



Inácia Luzia Bandeira Moreira

**O impacto da crise económica, financeira e social no
acesso aos cuidados de saúde em Portugal**

**Tese de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e
Empreendedorismo, apresentado à Faculdade de Economia e
à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação sob a
orientação do Professor Doutor Pedro Hespanha.**

Setembro de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Hespanha pelo acompanhamento, orientação e por ter contribuído afincadamente para que este trabalho fosse possível.

A toda a minha família, mas especialmente aos meus pais que tornaram o meu percurso académico possível. Sem o apoio deles, sem a estabilidade que me proporcionaram ao longo da minha vida nada disto seria possível. Por isso o meu grande obrigado pela dedicação, amor e pelo apoio incondicional. A eles, e aos meus irmãos, dedico este trabalho.

Ao meu namorado, por ter representado um importante papel nesta fase, por me incentivar, encorajar e apoiar. Agradeço especialmente pela transmissão de segurança e por ter sido o pilar mais importante na execução deste trabalho. O meu muito obrigado por tudo !

Não poderia deixar de agradecer também a todas as minhas amigas pelo companheirismo e força demonstrado ao longo desta etapa.

Resumo

Ao longo da história sempre existiram períodos de maior estabilidade e conforto e períodos de insegurança, crise e maiores necessidades cujo impacto se repercute nas mais diversas áreas.

A saúde é um direito universal consagrado na Constituição da República Portuguesa e a acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde sempre foi um tema central na discussão pública. Perante uma situação de crise, torna-se ainda uma questão mais frequente e debatida. Com o presente documento, pretendo explicar quais as implicações que uma crise financeira, económica e social pode ter no acesso a cuidados de saúde, nomeadamente no sistema público de saúde português. De forma a entender melhor quais os impactos e quais as repercussões possíveis, é necessário analisar criteriosamente o caminho que nos levou até à situação de crise, quais as suas causas explicativas. A situação de crise vivenciada desde sensivelmente 2008 e que o Governo pelos seus meios não conseguiu resolver impulsionou um pedido de assistência financeira ao Fundo Monetário Internacional, ao Banco Central Europeu e à Comissão Europeia. Esse pedido de resgate fez-se acompanhar de um memorando de entendimento, e de avaliações de cumprimento periódicas, que ditavam metas e objetivos a alcançar em diversas áreas sob a égide de obter essencialmente estabilidade financeira. A área da saúde não foi esquecida e desde reformas estruturais, a aumento de taxas moderadoras, reduções de pessoal e material foram temas contemplados no memorando. Num clima de forte racionalização de recursos foram implementadas medidas entre 2011 e 2015, algumas com sucesso outras sem, que comprometeram ou dificultaram o acesso dos cidadãos portugueses a cuidados de saúde. Clarificando conceitos como equidade e acesso, elencando as causas explicativas de uma crise económica, financeira e social e as medidas inerentes a um memorando de entendimento permite-nos perceber qual o impacto que a crise, e o programa de assistência financeira, originaram no acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

Palavras-chave: Saúde, Austeridade, Memorando, Acesso, Medidas implementadas, Serviço Nacional de Saúde.

Abstract

Throughout history there were always periods of greater stability and comfort and periods of insecurity, crisis, and major necessities, which have repercussions in different areas.

Health is a universal right written in the Portuguese Constitution and citizens' access to health care has always been a core topic in public discussion. In a situation of crisis that issue becomes more important and discussed. With this document I intend to explain the repercussions that a financial, economic and social crisis may have in access to health care, mainly in Portuguese public health system. In order to better understand the impact and possible consequences, it is necessary to analyze carefully what has led us to a situation of crisis and its causes. This situation of crisis we have been through approximately since 2008, which the government could not solve by itself, motivated a financial assistance request to International Monetary Fund, European Central Bank and European Commission. This financial assistance request came along with a memorandum of understanding, periodical assessments, which dictated aims and goals to achieve in multiple fields to reach mainly a financial stability. With the memorandum there have been structural reforms in the health field, such as higher taxes and less human and material resources. In a situation of great rationalization of resources, several measures were taken between 2011 and 2015. Some of these measures were successful and others weren't, but they have compromised or got the access of Portuguese citizens to health care worse. Clarifying concepts such as equity and access, referring the causes of an economic, financial and social crisis and the measures of the memorandum of understanding, we are able to understand the impact that the crisis and the financial assistance program had in the access to health care in Portugal.

Key words: Health, Austerity, Memorandum, Access, Measures taken, National Health System.

Lista de abreviaturas

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde
- ADM** – Assistência na Doença aos Militares
- ADSE** – Direção geral de proteção social aos funcionários e agentes da administração pública
- ARS** – Autoridades Regionais de Saúde
- BCE** – Banco Central Europeu
- CDS/PP**- Partido do Centro Democrático Social
- CE** – Comissão Europeia
- CRP** – Constituição da República Portuguesa
- DCI** – Denominação Comum Internacional
- ESAME** – Estrutura de Acompanhamento dos memorandos
- FMI** – Fundo Monetário Internacional
- INE** – Instituto Nacional de Estatística
- ME** – Memorando de Entendimento
- MECPE** – Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica
- MS** – Ministério da Saúde
- NHS** – National Health Service
- OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OE** – Orçamento de Estado
- OPSS** – Observatório Português de sistemas de saúde
- PEC** – Programa de Estabilidade Económica
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PPP** – Parcerias Público-Privadas
- PS** – Partido Socialista
- PSD** – Partido Social Democrata
- RSI** – Rendimento Social de Inserção
- SAD** – Serviços de Assistência na Doença – Polícia de segurança pública

SEE – Sector Empresarial do Estado

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantida

UCSP – Unidades De Cuidados de Saúde personalizados

UE – União Europeia

USF – Unidades de Saúde Familiar

USF-AN -Unidade de Saúde Familiar – Associação Nacional

Índice de tabelas

Tabela 1 - Dívida bruta em % do PIB - zona euro e Portugal.....	27
Tabela 2 - Utentes isentos de pagamento de taxas moderadoras	39
Tabela 3 - Médicos por 100 mil habitantes	45
Tabela 4- Número de médicos/as ao serviço nos hospitais, por distribuição geográfica (NUTS I/II/III).....	47
Tabela 5- Recursos Humanos do SNS por região	48
Tabela 6 - Número de utentes inscritos nos CSP	53
Tabela 7 - Número de hospitais e camas em Portugal	56
Tabela 8 - Medidas contempladas no memorando - taxas moderadoras.....	69
Tabela 9 - Medidas contempladas no memorando - medicamentos	69
Tabela 10 - Medidas contempladas no memorando - reformas estruturais.....	70
Tabela 11 - Medidas contempladas no memorando - redução de pessoal e de custos materiais	71
Tabela 12 - Medidas contempladas no memorando - informatização de dados	72

Índice

<i>Índice</i>	8
<i>Introdução</i>	9
<i>CAPÍTULO I – O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL</i>	12
1.1 Acesso e equidade no sistema público de saúde português.....	12
1.2 – O papel do Estado na proteção social.....	15
1.3 - O Serviço Nacional de Saúde (SNS)	19
<i>CAPÍTULO II - A CRISE FINANCEIRA, ECONÓMICA E SOCIAL PORTUGUESA E AS MEDIDAS ADOTADAS FRUTO DO RESGATE ECONÓMICO INTERNACIONAL</i>	23
2.1 - Contextualização temporal da crise em Portugal	24
2.2 – Efeitos da crise e da austeridade no SNS	30
2.3 - Medidas cumpridas no âmbito do memorando de entendimento	36
<i>CAPÍTULO III - METAS DO MEMORANDO DE ENTENDIMENTO QUE NÃO FORAM ALCANÇADAS E IMPACTO NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE</i> . 43	
3.1 - Alocação de médicos em zonas carenciadas do país	44
3.2 - Aumento do número máximo de doentes distribuídos por médico de família.....	51
3.2 - O ajustamento da oferta hospitalar regional/Reforma da rede hospitalar.....	54
<i>Conclusão</i>	58
<i>Referências bibliográficas</i>	61
Anexos	69

Introdução

As situações de crise num país são vivenciadas de formas distintas pelos indivíduos. No entanto, as consequências mais nefastas são sentidas nas áreas sociais consolidando-se maioritariamente no aumento do desemprego, situações mais precárias de vida e bem-estar, emigração e empobrecimento. Uma crise que teve a sua génese nos Estados Unidos da América, em 2007, fruto de empréstimos hipotecários de alto risco, originou a insolvência de inúmeros bancos e repercutiu-se na economia global. Alastrou-se aos mercados, afetando a procura, a oferta e as finanças públicas. A dívida externa de Portugal era até data composta maioritariamente por dívida privada, contraída por parte dos bancos. Com o disseminar da crise dos Estados Unidos, Portugal viu a sua situação agravada. A falta de capacidade de liquidação desta dívida por parte de instituições devedoras necessitou do auxílio e intervenção do Estado. Situações como a adesão do país à União Europeia originaram que as condições de trabalho e o próprio mercado de trabalho se tornassem mais instáveis desde aí. Os níveis de desemprego foram se elevando e Portugal, sem meios para enfrentar a crise solicitou apoio ao Fundo Monetário Internacional (FMI). Uma crise que inicialmente era apenas financeira, rapidamente se afigurou como uma crise social, política e económica. A intervenção estatal, com o Tratado de Lisboa, viu a impossibilidade de certas decisões serem tomadas autonomamente, passando a necessitar do aval de organizações externas. A autonomia do governo ficou ainda mais comprometida, aquando da intervenção externa fruto do pedido de resgate. É então estipulado um programa de ajustamento económico contemplando medidas que o governo deveria assumir e cumprir.

Na área da saúde foram definidas muitas medidas no âmbito do memorando de entendimento, incluindo medidas de cariz estrutural. A saúde, entendida como um bem essencial, é protegida e salvaguardada na legislação, Constituição da República Portuguesa e por um serviço público de saúde. Os cortes, reestruturações e redução de pessoal são indicadores que podem reduzir a acessibilidade dos cidadãos a cuidados de saúde. São situações que afetam essencialmente indivíduos mais vulneráveis que por si só já são muitas vezes detentores de características que agravam ou dificultam o seu estado de saúde, como os baixos rendimentos, baixa escolaridade e/ou condições precárias de habitação.

Desta forma, foi meu intuito encadear logicamente todos os acontecimentos históricos, o que até então nos levou a uma situação de crise profunda e à situação limite de um pedido de ajuda externa. Além desta contextualização, para entender o tema que aqui me proponho a tratar, o impacto da crise económica, financeira e social no acesso¹ aos cuidados de saúde, é também preciso esmiuçar o que em termos de saúde e de proteção social, o Estado português prevê para os cidadãos. Em última instância, analiso as medidas referentes ao memorando de entendimento, na área da saúde, assim como o seu estado de execução.

A realidade de que uma crise, em grosso modo, conduz a situações precárias de vida, de subsistência e diminuição do bem-estar social levou a que a correlação entre a variável dependente o acesso a cuidados de saúde e a variável independente, a crise económica motivassem o meu estudo de forma a perceber qual o impacto das medidas de austeridade na saúde, mais concretamente na acessibilidade aos cuidados.

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho prendeu-se essencialmente com uma revisão de literatura, consistindo na análise de documentos com informação sobre o tema (COUTINHO, 2014:59). Optei por uma abordagem qualitativa dos processos de reforma das políticas de saúde baseada sobretudo numa análise documental de fontes de legislação, documentação oficial, relatórios especializados, estatísticas e relatos de imprensa. A metodologia qualitativa propõe-se a investigar/estudar uma determinada situação procurando compreendê-la sem impor expectativas (COUTINHO, 2014:29).

Se numa primeira fase me parecia imperioso a aplicação de outro método de recolha de dados, como a entrevista que me possibilitaria a obtenção de dados e informação pela aplicação de questões aos inquiridos (COUTINHO, 2014: 141), após o desenrolar do meu trabalho percecionei que a aplicação deste método não iria acrescentar nem enriquecer o meu trabalho, face ao elevado número de informação existente sobre a intervenção da Troika² e das medidas direcionadas para o campo da saúde. A imprensa revelou-se também como um importante alicerce para a elaboração deste trabalho, uma vez que o resgate económico foi um assunto muito mediatizado nos meios de comunicação social, assim como entrevistas a importantes órgãos como o Bastonário da Ordem dos Médicos, o que me permitiu recolher informação preciosa. No que concerne a dados estatísticos, a informação proveniente de decisores políticos e de profissionais de

¹ Doravante denominada também apenas por acesso, referindo-se sempre inequivocamente a acesso a cuidados de saúde.

² Denomina-se por Troika o conjunto de credores internacionais (Banco Central Europeu, Fundo Monetário Internacional e Comissão Europeia).

saúde existe também um leque alargado de informação fidedigna que utilizei ao invés de aplicar outro método de recolha de informação que me oferecesse o mesmo conteúdo. O facto da intervenção externa e dos cortes na saúde ser um tema muito documentado permitiu-me, pela via da análise documental, com exatidão recolher toda a informação precisa e necessária para a correlação entre a crise financeira, económica e social e o impacto dela, e das medidas de austeridade, na acessibilidade aos cuidados de saúde públicos.

CAPÍTULO I – O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL

1.1 Acesso e equidade no sistema público de saúde português

Quando falamos de sistema público de saúde, falamos também inequivocamente de equidade e de acessibilidade. A Carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS instituído pela portaria nº 87/2015, artigo nº3 anexo II, elucida que em termos de acesso, o cidadão tem direito a que lhe sejam prestados cuidados em tempo adequado ao seu estado de saúde, que sejam cumpridos os Tempos Máximos de Resposta Garantida (TMRG), direito ao agendamento da prestação de cuidados em tempo e concordância com o seu estado de saúde, bem como direito ao registo informatizado do pedido de consulta.

É consagrado por normas legais e constitucionais, nomeadamente pelo artigo 64, 3, a) da Constituição da República Portuguesa (CRP), que todos os cidadãos têm direito de acesso a cuidados de saúde, um direito de carácter universal e que é reconhecido a todos os cidadãos independentemente das suas condições económicas. A Declaração Universal dos Direitos do Homem vê a saúde como um direito fundamental e que se espelha nas constituições nacionais. Sendo um direito fundamental, o serviço público de saúde só poderia ter uma base universalista garantida por via da equidade e acesso, que se encontram salvaguardados pelo Serviço Nacional de Saúde e pela lei de bases da saúde. A Constituição Federal do Brasil, de 1988, no artigo número 196 retrata o acesso de que falamos sob vista de uma perspetiva muito interessante, na medida em que delimita que a saúde é um “direito de todos e um dever do estado” (Nunes, 2009: 153).

Num sentido lato, o acesso define-se como a entrada, a capacidade de obter, de chegar a algo. Ao passo, que por equidade entendemos que seja igualdade, justiça e imparcialidade. Desta forma, é de fácil compreensão que o acesso aos cuidados de saúde português é na sua base, equitativo.

