 0,9% do PIB, na variação entre 2007 e 2060 (Banco de Portugal, 2009).

Denota-se que existe um baixo nível de eficiência no SNS, contudo, existe também a possibilidade de mudar e alcançar poupanças consideráveis, sem a diminuição de benefícios, para o indivíduo em particular e para a sociedade em geral. No entanto, são necessárias mudanças de atitude, tendo em vista maior racionalidade, melhor gestão e melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste particular, e de acordo com Costa et al. (2011) Portugal pode obter um potencial

¹ Definido como o rácio entre a população com 65 anos ou mais e a população ativa, entre os 15 e os 64 anos.

ganho, entre 26,5 e 76,4 milhões de euros, apenas com uma alteração do perfil de prescrição nas estatinas, inibidores das bombas de prótons e antibacterianos, o que representaria pelo menos, 11% do montante total gasto na prescrição destes fármacos. Referimo-nos, específica e unicamente, à prescrição de medicamentos utilizados para combater o colesterol, para proteção gástrica e antibióticos.

Um outro fator capaz de poder contribuir para a contenção da despesa em saúde poderá ser a prescrição e utilização de medicamentos genéricos. Um estudo realizado por Rodrigues, Pimenta, & Fernandes (2011) apresenta-o como um facto indiscutível, ainda que reconheçam que a sua implementação se encontra muito dependente de mudanças de atitudes de médicos, farmacêuticos e cidadãos em geral.

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2011) as medidas capazes de ajudarem a alcançar a estabilidade das contas públicas e obter melhorias na sustentabilidade do SNS, a médio e longo prazo, têm como pilar as recomendações estipuladas pelo memorando de entendimento da *Troika*, de entre as que se contam:

- A avaliação das categorias de isenção de taxas moderadoras, com aumento em um terço na proporção de utentes não isentos, para além do estabelecimento de medidas que garantam o seu pagamento efetivo, aquando da deslocação do utente aos serviços de saúde. Neste ponto, pensa-se ainda na atualização dos valores destas taxas, de acordo com a taxa de inflação;
- Redução em dois terços do nível de benefícios fiscais;
- Redução das receitas transferidas para os subsistemas de saúde públicos;
- Criação de um sistema telefónico de triagem, com atribuição de desconto aos utilizadores aquando da sua ida à urgência hospitalar, se as indicações dadas fossem nesse sentido (exceto em situações de emergência efetuadas pelo INEM);
- Adoção de medidas que aumentem o financiamento do SNS, nas quais se incluem a introdução de uma taxa de um cêntimo por minuto por cada chamada efetuada com um telemóvel e por cada mensagem escrita, de acordo com orientações da OMS, e cujo valor reverteria diretamente para o financiamento do SNS. De modo análogo, poder-se-ia considerar também a tributação de uma taxa com o mesmo propósito para jogos *online*, chamadas de valor acrescentado de concursos televisivos ou, até mesmo, nos jogos de azar. Para além disso, seria também de considerar uma taxa própria nos produtos que não trazem benefícios à saúde, como sejam as bebidas açucaradas ou tabaco.

Há outras experiências de outros países, que adotaram outras taxas como medida de angariação de fundos para a saúde, designadamente a taxa especial sobre empresas grandes e lucrativas, taxa sobre transações cambiais, ou até uma taxa sobre o turismo, o que seria particularmente benéfico para países onde este setor está bem desenvolvido (WHO, 2011).

A par destas medidas é imperativa a implementação de planos de contenção nos hospitais e no consumo de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico, porquanto a

tendência da despesa é de crescimento, devido ao aumento do envelhecimento e de doentes crónicos. Neste âmbito, Bech, Christiansen, Khoman, Lauridsen, & Weale (2011), que se propuseram estudar a relação entre a evolução da despesa em saúde e o envelhecimento na UE-15, numa tentativa de estimação de gastos, concluíram que, para o curto prazo, o efeito entre estas variáveis é positivo, mas que considerando períodos mais longos, o factor que ganha mais impacto é a “esperança de vida”, cujo aumento provocará um acréscimo exponencial das despesas de saúde.

Com a aplicação destas imposições estima-se uma redução em cerca de 0,3% do PIB em 2010, e um aumento deste valor para 0,4% em 2011, de acordo com o orçamento de Estado (ERS, 2011).

Pelo exposto se compreende que a saúde necessita de medidas urgentes e, neste sentido, e de acordo com o estabelecido no memorando de entendimento com a *troika*, é necessário melhorar a eficiência e a eficácia no sistema de saúde, induzindo um uso mais racional dos serviços e de controlo dos gastos. Gerar poupanças adicionais na área da farmácia para com o objetivo de reduzir os gastos públicos com medicamentos para 1,25% do PIB, no final de 2012, e para cerca de 1% em 2013, gerando, em simultâneo, poupanças adicionais nos custos operacionais dos hospitais (ERS, 2011).

1.3.4. Tendências atuais de mudança organizacional dos sistemas de saúde

A nova lei de gestão hospitalar (Lei 27/2002), publicada em Novembro de 2002, que altera a lei de bases da saúde de 1990, veio trazer um novo *modus operandi* ao regime jurídico da gestão hospitalar. A intenção política da mesma consiste na separação entre as entidades financiadoras e as entidades prestadoras de serviços. Assim, num sector que era predominantemente público, introduz-se alguns mecanismos de competição e até de mercado, sem colocar em causa o carácter equitativo do sistema e a universalidade do acesso aos serviços de saúde.

Outra ideia pretendida foi a adoção de práticas anteriormente exclusivas, ou tendencialmente, do setor privado. A este novo paradigma, que nem é totalmente público designado por planeamento adaptativo, nem totalmente privado, designado por modelo de mercado regulado, dá-se o nome de mercado planeado. Neste modelo mantém-se o exercício do poder público, mas introduzem-se padrões típicos do setor privado, como sejam a competitividade, a eficiência e a descentralização de recursos.

Este novo modelo, pode, de acordo com Cabiedes & Guillén (2001), citados por Ferreira (2003), assumir várias vertentes, como por exemplo a competição pública e o mercado misto. Na primeira, apenas intervêm prestadores públicos e o utente pode escolher o prestador do serviço, enquanto na segunda entram em cena os prestadores públicos e privados e cabe ao gestor o desenvolvimento, a conceção, a negociação e a monitorização do serviço. Estas novas medidas aparecem também associadas à cultura da competição, pretendendo a melhoria da imagem das

entidades prestadoras de serviços. Esta nova roupagem, nomeadamente com a contratualização de serviços de saúde, leva, para Ferreira (2003), a uma prestação de contas mais transparente.

A partir do momento em que o hospital tem uma gestão completamente pública, baseada na despesa, deve primeiro ser autonomizado, ficando a gestão sob o controlo de gestores internos, só depois, como nível intermédio, se poderá passar à empresarialização do hospital, onde a autonomia de gestão é mais alargada e os gestores têm o controlo praticamente total das decisões e onde há uma maior descentralização financeira (Ferreira, 2003).

Esta mudança é acompanhada pelo afastamento do Estado em relação à prestação de cuidados, gestão e planeamento de políticas internas, cabendo-lhe apenas o papel de supervisão do sistema na sua globalidade, intervindo quando há algum aspeto a corrigir, salvaguardando aquilo que é “socialmente desejável”. O Estado aparece agora como entidade reguladora, estabelecendo um conjunto de regras fundamentais para balizarem o comportamento dos diversos prestadores de serviços, assegurando ainda que estas sejam respeitadas. Tendo em conta estes argumentos, “a regulação do sistema torna-se não apenas necessária, mas imprescindível, com um enfoque maior na garantia de resultados eficientes, justo e de qualidade” (Ferreira, 2003).

Toda esta mudança organizacional surge porque os hospitais públicos “absorvem uma proporção considerável das despesas de saúde” e o seu histórico mostra que necessitam melhorar aspetos como a eficiência, a qualidade e a própria economia interna.

Aos gestores, nesta NGP (Nova Gestão Pública), é dada uma maior autonomia para gerir, que se reflecte na conseqüente autonomia organizacional das instituições públicas, mas cuja gestão recebe um “controlo apertado de resultados” (Carvalho, 2008).

Assim, e em jeito de conclusão, pode-se considerar que este novo modelo é mais empresarializado sem esquecer, contudo, a missão social do serviço a prestar. Pode ser viável e ter efeitos positivos quando acompanhado de uma efectiva regulação, com entidades que “garantam o funcionamento coerente do sistema, monitorizando e avaliando os desempenhos dos prestadores, a sua compatibilidade estratégica e corrigindo processos e resultados insatisfatórios face ao socialmente desejável” (Ferreira, 2003).

Esta reforma, a que estamos a assistir em Portugal, caminha para um modelo misto, de mercado planeado, ou seja, em breve, o sistema de saúde nacional terá uma separação nítida entre financiador e prestador de serviços, e, por isso, apresentar-se-á, tendencialmente, mais competitivo. Porém, de acordo com Carvalho (2008), esta procura de alternativas ao financiamento deste novo sistema leva a um aumento da proporção de custos imputados aos utilizadores, incentivando a procura de serviços exclusivamente privados. A saúde passa, assim e em sua opinião, a ser “crescentemente comercializável e transacionável”, deixando de ser “identificada como um bem coletivo” e diminuindo a sua representação social.

1.4. Políticas de saúde e do medicamento em Portugal especialmente dirigidas à população idosa

1.4.1. Políticas de saúde

Em concordância com o até então exposto, é necessário compreender as políticas de saúde implementadas para fazer face às necessidades dos utentes e contribuir para o seu completo bem-estar, nomeadamente na faixa etária mais avançada, considerando que a população está cada vez mais envelhecida.

O financiamento dos serviços de saúde tem tido grande destaque no âmbito das políticas de saúde, como consequência do elevado crescimento de gastos neste setor, mas também por causa das potencialidades que o sistema tem na definição de incentivos para os prestadores de cuidados de saúde, já que estes têm influência no volume e qualidade dos serviços prestados, na eficiência e eficácia (Costa et al., 2011).

Assim, e de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS) (2004), desenvolvido para o período de 2004-2010, os rastreios a nível dos cuidados primários não são suficientes, os cuidados de saúde não estão, por vezes, adequados à população mais envelhecida, constatando-se ainda insuficiência na prestação de cuidados domiciliários ao idoso. Há, portanto, que evoluir, nomeadamente no que respeita à necessidade de adequação da oferta às populações mais idosas.

De acordo com o referido plano, uma das estratégias para obter mais saúde centra-se na família e no ciclo de vida, sendo uma das metas direcionada para os idosos e para um envelhecimento mais ativo (DGS, 2011), entendendo-se por envelhecimento ativo, de acordo com a OMS, “o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (WHO, 2002).

Desta forma, o referido plano propõe-se, entre outras, contribuir para aumentar a esperança de vida na faixa etária dos 65 aos 69 anos, reduzir a percentagem de indivíduos que fuma e/ou consome álcool, promoção da actividade física e redução do número de obesos. Acrescenta, ainda, nesta mesma linha de abordagem, sob a designação “Morrer com dignidade”, contribuir para este objetivo, uma vez diagnosticada a quase inexistência de resposta a nível de cuidados paliativos. Ou seja, a aposta vai também para a organização deste tipo de assistência. (Direção Geral de Saúde [DGS], 2011).

