

ALTERNATIVAS DE PADRÕES ORGANIZACIONAIS EM SAÚDE MENTAL NUMA PERSPECTIVA DE EFICIÊNCIA ECONÓMICA (*)

*Carlos Barros (**)*

*Carlos Gouveia Pinto (**)*

*Nuno Afonso Ribeiro (***)*

1 — Introdução

Qualquer estudo que pretenda fundamentar uma decisão sobre a adopção de um novo padrão organizacional terá de abordar duas questões principais: a necessidade de reformas institucionais e os respectivos custos.

Quanto à primeira, nela se incluem não só o enquadramento e definição formal das novas organizações, mas também a malha das funções e relações entre os agentes e entre estes e o exterior.

Este aspecto articula-se directamente com o cálculo de custos. Uma vez que a alteração envolve efeitos externos, os custos — oportunidade a determinar — deverão ter em conta os reflexos sociais da decisão.

Assim, só a ponderação de todas as dimensões das alternativas possibilita a solução óptima, quer através da maximização do *output* dadas as restrições dos factores, quer a obtenção de um custo mínimo associado ao nível de produção.

A aplicação destes princípios ao sector de cuidados de saúde é extremamente difícil. Por um lado, pressupõe dadas as condições de procura e oferta (designadamente a tecnologia) e, por outro, pressupõe que os custos de transição de um modelo para outro podem ser conhecidos inteiramente (informação perfeita). Ora, os aspectos qualitativos inerentes à produção do sector impedem que o seu *output* seja rigorosamente mensurável. Para além disso, condições específicas de articulação de procura e oferta e, em geral, problemas de acesso e codificação da informação impedem que a análise seja rigorosa.

As dificuldades são muito maiores quando se aborda, nesta perspectiva, o subsector de cuidados de saúde mental. De facto, se pensarmos que o objectivo é obter um preço-sombra associado à utilização dos recursos disponíveis

(*) Uma primeira versão deste texto foi apresentada como comunicação às V^{as} Jornadas de Economia da Saúde (Portugal e Espanha) realizadas no LNEC, Lisboa, de 15 a 17 de Maio de 1985.

(**) Assistente do ISE.

(***) Coordenador de planeamento de saúde mental, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

neste subsector *em contraposição* ao seu emprego noutro sector qualquer da economia (avaliação económica), imediatamente se torna evidente o gigantismo da tarefa.

No entanto, pensamos que a decisão não deve ser arbitrária, apoiada meramente em juízos normativos.

Foi isso que nos levou a realizar este estudo, que, sendo introdutório, permitirá, esperamos, alertar para as dificuldades metodológicas e práticas da abordagem, mesmo se a limitarmos apenas aos aspectos financeiros.

No ponto seguinte apresentamos um breve diagnóstico da situação do subsector de cuidados de saúde mental em Portugal, tomando como referência as recomendações dos organismos internacionais.

No ponto 3, simulámos, para 1990, os custos associados às duas alternativas em presença: modelo institucionalizado (hospitalo-cêntrico) v. modelo desinstitucionalizado (baseado em centros de saúde mental). Na ausência de experiências-piloto, analisamos duas situações limites: a manutenção do *status quo* v. a criação na área de cobertura do Hospital de Miguel Bombarda dos cinco centros de saúde mental previstos na proposta do DEPS para a mesma área ⁽¹⁾.

Por último, formulamos algumas conclusões.

2 — Diagnóstico da situação

O diagnóstico genérico das características e tendências do subsistema psiquiátrico português e dos principais aspectos do sector privado foi feito em 1984 durante o processo de preparação da Conferência Europeia dos Ministros da Saúde no âmbito do Conselho da Europa (que teve lugar em Estocolmo de 15 a 17 de Abril de 1985) ⁽²⁾.

Em termos gerais, e como acontece em muitos países, podemos dizer que o subsector de cuidados de saúde mental não é encarado como prioritário. Assim, a percentagem dos gastos do subsector não só é ínfima como, nos últimos anos, tem vindo a decrescer — de 4,45 % dos gastos totais em saúde em 1978 passaram para 3,16 % (v. gráfico n.º 1). Também a parte do PID-DAC da saúde atribuída à saúde mental tem vindo a decrescer — atingiu 5,7 % em 1984 contra 12,7 % em 1980, prevendo-se que, em 1985, se situe em 4,6 %! Aliás Portugal deve ser o país da Europa que, em proporção, menos gasta na provisão de serviços de saúde mental (v. quadro n.º 1, em anexo).

Por sua vez, a análise da estrutura dos gastos em saúde mental (gráfico n.º 2) mostra que estes são devidos, fundamentalmente, aos custos de funcionamento dos seis hospitais psiquiátricos centrais. De facto, a percentagem

⁽¹⁾ V. RIBEIRO, N. A., *et al.* (1983).

