



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

**O Serviço Nacional de Saúde e o Estado Social  
Português - Uma análise sobre o declínio  
anunciado da maior conquista da Democracia  
Experiência Profissionalizante na vertente de Farmácia  
Comunitária e Investigação**

**Luís Pedro Oliveira Máximo**

Relatório para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(Ciclo de estudos Integrado)

Orientador: Professora Doutora Anabela Almeida

Covilhã, Outubro de 2017



“Não tenhamos medo do futuro mas sim da ignorância”



# Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Maria Fernanda e Manuel, as raízes da minha essência...

À memória de Henrique Medina Carreira



# Agradecimentos

A redacção destas linhas é um acto simbólico que dita o fim de uma longa jornada, uma jornada retumbante, repleta de momentos únicos, de vivências e de experiências, que sem passar por cá jamais teria tido a oportunidade de as viver. Nesta caminhada da vida, tive o privilégio de me cruzar com inúmeras pessoas, com incalculáveis realidades e com diversas formas de olhar, de ser e de estar perante a nossa existência.

Agradeço a Deus por me ter guiado durante este percurso, por ter sido o meu ouvinte em momentos de solidão, de dificuldade, de descrença e de incerteza, por me ter transmitido a força necessária para continuar a acreditar.

À minha mãe, Maria Fernanda, a Comandante deste projecto que tem sido o meu percurso pelo Ensino, que me ensinou a ler, a contar e a gostar de estudar. É ela a grande responsável por eu ter chegado até aqui. Obrigado!

Ao “núcleo duro” da minha família, constituído pelos meus pais, Maria Fernanda e Manuel, pelo meu irmão, João, pelos meus avós paternos, Palmira e Manuel, pelos meus avós maternos, Armandina e António, e pelos meus tios-avós, Manuela e José Carlos. Todos eles representam um “bocadinho” daquilo que eu fui, daquilo em que me tornei e daquilo que virei a ser. Todos estiveram lá, na alegria e na tristeza, sempre de braços abertos para me receber. Continuaremos, sempre unidos, pela vida fora, a celebrar as nossas grandes conquistas.

Aos amigos “da Faculdade”, amigos de coração, os irmãos da vida, ao João Vale, ao João Barata, ao Alexandre Marques, ao Carlos Henriques, ao Michael Ferreira, ao Gonçalo Espadilha, à Mafalda Jesus, à Marta Salvador, à Cátia Valente...

Ao meu bom e sempre leal amigo Miguel Gomes, o meu companheiro de jornada e o guardião das “vivências da faculdade”, desde as mais simples até às mais peculiares. Um amigo para a vida, que me apoia e acredita em mim.

Aos Professores que me marcaram e que contribuíram positivamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha orientadora, Professora Anabela Almeida, por ter viabilizado a conclusão deste trabalho na data marcada. Agradeço a atenção e disponibilidade que sempre demonstrou.

Às minhas “manas” Paulinha, Tininha e Cristina, por me terem mostrado a realidade do mundo do trabalho, por aquilo que com elas aprendi, pela disponibilidade, simpatia, amizade,

carinho e amabilidade como sempre me trataram. À Dr<sup>a</sup>. Isabel Curto, por ter sido a Orientadora que qualquer estagiário gostaria de ter. Fico grato por todo o conhecimento que me transmitiu e pela total compreensão que sempre adoptou perante aspectos da minha vida profissional. Ao Dr. José Curto, um homem de enorme sabedoria e competência, com quem tive a oportunidade de partilhar conversas e absorver ensinamentos para a vida.

À minha Ana Cristina, pessoa que todos os dias me faz perceber que o amor é um bem precioso, que a vida é uma caminhada de partilhas e que as relações humanas sólidas implicam um trabalho de equipa contínuo. Que me faz feliz. Sem o seu fundamental contributo, este trabalho não teria sido possível.

## Resumo

A dissertação constante deste documento insere-se no âmbito da unidade curricular Estágio, do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. A sua estrutura divide-se em dois capítulos: 1º - um trabalho de investigação que analisa e estuda a evolução social e financeira do Estado Social português, com o objectivo de identificar as causas subjacentes à sua decadência e de propor soluções que poderão contribuir para a sua viabilidade futura; 2º - um relatório final acerca do estágio desenvolvido em farmácia comunitária.

O primeiro capítulo denomina-se “O Serviço Nacional de Saúde e o Estado Social Português - Uma análise sobre o declínio anunciado da maior conquista da Democracia”. O Estado Social representa um modelo institucional de assistência às vicissitudes da sociedade assente em 3 pilares: a educação, a saúde e o sistema de pensões e de protecção social. Esta perspectiva de abordagem surgiu de uma forma mais vincada durante o século XX, nomeadamente no período pós-segunda guerra mundial, quando a demografia em pirâmide e a estrutura etária das sociedades era alimentada por elevadas taxas de natalidade, as economias tinham crescimentos elevados e exponenciais, os excedentes orçamentais eram uma evidência e o emprego era pleno. Se tais circunstâncias criaram os alicerces de um Estado Social possível e exequível, tornaram-se também condições indispensáveis para a sua sustentabilidade. Ora, com as crises petrolíferas da década de 70, tais alicerces conheceram uma nova realidade. A partir desta data, todas as condições essenciais para a sustentabilidade do Estado Social conheceram um revés - iniciou-se o aumento das taxas de desemprego, os Estados iniciaram processos de desequilíbrio das suas balanças comerciais, os crescimentos económicos abrandaram o seu ritmo de crescimento, os deficits orçamentais tornaram-se crónicos e a estrutura etária das sociedades iniciou um processo de envelhecimento, com a diminuição das taxas de natalidade e com o aumento da esperança média de vida. Vários autores e estudos alertaram para a inexecutabilidade da manutenção do modelo de Estado Social em vigor, tendo alguns países procedido a processos de ajustamento e outros mesmo a reformas estruturais profundas. Portugal, renascido para a democracia, criou o seu modelo numa altura em que todos estes pressupostos necessários já não faziam parte da realidade vigente. Atendendo a estas circunstâncias, o trabalho desenvolvido visa demonstrar que as “condições essenciais” para a realização do Estado Social português não só não são hoje uma realidade como se verifica a sua degradação e agravamento progressivo, antevendo grandes dificuldades para o seu cumprimento futuro. Pretende-se ainda evidenciar propostas que permitam lançar as bases de uma ampla reforma do modelo financeiro e institucional do Estado Social.

O segundo capítulo diz respeito ao estágio curricular desenvolvido na Farmácia Mousaco Torrão ao longo de 800 horas, sob a orientação da Farmacêutica Isabel Curto, onde o relatório elaborado descreve as competências técnicas adquiridas e desenvolvidas no âmbito da prática

e da realidade farmacêutica. Aborda ainda aspectos de natureza financeira, técnica e legal das farmácias em Portugal.

## **Palavras-chave**

Estado Social, saúde, educação, protecção social, sustentabilidade, demografia, economia, crescimento, envelhecimento, emprego, Portugal, farmácia comunitária.

# Abstract

The present dissertation falls under the scope of the internship curricular unit of the Master Degree Course in Pharmaceutical Science. It consists of two chapters, the first of which reports the research work conducted regarding the social and financial evolution of the Portuguese welfare state, in order to identify the causes underlying its decadence, and to discuss some ideas that might contribute to the future viability thereof. The second chapter offers an account of the internship at a community pharmacy.

The first chapter is titled “The National Health Service and the Portuguese Welfare State - An analysis of the foretold decline of democracy’s greatest achievement”. The welfare state is an institutional model of assistance to the citizen in his hour of need, lying on three pillars: education, health, and pensions and social protection. This vision blossomed in the twentieth century, namely during the period following the second world war, a time when the age pyramid and structure were the result of a high birth rate, the economy exhibited high exponential growth, budgetary surpluses were patent, and full employment the norm. If these circumstances created the foundation for a viable welfare state, they became the conditions indispensable to its feasibility as well, and by the time of the oil crises in the 70s, they had turned into an altogether different reality. All conditions essential to the sustainability of the welfare state experienced a setback – unemployment rates grew, trade imbalances developed, economic growth slew down, and budgetary deficits became chronic, while, owing to lowering birth rates and a rising life expectancy, the age distribution of the population entered an ageing process. Several authors and studies tried to raise awareness for the infeasibility of the existing welfare state model, and some countries conducted readjustment processes, or even deep structural reforms. Portugal, then barely reborn into democracy, created its welfare state model at a time when the necessary assumptions no longer were. The present work aims at demonstrating that, owing to the above, the conditions *essential* to the accomplishment of the Portuguese welfare state are not only beyond the bounds of possibility, but also their degradation and progressive worsening foretells the arising of serious difficulties in the future. This dissertation also puts forward some thoughts about the ample reform of the financial and institutional model of the Portuguese welfare state.

The second chapter of this dissertation concerns the 800 hours curricular internship performed at the Farmácia Mousaco Torrão, under the orientation of the pharmacist Ms. Isabel Curto. The report describes the technical competences acquired and developed within the scope of the pharmaceutical practice and reality, and approaches some aspects of a financial, technical and legal nature of the pharmacies in Portugal.

## Keywords

Welfare state, health, education, social protection, sustainability, demography, economy, growth, ageing, employment, Portugal, pharmacy.

# Índice

Capítulo 1 - O Serviço Nacional de Saúde e o Estado Social Português - Uma análise sobre o declínio anunciado da maior conquista da Democracia

1.1	Introdução Teórica	1
1.1.1	Estado Social - O embrião	1
1.1.2	Os primórdios do séc. XX, o fim da 1ª Guerra Mundial, o Tratado de Versalhes e o Plano Beveridge	2
1.1.3	O fim da 2ª Guerra Mundial, O Modelo Social Europeu e os “30 Gloriosos Anos”	3
1.1.4	As Crises Petrolíferas da década de 70 e o Início do Declínio	4
1.1.5	O Estado Social Português - Do Estado Novo á Democracia	6
1.1.6	Nos dias de hoje	8
1.2	Objectivos	8
1.2.1	Objectivos Específicos	8
1.3	Métodos de Trabalho	9
1.4	Apresentação dos resultados	10
1.4.1	A Demografia	10
1.4.2	A Educação	15
1.4.3	A Saúde e o SNS	18
1.4.4	Protecção Social - Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações	22
1.4.4.1	Caixa Geral de Aposentações	22
1.4.4.2	Segurança Social	24
1.4.5	Finanças Públicas e Economia Nacional	28
1.4.6	Portugal e a Europa	34
1.5	Discussão dos Resultados	46
1.5.1	As “Evidências” da insustentabilidade do Estado Social	46
1.6	Reformas e Propostas	50
1.6.1	Na Saúde e no Serviço Nacional de Saúde	50
1.6.2	Na Segurança Social	51
1.6.3	O Ministério do Estado Social	54
1.6.4	O IREN - Instituto da Reforma e dos Estudos Nacionais - e o CEN - Conselho para a Estratégia Nacional	54
1.7	Conclusões e Perspectivas Futuras	56
1.8	Bibliografia	59
2	Capítulo 2- Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária	66
2.1	Introdução	66
2.2	Organização da Farmácia	66
2.2.1	Recursos humanos	66

2.2.2	Instalações	67
2.2.3	Elementos exteriores e interiores distintos	67
2.2.4	Equipamentos gerais e específicos	68
2.2.5	Recursos Informáticos	69
2.2.6	Posto farmacêutico móvel	69
2.3	Organização da farmácia	69
2.4	Medicamentos e outros produtos de saúde	70
2.4.1	Verificação da existência de qualquer medicamento ou produto de saúde e a sua localização nas instalações da farmácia	70
2.5	Aprovisionamento e Armazenamento	71
2.5.1	CrITÉrios para a selecção de um fornecedor/armazenista	71
2.5.2	CrITÉrios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde	71
2.5.3	Armazenamento	71
2.5.4	Encomendas	72
2.5.4.1	Criar uma encomenda	72
2.5.4.2	Ponto da Encomenda	72
2.5.4.3	Recepção de uma encomenda	72
2.5.5	Devoluções	73
2.5.6	Margens Legais de Comercialização de preços	73
2.5.7	Controlo dos Prazos de Validade	73
2.6	Interação Farmacêutico - utente - medicamento	74
2.6.1	Aspectos éticos, deontológicos e técnicos	74
2.6.2	Farmacovigilância	74
2.6.3	Reencaminhamento de medicamentos fora de uso	75
2.7	Dispensa de Medicamentos	75
2.7.1	Recepção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade	75
2.7.2	Verificação Farmacêutica (após dispensa)	77
2.7.3	Utilização da aplicação informática na dispensa de medicamentos	78
2.7.4	Regimes de participação	78
2.7.5	Dispensa de Psicotrópicos/Estupefacientes	79
2.7.6	Dispensa de um produto ao abrigo de um protocolo	79
2.7.7	Enquadramento legislativo relativo à dispensa de genéricos	79
2.8	Automedicação	80
2.8.1	Distinção entre MSRM e MNSRM	80
2.8.2	Quadros sintomáticos que exigem cuidados médicos	80
2.9	Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	81
2.9.1	Produtos de dermocosmética e higiene	81
2.9.2	Produtos dietéticos para alimentação especial	81
2.9.3	Produtos dietéticos infantis	81
2.9.4	Fitoterapia e suplementos nutricionais	82

2.9.5	Medicamentos de Uso Veterinário	82
2.9.6	Dispositivos médicos	82
2.10	Outros cuidados de saúde prestados na farmácia	83
2.10.1	Determinação da glicémia	83
2.10.2	Determinação do colesterol total	83
2.10.3	Medição da Pressão Arterial	83
2.11	Preparação de Medicamentos	83
2.11.1	Cálculo do preço dos medicamentos manipulados	84
2.12	Contabilidade e gestão	84
2.12.1	Caracterização de documentos contabilísticos relevantes	85
2.12.2	Mecanismos fiscais	85
2.13	Outras atividades desenvolvidas	85
2.14	Conclusão	85
2.15	Bibliografia	87



# Lista de Figuras

Figura 1.1 - Espaço exterior da farmácia



# Lista de Gráficos

Gráfico 1.1 - Estado Social vs Receitas do Estado



# Lista de Tabelas

Tabela 1.1 - Taxa de Fecundidade Geral.

Tabela 1.2 - Total de nados-vivos de mães residentes em Portugal.

Tabela 1.3 - Esperança de vida à nascença: total e por sexo.

Tabela 1.4 - População residente: total e por grupo etário.

Tabela 1.5 - Número de indivíduos em idade activa por idoso.

Tabela 1.6 - População empregada: total.

Tabela 1.7 - População empregada vs População Desempregada (milhares indivíduos).

Tabela 1.8 - Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo.

Tabela 1.9 - Indicadores de envelhecimento.

Tabela 1.10 - Taxa de desemprego (%).

Tabela 1.11 - Alunos matriculados por nível de ensino (milhares).

Tabela 1.12 - Docentes em exercício (milhares).

Tabela 1.13 - Estabelecimentos nos ensinos pré-escolar, básico e secundário.

Tabela 1.14 - Despesa total do Estado em Educação (MM €, *per capita* e % PIB).

Tabela 1.15 - Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB.

Tabela 1.16 - Despesa do Estado em Saúde: execução orçamental (M € e % PIB).

Tabela 1.17 - Despesa total, com pessoal ao serviço e com medicamentos no Serviço Nacional de Saúde.

Tabela 1.18 - Receitas médicas e embalagens no Serviço Nacional de Saúde.

Tabela 1.19 - Dívida dos Hospitais Públicos às Empresas Farmacêuticas.

Tabela 1.20 - Duração média do pagamento de pensões da CGA.

Tabela 1.21 - Idade média dos aposentados/reformados da CGA à data da aposentação.

Tabela 1.22 - CGA: Receitas e Despesas (milhares €).

Tabela 1.23 - CGA: Receitas e Despesas (% do PIB).

Tabela 1.24 - Despesa da Segurança Social: total (milhares €) e em % do PIB.

Tabela 1.25 - Despesa da Segurança Social com Pensões: total e em % do PIB.

Tabela 1.26 - Beneficiários activos por pensão de velhice, invalidez e sobrevivência.

Tabela 1.27 - Pensões: Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações.

Tabela 1.28 - Pensões em % da população residente com 15 ou mais anos (total, SS e CGA).

Tabela 1.29 - Contribuições na receita total da Segurança Social (%).

Tabela 1.30 - Receitas da Segurança Social: total (milhares e % do PIB) e por tipo.

Tabela 1.31 - PIB e PIB *per capita* (milhares).

Tabela 1.32 - Taxa de crescimento real do PIB (%).

Tabela 1.33 - Taxa de poupança das famílias (%).

Tabela 1.34 - Dívida externa líquida em milhões de euros e em % do PIB.

Tabela 1.35 - Administrações Públicas: despesas, receitas e défice/excedente em milhões de euros e em % do PIB.

Tabela 1.36 - Dívida bruta em milhões de euros e em % do PIB.

Tabela 1.37 - Despesas das Administrações Públicas por classificação económica, em milhões de euros e em % do PIB.

Tabela 1.38 - Receitas das Administrações Públicas em milhões de euros e em % do PIB.

Tabela 1.39 - Receitas fiscais e contribuições sociais das Administrações Públicas.

Tabela 1.40 - Despesas do Estado em outras funções que não o Estado Social.

Tabela 1.41 - PIB - Produto Interno Bruto (Euro).

Tabela 1.42 - PIB *per capita* (UE28=100).

Tabela 1.43 - Taxa de crescimento real do PIB (%).

Tabela 1.44 - Taxa de poupança das famílias (%).

Tabela 1.45 - Dívida externa líquida em % do PIB.

Tabela 1.46 - Despesas e receitas (% PIB) das Administrações Públicas.

Tabela 1.47 - Dívida bruta em % do PIB.

Tabela 1.48 - Impostos sobre o rendimento em % das receitas das Administrações Públicas.

Tabela 1.49 - Despesas das Administrações Públicas por categorias (%).

Tabela 1.50 - Despesa em cuidados de saúde em % do PIB.

Tabela 1.51 - Despesa do Estado em Saúde em % PIB.

Tabela 1.52 - Médicos por 100 mil habitantes.

Tabela 1.53 - Pessoal de saúde: enfermeiros e pessoal auxiliar de cuidados de saúde por 100 mil habitantes.

Tabela 1.54 - Despesas e receitas da protecção social em % do PIB.

Tabela 1.55 - Número de pensionistas em % da população activa e em % da população potencialmente activa.

Tabela 1.56 - Taxa de desemprego vs Taxa de emprego.

# Lista de Acrónimos

OIT - Organização Internacional do Trabalho  
OPEP - Organização dos Países Exportadores de Petróleo  
OMC - Organização Mundial do Comércio  
SNS - Serviço Nacional de Saúde  
CEE - Comunidade Económica Europeia  
RMG - Rendimento Mínimo Garantido  
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social  
OE17 - Orçamento do Estado de 2017  
IRS - Imposto sobre o Rendimento das Pessoas Singulares  
IVA - Imposto sobre o Valor Acrescentado  
SS - Segurança Social  
CGA - Caixa Geral de Aposentações  
INE - Instituto Nacional de Estatísticas  
BP - Banco de Portugal  
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
Eurostat -  
PIB - Produto Interno Bruto  
M€ - Milhões de euros  
DEO - Documento de Estratégia Orçamental  
FMT - Farmácia Mousaco Torrão  
DT - Directora-técnica  
Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde  
MSRM - Medicamento Sujeito a Receita Médica  
MNSRM - Medicamento Não Sujeito a Receita Médica  
CNP - Código Nacional de Produto  
DCI - Denominação Comum Internacional  
HR - Humidade Relativa  
PVP - Preço de Venda ao Público  
RAM - Reacções Adversas ao Medicamento  
ANF - Associação Nacional de Farmácias  
SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde  
EDP - Energias de Portugal  
CGD - Caixa Geral de Depósitos  
OTC - *Over-the-counter*  
MUV - Medicamentos de Uso Veterinário



# Capítulo 1 - O Serviço Nacional de Saúde e o Estado Social Português - Uma análise sobre o declínio anunciado da maior conquista da Democracia

## 1.1 Introdução teórica

### 1.1.1 Estado Social - O embrião

A Providência Social, assente nos pressupostos vigentes e a base daquilo a que hoje se dá o nome de Estado Social (1)(2)(3)(4), nasceu nos finais do séc. XIX pela mão do então Chanceler alemão Otto Von Bismarck, com a criação da Lei dos Seguros Sociais (5)(6). O “plano Bismarck”, concebido em 1883, instituiu-se inicialmente com o seguro de doença, tendo sido no ano seguinte complementado pelo seguro contra acidentes de trabalho e, mais tarde, em 1889, pelo seguro contra a invalidez e a velhice (5). Foi o primeiro modelo providenciário a conter a sustentação financeira das prestações por intermédio das contribuições dos empregados, dos empregadores e do Estado, daí se associar a este marco na História o momento do nascimento do Estado verdadeiramente Social (5). A par deste, surge também em Inglaterra um modelo de políticas sociais com cobertura de riscos, marcando a diferença em relação ao modelo alemão por uma intervenção mais activa por parte do Estado face aos problemas da sociedade. Por detrás de tal fenómeno está a Revolução Industrial e o surgimento da chamada economia “de mercado”, que se encaminhou para a uma consolidação de novas técnicas e racionalidades burocráticas da economia, que conduziu a aperfeiçoamentos na organização da produção e que levou à acumulação de grandes excedentes e a um rápido crescimento - factor decisivo para a alocação de meios financeiros à Providência Social (7). Também a Igreja Católica contribuiu para a ampliação da protecção social (5). A incíclica *Rerum Novarum* do Papa Leão XIII, que se debruçou para a situação dos pobres e dos trabalhadores dos países industrializados, defende princípios da *doutrina social da Igreja* (5).

A política “Bismarckiana” prossegue e torna-se de vinculação obrigatória, tendo tido uma adesão em massa das camadas da população para a qual o *seguro* detinha maior abrangência - os trabalhadores expostos aos riscos decorrentes da nova realidade trazida pela Revolução Industrial (5).

Um aspecto limitador do *seguro social* prendia-se com inexistência de qualquer garantia de protecção contra os riscos comuns da vida, tendo este sido concebido para acudir à estrutura

económica vigente (5). O *seguro social* detinha então traços de seguro de direito privado (5). Ainda que persistisse esta corrente ideológica, a razão última que parecia prevalecer era a da garantia de substituição do rendimento do trabalhador quando este, por determinados motivos, estivesse impossibilitado de o receber no exercício da sua actividade profissional (5). Deste pressuposto de divergência nasce o conceito de Universalidade, que pretende assegurar o bem-estar das actuais e futuras gerações de toda a sociedade (5).

### **1.1.2 Os primórdios do séc. XX, o fim da 1ª Guerra Mundial, o Tratado de Versalhes e o Plano Beveridge**

Este período caracteriza-se pelo desenvolvimento e aperfeiçoamento dos sistemas previdenciários na Europa e pelo seu alargamento e influência para os demais continentes, em especial a América Latina (5). Este movimento galopante de abrangência mundial dá origem a uma fase denominada “Constitucionalismo social” (6), em que as Constituições de vários países iniciam a incorporação de direitos sociais, trabalhistas, económicos e previdenciários (5)(6). O primeiro país a incluir o seguro social na sua redacção constitucional foi o México, em 1917 (5)(6), tendo a Alemanha dois anos mais tarde (1919) seguido o mesmo procedimento (5)(4). No decorrer deste período, dá-se o fim da 1ª Grande Guerra (1918) e a assinatura do Tratado de Versalhes (1919) (5), tendo sido igualmente criada, nesse ano, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que passou a regulamentar normas em torno da segurança social (5)(6).

Alguns anos mais tarde, em 1935, pela mão do presidente norte-americano Franklin Roosevelt, com o objectivo de minimizar a crise económica decorrente e por cobro ao flagelo do desemprego, é lançado um projecto nacional denominado *New Deal* (5)(6), que continha como medida mais emblemática o *Social Security Act*, aprovado pelo Congresso a 14 de Agosto desse ano (5)(6). Esta medida atribuía uma prestação de desemprego aos trabalhadores que se vissem confrontados com a realidade do desemprego temporário (6). A partir deste ponto, passou a entender-se a segurança social como um conjunto de medidas conduzidas pelo Estado, com abrangência a toda a população, que assegurassem um nível de vida digno (5).

Em 1941, o Governo inglês toma a iniciativa de constituir uma comissão encarregue de elaborar um plano estratégico sobre a segurança social, presidindo a essa comissão o economista inglês William Beveridge (5)(6), que mais tarde viria a dar nome ao Programa de Prosperidade Social britânico - o Plano Beveridge (1)(5)(6). Este Plano, decorrente da avaliação rigorosa da realidade inglesa, deu origem aos futuros pilares do sistema de segurança social (1)(5). Neste relatório, foram descritas as áreas basilares e estratégicas de intervenção do Estado: a educação, a saúde, o emprego e a segurança social. São estas as bases do Estado Social (1). É a partir desta abordagem, que se inicia a verdadeira participação do Estado, com a inserção de políticas sociais universalistas. Considera-se este o grande marco histórico do verdadeiro Estado-Providência Europeu, que se manteve com grande entusiasmo até aos anos 70, os chamados “30 gloriosos anos” (1)(8).

### 1.1.3 O fim da 2ª Guerra Mundial, o Modelo Social Europeu e os “30 Gloriosos Anos”

Com o fim da Guerra, com a necessidade de contraposição ao fascismo e ao socialismo e com a Europa mergulhada na indigência económica, inicia-se o processo de conclusão e maturação da evolução, onde se ambiciona que qualquer cidadão, seja em situação laboral ou em qualquer condição social, possa beneficiar dos serviços do Estado bastando para isso que se veja confrontado com qualquer necessidade de ordem social (5). Começa aos poucos a construção da noção de financiamento colectivo das necessidades sociais de cada indivíduo (5), tornando-se cada vez mais sólida a transposição dos direitos sociais das Constituições para a prática, facto que conhece avanços e recuos ao longo de todo o séc. XX (8). O Direito Internacional, para lá dos Estados, inicia uma cavalgada legislativa que visa a consagração e efectivação dos direitos sociais, são exemplo disso a Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, igualmente em 1948, a Carta Social Europeia, em 1961, o Pacto Internacional de Direitos Económicos Sociais e Culturais, em 1966 e a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, em 1969 (5)(6)(8).

O término do conflito mundial dá lugar também a um novo conceito, o de Estado de Bem-Estar Social “Welfare State”, que fez aumentar substancialmente os gastos públicos com prestações nas áreas sociais e, conseqüentemente, um avanço significativo em termos de direitos sociais (1)(5)(8). Importa definir mais pormenorizadamente os pressupostos que constituem o *Welfare* e, por conseguinte, as correntes da sua aplicabilidade. O Estado de Bem-Estar Social é determinado pelos seguintes critérios: a desmercadorização - ou a independência de bem-estar em contra ponto ao mercado; a estratificação social - ou a redistribuição dos recursos na produção da igualdade social; o *Welfare Mix* - que representa a distribuição de responsabilidades na criação de bem-estar entre o Estado, o mercado e a família. Elucidados os critérios, descrevem-se os três modelos resultados: Liberal, anglo-saxónico ou assistencialista - desmercadorização pouco expressiva, fraca redistribuição e com enfoque no mercado; Corporativo, conservador continental ou de seguro obrigatório (modelo de Bismarck) - com desmercadorização elevada, sem redistribuição e com ênfase na família (Estado subsidia); Social-democrata, escandinavo ou universalista (modelo de Beveridge) - com elevadíssima desmercadorização, redistributivo e com ênfase no Estado (1)(8)(9)(10). A Europa do Sul, que iniciou a construção do seu Estado Social em plena recessão económica mundial pós-crisis petrolíferas, apresenta modelos de *Welfare* diferenciados, com particularidades próprias e análogas aos modelos enunciados (1), tais como: as contribuições sociais são deduzidas em larga escala dos salários; existe igualdade na acessibilidade aos serviços públicos; a protecção laboral é elevada; os subsídios de desemprego são baixos; a eficiência e a equidade das políticas seguidas caracterizam-se por uma correlação baixa (4). Este conceito de Estado de Bem-Estar Social associa-se a um outro que, com relevo, implica abordar neste capítulo - O Modelo Social Europeu (1)(4)(9). Em algumas circunstâncias confunde-se Estado-Providência com Modelo Social Europeu, confusão que se deve à aproximação lexical entre o conceito de Estado-Providência (=Estado Social) e de Modelo

Social Europeu (4). A definição moderna de Estado-Providência surge em 1948, ano em que são aprovadas as fontes de receita (impostos) que serviriam o financiamento do Plano Beveridge, tal como a designação de Modelo Social Europeu, que nasce após o término da 2ª Guerra Mundial (4). Estado-Providência são valores, Modelo Social Europeu são medidas e práticas. Assim, conclui-se que a origem do Modelo Social Europeu tem como progenitor o Estado-Providência (4).