Integrado neste plano está também o Programa Nacional para a Saúde do Idoso, que pretende assegurar a autonomia, a independência e a qualidade de vida das pessoas idosas, para ser aplicado por profissionais dos centros de saúde, hospitais e pertencentes à RNCCI. Esta preocupação assenta no facto de a população nesta faixa etária ver condicionados todos estes fatores por diferentes razões, como por exemplo, patologias crónicas, polimedicação, isolamento social, desertificação, fragilidades económicas, entre outros. Os serviços de saúde não estão preparados para dar resposta adequada a estas situações, na medida em que ainda se encontram

organizados para responder, principalmente, a episódios agudos de doença, sendo por vezes ineficientes na resposta a dar às necessidades de saúde de uma população envelhecida.

As dificuldades dos serviços de saúde para a promoção e manutenção da qualidade de vida destes utentes ainda são evidentes. É certo que a modificação de alguns hábitos, tais como uma alimentação saudável e a prática regular de exercício físico podem fazer com que os idosos tenham um envelhecimento mais saudável e, conseqüentemente, que pressintam melhorias na sua qualidade de vida (Davies, 2011). Aliás, os programas de saúde pública devem promover um estilo de vida saudável nos idosos, aliando sempre a alimentação correta ao exercício físico (Schuilt, 2006).

Para além da questão do envelhecimento ativo este programa contempla, ainda, outras áreas de intervenção estratégica, a saber (DGS, 2004):

- Adequação dos cuidados às necessidades dos idosos, o que poderá ser alcançado através de uma melhoria na informação prestada aos utentes e seus familiares acerca da utilização correta dos recursos de saúde, abordando temas diversos como a promoção da saúde oral ou a polimedicação;
- Promoção do desenvolvimento de elementos capacitadores, ou seja, para além de acionar a formação de profissionais que ajudem a detetar e encaminhar os idosos em casos de violência ou negligência, pretende atuar ao nível da informação sobre tecnologias e serviços que estimulem a segurança e independência, a prevenção de acidentes ou a utilização de transportes rodoviários.

Por sua vez, no PNS (2011), desenvolvido para o período 2011-2016, ainda em discussão, desenvolve-se sob o paradigma do aumento crescente de idosos e do seu índice de dependência e longevidade. Sob esta epígrafe, alias as preocupações com estilos de vida menos saudáveis, que acentuam o aumento da prevalência de doenças crónicas, tais como a diabetes, hipertensão arterial e problemas cardiovasculares, e as assimetrias ao nível da distribuição geográfica dos serviços de saúde, na medida em que o litoral a oferta de serviços é maior que no interior (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2011). Os cuidados de proximidade parecem merecer uma maior atenção, com promoção ao nível de orientações políticas, com vista à mudança centrada no cidadão (Amendoeira, 2009). Integrado nestas políticas estão também acções direccionadas especificamente para os medicamentos.

Em concordância com estas preocupações está a opção de considerar o ano de 2012 como o ano europeu do envelhecimento activo e da solidariedade entre gerações, uma iniciativa que pretende intervir em diversas áreas como o voluntariado, o emprego ou a saúde e, ao mesmo tempo, sensibilizar para a melhoria das oportunidades do envelhecimento activo em geral. Uma acção que a DGS classifica como importante para “manter a solidariedade intergeracional em sociedades onde o número de pessoas idosas aumenta rapidamente” (www.dgs.pt).

1.4.2. Políticas de gestão do medicamento

Uma das consequências do aumento da longevidade e dos avanços tecnológicos é o incremento das necessidades de investimento na saúde, a um ritmo superior ao da riqueza produzida no país. Dentro das despesas totais em saúde, aquelas que representam os valores mais expressivos são as referentes aos serviços que prestam cuidados de saúde e reabilitação e aos artigos médicos disponibilizados a doentes internados. Comparativamente com a média comunitária, a percentagem da despesa total com medicamentos em Portugal tem um valor superior, representando, na atualidade, cerca de 22% da despesa total em saúde, mostrando que o país gasta demasiado com medicamentos (Vaz, 2010). Esta evidência sugere, no mínimo, que há ineficiências no sistema, na medida em que estes gastos não têm como correspondência uma qualidade/resultados do serviços prestados superiores, quando comparados com a média da U.E..

As conclusões apresentadas pela OCDE (2011) vão no mesmo sentido, indicando que o consumo de medicamentos tem sofrido um aumento, tanto a nível do dinheiro gasto, como a no que respeita ao volume de fármacos consumidos. Identifica, como um dos fatores que mais tem contribuído neste sentido, o aumento da procura de tratamentos para as doenças relacionadas com o aumento da idade, ainda que também refira que o aumento do consumo de medicamentos se verifica em países com populações jovens.

Um dos grupos farmacêuticos analisados refere-se aos anti-diabéticos, cujo consumo sofreu um acréscimo em todos os países da OCDE, entre 2000 e 2009, sendo Portugal um dos países onde este crescimento foi mais forte, a par da Alemanha e da Finlândia. Os anti-depressivos também estiveram em análise, ocupando a Islândia o valor mais elevado do consumo destes fármacos (OCDE, 2011).

Dentro deste quadro, e no âmbito das preocupações a que preside, na base do PNS (2011) para o período 2011-2016, está, também, o aumento do consumo de medicamentos *per capita*, sendo os mais consumidos, a nível hospitalar, os citostáticos e os antiretrovirais, a contrastar com o aumento crescente de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos (PNS, 2011).

Assim, e no que respeita à política do medicamento, de referir que a mesma pode atuar nas seguintes três áreas: preços, quantidades e montantes gastos.

De acordo com o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) (2011), deve assegurar-se que os cidadãos tenham acesso aos medicamentos, ainda que sob critérios de racionalidade e eficiência, de forma a garantir a sustentabilidade do sistema. Por outro lado, é de extrema importância o controlo dos medicamentos ao nível de qualidade e segurança e da melhoria dos processos de prescrição e dispensa. Acrescenta, ainda, como questões prioritárias, a redução geral dos preços dos medicamentos, o alargamento da venda de MNSRM em outros locais de venda para além das farmácias, a promoção dos medicamentos genéricos e a utilização racional do medicamento, entre outras. Neste sentido, cabe ao INFARMED trabalhar conjuntamente com o Ministério da Saúde no sentido da formulação de políticas que conduzam à

prosseção destes objetivos, ainda que o seu papel passe por avaliar, controlar e monitorizar a utilização de medicamentos.

A esta política estão subjacentes conceitos como a garantia da qualidade, a equidade no acesso e a melhoria na eficiência. Quer isto dizer, que o acesso aos medicamentos não pode ser limitado por motivos de ordem financeira, e que o seu preço deve ser igual para todos os cidadãos, independentemente do local onde é adquirido. Para além disso, é preciso garantir, também, que o medicamento escolhido corresponde à escolha da terapia mais racional (Vaz, 2010).

No que respeita aos critérios de racionalidade na utilização e acessibilidade ao medicamento, e pensando já em termos de sustentabilidade do sistema, foi iniciado, já em 2003, um programa de ações, fundamentalmente suportado em políticas de promoção de medicamentos genéricos e na introdução de um novo método de comparticipação por preços de referência. Como metas estabelecidas nesta área, o PNS (2004), desenvolvido para o período 2004-2010 propunha, entre outras, a redução em 20% de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e anti-depressivos, o aumento do consumo de genéricos e a diminuição da despesa em medicamentos, no total da despesa em saúde (DGS, 2011).

A definição de preços de referência para os medicamentos genéricos é, também, uma questão chave a este nível, sendo que o primeiro passo será definir quais os medicamentos que pertencem ao mesmo grupo e aos quais se aplicará o mesmo preço de referência. Com esta medida pretende-se, para além de limitar os gastos através da sensibilização dos profissionais e utentes, a criação de incentivos à comercialização de medicamentos no segmento com preço igual ou inferior ao de referência. Já se notou, aliás, que para as DCI em que existe um genérico comercializado, 33,8% das embalagens vendidas dizem respeito a esses genéricos (Costa et al., 2011).

Tendo como visão a “disponibilização de tecnologias de valor terapêutico acrescentado que permitam maximizar ganhos em saúde, quer para a pessoa, quer para a sociedade em geral”, o PNS (2011), desenvolvido para o período 2011-2016, pretende atingir objetivos que acompanhem esta política orientadora para os ganhos em saúde, designadamente:

- Promover o envolvimento dos cidadãos, tanto na monitorização como na avaliação dos ganhos em saúde, ao nível das tecnologias da saúde. Regra geral, o cidadão comum tem pouco acesso à informação sobre medicamentos, não lhe permitindo fazer escolhas de forma esclarecida, e limitando a sua participação nos sistemas de saúde. Assim, é importante que a informação disponível seja fiável, sendo a internet o lugar ideal para a sua disseminação. No entanto, deverá existir apenas um único local de referência aos sites de cada companhia farmacêutica. Para além disso, é importante promover o papel dos cidadãos nas políticas de informação e monitorização de medicamentos, através de ações de farmacovigilância e da certificação das associações de doentes, de acordo com os princípios de isenção e transparência;
- Desenvolver mecanismos que limitem a utilização das tecnologias da saúde (incluindo medicamentos) no SNS, tendo em conta o seu valor terapêutico. Isto poder-se-á fazer

através da promoção da investigação clínica que ajude a avaliar a efectividade dos medicamentos e seja uma mais-valia na tomada de decisões, e também através da análise do valor terapêutico dos medicamentos e da sua relação custo - efetividade, entre outros. Os estudos que existem nesta área não permitem distinguir a utilização de medicamentos em cuidados de saúde primários e em ambulatório hospitalar. Incidem sobre o SNS no seu todo, ainda que apenas para os medicamentos comparticipados. Desta forma, é urgente aumentar a investigação sobre a utilização de medicamentos em Portugal;

- Promover uma melhor interligação entre os diversos prestadores de cuidados de saúde, nas áreas da prescrição, dispensa e utilização de medicamentos e dispositivos médicos, e desenvolver mecanismos de responsabilização face à utilização das tecnologias de saúde. Quando analisamos a década de 1995-2005, no que diz respeito à despesa com medicamentos, verifica-se que, tendo em conta a capacidade económica do país, se gasta em demasia, e que a despesa em saúde está distorcida, já que o peso com os medicamentos é muito elevado. Paralelamente, verificou-se também uma quebra de 2,7 para 2,3 medicamentos prescritos por consulta, que não tem efeito directo no custo médio por receita, que registou um aumento. Daqui se depreende que, uma vez que estão a ser prescritos menos medicamentos, estes são mais caros, mostrando que a prescrição de genéricos fica ainda aquém do que seria de esperar, mesmo após os seus custos administrativos terem sofrido uma redução na ordem dos 30%. Neste sentido, a descida de preços, só por si, talvez não seja suficiente, sendo necessário encontrar alternativas que poderão passar pelo controlo da prescrição e pela “criação de um sistema de incentivos, que passe pela responsabilização dos prescritores relativamente ao cumprimento dos limites orçamentais”. É também importante o estabelecimento de políticas de aquisição, distribuição, dispensa e utilização de medicamentos ou outros dispositivos médicos que privilegiem os ganhos em saúde, a sua implementação e a monitorização regular dos resultados obtidos; e
- Estabelecer um sistema de aquisição de tecnologias da saúde numa lógica que beneficie a evolução, e não as ruturas, que estimule a equidade no acesso e ganhos de eficiência para o SNS. Uma das etapas do circuito do medicamento é a indústria, que no caso português é maioritariamente proveniente de outros países. Assim, é recomendável que, a este nível, sejam criados incentivos à produção nacional de medicamentos estratégicos e que, relativamente à distribuição, sejam propostas medidas que facilitem a cadeia e baixem os custos, de que constitui exemplo a utilização de concursos de aquisição de âmbito regional para medicamentos genéricos.