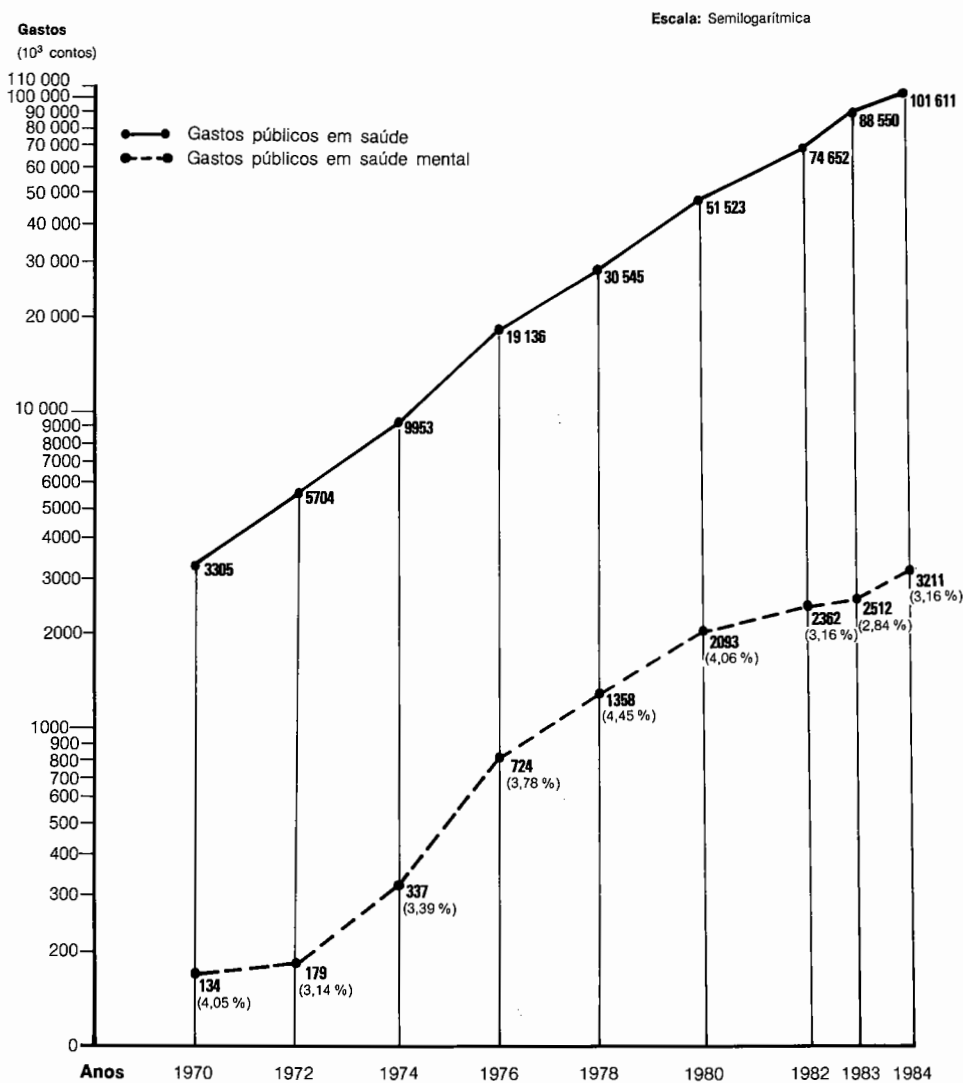
⁽²⁾ V. CONSEIL DE L'EUROPE (1985).

dos gastos em hospitais em relação ao total atinge o máximo em 1976 — 85,6 % — para, em 1984, se fixar em 66 %. Esta situação traduz claramente a concentração geográfica e o hospitalo-centrismo funcional dos serviços psiquiátricos estatais, com as inevitáveis consequências na prestação de cuidados-reforço do processo de institucionalização dos doentes mentais.

GRÁFICO N.º 1

Gastos públicos em saúde mental

(Totais e percentagens)