As fundações do Modelo Social Europeu, como atrás referido, remetem para o período pós-2ª Guerra, onde se passa de uma perspectiva de Estado unicamente centrado na política de defesa nacional, de segurança e de justiça, para uma visão mais abrangente de Segurança Social, onde surgem como prioridades o combate à pobreza, ao desemprego e a mais e melhor justiça social (4)(8). Baseada no valor da solidariedade inter e intra-geracionais, são criados abonos familiares, segurança social que cobre todas as vicissitudes da vida, serviço nacional de saúde geral e gratuito ou tendencialmente gratuito, garantia de acesso de todos os graus mais elevados do ensino, tendo como critério as capacidades individuais e independentes das condições socio-económicas, políticas de pleno emprego, garantia de assistência mínima obrigatória (8). Este conjunto de política, na realidade, tomava, posteriormente, configurações diversas consoante o modelo instituído por cada Estado (como vimos em cima) (8). Tudo isto se tornou exequível num período de “30 gloriosos anos”, 30 anos que se caracterizaram por um progresso sem precedentes a todos os domínios - a riqueza produzida pelos Estados Europeus Ocidentais crescia de forma contínua e expansiva, existia pleno emprego, durava um equilíbrio entre a produção industrial e a redistribuição, a mobilidade social fazia parte da realidade e tais factores garantiam, não só, um aumento crescente do poder de compra como também, fundamental, a possibilidade de expansionismo fiscal, com um incremento continuado da carga fiscal sobre os contribuintes sem o qual seriam impraticáveis as políticas sociais (4)(7). Tais condições esbarraram mais tarde, em 1973 e 1979, em crises petrolíferas a uma escala global que, conjuntamente com a guerra do Vietnam, desestabilizaram o Mundo (4)(7)(9)(10)(11). O primeiro “choque” petrolífero de 1973, já com o panorama da emergência das economias asiáticas por detrás, configura-se como um momento de viragem, onde surgiram os primeiros riscos do desmantelamento do Modelo Social Europeu (7).

#### **1.1.4 As Crises Petrolíferas da década de 70 e o Início do Declínio**

As três últimas décadas do séc. XX ficam marcadas por consecutivas crises e recessões (9), ditando uma inevitável inversão nas políticas sociais do pós-guerra.

Em Outubro de 1973, a Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) decide anunciar a duplicação dos preços do petróleo (10), que depois se traduziram na sua quadruplicação (11), levando a que nos anos de 1974 e 1975 a economia mundial se confrontasse com a sua primeira recessão desde o fim da 2ª Guerra Mundial (11). Tal facto veio criar, para além do abrandamento do ritmo médio de crescimento económico (9), deficits acentuados da balança de pagamentos, obrigando muitos países a repensar as suas

políticas sociais, começando a questionar-se a viabilidade e sustentabilidade do Modelo Social Europeu (4). Após Março de 1979, com a 2ª crise petrolífera (10), os governos de Ronald Reagan, nos Estados Unidos, e de Margaret Thatcher, em Inglaterra, conceberam um novo paradigma em termos de organização política e económica - o Modelo Neoliberal - passando de um Estado Social para um Estado Mínimo, um complemento da sociedade e dos agentes económicos, de intervenção reduzida quer ao nível empresarial quer também ao nível de programas de assistência social (4)(6)(7)(11). O pilar deste novo Estado tornou-se a globalização (6). Tais medidas visavam relançar o crescimento económico e combater o desemprego, que em finais da década de 70 atingia um milhão e meio de trabalhadores no Reino Unido (9)(10).

Em 1981, o francês Pierre Rosanvallon, intelectual e destacado social-democrata, escreve o livro *La crise de l'État-Providence*, que se tornaria célebre, alertando para a inevitável e anunciada falência da “questão social” (10). A sua tese de crise assentava em dois aspectos: em primeiro lugar, o aspecto financeiro - a partir da década de 70, a chamada despesa social, nomeadamente a afecta à saúde, crescia a ritmos de 7% e 8% ao ano, enquanto a receita aumentava em proporções muito menores (entre 1% e 3%). A agravar a situação tinha-se como pano de fundo a crise económica desencadeada nos princípios da década (10). Em segundo lugar, a demografia e a composição etária da população - sucessivo decréscimo do número de contribuintes em contraponto com o acréscimo do número de beneficiários. Surgiu o chamado “fenómeno da 3ª idade” e implementou-se o desemprego de grande escala (10). Para combater este flagelo, foram iniciadas ainda nessa década, pelo Governo francês, políticas reactivas que, como se verá em seguida, não alteraram significativamente o quadro crítico. A principal e mais significativa medida foi a duplicação gradual das contribuições universais, que, mesmo assim, não impediu que se criasse um deficit de mais de 10 mil milhões de euros. Resultou que os impostos e contribuições alcançaram um rácio em média de 57% dos rendimentos das pessoas, tornando inexequível e impraticável qualquer aumento da carga fiscal (10). Usando ainda o exemplo de França, o sistema de pensões representava em 1996 cerca de 13% do PIB, aumentando quase 1,5 vezes em relação a 1960 (5%). Números semelhantes diziam respeito à assistência no desemprego e nas políticas de saúde (10). Encostado num colete-de-forças, Jacques Chirac, eleito em 1995, nomeia Alain Juppé para Primeiro-Ministro que, em Novembro, submeteu a aprovação à Assembleia Nacional um projecto reformista, de sistematização das medidas em curso, do *Welfare* que viria a ser o modelo de referência na Europa - o Modelo Juppé (10). O modelo em questão consistia em manter o financiamento através das despesas correntes, ou seja, a cobertura dos gastos continuaria a ser assegurada por contribuições anuais, adicionando-se a isto um pacote de cortes na despesa e aumento da receita: 1. Aumento da idade da reforma e ampliação dos anos de contribuição; 2. Redução da duração do subsídio de desemprego; 3. Eliminação de sistemas especiais; 4. Aumento das contribuições e criação do estatuto de aposentado-contribuinte (10). O Modelo Juppé foi motivo de fortes críticas por parte da sociedade civil,

tendo o número de greves nesse ano atingido um número record, levando mesmo à demissão do então Primeiro-Ministro (10).

As alterações estratégicas empreendidas pelo mundo ocidental conseguiram estancar o crescimento da inflação, devolver algum crescimento, mas não foram capazes de alterar o panorama do desemprego (9)(11). A crise viria a afectar, na década de 90, a Suécia, a Finlândia e a Alemanha, que optaram de forma pragmática pela reestruturação do sistema de protecção social e do sistema fiscal e contributivo (9). Outro marco substancial da História é a entrada, em 2001, da República Popular da China na Organização Mundial do Comércio (OMC), enquanto a Comissão Europeia decide eliminar um conjunto de barreiras ao comércio internacional, contribuindo decisivamente para o chamado fenómeno da desindustrialização e da estagnação económica verificada a partir dessa data (8)(12).

A Europa tornou-se um lugar onde é comum falar-se em existência de ruptura do Estado Social (8). O fraco crescimento económico e recessões sucessivas, o défice das contas públicas, o endividamento externo, o envelhecimento da população e o chamado “desemprego estrutural” tornam insustentável o modelo de Estado Social na maioria dos países europeus, estando alguns numa situação de pré-falência (7)(8)(10). Para se ter uma ideia, a Europa alcançou no período entre 1952 e 1972, o dobro do crescimento económico registado no período subsequente, 1972-2002 (10). Ao nível do desemprego, entre 1972 e 2002, Espanha passou de 169 mil desempregados para 1,7 milhões. A mesma tendência ocorrida na Alemanha, com 249 mil para 4,2 milhões de desempregados (10). O caminho percorrido nas décadas finais do séc. XX representa uma mudança profunda e estrutural, de ruptura com o passado, tornando inalcançável o regresso aos “30 gloriosos anos” (7).

### **1.1.5 O Estado Social Português - do Estado Novo à Democracia**

O Estado Social em Portugal, que podemos considerar como o conjunto formado pelo Sistema Público de Educação, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a Segurança Social (1)(2)(3)(12)(13), surgiu numa fase tardia de prosperidade do contexto económico e fiscal (1)(7). Trata-se de um modelo dualista que se divide entre uma sobreprotecção de certos núcleos laborais assentes em melhores e mais estáveis salários e entre níveis básicos de protecção social a outras camadas da população (1). Se por um lado países como França, Inglaterra e Alemanha desenvolveram modelos eficazes e abrangentes de Estado Social, com uma cobertura em vários domínios sociais, Portugal, marcado pelo desenvolvimento tardio, pela franca influência do contexto político-ideológico da revolução democrática, pelas repercussões das crises petrolíferas dos anos 70 e pelas correntes de redução do modelo social dos anos 80, viu-se circunscrito a um modelo mais rudimentar, menos abrangente e com menor possibilidade de expansão (1)(7)(10).

Mas viajemos até aos seus primórdios. Meio-século após Bismarck lançar as bases do processo de implementação da protecção social, a legislação corporativa de 1933 e 1935 instituiu-se como o início do sistema de Previdência em Portugal, com políticas sociais assentes no papel decisivo da família, na supletividade do Estado (Estado serve como suplemento), na

responsabilidade individual (e não obrigatória) de adesão ao sistema de protecção, na ausência de comparticipação estatal e na sua exaustiva acção fiscalizadora (1). O Estado intervinha então não no financiamento, este estava ao cargo dos trabalhadores e do patronato, mas na regulação do sistema. Em 1942, com a instituição do regime de abono de família para os trabalhadores por conta de outrem, na indústria, no comércio, nas outras profissões livres ou ao serviço dos organismos corporativos e de coordenação económica (extraído do Decreto-Lei nº 32:192, de 13 de Agosto de 1942), o Estado torna-se, pela primeira vez, agente prestador e financiador da protecção social (1). 20 anos mais tarde, em 1962, surge a grande Reforma da Providência, que elimina definitivamente a função supletiva do Estado e reconhece oficialmente as questões sociais como questões constantes do sistema de Previdência. Esta Lei reformista que introduz no sistema: as Caixas Sindicais de Previdência, as Casas do Povo, as Casas dos Pescadores e as Associações de socorros mútuos de inscrição facultativa; que insere as Instituições de previdência de inscrição obrigatória para trabalhadores por conta de outrem, por conta própria, para os funcionários públicos, civis ou militares; serviria de base para todo o percurso do Sistema de Previdência Social até à constituição da Lei de Bases da Segurança Social de 1984 (1)(13).

Após a revolução de Abril de 1974, a despesa social dispara, registando-se entre 1971 e 1974 um crescimento desta despesa a rondar os 37% do PIB (1). Surge a intenção de introduzir elementos universalistas ao sistema, como a adopção de novas medidas nos regimes contributivo e com a criação do regime não-contributivo, novas medidas na assistência à invalidez e à velhice, na maternidade e primeira infância, lança-se em 1975 o subsídio de desemprego e em 1977 as pensões sociais de base não-contributiva, lançando igualmente as bases para a implementação do SNS de carácter universal (1)(13). É também a partir de 74 que se inicia o processo de descentralização do Estado (1). Em 1979, é fundado finalmente o Serviço Nacional de Saúde universalista que possibilitou progressos em vários indicadores de saúde, como é exemplo a descida exemplar da taxa de mortalidade infantil (2)(13). A década de 80 traz convergência com a Europa mas também introdução de medidas de desregulamentação nas áreas das relações laborais e na contenção da despesa pública com prestações sociais (1)(13). Em 1983, com a inflexão do crescimento económico e financeiro, Portugal vê-se obrigado a pedir auxílio externo ao Fundo Monetário Internacional. Estes fenómenos abrem caminho à reestruturação do sistema através de uma nova Lei de Bases da Segurança Social, em 1984 (1). Com a integração na Comunidade Económica Europeia (CEE), em 1985, e beneficiando de fundos comunitários, o país volta à senda do social, sobretudo na área da solidariedade, o que origina em 2000 uma nova alteração à Lei de Bases da Segurança Social (1). Cria-se o Rendimento Mínimo Garantido (RMG) e abre-se trilho para a integração do “3º sector” - as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), que são tuteladas pelo Estado mas a quem compete acompanhar e fiscalizar o funcionamento do RMG (1). Este 3º sector revela-se hoje de grande importância para a difusão do bem-estar (1). Na actualidade, incapazes de realizar reformas estruturais que sucessivamente são adiadas (7), o desemprego, as taxas de crescimento económico rasteiras e as recentes tendências demográficas,

especialmente o envelhecimento, têm dado origem ao desmantelamento e desmontagem do Estado Social face às necessidades de redução da despesa pública (1).

### **1.1.6 Nos dias de hoje...**

Nos dias de hoje, e abordando as opções estratégicas do Orçamento do Estado de 2017 (OE17) para o Estado Social (3), o Governo português propôs “como desenvolvimento do Estado Social”: a distribuição de 370 mil manuais escolares gratuitos para o 1º ciclo; a difusão da prestação única da deficiência para 80 mil pessoas; a criação de 100 novas salas para o ensino pré-escolar aos 3 anos; o reforço da rede de cuidados primários com a abrangência de mais 500 mil utentes com médico de família; expansão da rede de cuidados continuados com 1000 novas camas; combate à pobreza infantil e promoção da natalidade abarcando 120 mil crianças; dedução das refeições escolares em IRS; dedução do IVA dos passes sociais em sede de IRS; alargamento da redução de 25% nos passes sub-23 a todos os estudantes; suspensão do regime de actualização das propinas do Ensino Superior (3). Ou seja, não existe qualquer palavra, intenção ou medida que aponte para uma reforma estrutural do sistema no seu conjunto.

Sabendo todos que a importância do Estado Social assumiu um papel fulcral no imaginário dos cidadãos, quer pela sua vertente redistributiva, quer pela actual intensificação das desigualdades da sociedade que se tornaram cada vez mais individualistas e liberalizadoras, é de prever que a solidez do sistema, da paz e coesão sociais, venha a colapsar se também o Estado Social derrapar (7). É nesta base de uma crescente preocupação emergente que se seguirá uma análise realista, profunda e abrangente de vários dados relativos a Portugal, ao Estado Social Português e ao “ponto a que chegámos”, uma análise que remete também para soluções e alternativas baseadas em contextos já implementados. Uma análise assente na realidade dos factos. Sem ilusões.

## **1.2 Objectivos**

O presente trabalho de investigação, suportado em bases de dados Nacionais, teve como objectivo a identificação e análise das principais características e rúbricas que permitem avaliar o estado do Estado Social Português e a sua viabilidade futura. Pretenderá ainda, para além da análise das causas, identificar estratégias que conduzam a uma solução.

### **1.2.1 Objectivos específicos**

Numa óptica mais particular, pretendeu-se avaliar:

- A evolução demográfica nacional e as alterações da sua estratificação etária;
- A Sistema Público de Educação de um ponto de vista financeiro e de recursos humanos;
- O Serviço Nacional de Saúde e aos seus recursos humanos, analisando ainda a Saúde em Portugal e os seus gastos;

- A Segurança Social e a Caixa Geral de Aposentações, a sua viabilidade e sustentabilidade futuras;
- A evolução das Contas Nacionais, tendo como base os dados da Economia e das Finanças Públicas
- Os três pilares do Estado Social - Saúde, Educação e Protecção Social, dando-lhe uma visão global e integrada;
- Comparativamente a evolução Portuguesa e a de outros países europeus;
- A sustentabilidade do Estado Social na sua globalidade;
- Possíveis reformas estruturais, projectos de alteração e medidas concretas tendo em vista a exequibilidade de um Estado Social que garanta a continuidade da Democracia.

### 1.3 Métodos de trabalho

Para a aquisição de conteúdos relativos ao tema abordado foi constituída como fonte central de obtenção de dados a plataforma PORDATA. Os dados recolhidos nesta fonte foram, posteriormente, comparados com outras bases de dados de entidades nacionais e internacionais, tais como:

- INE - Instituto Nacional de Estatística;
- SS - Segurança Social;
- BP - Banco de Portugal;
- OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico;
- Eurostat - Gabinete de Estatísticas da União Europeia;

Foram estudados, na totalidade, os artigos encontrados para a construção da descrição histórica do modelo de Estado Social vigente, tendo, posteriormente, para a fundamentação de aspectos de natureza comparativa e teórica, sido dissecados quatro livros, um relativo ao Sistema de Pensões e três relativos ao Serviço Nacional de Saúde. Foram ainda consultados documentos oficiais e um artigo científico sobre intervenção farmacêutica.

Ao serem descritas as tabelas, foi criado, no final de cada observação, um “modelo de evidências”, que consiste num breve resumo que aponta para uma evolução positiva (a verde) ou uma evolução negativa (vermelho), do ponto de vista do Estado Social e da sua sustentabilidade. Na conclusão do trabalho foram contabilizados tanto o número de evoluções positivas como negativas. Este procedimento visa criar uma visão sintética da questão, facilitando a compreensão.

## 1.4 Apresentação dos resultados - Variantes que condicionam o Estado Social Português

Ao longo desta secção, serão abordados e analisados dados relativos à evolução demográfica, à Educação, à Saúde, ao SNS, à Protecção Social - SS e CGA e à posição de Portugal no contexto europeu. Será ainda demonstrada a insustentabilidade do modelo português e serão lançadas pontes para o futuro, com a proposta de reformas estruturais e de medidas de alteração, com aplicabilidade e resultados comprovados.

### 1.4.1 A Demografia

Segundo a Porto Editora (14), através dos seus artigos de apoio na plataforma online *Infopédia*, demografia corresponde “ao estudo das populações humanas, que incide sobretudo na avaliação do respectivo volume, composição, distribuição e mudanças. Está relacionada com a geografia humana, ciência que estuda a relação entre as variáveis geográficas e o volume, composição, movimento e aumento das populações”. Como foi descrito na Secção 1.1, a demografia e as suas alterações provocam um impacto directo na sustentabilidade dos modelos de protecção e assistência social - Estado Social. Importa então efectuar a análise da sua evolução.

**Tabela 1.1** Taxa de Fecundidade Geral - Número de nados-vivos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao efectivo médio de mulheres em idade fértil (entre os 15 e os 49 anos) desse período (habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1000 ( $10^3$ ) mulheres em idade fértil) (15).

Ano	Taxa de Fecundidade Geral
1961	95,7%
1970	84,6%
1980	66,9%
1990	46,5%
2000	45,9%
2010	40%
2016	37,1%

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Evidência 1** - A taxa de fecundidade decresceu acentuadamente desde 1961 até 2016, verificando-se uma quebra preocupante de nascimentos. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.2** Total de nascidos-vivos de mães residentes em Portugal (nascido-vivo é a criança que nasce com vida) (16)

Ano	Indivíduos
1960	213.895
1970	180.690
1980	158.309
1990	116.321
2000	120.008
2010	101.381
2016	87.126

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Evidência 2** - Em 2016 há menos 126 mil 769 nascimentos que em 1960. Nos últimos 16 anos, o decréscimo corresponde a 32 mil 882 nascimentos. Uma descida vertiginosa. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.3** Esperança de vida à nascença: total e por sexo (número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento de referência) (17)

Ano	Total	Masculino	Feminino
1960	X	60,7	66,4
1970	67,1	64	70,3
1980	71,1	67,8	74,8
1990	74,1	70,6	77,5
2000	76,4	72,9	79,9
2010	79,6	76,5	82,4
2015	80,6	77,6	83,3

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Evidência 3** - Em 2015 as pessoas vivem, em média, mais 14 anos que em 1970. Se analisarmos em termos de género, os homens vivem hoje, em média, até aos 78 anos e as mulheres até aos 83, uma evolução de 17 anos em relação a 1960. Se a longevidade é um indicador social positivo, não deixa de constituir um problema para os Serviços de Saúde e para o Sistema de Pensões, que se vêem confrontados com um provável e duradouro aumento da despesa e de afectação de recursos por indivíduo. **(evolução negativa)**

Tabela 1.4 População residente: total e por grupo etário (18)

Ano	Total	0-4	5-14	15-29	30-44	45-59	60-64	65-74	75+
1960	8.889.392	901.410	1.690.545	2.125.623	1.728.047	1.401.179	334.019	470.448	238.121
			4.717.578 (53%)		3.463.245 (39%)		708.569 (8%)		
1971	8.643.756	783.328	1.681.338	1.924.178	1.617.158	1.394.117	407.583	564.484	271.575
			4.388.844 (50.8%)		3.418.858 (39.5%)		836.059 (9.7%)		
1980	9.766.275	810.120	1.709.450	2.288.585	1.754.765	1.675.840	422.840	731.550	373.125
			4.808.155 (49.2%)		3.853.445 (39.5%)		1.104.675 (11.3%)		
1990	9.983.218	562.416	1.474.845	2.366.402	2.003.530	1.701.637	535.284	811.141	527.967
			4.403.663 (44.1%)		4.240.451 (42.5%)		1.339.108 (13.4%)		
2000	10.289.898	549.825	1.135.254	2.291.097	2.230.078	1.863.649	554.495	975.924	689.581
			3.976.176 (38.6%)		4.648.222 (45.2%)		1.665.505 (16.2%)		
2010	10.573.100	506.483	1.100.101	1.837.257	2.391.312	2.168.038	616.503	1.024.460	928.950
			3.443.841 (32.5%)		5.175.853 (49%)		1.953.410 (18.5%)		
2016	10.325.452	432.305	1.019.320	1.655.792	2.183.302	2.223.380	652.624	1.104.712	1.054.021
			3.107.417 (30%)		5.059.306 (49%)		2.158.733 (21%)		

Fontes/Entidades: INE, PORDATA, Recenseamentos Gerais da População

**Evidência 4** - Em 1960 a estratificação da população correspondia ao modelo em pirâmide, ou seja, mais de 50% da população situava-se na faixa etária entre os 0 e os 30 anos, existindo apenas 8% das pessoas com mais de 65 anos. É possível perceber que evolutivamente a tendência começa a inverter-se, isto é, a faixa etária entre os 0 e os 30 anos evolui no sentido de menor representatividade, ao passo que as faixas subsequentes, 30-64 e 65-75+, progredem em processo ascendente. Em 2016, verifica-se que o modelo de pirâmide referido já não existe, constatando-se que a faixa etária dos 0-29 corresponde a 30% da população (uma queda de 23% face a 1960), que a correspondente às faixas de 30-64 são já 49% (subida de 10%) e que a população com mais de 65 anos é agora de 21% (mais 13% que em 1960 e apenas menos que 9% em relação à faixa dos 0-29). Realidade profundamente alarmante. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.5** Número de indivíduos em idade activa por idoso (Idade activa: população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos; Idoso: população com 65 ou mais anos; Índice de Sustentabilidade Potencial: diferença entre a população activa e o nº de idosos) (19).

Ano	Índice de Sustentabilidade Potencial
1960	7,9
1970	6,6
1980	5,6
1990	4,9
2000	4,2
2010	3,6
2016	3,1

Fontes/Entidades: INE, PORDATA, Recenseamentos Gerais da População

**Evidência 5** - Se em 1960 existiam 8 indivíduos em idade activa para 1 idoso, em 2016 esse número é praticamente um terço do anterior, 3,1. Nos últimos 16 anos, apenas, passou-se de um índice de 4,2 para 3,1. Estamos perante um dado demográfico relevante e que sustenta a tese anteriormente avançada da crescente diminuição dos potenciais contribuintes contra o aumento dos potenciais beneficiários. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.6** População empregada: total (20)

Ano	Total (milhares indivíduos)
1990	4.717,5
2000	5.041,3
2010	4.898,4
2013	4.429,4
2016	4.605,2

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Evidência 6** - Nos últimos 26 anos (1990-2016), a quebra do número de pessoas empregadas corresponde a 112 mil. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.7** População empregada vs População Desempregada (milhares indivíduos) (20)(21)

Ano	Empregados	Desempregados
1990	4.717,5	231,1
2000	5.041,3	206,0
2010	4.898,4	591,2
2013	4.429,4	855,2
2016	4.605,2	573,0
1990-2016	- 112,3	+341,9

Fontes/Entidades: INE, PORDATA, IGFSS/MTSSS (até 1998) | ISS/MTSSS (a partir de 1999), CGA/MTSSS

**Evidência 7** - O dado novo a acrescentar é o contraste evidente entre a quebra do número de empregados e o aumento galopante do número de desempregados (mais 342 mil em relação a 1990). **(evolução negativa)**

**Tabela 1.8** Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo (Este indicador pretende concluir quantos anos, em média, pode uma pessoa com 65 anos esperar viver) (22)

Ano	Total	Masculino	Feminino
1970	13,5	12,2	14,6
1980	14,7	13,1	16,1
1990	15,7	14	17,1
2000	17	15,2	18,6
2010	18,8	16,9	20,2
2015	19,3	17,4	20,7

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Evidência 8** - Mais um dado social positivo, mas de afronta para o Estado Social. O aumento da longevidade aos 65 anos, correspondente ao período entre 1970 e 2015, pressupõe que cada indivíduo poderá estar ligado ao sistema de Pensões, em média, 19 anos (mais 6 que em 1970 e mais 2 que em 2000). **(evolução negativa)**

Relativamente à tabela seguinte, são indicadores de envelhecimento o Índice de envelhecimento: número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens; o Índice de dependência total: número de menores de 15 anos e de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade activa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos jovens e idosos do que pessoas em idade activa; o Índice de dependência de jovens: número de menores de 15 anos por cada 100 pessoas em idade activa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos jovens do que pessoas em idade activa; o Índice de dependência de idosos: número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade activa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que pessoas em idade activa; e o Índice de longevidade: número de pessoas com 75 e mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa (23).

**Tabela 1.9** Indicadores de envelhecimento

Anos	IE - Índice de envelhecimento (Rácio - %)	IDT - Índice de dependência total (Rácio - %)	IDJ - Índice de dependência jovem (Rácio - %)	IDI - Índice de dependência de idosos (Rácio - %)	IL - Índice de longevidade (Proporção - %)
1961	27,5	59,0	46,3	12,7	33,6
1970	32,9	61,7	46,4	15,3	32,6
1980	43,8	59,0	41,0	18,0	33,8
1990	65,7	51,1	30,8	20,3	39,4
2000	98,8	48,3	24,3	24,0	41,4
2010	121,6	50,8	22,9	27,9	47,6
2016	148,7	53,8	21,6	32,1	48,8

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Evidência 9** - Com a entrada no séc. XXI verifica-se um exponencial crescimento do nº de pessoas com mais de 65 anos em relação aos menores de 15 anos (IE 2016 = 148,7%); Como vimos anteriormente, o nº de pessoas em idade activa (15-64 anos) mantém-se prevalecte na sociedade portuguesa, no entanto, desde 2000 tem vindo a baixar; Alarmante é o Índice de dependência jovem de 2016 (21,6%) que revela a queda na vertical do nº de pessoas abaixo dos 15 anos de idade em relação às pessoas em idade activa; Iguamente preocupante é o IDI que desde 1961 cresceu 19,4%, sendo 10% superior ao IDJ; Relativamente ao Índice de longevidade, que avalia o envelhecimento da população idosa, verificamos que este atinge em 2016 praticamente 50% da população com mais de 65 anos, o mesmo é dizer que por cada duas pessoas com idade igual ou superior a 65 anos uma delas tem mais de 75 anos de idade.

**(evolução negativa)**

**Tabela 1.10** Taxa de desemprego (%) (número de desempregados existentes por cada 100 activos) (24)

Ano	Total	<25	25-54	55-64
1983	7,6	18,3	5,1	2,4
1990	4,6	10,3	3,6	2,1
2000	3,9	8,6	3,5	3,2
2010	10,8	22,8	10,7	8,9
2013	16,2	38,1	15,5	13,7
2016	11,1	28,0	10,0	11,0

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Evidência 10** - A taxa de desemprego, entre os anos de 2000 e 2016, cresceu 7,2%. Salienta-se ainda o nº de desempregados com idade inferior a 25 anos, que atinge cerca de 28 em cada 100 pessoas. Um número “astronómico”. Este facto sobrecarrega o Sistema de Pensões com um aumento assinalável de despesa em subsídios de desemprego e, conjuntamente, corrobora a tese do aumento de beneficiários em contracorrente com a diminuição do número de contribuintes. **(evolução negativa)**

#### 1.4.2 A Educação

Entre 1950 e 2000 podem distinguir-se três fases de desenvolvimento do sistema de ensino. De 1950 a 1960 vigora um processo de acomodação do sistema à realidade socioeconómica do pós-guerra. A partir de 1960 até 1974, assiste-se a uma maior abertura, com uma nova tomada de consciência do atraso educacional do país. Já numa terceira fase, com a mudança de regime trazida pela Democracia (1974-97), sistema de ensino conhece importantes transformações qualitativas e quantitativas (25).