A relação entre equidade e acesso não é tão simples de associar quanto nos transparece. Ora vejamos, por esta ordem de raciocínio todos temos direito a usufruir dos serviços de igual forma. E desse modo, igualdade é sinónimo de equidade. Reportando um exemplo de Pedro Pita Barros, dois cidadãos com 75 e 30 anos de idade têm necessidade

de recorrer a uma consulta de cardiologia. Aparentemente, o indivíduo de 75 anos tenderá a carecer mais da consulta. Numa distribuição igualitária, cada cidadão teria acesso a uma consulta anual, mas hipoteticamente no caso do indivíduo de 30 anos seria menos urgente ou desnecessária. Pela via deste exemplo, que apenas o pretende ser, é possível equacionar que a igualdade de acesso em nada pode ser confundida com uma justa repartição, com equidade. Desta forma, o acesso deverá depender do estado de saúde do utente, como está bem patente e explícito na carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde. (Barros, 2013: 41).

A acessibilidade depende de uma avaliação pormenorizada das necessidades. O acesso e a equidade assumem-se como a garantia de coesão social e justiça social (Plano nacional de saúde 2012-2016: 2). As iniquidades que se verificam têm a sua génese nos determinantes sociais que se refletem nos modos de vida, nas condições de trabalho, habitação, alimentação, educação e no uso dos serviços de saúde (Marmot, 2008). A equidade no acesso a cuidados e a saúde é apenas um factor que promove que o acesso seja equitativo e que atue como um determinante na redução das desigualdades (Furtado, 2010:6). A acessibilidade deve ser estudada e analisada sobre a égide das necessidades, em termos de condições económicas, culturais e sociais de forma a injetar mais recursos que possibilitem e simplifiquem a equidade no acesso (Furtado, 2010). Dessa forma, o acesso nunca pode ser descurado de uma avaliação analítica das necessidades e dos contextos económicos e culturais dos diferentes grupos.

Aparentemente parece uma receita fácil, um sistema de saúde aberto a todos os que dele necessitam. No entanto, o termo “acesso a cuidados de saúde” não se cinge exclusivamente à oferta de serviços e à sua disponibilidade para com os cidadãos e configura-se como um conceito muito mais complexo e multidimensional do que a simples tradução de um conceito exige e que dependerá sempre de duas vertentes primordiais – a oferta e a procura. Autores como J.H. Knowles defendem que o direito à saúde não deve ser dissociado de um dever individual em que cada um deve defender e preservar a sua saúde, como está patente no artigo 64, alínea 1 da CRP. Para além de ser um direito no qual prevalecia o princípio da prevenção e adoção de estilos de vida saudáveis, minimizando situações de risco (Knowles, 2009: 147). Esta prevenção seria um elemento chave no acesso e no combate ao desperdício de recursos e meios.

Por acessibilidade entende-se a “possibilidade de obter cuidados de saúde que em qualquer momento sejam considerados necessários, nas condições mais convenientes e favoráveis” (Baleiras, 1992: 117). O Estado afigura-se como a entidade prestadora

principal de acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos nos limites dos recursos humanos, financeiros e técnicos disponíveis (CRP, artigo 64, alínea 1).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) enumera um leque de indicadores que são potenciadores, ou ao invés, inibidores do acesso a cuidados de saúde. São cinco as dimensões/indicadores que podem condicionar o acesso, sendo elas: a disponibilidade, os custos, a proximidade, a qualidade e a aceitação. (Furtado, 2010: 7).

Sumariamente, a disponibilidade prende-se com a oferta de serviços de cuidados de saúde, uma oferta coordenada com as necessidades e que varia consoante o tipo de cuidados que o serviço público assegura. Os custos reportam-se aos gastos associados ao consumo de serviços e que podem incidir também sobre as despesas diretas de aquisição de cuidados, como por exemplo custos de deslocação. Os custos podem ser diferenciados consoante a posse, ou não, de subsistemas públicos ou seguros de saúde mas nunca pode ser limitado o acesso a quem não dispõe de condições económicas para suportar as despesas com os cuidados recebidos (artigo 64,3,a) da CRP). A proximidade, e como o próprio termo indica, refere-se à contiguidade física e geográfica dos serviços aos cidadãos, o que se correlaciona com a disponibilidade. A qualidade refere-se à prestação de cuidados adequados e à organização dos serviços nas suas várias vertentes, por exemplo horário de funcionamento e tipos de cuidados prestados. Por fim, a aceitação é entendida como o indicador que mede a satisfação dos utentes para com os serviços e cuidados prestados (Furtado: 2010: 7 e 8).

A acessibilidade pode ser condicionada por factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, como sendo factores de ordem estrutural e funcional, económicos, culturais e físicos. Dessa forma, o acesso não pode ser considerado linear, na medida em que pode ser abalado e afetado por factores externos a si como sendo a crise económica, social e financeira que a partir do ano de 2008 assolou Portugal e sobre a qual teremos oportunidade de nos debruçarmos em capítulos subsequentes. As políticas de austeridade e restrições impostas pelo estado, em certa medida podem assumir-se como entraves que podem dificultar ou diminuir o acesso e que teremos oportunidade de verificar quais, em determinado período, se assumiram como entraves ao acesso. No entanto, é necessário ressaltar que apesar de algumas medidas se afigurarem como entraves, em momento algum podem violar a CRP como foi comprovado em vários momentos pelo Tribunal Constitucional.

1.2 – O papel do Estado na proteção social

O Estado-providência português desenvolveu-se essencialmente a partir de 1974, aproximando-se cada vez mais de um ideal de cidadania e bem-estar social.³

O conceito de estado-providência veio substituir o conceito de estado liberal. O estado liberal tinha como conceção atribuir a cada indivíduo a autonomia de escolher as suas necessidades e o modo como deveria atuar para as satisfazer. Desta forma, ao Estado cabia apenas a tarefa de criar as condições necessárias a este exercício. Ao invés, o Estado-providência tinha a si intrínseca uma intervenção mais ampla, mais refletida e mais profunda sobre o saudável funcionamento da sociedade de forma a atingir o bem-estar social. O Estado-providência ou também denominado por Estado Social pode ser definido resumidamente como um mecanismo estatal que visa o crescimento económico (Hespanha, 2014:190), apresentando-se como uma garantia perante riscos sociais passíveis de atingirem indivíduos e grupos. O Estado Social emerge fruto de processos de ajustamento económico e desigualdades/classes sociais, ao que Esping-Andersen, denominou como sendo um mecanismo de “welfare capitalism” (Esping-Andersen, 1990). É por via desta entidade que se alcança a provisão de serviços públicos e a garantia de proteção à sociedade, nas diversas áreas.

As respostas sociais por parte do Estado, durante o regime de ditadura, sempre se verificaram como respostas muito limitadas e incipientes. No entanto, após o 25 de Abril de 1974, o novo regime procurou modernizar as respostas dadas pelo anterior regime em termos de direitos e proteção social.

Neste sentido, o acesso a cuidados de saúde igualitários e extensíveis a todos é um direito que está previsto na Constituição da República Portuguesa (CRP) no artigo 9º, alínea D, que salienta que é um dever do Estado “*Promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos, sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais*”.

É ainda na CRP que consta, respetivamente no capítulo II, do título III da parte I que todos os cidadãos deverão ter acesso a cuidados de saúde através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e pela criação de condições múltiplas que estão previstas nesse mesmo documento e que passo a citar:

³ Durante a ditadura o Estado corporativo foi desenvolvendo algumas formas de proteção social baseada no sistema do seguro obrigatório (segurança social) e na assistência pública, mas de reduzida cobertura e baixa intensidade. O universalismo dos direitos sociais só veio a ser introduzido posteriormente.

“1- Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.”

“2- O direito à proteção da saúde é realizado:

“a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”

“b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas devidas e saudáveis.”

“3- Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:

“a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;”

“b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades”

“c) Orientar a sua ação para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentos;”

“d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade,”

“e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso de produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;”

“f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicod dependência;”

“4- O serviço nacional de saúde (SNS) tem gestão descentralizada e participada.”

Por esta via o Estado constitui-se no principal responsável em manter e proporcionar proteção social aos seus cidadãos e a área da saúde não é exceção, ainda mais por ser uma área fulcral no âmbito da intervenção do Estado-providência. É também o Estado o responsável por políticas sociais como as transferências sociais com o intuito de assegurar, através das contribuições de trabalhadores, algum rendimento em situações de desfavorecimento (por exemplo, RSI, pensões, abonos, subsídios por doença no caso que aqui focamos da saúde ou outros subsídios). Quando falamos em assegurar algum direito através das contribuições de trabalhadores, falamos claramente

de previdência. O financiamento da previdência social é fruto das receitas provenientes de contribuições por parte de trabalhadores e entidades empregadoras no ativo. As receitas são utilizadas para cobrir as despesas inerentes à previdência sendo por isso um sistema considerado auto financiado estabelecendo uma relação direta entre o dever de o cidadão no ativo contribuir com o direito de auferir uma pensão futuramente. Essa previdência não deve ser confundida em momento algum com assistencialismo. Apesar de serem conceitos que muitas vezes se utilizam para iguais contextos, são muito distintos. Os sistemas de proteção social, pela forma de seguros sociais, nasceram na Alemanha nos finais do século XIX e alastraram-se aos países europeus mais industrializados na primeira metade do século XX. Foi após a segunda guerra mundial, com a industrialização e posteriores movimentos operários que se efetivou a esfera social na Europa. Assim, três pilares cruciais passaram a compor a intervenção assistencialista (no século XV), sendo eles as pessoas, o órgão estatal e as instituições particulares (Costa, 2007:91). Com a industrialização e a distinção cada vez mais acentuada dos indivíduos em classes sociais e um leque infindável de desigualdades sociais, o assistencialismo ocupou um lugar de destaque e impulsionou-se. Inicialmente instituições como a igreja e o mutualismo, cooperativismo e associativismo no século XIX eram encarados como meios de auxílio e respostas laicas à pauperização e combate às desigualdades. O mutualismo efetivou-se no contexto da industrialização e foi a inspiração para muitos dos seguros sociais obrigatórios estatais (Ferreira, 2001:4). O associativismo por sua vez também deteve um papel de especial importância, numa época geradora de dinâmicas sociais poderosas, sendo também uma época de excelência para desenvolver atividade e garantir o seu objetivo: a satisfação de necessidades básicas humanas. O cooperativismo, no século XIX, materializou-se em instituições polivalentes, com finalidades mutualistas e que se prestavam a servir os seus associados em todas as áreas e dimensões da sua vida pessoal e familiar, garantindo o mínimo de dificuldades (CASES, 2011). Na sua génese estes três movimentos tinham apenas um objetivo principal: garantir, acautelar e auxiliar indivíduos em situações de risco e prosseguir um bem comum. Ainda hoje, se encontram enraizadas na nossa sociedade a continuidade desses movimentos. Com a industrialização e a crescente vaga de necessidades e menos respostas, rapidamente o poder central viu-se obrigado a intervir dado os crescentes casos flagrantes de necessidade.

O assistencialismo procura responder de uma forma rápida e imediata aos problemas de estratos mais carenciados que não dispõem de meios para satisfazer as suas

necessidades básicas. A assistência alicerça-se, fundamentalmente, no princípio da solidariedade. Ao invés, a previdência tem por objetivo prever determinadas situações/riscos sociais. A previdência social pode ser definida como um seguro social, gerido unicamente pela entidade estatal, e que através de contribuições de trabalhadores e patrões é financiado.

Foi no imediato pós guerra, período que antecedeu a industrialização em Portugal, que se começou a dar ênfase à proteção social e começaram a emergir políticas sociais universalistas que foram a resposta para muitos dos problemas que assolavam a população. Segundo Beveridge, existiu um propósito em Inglaterra de o Estado enquanto órgão soberano e de representação do povo, intervir de forma a diminuir ou dissipar alguns dos problemas sociais que se efetivaram na sociedade. É nesta fase, e a partir desta visão, que a entidade estatal passa a ser encarada com uma entidade interventora em questões sociais que o capitalismo tinha instaurado, outrora delegadas a movimentos e instituições particulares. Keynes, apresentou-se como um dos maiores interventores nesta batalha defendendo que para obter equilíbrio, o Estado teria de ser o maior responsável pelos mercados. Dessa forma o Estado e os mercados deveriam agir articuladamente de forma a estabelecer políticas de cariz social e económico, de forma a resultar deste cruzamento um leque de benefícios como o emprego, direitos de acesso a condições básicas de sobrevivência como a saúde, a educação, habitação, proteção no trabalho e direito a salários. Foi no imediato pós guerra que se assistiu a uma mudança de intervenção. Anteriormente a intervenção social estatal focava-se nos seguros sociais instituídos na primeira república e que acabaram por se revelar um fiasco (Carolo, 2006). Com estas mudanças verificaram-se também a emergência de políticas sociais universalistas. Assim, todas as dificuldades e necessidades socialmente reconhecidas, originaram que em pleno século XIX surgissem as primeiras intervenções e medidas de cariz social.

Relativamente a outros países, como a Inglaterra, o surgimento do Estado Providência português instaurou-se tardiamente. Pode-se considerar que a origem do Estado-providência em Portugal remonta ao período do Estado Novo, na sequência da constituição do sistema de Previdência, como alternativa aos Seguros Sociais instituídos na I República, cuja aplicação havia ficado muito aquém do previsto, sistema este que pode ser considerado como a base do sistema de segurança social (Carolo, 2006). As políticas sociais universalistas sempre foram consideradas e condicionadas pelo estado e pelas formas que assumia ao longo do tempo (Rodrigues, 2000).

1.3 - O Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Portugal, enquanto detentor de um estado democrático tem a si associado uma

série de papéis e deveres que se prendem essencialmente com garantir estabilidade, eficiência e equidade aos cidadãos.

O acesso e a proteção de saúde prestada aos cidadãos portugueses são efectuados pela via de um Serviço Nacional de Saúde universalista e tendencialmente gratuito porque não descarta as condições socioeconómicas dos cidadãos. De entre os vários papéis que um governo deve assumir, em termos de saúde, um deles é o de fornecer o acesso a cuidados de saúde, mas também implementar políticas de educação para minimizar danos e doenças, como a educação sanitária e adoção de práticas recorrentes para uma vida saudável. Cabe ao estado, em termos de promoção de saúde, assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação.

O SNS surge aquando da publicação da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro de 1979 assumindo-se desde logo como um projeto constitucional envolto de grande controversia. Até à sua fundação, a prestação de cuidados estava a cargo dos familiares, assim como dos serviços médicos da previdência e de instituições de carácter privado. Durante o regime ditatorial em Portugal, a saúde estava também dependente da capacidade económica de cada cidadão em pagar os cuidados hospitalares prestados. Nesta época não havia conhecimento da existência de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e os serviços hospitalares tornavam-se incipientes, na medida em que apenas estavam localizados em grandes centros urbanos: Porto, Lisboa e Coimbra. Essencialmente a ausência de respostas eficazes e de direitos salariais e laborais foram o mote para que alguns profissionais se manifestassem em 1957/1958. Portugal já carecia de um serviço aberto a todos e com respostas sociais adequadas e articuladas com o contexto e realidade vigente. Desta manifestação de descontentamento nasce e é publicado, em 1961, o “Relatório sobre as Carreiras Médicas” materializando-se essencialmente num programa completo e sistematizado para a criação do agora conhecido SNS inspirado no NHS⁴ britânico. Foi um longo processo que com a instauração da Democracia, em 1974, viu muitas das suas questões sociais e preocupações reconhecidas. (Neves, 2013: 2)

É possível ler-se no artigo número 1 (lei nº 56/79) que “É criado, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado

⁴ O NHS ou National Health Service é o Sistema de saúde público britânico. Trata-se de um serviço gratuito e alargado a todos os cidadãos que residam legalmente em Inglaterra, País de Gales, Irlanda do Norte ou Escócia. O princípio basilar deste sistema é de que todos os cidadãos têm o direito de obter cuidados de saúde, independentemente da sua condição económica. Instaurou-se em 1948 e serviu de mote e inspiração para muitos outros sistemas de saúde públicos, incluindo Portugal.

assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da constituição”. É, assim, por esta via que é erigido uma série de serviços e instituições de cariz de prestação de cuidados alargados a toda a população e financiados pelo meio de impostos.