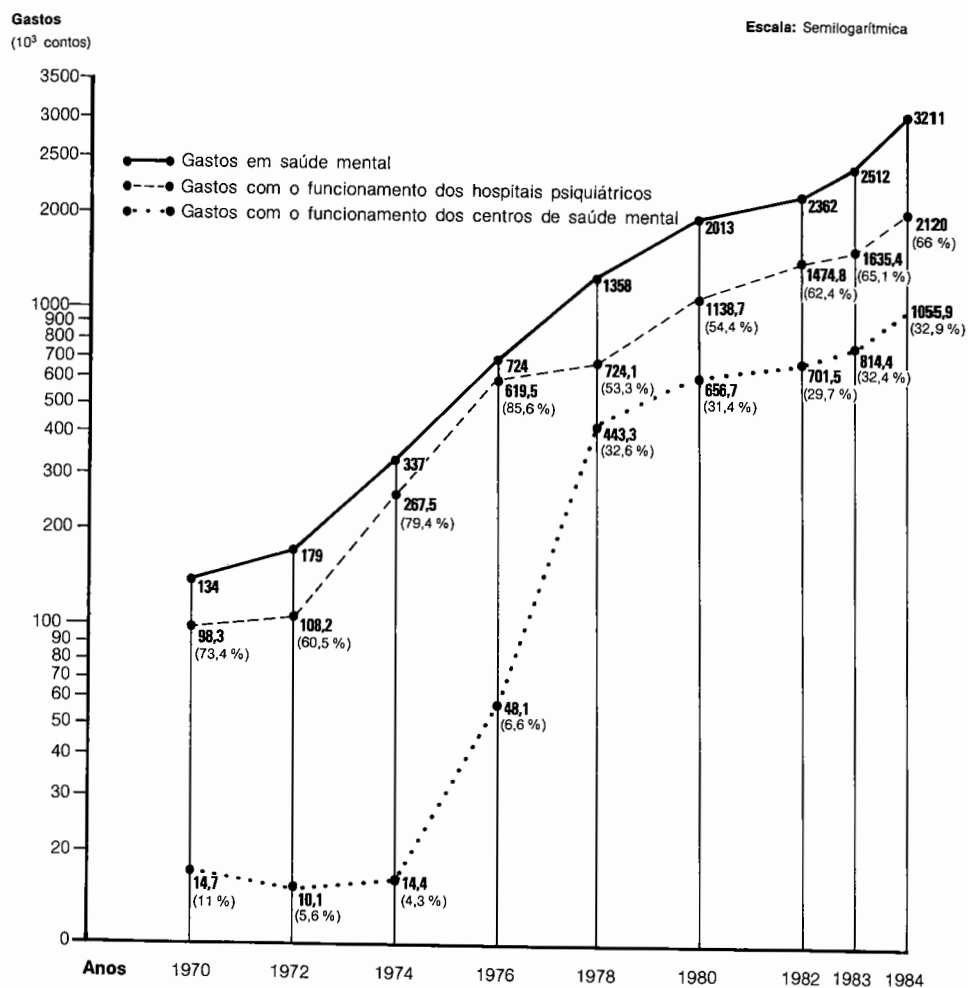


Fontes: GAPS; DGFSS.

GRÁFICO N.º 2

Gastos públicos em saúde mental correlacionados com os gastos com o funcionamento dos hospitais psiquiátricos e centros de saúde mental

(Totais e percentagens)



Fontes: Ver gráfico n.º 1.

Complementarmente verificamos que os gastos com os chamados centros de saúde mental têm uma acentuada subida percentual entre 1976 e 1978, para se fixarem em 32,9 % em 1984.

Esta evolução favorável dos gastos em centros de saúde mental corresponde à cobertura de todos os distritos do País por este tipo de organizações.

Se verificarmos, no entanto, que muitos deles foram criados, no que respeita aos recursos materiais, a partir de onze ex-albergues de mendicidade, transferidos naquele período para o então Instituto de Assistência Psiquiátrica, e que a sua reconversão em unidades de internamento para doentes agudos e de evolução prolongada tem tido altos custos de investimento, concluímos que o panorama não é tão animador como à primeira vista poderia parecer.

Esta política de utilização daqueles recursos materiais veio reforçar o processo de institucionalização dos doentes mentais em estruturas, afinal, reprodutivas dos hospitais psiquiátricos.

Este salto de 200 anos para trás no registo social da doença mental foi acompanhado pela falência da política de criação de unidades de internamento psiquiátrico nos hospitais gerais distritais.

A exiguidade dos investimentos no desenvolvimento de recursos humanos em saúde mental (quer em qualidade, quer em quantidade) e nas infra-estruturas materiais já descritas, foram também condicionantes que não permitiram que a maior parte dos chamados centros de saúde mental se pudessem orientar para o modelo orgânico-funcional delineado na Lei n.º 2118, de 1963, e agora bem definido nas actuais propostas de criação de centros de saúde mental para as áreas metropolitanas ⁽³⁾.

A situação criada assenta, institucionalmente, numa estrutura polar do sistema de saúde que tem subjacente uma concepção vertical e centralizadora da gestão dos serviços. Daí se torne actualmente difícil apresentar uma proposta de alteração do padrão organizacional de qualquer dos seus subsistemas que não se baseie na dicotomia cuidados primários/cuidados diferenciados.

Ora, esta situação é totalmente contraditória com os princípios expressos na declaração da Conferência Europeia dos Ministros da Saúde sobre o «Futuro da Saúde Mental» ⁽⁴⁾. Aí se diz designadamente que «um dos objectivos da política de saúde mental (que deve ser globalizante, coordenada e coerente) é o da promoção da saúde mental baseando-se nos recursos disponíveis da comunidade e no seu desenvolvimento com vista a implementar a integração, estimulando todas as potencialidades de cada indivíduo e melhorando a aceitação da doença mental e solidariedade para com os pacientes» ⁽⁵⁾.

Mas a implementação de uma estrutura de serviços que respeite estas recomendações tem custos financeiros sobretudo de investimento (em infra-estruturas e em pessoal, designadamente na sua formação). Dada a prevalência da política de contenção de gastos orçamentais, é necessária pelo menos uma estimativa dos custos associados a cada uma das alternativas. É isso que fazemos no ponto seguinte.

⁽³⁾ V. RIBEIRO, *et al.* (1983), *op. cit.*

⁽⁴⁾ V. CONSEIL DE L'EUROPE (1985).

⁽⁵⁾ V. também OMS (1984).