Na década de 50-60, surgem medidas de combate ao analfabetismo e surge por parte do Ministro da Educação a preocupação de formar mão-de-obra qualificada e diversificada para responder às exigências do avanço da técnica que surge no pós-guerra. Há uma nova aposta na formação profissional e uma abertura a organismos internacionais. No ensino primário, a escolaridade obrigatória passa a ser de 4 anos. Valoriza-se o capital escolar e descobrem-se novas vias de promoção social. Com o progresso industrial, a política educativa adequa-se a uma nova realidade (25).

Nos anos 60, o Estado finalmente admite que a mobilidade social não pode ser limitada pelo baixo nível da educação. Os compromissos internacionais obrigam o Governo a repensar o seu sistema educativo tendo em vista a preparação de pessoas qualificadas requeridas pelo dinamismo económico. A escolaridade obrigatória passa a ser de seis anos. Surge o ensino preparatório resultante da fusão dos dois primeiros anos do liceu e da escola técnica. Desde o primeiro nível da escolaridade estão presentes preocupações profissionalizantes (25).

A nova reforma do sistema educativo apresentada pelo Ministro da Educação, Veiga Simão, no início dos anos 70, não chega a ser totalmente implementada, devido ao golpe militar de 25 de Abril de 1974. No entanto, apesar da envolvimento de um período revolucionário, continuou a ser consensual a ideia de que a educação tem um papel importante no desenvolvimento económico e na modernização do país. No ensino surgem transformações significativas com a alteração dos conteúdos da aprendizagem, em todos os graus de ensino (25).

Em fase de normalização democrática, privilegiam-se no sistema educativo os aspectos curriculares, técnicos e profissionais, em detrimento das ideologias. Também, neste período, se toma consciência de que a expansão do sistema educativo pode criar efeitos perversos, nomeadamente em relação à qualidade desse ensino. O bloqueio estrutural da economia portuguesa vai impedindo sucessivamente a reforma do sistema educativo (25).

Vão sendo tomadas diversas medidas de alteração ao nível estrutural e curricular do ensino, que conduzirão em 1986, à publicação da Lei de Bases do Sistema Educativo. Neste diploma são consignados: o direito à educação e à cultura para todas as crianças, é alargada para 9 anos a escolaridade obrigatória, garante-se a formação de todos os jovens para a vida activa, o direito a uma justa e efectiva igualdade de oportunidades, a liberdade de aprender e ensinar, a formação de jovens e adultos que abandonaram o sistema educativo e a melhoria educativa de toda a população. Esta lei criou uma nova organização do sistema educativo compreendendo a educação pré-escolar, escolar e extra-escolar. A educação extra-escolar abrange as actividades de alfabetização, de educação de base e de iniciação e aperfeiçoamento profissional (25).

Esta Lei e as suas sucessivas e conseqüentes actualizações contribuíram para reparar problemas estruturais do sistema educativo e para ultrapassar atrasos e estrangulamentos que se registavam há décadas (25).

Na base desta descrição evolutiva, importa avaliar também como decorreu a evolução financeira e de recursos do sistema educativo português.

Tabela 1.11 Alunos matriculados por nível de ensino (milhares) - Número de estudantes que frequentam o ensino pré-escolar, básico, secundário ou superior (26)

Ano	Total	Pré-Escolar	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
1961	X	6.528	1.066.471	13.116	X
1970	X	15.153	1.316.279	27.028	X
1980	1.873.559	80.373	1.538.389	169.516	80.919
1990	2.160.180	161.629	1.531.114	309.568	157.869
2000	2.260.745	228.459	1.240.836	417.705	373.745
2005	2.172.853	259.788	1.153.057	376.896	380.937
2010	2.406.098	274.387	1.256.462	483.982	383.627
2013	2.139.977	266.666	1.093.523	398.447	371.000
2016	2.027.483	259.850	1.013.397	391.538	356.399
(2010-2016)	- 378.615	- 14.537	- 243.065	- 92.444	- 27.228

Fontes/Entidades: DGEEC/MEd - MCTES, PORDATA

**Evidência 11** - Verifica-se que o nº de alunos matriculados nos vários níveis de ensino tem vindo a baixar acentuadamente. Por exemplo, em 2016, existem menos 378 mil e 615 matrículas que em 2010 (6 anos). Referir que o Ensino Básico, sendo o mais universal de todos os níveis de ensino, representa 64% do decréscimo registado. Esta quebra pressupõe menor afectação de recursos e, por isso, diminuição dos gastos. **(evolução positiva)**

Tabela 1.12 Docentes em exercício (milhares) - Número de professores no ensino pré-escolar, básico, secundário e superior (27)(28).

Ano	Total	Pré-Escolar	Ensino Básico 1º Ciclo	Ensino Básico 2º e 3º ciclos e Ensino Secundário	Ano	Ensino Superior (Uni. e Politec.)
1961	36.699	226	26.087	10.386	-	-
1970	53.786	651	29.753	23.382	-	-
1980	108.361	4.167	42.501	61.693	-	-
1990	142.107	7.737	41.512	92.858	-	-
2000	175.209	15.437	39.022	120.750	2001	35.740
2010	179.956	18.380	34.572	127.004	2010	38.064
2016	142.913	16.002	28.806	98.105	2015	32.580
(2010-2016)	- 37.043	- 2.378	- 5.766	- 28.899	(2010-2015)	- 5.484

Fontes/Entidades: DGEEC/MEd - MCTES, PORDATA

**Evidência 12** - Tal como o nº de alunos, também o nº de docentes tem decrescido significativamente. De 2010 a 2016, nos ensinos pré-escolar, básico e secundário, o valor total corresponde a menos 37 mil e 43 professores. No ensino superior, nos últimos 5 anos, igualmente existiu uma quebra de 5 mil e 484 docentes. Evidencia-se uma redução da despesa com pessoal no Ministério da Educação. **(evolução positiva)**

Tabela 1.13 Estabelecimentos nos ensinos pré-escolar, básico e secundário (29)

Ano	Total	Pré-Escolar	Ensino Básico 1º Ciclo	Ensino Básico 2º e 3º ciclo e Ensino Secundário
1961	18.890	159	18.086	645
1970	19.317	289	17.190	1.838
1980	X	1.365	10.341	X
1990	X	4.133	10.723	X
2000	19.844	6.574	9.589	3.681
2010	16.317	6.974	5.711	3.632
2016	13.986	6.014	4.314	3.658
(2010-2016)	- 2.331	- 960	- 1.397	+ 26
(2000-2016)	- 5.858	- 560	- 5.275	- 23

Fontes/Entidades: DGEEC/MEd - MCTES, PORDATA

**Evidência 13** - A tendência de decréscimo verifica-se igualmente ao nível dos estabelecimentos de ensino, tendo nos últimos 6 anos registado uma quebra de 2 mil e 331 escolas. Se ampliarmos o período até ao ano 2000, verificamos que existem menos 5 mil e 858 estabelecimentos. Esta diminuição presume uma descida da despesa afecta ao financiamento e manutenção das infraestruturas. **(evolução positiva)**

Tabela 1.14 Despesa total do Estado em Educação (MM €, *per capita* e % PIB) (30)

Ano	Despesa		
	MM €	<i>per capita</i>	% PIB
1972	22,3	2,6	1,4
1980	258,5	26,5	3,1
1990	2.091,0	209,4	3,7
2000	6.202,6	602,8	4,8
2010	8.559,2	809,5	4,8
2016	7.177,4	695,1	3,9

Fontes/Entidades: DGO/MF, PORDATA

**Evidência 14** - Corroborando a análise anteriormente efectuada, verifica-se que a despesa do Estado com Educação decresceu substancialmente. Em 2016, foram gastos menos 1.379,8 milhões de euros em relação a 2010. Também em % do PIB existiu uma queda a rondar 1% do PIB. **(evolução positiva)**

### 1.4.3 A Saúde e o SNS

A história das políticas de saúde em Portugal é longa. No entanto, pode considerar-se a reforma realizada em 1971 como o ponto de partida para um conjunto de opções políticas, realizadas ao longo das décadas seguintes, de evidente continuidade. A ausência de rupturas significativas, depois da Revolução do 25 de Abril, ter-se-á devido, também, ao reforço, em 1971, da intervenção do Estado nas políticas de saúde, à orientação desse novo papel do Estado no sentido de atribuir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença. Teve, também, muita importância o facto de os principais responsáveis desta política terem

continuado a desempenhar funções relevantes depois de 1974. As soluções saídas da reforma de 71 assentaram em pressupostos políticos e técnicos avançados para a sua época, distantes da prática política do regime autoritário anterior, o que pode explicar, também, e em grande parte, a ausência de um visível fractura no desenvolvimento do sistema. O consenso foi, também, conseguido pela conjugação de resultados e de interesses. Os resultados mais positivos dizem respeito à cobertura de cuidados às populações, à modernização e qualidade dos meios, e os menos positivos são relativos à anunciada gratuidade conferida pela Constituição de 1976, que o SNS nunca alcançou, e à deficitária eficiência de medidas tomadas (31).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) surgiu com a Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro. Foi edificada uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população, financiada através de impostos, em que o Estado salvaguarda o direito à protecção da saúde. A organização dos serviços foi-se concretizando para dar resposta aos problemas de saúde então identificados, mas também para “promover a saúde dos povos”, na expressão utilizada por Pedro Hispano e Ribeiro Sanches, contrariando o sistema que definia que a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da Previdência (31).

Portugal aproximou-se das médias comunitárias em importantes indicadores de saúde também devido à eficácia do sistema de saúde, mas os gastos totais em saúde cresceram consideravelmente e as famílias gastaram mais do que seria esperado atendendo ao rendimento *per capita* dos portugueses. O SNS viu crescer os seus custos, além do previsto para cada ano, avolumaram-se as dívidas, viu agravadas ineficiências e a quebra de qualidade espelhou-se nas longas listas de espera para cirurgias e consultas de especialidades. No seu caminhar o SNS sofreu algumas alterações de princípios importantes mas a Constituição da República impôs, no início dos anos oitenta, limites aos projectos de mudança no sistema de saúde. Os consensos foram-se conseguidos no sentido da manutenção do SNS como mecanismo de protecção social na saúde, mas onde careceu de reformas que dotassem o sistema de maior eficiência, maior equidade e mais controlado sobre as despesas (31).

Apesar das oscilações políticas, o Serviço Nacional de Saúde fez um percurso sem significativas descontinuidades ideológicas, um factor essencial que permitiu a sua manutenção até aos dias de hoje (31).

**Tabela 1.15** Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB (gastos, em percentagem do PIB, no funcionamento da Saúde em Portugal) (32)

Ano	Despesa (% PIB)
2000	8,4
2005	9,4
2010	9,8
2011	9,5
2012	9,3
2013	9,1
2014	9,0
2015	9,0
2016	8,9

Fontes/Entidades: INE | BP, INE, PORDATA

**Evidência 15** - A análise evidencia uma estabilização dos gastos em saúde nos últimos 16 anos, com a exceção de 2010 onde quase atingiu o equivalente a 10% do PIB. A partir dessa data, o rácio tem vindo a baixar gradualmente (diferença de quase 1%). Mais adianta, far-se-á uma comparação com outros países europeus. **(evolução positiva)**

**Tabela 1.16** Despesa do Estado em Saúde: execução orçamental (M € e % PIB) (gastos do Estado português, em milhões de € e em % do PIB, em Saúde) (33)(34)

Ano	Despesa (M €)	Despesa (% PIB)
1972	2,8	0,2
1980	234,8	2,8
1990	1.756,3	3,1
2000	5.318,7	4,1
2005	9.282,9	5,9
2010	9.776,5	5,4
2011	9.171,7	5,2
2012	10.403,5	6,2
2013	8.588,8	5,0
2014	8.332,1	4,8
2015	8.518,4	4,8
2016	8.811,5	4,8

Fontes/Entidades: DGO/MF, PORDATA, INE | BP, Henrique Medina Carreira *in Olhos nos Olhos*

**Evidência 16** - Em percentagem do PIB, tem-se registado um decréscimo desde 2012, tendo mesmo estabilizado entre 2014 e 2016. No entanto, a despesa estava, em 2016, 0,7%PIB/3.492,8 M € acima do valor de 2000. Verifica-se ainda que o Estado se apresenta como financiador de 54% da despesa total da Saúde em Portugal. Quanto aos valores em milhões de euros, verifica-se que de 2012 a 2014 a despesa obteve uma queda considerável (2.071,4 M€), registando-se a partir daí uma tendência de crescimento (+479,4 M€ em 2016). Em 2016 a despesa cresceu 65% face a 2000 (crescimento desfasado com o crescimento médio anual nesses 17 anos - 0,5%). Tal como na rúbrica anterior, também estes dados serão alvo de comparação europeia. **(evolução negativa)**

Tabela 1.17 Despesa total, com pessoal ao serviço e com medicamentos no Serviço Nacional de Saúde (Despesa total do SNS com médicos, enfermeiros, restantes funcionários e medicamentos (inclui-se os gastos dos utentes)) (35)

Anos	Despesa SNS		Encargos com medicamentos		Despesa total com medicamentos
	Total	Com pessoal	Do SNS	Do utente	
1980	219,1	X	X	X	X
1990	1.721,6	911,6	305,9	140,0	445,9
2000	5.977,7	2.596,1	1.038,9	482,2	1.521,1
2010	10.271,2	3.935,0	1.639,3	707,4	2.346,7
2011	9.590,7	3.507,9	1.326,0	798,6	2.124,6
2012	8.947,7	3.345,8	1.173,1	682,6	1.855,7
2013	8.906,2	3.467,0	1.160,2	689,5	1.849,7
2014	9.022,5	3.465,1	1.170,4	702,7	1.873,1
2015	9.103,5	3.467,5	1.182,2	709,8	1.892
2016	X	X	1.189,8	697,3	1.887,1

Fontes/Entidades: ACSS/MS, INFARMED/MS, PORDATA

**Evidência 17** - Neste gráfico exibe-se um dos “calcanhares de Aquiles” do Serviço Nacional de Saúde, o encargo com medicamentos. Em 2016, esse valor representa cerca de 13% da despesa total do SNS que, depois da descida substancial de 2010 para 2013, tem vindo novamente a crescer. Em comparação com o ano de 2000, o SNS gastou em 2016 aproximadamente mais 150 M € em medicação, um aumento de 14% (a economia, nesse período, cresceu, em média, 0,5% ao ano e um acumulado de 11,31% entre 2000 e 2010 e - 1,23 entre 2010 e 2016). Os gastos com pessoal representaram, em 2016, 38% da despesa. Se juntarmos as duas rúbricas, verificamos que pessoal e despesa em medicamentos representam 51% da despesa total. A totalidade da despesa do SNS em 2016 aumentou 52% face a 2000. **(evolução negativa)**

Tabela 1.18 Receitas médicas e embalagens no Serviço Nacional de Saúde (Receitas e embalagens de medicamentos prescritas pelos médicos no SNS) (36)

Anos	Receitas Médicas (milhares)	Embalagens (milhares)
1990	28.166	70.200
2000	43.345	117.740
2010	67.045	139.907
2011	68.300	139.851
2012	70.190	140.017
2013	76.920	149.086
2014	72.916	153.020
2015	78.231	154.965
2016	X	155.972

Fontes/Entidades: INFARMED/MS, PORDATA

**Evidência 18** - Tanto o número de receitas médicas como o número de embalagens prescritas registam um aumento ininterrupto desde 1990 até 2016 (2015 no que concerne a receitas médicas). Apesar de este indicador não poder ser extrapolado objectivamente para dados financeiros/económicos, o que é certo é, entre 1990 e 2016, o nº de receitas triplicou, o

número de embalagens duplicou e a despesa total com medicamentos (SNS e Utente) em 2016 foi 4 vezes superior à registada em 1990. Se se considerar 10,5 milhões de pessoas a população portuguesa, verifica-se que em 2016, em média, por pessoa, foram prescritas 7,5 receitas e cerca de 15 embalagens. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.19** Dívida dos Hospitais Públicos às Empresas Farmacêuticas (Dívida total - saldo da dívida no último dia do mês em causa - e dívida vencida - valor da dívida após ultrapassado o prazo limite de pagamento acordado entre as partes) (37)

Anos/Meses	Dívida Total (M €)	Dívida Vencida (M €)
2016	779,9	517,8
Jan 2017	808,0	562,3
Fev 2017	844,6	597,9
Mar 2017	891,5	637,0
Abr 2017	909,4	649,5
Mai 2017	924,3	661,8
Jun 2017	930,8	668,4

Fontes/Entidades: APIFARMA

**Evidência 19** - Constata-se que a dívida total do SNS tem vindo a crescer de forma galopante nos últimos meses e que esta representa o equivalente a 0,5% do PIB de 2016. Se se considerar o que o Estado gastou em Saúde em 2016 (e fala-se no Estado porque é quem assume a dívida), então verifica-se que o valor da dívida corresponde ao equivalente a cerca de 11% dessa despesa. **(evolução negativa)**

#### 1.4.4 Protecção Social - Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações

##### 1.4.4.1 Caixa Geral de Aposentações

**Tabela 1.20** Duração média do pagamento de pensões da CGA (número de anos, em média, que um aposentado ou reformado da CGA recebe pensão) (38)

Anos	Duração média das pensões
1992	12,2
2000	13,5
2010	17,3
2016	19,3
(1992 - 2016)	+ 7,1

Fontes/Entidades: CGA/MTSSS, PORDATA

**Evidência 20** - Em 2016, em média, os pensionistas da CGA estavam no sistema mais 7,1 anos que em 1992. Este valor representa um aumento de 58%. **(evolução negativa)**

Tabela 1.21 Idade média dos aposentados/reformados da CGA à data da aposentação (39)

Anos	Média de idades à data da aposentação
1992	59,7
2000	58,8
2010	60,1
2016	62,8
(1992 - 2016)	+ 3,1

Fontes/Entidades: CGA/MTSSS, PORDATA

**Evidência 21** - Se a duração das pensões subiu cerca de 7 anos, a idade média correspondente à data de aposentação cresceu apenas 3,1 (menos de metade). A data da aposentação não acompanhou a evolução do período de permanência dos pensionistas no sistema. **(evolução negativa)**

Tabela 1.22 CGA: Receitas e Despesas (milhares €) (40)

Anos	Receitas - Quotizações	Receitas - Estado	% Receitas OE	Despesa CGA	Receitas / Despesas
1960	1.236,9	1.724,8	58%	2.913,3	+ 48,4
1970	2.675,5	2.334,4	47%	4.722,4	+ 287,5
1980	31.524,9	32.903,1	51%	62.264,6	+ 2.163,4
1990	407.775,5	230.081,0	36%	598.406,7	+ 39.449,8
2000	1.412.599,7	2.019.695,0	59%	3.449.928,1	- 17.633,4
2010	3.453.777,2	3.749.924,6	52%	7.489.193,3	- 285.491,5
2016	3.958.443,0	4.663.306,4	54%	8.789.978,8	- 168.229,4
(1980 - 2016)	+ 3.926.918,1	+ 4.630.403,3		+ 8.727.714,2	- 170.392,8
	+ 8.557.321,4				

Fontes/Entidades: CGA/MTSSS, PORDATA

**Evidência 22** - Regista-te um aumento crescente do valor total da despesa da CGA, que atingiu em 2016 quase 9 mil milhões de euros. Este valor foi acompanhado pelo aumento acelerado das receitas das quotizações e das transferências do Orçamento do Estado (OE). Referir que a partir de 2000 o sistema passou a registar déficits, sendo este valor em 2016 de cerca de 168 milhões de euros. Acrescentar que a receita total da CGA é suportada, principalmente a partir de 2000, em mais de 50%, por parte de receitas de impostos provenientes do OE, o que desvirtua grandemente o princípio da contribuição/benefício. **(evolução negativa)**

Tabela 1.23 CGA: Receitas e Despesas (% do PIB) (41)

Anos	Receitas - Quotizações	Receitas - Estado	Despesa CGA	Receitas / Despesas
1960	0,2	0,3	0,6	+ 0,1
1970	0,2	0,2	0,4	0
1980	0,4	0,4	0,8	0
1990	0,7	0,4	1,1	0
2000	1,1	1,6	2,7	0
2010	1,9	2,1	4,2	- 0,2
2016	2,1	2,5	4,8	- 0,2
(1980 - 2016)	+ 1,7	+ 2,1	+ 4	- 0,2
	+ 3,8			

Fontes/Entidades: INE | BP, CGA/MTSSS, PORDATA

**Evidência 23** – Tendo por base a equivalência com o PIB, apura-se igualmente a mesma realidade descrita na evidência 22 - mais despesa, mais receita e mais deficits. Verifica-se ainda uma cada vez mais insuficiente receita contributiva e um aumento continuado da dependência das transferências do OE. **(evolução negativa)**

#### 1.4.4.2 Segurança Social

**Tabela 1.24** Despesa da Segurança Social: total (milhares €) e em % do PIB (despesa da Segurança Social com prestações sociais, subsídios ou outras despesas) (42)

Anos	Despesa total	Despesa % PIB
1960	6.106,0	1,2
1970	34.418,9	2,9
1980	517.120,9	6,3
1990	4.239.938,0	7,5
2000	12.348.030,4	9,6
2010	31.093.897,6	17,3
2015	33.095.112,7	18,4

Fontes/Entidades: INE | BP, IGFSS/MTSSS, PORDATA

**Evidência 24** - Uma das evidências mais significativa e mais demonstrativa da evolução insustentável do Sistema de Protecção Social Português. Nos últimos 15 anos em estudo, a despesa total praticamente triplicou, tendo em relação ao PIB registado um aumento de 8,8%, que corresponde a um valor muito próximo do crescimento da riqueza nacional nesse período. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.25** Despesa da Segurança Social com Pensões: total e em % do PIB (despesa com pensões de velhice, invalidez ou sobrevivência) (43)

Anos	Despesa total com pensões	% PIB
1960	1.061,7	0,2
1970	7.233,5	0,6
1980	320.074,3	3,9
1990	2.609.162,1	4,6
2000	6.511.925,9	5,1
2010	12.078.176,8	6,7
2015	13.065.561,2	7,3

Fontes/Entidades: INE | BP, IGFSS/MTSSS, PORDATA

**Evidência 25** - O crescimento da despesa com pensões é igualmente uma realidade a todos os níveis preocupante, quer no valor em euros quer no seu rácio relativamente ao PIB. A despesa com pensões da Segurança Social é praticamente igual à soma das despesas do Estado com Saúde e Educação. Se fizermos uma análise integrada da presente tabela com a anterior, chegamos a uma conclusão alarmante - em 2010, o valor da despesa correspondente à rubrica “pensões” acomodou o valor da despesa total da SS verificado 10 anos antes (2000). Ou seja, o que em 2000 era suficiente para concretizar a totalidade das responsabilidades da Segurança Social, em 2010 apenas garantiu o pagamento de pensões. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.26** Beneficiários activos por pensão de velhice, invalidez e sobrevivência (rácio entre contribuintes da Segurança Social e pensão em pagamento) (44)

Anos	Beneficiários activos por pensão de velhice, invalidez e sobrevivência da Segurança Social
1975	3,8
1980	2,3
1990	1,9
2000	1,8
2010	1,6
2016	1,4

Fontes/Entidades: IGFSS/MTSSS (até 1998) | II/MTSSS (a partir de 1999), IGFSS/MTSSS (até 1998) | ISS/MTSSS (a partir de 1999), PORDATA

**Evidência 26** - Em 1975 existiam praticamente 4 pessoas que contribuíam para a formação de 1 pensão em pagamento. Em 2016, cada pensão em pagamento é suportada com as contribuições de 1 contribuinte e meio. Está-se a evoluir para uma situação de 1 contribuinte vs 1 pensão. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.27** Pensões: Segurança Social e Caixa Geral de Aposentações (número de pensões, como velhice, aposentação, reforma, invalidez ou sobrevivência, são pagas pelas duas Entidades) (45)

Anos	Pensões		
	Total	SS	CGA
1960	119.586	56.296	63.290
1970	260.807	187.297	73.510
1975	943.410	861.705	81.705
1980	1.781.801	1.656.147	125.654
1990	2.427.090	2.173.528	253.562
2000	2.906.675	2.480.265	426.410
2010	3.473.401	2.896.074	577.327
2016	3.637.341	2.994.711	642.630

Fontes/Entidades: IGFSS/MTSSS (até 1998) | ISS/MTSSS (a partir de 1999), CGA/MTSSS, PORDATA

**Evidência 27** - Aumento vertiginoso do número de pensões em pagamento. Entre 2000 a 2016, nº de pensões registou um aumento de 730 mil e 666 pensões, tendo entre 1990 e 2016 crescido em 1 milhão 210 mil e 251 pensões. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.28** Pensões em % da população residente com 15 ou mais anos (total, SS e CGA) (número de pensões pagas pela Segurança Social e pela Caixa Geral de Aposentações por cada 100 pessoas com 15 ou mais anos) (46)

Ano	Total	Segurança Social	CGA
1970	4,2	3,0	1,2
1980	24,4	22,6	1,7
1990	30,8	27,6	3,2
2000	33,6	28,7	4,9
2010	38,7	32,3	6,4
2016	41,0	33,8	7,2

Fontes/Entidades: IGFSS/MTSSS (até 1998) | ISS/MTSSS (a partir de 1999), INE, CGA/MTSSS, PORDATA

**Evidência 28** - Mais um conjunto de dados que demonstram uma trajectória no sentido de, a breve trecho, o sistema se confrontar com a situação de “1 contribuinte vs 1 pensão em pagamento”. Em 2016, por cada 100 pessoas com mais de 15 anos, verificou-se o pagamento de 41 pensões. Em 2000 o valor registado correspondia a menos 7 pensões e meia e em 1990 a menos 10. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.29** Contribuições na receita total da Segurança Social (%) (quanto provém de contribuições na receita total arrecadada pela Segurança Social) (47)

Anos	% Contribuições
1977	77,6
1980	88,3
1990	85,3
2000	69,8
2010	40,1
2015	38,8

Fontes/Entidades: IGFSS/MTSSS, PORDATA

**Evidência 29** - Outro dado substancial e que merece profunda reflexão é o registado na tabela acima. Em 1990, o valor das contribuições correspondia a 85,3% do valor total da receita da Segurança Social. Em 2016, 26 anos depois, esse valor corresponde a apenas 38,8%, um valor inimaginável numa perspectiva saudável desta Instituição. Quebra-se novamente o princípio básico. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.30** Receitas da Segurança Social: total (milhares e % do PIB) e por tipo (receitas arrecadadas por intermédio de contribuições, rendimentos, consignação adicional do IVA e outras receitas ou transferências) (48)(49)

Anos	Receita									
	Total (milhares e % PIB)		Receitas correntes				Transferências correntes	Receitas de capital	Transferências de capital	
		Total	Contribuições	Rendimentos	Adicional IVA	Outras receitas				
1971	58.613,7	4,3	-	-	-	-	-	-	-	
1980	512.368,8	6,2	470.186,5	452.503,1	15.214,8	-	2.468,6	32.513,5	1.932,9	7.735,9
1990	4.241.765	7,5	3.764.127,1	3.618.044,7	131.673,5	-	14.409,0	326.867,6	9.796,7	140.973,8
2000	12.569.107	9,8	9.360.693,0	8.769.254,3	92.284,6	433.954,2	65.199,9	2.635.860,6	61.680,4	510.872,8
2010	33.626.863	18,7	14.872.340,1	13.483.331,4	374.475,4	697.750,0	316.783,2	8.957.040,1	7.225.790,5	4.256,6
2015	36.186.409	20,1	15.731.576,0	14.043.192,5	397.574,9	994.118,7	296.690,0	8.853.097,3	9.691.552,0	1.496,2
Crescimento (%)	<b>196%</b>		<b>149%</b>	<b>142%</b>				<b>706%</b>	<b>530%</b>	
1990-2000										
Crescimento (%)	<b>168%</b>		<b>58%</b>	<b>54%</b>		<b>61%</b>		<b>240%</b>	<b>+ 1000%</b>	
2000-2010										
Crescimento (%)	<b>8%</b>		<b>6%</b>	<b>4%</b>		<b>42%</b>		<b>- 1,2%</b>	<b>34%</b>	
2010-2015										
Crescimento (%)	<b>190%</b>		<b>68%</b>	<b>60%</b>		<b>130%</b>		<b>236%</b>	<b>+ 1000%</b>	
2000-2015										
Crescimento (M)	<b>+23.617.302</b>		<b>+6.370.883</b>	<b>+5.273.938</b>	<b>+305.290</b>	<b>+560.165</b>	<b>+231.490</b>	<b>+6.217.237</b>	<b>+9.629.872</b>	<b>-509.377</b>
2000-2015								<b>+ 15.847.109</b>		
% Receita total			<b>74,5%</b>	<b>70%</b>	<b>0,7%</b>	<b>3,5%</b>	<b>0,5%</b>	<b>21%</b>	<b>0,5%</b>	<b>4,1%</b>
2000								<b>21,5%</b>		
% Receita total			<b>43,5%</b>	<b>38,8%</b>	<b>1,1%</b>	<b>2,8%</b>	<b>0,8%</b>	<b>24,5%</b>	<b>26,8%</b>	<b>0,004%</b>
2015								<b>51,3%</b>		