Aquando da sua criação, foi desde logo transposto que este seria um serviço descentralizado e democrático que atuaria articuladamente e a cargo da Administração Central de Saúde. Se na sua génese (lei nº56/79) o SNS era um serviço gratuito, no ano de 1980 foram inseridas as taxas moderadoras no acesso a cuidados, cujo objetivo seria o de gerar receitas mas também racionalizar o acesso a serviços. A par de uma discussão pública e controversa acerca destas taxas que foram consideradas inconstitucionais, na segunda revisão da CRP de 1989 o gratuito deu lugar ao tendencialmente gratuito e ao aparecimento das taxas moderadoras, patente na lei de bases da saúde 48/90. Com a fundação do SNS os utentes, além de terem acesso a cuidados e serviços de saúde, começaram a ser portadores de um leque de benefícios que constam detalhadamente na lei nº56/79. Iniciou-se uma nova era na saúde em Portugal.

O SNS, actualmente, é composto por um leque de instituições e serviços cuja função primordial é a de garantir o acesso a cuidados de saúde a todos os cidadãos. Está agregado ao Ministério da Saúde e abrange também instituições de carácter privado, mediante a celebração de convenções ou contratos, que garantam o acesso a todos os cidadãos nas circunstâncias semelhantes ao SNS. Em Portugal, a oferta em termos de saúde não se cinge exclusivamente ao SNS. Os cidadãos têm ao seu dispor entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde que podem aceder mediante pagamento, subvenção ou seguro. No entanto, a esfera privada destas instituições de cuidados de saúde interliga-se sempre com a esfera pública, uma vez que cabe às entidades estatais fiscalizar e instruir as instituições privadas e empresariais de saúde e articulá-las de forma a obter uma prestação de cuidados eficiente e de qualidade. Os cidadãos podem ainda beneficiar de subsistemas de saúde criados por um leque de instituições, como sendo a Direcção geral de protecção social aos funcionários e agentes da administração pública (ADSE) e a Assistência na Doença aos Militares (ADM). No entanto, estes subsistemas ou subvenções não são um impedimento para que os cidadãos continuem a ser utilizadores e beneficiários do SNS.

Como referido anteriormente, o SNS está agregado ao Ministério da Saúde. As diversas unidades estão a cargo das cinco Administrações Regionais de Saúde⁵ do

⁵ A Administração Regional de Saúde é responsável por uma determinada área geográfica,

Continente, sendo por isso a sua gestão descentralizada. O Ministério da Saúde, enquanto departamento governamental, tem a si inato uma função de regulamentação, fiscalização, financiamento, acompanhamento, apreciação, auditoria e o papel fundamental de garantir a utilização e aplicação sustentável dos recursos. O Ministério da Saúde tem ainda a incumbência de gerir o subsistema da administração pública, assim como regulamentar e fiscalizar os serviços prestados pelo sector privado.

É possível afirmar que o SNS é uma entidade que sendo uma única instituição agrega várias funções, várias teias de relações e profissionais e que se afigura como a instituição primordial do sistema de saúde português. É ele que integra os cuidados de saúde que passam não somente pela prevenção de doença e promoção de saúde mas também pelo diagnóstico, reabilitação e tratamento. São variadas as instituições e profissionais que prestam cuidados de saúde em Portugal. As entidades que mais vulgarmente citamos como uma fonte de cuidados de saúde são os hospitais. Além destes, existem os centros de saúde, onde estão os médicos de família, que se afiguram como entidades prestadoras de cuidados de saúde primários (Barros, 2013:12). Fruto de algumas alterações, nascem a partir de 2005 os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), as Unidades de Cuidados de Saúde Primários (UCSP) e as Unidades de Saúde Familiares (USF) mais reduzidas que os centros de saúde e que têm como objetivo delimitado primordial chegar mais facilmente às populações. A par das entidades que se encontram na primeira linha de tratamento e contacto entre profissionais e utentes, o SNS dispõe ainda de unidades de gestão. De forma sucinta, o SNS recebe verbas do OE que devem ser utilizadas de forma a garantir acesso a cuidados de saúde a todos os indivíduos. Estas verbas são canalizadas para a gestão de unidades de saúde, compra de equipamentos e contratação de pessoal. A sustentabilidade deste serviço é também possível pela via de obtenção de receitas próprias, como a aplicação de taxas moderadoras, e pela via da venda de serviços a outras instituições (subsistemas de saúde e seguradoras). Por sua vez os cidadãos contribuem para a sustentabilidade e financiamento do setor pela via de pagamento de impostos.

Segundo a Fundação para a Saúde- Serviço Nacional de Saúde – o setor de saúde público é composto por três componentes/funções essenciais: ser um seguro de saúde aberto a todos os cidadãos e assente em três pilares basilares a solidariedade, a

sendo responsável pela coordenação e prestação de cuidados de saúde nessa área. A sua actuação e gestão nunca pode ser descurada das normas orientadoras emitidas pela Ministério da Saúde. A constituição dos conselhos de administração regional de saúde são definidas por lei.

previdência e a universalidade. É ainda a entidade responsável por organizar as funções de administração de saúde, sendo: a contratualização de pessoal, a gestão e obtenção de tecnologias de saúde, gestão das instalações físicas onde são prestados cuidados e a responsável por estabelecer compromissos sobre resultados esperados em concordância com os recursos disponíveis. Para além disto, em Portugal o SNS chega aos cidadãos pela via de serviços interligados, afigurando-se em cuidados de saúde primários, em hospitais, infraestruturas de saúde pública (serviços de promoção de saúde) e cuidados continuados (Fundação para a Saúde, 2013). Estas estruturas materializam-se em serviços como, são exemplo, consultas, serviços de urgência, serviços de internamento, planos de vacinação, serviços de informação e apoio ao utente.

Face ao anteriormente citado, é possível deter que o sistema de saúde público é um sistema de saúde para todos os cidadãos portugueses. No entanto, não são somente os cidadãos com nacionalidade portuguesa os que podem usufruir do acesso a cuidados de saúde. A lei de bases da saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) refere que são beneficiários do SNS todos os cidadãos de nacionalidade portuguesa, cidadãos de Estados membros das Comunidades Europeias (mediante as normas comunitárias aplicáveis), todos os cidadãos de nacionalidade estrangeira que residam em Portugal e cidadãos apátridas que residam no território português.

Os cidadãos são acompanhados e protegidos por um estado providência que se prontifica a combater as desigualdades sociais flagrantes garantindo o acesso a condições mínimas de sobrevivência, incidindo também sobre a saúde.

CAPÍTULO II - A CRISE FINANCEIRA, ECONÓMICA E SOCIAL PORTUGUESA

E AS MEDIDAS ADOTADAS FRUTO DO RESGATE ECONÓMICO INTERNACIONAL

2.1 - Contextualização temporal da crise em Portugal

Há uma tendência eminente de responsabilizar os anteriores governos pela situação degradante do país. Portugal não é exceção. Cada vez que um governo toma posse, o anterior é indicado como o causador de situações, obras e medidas menos favoráveis. Para quem forma governo, as condições, o país e o mundo não poderiam estar melhor (Mamede, 2015:13). No entanto, a crise que deflagrou em Portugal em 2008 não pode ser unicamente justificável com uma má governação anterior nem com a máxima de que os portugueses “andaram a viver acima das suas possibilidades” (Mamede, 2015: 16). Portugal vivencia desde, sensivelmente, 2008 uma situação de crise cujo processo de tentativa de recuperação implicou a negociação e subscrição de um memorando de entendimento entre organizações externas (FMI, BCE e CE) e o Governo. Assim, a 7 de Abril de 2011 Portugal preparava-se para ser mais um dos estados-membros da União Europeia (UE) a pedir auxílio e ajuda financeira internacional, recorrendo aos três credores internacionais anteriormente citados, pela terceira vez na história recente de Portugal. Salienta-se que mesmo antes de um pedido de resgate externo e quando Portugal se viu a braços com uma situação de crise, o governo em funções implementou um conjunto de medidas⁶ de forma a ser reduzida a despesa pública.

Muitas foram as medidas adotadas no memorando de entendimento que visaram a redução da despesa pública, maioritariamente através da redução de pessoal, que aprofundaremos mais adiante no presente documento. As medidas inerentes ao documento seguiam, muitas delas, a regra da austeridade como forma de restabelecer o equilíbrio das contas públicas e a sustentabilidade do sistema bancário. Apesar de ser no ano de 2008 que a instabilidade financeira despolto, foi só em 2011 que Portugal atingiu o pico da crise financeira, ficando a escassos passos da bancarrota. De forma a apostar na recuperação económica do país a Troika financiou em 2011 um programa de

⁶ Este conjunto de medidas designado por Programa de Estabilidade e Crescimento (PEC) que essencialmente pretendem reduzir o défice orçamental, coordenar a política orçamental e a manter saudável as finanças do país. Em Portugal foram implementados o PEC I, II e III.

assistência no valor de 78 mil milhões de euros. Daí, surge um memorando de entendimento monitorizado, regularmente, que delineava uma ação conjunta para a redução da dívida pública e o aumento da competitividade de Portugal.

Os cortes nos serviços sociais públicos foram um dos enfoques das medidas impostas pela Troika com vista à redução das despesas. Estes serviços ao seguirem as coordenadas da austeridade e ao implementarem as suas políticas tiveram de fazer face a uma procura cada vez mais significativa utilizando os mesmos, ou menos recursos do que os utilizados anteriormente. A redução de pessoal e as políticas de austeridade cada vez mais severas aplicam-se a áreas de intervenção muito sensíveis, como a da saúde. O racionamento de medicamentos, o encerramento de maternidades ou de serviços permanentes são medidas usadas reduzir custos. No entanto esta moeda tem duas faces, é preciso entender e analisar conscientemente o impacto negativo que esta racionalização de custos poderá ter na sociedade e nos dependentes dos serviços públicos de saúde, flagelando cada vez mais as desigualdades sociais, o que coloca aqui em questão a acessibilidade e equidade de que falávamos no capítulo anterior. Não são tidas em consideração as questões que os cortes irão suscitar, apenas não se olha a meios para que as reduções e as poupanças geradas com elas seja cada vez mais para ter crescimento económico e menos dívida pública. Isto gera a curto prazo um desagrado crescente na população que necessita aceder a serviços essenciais, que são cada vez mais escassos. O reconhecimento, cada vez mais acentuado, de necessidades e desigualdades acarreta disfunções notórias na sociedade, um enfraquecimento da coesão social e uma dissipação do potencial crescimento económico (Mamede, 2015: 16).

As razões desta crise remontam a períodos anteriores. O primeiro resgate económico do FMI a Portugal remonta a 1977, na presidência de Ramalho Eanes, não sendo envolto de grande polémica e mediatismo. Os motivos que despoletaram o pedido de ajuda foram essencialmente a elevada taxa de desemprego, desvalorização da moeda e inflação. No início de 1980 a Europa encontrava-se num período de sucessivas crises internacionais, e em poucos anos Portugal viu-se coagido a solicitar pela segunda vez apoio financeiro devido a uma quebra nas contas externas. É então em 1983 que Portugal recorre ao FMI. Foi uma intervenção que se estendeu a um período de dois anos. Esta intercessão de organismos externos e as respetivas medidas a ela associada, complicaram ainda mais a situação económica de alguns portugueses que até lá viviam já em situação de pobreza, ficando à data numa situação de extrema pobreza (Mamede, 2015: 22). A situação inverteu-se em meados de 1986 aquando da eliminação de algumas barreiras ao

crédito tornando mais acessível o consumo de bens e de investimento das famílias. É também em 1986 que Portugal se agrega à agora denominada UE e a consequente criação do mercado único europeu permitiu que entrasse no país avultados investimentos estrangeiros. Além de todos estes pontos que colocavam o país numa situação financeira mais confortável, a quebra do preço do petróleo e o dinamismo de economias internacionais auxiliaram a economia portuguesa na recuperação do crescimento. A par disso o governo investia, juntamente com o apoio de fundos europeus, em infra-estruturas e em políticas sociais. Portugal parecia deixar para trás os anos de instabilidade económica e os portugueses já vislumbravam tempos de algum conforto e essencialmente, de estabilidade. A par e passo a sociedade ia-se alterando, verificando-se recorrentemente aumentos na taxa de consumo. O desejo de consumir e de ostentar riqueza tomava nesta época, o foco central do povo ao passo que se acentuavam e vincavam as desigualdades sociais (Mamede, 2015: 23/24). Um desequilíbrio entre a oferta e a procura, originando tensão entre as entidades produtoras e generalizando o aumento dos preços, denominada por inflação e a prioridade atribuída ao controlo da mesma, fez com que se verificasse um aumento da taxa de desemprego e um arrefecimento da economia, a partir do ano de 1992. É em 1992 que Portugal assina o Tratado da União Europeia/Maastricht que juntamente com ele instaura a União Económica e Monetária. O caminho percorrido desde a década de 90 mostra-nos que a integração monetária de Portugal gerou alguns choques, na medida em que coincidiu com modificações a nível europeu e global, com a adesão da China à Organização Mundial do Comércio e com o alargamento da UE a países de Leste. (REIS, 2013: 15).

Questões como a crise financeira internacional (2008-2009) apresentam-se também como um factor inerente à mais recente crise portuguesa, uma vez que os efeitos dessa se fizeram sentir em diferentes países e em economias que se apresentavam mais frágeis. Com a crise económica e com a posterior entrada de organismos externos para restabelecer a economia portuguesa, foi sempre transmitido aos cidadãos que haveria cortes necessários a fazer para que a restituição financeira do país fosse alcançada. No entanto, será a privação material, o desemprego e instáveis condições económicas, falências, emigração e aumento das desigualdades uma condição necessária e correcta para o reajustamento económico do país? Em momento algum pode ser descurado que não foi por sufrágio, por voto do povo, que a intervenção da Troika e as respetivas medidas foram tomadas.

Indicadores como a dívida pública portuguesa e a dívida externa são motores

centrais para que se entenda o que desencadeou a crise económica portuguesa. Até o ano de 2007 a dívida pública portuguesa encontrava-se, sem grandes oscilações, dentro dos parâmetros médios da Zona Euro e como podemos analisar pelo seguinte gráfico. Até 2007 os valores entendiam-se como aceitáveis e os juros associados a essa dívida encontravam-se também dentro da média da UE. Entre 2008 e 2012 a dívida pública crescia anualmente mais de 10 pontos percentuais.

Administrações Públicas: dívida bruta em % do PIB

Rácio - %

Anos	Dívida bruta em % do PIB	
	Zona Euro (19 Países)	Portugal
2005	69,2	67,4
2006	67,3	69,2
2007	64,9	68,4
2008	68,5	71,7
2009	78,3	83,6
2010	83,8	96,2
2011	86,0	111,4
2012	89,3	126,2
2013	91,1	129,0
2014	92,1	s 130,2
2015	90,8	s 128,9

Administrações Públicas: dívida bruta em % do PIB

Fontes de Dados: Eurostat | Entidades Nacionais - Contas Nacionais Anuais
Eurostat | Institutos Nacionais de Estatística - Contas Nacionais Anuais
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2016-05-27

Tabela 1 - Dívida bruta em % do PIB - zona euro e Portugal

O real problema centrava-se na dívida externa⁷. Portugal assumia valores realmente preocupantes no que respeita à dívida pública, crescendo exponencialmente todos os anos.