3 — Previsão de custos

A afectação de recursos no sistema de saúde mental reflecte duas condicionante principais:

- a) Pelo lado da *procura*, a relação de «agência incompleta» (FELDSTEIN, 1974) entre doente e médico é, na maior parte dos casos, mediatizada pela família do doente;
- b) Pelo lado da *oferta*, o estigma social que impende sobre os doentes mentais tem levado à sua marginalização em instituições hospitalares suportadas directa ou indirectamente pelo Estado.

A consciência destes factores tem prejudicado a implementação de estudos económicos sobre este problema, levando os autores a encarar com algumas reservas (e mesmo a negar) a possibilidade de aplicação dos instrumentos da teoria microeconómica de forma a tornar mais racional a decisão.

No entanto, a situação generalizada de crise económica, e, particularmente em Portugal, a consequente necessidade de restringir fortemente os gastos públicos, exige cada vez mais que as decisões sobre utilizações alternativas de recursos se baseiem em elementos que permitam avaliar a evidência económico-social dos projectos implementáveis.

As técnicas custo-benefício e custo-eficiência ⁽⁶⁾ permitem tomar decisões em termos de eficiência económico-social quando o mercado não existe ou é irrelevante num contexto de restrições de recursos. São consideradas particularmente adequadas ao estudo dos problemas que envolvem custos e benefícios intangíveis, difíceis de quantificar mas importantes para a decisão.

Destas técnicas, apenas a análise custo-benefício permite justificar opções de política quanto à afectação de recursos. A dificuldade de, na área da saúde e especialmente na da saúde mental, quantificar os benefícios associados a cada um dos usos alternativos, tem levado a que os autores prefiram apoiar-se na análise custo-eficiência associando-lhe uma avaliação médica qualitativa ⁽⁷⁾.

A aplicação desta metodologia à selecção de um padrão organizacional para o sector de cuidados de saúde mental apresenta duas dificuldades adicionais. Primeiramente, se não houver possibilidade de implementar experiências-piloto, a avaliação da eficiência será sempre feita com base em comparações internacionais, o que implica tomar como referência aspectos institucionais diversos.

Em segundo lugar, a avaliação (sobretudo numa área tão sensível como a saúde mental), se não for apoiada em estudos epidemiológicos e em dados

⁽⁶⁾ Para definição rigorosa destes conceitos, v. OMS (1976), especialmente pp. 31 e segs.

⁽⁷⁾ V. OMS (1976), *op. cit.*, e CAMPOS (1985). As dificuldades associadas à implementação da análise custo-benefício no sector de cuidados de saúde mental são também discutidas em OMS (1983), embora numa perspectiva optimista.

diferenciados de utilização dos recursos (*psychiatric case register*), torna-se imprecisa e, portanto, criticável.

Foi este conjunto de considerações, conjugadas com a escassez e inadequação da informação estatística sobre o sector em Portugal, que nos levaram a considerar que a única forma exequível de justificar uma decisão quanto a este problema seria a de, para além dos princípios normativos gerais expressos pelos especialistas (designadamente a nível das organizações internacionais), apresentar uma estimativa dos custos associados às alternativas em presença: modelo institucionalizado (hospitalo-cêntrico) v. modelo desinstitucionalizado (baseado nos centros de saúde mental).

No sentido de contribuir para avaliar estes custos escolheu-se como referência para o padrão organizacional institucionalizado o Hospital de Miguel Bombarda (por possuir contabilidade analítica publicada) e simularam-se os custos de implementação dos centros de saúde mental de Lisboa/Oeiras, Barreiro/Montijo, Lisboa/1.º Bairro, Almada/Sesimbra e Cascais/Sintra Ocidental (por as suas áreas de cobertura combinadas coincidirem praticamente com a actual área de cobertura daquele Hospital) ⁽⁸⁾. Quer num caso quer noutro apenas se consideraram custos financeiros (a preços constantes) que foram extrapolados para 1990.

3.1 — 1.º cenário: manutenção da estrutura actual

Neste cenário, assume-se a hipótese de que os centros de saúde mental não serão criados, continuando o Hospital de Miguel Bombarda a acolher os doentes mentais da sua área de cobertura. Para que os cenários sejam compatíveis, supomos que essa área coincide com as dos centros de saúde mental já referenciados.

Com base na estimativa de RIBEIRO *et al.* (1983), a população residente na área em 1990 será de 1 293 700 indivíduos, o que, comparado com os dados do Censo de 1981, indica que a taxa de crescimento da população nesta região será de 4,2 %. Se considerarmos que a estrutura da procura de serviços do Hospital se mantém constante, aumentando apenas a sua utilização devido ao crescimento demográfico, teremos que, em 1990, a procura será de 2001 internamentos, 4138 urgências e 10 522 consultas ⁽⁹⁾.

No que respeita às despesas totais do Hospital de Miguel Bombarda, supõe-se que estas crescem na proporção do aumento dos preços, ou seja, que a taxa média real será de 0 % no período de 1984 a 1990.

⁽⁸⁾ Em relação à actual área de cobertura do Hospital de Miguel Bombarda fica de fora apenas o centro de saúde mental de Amadora/Sintra Oriental. Este não foi considerado por, na proposta do plano apresentado pelo DEPS, se advogar a sua ligação ao Hospital de Júlio de Matos. V. RIBEIRO, *et al.* (1983).