**Evidência 30** - Devido ao aumento crescente da despesa da Segurança Social, têm-se assistido igualmente a um aumento progressivo da receita, sendo em 2015 o equivalente a 20,2% do PIB (42% da despesa total das Administrações Públicas). Nos últimos 15 anos, esta receita cresceu 23 mil milhões de euros. Verificou-se ainda que as transferências correntes e as receitas de capital tiveram, em 2015, um peso consideravelmente maior na receita total (51,3%) que as contribuições (38,8%), realidade bem diferente constatada no ano 2000 (21,5% e 70%, respectivamente). **(evolução negativa)**

## 1.4.5 Finanças Públicas e Economia Nacional

Tabela 1.31 PIB e PIB *per capita* (milhares) (riqueza total criada pelo país (PIB) e riqueza criada em média por pessoa (PIB *per capita*)) (50)(51)

Anos	PIB	PIB <i>per capita</i>
1960	497.946	56,2
1970	1.188.209	136,9
1980	8.260.433	845,8
1990	56.356.228	5.645,1
2000	128.466.304	12.484,7
2010	179.929.812	17.017,7
2016	184.931.145	17.910,2

Fontes/Entidades: INE, INE | BP, PORDATA

**Evidência 31** - O PIB total cresceu, entre 2000 e 2016, 56 mil 464 milhões e 841 euros, enquanto que o PIB *per capita* teve um acréscimo de 5 mil e 426 euros. Ao se extrapolar esta análise para o crescimento da despesa da Segurança Social, neste período, verifica-se que esse aumento correspondeu a 20 mil 747 milhões e 082 euros (37% da riqueza produzida). Se a este valor, adicionarmos o crescimento da despesa do Estado com Educação e Saúde (+ 4 mil 467 milhões e 600euros), chegamos ao valor de 25 mil 214 milhões e 682 euros, que corresponde a 45% da riqueza produzida. Estamos perante valores de uma grandeza inimaginável e absolutamente in comportáveis. **(evolução negativa)**

Tabela 1.32 Taxa de crescimento real do PIB (%) (crescimento da riqueza criada) (52)

Anos	Taxa de crescimento real do PIB	% Crescimento acumulado (década)	% Crescimento médio anual
1961	3,58		
1970	8,47	58,08%	5,8%
1980	4,76	58,41%	5,3%
1990	7,86	41,46%	3,8%
2000	3,79	37,87%	3,4%
2010	1,90	11,31%	1%
2016	1,54	- 1,20%	0,5%
			- 0,2%   *0,3%

Fontes/Entidades: INE, INE | BP, PORDATA

**\*Excluindo o ano de 2000**

**Evidência 32** - O crescimento real do PIB em termos acumulados da década e em crescimentos médios anuais demonstram inequivocamente a decadência acentuada da economia portuguesa. Passou-se de uma realidade de crescimentos/ano que rondaram os 6% na década de 70, para uma realidade de crescimentos de 0,3%/ano nos últimos 15 anos (2001 a 2016). O crescimento acumulado dos últimos 7 anos foi mesmo negativo (-1,20%). **(evolução negativa)**

**Tabela 1.33** Taxa de poupança das famílias (%) (percentagem/proporção média do dinheiro poupado pelas pessoas) (53)

Anos	Taxa de poupança das famílias
1995	12,9
2000	10,1
2005	9,4
2010	9,7
2014	5,5

Fontes/Entidades: INE, PORDATA

**Evidência 33** - A queda da taxa de poupança das famílias, que baixou praticamente para metade entre 2000 e 2014, demonstra a dependência cada vez mais acentuada das famílias relativamente ao Estado e ao Estado Social. Na falta de ajuda estatal, existe uma poupança acumulada insuficiente que acautele possíveis inevitabilidades futuras (pensões baixas, despesas com saúde avultadas, etc.). Refira-se ainda que a poupança privada também contribui para o crescimento económico, por garantir ao sistema bancário uma maior disponibilidade à ajuda ao investimento. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.34** Dívida externa líquida em milhões de euros e em % do PIB (dívida acumulada ao estrangeiro) (54)

Anos	Dívida externa (milhões €)	Dívida externa (%PIB)
1996	974,8	1,0
2000	33.801,7	26,3
2002	61.170,5	42,9
2005	79.275,2	50,0
2006	94.167,3	56,6
2007	113.513,8	64,7
2008	133.434,1	74,6
2009	145.476,2	82,9
2010	146.148,3	81,2
2012	171.376,2	101,8
2016	174.557,6	94,4

Fontes/Entidades: BP, PORDATA

**Evidência 34** - Crescimento astronómico e incontrolável. Fazendo a análise dos últimos anos, atesta-se que, entre 2000 e 2016, a dívida externa quintuplicou (5x) o seu valor e que em relação ao PIB esta cresceu 68%. Dados que colocam Portugal em posição altamente frágil relativamente à sua soberania, à sua liberdade de acção e pensamento face a imposições externas e a possíveis e necessárias acções de financiamento futuras. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.35** Administrações Públicas: despesas, receitas e défice/excedente em milhões de euros e em % do PIB (valor da receita e da despesa públicas, em milhões de euros e em % do PIB, e a diferença entre as mesmas) (55)(56)

Anos	Despesa das AP	Receita das AP	Défice/Excedente Público
1995	37.951,2	33.340,7	-4.610,5
2000	54.783,3	50.653,2	-4.130,1
2005	74.054,0	64.227,4	-9.826,6
2010	93.237,1	73.136,9	-20.100,2
2016	83.420,6	79.613,3	-3.807,3
Anos	Despesa das AP (% PIB)	Receita das AP (% PIB)	Défice/Excedente Público (% PIB)
1995	42,6	37,4	-5,2
2000	42,6	39,4	-3,2
2005	46,7	40,5	-6,2
2010	51,8	40,6	-11,2
2016	45,1	43,1	-2,1

Fontes/Entidades: INE | BP, INE | MF, PORDATA

**Evidência 35** - Verifica-se a existência de déficits crónicos das contas públicas. Constatou-se ainda que após o ano de 2000 a despesa pública tem vindo a registar valores acima daquilo que é razoável para a economia portuguesa (os DEOs - Documento de Estratégia Orçamental dos últimos Governos apontam para um valor a rondar os 42% do PIB como objectivo de uma política de despesa sustentável). Reconhece-se ainda que os compromissos com a despesa pública obrigam a um aumento sucessivo de receitas que, em 2016, já regista um valor de 43,1% do PIB. Não haverá muito mais margem para o seu crescimento. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.36** Dívida bruta em milhões de euros e em % do PIB (valor da dívida pública acumulada) (57)

Anos	Dívida bruta (milhões)	Dívida bruta (% PIB)
1991	35.468,0	54,9
2000	64.640,5	50,3
2002	80.133,6	56,2
2005	106.919,5	67,4
2010	173.062,5	96,2
2011	196.231,4	111,4
2012	212.556,0	126,2
2016	241.060,9	130,4
2017	Pre 244.811,0	-

Fontes/Entidades: DGO/MF | BP | INE, PORDATA

**Evidência 36** - Tal como a dívida externa, também a dívida pública acumulada regista aumentos exponenciais. Em 2017 (previsões), espera-se que a dívida pública atinja um valor 4 vezes superior aquele registado em 2000 (18 anos). Se em 2000 a nossa dívida pública representava 50,3% do PIB, abaixo das actuais exigências constantes do Pacto de Estabilidade (despesa pública dos países da Zona Euro deverá estar abaixo de 60% do PIB), em 2016 atingiu 130,4% da riqueza nacional. Em termos equivalência com o PIB, a dívida pública portuguesa é hoje uma das mais elevadas do Mundo. **(evolução negativa)**

Tabela 1.37 Despesas das Administrações Públicas por classificação económica, em milhões de euros e em % do PIB (gastos públicos em transferências correntes, pessoal, juros e em outras despesas correntes e de capital) (58)(59)

Anos	Despesas											
	Total (milhões € e % PIB)		Despesas correntes						Despesas de capital			
			Total		Despesas com pessoal	Consumo intermédio	Juros	Transferências correntes	Total		Investimento	Outras desp. de capital
1995	37.951,2	42,6	33.322,1	37,4	11.092,9	3.789,8	4.928,9	13.510,5	4.629,2	5,2	3.956,3	672,9
2000	54.783,3	42,6	48.241,3	37,6	17.642,6	5.978,2	3.864,1	20.756,3	6.542,0	5,1	5.683,3	858,7
2005	74.054,0	46,7	66.161,9	41,7	23.044,1	8.069,7	4.046,3	31.001,8	7.892,1	5,0	6.430,8	1.461,2
2008	81.092,8	45,3	74.278,5	41,5	23.491,1	9.920,1	5.556,2	35.311,0	6.814,3	3,8	5.075,4	1.738,9
2009	88.116,2	50,2	79.557,0	45,3	24.607,9	10.834,0	5.218,4	38.896,8	8.559,1	4,9	7.451,2	1.107,9
2010	93.237,1	51,8	80.287,0	44,6	24.610,5	10.627,5	5.268,1	39.780,9	12.950,1	7,2	9.614,2	3.335,9
2011	88.112,2	50,0	80.400,0	45,6	22.614,1	10.645,0	7.604,4	39.536,5	7.712,2	4,4	6.117,6	1.594,7
2014	89.597,9	51,8	78.880,9	45,6	20.515,0	9.847,4	8.483,0	40.035,6	10.716,9	6,2	3.527,4	7.189,5
2015	86.739,1	48,3	79.038,1	44,0	20.272,9	10.272,1	8.191,3	40.301,8	7.701,0	4,3	4.281,8	3.419,3
2016	83.420,6	45,1	79.695,0	43,1	20.847,1	10.571,9	7.836,0	40.440,1	3.725,6	2,0	2.919,5	806,1

Fontes/Entidades: INE | BP | MF, PORDATA

**Evidência 37** - Sabe-se que o défice alcançado em 2016 representou o valor mais baixo de todos os que foram analisados anteriormente (tabela 1.35). No entanto, esse défice não se configura sustentável, na medida em que foi conseguido através de cortes de despesas que facilmente se conseguem baixar, mas que também facilmente são elevadas. Analisando a tabela, verifica-se que a despesa de 2016 com pessoal, consumo intermédio e transferências correntes (gastos difíceis de reverter em caso de necessidade, porque se encontram sob a alçada do Tribunal Constitucional e sob a assinatura de contractos) cresceu, face ao ano anterior, 1.012,3 milhões de euros, tendo o efeito do abaixamento dos encargos com juros garantido uma redução de 355,3 milhões de euros. Pode considerar-se a despesa com juros bastante volátil e de difícil controlo pois esta depende da avaliação externa do nosso país. Outra rubrica onde a descida da despesa foi também acentuada diz respeito às despesas de capital (despesas relativas ao investimento público e a outras despesas de capital como construção e manutenção de infraestruturas, etc.). Estas também de fácil manuseamento porque dependem exclusivamente daquilo que o Ministério das Finanças define anualmente. Fazendo um exercício de previsão, se se colocar as despesas de grande volatilidade (juros e despesas de capital) ao nível de 2015 e se se acrescentar o aumento de 1.012,3 milhões de euros em pessoal, consumo intermédio e transferências

correntes, chegamos a um valor de despesa pública de 87.751,4 milhões de euros, que representaria 47,5% do PIB e que levaria a um défice de 4,4%, bem acima da meta europeia de 3%. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.38** Receitas das Administrações Públicas em milhões de euros e em % do PIB (receita total proveniente dos impostos, de outras receitas públicas correntes e de receitas capital) (60)

Anos	Receitas					
	Total		Receitas correntes		Receitas de capital	
	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB
1995	33.340,7	37,4	32.223,5	36,2	1.117,2	1,3
2000	50.653,2	39,4	49.434,2	38,5	1.219,1	0,9
2005	64.227,4	40,5	62.122,8	39,2	2.104,5	1,3
2008	74.357,0	41,6	72.996,4	40,8	1.360,6	0,8
2009	70.912,6	40,4	69.492,1	39,6	1.420,4	0,8
2010	73.136,9	40,6	70.855,4	39,4	2.281,5	1,3
2011	75.106,1	42,6	73.167,0	41,5	1.939,1	1,1
2014	77.195,6	44,6	75.451,4	43,6	1.744,2	1,0
2015	78.913,2	44,0	77.607,5	43,2	1.305,7	0,7
2016	79.613,3	43,1	78.671,6	42,5	941,8	0,5

Fontes/Entidades: INE | BP, INE | MF, PORDATA

**Evidência 38** - Aumento crescente das receitas entre 2000 e 2016 - 28.960,1 milhões de euros/3,7% do PIB. Este indicador revela a necessidade exponencial do Estado em elevar as suas receitas para cumprir as obrigações da despesa. Os valores actuais, extremamente elevados, inviabilizam crescimentos futuros. Note-se novamente que, neste período de 16 anos, a economia portuguesa cresceu anualmente, em média, 0,27%. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.39** Receitas fiscais e contribuições sociais das Administrações Públicas (receita proveniente de impostos sobre a produção e a importação, sobre o rendimento e o património ou sobre o capital e proveniente das contribuições sociais) (61)

Anos	Receitas fiscais									
	Total		Impostos sobre o rendimento e património		Impostos sobre a produção e a importação		Contribuições sociais		Impostos de capital	
	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB
1995	27.838,3	31,3	7.219,3	8,1	11.752,4	13,2	8.809,6	9,9	57,0	0,1
2000	42.976,4	33,5	12.086,2	9,4	17.326,6	13,5	13.460,5	10,5	103,0	0,1
2005	54.136,5	34,1	12.663,0	8,0	23.006,6	14,5	18.398,0	11,6	68,8	0,0
2008	62.304,6	34,8	16.641,3	9,3	24.956,3	14,0	20.698,7	11,6	8,2	0,0
2009	58.521,2	33,4	15.140,3	8,6	22.190,4	12,6	21.190,3	12,1	0,3	0,0
2010	60.436,1	33,6	15.211,3	8,5	23.777,4	13,2	21.362,4	11,9	84,9	0,0
2011	62.315,3	35,4	16.703,0	9,5	24.411,5	13,9	21.200,7	12,0	0,0	0,0
2014	64.021,4	37,0	19.003,5	11,0	24.560,8	14,2	20.457,1	11,8	0,0	0,0
2015	66.447,2	37,0	19.438,3	10,8	26.233,6	14,6	20.775,1	11,6	0,3	0,0
2016	67.927,5	36,7	19.073,5	10,3	27.258,3	14,7	21.595,4	11,7	0,4	0,0

Fontes/Entidades: INE | BP, INE | MF, PORDATA

**Evidência 39** - Também aqui a receita fiscal e tributária conheceu aumentos bastante elevados. Entre 2000 e 2016, a totalidade das receitas cresceu 24.951,1 milhões de euros e cerca de 3,2% do PIB. Neste período, a economia portuguesa cresceu 56.464,8 milhões de euros. **(evolução negativa)**

Tabela 1.40 Despesas do Estado em outras funções que não o Estado Social (62)

Anos	Total		Serviços gerais da Administração Pública		Defesa nacional		Segurança e ordem públicas		Transportes e comunicações	
	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB	Milhões €	% PIB
2000	5.934,2	4,7	1.637,1	1,3	1.710,9	1,3	1.606,6	1,3	979,6	0,8
2010	8.841,9	4,9	1.945,9	1,1	3.079,8	1,7	3.242,6	1,8	573,6	0,3
2014	7.317,8	4,2	2.066,8	1,2	1.809,1	1,0	3.159,1	1,8	282,8	0,2
2015	6.906,7	3,8	1.674,7	0,9	1.868,9	1,0	3.181,6	1,8	181,5	0,1
2016	7.422,4	4,0	1.737,4	0,9	1.812,2	1,0	3.175,1	1,7	697,7	0,4

Fontes/Entidades: INE | BP, DGO/MF, PORDATA

**Evidência 40** - Verifica-se que em termos totais, o valor da despesa afecta a outras responsabilidades do Estado para além do Estado Social cresceu 1.488,2 milhões de euros entre 2000 e 2016. Este aumento, no entanto, não se registou em termos de equivalência com o PIB, sendo que aí existiu uma diminuição em cerca de 0,7%. Ainda assim, pode constatar-se que o ritmo de diminuição da despesa registado a partir de 2010 foi interrompido em 2016. **(evolução positiva)**

#### 1.4.6 Portugal e a Europa

Foram seleccionados os seguintes países pelas seguintes razões:

- ✓ Alemanha: por ser o principal motor da economia da União Europeia e por possuir o PIB mais elevado desse espaço;
- ✓ Espanha: por ser um país ibérico e de grande proximidade cultural e geográfica com Portugal;
- ✓ Itália: por ser um país do sul da Europa e com um Estado Social parecido ao português;
- ✓ Holanda: acrescentado apenas para aumentar o número de comparações;
- ✓ Grécia: por ter sido submetido a vários Programas de Assistências Económicas e Financeiros e por possuir um PIB próximo do PIB português;
- Reino Unido: por possuir um sistema de saúde de reconhecida qualidade e com bases idênticas ao SNS;
- ✓ França: por possuir um sistema de saúde com bases idênticas ao SNS;
- ✓ Suécia: por ser um modelo de Estado Social de referência e reformista;
- ✓ República Checa: é um país com uma área territorial, uma população e um PIB muito próximos da realidade portuguesa;
- ✓ Roménia: por possuir um PIB próximo do PIB português;
- ✓ Noruega: País do Mundo com maior IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

Tabela 1.41 PIB - Produto Interno Bruto (Euro) (63)

PIB (Milhões)							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1995	1.982.061	468.879	104.662	91.025	1.009.479	45.542	28.763
2000	2.116.480	646.250	142.976	128.466	1.773.418	66.649	40.797
2010	2.580.060	1.080.913	226.031	179.930	1.833.021	156.370	126.746
2016	3.132.670	1.113.851	175.888	<b>184.931</b>	2.366.912	<b>174.412</b>	169.578

Fontes/Entidades: PORDATA, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais

**Evidência 41** - Tal como verificado anteriormente, Portugal viu o seu crescimento desacelerar desde 2000. Em comparação com a República Checa, o PIB português cresceu praticamente metade do crescimento Checo (107.763 M € vs 56.465 M €). **(evolução negativa)**

Tabela 1.42 PIB *per capita* (UE28=100) (criação de riqueza por pessoa e face à média da União Europeia) (64)

PIB <i>per capita</i> (euros) - Rácio							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1995	19.886,4	13.677,2	12.994,4	<b>12.131,6</b>	17.031,7	<b>11.551,4</b>	<b>4.599,0</b>
2000	23.913,1	18.863,6	17.098,5	<b>16.544,9</b>	22.820,4	<b>14.142,8</b>	<b>5.149,1</b>
2010	30.266,1	24.424,5	21.536,9	<b>20.894,0</b>	27.293,1	<b>21.121,7</b>	<b>13.119,7</b>
2016	35.721,0	26.535,7	19.547,2	<b>22.398,2</b>	31.186,1	<b>25.378,3</b>	<b>17.224,4</b>

PIB <i>per capita</i> (UE28=100) - Índice							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1995	131	90	85	<b>80</b>	112	<b>76</b>	<b>30</b>
2000	121	95	86	<b>84</b>	115	<b>71</b>	<b>26</b>
2010	119	96	85	<b>82</b>	107	<b>83</b>	<b>51</b>
2016	123	91	67	<b>77</b>	108	<b>87</b>	<b>59</b>

Fontes/Entidades: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast, U.S. Census Bureau, Population Division (EUA) | Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications (Japão) - Estimativas da População e Recenseamento da População, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais, PORDATA

**Evidência 42** - A evolução do PIB *per capita* português tem igualmente abrandado no seu crescimento. Se fizermos a comparação com Espanha, República Checa e Roménia, verifica-se que, em 2000, a riqueza portuguesa criada por pessoa era em Portugal superior à checa em cerca de 2,4 mil euros, superior à romena em 11,4 mil euros e cerca de 2 mil euros inferior à riqueza *per capita* espanhola. Em 2016, a República Checa apresenta já um PIB *per capita* superior ao português em cerca de 3 mil euros, a Roménia encurtou distâncias e tem agora um nível *per capita* inferior em 5 mil euros e Espanha passou de um avanço em 2,4 mil euros

para 4,1 mil euros. A convergência face à média da União Europeia revela igualmente a tendência demonstrada. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.43** Taxa de crescimento real do PIB (%) (crescimento da riqueza criada) (65)

Taxa de crescimento real do PIB (%)							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1996	0,8	2,7	2,9	3,5	2,5	4,3	3,9
2000	3,0	5,3	3,9	3,8	3,7	4,3	2,4
2010	4,1	0,0	-5,5	1,9	1,9	2,3	-0,8
2016	1,9	3,2	x	1,4	1,8	2,4	4,8
2000-2016	1,21%	1,54%	- 0,06% (2015)	0,27%	1,75%	2,66%	3,84%

Fontes/Entidades: Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais, PORDATA

**Evidência 43** - O crescimento português foi, nos primeiros 16 anos do séc. XXI, o segundo mais baixo dos países em estudo. Em média anual, o PIB espanhol cresceu 5 vezes mais que o PIB português, o checo 10 vezes e o romeno 14 vezes. Ordens de grandeza assinaláveis. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.44** Taxa de poupança das famílias (%) (percentagem do dinheiro recebido que as pessoas transformam em poupança) (66)

Anos	Espanha	Grécia	Portugal	República Checa	Roménia
1995	x	17,8	12,9	13,0	1,7
2000	10,5	8,7	10,1	11,6	4,9
2010	10,1	4,6	9,7	12,7	-2,3
2014	9,0	-0,1	5,5	12,1	14,9
2015	8,2	-2,9	x	12,2	15,2

Fontes/Entidades: Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Sectoriais Anuais, PORDATA

**Evidência 44** - A taxa de poupança das famílias corresponde igualmente a outro indicador onde Portugal se encontra na cauda. Exceptuando a Grécia, um país com características especiais no seu processo de ajustamento, que apresenta uma taxa negativa, todos os outros 3 países apresentaram valores superiores ao português. Refira-se que os checos e os romenos, em 2015, pouparam, respectivamente, 2 e 3 vezes mais, que os portugueses em 2014. A evolução é, como nos indicadores anteriores, de decréscimo português e de crescimento dos 2 outros países referidos (Rep. Checa e Roménia). **(evolução negativa)**

Tabela 1.45 Dívida externa líquida em % do PIB (dívida acumulada ao estrangeiro) (67)

Dívida externa (% PIB)						
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	República Checa	Roménia
1995	-	-	-	1,0	-	-
1999	16,9	-	-	16,0	-	-
2000	24,9	-	-	26,3	-	-
2010	3,4	93,2	100,8	81,2	-1,3	35,3
2016	-13,9	89,0	136,5	94,4	-13,7	22,0

Fontes/Entidades: Eurostat | BCE | Entidades Nacionais, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais, PORDATA

**Evidência 45** - A tabela revela que a dívida externa portuguesa se apresenta em valores bem distantes da média dos restantes países. Novamente, apenas a Grécia se apresenta acima da nossa realidade, estando a Espanha próxima da nossa dívida mas em trajetória de decréscimo. Por exemplo, voltando a olhar para a realidade de um país com características semelhantes às nossas, Rep. Checa, a dívida externa é negativa, ou seja, os checos são credores em vez de devedores. Também a Roménia apresenta uma dívida controlada, 22% do PIB. **(evolução negativa)**

Tabela 1.46 Despesas e receitas (% PIB) das Administrações Públicas (equilíbrio entre as despesas e receitas públicas) (68)

Despesas (% PIB)							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1995	54,7	44,3	46,0	42,6	39,0	51,8	34,1
2000	44,7	39,1	46,4	42,6	35,7	40,4	38,3
2010	47,3	45,6	52,5	51,8	48,0	43,0	39,6
2016	44,3	42,4	49,0	45,1	42,1	39,9	34,7
Receitas (% PIB)							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1995	45,2	37,3	36,3	37,4	33,7	39,4	32,1
2000	45,6	38,1	42,4	39,4	37,2	36,9	33,8
2010	43,0	36,2	41,3	40,6	38,6	38,6	32,7
2016	45,1	37,9	49,7	43,1	39,1	40,5	31,7

Fontes/Entidades: Eurostat | Entidades Nacionais - Contas Nacionais Anuais, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais, PORDATA

**Evidência 46** – Portugal é o país, exceptuando a Grécia, com a despesa pública mais elevada na equivalência com o PIB. É surpreendente verificar que a percentagem de despesa pública portuguesa é superior a países com Produtos (PIB) 6 e 16 vezes superiores ao português, como é o caso da Alemanha e da Espanha. Verifica-se que outros países com PIBs mais próximos do nosso apresentam rácios de despesa pública bem mais contidos e proporcionais, como é o

caso da Rep. Checa (39,9%) e da Roménia (34,7%). A receita, que obriga a acompanhar a despesa, também se apresenta como a segunda mais elevada (exceptuando a Grécia). Constata-se que Portugal gasta ao nível dos países mais ricos, tendo um PIB retumbantemente inferior a estes. **(evolução negativa)**

Tabela 1.47 Dívida bruta em % do PIB (acumulação de dívida pública em percentagem do PIB) (69)

Dívida pública (% PIB)							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1995	54,5	63,0	96,3	58,2	44,2	13,5	5,2
2000	58,9	58,0	103,7	50,3	36,4	17,3	18,5
2010	81,0	60,1	146,2	96,2	75,7	38,5	29,6
2016	68,3	99,4	179,0	130,4	85,4	37,2	37,2

Fontes/Entidades: Eurostat | Entidades Nacionais - Contas Nacionais Anuais, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais, PORDATA

**Evidência 47** - Indicador que demonstra a evolução altamente negativa de Portugal face aos restantes países, com uma dívida pública que ultrapassa em 30% o valor da sua riqueza. Rep. Checa e Roménia divergem e apresentam dívidas públicas sustentáveis - 37,2% dos respectivos PIBs. **(evolução negativa)**

Tabela 1.48 Impostos sobre o rendimento em % das receitas das Administrações Públicas (percentagem de receitas públicas provenientes de impostos directos (IRS e IRC)) (70)

Impostos sobre rendimento (% receitas)							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1995	24,7	25,1	16,2	20,6	33,7	22,1	32,9
2000	26,6	25,1	21,2	23,1	34,9	20,0	19,7
2005	23,9	26,5	20,5	19,0	33,3	21,6	15,6
2010	24,0	25,0	17,1	19,9	32,6	17,0	16,5
2015	26,4	25,3	16,9	23,7	30,2	17,0	17,7

Fontes/Entidades: Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Sectoriais Anuais, PORDATA

**Evidência 48** - A dimensão da despesa pública portuguesa, acima das possibilidades, obriga a um esforço fiscal maior que em países com riqueza idêntica à nossa. Mais uma vez, constata-se que os impostos sobre os rendimentos atingem um rácio equivalente ao dos países com PIB *per capita* várias vezes superior ao português, os países ricos, como por exemplo a Alemanha a Espanha. Países com níveis de riqueza parecidos ao nosso, têm uma taxa de impostos sobre o rendimento 6% abaixo da nossa. A excessiva carga fiscal sobre os cidadãos inviabiliza a possibilidade de acumulação e formação de poupanças e de disponibilidade para investimento privado, tão importantes para o desenvolvimento da economia. **(evolução negativa)**

Tabela 1.49 Despesas das Administrações Públicas por categorias (%) (percentagem da despesa pública em pessoal, prestações sociais ou consumos intermédios (aquisição de bens e serviços)) (71)