⁷ Denomina-se por dívida externa o montante que um determinado país tem em falta para com outros países, bancos estrangeiros e entidades financeiras internacionais, como sendo o FMI. O aumento deste indicador pode não se justificar apenas pelas opções e comportamentos dos países credores e dos países que recorreram a ajuda. A dívida externa pode ser agravada por fatores como “conjuntura internacional: aumento do preço do petróleo, aumento das taxas de juro, recessão mundial, queda dos termos de troca, valorização do dólar”. (Soares, 2008: 89)

O facto de um país ter níveis elevados de dívida a outros países, origina que áreas sensíveis como a saúde, a educação e saneamento básico fiquem comprometidas por uma fraca possibilidade de investimento (Soares, 2008: 89). Portugal tinha essencialmente dívida externa, sobretudo dívida privada, essencialmente por parte dos bancos. Essa dívida colocava Portugal no topo dos países da zona euro com uma maior elevada taxa de dívida externa. Tratava-se de uma dívida contraída por países do sul com o conhecimento dos países de norte e centro da Europa. A crise financeira dos Estados Unidos da América e o consequente disseminar da crise aos sistemas bancários e financeiros europeus originaram que alguns países endividados, como Portugal, perdessem acesso aos mercados e apresentassem dificuldades de liquidez. Face a estes problemas, o Estado viu-se obrigado a intervir devido à forte possibilidade dos bancos não honrarem os seus compromissos. Com esta intervenção estatal, o que era essencialmente uma dívida privada rapidamente transformou-se como pública. É nesta altura, a partir de 2007 que Portugal começa a evidenciar graves problemas de dívida soberana (Oliveira:2015).

O Tratado de Lisboa reconheceu, aquando da sua assinatura em 2007, o Conselho Europeu como uma nova instituição, com presidente, e passou a implementar-se um procedimento de codecisão. O Parlamento Europeu viu também, com este tratado, a ser alargada a sua participação no processo de legislação. Assim, numa situação de instabilidade os estados-membros vêm-se coagidos a adotar as medidas impostas pela Comissão Europeia. A UE passa a ter uma influência reforçada na política orçamental dos estados-membros, enviando recomendações anuais aos governos nacionais. (Soares, 2015: 82 e 83). Com este tratado é conferido à UE personalidade jurídica e com ela várias competências em diversas áreas. De uma forma muito sumária porém explicativa, uma vez que não é meu intuito estudar o tratado de Lisboa à exaustão, é possível perceber que deste acordo foram reforçados os poderes conferidos à Comissão Europeia e ao Parlamento Europeu. Deste mote, a Assembleia da República Portuguesa perdeu, com esta delegação de poderes, autoridade em áreas fundamentais. Uma das funções do Conselho Europeu e do PEC é a de controlar o défice público, o que evidencia consequências diretas a nível do acesso em saúde fáceis de identificar, como o menor investimento público e o desemprego.

No que diz respeito à saúde, e que aqui pretendemos esmiuçar, o artigo número 168, nº2 do título XIV do tratado sobre o funcionamento da UE delimita que os estados coordenarão juntamente com a Comissão Europeia os planos, programas e domínios para que exista proteção na saúde. É salvaguardado também neste documento que a Comissão

pode tomar e definir toda e qualquer iniciativa e orientações para atingir o proposto na primeira alínea deste artigo: um elevado nível de zelo da saúde dos indivíduos dos estados-membros. Portugal, e os governos em posse, vêem assim a sua margem de manobra, autonomia e tomada de decisão reduzida, não somente com o Tratado mas também com o PEC e agravada com o pedido de resgate económico. Assiste-se a uma economia contraída e à mercê de acontecimentos e organismos externos (Reis, 2013: 12).

Uma das críticas apontadas, e que conduziu o país a uma situação de crise, foi a incapacidade (explicada por alguns dos fatores acima enumerados) em perceber e promover as exigências emergentes de uma passagem de um país coeso para um país de moeda única e de regras europeias (Reis, 2013: 13). Prevalece a ideia de que se fossem tomadas medidas e posições a nível nacional, talvez o desfecho tivesse sido outro e que as principais mudanças estruturais ocorridas não detêm a sua explicação na conjuntura económica portuguesa mas sim no processo de integração europeia. Por sua vez esta integração amputou em parte alguns instrumentos fulcrais da política pública nacional (Reis, 2013: 13).

Portugal não conseguiu, autonomamente, resolver estas questões de dívida e dessa forma viu-se coagido a recorrer a organismos externos para obter crédito mediante o compromisso de cumprir um leque de medidas e reformas impostas pelas instituições credoras. A crise, e as medidas apontadas pela Troika para a superar, atingiram setores como a saúde impondo-se uma questão “ *Será que as medidas apontadas para a saúde são medidas que regem e regram o SNS ou, pelo contrário, são apenas medidas que conduzirão a uma degradação dos serviços coletivos públicos?* ”. Aprofundaremos esta questão em capítulos posteriores.

Os impactos dos cortes e políticas de austeridade originam uma significativa redução dos direitos sociais em saúde. É esperado das políticas públicas e das medidas sociais que os cidadãos adquiram direito de aceder, a título gratuito ou a preços reduzidos/subsidiados, não somente a cuidados de saúde mas também a educação, transportes, habitação, serviços sociais e outras atividades de cariz cultural e de ocupação de tempos livres.

2.2 – Efeitos da crise e da austeridade no SNS

O memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política económica (MECPE) ditou uma série de regras, objetivos e cortes que deveriam ser aplicados em várias áreas da economia.⁸

O objetivo geral que emerge deste acordo entre entidades nacionais e internacionais é o de aumentar as receitas diminuindo as despesas. No que diz respeito à saúde, as diretrizes gerais destes documentos apontam para reduções e reestruturações nos seguintes planos: *financiamento, participação de medicamentos e formação de preços, prescrição e monitorização, farmácias e grossistas de produtos farmacêuticos, aprovisionamento e centralização de compras, cuidados de saúde primários, serviços hospitalares, Autoridades Regionais de Saúde (ARS) e serviços transversais.*

O Estado deve comprometer-se, com este acordo, reduzir a despesa orçamental com os subsistemas de saúde da administração pública (ADSE e ASD) e com o SAM (sistema que cobre o pessoal do sistema bancário). Estes subsistemas de saúde devem tornar-se entidades auto-sustentáveis até ao final de 2016.

A 27 de Junho de 2012 foi previsto no MECPE que 375 milhões de euros deveriam ser poupados através da redução de despesas na área da saúde. (Quarta atualização do MECPE, 27 DE Junho de 2012). Esta poupança deveria ser alcançada através essencialmente da incidência de políticas para os medicamentos, reduzindo a despesa pública global para 1,25% do PIB. Era ainda pretendido uma poupança nos custos operacionais dos hospitais, incentivar o uso eficiente e eficaz dos serviços, definir um plano de intervenção para regularizar os pagamentos em atraso além de racionalizar os serviços de saúde e as despesas dele decorrente. Estes objetivos, bem como os patentes no memorando de entendimento na área da saúde, só serão possíveis de alcançar se o governo adotar medidas de reforma do sistema de saúde. O extenso documento agrega a

⁸ Este acordo, instituído pelo governo português e autoridades como a Comissão Europeia (CE), o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), em Maio do ano de 2011 deu origem a dois memorandos principais, um estabelecido com a CE e o BCE e outro com o FMI. Na realidade os objetivos que constam em ambos os documentos são similares, no entanto o documento da CE e BCE é um documento com mais detalhe e é aquele a que habitualmente ouvimos chamar de Memorando de Entendimento (Mde). São a estas três entidades (CE, BCE e FMI) que incumbe regularmente avaliar, bem como monitorizar, a evolução, os resultados das políticas/programa e avaliar a situação económica e financeira do país.

si um desfile de medidas que se enquadram em categorias e áreas como:

1. Financiamento;
2. Comparticipação de medicamentos e formação de preços;
3. Prescrição e monitorização;
4. Farmácias e grossistas de produtos farmacêuticos;
5. Aprovisionamento e centralização de compras;
6. Cuidados de saúde primários;
7. Serviços hospitalares;
8. Autoridades Regionais de Saúde (ARS);
9. Serviços Transversais.

Como tal e à semelhança dos organismos externos, agrupei as medidas em áreas de especial enfoque e nas quais pretendo centrar a minha discussão, sendo elas: as reformas estruturais, medidas de redução de profissionais e de custos materiais, medicamentos, taxas moderadoras e informatização dos serviços.

Um dos objetivos primordiais do memorando de entendimento, e do acordo que lhe deu origem, é fundamentalmente equilibrar as contas públicas e implementar medidas e estratégias para que não sejam criadas mais dívidas e sejam liquidadas as atrasadas, introduzindo rigorosos procedimentos de intervenção.

O memorando foi sendo, periodicamente, alvo de avaliação de forma a serem constatados eventuais desvios ao acordado. Qualquer alteração ao inicialmente delineado deveria ser obrigatoriamente reportado à Troika que avaliaria a sua pertinência.

É então apresentado ao país, por via do MECPE que as taxas moderadoras deveriam ser revistas. Esta revisão do regime e aumento das taxas aparecia indexado nas medidas de financiamento e era pretendido: um aumento da taxas moderadoras em alguns serviços (salvaguardando que os custos associados a estas taxas eram menores nos cuidados de saúde primários do que os associados a consultas de especialidade e urgência), revisão das isenções e pretendia-se ainda legislar a indexação das taxas referentes ao SNS à inflação.

As medidas adotadas referentes à prescrição e monitorização passaram por aumentar a prescrição de medicamentos genéricos e de marcas menos dispendiosas,

reduzir as barreiras administrativas/legais para acelerar a comparticipação e um maior uso de genéricos, bem como emitir normas de orientação para a prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico. Para um maior controlo das contas e de forma a obter poupanças por via das farmácias e grossistas de produtos farmacêuticos, o Governo deveria criar/aplicar uma nova legislação para regular as atividades dessas instituições e apresentar um relatório onde conste as poupanças obtidas, bem como os resultados dos valores de lucro obtidos pelos grossistas e farmácias. A par disto, as questões com fármacos afiguravam-se em medidas direcionadas para a comparticipação de medicamentos e formação de preços, visando a redução em 50% do preço dos medicamentos, assim que expirasse a patente. Além disto o Ministério da Saúde deveria ser responsabilizado na íntegra pelos preços dos medicamentos, bem como estes devem ser revistos e a despesa com eles deve ser monitorizada mensalmente. O Governo cumpriu as medidas referentes à prescrição de medicamentos, instituindo um regime de prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) e instituiu que a prescrição médica não fosse baseada na marca do fármaco. Aliado a isto, foram removidas as barreiras existentes à entrada de genéricos assim como o desbloqueio judicial das patentes (ESAME, 2014: 83). As medidas delimitadas e inerentes ao memorando, deram origem a que o Governo estabeleceu-se um novo leque de países de referência para comparar preços de fármacos de marca, assim como foi desenvolvido o Formulário Nacional de Medicamento para que fosse assegurada uma maior equidade nos cuidados prestados aos doentes e fossem corrigidas situações de acesso desigual (ESAME: 2011: 83). Apesar de as medidas referentes à prescrição e monitorização de medicamentos serem medidas de carácter estrutural, foram cumpridas. A despesa com medicamentos, sensivelmente desde à uma década, que contribuiu em grande escala para a despesa com saúde (Alves, 2011: 26). Pode dizer-se que no que respeita a esta área, os objetivos traçados foram implementados com sucesso, muito devido ao facto de a introdução de genéricos no mercado se traduzir como um importante foco de poupança que é ampliada sempre que outros produtos perdem os seus direitos de exclusividade devido à expiração das respetivas patentes (Alves, 2011: 36). Há assim um consenso que as medidas referentes aos medicamentos têm a si agregado um objetivo que o governo prosseguiu com o memorando, a obtenção de poupança. Alguns autores vão mais longe e referem que para além deste interesse maior do Governo, existem outros que ultrapassam “as questões orçamentais da despesa com a saúde e medicamentos. Os medicamentos genéricos constituem também um instrumento na promoção da concorrência no sector farmacêutico, inovação e novos

empregos na UE (União Europeia) ” (Alves, 2011: 27).

A redução de pessoal incide, na área da saúde e a par com linhas gerais do documento, na adoção de procedimentos de forma a reduzir os custos operacionais nos hospitais, através da racionalização dos serviços e da diminuição de cargos dirigentes assim como assegurava uma escolha mais transparente dos órgãos de presidência e da administração hospitalar. Também foi um propósito destas medidas a apresentação anual de um inventário de todos os profissionais de saúde, o aumento da mobilidade dentro das várias ARS, a revisão das remunerações e dos horários de trabalho que se deveriam tornar mais flexíveis.

A informatização dos serviços, assumia-se como um bom mote para controlar a informação, mas também para racionalizar desperdícios. Assim o documento delineava que deveriam ser unidos esforços para atingir uma plena interoperabilidade dos serviços informáticos para que fosse possível à Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) comparar e recolher informação sobre a atividade dos hospitais. Pretendia-se ainda um *downsizing* de serviços hospitalares com vista a uma reorganização e racionalização dos serviços. No caso dos serviços transversais, este memorando perpetuava que fosse concluído o sistema de registo eletrónico de saúde, assim como deveria ser garantido o acesso a todas as informações e serviços de cuidados de saúde.

As reformas estruturais são aquelas que podem originar uma maior implicação na acessibilidade. A nível dos cuidados primários é pretendido um aumento das USF, sob a forma de estas serem mais acessíveis e flexíveis para os utilizadores por oposição aos centros de saúde. A nível da reorganização do sistema hospitalar a questão da acessibilidade é mais acentuada, uma vez que o encerramento de muitos serviços e serviços de urgência, pelas mais diversas condicionantes, podem afetar o acesso a cuidados. O grosso número de instituições hospitalares que prestavam os mesmos serviços e especialidades passam a ser encaradas como um desperdício de recursos e que desde logo o memorando se propôs a combater. O ajustamento da oferta hospitalar regional tendo em consideração os novos hospitais construídos em regime de Parcerias Público-Privadas (PPP), a reorientação das atividades de alguns hospitais e a reestruturação e transplantação dos serviços de urgência são medidas primordiais do memorando. Em termos de cuidados de saúde primários, é esperado que o Governo consiga reduzir o recurso desnecessário por parte dos utentes a serviços de urgência ou consultas de especialidade. Garantir médicos em áreas mais carenciadas e aumentar o número máximo de doentes distribuídos por médico de família são também apontadas como medidas de reestruturação necessárias.

Alia-se a estas medidas ainda, o facto de os recursos humanos dos hospitais serem transferidos para os centros de saúde.

A atualização do MECPE de 14 de Outubro de 2012 vem seguir as mesmas diretrizes do anteriormente citado, acrescentando porém o ponto de que deverão ser melhoradas a relação custo-eficiência e sustentabilidade orçamental e que Portugal apresentava, até à data do memorando, uma procura interna privada fraca (Atualização MECPE: 2012).