⁽⁹⁾ Estes valores foram obtidos a partir do número médio de consultas, urgências e internamentos nos anos de 1980 a 1982. V. relatório da administração do Hospital de Miguel Bombarda.

Uma vez que não dispomos da conta de exploração do Hospital de Miguel Bombarda em 1984, actualizámos os elementos constantes dos relatórios do conselho de administração do Hospital de Miguel Bombarda para 1980 ⁽¹⁰⁾.

Conta de despesas do Hospital de Miguel Bombarda

(Unidade: 10³ contos)

Rubricas	Anos		
	1980	1984	1990 (a preços de 1984)
Pessoal	126,5	236	236
Armazéns	42,3	101,6	101,6
Encargos de gestão	6,6	15,9	15,9
Investimento	8,9	20,7	20,7
<i>Total</i>	184,3	374,2 ⁽¹¹⁾	374,2

Fonte: Relatório da administração do Hospital de Miguel Bombarda 1978-1980.

Se considerarmos que o custo de exploração para 1990 se reparte pelas modalidades de prestação de serviços segundo a proporção verificada em 1980 ⁽¹²⁾, temos que os custos por serviço em 1990 serão (em 10³ contos):

Internamentos	311
Urgências	24
Consultas	15
Outros custos	24,2

⁽¹⁰⁾ Para actualizar as rubricas da conta de despesas, utilizou-se a taxa de actualização da massa salarial da função pública para a primeira rubrica, o IPC para as duas rubricas seguintes e o índice de preços implícito na FBCF para o investimento (iguais a 1,1867, 2,4032 e 2,3217, respectivamente, entre 1980 e 1984). As fontes utilizadas foram as publicações do INE, os relatórios do Banco de Portugal e a «Situação Sócio-Económica Nacional» (IACEP, Out. 1984). Não utilizámos como base os dados do relatório para 1982 por, no mesmo, não serem ventilados os custos por tipo de serviço prestado.

⁽¹¹⁾ Apesar de as hipóteses em que nos baseámos poderem ser consideradas «fortes» face às intenções de contenção dos gastos públicos anunciadas por todos os governos desde 1981, verificamos que este valor se encontra subavaliado. No relatório e contas do Serviço Nacional de Saúde referente a 1984 recentemente publicado (DGFSS, 1985) é apresentada a verba de 384,2 milhares de contos como correspondendo às despesas efectuadas pelo Hospital de Miguel Bombarda naquele ano. E isto apesar de, como se demonstra no nosso relatório, ser o Hospital de Miguel Bombarda o que apresenta um custo de diária mais baixo...

⁽¹²⁾ A distribuição do custo total por modalidade de prestação de serviços em 1980 era a seguinte:

	Porcentagem
Internamentos	83,1
Urgências	6,4
Consultas	4
Outros custos	6,5

Tivemos de introduzir uma rubrica residual («Outros custos») porque, pela análise do relatório da administração do Hospital de Miguel Bombarda, não é clara a parte destas verbas imputáveis a cada um dos serviços.

Por sua vez, os custos em 1990 a preços de 1984 serão (em contos):

Por doente internado	155,4
Por urgência	5,79
Por consulta	1,43

3.2 — 2.º cenário: custos de funcionamento de uma nova estrutura baseada em centros de saúde mental

Neste cenário consideramos que os centros de saúde mental serão implementados de forma a assegurar, descentralizadamente, serviços de consultas, urgências e internamentos e outras modalidades diferenciadas de prestação de cuidados específicos na sua área de influência.

O Hospital de Miguel Bombarda transformar-se-á no centro de saúde mental de Lisboa/1.º Bairro ⁽¹³⁾.

A procura de serviços para cada centro foi determinada com base em duas metodologias alternativas (v. quadros n.ºs 3 e 4, em anexo).

Como o padrão de procura que envolve taxas de internamento mais baixas implica uma maior eficiência do ambulatório e da prevenção (cuidados primários) e como não pensamos que, mesmo a um prazo de cinco anos (a não ser que o esforço material e humano seja muito grande), os comportamentos dos agentes se alterem radicalmente, adoptámos a estimativa mais pessimista (permanência dos comportamentos) embora admitamos que, a ser implementada a nossa proposta, a realidade venha a situar-se entre os dois extremos.

Assim, teremos:

Procura previsional dos serviços dos centros de saúde mental em 1990

Serviços	Centros				
	Lisboa/1.º Bairro (HMB)	Cascais/Sintra	Lisboa/Oeiras	Almada/Sesimbra	Barreiro/Montijo
Consultas	3 796	3 643	3 719	4 185	3 553
Urgências	152	146	141	168	142
Internamentos	164	158	161	181	154

Dada a inexistência de experiências-piloto, o cálculo dos custos revela-se um tanto delicado. Baseámo-nos, em primeiro lugar, na existência de estimativas de custos (a preços de 1984) para os centros de saúde mental de Lisboa/1.º Bairro, Lisboa/Oeiras e Barreiro/Montijo elaboradas na Direcção-Geral de Cuidados de Saúde Primários ⁽¹⁴⁾. Retivemos destas estimativas as despe-

⁽¹³⁾ A criação deste centro de saúde mental já está prevista bem como o de Barreiro/Montijo (a ser instalado junto do Hospital Distrital do Barreiro) e o de Lisboa/Oeiras (a funcionar no antigo Sanatório da Ajuda).