Despesas por categoria (% despesa pública) - 2000-2016								
		Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
2000	Consumo intermédio	8,1	10,3	11,3	10,9	17,6	13,8	24,5
	Remuneração dos empregados	18,4	25,7	22,7	32,2	24,8	16,2	20,5
	Prestações sociais	38,9	30,0	26,5	26,1	32,0	30,6	25,3
2016	Consumo intermédio	10,9	11,8	9,7	12,7	20,3	15,5	15,3
	Remuneração dos empregados	17,0	25,7	25,1	25,0	22,0	22,3	23,7
	Prestações sociais	35,1	36,8	40,7	38,1	32,6	31,0	30,8
Total (pessoal e prestações sociais em 2000)		57,3%	55,7%	49,2%	58,3%	56,8%	46,8%	45,8%
Total (pessoal e prestações sociais em 2016)		52,1% (-3,8% PS)	62,5% (+6,8% PS)	65,8% (+14,2 PS)	63,1% (+12% PS)	54,6% (+0,6% PS)	53,3% (+0,4% PS)	54,5% (+5,5% PS)
Total (2000)		65,4%	66%	60,5%	69,2%	74,4%	60,6%	70,3%
Total (2016)		63%	74,3%	75,5%	75,8%	74,9%	68,8%	69,8%
Despesa com pessoal e prestações sociais em % PIB		23,1%	26,5%	32,2%	28,5%	23%	21,3%	18,9%
Despesa com prestações sociais em % PIB		15,5% (17,4%)	15,6% (11,7%)	19,9% (12,3%)	17,2% (11,1%)	13,7% (11,4%)	12,4% (12,4%)	10,7% (9,7%)

Fontes/Entidades: Eurostat | Entidades Nacionais - Contas Nacionais Anuais, PORDATA

**Evidência 49** – Novamente, com a análise dos dados apresentados sobre a despesa pública, verificam-se ordens de grandeza em relação a Portugal que divergem das outras realidades. Por exemplo, entre 2000 e 2016, a despesa com prestações sociais cresceu 12% na despesa pública total, realidade bem diferente da Rep. Checa e da Roménia que viram essa mesma rubrica ascender em 0,4% e 5,5%, respectivamente. A % da despesa total afectada às remunerações dos empregados, às prestações sociais e aos consumos intermédios corresponde, em 2016, ao valor mais elevado dos países em estudo - 75,8%. A despesa com prestações sociais é igualmente, em 2016, relativamente ao PIB, a mais elevada - 17,2% - quando em 2000 representava 11,1% e era a 2ª mais baixa. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.50** Despesa em cuidados de saúde em % do PIB (72)

Anos	Alemanha	Espanha	França	Portugal	República Checa	Roménia	Suécia
2000	9,8	6,8	9,5	8,4	5,7	-	7,4
2010	11,0	9,0	10,7	9,8	6,9	5,7	8,5
2016	11,3	9,0	11,0	8,9	7,2	-	11,0

Fontes/Entidades: Eurostat | OMS | OCDE | Entidades Nacionais - Questionário Conjunto às Despesas em Saúde, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais, PORDATA

**Evidência 50** - Ainda que a despesa nacional tenha baixado nos últimos 6 anos, regista-se que a totalidade das despesas com saúde em Portugal estão acima das registadas pelas dos países com uma realidade económica idêntica, Rep. Checa e Roménia. Consta-se, novamente, uma convergência com os países de rendimentos mais elevados, como por exemplo Espanha. **(evolução negativa)**

**Tabela 1.51** Despesa do Estado em Saúde em % PIB (73)

Anos	Alemanha	Espanha	França	Portugal	República Checa	Roménia	Suécia
2000	7,8	4,9	7,5	5,9	5,1	-	6,3
2010	9,2	6,7	8,4	6,9	5,8	-	6,9
2016	9,5	6,3	8,7	5,9	6,0	-	9,2

Fonte/Entidade: OCDE - Health expenditure and financing

**Evidência 51** - A despesa do Estado com saúde, tendo por base dados da OCDE, demonstra uma relativa estabilização nos últimos 16 anos. É um indicador positivo, ainda que se verifique um nível próximo do nível de despesa espanhol. **(evolução positiva)**

Tabela 1.52 Médicos por 100 mil habitantes (74)

Anos	UE28	Alemanha	Espanha	França	Grécia	Itália	Holanda	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia	Suécia	Noruega
2000	-	324,6	313,5	325,8	437,3	607,1	244,3	307,7	193,9	337,4	-	310,0	-
2010	-	374,8	375,8	327,3	622,8	626,6	296,4	384,7	267,6	359,6	250,8	389,5	411,4
2013	-	403,5	381,1	332,4	628,2	390,0	331,3	426,1	275,2	368,8	264,4	412,9	430,6
2014	354,5	410,8	380,1	333,7	631,7	388,0	342,5	442,6	277,5	-	269,8	419,1	442,9
2015	355,7	413,9	384,5	333,8	632,1	383,8	347,5	461,4	277,0	-	276,6	-	440,2

Fontes/Entidades: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast, Eurostat | OMS | OCDE | Entidades Nacionais, U.S. Census Bureau, Population Division (EUA) | Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications (Japão) - Estimativas da População e Recenseamento da População, PORDATA

**Evidência 52** - Cai por terra a tese popularmente aceite e interiorizada de que Portugal tem médicos “a menos”. Analisando os 12 países em estudo, Portugal é o segundo país, só ultrapassado pela Grécia, com mais médicos por 100 mil habitantes. Portugal tem mais 106 médicos por 100 mil habitantes que a média da União Europeia a 28. A carência de médicos em algumas zonas do país e em algumas especialidades trata-se, portanto, de incompetente distribuição e errada planificação da formação. **(evolução negativa)**

Tabela 1.53 Pessoal de saúde: enfermeiros e pessoal auxiliar de cuidados de saúde por 100 mil habitantes (75)

Enfermeiros								
Anos	Alemanha	França	Itália	Holanda	Portugal	Roménia	Suécia	Noruega
2000	1.243,1	690,9	-	1.040,7	-	-	1.103,4	-
2010	1.493,6	874,3	-	1.195,5	590,5	587,0	1.239,8	1.996,2
2013	1.584,7	969,7	640,1	1.244,9	629,3	626,1	1.251,0	2.054,4
2014	1.615,2	996,6	642,6	-	637,8	640,9	1.250,6	2.076,8
2015	1.641,6	1.025,0	639,8	-	653,9	668,2	-	2.104,7
2016	-	-	681,5	-	673,0	-	-	-
Pessoal auxiliar de cuidados de saúde								
Anos	Alemanha	Reino Unido	Itália	Holanda	Portugal	Roménia	República Checa	Noruega
2000	-	-	-	-	261,4	-	-	-
2010	-	-	-	1.841,7	297,6	309,8	225,4	1.671,2
2013	404,8	989,4	881,1	1.565,1	275,4	298,0	230,7	1.656,6
2014	-	1.045,5	945,3	1.440,9	270,2	304,6	238,0	1.653,3
2015	454,7	1.036,1	992,1	1.180,6	280,3	316,4	249,0	1.691,6
2016	-	-	1.025,6	-	-	-	-	-

Fontes/entidades: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast, Eurostat | OMS | OCDE | Entidades Nacionais, U.S. Census Bureau, Population Division (EUA) | Statistics Bureau, Ministry of Internal Affairs and Communications (Japão) - Estimativas da População e Recenseamento da População, PORDATA

**Evidência 53** - Ao invés da realidade anterior, o número de enfermeiros e auxiliares de cuidados de saúde apresenta um valor em média com os países com realidades económicas idênticas à portuguesa, mas profundamente mais baixa comparativamente à realidade dos países com maiores níveis de riqueza. Este ajustamento desigual demonstra uma falha na gestão de recursos humanos ao nível da saúde, tendo perspectivas completamente opostas de convergência entre médicos (convergência com países com PIB bastante superior) e enfermeiros e pessoal auxiliar (convergência com países com uma riqueza mais aproximada). **(evolução negativa)**

Tabela 1.54 Despesas e receitas da protecção social em % do PIB (76)(77)

Despesas (% PIB)										
Anos	UE28	Alemanha	Espanha	França	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia	Suécia
1995	-	27,5	21,0	29,9	19,1	20,1	24,2	16,2	-	32,4
2000	-	28,7	19,5	28,8	18,1	20,7	23,9	18,0	13,0	28,3
2010	28,6	29,8	24,6	32,9	26,2	25,8	29,1	20,1	17,3	28,6
2014	28,6	29,1	25,4	34,3	26,0	26,9	27,4	19,7	14,8	29,6
2000-2014	0	+0,4	+5,9	+5,5	+7,9	+6,2	+3,5	+1,7	+1,8	+1,3
Receitas (% PIB)										
Anos	UE28	Alemanha	Espanha	França	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia	Suécia
1995	-	28,2	20,9	29,3	20,5	19,6	25,1	15,6	-	34,5
2000	-	30,0	21,0	29,6	19,8	20,2	24,6	17,8	13,9	31,7
2010	29,6	31,6	24,7	32,1	26,5	26,6	31,6	20,2	15,9	31,0
2014	30,1	30,7	24,4	34,2	25,8	27,6	32,5	20,5	14,9	31,0
2000-2014	+0,5	+0,7	+3,4	+4,6	+6	+7,4	+7,9	+2,7	+1	-0,7

Fontes/Entidades: Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística | Ministérios dos Assuntos Sociais - Sistema Europeu de Estatísticas Integradas da Protecção Social (SEEPROS), PORDATA

**Evidência 54** - O nível da despesa com protecção social evidencia, mais uma vez, uma convergência com os níveis praticados em países como a Alemanha, Espanha e Reino Unido, onde a riqueza produzida é incomparavelmente superior à portuguesa. Igualmente mais uma vez, estamos a léguas daquilo que os países com valores de riqueza semelhantes aos nossos consideram como possíveis. Registe-se que Portugal, exceptuando a Grécia, foi o país que teve um crescimento mais acentuado desta despesa entre 2000 e 2014, cerca de 8%, e o segundo com maior crescimento da receita, 7,4%. Por exemplo, a Rep. Checa, cresceu 1,7% na rubrica das despesas e 2,7% na das receitas (3 vezes menos). **(evolução negativa)**

**Tabela 1.55** Número de pensionistas em % da população activa e (1) (1) (1) em % da população potencialmente activa (número de pessoas que recebem pensão por 100 activos e por 100 residentes com 15 e mais anos) (78)(79)

Nº pensionistas em % da população activa							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
2006	56,1	38,3	50,8	52,5	-	52,6	57,7
2010	57,5	38,0	52,7	53,8	47,5	54,6	60,3
2014	56,0	40,8	-	57,7	-	55,1	57,8
Nº pensionistas em % da população potencialmente activa							
Anos	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
2006	32,8	21,8	26,9	32,5	-	31,2	32,9
2010	33,9	22,4	27,9	32,9	28,9	32,1	33,2
2014	33,3	23,8	-	33,9	-	32,7	31,8

Fontes/Entidades: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística - Recolha de Dados Rapid, Joint, Nowcast, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Inquérito ao Emprego, Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística | Ministérios dos Assuntos Sociais - Sistema Europeu de Estatísticas Integradas da Protecção Social (SEEPROS), PORDATA

**Evidência 55** - O número de pensionistas portugueses em % da população activa é o segundo mais elevado dos países em estudo, sendo o primeiro quando a comparação é feita com a população residente acima dos 15 anos. Observando a realidade do país vizinho, em termos de população residente com 15 ou mais anos, Espanha regista menos 10 pensionistas por 100 habitantes que Portugal, e menos 17 quando a confrontação é feito com a população activa. **(evolução negativa)**

Tabela 1.56 Taxa de desemprego vs Taxa de emprego (80)(81)

Taxa de desemprego (%)								
Anos	UE28	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1990	x	4,9	16,3	7,0	4,6	7,0	x	x
2000	x	7,9	13,8	11,2	3,8	5,6	8,8	7,0
2010	9,5	7,0	19,9	12,7	10,8	7,8	7,3	7,0
2016	8,5	4,1	19,6	23,5	11,1	4,8	4,0	5,9
2010-2016	-1	-2,9	-0,3	+10,8	+0,3	-3	-3,3	-1,1
Taxa de emprego (%)								
Anos	UE28	Alemanha	Espanha	Grécia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Roménia
1990	x	55,2	40,7	46,4	56,1	58,6	x	x
2000	x	52,9	45,5	46,4	58,5	58,5	54,8	59,9
2010	51,9	55,2	47,8	46,7	54,6	57,5	54,2	51,1
2016	52,8	58,4	47,0	39,9	52,0	59,9	57,6	50,6
2010-2016	+0,9	+3,2	-0,8	-6,8	-2,6	+2,4	+3,4	-0,5

Fontes/Entidades: Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Inquérito ao Emprego, PORDATA

**Evidência 56** - Entre 2010 e 2016, apenas Portugal e a Grécia não tiveram trajectórias decrescentes da taxa de desemprego, sendo a realidade portuguesa, no último ano em estudo, a terceira com maior percentagem de desempregados. Também a taxa de emprego foi uma das 4 que retraiu nesse período. Refira-se que, a taxa de desemprego da Rep. Checa foi, em 2016, de 4% (7,1% mais baixa que a portuguesa) e a taxa de emprego de 57,6% (5,6% acima). **(evolução negativa)**

## 1.5 Discussão dos resultados

### 1.5.1 As “evidências” da insustentabilidade do Estado Social

O amadurecimento do modelo social que deu origem ao que hoje se conhece por Estado Social aconteceu num contexto propício onde existiam as condições essenciais para a sua realização. Estes requisitos essenciais, de carácter socioeconómico, falados anteriormente, são os pilares que sustentam uma política social saudável e é a partir deles que devem ser concebidos todos os raciocínios e tomadas todas as escolhas. Escolhas essas que, posteriormente, obterão uma maior adequação com a realidade que, mais cedo ou mais tarde, se impõe. Nas opções tomadas em relação ao Estado Social não são reprodutíveis, nem exequíveis, práticas que negligenciem condicionantes como a demografia, a economia, o emprego e as finanças públicas. Tais práticas conduzem a um esbarrar do pensamento com a realidade dos factos. Como tal, torna-se necessário pensar o “social” tendo por base o estudo destas “condições necessárias”.

Importa pois, como objectivo deste trabalho, perceber se, à luz dessas condicionantes, o modelo de Estado Social português é possível e sustentável.

Relativamente ao aspecto Demográfico, os resultados apresentados evidenciam o seguinte:

- A taxa de fecundidade decresceu acentuadamente e progressivamente desde 1961;
- Nos últimos 16 anos, este decréscimo corresponde a menos 32 mil e 882 nascimentos;
- As pessoas vivem hoje, em média, mais 14 anos que em 1970;
- Em 1960 a estratificação da população correspondia ao modelo em pirâmide. Em 2016, a pirâmide está a inverte-se, verificando-se que a faixa etária dos 0-29 anos corresponde a 30% da população, que a dos 30-64 é de 49% e que a população com mais de 65 anos é agora de 21%;
- Em 1960 existiam 8 indivíduos em idade activa para 1 idoso e em 2016 esse número era praticamente um terço do anterior, 3,1. Existe uma diminuição do número de potenciais contribuintes contra o aumento do número de potenciais beneficiários;
- Nos últimos 27 anos (1990-2016), a quebra do número de pessoas empregadas corresponde a 112 mil;
- Verifica-se um contraste evidente entre a quebra do número de empregados e o aumento galopante do número de desempregados (mais 342 mil que em 1990);
- A esperança de vida aos 65 anos cresceu, entre 1970 e 2015, 6 anos, o que pressupõe que hoje, em média, cada indivíduo poderá estar ligado ao sistema de pensões durante mais 6 anos que o mesmo indivíduo em 1970;
- Todos os indicadores de envelhecimento se degradaram nas últimas décadas e confirmam um crescimento acelerado do envelhecimento da população portuguesa;
- A taxa de desemprego, entre os anos de 2000 e 2016, cresceu 7,2%. A faixa etária dos sub-25 anos é a mais atingida, com uma taxa fixada nos 28%.

No que diz respeito ao contexto do Sistema de Educação, evidenciam-se as seguintes circunstâncias:

- O número de alunos matriculados nos vários níveis de ensino tem vindo a baixar acentuadamente;
- O número de docentes tem exibido igualmente uma trajetória significativa de decréscimo;
- A tendência de decréscimo verifica-se igualmente ao nível dos estabelecimentos de ensino;
- A despesa do Estado com Educação decresceu substancialmente - em 2016, foram gastos menos 1.379,8 milhões de euros em relação a 2010 e em % do PIB a despesa caiu 1%.

No que toca à Saúde e ao Serviço Nacional de Saúde, torna-se evidente o seguinte:

- A estabilização dos gastos em saúde, nos últimos 17 anos, em termos de proporção com o PIB;
- Que entre 2012 a 2014 a despesa obteve uma queda considerável (2.071,4 M€), registando-se a partir daí uma tendência de crescimento (+479,4 M€ em 2016). Em 2016 a despesa cresceu 65% face a 2000 (crescimento desfasado com o crescimento médio anual nesses 17 anos - 0,5%);
- O encargo com medicamentos exhibe-se como um dos “calcanhares de Aquiles” do Serviço Nacional de Saúde. Entre 2000 e 2016, os gastos no SNS com medicamentos cresceram 14%;
- Os gastos com pessoal e com medicamentos representam 51% da despesa total do SNS em 2016. A totalidade da despesa do SNS em 2016 aumentou 52% face a 2000;
- O nº de receitas médicas e o nº de embalagens prescritas registam um aumento ininterrupto e acelerado desde 1990;
- A dívida total do SNS às empresas farmacêuticas tem vindo a crescer de forma galopante nos últimos meses. Representa o equivalente a 0,5% do PIB de 2016 e a 11% da despesa do Estado em Saúde no mesmo ano;

Os resultados apresentados sobre Protecção Social, que compreende a Caixa Geral de Aposentações e a Segurança Social, mostram o seguinte:

- A duração do pagamento das pensões da CGA subiu cerca de 7 anos e a idade média correspondente à data de aposentação cresceu apenas 3,1 (menos de metade);
- Um aumento crescente do valor total da despesa da CGA, que atingiu em 2016 quase 9 mil milhões de euros. A partir de 2000 o sistema passou a registar deficits, sendo este valor em 2016 cerca de 168 milhões de euros;
- Um aumento da ineficiência da receita com quotizações, cada vez mais insuficiente e cada vez mais dependente de transferências do Orçamento do Estado;

- Nos últimos 16 anos em estudo, a despesa total da Segurança Social praticamente triplicou, tendo em relação ao PIB registado um aumento de 8,8%;
- A despesa com pensões da Segurança Social é praticamente igual à soma das despesas do Estado com Saúde e Educação;
- O montante do orçamento total da Segurança Social em 2000 correspondia em 2010, 10 anos mais tarde, apenas ao orçamento com pensões;
- Está-se a evoluir para uma situação de 1 contribuinte vs 1 pensão;
- Aumento vertiginoso do número de pensões em pagamento;
- Em 2016, o valor das contribuições na receita total da Segurança Social correspondeu a 38,8%. Em 1990, correspondia a 85,3%;
- Tem-se assistido a um aumento progressivo da receita da Segurança Social;
- As transferências correntes e as receitas de capital representam hoje 51,3% da receita total, quando em 2000 representavam 21,5%;

Os dados da Economia e das Finanças Públicas portuguesas prosseguem a tendência das evidências anteriormente descritas. Veja-se que:

- Entre 2000 e 2016, o crescimento da despesa do Estado com Educação, Saúde e Segurança Social correspondeu a 45% do crescimento do PIB nesse período;
- Entre 2000 e 2016, o PIB cresceu em média 0,5% ao ano. Se se excluir o ano 2000, verifica-se que entre 2001 e 2016 o crescimento médio anual correspondeu a 0,27%;
- A taxa de poupança das famílias passou de 10,1% em 2000 para 5,5% em 2014;
- Nos últimos 17 anos, a dívida externa portuguesa quintuplicou o seu valor, registando uma equivalência com o PIB em 94,4%;
- Portugal sofre de deficits crónicos nas suas contas públicas.
- O nível de despesa pública encontra-se acima dos objectivos estratégicos do Governo (DEO) (82);
- A receita das administrações públicas encontra-se em valores limite;
- A dívida pública acumulada, tal como a dívida externa, regista aumentos exponenciais. É hoje 4 vezes superior à registada em 2000;
- O défice do Orçamento do Estado de 2016 esconde parte da realidade das contas públicas portuguesas. Constata-se que a despesa com pessoal, consumo intermédio e transferências correntes cresceu 1.012,3 milhões de euros face a 2015 e que, se não tivesse ocorrido o corte de 4 mil milhões de euros nas despesas de capital (investimento público) e um abaixamento dos gastos com juros, o défice das administrações públicas em 2016 teria sido de 4,4% do PIB;
- Entre 2000 e 2016, a despesa pública cresceu cerca de 28,6 mil milhões de euros (51% do crescimento do PIB nesse período);

- Existe a necessidade do Estado em elevar sucessivamente as suas receitas para cumprir as obrigações da despesa; Entre 2000 e 2016, esta rúbrica cresceu 29 mil milhões de euros;
- Aumentos da receita fiscal e tributária na ordem dos 25 mil milhões de euros entre 2000 e 2016;
- A despesa com Defesa Nacional, Serviços gerais da Administração Pública, Segurança e ordem públicas e Transportes e comunicações correspondeu em 2016 a 4% do PIB, menos 0,7% face a 2000, mas mais 1,5 mil milhões de euros.

A comparação da realidade portuguesa com outros países europeus também permitiu chegar às seguintes conclusões:

- O crescimento da economia portuguesa desacelerou a partir de 2000, tendo registado metade do crescimento verificado pela Rep. Checa;
- O valor do PIB *per capita* português, entre 2000 e 2016, divergiu da média da União Europeia, foi ultrapassado pelo checo e distanciou-se do espanhol em mais 2,4 mil euros;
- O crescimento do PIB de Portugal foi, nos primeiros 16 anos do séc. XXI, o segundo mais baixo dos países em estudo. O PIB checo cresceu, em média, 10 vezes mais que o PIB português e o romeno 14;
- A taxa de poupança nacional foi, em 2014, 2 vezes inferior à taxa checa e 3 vezes inferior à romena. A evolução portuguesa foi, desde 1995, de decréscimo, ao passo que a dos dois outros países em comparação foi de crescimento;
- Dívida externa bastante acima à média dos restantes países. A Rep. Checa apresenta dívida negativa e a Roménia um valor controlado de 22% do PIB;
- Portugal gasta em despesa pública ao nível dos países mais ricos, tendo um PIB retumbantemente mais baixo;
- Segunda dívida pública mais elevada, longe dos 37,2% registados pela Rep. Checa e Roménia;
- Os impostos sobre o rendimento praticados em Portugal são, em percentagem do PIB, equivalentes ao dos países mais ricos;
- A despesa com prestações sociais foi, em 2016, relativamente ao PIB, a mais elevada dos países em estudo - 17,2% - quando em 2000 representava 11,1% e era a 2 mais baixa. O crescimento da despesa com prestações sociais foi, entre 2000 e 2016, de 12%, tendo apenas sido suplantado pelo crescimento grego (14,2%);
- As despesas totais com saúde em Portugal estão acima das registadas pelos países com uma realidade económica idêntica;
- O Estado português tem, nos últimos anos, conseguido estabilizar a despesa com Saúde. Portugal regista, no entanto, um nível desta despesa pública próximo do registado em Espanha;

- Portugal tem mais médicos por 100 mil habitantes que Alemanha, Espanha, França, Itália, Holanda, Reino Unido, Suécia, Noruega e que a média da União Europeia;
- No nº de médicos, Portugal converge com os países de maior riqueza, ao passo que no nº de enfermeiros e pessoal auxiliar essa convergência tem sido feita com países com níveis de riqueza enquadrados com o português;
- Portugal gasta, em protecção social, ao nível dos países mais ricos. Desde 2000, exceptuando a Grécia, Portugal foi o país onde se verificou um maior crescimento desta despesa e só ultrapassado pelo Reino Unido no maior crescimento da receita;
- O número de pensionistas portugueses em % da população activa é o segundo mais elevado dos países em estudo, sendo o primeiro quando a comparação é feita com a população residente acima dos 15 anos;
- Entre 2010 e 2016, apenas Portugal e a Grécia não tiveram trajectórias decrescentes da taxa de desemprego. Também a taxa de emprego foi uma das 4 que retraiu nesse período.

A discussão dos 6 itens abordados, que se inserem na análise das “condições essenciais” para a sustentabilidade do Estado Social (elevadas taxas de natalidade, crescimentos económicos elevados, excedentes orçamentais e pleno emprego) demonstra, através da descrição de 60 pontos-chave, que a realidade actual portuguesa é completamente oposta à registada aquando da criação, pós-segunda guerra mundial, nos “30 gloriosos anos”, do modelo social europeu. A demonstração da inexistência de tais pressupostos necessários, permite que se coloque em causa a viabilidade da manutenção do actual Estado Social português.

## **1.6 Reformas e Propostas**

Conhecendo agora com detalhe a real situação dos pressupostos demográficos, económicos, financeiros e do emprego em Portugal, impõe-se que soluções sejam encontradas por forma a inverter a realidade factual e o caminho que tem sido seguido. Esta imposição tem como objectivo conceder ao Estado Social uma realidade com perspectivas de prosperidade futura e não, como se antevê, de perspectivas decadentes. Importa por isso, definir, em áreas específicas, estratégias que, na sua globalidade, contribuam para a criação dos alicerces de uma verdadeira reforma do modelo institucional e de financeiro do Estado Social. Esta abordagem, que se pretende integrada, será dirigida a 4 áreas que se consideram fulcrais e basilares na prossecução de uma política reformista sólida e baseada no conhecimento.

### **1.6.1 Na Saúde e no Serviço Nacional de Saúde**

O SNS encontra-se actualmente sob ameaças várias. O crescimento exponencial dos custos com medicamentos, da dívida à indústria farmacêutica e da despesa total, que se prevê continuar em trajectória de ascendente no futuro próximo, pela evolução demográfica e

epidemiológica, são exemplos dos desafios que estão pela frente (83). As seguintes ideias gerais pretendem abrir espaços de reflexão e servir de base à criação de propostas de alteração que invertam esta tendência, permanecendo a figura do Estado com a função primordial de garantir a prestação de cuidados de saúde: (83)

1. Mais e melhor aposta na educação para a saúde e prevenção;
2. Aposta nos cuidados continuados, prolongados e domiciliários;
3. Cliente/Utente como o foco do Serviço;
4. Formação dos recursos humanos para uma cultura de sustentabilidade;
5. Melhor articulação entre os Hospitais e as Universidades na produção de conhecimento e investigação;
6. Internacionalização da saúde - exportação de serviços;
7. Transferência para o SNS dos recursos financeiros gastos pelo Estado com a ADSE;
8. Alteração do modelo de financiamento existente;
9. Alteração da política de recursos humanos;
10. Uma política do medicamento mais voltada para o custo-efectividade;
11. Uma política rigorosa para os dispositivos médicos e material de consumo clínico;
12. Reforma dirigida ao actual modelo de gestão das instituições públicas de saúde;
13. Construção de um novo modelo de formação de médicos especialistas, com horizontes largos, dirigido para as áreas de maior carência presentes e futuras do País;
14. Criação de um modelo de distribuição dos recursos humanos existentes no SNS que se oriente pela carência geográfica e não pela preferência pessoal - um modelo de concurso com os mesmos pressupostos daquele que é praticado pelo Ministério da Educação na colocação dos docentes;
15. Introdução de farmacêuticos nas unidades de cuidados primários tendo em vista a redução de gastos com medicamentos e uma gestão mais eficaz da relação utente/medicamento - um modelo de sucesso implementado na Austrália.

### **1.6.2 Na Segurança Social**

Partindo das evidências verificadas na secção “discussão dos resultados”, é por demais visível que são necessárias alterações profundas no modelo de financiamento da Segurança Social. As transformações necessárias não se coadunam com simples modificações nas formas de cálculo ou nos prazos de garantia. Tais medidas têm sido aplicadas no decorrer das últimas décadas e, o que se verifica, é que a sua implantação apenas adia o surgimento dos constrangimentos financeiros, não contribuindo verdadeiramente para a sua resolução (84).