No final do ano de 2012, a última atualização do memorando dessa data (20 de Dezembro) veio anunciar que a política para equilibrar o orçamento de estado para 2013 consistiria em reduzir o número de efetivos na administração pública e reduzir em 180 milhões os gastos relacionados com a saúde, fruto de uma maior racionalização dos recursos e reforma na área da medicação. A atualização de 27 de julho de 2012 é acrescentado que em relação à prescrição de farmacológicos, pretendia-se ainda celebrar acordos com profissionais de saúde do sector privado, com o fim último de que estes passem a cumprir as normas de prescrição aplicadas ao SNS, aumentando assim o uso de medicamentos genéricos.

A primeira atualização do MECPE de 2013 traz com ele algumas modificações. É feita a ressalva no início deste documento que se pretende minimizar o impacto da consolidação das medidas/políticas nos grupos mais vulneráveis da população. É reforçada a ideia de que haja uma redução do número de trabalhadores do sector público, que sejam aumentadas as contribuições dos beneficiários para os subsistemas de amparo na doença. Neste documento, sendo as mesmas diretrizes em que incidem as políticas de austeridade, são incluídas medidas no âmbito de:

- *Taxas moderadoras*: pretende-se melhorar o sistema de faturação e de cobrança das taxas moderadoras do SNS, os subsistemas de saúde deverão ser afetados por via de uma redução do custo orçamental total devendo tornar-se auto-sustentáveis.

- *Medicamentos*: redução dos preços, caso se venha a verificar um desvio das metas objetivadas para 2013, de 50% dos medicamentos já vendidos no mercado há mais de 15 anos. E ainda, aumentar a venda e prescrição de medicamentos genéricos para 45% do total de produtos vendidos/comparticipados pelo SNS.

- *Reformas estruturais*: Aumentar a concorrência entre o sector público e o sector privado, no que respeita a tabelas de preços aplicadas nas áreas de hemodialise,

reabilitação e cuidados. É intento das medidas que haja, nesta área, uma revisão do sistema de incentivos de desempenho, bem como continue a existir um crescimento de UCSP de forma a assegurar que a prestação de cuidados oferecidos por estas unidades seja mais eficiente e eficaz.

- Quanto às *medidas de redução de pessoal*, o memorando contempla ainda que anualmente deverá ser atualizado o inventário de profissionais de saúde e de recursos humanos, bem como a sua afetação ao longo do anos. Por último, acrescenta ao primeiro documento que, deverão ser revistas as tabelas remuneratórias das horas extraordinárias e promover novas diretrizes para aumentar a mobilidade dos profissionais dentro das ARS.

- É esperado ainda que no que respeita à *informatização de dados* que seja dada continuidade ao registo de saúde eletrónico e garantir de forma igualitária o acesso a todos os serviços pertinentes de cuidados de saúde.

2.3 - Medidas cumpridas no âmbito do memorando de entendimento

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde em 2011, e perante a situação de crise económica e financeira vivenciada no território português, já alertava para que a evolução do sistema de saúde e a saúde dos portugueses fosse afetada pelo contexto de crise. Esperava-se que os tempos vindouros se assumissem como imperativos para perceberem o desenrolar do contexto e possíveis situações a serem superadas (OPSS: 2011: 42).

Retratamos até este ponto as medidas e consequências de uma crise que, segundo o Eurostat, que podem levar meses ou anos para se manifestarem. (Eurostat, 2010).

O OPSS foi também reportando desde sensivelmente 2010 que Portugal não dispõe de sistemas de saúde capazes de responder eficazmente aos desafios agregados a uma crise financeira, social e económica (OPSS, 2011:51). O Orçamento de Estado para o ano de 2011 já previa uma redução de financiamento para o Ministério da Saúde o que originaria que face aos recursos disponíveis seria necessário continuar a garantir os mesmos índices de acesso e qualidade como forma de atender essencialmente às necessidades dos cidadãos. Em suma, com este corte no OE seria esperado que com menos recursos fosse realizado o mesmo que outrora (OPSS, 2010: 70). A este corte de 13% no orçamento foram acrescentadas ainda as medidas do memorando de entendimento. Este acordo, por diversas razões, significou um grande desafio para Portugal. Além da redução de recursos e da intervenção incisiva de instituições externas, a tomada de posse de outro governo fez com que a incerteza e instabilidade fosse crescente em Portugal. Numa perspetiva mais otimista, era expectável que uma situação de crise fosse também uma situação de superação e que as adversidades se transformassem em oportunidades. As repercussões de uma crise dependem sempre da sua intensidade, das oportunidades e das respostas alcançadas.

Longas foram as medidas inerentes ao acordo de Portugal com o FMI, BCE e CE. E longas foram também as medidas que ora eram cumpridas no tempo estipulado, ora eram parcialmente cumpridas ou não eram alcançadas⁹. É desde logo importante salientar que não são apenas as medidas direcionadas para a saúde, e que no presente documento descrevo mais detalhadamente, que afetam o sistema de saúde e o acesso a ele. O desemprego, empobrecimento, endividamento e por consequência menor disponibilidade

⁹ As medidas referentes à saúde e que constam no capítulo anterior encontram-se resumidas, em tabelas, em anexo bem como o seu estado de execução.

financeira advinda de outros cortes e medidas são também condicionantes ativas para o acesso a cuidados de saúde (OPSS, 2012: 26). E para lá das medidas e cortes está também implícito o facto de Portugal se assumir como um país com um sistema de saúde estruturado, porém com problemas de financiamento no que diz respeito aos gastos *per capita* em cuidados de saúde (OPSS, 2012:30).

Foi possível constatar em capítulos anteriores que o memorando não contemplava uma análise do impacto da crise, ao passo que, também não abordava medidas de sustentabilidade financeira do SNS. Dessa forma, o facto de não existir uma análise prévia do que as medidas podem originar aliado a uma crescente contenção da despesa chocou claramente com a qualidade e acessibilidade (OPSS, 2012:30).

O programa de ajuda duraria três anos, terminando a intervenção da Troika em Maio de 2014. No entanto, o termo do programa foi adiado por um ano cessando em meados de 2015. Mais do que ultrapassar a situação de crise, o memorando tinha como intuito resgatar a competitividade da economia, colocar o país numa situação capaz de contornar os desequilíbrios externos e de corresponder aos compromissos.

As revisões dos memorandos, que aconteciam trimestralmente, visavam avaliar o cumprimento das medidas a ser implementadas até ao final do trimestre anterior. Os meios de comunicação social foram dando a conhecer todo o processo de resgate e as respetivas medidas que foram cumpridas, as que foram parcialmente cumpridas e as que o Governo não conseguiu cumprir surgindo muitas notícias acerca deste assunto na comunicação social. Cada falha e cada meta que não era atingida era assinalada por estes órgãos com o objetivo de dar a conhecer à sociedade civil as medidas em vigor. Além desta fonte de difusão de informação no dia 11 de Junho de 2011 foi dado a conhecer ao país, através de uma publicação em Diário da República, a criação de uma estrutura denominada de Estrutura de Acompanhamento dos Memorandos (ESAME) que vigoraria até 2014. No Diário da República, na resolução da assembleia nº112/2011 é referido nos termos do nº5 do artigo 166.º da Constituição, que esta estrutura teria por objeto “*o acompanhamento da implementação das medidas e do cumprimento dos objectivos definidos no âmbito do programa de assistência financeira a Portugal.*” A missão da estrutura incidiu essencialmente em dois pontos principais: acompanhar, juntamente com o Ministério das Finanças, o cumprimento atempado das medidas assumidas pelo Estado e servir de elo de ligação (em temáticas como a execução técnica das medidas acordadas) entre o FMI, o BCE, os representantes da UE e o Governo português. É esta mesma estrutura que publica uma lista extensiva das medidas que foram cumpridas no âmbito do memorando. Não

obstante, este capítulo não tem como intuito analisar globalmente as medidas cumpridas mas, sim debruçar-se sobre as metas atingidas na área das reformas estruturais na saúde, redução de pessoal e custos materiais, medicamentos, taxas moderadoras e informatização dos serviços sendo por isso aqui apenas elencadas as medidas referentes a essas áreas.

Relativamente às *taxas moderadoras*, esta questão suscitou diversas opiniões e questões. Afiguram-se como taxas moderadoras os pagamentos realizados pelos cidadãos ao utilizar um serviço, não sendo essa a sua natureza que apenas pretende regular o acesso. As taxas moderadoras em nada deverão contribuir para o financiamento, sendo que diversos países da UE erradicaram as taxas moderadoras após uma análise minuciosa que esclarecia que os custos administrativos associados à cobrança de taxas em nada contribuíam para a poupança (OPSS, 2013: 36). A situação de maior empobrecimento das famílias, consequência inerente à crise, associado ao pagamento de prestação de cuidados, dificulta a acessibilidade e por consequência direta os estados de saúde (OPSS, 2013:27).

Barros (2013), citado no OPSS de 2013 postula que o aumento e alteração de taxas moderadoras incidiu em dois pontos primordiais e que necessitam de análise. Equaciona-se que o aumento das taxas moderadoras pode reduzir a acessibilidade a cuidados. Não obstante, verifica-se que este aumento é acompanhado de um crescimento do número de indivíduos abrangidos por um regime de isenção ao pagamento de taxas moderadoras (OPSS, 2015: 57). A medida primordial do memorando, e que foi cumprida, nesta área prendia-se com a revisão das taxas moderadoras e posteriormente com um aumento das mesmas. A nível do impacto que esta medida causou, pelo aumento das taxas, reconhece-se que o acesso foi dificultado a cidadãos que não detinham capacidade económica para fazer face a essa despesa. No entanto, a insuficiência económica concede aos cidadãos a isenção do pagamento das taxas. Outra questão importante, apesar de toda a polémica envolvida, foi que esta medida combateu o recurso desnecessário a cuidados de saúde possibilitando assim um uso mais regrado. A seguinte tabela mostra, segundo dados mais recentes da ACSS, o número de isenções atribuídas em Portugal e cuja maior percentagem pertence a categorias de doentes que evidenciam insuficiência económica pelo que acreditasse que apesar do aumento das taxas moderadoras as dificuldades económicas não foram um entrave porque as isenções cobriam os custos.

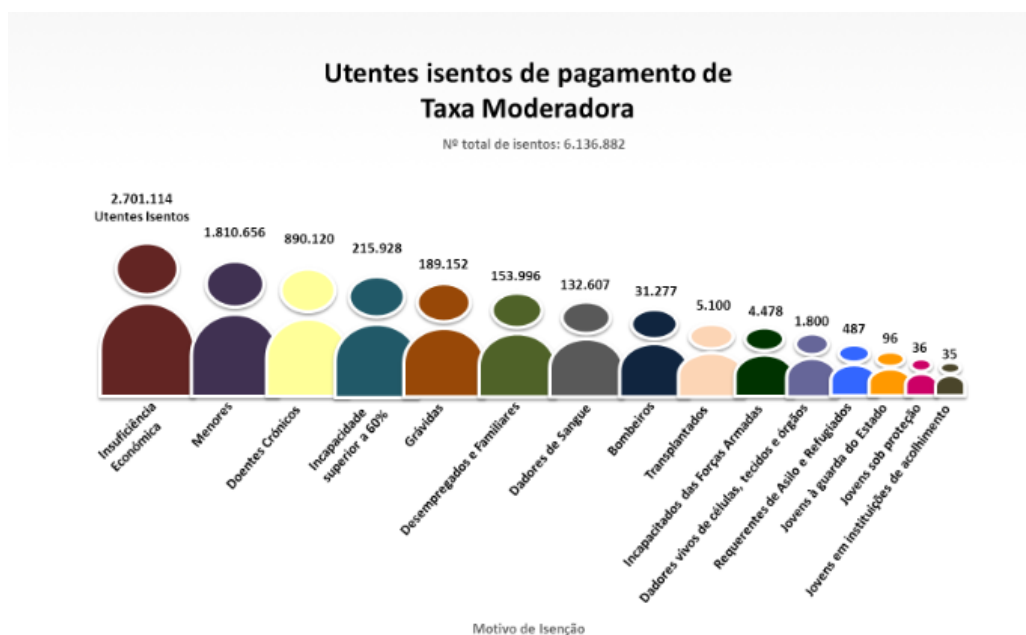


Tabela 2 - Utentes isentos de pagamento de taxas moderadoras

A questão dos *medicamentos* sempre foi uma área alvo de medidas e intervenções por parte do governo e não foram esquecidas na lista do memorando. Mesmo antes da intervenção de organismos externos, no ano de 2010, o governo já tinha assinalado um leque de medidas cujo efeito tinha sido positivo na contenção de despesas (OPSS, 2013:59). As medidas centram-se, em grosso modo, nos fármacos genéricos. Têm-se observado uma baixa sucessiva dos preços dos medicamentos, ou seja, se os preços diminuem os cidadãos têm um maior acesso. A redução dos preços agregam a si, como aspeto e impacto positivo, a capacidade crescente dos cidadãos acederem a medicação (OPSS, 2013: 27). Só que apesar da diminuição dos preços, o impacto fruto do crescente empobrecimento das famílias leva a que, apesar da diminuição dos preços dos medicamentos, o acesso possa estar comprometido. No entanto, não é apenas na diminuição do preço dos medicamentos, nem do acesso, que as medidas do memorando incidem. Falámos também de outros impactos como os despedimentos na indústria farmacêutica, falência de farmácias e problemas económicos de alguns grossistas (OPSS, 2013: 59). As medidas nesta área focam-se essencialmente em medidas que incidem no lado da oferta e dessa forma, o memorando apostou no crescimento e efetivação de genéricos no mercado. A política e diminuição dos preços em alguns fármacos e a consequente dificuldade de distribuição agregado ao aumento das taxas moderadoras pode conduzir a outro problema de acessibilidade. No controlo da despesa pública, os

medicamentos genéricos são aqueles que mais contribuem para o controlo da despesa (OPSS, 2014: 67). As medidas inerentes a esta área não se cingem exclusivamente à redução do preço dos fármacos, mas também à respetiva comparticipação e ao processo administrativo que envolve (OPSS, 2014:77). A título de mostrar, sucintamente, o impacto que a baixa de preços dos fármacos envolve e a teia de consequências vejamos que o valor de certos medicamentos, o mais baixo até então, levou a que muitos países do Norte da Europa se mostrassem interessados em importar medicamentos fabricados em Portugal (OPSS, 2014: 80). Esta exportação de medicação para outros países reduziu significativamente a acessibilidade dos portugueses aos mesmos (OPSS, 2014: 81), uma vez que a venda a outros países diminuiu o *stock* existente no país originando a redução da capacidade de aceder a certos fármacos por parte dos doentes portugueses. As farmácias viram também a sua margem de lucro diminuída, fruto da redução de preços, colocando muitas farmácias em situações sensíveis ao passo que outras fecharam portas. Segundo a ESAME, as medidas apontadas no memorando neste domínio foram todas cumpridas durante o tempo de vigência do programa de auxílio económico.