⁽¹⁴⁾ Foi por isso que projectámos as despesas do Hospital de Miguel Bombarda para 1990 a preços de 1984 (v. 1.º cenário).

sas com pessoal que supusemos (coerentemente com o 1.º cenário) manterem-se, em termos reais, constantes no período de 1984-1990. Seguidamente (e sempre apenas para estes três centros), tomando como base a estrutura de despesas dos centros de saúde mental no período de 1970-1978 (v. quadro n.º 2, em anexo), estimámos os consumos correntes em 25 % dos gastos totais de cada centro em 1984 e estipulámos igualmente que a taxa média real de crescimento destes valores seria nula.

Os investimentos foram fixados atendendo às particularidades inerentes à instalação dos diferentes centros. Dado que seria necessário avultados investimentos de beneficiação para instalar o centro de saúde mental de Lisboa/Oeiras, atribui-se ao centro uma verba de 30 000 contos em 1984. Estimou-se que o investimento necessário para o arranque constituiria 31 % do gasto total para o centro de saúde mental do Barreiro/Montijo e 21 % para o de Lisboa/1.º Bairro. Após o primeiro ano o investimento constituirá 5 % do total da despesa com qualquer dos centros.

As contas de despesa dos três centros acima mencionados em 1990 (a preços de 1984) seriam as seguintes:

(Unidade: 10³ contos)

Rubricas	Centros		
	Lisboa/1.º Bairro	Lisboa/Oeiras	Barreiro/Montijo
Pessoal	38,2	45,0	36,2
Consumos	17,7	21,7	20,6
Investimentos	2,9	3,5	3
<i>Total</i>	58,8	70,2	59,8

As despesas totais dos centros de saúde mental de Almada/Sesimbra e Cascais/Sintra Ocidental foram obtidas a partir das estimadas para os outros centros ponderadas pela população que se prevê residir nas respectivas áreas de cobertura em 1990 (v. quadro n.º 3, em anexo).

Considerando que os custos de exploração dos centros de saúde mental se distribuirão pelos diversos tipos de serviços de acordo com a proporção verificada no Hospital de Miguel Bombarda em 1980 (v. 1.º cenário), a estrutura de custos dos centros de saúde mental será:

(Unidade: 10³ contos)

Serviços	Centros				
	Lisboa/1.º Bairro	Cascais/Sintra	Lisboa/Oeiras	Almada/Sesimbra	Barreiro/Montijo
Consultas	1,5	1,7	1,8	1,8	1,5
Urgências	3,8	4,5	4,6	4,6	3,9
Internamentos	48,8	57,2	58,2	58,4	49,6
Outros custos	4,7	5,5	5,6	5,6	4,8
<i>Total</i>	58,8	68,9	70,2	70,4	59,8

Uma conclusão se pode já tirar. Em termos globais este cenário implica menores gastos *reais* do que o anterior (328 100 contos contra 374 200 contos) ⁽¹⁵⁾. Os 46 100 contos contribuiriam para financiar a prestação de cuidados específicos diferenciados que possibilitariam diminuir o peso dos internamentos (de longe o serviço mais caro prestado), com a consequente diminuição de custos a longo prazo.

Mas vejamos os custos unitários:

(Em contos)

Serviços	Centros				
	Lisboa/1.º Bairro	Cascais/Sintra	Lisboa/Oeiras	Almada/Sesimbra	Barreiro/Montijo
Consultas	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4
Urgências	25,2	30,7	32,4	27,2	27,4
Internamentos	297,7	361,9	361,8	322,8	322

A estrutura dos custos unitários reflecte as hipóteses que assumimos ao longo do trabalho. De facto, ao estipularmos para os centros de saúde mental a repartição dos custos por serviços observados no Hospital de Miguel Bombarda em 1980 e ao supormos que o padrão de procura de serviços seria o mesmo que o verificado para a área metropolitana de Lisboa em 1981, admitimos um comportamento *ceteris paribus* nos dois cenários.

A descentralização e a consequente modificação dos hospitais psiquiátricos permitirá, segundo cremos, não só ir ao encontro das necessidades das populações residentes nas áreas de cobertura dos centros de saúde mental, como disciplinar a oferta, tornando os custos unitários mais baixos (sobretudo através da diminuição dos internamentos) a médio e longo prazos.

4 — Conclusões

O subsistema de saúde mental em Portugal não só tem sido marginalizado pelos órgãos de decisão como também as opções que têm vindo a ser tomadas tendem a perpetuar as estruturas tradicionais em que assenta — os hospitais psiquiátricos. Mesmo os «centros de saúde mental» criados em 1978 (a maior parte deles aproveitando instalações de albergues de mendicidade, o que é, pelo menos, simbólico da mentalidade que presidiu à sua criação. . .) tendem a funcionar à imagem e semelhança daquelas instituições.