Como tal, propõe-se um modelo inovador de reforma estrutural do sistema já praticado e aperfeiçoado por alguns países europeus, nomeadamente a Suécia, desde a década de 90, que tem evidenciado bons resultados. As bases deste novo modelo são as seguintes: (84)

- O novo sistema de pensões assentará em 3 pilares;

- O 1º pilar, público, obrigatório e universal, assegura uma pensão de reforma. A garantia de um rendimento de substituição por velhice integra duas componentes:
  - ✓ 1ª Componente - Regime de Capitalização Virtual em Contas Individuais  
Financiado em regime de repartição, de contribuição definida (ao invés do actual modelo de benefício definido), baseado em contas individuais que registam a acumulação das contribuições ao longo da vida activa, revalorizadas por uma taxa de juro virtual que depende de factores como a economia, sendo o capital acumulado convertido posteriormente, à data da reforma, numa pensão;
  - ✓ 2ª Componente - Pensões de solidariedade  
Financiadas pelos impostos, garante a atribuição de um rendimento mínimo de substituição do rendimento do trabalho. É calculada pela diferença entre o rendimento mínimo e a pensão de reforma obtida na componente contributiva, em situações de insuficiência de carreira.
- O 2º pilar, privado, de iniciativa colectiva/empresarial voluntária, de contribuição definida, gerido em capitalização pura, sendo a conversão em pensão um complemento à pensão pública;
- O 3º pilar, privado, de iniciativa individual voluntária, em capitalização pura, convertido através do capital acumulado que complementa a pensão pública;
- O novo sistema mantém um cariz universal e público que reforça a importância da poupança privada para a reforma;
- Adequa o papel do Estado à demografia, à economia, à herança dos sistemas de pensões e incentiva os trabalhadores e as empresas a uma maior participação;
- Passa-se de um plano de benefícios definidos para um plano de contribuição definida, cujas pensões de reforma dependem da acumulação das contribuições e da evolução das variáveis-chave da economia e da demografia. Eliminam parte da dívida implícita do sistema;
- Como o país não tem possibilidades de recorrer à emissão de dívida pública e de aumentar contribuições sociais ou impostos (como verificado anteriormente), as contribuições actuais continuam a financiar as pensões em pagamento, mantendo-se o mecanismo de repartição clássico dos sistemas de redistribuição;
- Seria interessante a introdução de um tecto às contribuições, por forma a promover uma componente obrigatória de capitalização pura, mas devido à actual realidade económica e orçamental esta possibilidade revela-se de difícil implementação;
- O novo sistema de pensões introduz uma alteração de paradigma importante, que traz mais justiça: a formação da pensão não depende de uma fórmula pré-definida de cálculo, como actualmente se verifica, em que o factor decisivo corresponde ao número de anos de carreira contributiva, mas sim da dependência das contribuições acumuladas ao longo da vida activa complementada pela valorização em função da economia;

- O sistema de repartição não envolve a perda de contribuições para financiar as pensões do sistema fechado (o actual) e do novo sistema de pensões a criar;
- Este novo sistema traz um novo paradigma vantajoso (84):
  - ✓ Combina a poupança pública e a poupança privada, com partilha de riscos e responsabilidades;
  - ✓ Reforça o princípio da contributividade;
  - ✓ Estimula as pessoas a pouparem para a reforma;
  - ✓ Aumenta os níveis de transparência na relação que se estabelece entre os contribuintes e o sistema, através da criação de contas individuais que são um importante instrumento de gestão contributiva e da gestão da pensão futura;
  - ✓ Incentiva à participação mais activa no mercado de trabalho e à declaração de rendimentos para efeitos contributivos;
  - ✓ Melhora a relação entre o financiamento, as condições de reforma e o desempenho da economia;
  - ✓ Combate a evasão contributiva e previne os custos futuros com prestações sociais financiados pelos impostos provenientes do Orçamento geral do Estado;
  - ✓ Inviabiliza o surgimento de défices financeiros de longo prazo;
  - ✓ Garante a equidade entre gerações e favorece a coesão social. Impede a necessidade de um esforço contributivo maior das gerações futuras para a obtenção dos mesmos benefícios das gerações actuais;
  - ✓ Reduz o risco político na fixação de regras para a obtenção de benefícios;
  - ✓ Obriga os governos a fazerem gestão actuarial e gestão financeira do sistema;
  - ✓ Contém mecanismos sistémicos de ajustamento dos riscos demográficos e económicos.
- O novo modelo deverá separar claramente as contingências de longo prazo (pensões de reforma) das contingências imediatas (pensões de invalidez, de sobrevivência, subsídios de desemprego, de doença e de trabalho), tendo em vista a segregação dos riscos (84);
- Define-se um modelo de contribuição definida para as contingências de longo prazo; Introduce-se a mutualização para as contingências imediatas; e submete-se à fiscalidade as contingências de solidariedade (pensões de solidariedade e outras prestações relativas à família, à natalidade e à dependência) (84);
- A separação e autonomização destas contingências oferece as seguintes vantagens: 1. Introduce gestão actuarial e gestão financeira própria; 2. Promove a eficiência e a transparência das contas; 3. Impede a subsidiação cruzada dos riscos (como acontece actualmente); 4. Melhora a percepção e controlo dos défices e dívidas; 5. Contribui

para melhorar o conhecimento da Segurança Social que, por conseguinte, contribui para a qualidade das políticas públicas (84);

- Criação da “caderneta de aforro para a reforma” (84) - na Suécia, os trabalhadores recebem, desde que começam a contribuir para a Segurança Social, uma informação anual com estimativas da sua pensão pública e privada. É importante, para a compreensão e confiança do novo sistema de pensões, que os beneficiários acedam com regularidade e em linguagem acessível às suas contas individuais, dispondo num só suporte as parcelas das pensões dos três pilares. A “caderneta de aforro” deverá incluir informações sobre contribuições realizadas e respectivas valorizações, bem como informação sobre a pensão estimada;
- Esta reforma deve ainda desenvolver 2 outros planos: 1. Uma transformação do modelo institucional da governança pública das pensões; 2. A concepção de um modelo de comunicação das pensões (84);

As ideias gerais apresentadas deverão criar a base de uma discussão alargada acerca da inevitabilidade da construção de um novo modelo de pensões assente numa reforma profunda e estrutural. Esta ideia estrutural acima descrita dá resposta às contingências demográficas, económicas e financeiras que se têm degradado nas últimas décadas e que põem em causa o modelo actual do sistema de pensões.

### **1.6.3 O Ministério do Estado Social**

Perante tais exigências e responsabilidades que a realidade impõe, torna-se necessária a criação de um departamento superior que tutele e dirija uma política integrada dos 3 pilares que compõem o Estado Social. A criação indispensável deste Ministério possibilitaria, não só uma visão e actuação globais nas políticas direccionadas a este sector, como também definiria uma política comum e não sectorial como evidencia a falta de coordenação e integração actuais dos Ministérios da Saúde, Educação e Segurança Social. Patentearia ainda o reconhecimento da existência de alterações das “condições necessárias”, às quais é urgente dar uma resposta sustentada, passando a ser o Estado o motor potenciador do estudo aprofundado e minucioso desta realidade.

### **1.6.4 O IREN - Instituto da Reforma e dos Estudos Nacionais - e o CEN - Conselho para a Estratégia Nacional**

Verifica-se em Portugal uma gritante falta de planificação, de estratégia e de definição a longo prazo do rumo a seguir. Dando o exemplo do modelo de Estado Social que vigora e sabendo-se que os pressupostos que o criaram são hoje uma miragem, potenciando a sua insustentabilidade, é inaceitável que não exista na estrutura orgânica do Estado uma única entidade ou órgão que se dedique ao estudo técnico e aprofundado destas variáveis. Portugal possui problemas graves e crónicos ao nível demográfico, económico e financeiro, que se

repercutem em problemas sociais, e não tem qualquer estrutura organizada que se dedique à sustentabilidade da despesa pública e à sua reforma, que defina uma estratégia fiscal atractiva para o país, que estude o problema demográfico, que promova o debate especializado acerca do desemprego, que reconheça a realidade financeira do Estado Social e que promova a sua viabilidade futura, que se preocupe com pressupostos tão importantes e decisivos como estes que contribuem decisivamente para a coesão da sociedade e para a manutenção da democracia.

É nesta ordem de ideias que se propõe a criação do IREN e do CEN. Os objectivos de tais organismos seriam os seguintes:

- Instituto da Reforma e dos Estudos Nacionais
  - ✓ Sob a tutela coordenada do Ministério das Finanças e do Ministério do Estado Social;
  - ✓ Compete-lhe a criação de grupos de trabalho de peritos altamente preparados que estudem os seguintes temas: 1. Reforma da Segurança Social; 2. Reforma do Serviço Nacional de Saúde; 3. Reforma da Despesa Pública; 4. Reforma fiscal; 5. Plano Estratégico para a Atracção de Investimento Externo; 6. Reforma para a Reindustrialização Nacional; 7. Promoção da Natalidade;
  - ✓ Pertence-lhe ainda a responsabilidade pelos estudos entendidos necessários pelos Governos em exercício;
  - ✓ Tem representação no Conselho para a Estratégia Nacional.
  
- Conselho para a Estratégia Nacional
  - ✓ Presidido pelo Presidente da República;
  - ✓ Constituído pelo Primeiro-Ministro e por todos os líderes dos partidos da oposição com assento parlamentar; pelo Ministro das Finanças e pelo Ministro da área de afectação da ordem de trabalhos; pelo presidente do IREN e pelo perito-chefe do grupo de trabalho relativo ao tema em questão; pelo presidente do Conselho Económico e Social;
  - ✓ Este órgão tem como objectivo “pensar o País” e criar consensos alargados acerca das conclusões definidas no quadro das responsabilidades dos grupos de trabalho afectos ao Instituto da Reforma e dos Estudos Nacionais, por forma à implementação e ao comprometimento duradouro das reformas estruturais propostas;
  - ✓ O CEN é convocado durante todo o processo de elaboração das reformas, visando o seu apoio e a sua monitorização.

## 1.7 Conclusões e perspectivas futuras

Se os pressupostos que permitiram a concepção de um Estado Social próspero e possível assentavam numa demografia em pirâmide, com a estrutura etária da sociedade alimentada por elevadas taxas de natalidade, em economias férteis e com crescimentos elevados, com excedentes orçamentais generosos e com um quase pleno emprego, a sua inversão na realidade actual pressupõe inviável a sustentabilidade e a realização presente e futura do modelo de assistência social português.

Pondo essas condições necessárias como linha orientadora de uma apreciação final acerca do estado do Estado Social, volta a utilizar-se o “modelo de evidências” visando, desta vez, a sua contabilidade:

- No contexto demográfico, Portugal assinala, nas últimas décadas, 10 evidência de **evolução negativa**;
- Nos pilares que constituem o Estado Social, registam-se: 4 evidências de **evolução positiva** na Educação; 4 evidências de **evolução negativa** e 1 de **evolução positiva** na Saúde; 11 evidências de **evolução negativa** no Sistema de Protecção Social, que compreende a Caixa Geral de aposentações e a Segurança Social;
- Nos dados económicos e financeiros, Portugal exhibe 9 evidências de **evolução negativa** e apenas 1 de **evolução positiva**;
- Face à realidade e na comparação com outros Estados europeus, nomeadamente os pertencentes à União Europeia, a veracidade portuguesa, nos temas descritos nos pontos anteriores, apresenta 15 evidências de **evolução negativa** e apenas 1 de **evolução positiva**.

Em suma, nas “condições essenciais” para a realização do Estado Social, num conjunto de **56** variáveis em estudo, Portugal apresenta, nas últimas décadas, uma **evolução negativa em 49** dessas variáveis e um **desempenho positivo em apenas 7**. Números arrebatadores que comprovam um caminho de declínio em toda a linha e que atestam a inexistência no quadro actual dos pressupostos fundamentais à existência de um verdadeiro modelo de Estado Social.

Para além da clareza que os números apresentados evidenciam e das conclusões que se podem extrair deles, importa ainda acrescentar dois relevantes dados relativos ao Estado Social, os dados que, há alguns anos a esta parte, me serviram de alerta e me levaram a iniciar o estudo desta temática.

O primeiro dado diz respeito a uma projecção realizada em 2014, que abrangeu a Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações, e que se apresenta em seguida:

- Em 2014, um conjunto de especialistas portugueses promoveu um estudo que visou o cálculo da dívida implícita, entre 2014 e 2060, das pensões do sistema Previdencial da Segurança Social e da Caixa Geral de Aposentações (84). Tal projecção revelou que essa dívida representará, em 2060, um valor acumulado de cerca de 289,4 mil milhões de euros, que corresponde a 175% do PIB de 2013. Estes valores remetem-nos para um défice médio anual de cerca de 3,7% do PIB (84).

A dívida implícita é um indicador para avaliar o nível de sustentabilidade financeira de um sistema de pensões financiado em regime de repartição. A sustentabilidade mede-se pelo equilíbrio actuarial, que se verifica quando, num determinado horizonte temporal, o valor actual das futuras contribuições e quotizações e de outras fontes de financiamento é igual ou superior ao valor actual das responsabilidades assumidas com o pagamento das pensões. Não se verificando esta condição, significa que existem défices financeiros futuros e, portanto, há dívida implícita (84).

O valor apresentado, de uma ordem de grandeza incomportável, não só fará ruir o sistema de pensões, como também o Estado Social e o próprio Estado Português. Como vai ser possível sustentar a direcção deste caminho?

O segundo dado, que obriga à apresentação de um gráfico nesta secção (mesmo estando esse formato reservado a secções anteriores), visto se tratar de uma conclusão essencial e decisiva a reter para o entendimento da globalidade e dimensão do cenário actual, que de outra forma inviabilizaria tal intenção, refere-se à comparação evolutiva entre as despesas referentes ao Estado Social (Educação, Saúde e Segurança Social/CGA) e as receitas com contribuições e impostos. Conclui-se o seguinte:

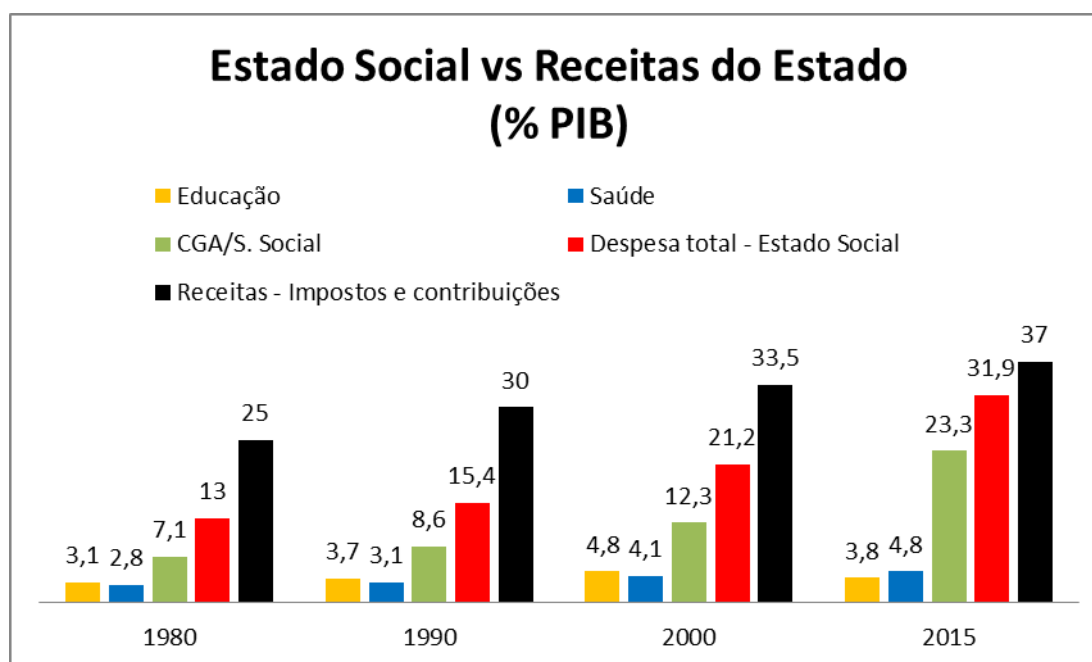


Gráfico 1.1 - Estado Social vs Receitas do Estado | Fonte: PORDATA | Autoria: Luís Máximo

A subida vertiginosa da despesa do Estado Social nos últimos 35 anos atingiu, em 2015, o equivalente a 86% das receitas de contribuições e impostos e, após o pagamento desta, sobeja apenas o equivalente a 5% do PIB para as restantes rubricas da despesa (Juros, Defesa, Segurança, Administração Pública, etc.).

Portugal não realiza riqueza suficiente para acompanhar a progressão deste “monstro”.

Conclui-se a presente dissertação citando as palavras de Henrique Medina Carreira, a quem dedico este trabalho, durante uma das suas intervenções no programa transmitido pela TVI24, Olhos nos Olhos, e que resume de forma sintética a razão “do ponto a que chegámos”: “Esta coisa do “Governar para as Pessoas” - porque há por aí uns políticos que dizem que temos que cuidar das pessoas - é ótimo! Os números?! Isso é uma coisa subalterna! O problema é que sem números não é possível tratar das pessoas. Este é que é o problema! Discutir dinheiro é a coisa que mais me aborrece na vida, mas ele tem que ser discutido, porque é com ele que se consegue trazer prosperidade e felicidade a uma sociedade. Temos profundamente enraizada em Portugal esta ideia de que quando alguém discute dinheiro essa pessoa faz parte dos “tipos dos cifrões” e dos “tipos desprezíveis”. E, portanto, com esta mentalidade de “o que é preciso é olhar para as pessoas e ser bom rapaz”, a gente não vai passar do nada!”.

## 1.8 Bibliografia

1. Pereira EP. Políticas de Protecção Social em Portugal: Espelho da Desmontagem do Estado Social. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos; 2011.
2. Marcílio Pompeu GV, Costa Pessoa CL. O Constitucionalismo e a Crise do Estado Social do Século XX: reflexos em Portugal. Estado do Ceará: Universidade Federal do Ceará.
3. Paim A. A crise do Modelo Social Europeu. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, Centro de Pesquisas Estratégicas "Paulino Soares de Sousa"; 2006.
4. Rebelo G. Crise do Euro e Modelo Social Europeu. A crise do Euro e o futuro do Modelo Social Europeu. 2009: p. 27-33.
5. Pereirinha JA, Carolo DF. A Construção do Estado-Providência em Portugal: Evolução da Despesa Social de 1935 a 2003. Lisboa: ISEG - Instituto Superior de Economia e Gestão, GHES - Gabinete de História Económica e Social; 2009.
6. do Carmo RM, Barata A. Estado Social de Todos para Todos. 1st ed. Tinta-da-china, editor. Lisboa: Tinta-da-china; 2014.
7. de Portugal G. O Orçamento do Estado e o Estado Social. [Online].; 2017 [cited 2017 09 28. Available from: HYPERLINK "<https://www.oe2017.gov.pt/desenvolver-o-estado-social/>" <https://www.oe2017.gov.pt/desenvolver-o-estado-social/> .
8. Gomes DT. Os factores de percepção da evolução do Modelo Social Europeu em Portugal - Estudo em Santa Maria da Feira. Porto: Universidade Fernando Pessoa; 2010.
9. Júnior AP. Evolução histórica da Previdência Social e os direitos fundamentais. Revista Jus Navigandi. [Online].; 2005 [cited 2017 09 27. Available from: HYPERLINK "<https://jus.com.br/artigos/6881/evolucao-historica-da-previdencia-social-e-os-direitos-fundamentais/2>" <https://jus.com.br/artigos/6881/evolucao-historica-da-previdencia-social-e-os-direitos-fundamentais/2> .
10. Dezotti DF, Marta TN. Marcos Históricos da Seguridade Social. Revista do Mestrado em Direito - Universidade Católica de Brasília. 2011 Julho-Dezembro: p. 436-438.
11. Estanque E. O Estado Social em Causa - Instituições, Políticas Sociais e Movimentos Sociolaborais no Contexto Europeu. A crise do Euro e o futuro do Modelo Social Europeu. 2009: p. 39-75.
12. Miranda J. Os novos paradigmas do Estado Social. Lisboa: Faculdade de Direito - Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Jurídico-Políticas.
13. Ferreira EV. Modelos Sociais Europeus - Crescimento, emprego e igualdade. Fórum Sociológico. 2015 Dezembro: p. 17-29.
14. Editora P. Infopédia. [Online].; 2003-2017 [cited 2017 09 15. Available from: HYPERLINK "[https://www.infopedia.pt/\\$demografia](https://www.infopedia.pt/$demografia)" [https://www.infopedia.pt/\\$demografia](https://www.infopedia.pt/$demografia).
15. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 08 01. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+geral-618>" <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+fecundidade+geral-618> .
16. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+fora+do+casamento-14>" <https://www.pordata.pt/Portugal/Nados+vivos+de+m%C3%A3es+residentes+em+Portugal+total+e+fora+do+casamento-14> .
17. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 22. Available from: HYPERLINK "[https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)" [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418) .
18. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 22. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+gr>

- upo+et%C3%A1rio-10"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio-10> .
19. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 01. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/N%C3%BAmero+de+indiv%C3%ADduos+em+idade+ativa+por+idoso-735"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/N%C3%BAmero+de+indiv%C3%ADduos+em+idade+ativa+por+idoso-735>
  20. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 01. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+empregada+total+e+por+sector+de+atividade+econ%C3%B3mica-32"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+empregada+total+e+por+sector+de+atividade+econ%C3%B3mica-32> .
  21. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 08. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+desempregada+total+e+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+-53"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+desempregada+total+e+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+-53> .
  22. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 09. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-419"  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-419](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+aos+65+anos+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-419) .
  23. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 09. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526> .
  24. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 09. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+(percentagem)-553"  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+\(percentagem\)-553](https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+desemprego+total+e+por+grupo+et%C3%A1rio+(percentagem)-553) .
  25. Portugal MdEd. Breve Evolução Histórica do Sistema Educativo. Ministério da Educação de Portugal.
  26. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 09. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+total+e+por+n%C3%ADvel+de+ensino-1002"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Alunos+matriculados+total+e+por+n%C3%ADvel+de+ensino-1002> .
  27. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 10. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Docentes+em+exerc%C3%ADcio+nos+ensinos+pr%C3%A9+escolar++b%C3%A1sico+e+secund%C3%A1rio+total+e+por+n%C3%ADvel+de+ensino-240"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Docentes+em+exerc%C3%ADcio+nos+ensinos+pr%C3%A9+escolar++b%C3%A1sico+e+secund%C3%A1rio+total+e+por+n%C3%ADvel+de+ensino-240> .
  28. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2016 [cited 2017 09 10. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Docentes+do+ensino+superior+total+e+por+subsistema+de+ensino-225"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Docentes+do+ensino+superior+total+e+por+subsistema+de+ensino-225> .
  29. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 10. Available from: HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Estabelecimentos+nos+ensinos+pr%C3%A9+escolar++b%C3%A1sico+e+secund%C3%A1rio+por+n%C3%ADvel+de+ensino-1237"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Estabelecimentos+nos+ensinos+pr%C3%A9+escolar++b%C3%A1sico+e+secund%C3%A1rio+por+n%C3%ADvel+de+ensino-1237> .
  30. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 10. Available from: HYPERLINK

["https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+educa%C3%A7%C3%A3o+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental-866"](https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+educa%C3%A7%C3%A3o+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental-866)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+educa%C3%A7%C3%A3o+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental-866> .

31. de Campos AC, Simões J. O Percurso da Saúde: Portugal na Europa Almedina , editor. Coimbra: Almedina; 2011.
32. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+percentagem+do+PIB-610"](https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+percentagem+do+PIB-610)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+percentagem+do+PIB-610> .
33. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+sa%C3%BAde+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental-854"](https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+sa%C3%BAde+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental-854)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+sa%C3%BAde+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental-854> .
34. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+sa%C3%BAde+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental+em+percentagem+do+PIB-855"](https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+sa%C3%BAde+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental+em+percentagem+do+PIB-855)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+em+sa%C3%BAde+execu%C3%A7%C3%A3o+or%C3%A7amental+em+percentagem+do+PIB-855> .
35. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+despesa+total+e+com+pessoal+ao+servi%C3%A7o+++Continente-330"](https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+despesa+total+e+com+pessoal+ao+servi%C3%A7o+++Continente-330)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+despesa+total+e+com+pessoal+ao+servi%C3%A7o+++Continente-330> .
36. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+receitas+m%C3%A9dicas+e+embalagens+++Continente-600"](https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+receitas+m%C3%A9dicas+e+embalagens+++Continente-600)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/SNS+receitas+m%C3%A9dicas+e+embalagens+++Continente-600> .
37. Apifarma. Indústria Farmacêutica em Portugal - Dívida dos Hospitais Públicos às Empresas Farmacêuticas. Apifarma; 2017.
38. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Dura%C3%A7%C3%A3o+m%C3%A9dia+das+pens%C3%B5es+da+Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es-2329"](https://www.pordata.pt/Portugal/Dura%C3%A7%C3%A3o+m%C3%A9dia+das+pens%C3%B5es+da+Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es-2329)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Dura%C3%A7%C3%A3o+m%C3%A9dia+das+pens%C3%B5es+da+Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es-2329> .
39. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+m%C3%A9dia+de+idades+dos+aposentados+reformados+%C3%A0+data+da+aposenta%C3%A7%C3%A3o-1085"](https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+m%C3%A9dia+de+idades+dos+aposentados+reformados+%C3%A0+data+da+aposenta%C3%A7%C3%A3o-1085)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+m%C3%A9dia+de+idades+dos+aposentados+reformados+%C3%A0+data+da+aposenta%C3%A7%C3%A3o-1085> .
40. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+receitas+e+despesas-387"](https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+receitas+e+despesas-387)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+receitas+e+despesas-387> .
41. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 15. Available from: [HYPERLINK "https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+receitas+e+despesas+em+percentagem+do+PIB-2040-166693"](https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+receitas+e+despesas+em+percentagem+do+PIB-2040-166693)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es+receitas+e+despesas+em+percentagem+do+PIB-2040-166693> .
42. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 16. Available from: [HYPERLINK](#)

- "<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+da+Seguran%C3%A7a+Social+total+e+por+tipo-100>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+da+Seguran%C3%A7a+Social+total+e+por+tipo-100> .
43. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 16. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%B5es+da+Seguran%C3%A7a+Social+despesa+total+e+por+tipo-102>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%B5es+da+Seguran%C3%A7a+Social+despesa+total+e+por+tipo-102> .
44. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 16. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Benefici%C3%A1rios+ativos+por+pens%C3%A3o+de+velhice++invalidez+e+sobreviv%C3%Aancia+da+Seguran%C3%A7a+Social-2573>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Benefici%C3%A1rios+ativos+por+pens%C3%A3o+de+velhice++invalidez+e+sobreviv%C3%Aancia+da+Seguran%C3%A7a+Social-2573> .
45. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 16. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%B5es+total++da+Seguran%C3%A7a+Social+e+da+Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es-851>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%B5es+total++da+Seguran%C3%A7a+Social+e+da+Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es-851> .
46. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 16. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%B5es+em+percentagem+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+total++da+Seguran%C3%A7a+Social+e+da+Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es-718>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Pens%C3%B5es+em+percentagem+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+total++da+Seguran%C3%A7a+Social+e+da+Caixa+Geral+de+Aposenta%C3%A7%C3%B5es-718> .
47. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 16. Available from: HYPERLINK "[https://www.pordata.pt/Portugal/Contribui%C3%A7%C3%B5es+no+total+das+receitas+da+Seguran%C3%A7a+Social+\(percentagem\)-765](https://www.pordata.pt/Portugal/Contribui%C3%A7%C3%B5es+no+total+das+receitas+da+Seguran%C3%A7a+Social+(percentagem)-765)"  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Contribui%C3%A7%C3%B5es+no+total+das+receitas+da+Seguran%C3%A7a+Social+\(percentagem\)-765](https://www.pordata.pt/Portugal/Contribui%C3%A7%C3%B5es+no+total+das+receitas+da+Seguran%C3%A7a+Social+(percentagem)-765) .
48. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 17. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+da+Seguran%C3%A7a+Social+total+e+por+tipo-123>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+da+Seguran%C3%A7a+Social+total+e+por+tipo-123> .
49. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 17. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+da+Seguran%C3%A7a+Social+em+percentagem+do+PIB-766>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+da+Seguran%C3%A7a+Social+em+percentagem+do+PIB-766> .
50. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 17. Available from: HYPERLINK "[https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+\(base+2011\)-130](https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+(base+2011)-130)"  
[https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+\(base+2011\)-130](https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+(base+2011)-130) .
51. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 18. Available from: HYPERLINK "[https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+per+capita+\(base+2011\)-2297](https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+per+capita+(base+2011)-2297)"  
[https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+per+capita+\(base+2011\)-2297](https://www.pordata.pt/Portugal/PIB+per+capita+(base+2011)-2297) .
52. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 30. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+crescimento+real+do+PIB-2298>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+crescimento+real+do+PIB-2298> .
53. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 18. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+poupan%C3%A7a+das+fam%C3%ADlias-2340>"  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+poupan%C3%A7a+das+fam%C3%ADlias-2340> .
54. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 18. Available from: HYPERLINK