Neste mesmo sentido se apresenta o programa de XIX Governo, para a legislatura 2011-2015, ao corroborar, ao nível da política do medicamento, a necessidade de melhorar o sistema de preços e de comparticipação, de forma a ser uma mais-valia para a equidade do sistema, o aumento da quota de mercado de medicamentos genéricos, a criação de legislação que permita o

fornecimento de medicamentos em dose individual e a revisão da legislação já existente, com o intuito de eleger como norma a prescrição através da denominação comum internacional (<http://www.portaldasaude.pt/>).

Adicionalmente, como consequência do programa de assistência financeira a Portugal, foram ainda estabelecidas poupanças adicionais, no sentido de se obter maiores ganhos de eficiência. As metas estabelecidas apontam para uma redução da despesa pública com medicamentos para 1,25% do PIB até finais de 2012 e para aproximadamente 1% até finais do ano seguinte, colocando Portugal ao nível da U.E... Assim, e em linha com o que está estabelecido no *Memorandum de Entendimento*, em 2012, a despesa com medicamentos de ambulatório encontrar-se-á nos 0,91% do PIB, contra os 1,1% registados em 2010. Para tanto, há que implementar uma série de políticas, parametrizadas pela UE, pelas autoridades de saúde e pelas seguradoras europeias, de abordagem ao medicamento através de parâmetros com a *Education*, a *Engineering*, *Economics* e *Enforcement*. Relativamente à *Education*, é necessário criar estratégias educacionais e protocolos terapêuticos, no que respeita ao *Engineering*, impõe-se a obrigatoriedade de prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI), como uma prioridade na redução da despesa, na perspectiva *Economics*, dever-se-á dar relevo aos incentivos financeiros ou co-pagamentos superiores para medicamentos mais caros e, no que respeita à questão do *Enforcement*, é imperativa a prescrição de genéricos ou, inclusive, a restrição de prescrição de determinados medicamentos.

É que, de acordo com o CEFAR (2011), com base numa análise desenvolvida em parceria com os parceiros europeus, só a aplicação em simultâneo de todas estas medidas permitirá contrariar as pressões comerciais opostas à prescrição de genéricos e, simultaneamente, poder reduzir significativamente a despesa do SNS com medicamentos.

Parte II – Estudo empírico

2.1. Objetivos da investigação

Os idosos, porque mais vulneráveis a um conjunto de fatores externos, são um grupo da população que apresenta necessidades acrescidas, nomeadamente no que respeita ao crescente nível de dependência e às elevadas necessidades ao nível do consumo de serviços de saúde. Ora, num tempo em que, por um lado, vimos assistindo, por parte do poder governamental, à implementação de medidas de emergência que permitam travar o crescimento exponencial dos gastos com a saúde, com o objetivo de assegurar a sustentabilidade do sistema, e, por outro, ao envelhecimento, que se apresenta como um problema social cada vez mais evidente, com implicações importantes na qualidade de vida das pessoas, e tendo os idosos associado ao aumento da longevidade um aumento de doenças crónicas que implicam consumos elevados de medicamentos e de recursos de saúde, propomo-nos estudar o envelhecimento da população no concelho de Macedo de Cavaleiros na sua relação com o consumo de medicamento, procurando analisar a relação existente entre as variáveis em epígrafe, com base em informação fornecida através de um inquérito à população com mais de 65 anos.

Pretendemos, desta forma, contribuir para uma maior compreensão do fenómeno do envelhecimento das populações na sua relação com o consumo de medicamentos, com o objetivo de poderem ser ajustadas políticas de gestão da saúde e do medicamento, nomeadamente a nível das farmácias comunitárias da região.

2.2. Orientação metodológica

2.2.1. Justificação

Depois de enquadrarmos a temática da nossa investigação a partir de um referencial teórico, que consubstancia a primeira parte deste trabalho, onde procurámos tocar os principais aspetos que, em nossa opinião, nos permitiram contextualizar o problema e nos ajudaram na definição dos nossos objetivos, o processo de investigação compreende, ainda, um referencial metodológico onde se define, de entre outros, o método de recolha de dados e o seu tratamento. Um trabalho académico tem que incluir uma componente metodológica onde, de entre outras, se apresenta uma descrição e avaliação dos métodos de investigação utilizados (Ryan, Scapens & Theobald, 2002).

Este trabalho segue uma metodologia do tipo descritivo-inferencial. Descritiva, porque pretende descrever as características de uma amostra e, a partir daí, tentar perceber as relações que existem entre algumas variáveis (Mantovani & Viana, 2008). Inferencial, porque toda a informação pode ser traduzida em números, ou seja, em variáveis mensuráveis e proposições prováveis.

2.2.2. Principal método de recolha de informação

A investigação efetuada é do tipo transversal, realizada através de inquérito, uma das técnicas mais utilizadas na área da gestão (Barañano, 2008). No mesmo sentido se apresentam Quivy & Campenhoudt (2005), que se referem ao inquérito por questionário e ao inquérito por entrevista como os principais métodos de recolha de informação.

O inquérito foi presencial, aplicado no período compreendido entre 15 de Junho e 15 de Dezembro de 2011, a pessoas com mais de 65 anos, residentes no concelho de Macedo de Cavaleiros. Nos estudos transversais não há seguimento dos indivíduos. O inquérito utilizado não é original mas sim o resultado de uma adaptação brasileira, usado num trabalho intitulado “Perfil de utilização de medicamentos por aposentados brasileiros” elaborado pelo Ministério da Saúde brasileiro e pela Fundação Oswaldo Cruz, e que serviu de base ao estudo desenvolvido por Ribeiro, Acurcio, César, Rozenfeld, & Klein, (2008), intitulado “Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros. 2 – Taxa de resposta e preenchimento de questionário postal em belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil”. O nosso questionário, que apresentamos no anexo 1, é composto por 24 questões distribuídas por três partes, a saber, elementos caracterizadores da amostra, elementos de observação intrínsecos à amostra e elementos de observação correlacionados com a amostra. Ou seja, surge dividido em três secções que englobam características socioeconómicas dos indivíduos, indicadores das condições de saúde e do uso de medicamentos.

A primeira parte, elementos caracterizadores da amostra, inclui as questões relacionadas com a caracterização dos indivíduos como idade, género, localidade a que pertence, estado civil e

rendimento, de entre outros. Na segunda secção, elementos de observação intrínsecos à amostra, compreende um conjunto de questões com o objetivo de agregar informação relativa ao estado de saúde dos idosos em geral, à utilização de serviços de saúde e ao consumo de medicamentos, em particular. Finalmente, na parte três, elementos de observação correlacionados com a amostra, pretende-se foram incluídas questões com o objetivo de obter informação para reforçar as respostas obtidas nas restantes secções do questionário.

2.2.3. Caracterização da amostra

De acordo com os dados do INE, existiriam em 2010, 4080 idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros, representativos da nossa população, de onde foi retirada, aleatoriamente, uma amostra de 290 indivíduos. O cálculo do tamanho amostral necessário foi efetuado com base na seguinte (<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>).

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{p * q * (Z_{\alpha/2})^2 + (N - 1) * D^2}$$

Onde:

N representa o número de indivíduos da população – 4080

D representa a margem de erro – 5,55%

Z – representa o grau de confiança desejado – 95%

$Z_{\alpha/2}$ representa o valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado – 1,96

p representa a verdadeira probabilidade da amostra

q = 1-p (uma vez que p não é conhecido, utiliza-se o valor de 50% para ambos)

Este número amostral representa, dentro da população total, 7,10%, com um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro de 5,55%, o que é aceitável em termos estatísticos.

2.2.4. Limitações do estudo

Apesar da metodologia aplicada ao estudo ser consistente com os objetivos propostos, apresentou algumas limitações na obtenção e no tratamento dos dados.

Um dos maiores obstáculos com que nos deparámos foi com a capacidade de obtenção de respostas, isto porque os idosos mostravam muitas vezes receio de responder ao inquérito, apesar de todas as explicações e garantias de confidencialidade que eram fornecidas aquando da abordagem. Para além disso, e apesar de termos formulado um pedido por escrito ao ex-Aces Nordeste, no sentido de obter autorização para aplicar os inquéritos no centro de saúde, até ao momento ainda não nos foi fornecida uma resposta. Assim, conseguimos obter 290 inquéritos,

uma amostra que não é muito grande, mas que nos dá uma margem de erro de 5,55%, que apesar de não ser a ideal, é aceitável em termos estatísticos.

O inquérito, que resultou de uma adaptação, como já tivemos oportunidade de referir, apresenta algumas limitações, detetadas aquando da construção da base de dados. Por exemplo, a pergunta 17, aplicada com o objetivo de saber quanto era gasto mensalmente em medicamentos, acabou por não ter o impacto pretendido por inadequação da escala utilizada, que, deveria ter sido mais pequena.

Por fim, e não obstante se ter tentado obter a máxima fiabilidade possível relativamente às respostas conseguidas, o estado de morbilidade de alguns idosos poderá ter levado ao esquecimento de alguns fármacos e até de alguns problemas de saúde, denotando-se também que, no caso dos idosos institucionalizados, os próprios funcionários da instituição ajudaram em algumas situações, devido ao desconhecimento do idoso relativamente aos problemas de que padecem e/ou aos medicamentos que tomam. Problemas de comunicação que podem levar a pequenos enviesamentos, mas que consideramos não serem suficientemente significativos para, por si só, alterarem os resultados finais.

2.2.5. Tratamento dos dados

A análise da informação submete os dados e observações a operações estatísticas e matemáticas que lhe darão a forma exigida pelas hipóteses (Quivy & Campenhoudt, 2005). A estatística não se constitui como uma teoria mas sim como um método, já que o seu objetivo não é explicar os fenómenos mas antes descrevê-los. Ao apresentar-se como um ramo da matemática aplicada, os métodos estatísticos são rigorosos, ainda que imbuídos de alguma subjetividade, resultante, sobretudo, da qualidade das medidas de observação, facto particularmente crítico no caso das ciências sociais e humanas (www.alea-estp.ine.pt).

Todas as nossas análises foram efetuadas com recurso ao *software SPSS 19.0*, que oferece a possibilidade de utilização de leque alargado de técnicas estatísticas, de entre as que seleccionámos a análise descritiva, análise inferencial, com o objetivo de aferir acerca das diferenças entre variáveis, e recodificação de variáveis.

Partimos de uma base de dados com 290 indivíduos, provenientes de um inquérito com 24 questões. Começamos por fazer a recodificação da variável “idade”, agrupando os indivíduos em intervalos de 10 anos de que resultaram as seguintes quatro faixas etárias: 65-75 anos, 76-85 anos, 86-95 anos e superior a 95 anos. De modo análogo, e como também se pretendia analisar alguns dados relacionados com a institucionalização (ou não) de alguns idosos, procedemos à recodificação da variável “com quem vive”, colocando os indivíduos institucionalizados num grupo e os não institucionalizados em outro.

Prosseguimos com a análise de frequências às respostas referentes a cada questão, para uma mais correta compreensão e enquadramento da amostra, calculando-se, ainda, seu o índice de longevidade.