No que respeita a *reformas estruturais*, a mais importante e crucial dos últimos tempos na saúde é a reforma dos cuidados primários. As prestações destes cuidados afiguram-se como uma resposta que pode prevenir e responder a estados de saúde e necessidades da população (OPSS, 2013: 82). Com a implementação do programa da Troika foram aumentados o número de UCSP e de USF, salientando que a criação de USF ficou aquém das expectativas. Não podemos afirmar que se trata de uma medida não cumprida, no entanto o número de novas unidades revelou-se insuficiente face às metas estabelecidas. Segundo o presidente da direção da Unidade de Saúde Familiar – Associação Nacional (USF-AN), Bernardo Vilas Boas, apesar das recomendações da Troika em implementar USF o ano de 2012 e os primeiros meses de 2013 observaram-se um menor investimento neste tipo de unidades e mais obstáculos à reforma dos cuidados de saúde (USF-NA: 2016). Só recentemente se verificou um aumento destas unidades. Trata-se de uma medida positiva e cujo impacto, apesar de não ser o esperado, oferece aos cidadãos serviços de maior proximidade e de cuidados de saúde primários sendo por isso uma medida com impacto positivo para os doentes.

No que respeita as medidas elencadas para a *reforma hospitalar*, o relatório da Troika reconhece que a reforma da rede hospitalar não foi cumprida com sucesso. Esta falha deve-se a causas como resistências na reclassificação das instituições hospitalares, na baixa mobilidade dos profissionais, na realocação ou partilha de equipamento e na

centralização de decisões que deveriam ser regionais. Assim, a Troika considera que medidas como ajustamento da oferta hospitalar regional tendo em consideração os novos hospitais construídos em regime de PPP, a reorientação das atividades de alguns hospitais e a reestruturação e transplantação dos serviços de urgência foram parcialmente cumpridas (The economic adjustment programme for Portugal, 2011-2014:78).

A medida correspondente à garantia de médicos em zonas mais carenciadas nunca foi cumprida, assim como a atribuição de médicos de família a todos os utentes. Segundo uma auditoria do Tribunal de Contas de 2014, apesar de a um pequeno número de utentes ter sido atribuído um médico de família, continuam a existir utentes sem a possibilidade de terem um médico que, na ordem dos cuidados primários, o acompanhe (Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários, 2014: 27). Uma medida, tomada após o rescaldo da crise e que se apresenta como uma solução viável e que, em certa medida evita o crescimento do número de utentes sem médico de família, aparece por via do despacho n.º 10440/2016 que refere que a cada nascimento, a maternidade detém agora a obrigatoriedade de atribuir a cada recém-nascido um médico de família, mesmo que os progenitores não detenham (Diário da República, 2.ª série — N.º 159 — 19 de agosto de 2016). Era expeável que a medida de atribuição de médicos em zonas mais carenciadas, principalmente no interior do país, não fosse cumprida uma vez que com as medidas de austeridade, as condições de trabalho dos médicos pioraram assim como não foram alargados os incentivos de fixação de profissionais nestas zonas. Ressalvo que estas condições de fixação em regiões do interior do país sempre foram muito reduzidas, não incentivando os profissionais a abandonar as zonas mais urbanas para exercer em zonas mais rurais. A falta de profissionais nestas áreas origina em termos de impacto uma degradação da qualidade dos cuidados, mas também do serviço público de saúde.

O objetivo do memorando no que incide na *redução de pessoal e de custos materiais* seria gerir mais racionalmente os recursos disponíveis e a sua alocação. Essa boa gestão e racionalização seria o alicerce para a sustentabilidade, neste caso para o sistema de saúde e por consequência para o SNS. O OPSS evidencia que durante o ano de 2012 foram tomadas medidas importantes neste sentido e que contribuíram ativamente para a sustentabilidade do SNS (OPSS, 2013:28). A despesa com pessoal já havia sido reduzida, antes da intervenção de instituições externas, pelo Ministério da Saúde sobretudo entre 2010 e 2012. Esta redução da despesa deveu-se essencialmente à redução de remunerações, inexistência de concursos, extinção dos subsídios de férias e natal no

ano de 2012, as horas extraordinárias não eram pagas assim como a progressão na carreira estava congelada. Esperado seria que estas situações e cortes gerassem indignação por parte dos profissionais que viram na greve, em julho de 2012, uma chamada de atenção. É então pela via desta greve de médicos que os sindicatos e o Ministério da Saúde acordaram uma revisão dos salários, progressão na carreira e abertura de vagas para novas contratações, assim como uma crescente mobilidade dos médicos dentro do SNS e alargamento do número de utentes por médicos de família (Sakellarides *et al.*, 2014). O Governo apostou numa crescente atribuição de responsabilidades de gestão de unidades para o sector privado, aumentando assim a contratualização crescente de serviços e profissionais. Perante estas situações e o corte de benefícios no sistema público verificaram-se elevados números de profissionais que procuraram no sector privado e no estrangeiro melhores condições de trabalho abandonando o sistema público de saúde.

As medidas respeitantes à *informatização de dados*, desde logo se reconheceram como medidas importantes de combate ao desperdício, de eficácia e simplificação na troca de informação mas também de modernização dos serviços o que pode ser também incidir sobre a acessibilidade. Este tipo de iniciativa permite uma maior facilidade no acesso a informação o que permite poupança de tempo, mas também maior organização. Para Pedro Pita Barros, o impacto desta medida prende-se com “a integração da informação entre diferentes prestadores, traduzindo-se numa redução da duplicação de MCDT¹⁰, numa maior eficiência na prestação de cuidados e numa melhoria dos processos de acompanhamento dos doentes” (Barros, 2016).

¹⁰ A sigla MCDT tem tradução como Meios Complementares de Diagnóstico.

CAPÍTULO III - METAS DO MEMORANDO DE ENTENDIMENTO QUE NÃO FORAM ALCANÇADAS E RESPECTIVO IMPACTO NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Foi possível constatar no capítulo anterior que um leque de medidas apontadas pela Troika foram cumpridas. Assim como outras foram cumpridas parcialmente ou não cumpridas na totalidade¹¹. Neste capítulo pretendo focar a discussão essencialmente em algumas medidas que não foram alcançadas no período de resgate financeiro e que acredito que, não menosprezando as outras, implicam uma grave desigualdade em termos do acesso e da equidade que retratava no primeiro capítulo. A primeira medida não conseguiu ser alcançada e continua a repercutir no tempo as desigualdades inerentes a residir numa zona com falta de médicos. Falámos também de falta de médicos de família, que apesar do aumento significativo dos números e de medidas paralelas adotadas ainda se verifica incipiente.

A reforma hospitalar, tema controverso, é um dos temas que se protela e que ainda não viu muitas das questões e medidas aplicadas. São dados pequenos passos nesta área, pelo que o memorando (apesar de não ter cumprido totalmente ao que se propôs nesta área) foi o mote para algumas mudanças.

Entendo que estas medidas são aquelas que também se traduzem em medidas com um maior impacto no acesso aos cuidados de saúde e que a aplicação delas, inevitavelmente necessárias, iria-se traduzir num aumento exponencial de eficiência, eficácia, qualidade, maior proximidade ao cidadão e combate ao desperdício. Assim, pretendo entender e analisar quais os impactos que, essencialmente o não cumprimento delas, geraram nos doentes, nos profissionais e no acesso.

¹¹ As medidas que foram cumpridas, cumpridas parcialmente ou não cumpridas podem ser encontradas resumidamente na secção “Anexos” do presente documento.

3.1 - Alocação de médicos em zonas carenciadas do país

A falta de médicos, ou em bom rigor, uma má distribuição geográfica de médicos e outros profissionais origina a perpetuação das desigualdades de acesso e de equidade. É salvaguardado na CRP que o Estado tem o dever de promover a igualdade entre os cidadãos e garantir acesso a cuidados de saúde independentemente da sua condição económica. É do conhecimento geral que o meio urbano detém mais unidades de saúde, mais especializadas e com maior número de profissionais afetos. A alocação dos serviços públicos em termos de recursos necessários, incluindo os recursos humanos, é realizada principalmente numa lógica de número de habitantes da região onde está fixado o serviço. Apesar de ser salvaguardada na CRP o acesso e o direito à saúde, constata-se que não existe uma real igualdade de utilização e de acesso a cuidados e a serviços de saúde, tanto em qualidade como em quantidade (Santana, 2004: 36). Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2014 revelam que Portugal assume-se como um dos países com maior número de médicos habilitados para o exercício da profissão, ocupando o quarto lugar do país com mais médicos e superando a média da OCDE (OPSS, 2015:25).

O atual ministro da saúde, Adalberto Campos Fernandes, entende que em Portugal não existe falta de médicos mas sim uma má organização dos recursos e fraca mobilidade dos profissionais (Rádio Renascença, 27 de Junho de 2016). Se a inexistência de médicos no interior do país se tratasse de um problema de falta de profissionais, as estatísticas (médicos por 100 mil habitantes) corroborariam esta premissa, uma vez que anualmente cresce o número de profissionais¹². A abertura de mais vagas para a formação de profissionais e a consequente chegada de recém-formados ao mercado de trabalho, faz com que estatísticas como as que se seguem demonstrem um maior número de profissionais no sistema público de saúde. O Bastonário da Ordem dos Médicos acredita que “o MS afirma que há mais médicos no SNS, mas não explica o essencial. Há mais jovens médicos, sim, porque se formaram mais médicos (...) mas os médicos mais velhos reformaram-se antecipadamente, saíram para o privado ou reduziram o seu horário no SNS, e centenas de médicos emigraram” (Silva, 2015:8).

¹² À exceção do ano de 2015 onde se verificou uma pequena quebra.

Médicos e outro pessoal de saúde por 100 mil habitantes

Taxa - Por cem mil

Anos	Médicos por 100 mil hab.
2005	344,1
2006	350,9
2007	359,5
2008	368,7
2009	379,4
2010	391,9
2011	405,4
2012	417,2
2013	433,1
2014	449,4
2015	468,1

Médicos e outro pessoal de saúde por 100 mil habitantes

Fontes de Dados: INE - Estimativas Anuais da População Residente

INE - Estatísticas do Pessoal de Saúde

Fonte: PORDATA

Última actualização: 2016-08-11

Tabela 3 - Médicos por 100 mil habitantes

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016 vincava que uma das condições necessárias para melhorar o acesso e diminuir as desigualdades seria melhorar o acesso a populações mais carenciadas e desfavorecidas. Ao passo que assumia que “a distribuição geográfica dos serviços de saúde e dos recursos humanos evidencia assimetrias, traduzidas em maior oferta no litoral relativamente ao interior” (PNS, 2011-2016: 35).

Dados publicados recentemente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) mostram, ainda que alguns dados sejam confidenciais, a distribuição do número de

médicos por hospitais mediante distribuição geográfica (por NUTS I/II/III¹³) no ano transato de 2014. A área metropolitana do Porto e de Lisboa apresentam-se como aquelas que têm mais médicos afetos ao serviço dos hospitais. Na zona Norte, mais de metade do número total de médicos (7690) está vinculado à Área Metropolitana do Porto e regiões como o Alentejo e o Algarve assumem valores relativamente baixos. Zonas como o Alentejo ou o Algarve são especialmente afetadas. O Algarve pela sua característica sazonal, o aumento do turismo e da população e o Alentejo pelo seu isolamento, são regiões que veem bem demarcada esta questão da desigualdade de acesso e de falta de médicos (Campos, 2008).

¹³ Entende-se por NUTS (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos), o sistema de divisão do território nacional em regiões e dividem-se em três níveis. A que aqui tratamos é a NUT II e divide-se em: Norte, Centro, Área Metropolitana de Lisboa, Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira.

Distribuição geográfica	Total
Portugal	21 893
Continente	21 061
Norte	7 690
Alto Minho	...
Cávado	779
Ave	...
Área Metropolitana do Porto	4 755
Alto Tâmega	65
Tâmega e Sousa	...
Douro	331
Terras de Trás-os-Montes	...
Centro	4 350
Oeste	256
Região de Aveiro	...
Região de Coimbra	1 975
Região de Leiria	325
Viseu Dão Lafões	...
Beira Baixa	124
Médio Tejo	...
Beiras e Serra da Estrela	...
Área Metropolitana de Lisboa	7 449
Alentejo	875
Alentejo Litoral	66
Baixo Alentejo	159
Lezíria do Tejo	...
Alto Alentejo	...
Alentejo Central	...
Algarve	697
Região Autónoma dos Açores	434
Região Autónoma da Madeira	398

Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios.

Nota:
... - Dado confidencial.

Tabela 4- Número de médicos/as ao serviço nos hospitais, por distribuição geográfica (NUTS I/II/III)

A ACSS publicou também recentemente um relatório onde consta a distribuição de médicos e enfermeiros por região. Por estes dados é perceptível, como já afirmado anteriormente, que a zona norte e de Lisboa e Vale do Tejo detém um número muito aproximado de profissionais, ao passo que a região do Algarve e do Alentejo são as mais afetadas pelos baixos números de profissionais.

Nº de Médicos e Enfermeiros

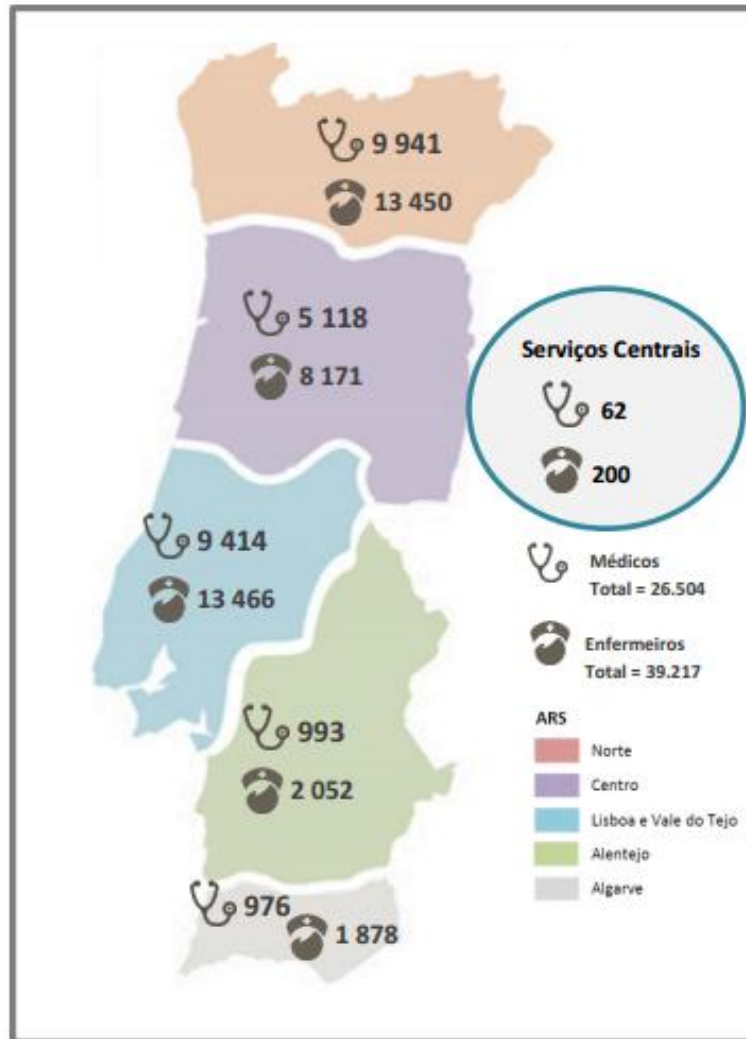


Tabela 5- Recursos Humanos do SNS por região

O memorando de entendimento procurou colmatar estas desigualdades presentes no país, porém sem sucesso. A OCDE constata que Portugal detém, como também já foi perceptível pelos dados acima apresentados, números muito distintos e dispare de distribuição de médicos no território. Sendo um dos países com mais disparidade entre zonas rurais e urbanas (OPSS, 2015: 25). Uma série de fatores interliga-se com a condição de acesso para além da falta de instituições prestadoras de cuidados de saúde, como as carências económicas fruto da baixa oferta de trabalho e a debilidade da rede de transportes públicos.