- ["https://www.pordata.pt/Portugal/D%C3%ADvida+externa+l%C3%ADquida-2949"](https://www.pordata.pt/Portugal/D%C3%ADvida+externa+l%C3%ADquida-2949)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/D%C3%ADvida+externa+l%C3%ADquida-2949> .
55. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+em+percentagem+do+PIB-2788"](https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+em+percentagem+do+PIB-2788)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+em+percentagem+do+PIB-2788> .
  56. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+\(base+2011\)-2784-237010"](https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+(base+2011)-2784-237010)  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+\(base+2011\)-2784-237010](https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+(base+2011)-2784-237010) .
  57. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+d%C3%ADvida+bruta+\(base+2011\)-2783"](https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+d%C3%ADvida+bruta+(base+2011)-2783)  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+d%C3%ADvida+bruta+\(base+2011\)-2783](https://www.pordata.pt/Portugal/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+d%C3%ADvida+bruta+(base+2011)-2783) .
  58. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+em+percentagem+do+PIB+total++correntes+e+de+capital-2793"](https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+em+percentagem+do+PIB+total++correntes+e+de+capital-2793)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+em+percentagem+do+PIB+total++correntes+e+de+capital-2793> .
  59. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+total+e+por+classifica%C3%A7%C3%A3o+econ%C3%B3mica+\(base+2011\)-2791"](https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+total+e+por+classifica%C3%A7%C3%A3o+econ%C3%B3mica+(base+2011)-2791)  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+total+e+por+classifica%C3%A7%C3%A3o+econ%C3%B3mica+\(base+2011\)-2791](https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+total+e+por+classifica%C3%A7%C3%A3o+econ%C3%B3mica+(base+2011)-2791) .
  60. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+total+e+por+classifica%C3%A7%C3%A3o+econ%C3%B3mica+\(base+2011\)-2796-237766"](https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+total+e+por+classifica%C3%A7%C3%A3o+econ%C3%B3mica+(base+2011)-2796-237766)  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+total+e+por+classifica%C3%A7%C3%A3o+econ%C3%B3mica+\(base+2011\)-2796-237766](https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+total+e+por+classifica%C3%A7%C3%A3o+econ%C3%B3mica+(base+2011)-2796-237766) .
  61. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+fiscais+e+contribui%C3%A7%C3%B5es+sociais+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+\(base+2011\)-2798"](https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+fiscais+e+contribui%C3%A7%C3%B5es+sociais+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+(base+2011)-2798)  
[https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+fiscais+e+contribui%C3%A7%C3%B5es+sociais+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+\(base+2011\)-2798](https://www.pordata.pt/Portugal/Receitas+fiscais+e+contribui%C3%A7%C3%B5es+sociais+das+Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+(base+2011)-2798) .
  62. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+por+algumas+fun%C3%A7%C3%B5es-2776"](https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+por+algumas+fun%C3%A7%C3%B5es-2776)  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesas+do+Estado+por+algumas+fun%C3%A7%C3%B5es-2776> .
  63. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Europa/Produto+Interno+Bruto+\(Euro\)-1786"](https://www.pordata.pt/Europa/Produto+Interno+Bruto+(Euro)-1786)  
[https://www.pordata.pt/Europa/Produto+Interno+Bruto+\(Euro\)-1786](https://www.pordata.pt/Europa/Produto+Interno+Bruto+(Euro)-1786) .
  64. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Europa/PIB+per+capita+\(PPS\)-1778"](https://www.pordata.pt/Europa/PIB+per+capita+(PPS)-1778)  
[https://www.pordata.pt/Europa/PIB+per+capita+\(PPS\)-1778](https://www.pordata.pt/Europa/PIB+per+capita+(PPS)-1778) .
  65. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 19. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+crescimento+real+do+PIB-1533"](https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+crescimento+real+do+PIB-1533)  
<https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+crescimento+real+do+PIB-1533> .
  66. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK  
["https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+poupan%C3%A7a+das+fam%C3%ADlias-2692"](https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+poupan%C3%A7a+das+fam%C3%ADlias-2692)

<https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+poupan%C3%A7a+das+fam%C3%ADlias-2692>

67. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/D%C3%ADvida+externa+l%C3%ADquida+em+percentagem+do+PIB-3007>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/D%C3%ADvida+externa+l%C3%ADquida+em+percentagem+do+PIB-3007> .
68. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+p%C3%BAblico++em+percentagem+do+PIB-1762>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas++receitas+e+d%C3%A9fice+excedente+p%C3%BAblico++em+percentagem+do+PIB-1762> .
69. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+d%C3%ADvida+bruta+em+percentagem+do+PIB-1763>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+d%C3%ADvida+bruta+em+percentagem+do+PIB-1763> .
70. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+impostos+sobre+o+rendimento+em+percentagem+das+receitas-1969>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+impostos+sobre+o+rendimento+em+percentagem+das+receitas-1969> .
71. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "[https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas+por+categoria+\(percentagem\)-1980](https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas+por+categoria+(percentagem)-1980)"  
[https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas+por+categoria+\(percentagem\)-1980](https://www.pordata.pt/Europa/Administra%C3%A7%C3%B5es+P%C3%BAblicas+despesas+por+categoria+(percentagem)-1980) .
72. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Despesa+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+percentagem+do+PIB-1962>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Despesa+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+em+percentagem+do+PIB-1962> .
73. OCDE. OCDE. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<http://www.oecd.org/health/health-data.htm>"  
<http://www.oecd.org/health/health-data.htm> .
74. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/M%C3%A9dicos+por+100+mil+habitantes-1926>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/M%C3%A9dicos+por+100+mil+habitantes-1926> .
75. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Pessoal+de+sa%C3%BAde+enfermeiros+e+pessoal+auxiliar+de+cuidados+de+sa%C3%BAde+por+100+mil+habitantes-1699>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Pessoal+de+sa%C3%BAde+enfermeiros+e+pessoal+auxiliar+de+cuidados+de+sa%C3%BAde+por+100+mil+habitantes-1699> .
76. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Despesas+da+protec%C3%A7%C3%A3o+social+em+percentagem+do+PIB-1578>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Despesas+da+protec%C3%A7%C3%A3o+social+em+percentagem+do+PIB-1578> .
77. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 08 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Receitas+da+protec%C3%A7%C3%A3o+social+em+percentagem+do+PIB-1376>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Receitas+da+protec%C3%A7%C3%A3o+social+em+percentagem+do+PIB-1376> .
78. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 21. Available from: HYPERLINK

"<https://www.pordata.pt/Europa/Pensionistas+em+percentagem+da+popula%C3%A7%C3%A3o+activa-2435>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Pensionistas+em+percentagem+da+popula%C3%A7%C3%A3o+activa-2435> .

79. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 21. Available from: HYPERLINK "[http://www.pordata.pt/Europa/Pensionistas+no+total+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+\(percentagem\)-2425](http://www.pordata.pt/Europa/Pensionistas+no+total+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+(percentagem)-2425)"  
[http://www.pordata.pt/Europa/Pensionistas+no+total+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+\(percentagem\)-2425](http://www.pordata.pt/Europa/Pensionistas+no+total+da+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+(percentagem)-2425) .
80. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 21. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+emprego+total+e+por+sexo-1758>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+emprego+total+e+por+sexo-1758> .
81. PORDATA. PORDATA. [Online].; 2017 [cited 2017 09 21. Available from: HYPERLINK "<https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+desemprego++dos+15+aos+74+anos-1779>"  
<https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+desemprego++dos+15+aos+74+anos-1779> .
82. de Portugal G. Documento de Estratégia Orçamental 2014-2018. Lisboa: Governo de Portugal; 2014.
83. Ferreira A. Reforma do Sistema de Saúde. 1st ed. Ferreira A, editor. Vila do Conde: Concept Image; 2014.
84. Corrêa de Aguiar MM. Pensões - Restaurar o Contrato Social para Reconciliar Gerações. 1st ed. Piriquito H, editor.: bnomics; 2015.

# Capítulo 2 - Estágio em Farmácia Comunitária

## 2.1 Introdução

O farmacêutico é o principal agente no aconselhamento da utilização dos medicamentos. É também importante na promoção da saúde e prevenção de doenças onde a proximidade ao utente é uma mais-valia.

O estágio realizado permitiu reconhecer que o farmacêutico estará sempre ao lado dos utentes e estes poderão contar com uma elevada competência no domínio do medicamento. O farmacêutico deve promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança, onde a sua principal responsabilidade é a saúde e o bem-estar do utente, devendo colocar a saúde deste à frente dos seus interesses pessoais e comerciais. Os valores transmitidos pela experiência da directora-técnica da Farmácia Mousaco Torrão serão fundamentais para no exercício da profissão, ter sempre presente o elevado grau de responsabilidade e o dever ético de a exercer com a maior diligência e competência.

O relatório elaborado tem como objectivo consolidar todas as atividades desenvolvidas durante o estágio de 800 horas e demonstrar os conhecimentos adquiridos ao nível técnico, científico e de gestão farmacêutica.

## 2.2 Organização da Farmácia

### 2.2.1 Recursos humanos

A Farmácia Mousaco Torrão (FMT) é constituída por uma equipa de trabalho dedicada e qualificada, que possibilita o sucesso que tem sido alcançado ao longo dos anos. A equipa é constituída pela Directora-Técnica (DT), Dra. Isabel Curto, 3 técnicas de farmácia e uma técnica de limpeza.

É importante realçar as funções desempenhadas pela DT que constam na bibliografia consultada (1), como supervisionar todas as tarefas realizadas pela equipa acima referida e distribuir as tarefas aos colaboradores. Deve, portanto:

1. Garantir a prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos medicamentos;
2. Assumir a responsabilidade pelos actos farmacêuticos praticados na Farmácia;
3. Incrementar o uso racional do medicamento;
4. Assegurar que os medicamentos sujeitos a receita médica só são dispensados aos utentes com prescrição;
5. Manter os medicamentos e demais produtos fornecidos em bom estado de conservação;

6. Garantir que a Farmácia se encontra em condições de adequada higiene e segurança; entre outros.

No que diz respeito às tarefas dos técnicos de farmácia, estas passam pela receção de encomendas, acondicionamento dos medicamentos nas prateleiras, controlo dos prazos de validade e o atendimento ao público. Todos os colaboradores da FMT estão devidamente identificados com um cartão.

### 2.2.2 Instalações

A FMT é uma farmácia histórica localizada na vila do Ferro. Possui umas instalações com as dimensões previstas pelo Infarmed, I.P e um edifício em excelentes condições. Segundo a bibliografia, as farmácias devem apresentar uma área útil total mínima de 95 m<sup>2</sup>, dispendo, obrigatória e separadamente, das seguintes divisões no mínimo (4)(5).:

1. 50m<sup>2</sup> para sala de atendimento ao público,
2. 25m<sup>2</sup> para o armazém;
3. 8m<sup>2</sup> para o laboratório;
4. 5m<sup>2</sup> para as instalações sanitárias;
5. 7m<sup>2</sup> para o gabinete de atendimento ao utente.

Eventualmente, as farmácias podem ter outros gabinetes, escritórios ou outras divisões desde que tenham um mínimo de 95m<sup>2</sup>.

O *FrontOffice* tem vários lineares com medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e produtos de saúde e bem-estar.

Relativamente ao *BackOffice*, este é composto pelo armazém, gabinete da directora-técnica e o laboratório. No armazém poder-se-ão encontrar os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), excedentes e os medicamentos armazenados no frigorífico.

Tal como previsto pela lei, os MSRM não podem estar acessíveis ao público e estão armazenados em prateleiras por ordem alfabética, por ordem de dosagem e ordem de dimensão da embalagem. O gabinete da directora-técnica contém o arquivo de vários documentos importantes, nomeadamente, psicotrópicos/estupefacientes (6), registos das temperaturas do frigorífico e do armazém, notas de devolução, guias de transporte dos medicamentos transferidos entre a farmácia e o posto farmacêutico móvel, entre outra documentação fundamental ao cumprimento da lei.

### 2.2.3 Elementos exteriores e interiores distintivos

A FMT segue todas as boas práticas referidas pela bibliografia consultada (1)(2) e tal como demonstra a fotografia (figura 1), trata-se de uma Farmácia situada num edifício histórico e em bom estado. A entrada de carros de bebé, idosos e portadores de deficiência é facilitado pela rampa visível no exterior. É possível verificar também uma placa com a designação de “Farmácia”, uma cruz verde luminosa, o horário de funcionamento (segunda a sexta-feira das 9-14h/15-20h; sábados das 9 às 13h), a escala de turnos das farmácias do concelho e o nome da directora-técnica. No que diz respeito ao interior da Farmácia, trata-se de um local

bastante acolhedor onde o atendimento ao público possui uma grande variedade de produtos de saúde e bem-estar. Poder-se-á encontrar vários expositores de balcão entre os dois locais de atendimento e vários panfletos e cartazes, com informação para o utente.



Figura 1 - Espaço exterior da farmácia (retirada a 06/08/2017)

#### 2.2.4 Equipamentos gerais e específicos

Segundo a legislação aplicada ao sector, os equipamentos como as balanças e os termohigrómetros existentes na farmácia devem ser calibrados anualmente. É competência da DT garantir que todos os equipamentos se encontrem em bom estado e calibrados por empresas de referência. A FMT apresenta todo o material de laboratório de acordo com a Deliberação n.º 1500/2004, de 7 de Dezembro. Desta deliberação, surge a necessidade de cumprir com o equipamento mínimo, nomeadamente:

- Alcoómetro;
- Almofarizes de vidro e de porcelana;
- Balança de precisão sensível ao miligrama;
- Banho de água
- Banho termostaticado; entre outros.

Para além do equipamento mínimo obrigatório que deve estar presente no laboratório, faz também parte da farmácia um frigorífico para armazenamento de medicamentos. No interior do frigorífico deve haver um termómetro certificado de registo de temperatura. Os instrumentos de leitura da temperatura do frigorífico podem estar integrados ou não no mesmo, desde que sejam passíveis de calibração e permitam descarregar/visualizar os valores registados. Como instrumentos de leitura de temperatura do frigorífico, as farmácias podem recorrer a termómetros ou termohigrómetros (e não peremptoriamente termohigrómetros), uma vez que não é necessário monitorizar a humidade relativa do frigorífico, dado que deverá ser difícil encontrar valores em que este parâmetro se situe abaixo dos 75%. Quando a

farmácia opta por recorrer a um termohigrómetro, deve efectuar a monitorização da humidade (a par da temperatura) com pelo menos 2 medições diárias e construir a carta de controlo ou o registo numérico para averiguar os valores que efectivamente se verificam. Faz também parte da FMT, os equipamentos para realização de testes bioquímicos e o equipamento informático (7).

### **2.2.5 Recursos Informáticos**

A farmácia Mousaco Torrão possui 3 computadores com o programa informático *Sifarma* instalado. Este programa permite realizar todas as tarefas inerentes ao funcionamento adequado da farmácia. A gestão de *stocks*, a gestão de encomendas, a dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica através de prescrição electrónica com e sem papel e através de prescrição manual. Trata-se, efectivamente, de uma ferramenta pensada para auxiliar o trabalho dos profissionais de farmácia comunitária na dispensa de medicamentos e de melhorar a qualidade de um aconselhamento farmacoterapêutico.

As vendas são uma das tarefas mais utilizadas neste programa informático, nomeadamente: vendas suspensas, vendas com e sem participação e vendas de serviços.

O controlo dos prazos de validade do inventário presente na farmácia e outras operações de cariz fiscal, são tarefas desempenhadas de forma facilitada pela existência deste *software*.

### **2.2.6 Posto Farmacêutico Móvel**

A FMT tem um posto farmacêutico móvel na localidade de Peraboa. Houve possibilidade de o visitar algumas vezes e realizar atendimento aos utentes.

Visto que o Posto Farmacêutico Móvel tem umas instalações de menor dimensão, há a necessidade de transferir *stock* da FMT, com frequência. Tarefa realizada através do programa informático que gera uma guia de remessa para acompanhar os produtos até ao destino (8).

O posto encontra-se de acordo com a legislação em vigor (Deliberação n.º 1857/2013, de 15 de Outubro de 2013) (31).

## **2.3 Organização da Farmácia**

A excelência da prática farmacêutica está assente em vários pilares. Um deles diz respeito às fontes de informação que permitem uma consulta constante de todos os medicamentos. O utente é cada vez mais exigente, dispõe de fontes de informação paralelas e chega com regularidade à farmácia com alguns conhecimentos sobre uma eventual patologia. Portanto, há a necessidade de dispor de uma biblioteca na farmácia que possa ser consultada com rapidez e com capacidade de resposta. O programa informático *Sifarma*® 2000 permite consultar uma vasta informação sobre os medicamentos enquanto se procede ao atendimento do utente, como por exemplo a posologia, efeitos adversos, contra-indicações, entre outros. A Farmacopeia Portuguesa, em edição de papel, em formato electrónico ou *online*, a partir

de sítio da internet reconhecido pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), e outros documentos indicados pelo INFARMED, nomeadamente o prontuário terapêutico (em formato electrónico ou de consulta *online*) são as publicações de carácter obrigatório nas farmácias (1).

Considerando a constante evolução das Ciências Farmacêuticas, os profissionais têm de manter actualizadas as suas competências e os seus conhecimentos. A FMT possui uma minibiblioteca organizada, com as publicações recomendadas pelas Boas Práticas de Farmácia e pelo DL 307/2007, de 31 de agosto (1)(2):

1. Farmacopeia Portuguesa IX,
2. Índice Nacional Terapêutico,
3. Prontuário Terapêutico,
4. *Simposium* Terapêutico,
5. Mapa Terapêutico,
6. Formulário Galénico Português

Como acima referido, o programa informático que a farmácia dispõe, é muito importante no processo de dispensa de medicamentos, contudo, os colaboradores sabem que dispõe desta bibliografia em suporte físico ou digital que contém informação sobre indicações de administração, contra-indicações, interacções, posologia e precauções para a utilização do medicamento.

## **2.4 Medicamentos e Outros Produtos de Saúde**

### **2.4.1 Verificação da existência de qualquer medicamento ou produto de saúde e a sua localização nas instalações da Farmácia**

A ferramenta informática existente na FMT, *SIFARMA*® 2000, permite consultar a ficha de cada produto e verificar nela a quantidade em *stock* e a localização na farmácia (exemplo: prateleira injectáveis), o código nacional do produto (CNP), o histórico de compras e a média mensal de vendas, entre outros.

Quando não é possível recorrer à aplicação informática, poder-se-á localizar os produtos pela identificação nas prateleiras. É fundamental conhecer o espaço onde os medicamentos são acondicionados e a forma como são organizados (exemplo: se por DCI ou por nome comercial). Para conhecer bem o local, a actividade inicial deste estágio incidiu na verificação do prazo de validades e levou a que, aquando do atendimento, fosse mais fácil identificar o local onde se encontravam os medicamentos ou produtos de saúde. É possível afirmar que a identificação das prateleiras e o domínio do espaço da farmácia conduz a uma redução do erro na dispensa.

## 2.5 Aprovisionamento e armazenamento

### 2.5.1 Critérios para a selecção de um fornecedor/armazenista

Os critérios para a selecção de um fornecedor preferencial para a farmácia são determinados pela DT da FMT que tem em conta muitos factores. Desses destacam-se as condições comerciais (*fee* comercial e *fee* financeiro), prazos de pagamento (variam entre 8, 15, 20, 30 dias), o número de entregas diárias, o fornecimento de medicamentos de disponibilidade reduzida (conhecidos por “rateados”) e a variedade de produtos que têm em *stock*.

Os armazenistas que fornecem a FMT são a PLURAL, CRL e a OCP. Além dos armazenistas, os medicamentos e/ou produtos de saúde podem ser adquiridos directamente a alguns laboratórios, por intermédio dos delegados comerciais que os representam e que visitam a farmácia com regularidade. As encomendas efectuadas directamente poderão chegar à farmácia, através dos armazenistas, e terão o nome de *transfer orders*, ou através de facturação directa laboratório-farmácia. A realização de compras directamente aos laboratórios tem vantagens e desvantagens. As vantagens passam, por exemplo, por um desconto superior dos produtos e por prazos de pagamento maiores. Por outro lado, poder-se-á afirmar que as desvantagens da aquisição directa incidem principalmente numa eventual acumulação de *stock* e um período de tempo elevado, para retorno do investimento.

### 2.5.2 Critérios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde

Os critérios de aquisição dos medicamentos e produtos de saúde, passam principalmente pelas necessidades diárias e/ou mensais. Devem ser consideradas as médias mensais de venda dos produtos, o preço de compra e o preço de venda ao público, a sazonalidade da saída do produto, os *stocks* mínimos e máximos e o prazo de validade.

### 2.5.3 Armazenamento

O armazenamento começa com uma verificação no ato de receção. É fundamental verificar se está em conformidade com os requisitos de compra especificados, os requisitos de qualidade da farmácia e os requisitos legais. [2] Depois de recepcionadas as encomendas devem ser correctamente armazenados, no que diz respeito a temperatura e humidade. Segundo a Farmacopeia Portuguesa, ponto 1. Prescrições Gerais, 1.2. assunto “Temperatura”, os medicamentos devem ser armazenados em locais com as seguintes temperaturas:

- Congelador ou congelado: temperatura inferior a -15°C
- Refrigerado ou no frigorífico: 2 a 8°C.
- Frio: 8 a 15°C.
- Temperatura ambiente: 15 a 25°C

Relativamente à humidade relativa no interior do frigorífico, não existem nem valores preconizados na lei, nem valores recomendados - deverá ser difícil encontrar valores em que este parâmetro se situe abaixo dos 75%.

Segundo o Formulário Galénico Português, cap.3 ponto 3.1, a temperatura nas áreas de pesagem, de preparação e de armazém de medicamentos manipulados e matérias-primas/excipientes compostos, sem indicação para conservação em frigorífico, deverá ser, preferencialmente, de  $21\pm 1^{\circ}\text{C}$  (15 -  $25^{\circ}\text{C}$ ), devendo encontrar-se devidamente controlada e monitorizada. Nestes casos, a humidade relativa nas áreas mencionadas deverá ser, preferencialmente, de  $55\pm 5\%$  (HR), devendo encontrar-se devidamente controlada e monitorizada. Em outras zonas da farmácia, a prática tem evidenciado que é muito difícil manter a humidade de  $55\pm 5\%$  (HR). Assim, o valor aceitável de humidade relativa, em zonas à temperatura ambiente (15 -  $25^{\circ}\text{C}$ ), onde não se processem operações de pesagem ou de armazenamento de substâncias higroscópicas, será de 70 a 75% (HR) - caso do frigorífico - excepto se houver indicações em contrário para um armazenamento específico de substâncias ou produtos (32).

## 2.5.4 Encomendas

### 2.5.4.1 Criar uma encomenda

As encomendas podem ser criadas de forma manual ou automática. A primeira diz respeito à introdução dos medicamentos um a um e o envio para o armazenista através da plataforma *B2B*. Por outro lado, para criar uma encomenda automática é necessário estabelecer *stocks* mínimos e máximos na ficha de cada produto e o *software* informático irá gerá-la automaticamente. Desta forma, é possível realizar encomendas diariamente de acordo com as necessidades e as vendas da farmácia, sem existir rotura de *stocks*.

Além dos tipos de encomenda acima referidos poderá existir a necessidade de realizar uma encomenda instantânea em momentos pontuais ao longo do dia. As encomendas instantâneas realizam-se quando se verifica que não há *stock* de um determinado medicamento durante o atendimento ao utente.

### 2.5.4.2 Ponto da Encomenda

É possível verificar consultando o menu “*Gestão de Encomendas*” entrando no submenu “*Estado da Encomenda*”.

### 2.5.4.3 Receção de uma encomenda

A receção de encomendas é uma tarefa importante no ciclo do medicamento. Pode conduzir a erros de *stock*, prazos de validade mal introduzidos e preços diferentes dos facturados. Os procedimentos a adoptar para evitar que tal se verifique são os seguintes:

1. Recolher a factura que acompanha a encomenda;

2. Confirmar o número de banheiras que constam na factura com o número de banheiras físicas;
3. Recepcionar a encomenda informaticamente lendo através do dispositivo de leitura óptica todos os produtos. À medida que se vão registando os produtos é importante realizar a verificação dos prazos de validade;
4. Após a leitura física dos códigos de barras de todos os produtos que constavam nas caixas, procede-se à conferência de acordo com a factura. Na conferência verificam-se as quantidades facturadas e as recebidas, os preços de venda à farmácia e os Preços de Venda ao Público (PVP);
5. Terminada a receção deve imprimir-se o documento gerado pelo sistema e juntá-lo à factura;
6. Os medicamentos/produtos que não têm PVP previamente marcado, devem ter etiquetas que são impressas no fim da receção da encomenda.

### **2.5.5 Devoluções**

No programa informático, menu “Gestão de Devoluções” deve seleccionar-se o fornecedor de onde é proveniente o produto e inicia-se a criação de uma nota de devolução.

A criação da nota de devolução deve ter a listagem dos produtos a devolver e especificar o motivo da devolução. Os medicamentos podem ser devolvidos por prazo de validade expirado ou a expirar, por terem embalagens danificadas, por terem sido pedidos por engano, por terem sido retirados do mercado e para remarcação do novo preço.

Além do motivo da devolução deve ser colocado o número da factura que deu inicialmente entrada com o produto na farmácia.

Se a devolução for aceite, o valor é creditado. Caso contrário, os produtos são devolvidos novamente à farmácia e serão retirados do *stock* através de “Quebra de *stock*” que representa uma perda em dinheiro.

### **2.5.6 Margens Legais de Comercialização de preços**

As margens são definidas pela legislação em vigor. Mas não só. Apenas os MSRM são responsabilidade do INFARMED que estabelece a sua regulação através de decreto-lei - regulação dos preços dos medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) (14).

Os MNSRM e outros produtos de saúde de venda livre são marcados de acordo com a margem que a farmácia define e tendo em conta o IVA aplicado na compra destes aos fornecedores.

### **2.5.7 Controlo dos Prazos de Validade**

O controlo dos prazos de validade é efectuado através do *Sifarma* que permite gerar uma listagem de produtos a expirar. Esta listagem é conferida manualmente e, após a recolha destes das prateleiras, deverá ser rectificada no sistema informático.

Este controlo foi uma das primeiras tarefas realizada na farmácia que consiste na recolha, para local específico do *BackOffice*, todos os MSRM e outros medicamentos com um prazo de validade igual ou inferior a três meses. A partir desta zona segregada os produtos recolhidos serão devolvidos.

## **2.6 Interacção Farmacêutico-Utente-Medicamento**

### **2.6.1 Aspectos éticos, deontológicos e técnicos**

A ética deve, sempre, sobrepor-se aos interesses pessoais ou comerciais da farmácia. Deve existir uma responsabilidade do farmacêutico para com saúde do utente e promover o acesso ao medicamento com segurança” (14). O sentido de responsabilidade e a competência são as palavras-chave para uma ética de excelência. Segundo a bibliografia, é também uma responsabilidade e dever do farmacêutico a formação técnica e científica contínua de modo a ter conhecimentos sempre actualizados. Desta forma, há uma elevada probabilidade de melhorar e aperfeiçoar a actividade profissional porque a sociedade precisa de um farmacêutico com conhecimento e ética (2)(14). Não obstante, o sigilo profissional, que irá manter-se após o fim da actividade profissional, está previsto pelo código deontológico. Este refere que os farmacêuticos são obrigados ao sigilo relativo a todos os factos que tomem conhecimento aquando do exercício da sua profissão, exceptuando as situações previstas por lei (14).

A disponibilidade, a aproximação e a clareza do discurso são factores determinantes no desempenho da profissão. O utente precisa de nós para ter um uso racional dos medicamentos (2).

### **2.6.2 Farmacovigilância**

A Farmacovigilância trata-se de um conjunto de actividades de detecção, registo e avaliação das reacções adversas, com o objectivo de determinar a incidência, gravidade e nexos de causalidade com os medicamentos, baseadas no estudo sistemático e multidisciplinar dos efeitos dos medicamentos. Esta é uma área de estudo e intervenção que tem como objectivo, final, melhorar a segurança dos medicamentos e por consequência a dos consumidores.

Não existe nenhum método que garanta a totalidade da segurança de um medicamento antes da sua entrada no mercado. Por esta razão, a partir do momento em que determinado medicamento é comercializado, a Farmacovigilância visa monitorizar a segurança dos medicamentos na prática clínica.

O farmacêutico é um profissional de saúde com elevada proximidade com o utente, pelo que ocupa um lugar privilegiado na detecção de Reacções Adversas aos Medicamentos (RAM). Cabe ao farmacêutico o dever de comunicar ao INFARMED reacções adversas graves e inesperadas. A notificação pode ser feita através do preenchimento de fichas disponibilizadas para o efeito ou através de telefone, fax ou email. (Decreto-Lei n.º 51/2014 de 25 de agosto)

Durante o estágio não houve qualquer situação de suspeita de RAM pelo que nenhuma notificação foi efectuada (33).

### **2.6.3 Reencaminhamento de medicamentos fora de uso**

A Valormed é a entidade responsável por dar seguimento aos medicamentos fora de uso entregues na farmácia. Os contentores são recolhidos pelos armazenistas aquando da entrega diária dos medicamentos na farmácia. Devem ser pesados, rubricados pelo responsável do fecho, identificados com o código ANF da farmácia e o comprovativo triplicado da entrega fica em arquivo.