No mesmo sentido, submetemos os dados da amostra a alguns testes para verificar se havia associação entre algumas variáveis. A escolha dos testes prendeu-se com o tipo de variáveis em análise, e, no seguimento deste raciocínio, foram realizadas as seguintes análises:

1. Testar a existência de associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “género”

Esta análise foi efetuada para procurar saber se o primeiro – consumo de medicamentos – está associado ao facto de se ser homem ou mulher, e, em caso afirmativo, tentar perceber qual o género onde o consumo de medicamentos é superior.

Uma vez que estávamos perante duas variáveis nominais, optamos pelo teste de Qui-quadrado da independência, considerando como hipóteses:

H0: As variáveis “consumo de medicamentos” e “género” são independentes

H1: As variáveis “consumo de medicamentos” e “género” estão associadas

Como para as problemáticas “audição” e “visão” se verificou haver violação de pressupostos para a aplicação do teste do Qui-quadrado, na medida em que mais de 20% das células apresentavam valores inferiores a 5, efetuámos o teste de Fisher, considerando as mesmas hipóteses.

Através da análise dos valores de p obtidos em ambos os testes, confirmámos ou refutámos a hipótese nula, ou seja, se inferiores a 0,05, rejeitamos H0, se superiores a esse valor, aceitamos H0.

Para a problemática “depressão” utilizámos, ainda, a medida de associação V de Cramer, para estudar o grau de associação entre as variáveis. Para considerarmos que esta é forte, o valor da medida tem de ser superior a 0,5.

2. Verificar a existência de associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade”

Neste caso, a análise pretendia verificar a associação entre estas variáveis, de modo a perceber se o consumo de medicamentos está associado ao aumento da idade, partindo do pressuposto que esta associação é não só positiva como também aumenta com o aumento da idade.

Optámos, também aqui, pelo teste de qui-quadrado, considerando as quatro faixas etárias previamente definidas. No entanto, e como havia violação de pressupostos para a sua aplicação, optamos, como forma de tornar possível a sua utilização, por utilizar apenas as três primeiras classes, ou seja, 65-75 anos, 76-85 anos e 86-95 anos. Como estas três classes englobam 279 dos 290 inquiridos, consideramos válida esta opção. As hipóteses definidas foram:

H0: As variáveis “consumo de medicamentos” e “idade” são independentes

H1: As variáveis “consumo de medicamentos” e “idade” estão associadas

Para os casos em que o valor de p se situou abaixo dos 0,05, utilizámos a medida V de Cramer para analisar o grau de associação. Como, também concluímos pela violação de pressupostos para aplicação do teste de qui-quadrado, relativamente aos casos “problemas de audição” e “problemas de visão”, recorremos ao teste de Fisher. Como este teste define como critério a utilização de uma tabela de 2X2, subdividimos os indivíduos em dois grupos, os de 65-75 anos e os de + de 76 anos, considerando as mesmas hipóteses.

Para as problemáticas em que identificámos existir associação entre as variáveis em estudo, tentámos perceber em que faixa etária se verificaria o maior consumo de medicamentos e qual a relação entre o “consumo de medicamentos” e a “idade”.

3. Testar a existência de associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “institucionalização”

O facto dos idosos estarem institucionalizados pode ser uma condicionante para o aumento do consumo de medicamentos, já que nestas situações acreditamos haver um maior controlo dos fatores de risco de determinadas doenças, que passará, inevitavelmente, pelo uso de medicação. Assim, propomo-nos analisar a associação entre estas variáveis, considerando as seguintes hipóteses para aplicação do teste de qui-quadrado:

H0: As variáveis “consumo de medicamentos” e “institucionalização” são independentes

H1: As variáveis “consumo de medicamentos” e “institucionalização” estão associadas

Mais uma vez, os “problemas de audição” e os “problemas de visão” tiveram de ser sujeitos ao teste de Fisher, visto violarem os pressupostos do teste de qui-quadrado. Analisando os valores de p para ambos os testes confirmámos ou não a hipótese nula.

4. Analisar a existência de associação entre as variáveis “escolaridade” e “perceção do estado de saúde”

Com esta análise pretendemos averiguar a existência de uma associação entre as variáveis em epígrafe, de modo a testar se a escolaridade dos indivíduos tem alguma influência nas perceções que têm do seu estado de saúde.

O teste de qui-quadrado foi, mais uma vez, o escolhido e, mas uma vez, verificámos que havia violação de pressupostos para a sua aplicação, pelo que utilizámos o teste de Fisher com as seguintes hipóteses:

H0: As variáveis “escolaridade” e “perceção do estado de saúde” são independentes

H1: As variáveis “escolaridade” e “perceção do estado de saúde” estão associadas

Porém, e como para este teste só podemos usar tabelas de 2x2, tivemos de recodificar ambas as variáveis. Para tanto, procedemos à subdivisão da variável “escolaridade” em

“habilitações até ao 6º ano” e “habilitações superiores ao 6º ano”, e a variável “perceção do estado de saúde” em “estado de saúde bom” e “estado de saúde mau”. Os indivíduos que consideravam o seu estado de saúde “regular” não foram incluídos.

5. Testar a existência de associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “perceção do estado de saúde”

Com este teste procurámos verificar se as variáveis “consumo de medicamentos” e “perceção do estado de saúde” estão associadas e, em caso afirmativo, tentar perceber se os indivíduos que tomam mais medicação são, efetivamente, os que consideram ter um pior estado de saúde. As variáveis consideradas foram:

H0: As variáveis “consumo de medicamentos” e “perceção do estado de saúde” são independentes

H1: As variáveis “consumo de medicamentos” e “perceção do estado de saúde” estão associadas

Após verificação de pressupostos, concluímos não ser possível utilizar o teste de qui-quadrado, pelo que recorremos ao teste de Fisher. Para tal, houve necessidade de recodificar a variável “perceção do estado de saúde”, para as classes “estado de saúde bom” e “estado de saúde mau”. Os indivíduos que consideravam o seu estado de saúde “regular” não foram incluídos.

Nos casos em que *p-value* assumiu valores inferiores a 0,05, considerámos existir associação entre as variáveis, pelo que avaliámos o respetivo grau de associação através da medida V de Cramer, já que ambas as variáveis eram nominais.

2.2.6. Análise e discussão dos resultados

2.2.6.1. Análise descritiva

Partimos de uma base de dados de 290 indivíduos das várias freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros, sendo a mais representativa a da sede de concelho, com 98 do total dos indivíduos considerados. As mulheres representam 176 indivíduos, respondendo por 60,7% da amostra, com uma média de idades que se situa nos 78,8 anos, para um mínimo de 65 anos, do idoso mais novo, e um máximo de 106 anos, a corresponder ao idoso mais velho, conforme Quadro 20 que a seguir se apresenta.

Quadro 20. Valores referentes à distribuição da amostra segundo o sexo e a idade

Faixa etária	Sexo		Total
	Homens	Mulheres	
65-75 anos	43	74	117
76-85 anos	49	51	100
86-95 anos	21	41	62
+ de 95 anos	1	10	11
Total	114	176	290

A faixa etária com maior expressividade na nossa amostras é a de 65 a 75 anos, seguida da dos 76 aos 85 anos. Em todas as classes as mulheres estão em número superior ao dos homens.

Para o índice de longevidade que calculámos obtivemos o valor de 53,1%, um valor mais alto comparativamente com o índice registado para o concelho em 2009, que se situava nos 50,9%. Este índice vem dado pelo quociente entre a população com idade igual ou superior a 75 anos e a população com idade igual ou superior a 65 anos.

Relativamente ao estado civil, a amostra é maioritariamente formada por indivíduos viúvos, representativos de 54,5%, seguidos dos indivíduos casados, com 34,5%. Cerca de 83% dos amostrados têm filhos, ainda que uma parte significativa, 43,3%, se encontra institucionalizado. Ainda assim, 31,7% pessoas referem que habitam com o cônjuge e 14,1% vivem sozinhos.

Apesar de 33,4% dos idosos terem habilitações ao nível da quarta classe, a diferença relativamente àqueles que não sabem ler nem escrever é mínima, já que estes representam 32,1% do total da amostra. Dos inquiridos, 77 sabem ler e escrever e apenas 4 possuem habilitações ao nível universitário.

Dos 290 inquiridos, 287 têm na reforma a sua fonte de rendimento. Para cerca de 43% o valor ganho situa-se entre os zero e os 300 euros, com uma pequena minoria, de 2,1% da amostra, a auferir um valor superior a 1.000 euros.

Relativamente à perceção que têm do seu estado de saúde, mais de 50% consideram-no regular, apesar de uma percentagem significativa, de 33,4%, o classificar como mau. Ainda assim, mais de 66% dos auscultados não viram as suas atividades habituais limitadas por motivos de saúde e apenas cerca de 25% se viu internado num hospital. No seguimento desta análise, acerca da perceção do estado de saúde, foi perguntado quantas vezes haviam visitado o seu médico de família. Dos inquiridos, 130, representativos de 44.8% da amostra, referiram terem tido contacto com este profissional 3 a 4 vezes no último ano, 98, correspondente a 33,8% da amostra, fizeram-no ainda com maior frequência, sendo que apenas 8 idosos, afirmaram não terem sido consultados nenhuma vez no último ano, conforme se pode constatar da análise ao Quadro 21 que se segue.

Quadro 21. *Indivíduos, em número e percentagem, que foram consultados pelo médico de família no último ano*

Consulta médico família	Frequência	Percentagem (%)
Nenhuma vez	8	2,8
1 a 2 vezes	54	18,6
3 a 4 vezes	130	44,8
5 ou mais vezes	98	33,8

Em concordância com estes resultados estão os obtidos à frequência de consultas de especialidade, para o que obtivemos resposta positiva em 38,3%, com uma maior expressão para os médicos de cardiologia, oftalmologia e ortopedia.

No que diz respeito à percepção que têm sobre se padecem ou não de alguma doença crónica ou problema de saúde e se, como consequência, utilizam ou não medicamentos com regularidade, as respostas obtidas, que sistematizámos no Quadro 22, mostram que os indivíduos que admitem padecer de qualquer um dos problemas referidos não coincide, em número, com os que afirmam tomar medicação com regularidade. Neste particular, cabe destacar que, para cada problema de saúde referenciado, o número de idosos que não consome medicamentos com regularidade é sempre superior ao número de idosos que o faz.

Quadro 22. *Número de inquiridos que referem ter (ou não) a doença indicada, e número de idosos a consumir medicamentos para essas mesmas doenças*

Doença	Idosos que referem ter a doença (nº)		Idosos a consumir medicamentos nº)	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Diabetes	71	219	68	222
Problemas coração	88	202	68	222
AVC/ trombose	32	258	26	264
Depressão	68	222	39	251
Asma/ bronquite	26	264	20	270
Problemas audição	102	188	3	287
Problemas visão	128	162	11	279
Prob. Circulação de sangue	88	202	58	232
Hipertensão	137	152	136	154
Colesterol elevado	92	198	86	204
Reumatismo / Articulações	166	124	126	164

Da sua análise sobressai, como doença mais referida o reumatismo/problemas nas articulações, seguida da hipertensão e de outros problemas de saúde também bastante referidos, de que se destacam os de estômago, da próstata e tiróide. No entanto, e pela análise do mesmo quadro, verifica-se, como referimos acima, que a toma regular de medicamentos para os problemas referidos não é exatamente igual, em número, à quantidade de indivíduos que referem ter o problema. A hipertensão passa a ser o problema com mais destaque em termos de consumo regular, seguida pelo reumatismo/problemas das articulações.