Ora, as recomendações quer do Conselho da Europa quer da Organização Mundial de Saúde apontam exactamente na direcção oposta: atribuição

⁽¹⁵⁾ Na realidade (v. nota 11), o diferencial seria de 56 100 contos, o que reforça a nossa argumentação.

de prioridade à promoção de saúde mental implementando uma rede compreensiva de serviços abertos à comunidade onde se inserem. Os princípios actualmente defendidos vão também no sentido de articular/integrar eficazmente o subsistema de saúde mental com os restantes subsistemas de saúde (cuidados primários em saúde mental) nos três níveis de prevenção — primário, secundário e terciário —, dando especial ênfase à reintegração social do doente.

A avaliação económica da adopção desta orientação exige a ultrapassagem de importantes dificuldades metodológicas e deficiências de informação. Para além disso, a dicotomia criada em Portugal entre cuidados primários e diferenciados introduziu um constrangimento quanto à exequibilidade das propostas de reforma do subsistema da saúde mental.

No entanto, e porque esta solução, embora exigindo um certo esforço inicial, sobretudo de investimento, pode proporcionar inegáveis vantagens económicas e sociais a médio e longo prazos, julgamos que se deverá desde já optar pela alteração do padrão organizacional existente no sentido da desinstitucionalização do subsistema.

As propostas feitas para as áreas metropolitanas — centros de saúde mental — apenas esperam que da conjugação de várias variáveis:

- 1) Formulação de uma política de saúde mental;
- 2) Fontes de financiamento;
- 3) Processo de gestão (racional, sem descontinuidades),

se desencadeie o processo da sua implementação.

Isto implica que sejam privilegiadas as áreas de ⁽¹⁶⁾:

- 1) Formação de pessoal;
- 2) Desenvolvimento dos serviços comunitários;
- 3) Reabilitação.

⁽¹⁶⁾ V. a proposta de reforma dos serviços de saúde mental para a Grécia, em Commission of the European Communities (1984), designadamente os custos da sua implementação (p. 71).

ANEXO

QUADRO N.º 1

Comparação internacional

Parte dos gastos em saúde mental nos gastos totais em saúde

Pais	Ano de referência	Em percentagem
Suécia (*)	1975	21
Irlanda	1979	13,3
Reino Unido	1977/1978	9,5
Noruega	1976	10,7
	1978	9
Estados Unidos (*)	1975	8
Portugal (**)	1983	2,84

(*) Conseil de L'Europe, Conférence des Ministres Européens de la Santé — L'Avenir de la Santé Mentale — Premier rapport — Promotion de La Santé Mentale, Estocolmo, 16-18 de Abril de 1985.

(**) GAPS.

Nota. — Os gastos em saúde mental em Portugal em 1983 por nós considerados não incluem as transferências para o sector privado nem os SMS.

Fonte: OMS, Regional Meeting of National Mental Advisers, Bielfield, 26-30 de Novembro de 1979.

QUADRO N.º 2

Estrutura de custos dos hospitais psiquiátricos e centros de saúde mental

(Em percentagem)

Anos	Itens organ.	Pessoal	Consumo	Investimentos	Total
1970	HEP	56,1	42,4	1,5	100
	CSM	55,8	42,9	1,3	100
1972	HEP	67,4	32	0,6	100
	CSM	52	19,1	28,9	100
1974	HEP	67,7	30,8	1,5	100
	CSM	73,9	25,3	0,8	100
1976	HEP	68,5	27,5	4	100
	CSM	61,6	32,9	5,5	100
1978	HEP	67	25,6	7,4	100
	CSM	59,5	33,1	7,4	100
1980	HEP	65	23,6	11,4	100
	CSM	62	23,7	14,3	100
1982	HEP	64,8	26,3	8,9	100
	CSM	65,9	28,9	5,2	100
1983	HEP	73,6	23,4	3	100
	CSM	72,6	22,8	4,6	100

HEP — Hospitais especializados psiquiátricos.

CSM — Centros de saúde mental.

Fonte: GAPS.

QUADRO N.º 3

**Previsão da prevalência média anual
de perturbações psiquiátricas por centro de saúde mental
em 1990, utilizando a estimativa de GOLDBERG, D., e HUXLEY, P. (1)**

Centros de saúde mental previstos na área de cobertura actual do Hospital de Miguel Bombarda	População residente em 1990 na área do centro de saúde mental	População com morbilidade psiquiátrica conspícua	População com doença psiquiátrica
Centro de Saúde Mental de Miguel Bombarda (1.º Bairro)	241 900	33 866	4 112
Centro de Saúde Mental de Cascais/Sinta Ocidental	232 200	32 508	3 947
Centro de Saúde Mental de Lisboa/Oeiras	237 000	33 180	4 029
Centro de Saúde Mental de Almada/Sesimbra	266 700	37 338	4 534
Centro de Saúde Mental de Barreiro/Montijo	226 500	31 710	3 850
<i>Total</i>	1 204 300	168 602	20 472

(1) Ver GOLDBERG, D., e HUXLEY, P. (1980).