Os medicamentos fora de uso entende-se como os que estão passados da validade ou aqueles que os utentes já não tomam, devem ser entregues na farmácia para não contaminarem o lixo doméstico. Desta forma, evita-se a poluição do solo e da água com os resíduos dos medicamentos. Na farmácia é possível fazer o correto tratamento deles, ao coloca-los em contentores devidamente identificados para o efeito - Valormed®. Segundo a bibliografia, a Valormed® foi criada em 1999 e é uma sociedade sem fins lucrativos que tem a responsabilidade da gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso (16).

## **2.7 Dispensa de Medicamentos**

### **2.7.1 Receção da prescrição e confirmação da sua validade/autenticidade**

É imperativo que as prescrições sejam dispensadas de forma segura, eficiente e sempre acompanhadas de diálogo com o utente. A dispensa de medicamentos é a actividade mais importante do Ato Farmacêutico no que diz respeito à actividade na farmácia comunitária. É importante fazer referência às alterações à prescrição que se têm verificado nos últimos anos. A partir de 2012, foi possível introduzir a prescrição por DCI (17)(21). Entretanto, surgiu um formato inovador de prescrição de medicamentos - receita sem papel (RSP). Pretende-se com a RSP que haja uma desmaterialização do circuito de prescrição, dispensa em farmácia comunitária e conferência de medicamentos. A receita sem papel permite também uma dispensa dos medicamentos consoante as necessidades do utente. Por exemplo, o médico poderá prescrever vários medicamentos e várias unidades por medicamento dando a possibilidade ao utente de comprar de acordo com as suas necessidades ao longo de 30 dias ou 6 meses.

Actualmente existem três modelos de receitas válidas para a dispensa em farmácia comunitária:

Receita em papel - receita manual e a receita electrónica, que correspondem à denominada materialização (impressão da receita resultante da prescrição efectuada por meios electrónicos);

Receita sem papel - a desmaterialização (prescrição por via electrónica, de receita sem papel, acessível e interpretável por meio de equipamento electrónico e que inclui atributos que comprovam a sua autoria e integridade) (18).

A prescrição por via manual é actualmente uma excepção, conforme o artigo 8.º da Portaria n.º224/2015, de 27 de julho. As situações de excepção que devem ser mencionadas na receita pelo médico são as seguintes:

- a) Falência do sistema informático;
- b) Inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respectiva Ordem Profissional;
- c) Prescrição ao domicílio;
- d) Prescrição até um máximo de 40 receitas médicas por mês.

As prescrições electrónicas são fundamentais para aumentar a segurança no ato da dispensa levando a uma minimização dos erros de interpretação e a uma correta dispensa dos medicamentos.

A receita deverá conter a seguinte informação para os casos de receita materializada, manual e electrónica, para ser considerada válida (17)(21).

1. Numeração, com 19 dígitos, apresentados sobre a forma de código de barras;
2. Identificação do médico prescriptor inclui nome clínico, especialidade (quando aplicável), número da cédula profissional e a respectiva assinatura (no caso das receitas sem papel não é aplicável);
3. Local da prescrição;
4. Dados do utente: como o número do SNS, número de beneficiário, entidade responsável pela comparticipação, regime de comparticipação de medicamentos (especial ou geral), entre outros;
5. Número de embalagens: no caso de receita materializada ou por via manual, são possíveis até quatro medicamentos ou produtos de saúde distintos, não podendo, em caso algum, o número total de embalagens prescritas ultrapassar o limite de duas por medicamento ou produto, nem o total de quatro embalagens; Por outro lado, a receita desmaterializada sem papel pode conter produtos de saúde e medicamentos distintos em várias linhas de prescrição, sendo que cada linha de prescrição apenas pode incluir um produto ou um medicamento até um máximo de seis embalagens cada, se se tratar de um medicamento destinado a tratamento prolongado;
6. No caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária<sup>2</sup> podem ser prescritas até 4 embalagens do mesmo medicamento por receita no caso de receita materializada, ou por linha de receita no caso de receita desmaterializada.

#### Justificações técnicas (quando aplicável):

- a) Margem ou índice terapêutico estreito (alínea a): A receita tem que conter a menção “Excepção a) do n.º 3 do art. 6.º”. Esta justificação está limitada à lista de medicamentos definida pelo Infarmed;
- b) Reacção adversa prévia (alínea b): A receita tem de conter a menção “Excepção b) do n.º 3 do art. 6.º - reacção adversa prévia”. Esta alínea apenas se aplica às situações em que tenha havido uma reacção adversa reportada ao Infarmed;
- c) Continuidade de tratamento superior a 28 dias (alínea c): A receita tem de conter a menção “Excepção c) do n.º 3 do art. 6.º - continuidade de tratamento superior a 28 dias”. O médico pode prescrever com indicação da marca ou nome do titular em tratamentos com duração estimada superior a 28 dias;

No caso das excepções a) e b), o utente não pode optar por outro medicamento, enquanto na excepção c) pode exercer esse direito.

A data da prescrição, é obrigatória e é preenchida automaticamente pelo *software*.

#### A receita válida manual requer os seguintes parâmetros:

- Vinheta, data e a assinatura do médico;
- Vinheta do local de prescrição ou carimbo;
- Assinalada a excepção para a prescrição por esta via
- Não conter rasuras (se tiver rasuras o médico deve rubricar)

No que diz respeito ao ato da dispensa, o farmacêutico deve questionar o utente se pretende um medicamento de marca ou um medicamento genérico (caso esteja disponível no mercado) e informar que existem diferentes preços para uma mesma molécula.

Deve existir em *stock* ou ficar disponível nas 12 horas após pedido do utente, os três dos cinco genéricos mais baratos do mesmo grupo homogéneo (19). Estas disposições não substituem o necessário cumprimento da Deliberação n.º021/CD/2011 (20), que prevê, tal como acima referido, um prazo máximo de 12 h para que o medicamento esteja disponível na farmácia.

### **2.7.2 Verificação Farmacêutica (após dispensa)**

A conferência de receituário trata-se de uma tarefa importante em farmácia comunitária mas que, devido à receita sem papel, se aproxima do fim. Contudo, é fundamental verificar se os medicamentos dispensados estão de acordo com o prescrito. No que diz respeito à receita médica sem papel, tal como acima referido, deixa de se verificar a sua necessidade porque fica validada electronicamente no momento da dispensa nos servidores dos serviços partilhados do ministério da saúde (SPMS).

Na verificação das receitas electrónicas e receitas manuais deve verificar-se:

- Assinatura do médico;
- Assinatura do colaborador que dispensou os medicamentos e a respectiva data da dispensa;
- Lote em que a receita foi facturada;

- Carimbo da farmácia;
- Assinatura do utente
- Validade da receita;
- Vinheta do prescriptor
- Vinheta do local de prescrição.

Após esta confirmação, as receitas são separadas pelo organismo de participação e pelo respectivo lote. Cada lote tem até 30 receitas com numeração sequencial que o sistema informático organiza de forma crescente do número 1 até ao número 30. Após a receita 30, dá-se início a um novo lote.

### **2.7.3 Utilização da aplicação informática na dispensa de medicamentos**

A dispensa de medicamentos é realizada a partir do menu “Atendimento” do *Sifarma 2000*. Sem uma aplicação informática seria impossível realizar este ato farmacêutico, não só por questões tecnológicas de validação automática de receitas mas também pela informação que esta ferramenta consegue disponibilizar no momento. Além de ser útil para ajudar na confirmação de posologias e/ou interacções entre medicamentos, por exemplo, permite uma dispensa com menor probabilidade de erro.

### **2.7.4 Regimes de participação**

O SNS é a principal entidade que participa medicamentos. Contudo, é possível encontrar cada vez mais entidades que fazem uma co-participação das receitas. Nomeadamente os seguros de saúde, os serviços sociais da EDP ou da CGD, o sindicato dos bancários, entre outros.

A legislação refere dois tipos de participação de medicamentos - o regime geral e o regime especial. O regime especial de participação está relacionado com situações específicas que abrangem determinadas patologias ou grupos de doentes (17)

Relativamente ao regime geral de participação, o SNS participa uma parte do preço de venda ao público dos medicamentos de acordo com quatro escalões. O escalão A, B, C e D com participações de 90%, 69%, 37% e 15%, respectivamente (17). Existem grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram estes escalões e que estão definidos em Portaria (21).

No que diz respeito ao regime especial para os pensionistas, a participação é acrescida de 5% no escalão A para 95% e é acrescida de 15% nos escalões B para 84%, no escalão C para 52% e no escalão D para 30%. A participação do Estado no preço dos medicamentos para estes pensionistas é também de 95% para um conjunto de escalões, onde os medicamentos com PVP sejam iguais ou inferiores ao 5º preço mais baixo do grupo homogéneo em que estão inseridos (17).

Além dos regimes acima mencionados, existem complementaridades de participação para situações específicas como a doença crónica, doença oncológica, Lúpus, entre outras.

### **2.7.5 Dispensa de Psicotr3picos/Estupefacientes**

Os medicamentos que cont3m subst3ncias activas classificadas como estupefacientes ou psicotr3picos (tabelas I e II do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro) s3o prescritos de forma isolada. Cada receita s3o pode conter o medicamento deste grupo e deve ser identificada com as letras “RE” - receita especial (6)(22)(23).

Quando 3 realizada a dispensa deste grupo especial de medicamentos, a ferramenta inform3tica regista a seguinte informa3o que est3 prevista na legisla3o (17)(23):

- Nome, morada, n3mero cart3o do cidad3o e data de validade;
- Nome e n3mero da c3dula profissional do prescritor;
- Nome, data de nascimento, n3mero do cart3o de cidad3o, data de nascimento e idade do adquirente;
- Nome comercial ou gen3rico, forma farmac3utica, dosagem, dimens3o da embalagem e n3mero de unidades adquiridas.

Caso se trate de uma receita electr3nica ou manual, deve-se obter uma c3pia da receita e anexar o “Documento de Psicotr3pico ou estupefaciente” que o computador emite ap3s a dispensa, e que cont3m os dados acima referidos. 3 obrigat3rio arquivar os documentos 3 anos ordenados por data de dispensa e enviar as c3pias das receitas por e-mail para o Infarmed, I.P at3 ao dia 8 de cada m3s.

Quando a dispensa de psicotr3picos 3 feita atrav3s de uma RSP, os dados registados s3o comunicados aos SPMS.

### **2.7.6 Dispensa de um produto ao abrigo de um protocolo**

O protocolo realizado com as farm3cias e armazenistas prev3 um lucro zero para estes produtos nas suas vendas. Os produtos em quest3o s3o as lancetas, as tiras-teste, as seringas e as agulhas para as canetas de insulina e devem de ser prescritos isoladamente em receitas electr3nicas e manuais. Estas prescri3o3 t3m um organismo espec3fico de factura3o - "DS". Destes produtos, s3o as tiras-teste n3o s3o a custo zero para o utente. Estas t3m uma participa3o de 85% sobre o seu PVP e custam 2,74€. Portanto, as agulhas, seringas e lancetas t3m uma participa3o de 100% por parte do Minist3rio da Sa3de (24).

### **2.7.7 Enquadramento legislativo relativo 3 dispensa de gen3ricos**

Segundo a Portaria n.º 137-A de 2012 a prescri3o deve ser efectuada por DCI da subst3ncia activa, forma farmac3utica, dosagem, apresenta3o e posologia. Esta portaria tem demonstrado ser ben3fica para o utente e para a farm3cia. No que diz respeito ao utente, este tem o direito de optar, dentro do mesmo grupo homog3neo, por um gen3rico mais barato ou pelo medicamento de marca desde que o prescritor n3o bloqueie a receita atrav3s de excep3o3 3 prescri3o por DCI. Quanto 3 farm3cia, a prescri3o por DCI permitiu que a farm3cia reunisse condi3o3 para negociar com um pequeno grupo de laborat3rios, as marcas que pretende vender e desta forma, comprar melhor e obter uma margem bruta superior.

## 2.8 Automedicação

Existe uma grande tendência para o aumento da automedicação. Não só a acessibilidade ao medicamento é maior, como a informação de que dispõe através dos sistemas de informação aumentou consideravelmente. O preço das taxas moderadoras e os hospitais e centros de saúde com elevados tempos de espera leva a que os utentes entendam que a farmácia é, de facto, a porta de entrada no SNS. De acordo com a bibliografia, a automedicação diz respeito à utilização responsável de MNSRM, também chamados de *OTC (over-the-counter)*, sempre que a sua finalidade seja o alívio e tratamento de queixas de saúde consideradas ligeiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde (25).

A profissão farmacêutica é crucial na regulação da utilização responsável, alertando para o uso correto dos medicamentos e para consciencialização da responsabilidade do ato. A automedicação tem os seus riscos associados, tal como os MSRM, os MNSRM podem originar reacções adversas, interacções e mascaram uma eventual doença mais grave. Antes de dispensar é importante que seja feito um pequeno questionário para entender os sintomas e conduzir o utente para uma terapêutica mais adequada (3).

### 2.8.1 Distinção entre MSRM e MNSRM

O Decreto-lei 176/2006, de 30 de agosto, é bem claro na definição de um MSRM e refere que estes:

- “a) Podem constituir um risco para a saúde do doente, directa ou indirectamente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica;
- b) Podem constituir um risco, directo ou indirecto, para a saúde, quando sejam utilizados com frequência em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- c) Podem conter substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja actividade ou reacções adversas seja indispensável aprofundar;
- d) Destinam-se a ser administrados por via parentérica.” (11).

Quanto ao Decreto-lei 128/2013, de 5 de Setembro, nele refere-se que são medicamentos não sujeitos a receita médica os que não preenchem nenhum dos requisitos acima referidos (10).

### 2.8.2 Quadros sintomáticos que exigem cuidados médicos

Por vezes surgem na farmácia situações que requerem referência médica. Destas situações, os seguintes quadros sintomáticos requerem cuidados médicos:

1. Suspeita da necessidade de prescrição de um antibiótico (como é o exemplo de infecções urinárias);
2. Crianças com idade igual ou inferior a dois anos com quadro febril;
3. Detecção da necessidade de revisão da terapêutica instituída (dose, forma farmacêutica, via de administração, etc.);
4. Valores de temperatura corporal iguais ou superiores a 39 °C;

5. Tosse persistente há mais de duas semanas;
6. Fontanela saliente em bebés;
7. Aparecimento de petéquias em crianças;
8. Valores de pressão arterial acima dos valores de referência, que se mantenham por mais de dois dias consecutivos;
9. Valores de pressão arterial alterados e com associação a sintomatologia como dor no peito, derrame ocular, cefaleias, hemorragia nasal ou distúrbios visuais.

## **2.9 Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

### **2.9.1 Produtos de dermocosmética e higiene**

Ao longo do estágio foi possível dispensar outros produtos de saúde, os chamados em farmácia comunitária, de "Produtos de Saúde e Bem-estar".

Na FMT existem várias gamas disponíveis deste tipo de produtos:

- Dermocosmética foi possível ter contacto com várias gamas como a *Vichy®*, *Avène®*, *Uriage®*, *La Roche Posay®*, *Neutrogena®*.
- Higiene oral, como as pastas dentífricas, os fixadores das próteses, os colutórios e escovas de dentes. As gamas *Elgydium®*, *Parodontax®*, *Corega®* são as mais requisitadas ao balcão. Quanto à higiene corporal, a marca *Aveeno®* e a marca *D'aveia®* eram as mais comercializadas.

### **2.9.2 Produtos dietéticos para alimentação especial**

Os produtos dietéticos destinados a uma alimentação especial mais comercializados na FMT são os suplementos hiperproteicos *Fortimel®* e *Resource®*. Estas duas marcas dispõem de uma vasta gama de especificidade. Têm produtos para diabéticos, doentes acamados, doentes oncológicos, entre outros. Devido à sua composição ou a processos especiais de fabrico mostram-se adequados às necessidades nutricionais especiais.

### **2.9.3 Produtos dietéticos infantis**

Estes produtos são direccionados para latentes (crianças com idade inferior a 12 meses) e crianças de pouca idade (26).

Estão incluídos neste leque de produtos: os leites para latentes, as fórmulas de transição, as farinhas e os chás. Os leites para lactentes são direccionados para os primeiros meses de vida, quando a mãe não consegue amamentar. Sabe-se que a decisão de amamentar não é sempre voluntária, pois o leite da mãe, por vezes, pode não chegar para suprimir as necessidades do lactente e aí é crucial a introdução de um leite. É claro que a amamentação traz vantagens tanto para o lactente (ajuda a reforçar o sistema imunitário, a proteger contra as alergias, nomeadamente às da proteína do leite de vaca, e a preparar o intestino para outros alimentos) como para mãe (involução uterina precoce, associada a menos probabilidade de

ter cancro da mama). [34] O Decreto-lei 217/2008, de 11 de Novembro estabelece as normas jurídicas no que diz respeito às fórmulas para lactentes e fórmulas de transição (26).

Na FMT não existe um grande leque de leites, mas existem as seguintes gamas:

- *NAN H.A. da Nestlé®* é o denominado Hipoalergénico que se destina principalmente aos lactentes em risco de desenvolver alergias
- *Novalac AC®* (fórmula anti-cólica);
- *Nidina 1 expert e NAN 1 (Nestlé®)*, indicado para bebés saudáveis, substituindo quando aplicável o leite materno;
- *Nutribén®* continuação 2 (leite de transição);
- Farinhas da gama *Nutribén®*, que inclui as com e sem glúten, láteas (preparadas com água) e não láteas (preparadas com leite). (27)

#### **2.9.4 Fitoterapia e suplementos nutricionais**

Os suplementos alimentares são, cada vez mais, uma escolha dos utentes devido ao aumento da publicidade através dos meios de comunicação. A profissão farmacêutica é fundamental para alertar na dispensa destes suplementos que não substituem um estilo de vida saudável e devem ser utilizados com precaução.

Os suplementos alimentares de eleição para os utentes estão associados à perda de peso e à estimulação cerebral. Os complexos vitamínicos também fazem parte dos mais vendidos.

Quanto aos chás, os que permitem uma regulação intestinal e os que melhoram os sintomas de obstipação são os que mais requisitaram no atendimento.

#### **2.9.5 Medicamentos de Uso Veterinário (MUV)**

O local onde a FMT está situada, trata-se de uma zona rural onde muitos utentes têm animais domésticos e animais de consumo. Portanto, houve um forte contacto com a maior parte dos medicamentos de uso veterinário. Destes, destacam-se os desparasitantes externos com aplicação punctiforme para eliminação de pulgas e carraças e do combate à leishmaniose. As coleiras com desparasitante externo são muito requisitadas e demonstram ser eficazes contra o mosquito da leishmaniose, as pulgas e as carraças.

Quanto aos animais de consumo como as aves e os bovinos, o medicamento mais prescrito pelos veterinários incide no antibiótico *Terramicina®* cujo princípio activo é a oxitetraciclina (13). É importante realizar um questionário ao utente antes de dispensar os produtos de uso veterinário. O tipo de animal, o seu peso, a idade e os sintomas que apresenta.

#### **2.9.6 Dispositivos Médicos**

Os dispositivos médicos são produtos com IVA a 6% que permitem um diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença. Os dispositivos médicos mais vendidos na FMT são as meias de compressão e os testes de gravidez.

A classificação destes é, de acordo com a bibliografia, elaborada de acordo com a vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da concepção técnica e fabrico, como:

- a. Classe I, de baixo risco: sacos colectores de urina, meias de compressão, pulsos e joelheiras elásticas, fraldas, termómetros, medidores de tensão arterial
- b. Classe IIa, de médio/baixo risco: compressas de gaze, adesivos, lancetas e luvas cirúrgicas;
- c. Classe III, de alto risco: pensos com medicamentos impregnados e dispositivos intra-uterinos que não libertem progestagénios (12)(28).

## **2.10 Outros cuidados de Saúde prestados na Farmácia**

### **2.10.1 Determinação da Glicémia**

A medição da glicémia é um serviço gratuito por parte da farmácia. A profissão farmacêutica deve permitir um controlo adequado e próximo dos diabéticos e esta é uma tarefa que foi realizada ao longo do estágio. É necessário ter precaução com as lancetas e utilizar luvas para realizar a determinação da glicémia.

### **2.10.2 Determinação do Colesterol Total**

Apesar de ter um custo para o utente, visto que as tiras de colesterol têm um custo elevado para a farmácia, são muitos os que vêm à FMT verificar os valores do colesterol total. Foi possível realizar a tarefa através de um equipamento *COBAS* que permite obter os valores com elevada precisão e num curto espaço de tempo. Tal como na determinação da glicémia, também a determinação do colesterol total requer o uso de luvas, lancetas e descartar o material com amostras de sangue em recipientes adequados.

### **2.10.3 Medição da Pressão Arterial**

A medição da pressão arterial faz parte do dia-a-dia da FMT. Foi uma das tarefas realizada ao longo do estágio e permitiu reconhecer a importância do farmacêutico no acompanhamento dos utentes hipertensos.

Antes da medição, o utente deve ser avaliado no que diz respeito ao eventual consumo de cafeína nos 30 minutos antes, se fumou ou praticou exercício físico. Deve ainda solicitar-se ao utente que relaxe, no sentido de normalizar os valores de pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica, para que estes se aproximem o mais possível dos valores reais.

## **2.11 Preparação de medicamentos**

As preparações de medicamentos manipulados permitem preencher lacunas deixadas pela indústria e uma personalização da terapêutica através do estabelecimento da composição qualitativa específica de um determinado medicamento. Um dos casos mais comuns verifica-

se no ajuste de doses e individualização da terapêutica, nas áreas da pediatria e dermatologia.

Os manipulados podem ser classificados em Magistrais ou Oficinais, sendo que ambos são preparados na farmácia. O primeiro segue uma receita médica e é destinado a um doente específico. Já o segundo segue as indicações de uma farmacopeia e é dispensado directamente aos utentes, da farmácia em questão.

Ao longo do estágio foi possível realizar um manipulado de ácido bórico e uma pomada para a psoríase (29).

### **2.11.1 Cálculo do preço dos medicamentos manipulados**

Embora com alguns anos desde a publicação da fórmula de cálculo pela portaria nº 769/2004, de 1 de julho, esta tem a seguinte apresentação:

$PVP = (\text{valor dos honorários de preparação} + \text{valor das matérias-primas} + \text{valor dos materiais de embalagem}) \times 1,3 + \text{IVA}$ .

Segundo a bibliografia, o cálculo dos honorários da preparação tem em conta um factor (F) que é actualizado anualmente, tendo em conta a proporção de índice de preços ao consumidor, publicado pelo Índice Nacional de Estatística. Dependem também das formas farmacêuticas do produto e das quantidades preparadas. Os valores referentes às matérias-primas são determinados pelo valor da aquisição multiplicado por um dos factores seguintes, consoante a maior das unidades em que forem utilizadas ou dispensadas:

- a) Quilograma: 1,3;
- b) Hectograma: 1,6;
- c) Decagrama: 1,9;
- d) Grama: 2,2;
- e) Decigrama: 2,5;
- f) Centigramas: 2,8.

No que diz respeito aos valores referentes dos materiais de embalagem, estes são determinados pelo valor da aquisição multiplicado tendo como factor de multiplicação - 1,20.

## **2.12 Contabilidade e gestão**

No último dia de cada mês, após o fecho da farmácia ao público realiza-se o chamado “fecho do mês”. Este processo está cada vez mais simplificado por via da introdução da RSP e também devido ao facto de o envio das facturas aos organismos serem enviadas em suporte digital. A desmaterialização do papel é, efectivamente, uma mais-valia nos procedimentos em farmácia comunitária. Contudo, são ainda realizados os seguintes procedimentos (30):

- Fecho do ciclo de receituário de todas as entidades com valorização no mês;
- Envio das facturas por suporte digital após o fecho do ciclo de receituário;
- Enviar os lotes das receitas electrónicas e manuais facturados ao SNS com os respectivos verbetes por correio para o centro de conferências de facturas. Os

lotes das mesmas receitas, mas que sejam facturados a outras entidades, seguem por correio para a ANF.

As receitas que contenham irregularidades poderão ser devolvidas à farmácia para que possam ser corrigidas novamente e submetidas no ciclo de facturação em curso. Deve ser emitida uma nota de crédito com o valor em questão e juntar-se aos documentos do final de mês.

### **2.12.1 Caracterização de documentos contabilísticos relevantes**

Os documentos contabilísticos que fazem parte do dia-a-dia da farmácia são as facturas, as notas de crédito, as guias de remessa e as notas de devolução. Estes documentos são de elevada relevância na gestão contabilística e financeira.

As facturas são documentos que contêm a designação do produto, o preço e a taxa de IVA. Acompanham as encomendas compradas pela farmácia aos fornecedores. Por outro lado, uma nota de crédito é um documento emitido, por exemplo, após uma devolução para o armazenista que é aceite. O valor é creditado em conta corrente da farmácia. As notas de devolução são fundamentais para obter a nota de crédito. Trata-se de documento que acompanha a devolução justificada dos produtos aos fornecedores.

No que diz respeito à guia de remessa, trata-se de um documento que chega à farmácia a partir do fornecedor, acompanhando uma encomenda não facturada. Do ponto de vista fiscal, é obrigatório comunicar à autoridade tributária (AT) a movimentação de *stock* de um local A para um local B. Esta movimentação é realizada através de uma guia de remessa que contém o número de unidades, a designação dos produtos, a data da transacção, o preço dos produtos e o código de comunicação à AT.

### **2.12.2 Mecanismos fiscais**

Os mecanismos fiscais são da responsabilidade da DT em colaboração com um gestor independente.

## **2.13 Outras atividades desenvolvidas**

Foram realizadas formações de podologia e dispositivos médicos (meias de compressão).

## **2.14 Conclusão**

O estágio curricular foi fundamental para conhecer a importância da farmácia comunitária junto da sociedade. O contacto real com o trabalho ao longo dos cerca de 6 meses complementa de forma positiva o período curricular.

Foi possível perceber também que nos dias de hoje, a farmácia já não representa apenas um local de dispensa de medicamentos, mas sim, um meio de promoção da saúde onde o utente tem ao seu dispor um conjunto de serviços de elevada qualidade.

Em suma, referir que o utente está cada vez mais exigente e, como tal, a farmácia comunitária requer profissionais de saúde plenamente habilitados e cada vez mais preparados para responder às diferentes necessidades do utente.

## 2.15 Bibliografia

1. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto
2. Santos, H. J., et al.. - Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3ª Ed. Conselho Nacional da Qualidade, Ordem dos Farmacêuticos, Junho de 2009.
3. Portaria nº827/2005 de 14 de Setembro
4. Deliberação nº1502/2014, de 3 de julho
5. Deliberação nº78/CD/2014
6. Decreto-Lei n.º 15/93 de 22 de Janeiro
7. Deliberação n.º 1500/2004, 7 de Dezembro
8. Deliberação n.º 2473/2007, de 28 de Novembro
9. Código Deontológico dos Farmacêuticos
10. Decreto-lei 128/2013, de 5 de Setembro
11. Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto
12. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED). Dispositivos Médicos. [cited 2016 23-05-2016]; Available from: [http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS\\_MEDICOS](http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS).
13. Decreto-Lei n.º 314/2009 de 28 de Outubro
14. Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro
15. Código Deontológico dos Farmacêuticos
16. VALORMED. Quem Somos. <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/5>. [visitado 26-08-2017]
17. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde [http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas\\_Dispensa\\_20151029.pdf/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790](http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispensa_20151029.pdf/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790) [visitado 26-08-2017]
18. Portaria 224/2015, de 27 de julho
19. Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de maio
20. Deliberação nº021/CD/2011
21. Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de Junho
22. Portaria n.º 981/98, de 8 de Junho
23. Decreto Regulamentar n.º 28/2009, de 12 de Outubro
24. Portaria n.º 222/2014, de 4 de Novembro
25. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED). Saiba mais sobre Automedicação, Novembro de 2010 [http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Lista\\_de\\_situacoes.pdf/5b4d00e7-1496-4a9c-841f-0c53d7464adb](http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Lista_de_situacoes.pdf/5b4d00e7-1496-4a9c-841f-0c53d7464adb) [visitado 26-08-2017]
26. Decreto-lei 217/2008, de 11 de Novembro

27. Comité Português para a UNICEF. Manual de Aleitamento Materno.  
[http://www.unicef.pt/docs/manual\\_aleitamento.pdf](http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento.pdf). [visitado 26-08-2017]
28. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho
29. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril
30. Ofício circular n.º 1991/2013 da ANF
31. Deliberação n.º 1857/2013, de 15 de Outubro de 2013
32. Formulário Galénico Português
33. Decreto-Lei n.º 51/2014 de 25 de agosto