Em concordância com esta análise, concluímos que, aproximadamente 88% da amostra afirma ser utilizador regular de medicamentos, dos quais 40% refere fazê-lo há mais de 10 anos e 20% há menos de cinco anos.

No que respeita ao valor gasto mensalmente com medicamentos, 25,5 % dos inquiridos não forneceram informação a este respeito e que em 50% dos casos o valor gasto se situa no intervalo de zero e os cem euros. Em concordância com os dados anteriores, em que o número daqueles que reconhecem padecer de qualquer enfermidade é superior ao número daqueles que admitem tomar medicação regular, está a constatação de que 33 pessoas, representativas de 11,4% da amostra, não gastam dinheiro em medicamentos de forma regular. Aliás, a este respeito, há mesmo quem admita, em cerca de 8% dos inquiridos, ter deixado de adquirir medicamentos por falta de dinheiro.

Para dar sequência à análise apresentada no Quadro 23 questionámos, também, se, para cada uma das doenças identificadas e supra citadas tomam ou não medicamentos com regularidade e, em caso afirmativo, em que dosagem. Neste particular, verificámos que aproximadamente 47% dos inquiridos toma dedicação diariamente para a hipertensão, 43% para o reumatismo/articulações, seguidos de uma percentagem de 23% para a diabetes e também para os problemas do coração. Analisámos, em simultâneo, as doses diárias ingeridas, para o que calculámos a média, por doença em estudo, e que apresentamos no Quadro 23 que se segue.

Quadro 23. Média diária de medicação ingerida para cada doença em análise

Doença	Indivíduos que tomam medicação diariamente (%)	Média diária de medicamentos ingeridos (nº)
Diabetes	23,4	3,6
Problemas coração	23,4	1,6
AVC/ trombose	9	1,5
Depressão	17	3,2
Asma/ bronquite	7	2,5
Problemas. audição	1	1,5
Problemas visão	4	2,5
Prob. Circulação de sangue	20	2,3
Hipertensão	46,9	2
Colesterol elevado	29,6	2
Reumatismo / Articulações	43,4	2,5 (+ 10 pessoas a referir SOS)

Para além das situações que ilustramos no quadro supra, identificamos que, de entre os inquiridos, 28 referiram ingerir diariamente medicamentos para o estômago, 15 para dormir e 11 para a próstata, entre outras situações de bastante menos representatividade.

No que respeita à forma farmacêutica, 93,4%, representativo de 271 dos inquiridos, dizem utilizar mais frequentemente os comprimidos, seguidos das pomadas/cremes e dos sprays/aerossóis. Apurámos, também, que dos 290 indivíduos auscultados, 88,6% admitiram ter usado medicamentos com regularidade no último ano e que, na sua esmagadora maioria, 95,4% da amostra, foram prescritos por um médico.

Finalmente, quando indagados sobre se os problemas de saúde de que padecem influenciam ou determinam, de alguma forma, alterações ou interrupções das suas rotinas, apurámos que 102 indivíduos, representativos de 35% da amostra, dizem ter sido privados, em definitivo, das suas rotinas devido a problemas de saúde, enquanto 77 concluíram que esta inviabilização foi apenas temporária. Os restantes 111 indivíduos afirmam que os problemas de saúde não tiveram qualquer influência nas suas rotinas diárias.

2.2.6.2. Análise bivariada

Em concordância com os propósitos do nosso estudo, submetemos a nossa amostra, de 290 indivíduos, a uma análise bivariada, com o objetivo de analisar, em simultâneo, duas ou mais variáveis e, desta forma, estabelecer relações entre elas que nos permitam concluir pela existência, ou não, de distribuições estatisticamente significativas e, por essa via, a possibilidade de identificar relações de causalidade. Neste sentido, desenvolvemos um conjunto de testes com o objetivo de testar a associação entre duas variáveis e cujos resultados apresentamos a seguir.

1. Começámos por testar se há associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “género”

Uma vez que estávamos perante duas variáveis nominais, optamos pelo teste de Qui-quadrado da independência, cujos valores de p obtidos se apresentam no Quadro 24 que se segue.

Quadro 24. *Valores de p obtidos no teste de qui-quadrado, relativamente às doenças em análise, para avaliação da associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “género”:*

Doença	Valores de p obtidos
Diabetes	0,719
Problemas. coração	0,939
AVC/ trombose	0,242
Depressão	0,026
Asma/ bronquite	0,137
Prob. Circulação de sangue	0,589
Hipertensão	0,188
Colesterol elevado	0,634
Reumatismo / Articulações	0,909

De acordo com os resultados obtidos, apenas a “depressão” apresenta valores inferiores a 0,05. Desta forma, há evidências estatísticas suficientes para afirmar que, neste caso, as variáveis “consumo de medicamentos” e “gênero” estão associadas, com um nível de significância de 0,05. Estes resultados levaram-nos a elaborar o Quadro 25, onde se expressa a relação entre os indivíduos que tomam antidepressivos, de acordo com o gênero. A sua análise permite-nos constatar que as mulheres utilizam cerca de três vezes mais medicamentos para a depressão que os homens.

Quadro 25. Número de indivíduos que consome antidepressivos, de acordo com o gênero

Gênero	Consome Medicamentos	Não consome medicamentos	Total
Masculino	9	105	114
Feminino	30	146	176
Total	39	251	290

Prosseguimos a nossa investigação com a utilização da medida de associação V de Cramer para estudar o grau de associação entre estas variáveis. O valor obtido foi 0,131, mostrando que a associação entre o consumo de medicamentos para a depressão e o gênero é fraca.

Para as demais doenças descritas no Quadro 25, os valores de p apresentam-se superiores a 0,05, levando-nos a afirmar que não existem evidências estatísticas suficientes para dizer que, para um nível de significância de 0,05, as variáveis “consumo de medicamentos” e “gênero” estão associadas.

Relativamente aos problemas de “audição” e “visão” houve violação de pressupostos para a aplicação do teste de qui-quadrado, visto que mais de 20% das células apresentavam valores inferiores a 5. Esta circunstância, levou-nos a realizar o teste de Fisher, considerando as mesmas hipóteses. O valor de p obtido para “problemas de audição” foi de 1,000 e para “problemas de visão” foi de 0,757, levando-nos a considerar que, também aqui, não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variáveis em análise estão associadas, para um nível de significância de 0,05.

2. Prosseguimos com o teste há associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade”

Também aqui, a nossa opção recaiu sobre o teste de qui-quadrado da independência, considerando as seguintes três faixas etárias, 65-75 anos, 76-85 anos e mais de 86 anos. Os valores obtidos foram os que se representam no Quadro 26 que se segue.

Quadro 26. Valores obtidos no teste de qui-quadrado, para análise da associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade”

Doença	Valores de p obtidos
Diabetes	0,429
Problemas coração	0,002
AVC/ trombose	0,210
Depressão	0,009
Asma/ bronquite	0,638
Prob. Circulação de sangue	0,009
Hipertensão	0,005
Colesterol elevado	0,537
Reumatismo / Articulações	0,013

Da sua análise resultam valores de p inferiores a 0,05 para “problemas de coração”, “depressão”, “problemas de circulação de sangue”, “hipertensão” e “reumatismo/problemas de coração”. Desta forma, existem evidências estatísticas para afirmar que, para estes casos, as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade” estão associadas, com um nível de significância de 0,05.

Calculou-se também a medida V de Cramer, para analisar qual o grau de associação, e os valores obtidos, e que apresentamos no Quadro 27, mostram associação entre as variáveis, ainda que fraca, para todos os problemas.

Quadro 27. Valores da medida V de Cramer, para análise do grau de associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade”

Doença	Valores de V de Cramer
Problemas de coração	0,211
Depressão	0,183
Problemas circulação de sangue	0,185
Hipertensão	0,193
Reumatismo/ Problemas de articulações	0,177

Para os restantes problemas de saúde expressos no Quadro 27, não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade” estão associadas, para um nível de significância de 0,05.

Verificámos, também aqui, haver violação dos pressupostos para aplicação do teste de qui-quadrado para os casos de “problemas de audição” e “problemas de visão”, pelo que recorremos ao teste de Fisher. Como este teste tem como critério a utilização de uma tabela de 2X2, subdividimos os indivíduos em dois grupos, com 65-75 anos e com + de 76 anos, considerando as mesmas hipóteses. Para ambos os casos, o valor obtido no teste de Fisher foi de

1,000, levando-nos a concluir que, também aqui, não há evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variáveis “consumo de medicamentos” e “idade” estão associadas, para um nível de significância de 0,05.

Para os problemas em que se verificou existir associação entre as variáveis, tentámos perceber em que faixa etária se verificaria o maior consumo de medicamentos, e qual a relação entre o “consumo de medicamentos” e a “idade”, e que apresentamos no Quadro 28.

Quadro 28. *Percentagem de indivíduos que refere consumir medicação para os problemas indicados, por faixa etária*

Doença	Faixa etária (anos)			
	65-75	76-85	86-95	+ de 95
Problemas coração	12,2	18,4	16,1	16,6
Depressão	5,7	10,7	10,1	11,1
Prob. Circulação de sangue	13,0	10,1	16,9	27,7
Hipertensão	35,7	27,9	33,0	33,3
Reumatismo / Prob. Articulações	33,3	32,7	23,7	11,1

Da análise ao quadro verificámos que a maior percentagem de utilização de medicamentos se refere à hipertensão, que assume o seu valor mais elevado na faixa etária dos 65 aos 75 anos. Não é, no entanto, possível verificar um padrão de consumo ao longo da idade, exceto no caso do reumatismo/problemas das articulações, em que há um decréscimo do consumo à medida que a idade avança. No que diz respeito aos “problemas de coração” e “depressão” verificámos que há, para ambos os casos, um aumento do consumo da primeira para a segunda faixa etária, e que decresce a partir dos 86 até aos 95 anos, idade em que se volta a registar um crescimento. Relativamente aos “problemas de circulação de sangue” e de “hipertensão” a diminuição do consumo verifica-se da primeira para a segunda faixa etária, voltando a aumentar à medida que a idade avança. Desta forma, não é possível estabelecer uma relação concreta entre o aumento da idade e o consumo de medicamentos.

3. Continuámos com a avaliação, neste caso há associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “institucionalização”

Aplicámos, mais uma vez, o teste de qui-quadrado da independência, e obtivemos os valores que apresentamos no Quadro 29.

Quadro 29. Valores de p obtidos no teste de qui-quadrado, para averiguação da associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “institucionalização”

Doença	Valores de p obtidos
Diabetes	0,127
Problemas coração	0,334
AVC/ trombose	0,001
Depressão	0,000
Asma/ bronquite	0,013
Prob. Circulação de sangue	0,000
Hipertensão	0,000
Colesterol elevado	0,540
Reumatismo / Articulações	0,003

Relativamente às doenças de “diabetes”, “problemas de coração” e “colesterol elevado”, os valores obtidos permitem-nos afirmar que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar, com um nível de significância de 0,05, que as variáveis “consumo de medicamentos” e “institucionalização” estão associadas.

Mais uma vez, os “problemas de audição” e os “problemas de visão” tiveram de ser sujeitos ao teste de Fisher, visto violarem os pressupostos do teste de qui-quadrado, sendo que no primeiro caso o valor de p foi de 0,260 e no segundo caso de 1,000. Desta forma, estes problemas assumem as conclusões apresentadas para os anteriores.