Conclui-se que não é por falta de profissionais que as zonas rurais se encontram desprovidas de recursos humanos em saúde. O decreto de lei n.º 101/2015 de 4 de junho começa por dizer que no setor da saúde existe uma elevada concentração de médicos em

determinadas zonas por oposição a outras. Acrescenta que tal facto, obriga muitos cidadãos a longas viagens para obterem cuidados de saúde que apenas encontram em estabelecimentos longínquos e cujos impactos financeiros para o SNS são elevados. De forma a minimizar esta assimetria, são criados regularmente incentivos para categorias médicas com o intuito de as mobilizar para áreas mais rurais e carenciadas. Para além dos incentivos pecuniários¹⁴ e incentivos de deslocação e transporte, é concedido aos médicos vinculados ao SNS, a garantia de transferência escolar dos descendentes, aumento de dois dias de férias durante dois anos e a possibilidade de conciliar os dias de férias com o cônjuge (ou com quem vive em união de facto). Para além disto, o médico pode usufruir da dispensa de serviço, num limite máximo de 5 dias úteis no período que antecede ou procede o início de funções na instituição carenciada. O profissional vê ainda o limite máximo da sua licença aumentada em dobro, sem perda de remuneração.

Notícias recentes nos órgãos de comunicação continuam a apresentar ao país que nem a intervenção da Troika conseguiu resolver o problema da falta de médicos em zonas carenciadas. A título de exemplo, o Expresso refere que concursos para o interior do país com a possibilidade de preenchimento de 61 vagas apenas viram preenchidos 9 desses lugares (Expresso, 25 de Agosto de 2016). O Bastonário da Ordem dos Médicos acredita que os incentivos ao longo dos últimos anos, escassos, deveriam ser encarados como castigos ao invés de incentivos e que a aplicação de incentivos apropriados e congruentes seria uma solução viável para questão de falta de médicos em zonas carenciadas e que nunca tantos concursos ficaram com vagas por preencher. Ora vejamos, o incentivo mensal dado pelo Governo seria de 125 euros por mês associado à obrigatoriedade de exercer funções durante 5 anos no local onde foi colocado, sendo restringida a autonomia do profissional de concorrer a outras vagas (Silva, 2015: 8), mais bem remuneradas, por fraca realização pessoal ou por outros motivos de ordem pessoal.

Apesar dos incentivos, que se verificaram sempre insuficientes, o problema continua a existir e o direito de acesso a cuidados de saúde em determinadas regiões continua penhorado. Além dos insuficientes incentivos de fixação de profissionais em zonas carenciadas, o país assistiu a um crescimento do número de contratos de prestação de serviços por parte de entidades privadas e sociais originando um menor investimento no sistema público de saúde. Assim, este processo incentivou os profissionais a

¹⁴ O valor do incentivo, com duração de 5 anos, segundo o decreto de lei n.º 101/2015 de 4 de junho fixa-se em 1000 euros mensais, sendo reduzido para 50% após seis meses e em 25% após 12 meses. Estas condições podem ser alteradas caso o empregador disponibilize residência

estabelecerem-se no setor privado ao invés de se fixarem no público (Silva, 2015:6).

O maior impacto visível é que continua a persistir a falta de profissionais em zonas onde os doentes ficam entregues a si próprios e à disponibilidade financeira de recorrer a cuidados privados ou de recursos físicos e económicos para se deslocarem a zonas e instituições onde podem ser assistidas pelo serviço público de saúde, muitas vezes longínquos. Agrava-se o facto de o número de jovens recém-licenciados ser cada vez maior no SNS ao passo que diminui o número de profissionais mais experientes, com mais anos de carreira que ou se reformam, diminuem o número de horas no serviço público ou começam a desempenhar funções no serviço privado. Face a isto tudo, os maiores prejudicados são os cidadãos que necessitam de cuidados de qualidade e de proximidade e não os conseguem obter. Igualmente prejudicados, e cujo impacto das medidas da Troika sentiram, foi também a classe de profissionais que viu alargada o seu número de horas de trabalho, os seus subsídios cortados, muitos dos profissionais experientes a abandonarem a carreira no setor público e a serem substituídos por médicos menos experientes e com poucos anos de carreira (muitas vezes acabados de sair das universidades)

Desta forma, o não cumprimento desta medida muito por via da falta de incentivos adequados e da fuga de profissionais para o setor privado e estrangeiro coloca em risco a qualidade dos cuidados e do serviço público de saúde e dificulta a possibilidade de utentes acederem a cuidados médicos devido ao local onde residem.

3.2 - Aumento do número máximo de doentes distribuídos por médico de família

A revisão do memorando citava que uma das metas traçadas seria aumentar o número de médicos em zonas carenciadas, como já tivemos oportunidade de ver. Juntamente com esta medida, o documento definia um aumento de 20% do número de utentes por médicos de família e 10% nas USF. O Tribunal de Contas considera que a existência de utentes sem médico de família viola um dos objetivos primordiais da Lei de Bases da Saúde.

Para diminuir o número de utentes sem médico de família foram tomadas medidas paralelas que se circunscreviam a que os indivíduos que não mantivessem contacto, num período igual ou superior a três anos deveriam ser excluídos das listas de utentes com médico de família com o objetivo de libertar vagas para outros cidadãos e diminuição do tempo de consulta de cerca de 21 para 15 minutos o que permitiria o encaixe de novos utentes e a possibilidade de mais consultas. Estas medidas em termos de impacto, bem como o aumento do número de doentes por médico de família, comprometem a qualidade das consultas e dos serviços (elevado número de utentes para serem atendidos e pouco tempo para ser dispensado a cada um) e torna extenso o número de doente por médico de família (estando assim comprometido a proximidade que é esperada deste serviço).

O Bastonário da Ordem dos Médicos aponta medidas que poderiam ter sido a solução para a falta de médicos de família em Portugal. Acredita que se fossem repescados médicos reformados, concedendo-lhes alguns benefícios, que estes poderiam ser os médicos de família que á data faltavam a muitos portugueses (Silva, 2015:7).

Ressalve-se o facto de a não atribuição de um médico de família não é impeditivo de que os cidadãos não possam recorrer a cuidados de saúde primários fornecidos pelo SNS (Barros *et al.*, 2015:2). No entanto, é do conhecimento geral que o papel que o médico de família detém para o doente não é o mesmo do que aqueles a quem recorre nos cuidados de saúde primários. A falta de médicos de família interliga-se intimamente também com a redução de pessoal no serviço público de saúde. Com a intervenção da Troika, muitos dos benefícios que os profissionais conheciam como certos foram alterados. As horas extraordinárias que não eram pagas, os despedimentos mais facilitados, a impossibilidade de progressão na carreira e a falta de concursos levaram (como já foi retratado no ponto anterior e com impacto forte também na alocação de médicos em zonas carenciadas) a que muitos médicos portugueses procurassem melhores condições no setor público e noutros países. O Bastonário da Ordem dos Médicos em entrevista ao jornal Expresso, no ano de

2013, defendia que “com mais cortes salariais, vai estimular a emigração médica para países onde o diferencial remuneratório é maior” (Expresso, 2013). A emigração em massa destes profissionais foi um tema em voga nos meios de comunicação social, assim como as entrevistas ao Bastonário da Ordem dos Médicos que reproduzia insistentemente que Portugal não tem falta de médicos, ao invés “ estamos a formar médicos acima das necessidades do país e o que é preciso é ter a capacidade de os fixar em Portugal. Os médicos estão a emigrar às centenas por ano e se não fizermos o que for necessário para os fixar, é uma grande perda, tanto em termos de investimento como de conhecimento científico. Estamos a exportar cérebros” (Jornal de Notícias, 2015).

Para entender verdadeiramente o impacto que esta medida causa, e o facto de ainda persistirem elevados números de cidadãos sem médico de família, é necessário elencar qual o papel e funções deste profissional na vida dos utentes. Só desta forma conseguimos perceber de que os doentes sem médico estão a ser privados. Segundo a portaria número 112/2014 de 23 de maio, médico de família é aquele que “acompanha o utente/trabalhador ao longo da vida, pelo que é o profissional de saúde que está melhor habilitado para diagnosticar e tratar as doenças dos trabalhadores e promover a sua saúde no seu contexto geral e laboral. É ao médico de família que está atribuída a competência de avaliar a inaptidão para o trabalho e, implicitamente, a aptidão para o trabalho”. A Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar elenca seis competências nucleares do médico de família, sendo elas: gestão dos cuidados de saúde primários, cuidados centrados na pessoa, modelação holística, orientação comunitária, abordagem abrangente, aptidões para resolução de problemas e mais importante os cuidados centrados na pessoa. Defendo que médico de família é sinónimo de acompanhamento, de presença, de conhecimento do contexto familiar e essencialmente de referência e proximidade.

Por tudo isto, os utentes sem médico de família ficam privados deste contacto de proximidade com um profissional que tem por obrigação conhecer o seu histórico médico, o seu contexto e que o acompanha, previne e trata muitas questões de saúde.

Os últimos dados do ACSS, de maio de 2015, mostram que uma percentagem ainda significativa (12,1%) não tem médico de família atribuído. Quer portanto isto dizer que apesar de todos os esforços este ainda é um problema sem resolução aparente, apesar de todas as medidas que tentam ser aplicadas no sentido de resolver ou minorar esta questão.

ARS	Utentes inscritos CSP (N)	Utentes com MdF atribuído		Utentes sem MdF atribuído		Utentes sem MdF atribuído por opção		Taxa de utilização consultas médicas 1 ano (todos os utentes)	Taxa de utilização consultas médicas 1 ano (nos utentes sem MdF)
		Nº	% do Total	Nº	% do Total	Nº	% do Total		
ARS Norte	3.801.051	3.665.498	96,4%	126.152	3,3%	9.401	0,2%	71,6%	47,3%
ARS Centro	1.775.318	1.616.513	91,1%	150.757	8,5%	8.048	0,5%	69,8%	49,1%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	3.648.746	2.840.443	77,8%	799.006	21,9%	9.297	0,3%	57,7%	39,5%
ARS Alentejo	500.517	457.634	91,4%	42.579	8,5%	304	0,1%	72,2%	59,5%
ARS Algarve	444.922	327.972	73,7%	114.742	25,8%	2.208	0,5%	59,1%	46,0%
Total Geral	10.170.554	8.908.060	87,6%	1.233.236	12,1%	29.258	0,3%	65,8%	42,8%

Tabela 6 - Número de utentes inscritos nos CSP

3.2 - O ajustamento da oferta hospitalar regional/Reforma da rede hospitalar

Era apontada por muitos como a medida mais complexa do memorando de entendimento, apesar de a reforma hospitalar não ser uma medida que apareceu aquando do memorando. Medidas da reforma da rede hospitalar que pretendiam, por exemplo, a transferência de alguns serviços hospitalares de ambulatório para as USF não foram cumpridas. Esta medida implicava além de cortes avultados, o encerramento de serviços hospitalares e de especialidades. Trata-se de uma medida, que dada a sua amplitude de intervenção, nunca foi muito unânime. A reestruturação que implicaria uma poupança de 230 milhões de euros deveria ser concluída até ao final de 2015, sendo verificados até lá algumas modificações de pequena escala face ao delimitado, como a criação de vários centros hospitalares.

No ano de 2011, o relatório final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, *Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*, reconhecia que a reestruturação hospitalar era uma necessidade eminente e alvo de uma grande discussão pública. Era assim encarada a reforma hospitalar como “uma necessidade estratégica do país e do sector da saúde. Relewa-se que importa que se proceda, pela primeira vez em Portugal, de forma uniforme, homogénea, garantindo critérios objetivos, juntando todos os *inputs* necessários e no mesmo momento temporal de molde a poder construir uma rede hospitalar moderna, eficiente e financeiramente sustentável” (ACSS, 2007:57).

A reforma hospitalar implicou desde logo a alteração em questões como a dimensão dos hospitais, serviços de urgência, especialidades, número de recursos materiais e de pessoal.

O Relatório de Primavera de 2012, do OPSS, refere que muitos foram os documentos emitidos pelo MS, antes da intervenção da Troika, acerca da organização hospitalar. Acrescenta que pouco tem sido efetuado para a reforma, assinalando-se alguns encerramentos, concentrações e o estabelecimento de algumas PPP.

Adalberto Campos Fernandes, atual ministro da saúde acredita que com a implementação do memorando de entendimento “a opção foi seguir pelo caminho mais fácil: cortes transversais, reduções salariais e custos com medicamentos evitando a complexa e difícil, mas muito necessária, reforma estrutural” (APDH, 2014:3).

Esta questão da reforma no setor da saúde, e mais concretamente a reforma hospitalar, não são temas novos. Trata-se de uma reestruturação necessária. Não obstante, o tempo definido e esperado pela Troika para que essa reforma fosse alcançada foi “forçadamente

num tempo excessivamente curto” (OPSS, 2012). Com a reforma pretendia-se essencialmente “ganhar eficiência e reforçar as redes de referenciação” (OPSS, 2012).

A reforma hospitalar que esteve longe de ser cumprida na sua totalidade, não superou nem colmatou as ineficiências que se verificavam já anteriormente. O impacto da não reestruturação desta medida fez-se sentir no acesso, nomeadamente na deficiente distribuição geográfica dos recursos e concentração massiva de outros.

Vários foram os grupos constituídos e teóricos que se debruçaram e apontaram medidas para que fosse alcançada a reforma hospitalar, sem sucesso aparente. Enquanto eram criados grupos de trabalho, documentos e medidas que apontavam para uma reestruturação do sistema hospitalar, sem que muito fosse feito efetivamente, foi-se assistindo a cortes cegos apenas com o intuito de poupança (Boquinhas, 2014: 6). O Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (Diário da República, II Série, n.º162, de 24 de Agosto) surgiu em 2011 com o intuito de propor medidas para a reorganização da rede hospitalar. Essa reorganização deveria consistir, como refere o relatório final do grupo técnico, em “melhorar o acesso e a qualidade das prestações de saúde, melhorar a eficiência hospitalar, garantir a sustentabilidade económica e financeira, melhorar a governação e o desempenho dos profissionais ao serviço dos hospitais e reforçar o protagonismo e o dever de informação aos cidadãos”. A reforma hospitalar teve sempre como intuito, melhorar a eficiência e a eficácia, melhorar a qualidade e aumentar a produtividade e combater o desperdício. Por estas finalidades, entende-se que se trata de uma medida que se fosse cumprida na totalidade, teria impacto igualmente positivo para todos.

Ao longo da intervenção da Troika o calendário de implementação da reforma hospitalar foi consecutivamente adiado, sendo apenas dados ténues passos como o encerramento de alguns serviços e maternidades. O relatório final da ESAME transmitiu aos portugueses que esta reforma garantia hospitais mais eficientes, combate á corrupção e uma gestão mais transparente das unidades. Não é possível afirmar que nada foi feito nesta área. Na área do combate à corrupção e na procura de uma gestão mais transparente foram dados importantes passos, com impacto positivo para os cidadãos que passaram a ter disponível indicadores e documentos mensais de monitorização da atividade e de desempenho financeiro e assistencial das instituições do SNS, permitindo assim “uma discussão séria, transparente e participada sobre as opções em política de Saúde, bem como a avaliação dos seus resultados” (ESAME, 2014: 82). No combate à corrupção, também foram tomadas importantes iniciativas, nomeadamente na “alteração da forma de

seleção dos presidentes e dos membros das administrações hospitalares, bem como dos diretores executivos dos ACES (...) a par da implementação de Contratos de Gestão com os gestores hospitalares, assegurando uma efetiva responsabilização das administrações hospitalares” (ESAME, 2014: 82).