QUADRO N.º 4

Estrutura previsível da procura de cuidados nos centros de saúde mental

Centros de saúde mental da área de cobertura do Hospital de Miguel Bombarda	População com doenças psiquiátricas	Número de consultas (1)	Número de urgências (1)	Número de internamentos (1)	Número de internamentos (2)
Centro de Saúde Mental de Miguel Bombarda (1.º Bairro)	4 112	3 796	152	164	25
Centro de Saúde Mental de Cascais/Sintra Ocidental	3 947	3 643	146	158	24
Centro de Saúde Mental de Lisboa/Oeiras	4 029	3 719	149	161	24
Centro de Saúde Mental de Almada/Sesimbra	4 534	4 185	168	181	27
Centro de Saúde Mental de Barreiro/Montijo	3 850	3 553	142	154	23
<i>Total</i>	20 472	18 896	757	818	123

(1) Estrutura da procura de cuidados de saúde mental na área metropolitana de Lisboa em 1981 [v. RIBEIRO, N. A., *et al.* (1983), anexo 10.B.2.3.2.1].

(2) Internamentos utilizando a prevalência média anual estimada por Goldberg e Huxley, *op. cit.*

REFERÊNCIAS

- CAMPOS, A. Correia de (1985), «Tecnologia médica e avaliação económica de projectos», *Acta Médica Portuguesa*, vol. 6.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (1984), «Reform of Public Mental Health Care in Greece», V/1047/84 — EN, Bruxelas.
- CONSEIL DE L'EUROPE (1985), Documentos de Discussão MSN2, 1 a 5, e projecto de texto final da «Conférence des Ministres Européens de la Santé — L'Avenir de la Santé Mentale», Estocolmo, 16-18 de Abril de 1985.
- DEPARTAMENTO DE GESTÃO FINANCEIRA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (1984), «Orçamento e contas de 1983 do Serviço Nacional de Saúde», Lisboa, DGFSS.
- DEPARTAMENTO DE GESTÃO FINANCEIRA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (1985), «Orçamento e contas de 1984 do Serviço Nacional de Saúde», Lisboa, DGFSS.
- FELDSTEIN, Martin S. (1974), «Econometric Studies in Health Economics», in INTRILIGATOR, M. D., e KENDRICK, D. A. (eds.), *Frontiers of Quantitative Economics*, vol. II; Amsterdam: North-Holland, pp. 374-434.
- GOLDBERG, D., e HUXLEY, P. (1980), *Mental Illness in the Community*, Londres, Tavistock Publications.
- HOSPITAL DE MIGUEL BOMBARDA, «Relatório da administração», anos de 1978 a 1980 e 1980; «Relatório de actividades», ano de 1982.
- OMS (1976), *Cost/Benefit Analysis in Mental Health Services*, Report on a Working Group, ICP/MNH 0061, Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- OMS (1983), *Studies on the Cost-Effectiveness of Managing Chronic Psychotics*, Report on a WHO Planning Meeting, Manheim, WHO.
- OMS (1984), *Les Soins de Santé Mentale dans les Pays en Développement: Bilan critique des résultats de la recherche*, Rapport d'un Groupe d'Étude de l'OMS. Série de Rapports Techniques 698, Genève, OMS.
- RIBEIRO, N. A., et al. (1983), «Proposta de planeamento do subsistema de cuidados de saúde mental na área metropolitana de Lisboa», Lisboa, DEPS/GPSMAML.

BARROS, Carlos; PINTO, Carlos Gouveia; RIBEIRO, Nuno Afonso. —
Alternativas de padrões organizacionais em saúde mental numa perspectiva de eficiência económica.

O objectivo deste artigo é comparar, sob o ponto de vista da eficiência, o padrão organizacional de prestação de cuidados de saúde mental existente —hospitalo-cêntrico— com o padrão desinstitucionalizado, baseado em centros de saúde mental, na área metropolitana de Lisboa.

Começa-se por fazer uma breve análise dos gastos em saúde mental em Portugal no período de 1970-1984. Em particular aborda-se a parte destes nos gastos totais em saúde, bem como a sua estrutura.

É neste contexto que se comparam os custos financeiros do subsistema actual com a alternativa proposta, tendo como horizonte o ano de 1990.

Como conclusões gerais, verifica-se que a implementação dos centros de saúde mental induzirá menores custos a médio e longo prazos, implicando, no entanto, uma reforma profunda do subsistema de saúde mental.

BARROS, Carlos; PINTO, Carlos Gouveia; RIBEIRO, Nuno Afonso. —
An Economic Efficiency Approach to Alternative Organizational Patterns in Mental Health.

The purpose of this paper is to compare, using the efficiency approach, the existing organizational pattern of the mental health care service in the Greater Lisbon area — hospital centered — with the non-institutionalized one, based on Portuguese mental health centers, in the greater Lisbon area.

We start by briefly analysing the evolution of public expenditure in mental health care in Portugal from 1970 to 1974. In particular, we analyse the weight of this expenditure in relation to total public expenditure in health care, as well as its internal structure.

It is in this context, that we compare the financial costs of the present sub-system with those implied by the alternative model referring to 1990.

We conclude that the implementation of mental health centers will lead to lower overall costs in the medium and long terms, though implying a vast reform of the mental health sub-system.