Para os restantes problemas de saúde, a evidência mostra que as variáveis em análise estão associadas, com um nível de significância de 0,05, levando-nos à elaboração do Quadro 30 para desenvolvermos a nossa investigação. Concluimos que os idosos institucionalizados a consumir medicação estão sempre em número superior ao dos não institucionalizados.

Quadro 30. Número de idosos institucionalizados e não institucionalizados que consomem medicamentos para as doenças referenciadas

Doença	Idosos a consumir medicação		
	Institucionalizados (nº)	Não institucionalizados (nº)	Total
AVC / Enfarte	7	19	26
Depressão	10	29	39
Asma	6	14	20
Prob. Circulação de sangue	16	42	58
Hipertensão	62	74	136
Reumatismo/Prob. articulações	59	67	126

4. Testámos, também, a associação entre as variáveis “escolaridade” e “perceção do estado de saúde”

O teste de qui-quadrado foi, mais uma vez, o escolhido mas, como havia violação de pressupostos para a sua aplicação, tivemos que optar pelo de Fisher, considerando as mesmas hipóteses e as variáveis recodificadas.

O valor de p obtido neste teste foi 0,514, mostrando que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variáveis estão associadas, para um nível de significância de 0,05.

5. Analisámos, por fim, a associação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “perceção do estado de saúde”

Neste caso utilizámos o teste de Fisher, e os valores alcançados mostram-se no Quadro 31. Desta forma, como os valores obtidos são inferiores a 0,05 para os casos “AVC/enfarte”, “depressão” e “hipertensão” rejeitámos H_0 , concluímos que, para um nível de significância de 0,05, existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variáveis “consumo de medicamentos” e “perceção do estado de saúde” estão associadas.

Avaliámos, também, o seu grau de associação através da medida V de Cramer, já que ambas as variáveis eram nominais, obtendo um valor de 0,199 para o “AVC/enfarte”, de 0,204 para a “depressão” e de 0,281 para a “hipertensão”. Estes resultados mostram que, apesar de existir uma associação entre as variáveis, ela é fraca.

Quadro 31. Valores obtidos no teste de Fisher para análise da relação entre as variáveis “consumo de medicamentos” e “perceção do estado de saúde”

Doença	Valores de p obtidos
Diabetes	0,147
Problemas. coração	0,176
AVC/ trombose	0,023
Depressão	0,027
Asma/ bronquite	0,119
Problemas audição	1,000
Problemas visão	0,341
Prob. Circulação de sangue	0,126
Hipertensão	0,001
Colesterol elevado	0,355
Reumatismo / Articulações	0,055

Conclusão

Tendo por base o desenvolvimento do trabalho, ao longo dos pontos precedentes, foi-nos possível obter evidência, fatural e/ou empírica, sobre os aspetos que passamos a sintetizar:

1. De acordo com as estatísticas demográficas do INE, do Censo de 2001 para o Censo de 2010, houve um crescimento da população idosa e muito idosa no concelho de Macedo de Cavaleiros, representativa de 24,8% da população total;
2. As mesmas estatísticas evidenciam, também, que são as mulheres que prevalecem em todas as faixas etárias, com especial incidência no intervalo dos 75 aos 79 anos e menor incidência no intervalo dos 70 aos 74 anos;
3. A nossa evidência empírica corrobora estes números, com o sexo feminino a responder por cerca de 60% da nossa amostra, ainda que a maior representatividade se faça sentir na faixa etária dos 65 aos 75 anos;
4. Constatámos, também, que a população idosa vive cada vez mais, facto igualmente comprovado pelo crescimento do índice de longevidade. A nossa evidência não só corrobora como reforça esta tendência, na medida em que os nossos resultados se apresentam cerca de 2% acima do valor registado para o concelho de Macedo de Cavaleiros no ano de 2009;
5. Obtivemos evidência, ainda, acerca das estruturas familiares compostas por idosos, concluindo pela existência de um valor muito significativo na região e no concelho, representando as famílias com idosos 42,4% do total;
6. Os resultados obtidos apontam, igualmente, para um número de idosos institucionalizados igualmente elevado, com 43% do total dos inquiridos a afirmarem estar em instituições para idosos;
7. Estes resultados estão em linha com as fontes bibliográficas consultadas, que apontam o interior, onde se insere o concelho de Macedo de Cavaleiros, com uma tendência de envelhecimento populacional superior à registada no litoral e com perspetivas de agravamento, em grande parte justificada por fatores sociais como a emigração e a migração para as grandes metrópoles situadas no litoral;
8. A revisão de literatura permitiu-nos, também, identificar que o aumento da idade está associado ao maior número de doenças e, conseqüentemente, ao aumento do consumo de medicamentos;
9. Em concordância, quase 90% dos idosos amostrados referem recorrer à utilização regular de medicamentos e que 40% dos casos o fazem há mais de dez anos. Conclui-se, assim, que há um consumo elevado de medicamentos em idosos, o que não quer dizer que haja um aumento do consumo de medicamentos com o avançar da idade. Este particular vai ao encontro do exposto na teoria, que assume um acréscimo dos consumos de saúde com o aumento da idade, estando os medicamentos incluídos nesta área;
10. Ainda relacionado com o ponto anterior, é importante salientar o aumento do custo com medicamentos, que leva alguns idosos a deixarem de os adquirir, facto também

comprovado na nossa amostra, e que poderá ser um ponto fundamental na diminuição da adesão à terapêutica.

11. Consta-se na recensão bibliográfica desta investigação que o SNS tem sofrido mutações constantes ao longo dos tempos, desde a sua criação, e a última tendência do setor consiste no facto de o principal (o Estado) delegar a função de gerências das unidades de saúde a um agente. Esta ação conduz, muitas vezes à assimetria de informação, que pode ter consequências ao nível da política do medicamento. Muito embora não se possa constatar no nosso estudo, ao passar para as mãos de agentes a gestão das organizações hospitalares, o Estado pretende otimizar custos, mas não descurar da saúde do comum cidadão. Contudo, esta ação utópica, pode conduzir, e na prática conduz, à diminuição dos benefícios na saúde, seja na diminuição do número de serviços e valências ao dispor, seja no aumento das taxas moderadoras, entre outros. Este aumento de custos e corte de valências conduz, muitas vezes, a que o financiamento pessoal possa ser desviado da medicação para o pagamento destes extras. O agente (quase sempre economista) toma decisões não pretendidas e não comunicadas ao principal, lesando muitas vezes o cidadão e conduzindo a um tratamento medicamentoso de menor qualidade.
12. O nosso estudo aponta a patologia do reumatismo como aquela que justifica o maior consumo de medicamentos, seguido do controlo e combate à hipertensão. No entanto, estes indicadores surgem, a nível agregado e com base nas fontes referenciadas, invertidos, ou seja, o consumo de medicamentos para a hipertensão em primeiro lugar seguido do reumatismo;
13. Outra conclusão do nosso estudo tem a ver com o facto de a doença que regista maior número de unidades de medicamentos consumidas ser a diabetes, seguida dos medicamentos para a depressão. Em qualquer dos casos, existe correlação entre a evolução destes dois tipos de doença e de consumo de medicamentos com o aumento da idade;
14. O colesterol surge como a terceira doença mais indicada e que leva ao consumo regular de medicamentos. Este facto pode estar associado ao enquadramento sociocultural destes idosos, na medida em que nos meios onde os hábitos alimentares têm uma forte componente de “fumeiro” os exames analíticos apontam para elevados níveis de colesterol;
15. Relativamente ao reumatismo, que no nosso estudo se posiciona como a doença mais referida, existe também a convicção, não a evidência, de poder estar associado às condições climatéricas do concelho de Macedo de Cavaleiros e ao fato de as pessoas terem uma atividade ligada à agricultura, que lhe impõe esforços físicos excessivos, normalmente incompatíveis com práticas físicas saudáveis;
16. Assinalamos, também, o facto de o consumo de antidepressivos ser mais significativo nas mulheres do que nos homens e, particularmente, nos idosos que se encontram institucionalizados;

17. Neste particular, foi-nos possível concluir que o género não influencia o consumo de medicamentos, exceto para o caso dos antidepressivos, mas a institucionalização sim, ou seja, obtivemos evidência que o consumo de medicamentos é quase sempre superior em idosos institucionalizados. Este facto poderá estar relacionado com o maior acompanhamento e controlo dos fatores de risco destes idosos, tendo como consequência tomadas mais regradas e regulares de medicamentos;
18. No que respeita ao acesso a médico de família, 97% dos inquiridos afirmaram terem sido consultados pelo médico de família pelo menos uma vez no último ano e 38% tiveram, no mesmo período, pelo menos uma consulta num médico especialista. Referiram como especialidades mais procuradas a cardiologia, a oftalmologia e a ortopedia. Na literatura esta questão é também corroborada por Matias (2008), que refere que é baixa a percentagem de idosos que procura cuidados privados de saúde;
19. Esta questão não é de menor importância, na medida em que a literatura vem referindo que a consulta a mais do que um médico se tem comportado como um fator de maior consumo de medicamentos e, em alguns casos, de polimedicação de idosos. Neste sentido, a ausência de médico de família, que não parece ser o caso dos idosos que formam a nossa amostra, pode contribuir para levar o idoso a consultar mais do que um médico;
20. Sem termos obtido evidência a esse respeito, a literatura vem atribuindo aos médicos de família a maior responsabilidade pelo crescimento do consumo de medicamentos sugerindo, inclusive, que muitos destes profissionais necessitam fazer formação na área da prescrição. Neste particular, os relatórios do ministério da Saúde apontam, ainda, para uma maior prescrição de medicamentos de marca, em detrimento de medicamentos genéricos, o que muito tem contribuído para o aumento do gasto com medicamentos;
21. As políticas de saúde mais recentes vêm estabelecendo como prioridade a promoção de um envelhecimento ativo, associado a melhorias na alimentação e à prática de exercício físico. Uma maior articulação entre os cuidados de proximidade e os cidadãos está também em destaque, numa perspetiva de adequar os cuidados às necessidades dos idosos e de prestar mais e melhor informação, nomeadamente a nível de medicação. Porém, o nosso estudo não nos permitiu estabelecer uma relação direta entre o consumo de medicamentos e o aumento da idade, já que em algumas doenças estas variáveis nem sequer estavam associadas. Nos casos em que foi possível estabelecer uma associação não se encontrou um padrão definido entre as variáveis, exceto para as doenças de natureza reumatismal, cuja relação se mostrou inversa, ou seja, com o aumento da idade verificou-se um menor consumo de medicamentos para o reumatismo;
22. Neste sentido, e ao contrário do que vem sendo apontado por trabalhos anteriores, não podemos confirmar a existência de uma associação positiva entre o aumento da idade em idosos e o consumo de medicamentos. Esta questão poderá estar

relacionada com fatores comportamentais ou económicos que, consequência de certas incapacidades funcionais e de mobilidade e isolamento em que vivem muitos idosos, podem levar a uma diminuição do consumo de medicamentos involuntária e desregulada.

Ponderados os diferentes resultados, cuja evidência procurámos demonstrar e da qual nos foi possível extrair as conclusões que explicitámos, somos de opinião que as farmácias comunitárias (vulgo venda ao público) devam ter acesso a bases de dados sobre o consumo de medicamentos de acordo com os padrões de consumo evidenciados e, para além disso, estar preparadas para, de forma complementar, informar sobre o modo como devem ser administrados os medicamentos prescritos pelo médico e, ainda, advertir sobre o possível aparecimento de efeitos secundários e a atitude a tomar perante o surgimento dessas situações. Se as farmácias comunitárias do concelho de Macedo de Cavaleiros possuírem conhecimentos efetivos acerca do consumo de medicamentos em idosos, poderão adequar não só as suas políticas de gestão de stocks como direcionar esforços para as doenças prevalentes na região. Um maior conhecimento da realidade ajudará, certamente, as farmácias a interagir de forma mais direta com a comunidade, atuando, em parceria com outras entidades ligadas à saúde, especificamente no controlo de determinados parâmetros biológicos e na formação dos cidadãos e apoiando, de entre outras, na promoção de ações de prevenção para comportamentos de risco que possam levar ao aparecimento das doenças mais citadas, como a diabetes, a hipertensão e o colesterol.

Não podemos, contudo, terminar sem antes referirmos, uma vez mais, que o nosso trabalho tem limitações. Desde logo pelas dificuldades em dimensionar a amostra, o que retira amplitude e capacidade para generalizar os resultados. Por outro lado, pela própria estrutura da amostra, nomeadamente no que respeita às dificuldades de esbatimento de fatores de enviesamento e, ainda, pela insuficiência de preparação de alguns dos indivíduos que compreendem a amostra. Tratando-se de uma amostra retirada de uma população compreendida exclusivamente por idosos, tememos que algumas das informações recolhidas possam surgir enviesadas. Estas limitações têm repercussões ao nível dos resultados, já que a fiabilidade e a homogeneidade dos indivíduos que integram a amostra não estão garantidas.

Tendo em conta estas limitações, que são transversais a qualquer estudo desta natureza, e cientes do rigor científico e ético com que procurámos realizar este trabalho, sugerimos, como pistas para investigações futuras, a oportunidade em replicar este estudo para uma amostra maior ou, inclusive, para toda a população. Reconhecemos, ainda, utilidade na sua realização noutros concelhos, nomeadamente no litoral, com o objetivo de contrastar resultados. Poder-se-á, também, partir para uma diferenciação mais exata do consumo de medicamentos em idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.

Referências

Associação Empresarial de Portugal (2003); *Saúde*, AEP/ Gabinete de Estudos.

Alves, F. (2002). Os conceitos. Acção Social na área da saúde mental. Universidade Aberta, 19-37.

Alto comissariado da saúde (2011), Recuperado em 24 de Novembro de 2011 de <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>

Amendoeira, J. (2009). Políticas de saúde em Portugal e desigualdades. *Seminários temáticos – políticas públicas e desigualdades*, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Apifarma (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde*.

Araújo, J. (2005). A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto da gestão pública [Documento de Trabalho Série I, 9]. *NEAPP*, Braga, Universidade do Minho.

Arrais, P., Brito, L., Barreto, M., & Coelho, M. (2005). Prevalência e factores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (6), pp. 1737-1746.

Banco de Portugal (2009). *A Economia portuguesa no contexto da integração económica, financeira e monetária*. Lisboa. Banco de Portugal.

Barañano, A. (2008). *Métodos e técnicas de investigação em gestão* (1.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Bech, M., Christiansen, T., Khoman, E., Lauridsen, J., & Weale, M. (2011). Ageing and health care expenditure in EU-15. *The european Journal oh health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 12(5), pp. 469-478.

Bentes, M., Gonçalves, M., Tranquada, S., & Urbano, J. (1996). A utilização dos GDH como instrumento de financiamento hospitalar. *Gestão Hospitalar*, (33), pp.33-40.

Berle, A., Means, B. (1932). *“The Modern Corporation and Private Property”*, Macmillan. New York

Branco, A., & Ramos, V. (2001). Cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 5-12.

Câmara Municipal de Macedo de Cavaleiros (2011), Recuperado em 26 de Maio de 2011 de <http://www.cm-macedodecavaleiros.pt/>

Cameron, A., & Richardson, A. (2001). A guide to medical aging. *Generations Winter 2000/2001*, 24(4), pp. 8-20.

Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2004a). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, (40), pp. 21-37.

Carrilho, M., & Gonçalves, C. (2004b). Dinâmicas territoriais do envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, (36), pp. 175-192.

Carvalho, M. (2008). (Re)formas da burocracia: a Nova Gestão Pública e a organização hospitalar. *Comunicação apresentada no VI Congresso português de sociologia – mundos sociais: saberes e práticas*, Lisboa, Portugal.

Center for technology and aging (2009). Technologies for optimizing medication use in older adults. *Center for technology and aging*, Oakland.

Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (2011). Especial despesas SNS. *Farmácia Observatório* (33)

Costa, C., Santana, R., & Lopes, S. (2011). *Custos e preços na saúde – Pode a organização, a gestão e o financiamento das organizações de saúde em Portugal produzir resultados diferentes em termos de eficiência?* (Relatório de pesquisa/2011, versão preliminar), Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Escola Nacional de Saúde Pública.

Currало, H. (s/d). *A organização e estrutura do sistema de saúde português e os modelos de gestão hospitalar* [Diapositivos de Gestão e Economia da Saúde]. Porto: Escola Superior de Tecnologia da Saúde.

Dalmacio, F., & Nossa, V. (2004). A teoria de agência aplicada aos fundos de investimentos, *BBR. Brazilian Business Review*, 1 (1). pp. 31-44, Vitória.

Davies, N. (2011). Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. *Nursing Standard*, 25 (19). pp. 43-49.

Diário de Notícias (2012, Janeiro, 30). *Doentes do SNS usam cada vez mais consultas à distância*. Recuperado em 8 de Fevereiro de 2012 de http://www.dn.pt/especiais/interior.aspx?content_id=

Direcção geral da saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Ministério da Saúde. Recuperado em 10 de Setembro de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

Direcção Geral de Transportes Terrestres (2007). *Modelo de desenvolvimento do transporte em meio rural*. Recuperado em 24 de Outubro de 2011 de <http://www.anmp.pt/anmp/age/conf/2007/mm/doc/immDGTT.pdf>.

Eira, A. (2010). *A saúde em Portugal: a procura de cuidados de saúde privados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Emery, D., Finnerty, J. & Stowe, J. (2000). “*Fundamentos de administración financiera*”, Prentice Hall Hispanoamericana SA.

Entidade Reguladora da Saúde (2011). *Análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde*. Porto.

Escoval, A. (2008). A despesa com medicamentos não tem obrigatoriamente que subir – pensar diferente. *ROF*, 82, p. 42.

Esposito, L. (1995) – The effects of medications educations on adherence to medication regimens in ana elderly population. *Journal of Advanced Nursing*, 21, pp. 935-943.

Fanhani, H., Takemura, O., Cuman, R., Seixas, F., & Andrade, O. (2007). Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro de convivência no noroeste do Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10 (3). Rio de Janeiro.

Farmácia Moderna (2012), Recuperado em 2 de Janeiro de 2012 de [http://www. Farmaciamoderna .info/?pID=34](http://www.Farmaciamoderna.info/?pID=34)

Ferreira, A. (2003). Nova lei da gestão hospitalar: de que modelo de regulação precisamos?. Comunicação apresentada no 8º *Encontro nacional de economia da saúde*.

Figueiredo, J. (2005). *Fluxos migratórios e cooperação para o desenvolvimento – Realidades compatíveis no contexto europeu*. Dissertação de mestrado, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Economia e Gestão, Lisboa, Portugal.

Filho, A. (2006). *Consumo de medicamentos entre idosos residentes em comunidade: um estudo epidemiológico baseado no projeto Bambuí e no inquérito de saúde de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Frazier, S. (2005). Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), pp.4-11.

Giraldes, M. (1988). Distribuição de recursos num sistema de saúde público. *Análise Social*, XXIV (101-102), pp. 815-828.

Glaxo Smith Kline (2011), Recuperado em 20 de Novembro de 2011 de <http://www.gsk.fr>

Godoy, M., Silva, E., & Neto, G. (2004). Planos de saúde e a teoria da informação assimétrica. *Anais do IX Encontro Nacional de Economia Política*, Uberlândia, Brasil.

Gonçalves, E. (1987). *Administração de recursos humanos nas instituições de saúde*. São Paulo. Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios.

Gonçalves, R., & Tavares, A. (2008) "Seleção adversa: um campo para pesquisas em contabilidade", *RUC – Revista Unieuro de Contabilidade*, 1(1).

Hageman, R., & Nicoletti, G. (1989). Population ageing: economic effects and some policy implications for financing public pension. *OCDE Economic Studies*, 12, pp.52-92.

Harris, M. (2008). *The role of primary health care in preventing chronic disease*. Centre for primary health care and equity. UNSW.

Henriques, M. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos* (Programa de doutoramento em enfermagem – Revisão sistemática da literatura), Lisboa, Universidade de Lisboa.

IMPrensa Nacional Casa da Moeda:

— *Decreto-Lei 11/93 de 15 de Janeiro de 1993* (1993). Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, DR, série I-A, 12.

— *Decreto-Lei 335/93 de 29 de Setembro de 1993* (1993). Aprova o regulamento das Administrações Regionais de Saúde. Lisboa, DR. Série I-A, 229.

— *Decreto-Lei 185/2002 de 20 de Agosto de 2002* (2002). Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados. Lisboa, DR, série I-A, 191.

Recuperado em 3 de Maio de 2011 de <http://www.acss.min-saude.pt /Portals /0/ Circulares/DL%20185%20-%2002.pdf>

- *Decreto-Lei 188/2003 de 20 de Agosto de 2003* (2003). Regulamenta os artigos 9º e 11º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro. Lisboa, DR, série I-A, 191. Recuperado em 3 de Maio de 2011 de [http:// www.ers .pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/hospitais /822919 .pdf /view](http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/hospitais /822919 .pdf /view)
- *Decreto-Lei 93/2005 de 7 de Junho de 2005* (2005). Regulamenta sobre a transformação de hospitais SA em EPE. Lisboa, DR, série I-A, 109. Recuperado em 7 de Abril de 2011 de <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/17862/36363637.pdf>
- *Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho de 2006* (2006). Regulamenta a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Lisboa, DR, série I, 109.
- *Despacho nº 19264/2010 de 29 de Dezembro de 2010* (2010). Regulamenta o fim dos transportes gratuitos a doentes não urgentes. Lisboa, DR, série II, 251.
- *Decreto-Lei 70/2010 de 16 de Junho de 2010* (2010). Estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações do subsistema de protecção familiar e do subsistema de solidariedade. Lisboa, DR, série I, 115. Recuperado em 26 de Outubro de <http://www.dre.pt/util/getdiplomas.asp?s=sug&iddip=20101112>.
- *Decreto-Lei 67/2011 de 2 de Junho de 2011* (2011). Define a criação e o regime jurídico da Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E. Lisboa, DR, série I, 107.
- *Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto de 1990* (1990). Lei de Bases da Saúde. Lisboa, DR, série I, 195.

INE (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos*, (32), pp. 185-208.

Infarmed (2011), recuperado em 28 de Maio de 2011 de <http://www.infarmed.pt>

Jensen, M., & Meckling, W. (1976). "Theory of the firm: managerial behaviour, agency costs and capital structure", *Journal of Financial Economics*, 3, pp. 305-360.

Lèvefre, F. (1983). A função simbólica do medicamento. *Revista de Saúde Pública*, (15), pp. 500-503.

Lopes, P. (2008). Crescimento sustentado do medicamento. *ROF* (82), p. 43.

Lutz, W., Sanderson, W., & Scherbov, S. (2008). The coming acceleration of global population ageing. *Nature*, 451 (7179), pp. 716-719.

Magalhães, M., & Peixoto, J. (2008). O impacto de diferentes cenários migratórios no envelhecimento demográfico em Portugal, 2009-2060. *Revista de Estudos Demográficos*, (44), pp.95-115.

Maguire, S., & Slater, B. (2010). Phsicology of ageing. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 11(7), pp. 290-292.

Mantovani, D., & Viana, A.(2008); "Atitudes dos alunos de Administração com relação a Estatística: Um estudo comparativo entre antes e depois de uma disciplina de graduação", *Revista de Gestão USP-REGE-USP*.

Martins, M. (2007). *Envelhecimento e inequidades na Saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal.

Matias, A. (2008). *Perfil terapêutico e risco de interação medicamentosa no idoso*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Morin, P. (2009). Consomation de medicaments chez les canadiens âgés in Statistique Canada. *Rapports sur la santé*, 20(1).

OCDE (2011). *Health at a glance 2011: OCDE indicators*. OCDE Publishing.

ONSA (2003). *Obob's – Observatório dos óbitos: de que se morre em Portugal. As principais causas de morte de 1990 a 1999*. Lisboa.

Patricio, K., Ribeiro, H., Hoshino, K., & Bocchi, S. (2008). O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), pp. 1189-1198.

Peña, M., Garcia, A., & Groning, E. (2003). Consumo de medicamentos en ancianos. *Revista cubana de medicina general integral*, 19(3), Recuperado em 4 de Janeiro de 2012 de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000300007&ln=es&nrm=iso

Plano nacional de saúde (2004), Recuperado em 26 de Maio de 2011 de http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_333.html

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais* (4.^a ed.). Lisboa: Gradiva.

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2012), Recuperado em 12 de Outubro de 2011 de <http://www.rncci.min-saude.pt>

Reporter do Marão (2009, Fevereiro, 21). *Grupo CESPU pretende gerir três hospitais privados em Trás-os-Montes*. Recuperado em 25 de Novembro de 2011 de http://www.maraoonline.com/MARAO/MARAO_online/B0210142-830B-40C5-9207-FC27D64DF7CD.html

Reyes, S. (2001). *Population ageing in the mexican institute of social security: health policy and economic implications*. Mexico, Fundación Mexicana para la salud.

Ribeiro, A., Acúrcio, F., César, C., Rozenfeld, S., & Klein, C. (2008). Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros: 2 - Taxa de resposta e preenchimento de questionário postal em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), pp. 2171-2181.

Rodrigues, A. (1995). Índice de interioridade: um estudo para Portugal Continental. *Cadernos Regionais – Região Centro*, (7).

Rodrigues, C., Pimenta, R., & Fernandes, P. (2011). Medicamentos genéricos e padrões de prescrição: conhecimentos e opiniões de médicos e farmacêuticos. *Poster apresentado no VI Encontro nacional das ciências e tecnologias da saúde*, ESTeSL, Lisboa.

Rozenfeld, S. (2003). Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), pp. 717-724.

Ryan, B., Scapens, R., & Theobald, M. (2002). *Research method and Methodology in finance and accounting* (2.^a ed.). Londres: Thomson.

Sakellarides, C., Reis, V., Escoval, A., Conceição, C., & Barbosa, P. (2005). *O futuro do sistema de saúde português: "Saúde 2015"*. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

Santana, R. (2005). O financiamento hospitalar e a definição de preços. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5, pp. 93-118.

Santana, P. (2000). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science & Medicine*, 50(7), pp. 1025-1036.

Santos, F. (2003). *A Informação, a Gestão e as Empresas Cotadas na Perspectiva do Governo e das Sociedades*, CMVM, Lisboa. Recuperado em 10 de Abril de <http://www.cmvm.pt>

Sato, F. (2007). A Teoria da Agência no Setor da Saúde: o Caso do Relacionamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar com as Operadoras de Planos de Assistência Supletiva no Brasil, *RAP*, 41 (1), pp. 49-62, Rio de Janeiro.

Sebbag, A., Castex, & Durrieu, G.(2005). *Médicaments et personnes âgées*. Recuperado em 10 de Fevereiro de 2012, de <http://www.forum-mg.com/dmdocuments/MedicamentsPersonnesAgees.pdf>

Schuit, A. (2006). Physical activity, body composition and healthy ageing. *Science & Sports*, 21 (4), pp. 209-213.

Silva, A. (2005). *Governança corporativa e decisões financeiras no Brasil*. Rio de Janeiro: Mauad Editora Lda.

Silva, F. (2002). Projecção das taxas de fecundidade específicas por idade no horizonte de longo prazo (2001-2050): Estudo de um modelo de previsão com séries temporais. *Revista de Estudos Demográficos*, (32), pp. 59-80.

Silva, P., Luís, S., & Biscaia, A. (2004). Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (20), pp. 323-326.

Silva, S. (2008). As recentes metamorfoses da saúde na região Norte. *A Região Norte de Portugal: dinâmicas de mudança social e recentes processos de desenvolvimento*. Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto.

Varanda, J. (2004). Hospitais: a longa marcha da empresarialização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, pp. 57-63.

Vaz, A (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde* (Relatório de pesquisa/ 2010), Alto Comissariado da Saúde.

World Health Organization (WHO).

— (2002). *Active ageing, a policy framework*. Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid. Spain.

- (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva.
- (2006). *A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015*. Cairo.
- (2008). *The world health report. Primary health care: now more than ever*. Geneva.
- (2011). *The world health report. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva.

Wolf, J., Starfield, B., & Anderson, G. (2002). Prevalence, expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 162 (11), pp. 2269- 2276.

<http://www.ine.pt>

<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>, recuperado em 8 de Março de 2012

Anexos

Anexo 1



APNOR

Instituto Politécnico de Bragança

Mestrado em Gestão das Organizações

Ramo de Unidades de Saúde

Proposta de Trabalho: Dissertação

“O fator longevidade no consumo de medicamentos: um estudo em idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros”

Autor

Cristiana Martins Midões

O presente questionário destina-se a recolher dados que servirão de suporte a uma investigação, no âmbito do mestrado em “Gestão de Unidades de Saúde”, a decorrer no IPB.

Contém perguntas que nos ajudarão a compreender os factores específicos acerca do consumo de medicamentos em idosos no concelho de Macedo de Cavaleiros pelo que a sua colaboração é fundamental para a concretização deste estudo.

As informações são confidenciais e anónimas.

Agradecemos muito a sua colaboração.

Cristiana Midões

Questionário

Preencha ou assinale com um (X) a sua resposta

I – Parte: Elementos caracterizadores da amostra

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Estado civil:**

Solteiro Casado União de facto Viúvo Divorciado

4. **Tem filhos:** Sim Não

5. **Com quem vive**

Sozinho Conjuge Filhos Esposa e filhos Instituição

Outros Quais _____

6. **Habilitações académicas:**

Superior a Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
12º ano	<input type="checkbox"/>
9º ano	<input type="checkbox"/>

4ª classe	
Sabe ler e escrever	
Não Sabe/ Não responde	

7. Rendimento mensal

Superior a 1000 euros	
600- 1000 euros	
300-600 euros	
0-300 euros	
Não sabe/ Não responde	

8. Fontes de rendimento

Reforma Trabalho Outros Quais _____

9. Localidade a que pertence

Ala		Morais	
Amendoeira		Murçós	
Arcas		Olmos	
Bagueixe		Peredo	
Bornes		Podence	
Burga		Salsas	
Carrapatas		Sezulfe	
Castelãos		Santa Combinha	
Chacim		Soutelo Mourisco	
Cortiços		Talhas	

Corujas		Talhinhas	
Edroso		Vale Benfeito	
Espadanedo		Vale da Porca	
Ferreira		Vale de Prados	
Grijó		Vilar do Monte	
Lagoa		Vilarinho de Agrochão	
Lamalonga		Vilarinho do Monte	
Lamas		Vinhas	
Lombo		NS/ NR	
Macedo de Cavaleiros			

II – Parte- Elementos de observação intrínsecos à amostra

10. De um modo geral, como considera o seu estado de saúde?

Muito mau	Mau	Regular	Bom	Muito bom

11. No último mês deixou de fazer alguma das suas actividades habituais(sair de casa, passear, trabalhar, etc) por motivos de saúde?

Sim Não Não sabe/ Não responde

12. No último ano quantas vezes esteve internado num hospital?

0	
1 vez	

2 a 3 vezes	
4 a 5 vezes	
Mais de 5 vezes	
Não sabe / Não responde	

13. No último ano, quantas vezes foi consultado pelo médico pelo médico de família?

Nenhuma vez	
1 a 2 vezes	
3 a 4 vezes	
Mais de 5 vezes	

14. No último ano teve alguma consulta de especialidade?

: Sim Qual _____ Não

15. Alguma vez deixou de adquirir medicamentos por falta de dinheiro?

: Sim Não

16. Alguma vez lhe disseram que sofre de algum destes problemas de saúde?

Problema de saúde	Sim	Não	NR/NS
Diabetes			
Problemas de coração			
AVC / trombose			
Depressão			
Asma			
Problemas de audição			

Problemas de visão			
Problemas de circulação do sangue			
Hipertensão			
Colesterol elevado			
Reumatismo/ Problemas Articulações			
Outro: qual?			

17. O (a) senhor(a) utiliza medicamentos regularmente?

Sim Não Não sabe/ Não responde

17.1 Se sim, há quanto tempo toma medicamentos regularmente?

0-5 anos	
6-10 anos	
Mais de 10 anos	

18. Aproximadamente quanto gasta por mês com medicamentos?

0-100 euros	
100- 200 euros	
Mais de 200 euros	
Não sabe/ Não responde	

19. Dos problemas que referiu, para quais toma regularmente medicamentos?

Problema de saúde	
Diabetes	
Problemas de coração	
AVC / Enfarte	
Depressão	
Asma	
Problemas de audição	
Problemas de visão	
Problemas de circulação do sangue	
Hipertensão	
Colesterol elevado	
Reumatismo/ Problemas Articulações	
Outro: qual?	

20. Dos medicamentos que mencionou, quantas doses toma diariamente?

Problema de saúde	Freq.	NR/NS
Diabetes		
Problemas de coração		
AVC / Enfarte		
Depressão		
Asma		
Problemas de audição		

Problemas de visão		
Problemas de circulação do sangue		
Hipertensão		
Colesterol elevado		
Reumatismo/ Problemas articulações		
Outro: qual?		

21. Qual a forma farmacêutica que utiliza mais frequentemente?

Comprimidos / Cápsulas	
Ampolas bebíveis	
Xaropes	
Injecções	
Pomada / creme	
Aerossol / Spray	
Não sabe / Não responde	

III – Parte: Elementos de observação correlacionados com a amostra

22. Usou medicamentos com regularidade ao longo do último ano? Sim Não

23. Os medicamentos usados foram:

Prescritos pelo seu médico	
----------------------------	--

Recomendados na farmácia	
Recomendados por familiares/ amigos	
Auto-medicados	
Outro: qual _____	

24. Os problemas de saúde ao longo do último ano levaram-no:

A interromper temporariamente as suas rotinas	
Inviabilizaram em definitivo as suas rotinas	
Não tiveram influência nas suas rotinas	

Obrigada pela colaboração.