O acesso fica comprometido quando há efetivamente redução de pessoal e de recursos materiais. Um exemplo disso é o número de camas disponível para receber doentes nas unidades hospitalares públicas. José Manuel Silva, Bastonário da Ordem dos Médicos, postula que “Temos um problema de falta de camas hospitalares para que o fluxo de doentes da urgência para o internamento se faça sem constrangimentos e sem os doentes acumularem no serviço de urgência e terem que esperar longas horas por uma cama” (RTP, 2014). Esta insuficiência de recursos, agravada pela situação de crise, correlaciona-se com a falta de recursos humanos uma vez que não é exequível que haja mais camas sem profissionais. Dados do PORDATA acentuam as palavras do Bastonário, senão vejamos a evolução do número de camas em Portugal.

Hospitais: número e camas

Anos	Estabelecimento de saúde	
	Hospitais	Camas
2005	204	37.372
2006	200	36.605
2007	198	36.220
2008	189	35.803
2009	186	35.635
2010	± 229	± 35.646
2011	226	35.601
2012	229	35.815
2013	226	35.478
2014	Pro 225	Pro 34.522

Tabela 7 - Número de hospitais e camas em Portugal

Desde sensivelmente 2005 que o número de camas disponíveis tem vindo a diminuir significativamente, existindo anos em que aumenta de forma pouco significativa sendo a tendência diminuir. São sucessivas as queixas da falta deste recurso que atingem as mais diversas áreas, muitas das quais de necessidade

prioritária. Foi o caso do Instituto Português de Oncologia do Porto, exemplo dado por Joaquim Abreu e Sousa, presidente da Sociedade Portuguesa de Oncologia, para ilustrar que este é apenas um dos serviços que não tem camas disponíveis para operar os doentes. Refere que “durante o ano de 2014 não houve nenhuma semana que no meu hospital não se tenham adiado doentes por falta de camas” e que “há hospitais que estão no limite da sua eficiência, no limite da sua taxa de ocupação”, não sendo possível nem exequível “continuar a introduzir eficiência no sistema se não houver adaptação adequada dos recursos” (SIC: 2015).

A reforma hospitalar não foi efetivada na sua totalidade e cujo impacto afetou, essencialmente, a classe profissional e os doentes. Trata-se de uma reforma há muito esperada e estudada mas cuja efetivação é morosa e insuficiente. Conclui-se portanto que a não concretização desta que se assumia como um dos grandes desafios do memorando de entendimento, não possibilitou que as instituições hospitalares se tornassem mais eficientes, verificando-se ainda hoje grandes lacunas. Questões como a falta de pessoal, recursos, baixa modernização de recursos e meios são o garante de um deficiente e dificultado acesso para os cidadãos. No entanto, os profissionais também saem prejudicados na medida em que não detêm as melhores condições físicas e materiais para exercer o seu trabalho.

Conclusão

A incapacidade de Portugal em liquidar as suas dívidas e controlar o défice, foram o mote para a aplicação de um programa de resgate e medidas austeras que apesar de muitas serem necessárias, detinham um prazo bastante curto para serem aplicados. O pedido de auxílio económico internacional implicou um processo de ajustamento estrutural que se materializou nas medidas apontadas pela Troika no célebre memorando de entendimento. O enfraquecimento crescente do poder de decisão por parte do governo, que veio a ser exacerbado pelo resgate económico, limitou em muito o poder de atuação do Estado. Assim, coube essencialmente á entidade estatal aplicar as regras e medidas que eram ditadas pelos mecanismos de intervenção externa. Essa intervenção munuiu-se essencialmente de medidas de carácter austero que apenas visavam o imediatismo e a prossecução de cortes que atingissem as metas delimitadas sem ser abordado o impacto que causariam.

O presente estudo teve como intuito perceber se o acesso e a equidade, salvaguardados na constituição portuguesa, foram afetados e qual o impacto/repercussões que as medidas apontadas pela Troika tiveram na vida dos portugueses. “Se não se avaliar o impacte que todos estes constrangimentos terão na saúde, se não se desenvolverem sistemas de monitorização e alerta que possibilitem a preparação de respostas adequadas e atempadas, se apenas forem aplicadas medidas de cariz de mera redução de custos sem analisar as suas consequências a médio e longo prazo (que vão muito além da poupança imediata), haverá um retrocesso irremediável na reforma dos CSP e na saúde da população” (OPSS, 2013 : 77).

A crise económico-financeira que o nosso país tem vindo a conhecer desde 2008, e o posterior impacto de um pedido de resgate económico e das medidas a ele agregadas, fez-se sentir nas mais diversas áreas, incidindo essencialmente (e como foi o caso de Portugal) na redução do bem-estar social muito por via da redução de emprego e precarização do mercado de trabalho, empobrecimento da população e fenómenos de exclusão social e desigualdades.

As medidas do memorando focaram-se essencialmente em pontos como a despesa pública, melhoria da eficácia e eficiência e o combate ao desperdício tratando-se de medidas necessárias e proveitosas para o país e os cidadãos se fossem acompanhadas de um estudo do impacto que poderiam causar.

Conclui-se que apesar de o memorando conter medidas oportunas e de especial importância, não foram aplicadas nas melhores circunstâncias. Paralelamente, medidas de maior envergadura como as reformas estruturais (dos cuidados de saúde primários e dos serviços hospitalares) estiveram longe de ser cumpridas, apesar da sua pertinência. O tempo de aplicação das medidas era reduzido e não foi realizado um estudo que avaliasse previamente o real impacto das medidas. Com a crise vivenciada desde 2008, o acesso a cuidados de saúde e a noção de equidade foram abalados e sentiram-se os efeitos negativos das medidas de austeridade e dos cortes.

Não foi meu intuito comparar as medidas apontadas para Portugal com as de outros países que vivenciaram, sensivelmente no mesmo período de tempo, um resgate financeiro. No entanto, entende-se pelas medidas que não são tidas em conta a especificidade de cada povo e país sendo as medidas apontadas muito similares para cada área de intervenção. E este, a meu ver, pode ter sido um dos impulsos para que as medidas apontadas pela Troika e a sua intervenção tenha falhado. Além disto, não é conhecido nenhum estudo aprofundo por parte do governo, nem prévio nem posterior às medidas, que identifique o impacto e os resultados não permitindo uma reformulação das medidas. Entende-se que um estudo desta natureza poderia ter sido o mote para que muitas medidas fossem melhor implementadas, cumpridas e mais importante que não surtiram efeitos negativos no acesso aos cuidados de saúde.

Há legislação que não pode ser violada e como tal o acesso não pode ser totalmente comprometido, pelo que existem padrões mínimos que tiveram de ser preservados. Posso assim concluir que o acesso a cuidados de saúde não foi interdito a nenhum cidadão, porém pode ter sido dificultado. De entre todas as medidas que não foram cumpridas, salientei e aprofundei três das quais acredito que se revelam medidas (que a serem cumpridas) teriam impacto bastante positivo e conseqüentemente ter melhorado o acesso aos cuidados de saúde. Ainda há muito a fazer na área da saúde e as reformas estruturais são ainda necessárias e precisas. O sistema de saúde público não pode deixar que a qualidade e que a saúde dos portugueses seja afetada apenas porque a saúde é uma das áreas que envolve mais custos associados, mas também das mais preciosas. A saúde consome uma das maiores fatias dos gastos do setor público, daí a necessidade permanente de reduzir e aplicar políticas de saúde para obter poupança e diminuir o valor da despesa neste sector.

A falta de médicos no interior e de médicos de família são também temas exaustivamente debatidos e que necessitam de uma resposta rápida e perentória sob a pena

de estarmos a excluir cidadãos de serviços que devem abranger todos.

Referências bibliográficas

Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), *Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar – 2007 Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*. Consultado a 01.09.2016, em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf

Administração Central dos Sistemas de Saúde (2015), *Publicação Periódica sobre o Número de Utentes Inscritos nos Cuidados de Saúde Primários*. Consultado a 28.08.2016, em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Rel_CSP_Julho_21082015.pdf.

Administração Central dos Sistemas de Saúde (2016), *Recursos Humanos por Região, 1ª edição*. Consultado a 03.09.2016, em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/SNS-Recursos-Humanos.pdf>.

Administração Central dos Sistemas de Saúde (2016), *Utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras*. Consultado a 16.09.2016, em <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/TabelaseImpressos/TaxasModeradoras/tabid/142/1anguage/pt-PT/Default.aspx>.

ALVES, Rui Peres; RAMOS, Fernando (2011), “Medicamentos genéricos e sustentabilidade do SNS”. *Revista farmacoterapia*, 3 (4), 26-37. Consultado a 02.09.2016, disponível em [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/81-130-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/81-130-1-SM%20(1).pdf).

ARREIGOSO, Vera Lúcia (2013), “Médicos forçados a emigrar”, *Jornal Expresso* de 15 de Outubro. Consultado a 16.09.2016, em http://expresso.sapo.pt/economia/oe2014/oe2014_noticias/medicos-forcados-a-emigrar=f835885.

Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2014), “Uma vasta e considerada análise deixada pelo Dr. Adalberto Campos Fernandes”. Consultado a 10.09.2016, em http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Entrevista_Dr.Adalberto_Campos_Fernandes_0.pdf

.
BALEIRAS, Sebastião José; RAMOS, Vítor (1992) , “A gestão da prática clínica pelo médico de família”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27 (4).

BARROS, Pedro Pita (2013), *Pela sua saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

BARROS, Pedro Pita (2016), Os 12 trabalhos da reforma hospitalar. Momentos económicos. Consultado a 19.09.2016, em <https://momentoseconomicos.wordpress.com/2016/01/18/os-12-trabalhos-da-reforma-hospitalar-4/>.

BARROS, Pedro Pita et al. (2015), *Avaliação do impacto de políticas adoptadas no âmbito do Programa do XIX Governo Constitucional em relação ao sector da Saúde*. Universidade Nova de Lisboa. Consultado a 11.09.2016, em http://www.unl.pt/data/noticias/2015/estudo_impacto_saude/sum%C3%A1rio_estudo_politicaspublicassaudef.pdf.

BOQUINHAS, José Miguel (2014), “A Reforma Hospitalar: Soluções Simples para Questões Complexas”. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 14. Consultada a 20.09.2016, em <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2014/11/rpgs014.pdf>.

BRUTO DA COSTA, Alfredo (2007), “Pobreza em Portugal – Uma Questão de Cidadania”, in RIBEIRO, Eduarda et. al (org), *Pobreza, direitos humanos e cidadania*. Comissão Nacional Justiça e Paz. Lisboa: Cidade Nova.

CAMPOS, António Correia (2008), *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Coimbra: Almedina.

CANOTILHO, José Gomes; Moreira, Vital (2007) *CRP- Constituição da República Portuguesa Anotada*. Coimbra: Coimbra editora.

CAROLO, Daniel Fernando (2006), *A Reforma da Previdência Social de 1962 na institucionalização do Estado-providência em Portugal*, Dissertação de Mestrado em Economia e Política Social, ISEG/UTL. Lisboa.

CASES (2011), *Relação Entre cooperativas e estado em Portugal*. Consultado a 10.07.2016, disponível em http://www.cases.pt/0_content/homepage/ES_entre_Cooperativas_e_Estado_em_Portugal.pdf.

COUTINHO, Clara Pereira (2014), *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.

Decreto de lei n.º 101/2015 de 4 de junho, Diário da República nº 108. 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE (2012), “*Plano Nacional de Saúde, 2012-2016, Eixo estratégico – Equidade e acesso aos cuidados de saúde*”. Consultado a 03.05.2016, em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.

ESPING – ANDERSEN, (1990), *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity

Estrutura de Acompanhamento aos Memorandos (ESAME), *A gestão do programa de ajustamento 1000 dias 450 medidas cumpridas*. Governo de Portugal, 2014. Consultada a 03.06.2016, disponível em <http://www.peprobe.com/wp-content/uploads/2014/05/20140508-seapm-gestao-paef.pdf>.

EUROPEAN COMMISSION (2014), *The economic adjustment programme for Portugal, 2011-2014*. Bruxelas.

EUROSTAT (2015), “A dívida pública na europa”. Página consultada a 03.06.2016, em http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/National_accounts_and_GDP/pt.

FERREIRA, Sílvia, *O que tem de especial o empreendedor social? O perfil de emprego do empresário social em Portugal*. Centro de Estudos Sociais. Coimbra. Consultado a 23.08.2016, em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/223/223.pdf>.

Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde (2013), “O que é o SNS”. Página Consultada a 05.07.2016, em <http://www.fsns.pt/node/13>.

Furtado, Cláudia; Pereira, João (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde* [Documento de Trabalho]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Consultado a 25.06.2016, em <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/EA1.pdf>.

Jornal de notícias, “Médicos portugueses emigram “às centenas”. Consultado a 18.09.2016, em <http://www.jn.pt/nacional/saude/interior/medicos-portugueses-emigram-as-centenas-4848956.html>.

Lei nº 48/90 de 24 de Agosto. Diário da Republica nº195- I Série A. Assembleia da República. Lisboa

Lei nº 56/79 de 15 de Setembro. Diário da República nº 214 – 1º Série. Ministério dos Assuntos Sociais. Lisboa

LEITE, João Salazar (2011) *Relações entre cooperativas e estado em Portugal*. CASES. Porto Alegre.

MAMEDE, Ricardo Paes (2015), *O que fazer com este país*. Lisboa: Editora Marcador.

MARMOT, Michael (2001), *Economic and social determinants of disease*. Bulletin of the World Health Organization 79 (10), 988-996.

MARMOT, Michael *et al.*, (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. World Health Organization.

MONTEIRO, Fábio (2016), *Médicos recusam vagas para exercer no sul e interior do país*. Jornal Expresso. Consultado a 02.09.2016, em <http://expresso.sapo.pt/revista-de-imprensa/2016-08-25-Medicos-recusam-vagas-para-exercer-no-sul-e-interior-do-pais>.

NEVES, Mário Jorge (2013), *A Saúde dos Portugueses e o SNS*. 1º Congresso da

Fundação do Serviço Nacional de Saúde. Consultado a 14.05.2016, em <http://www.fnam.pt/antigo/informacao/ficheiros/ASaudedosPortugueseseoSNS.pdf>.

NUNES, João Arriscado (2009), *Saúde, direito à saúde e justiça sanitária*. Revista crítica de ciências sociais, 87.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS), *Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?* : relatório de primavera 2015. Coimbra: OPSS, 2015. Consultado a 23.07.2016, em <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS), *Crise & Saúde. Um país em sofrimento*: relatório de primavera 2012. Coimbra: OPSS, 2012. Consultado a 29.06.2016, em <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2012.pdf>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS), *Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*: relatório de primavera 2011. Coimbra: OPSS, 2011. Consultado a 21.06.2016, em http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS), *Desafios em tempo de crise*: relatório de primavera 2010. Consultado em 10.06.2016, em http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS), *Duas faces da saúde*: relatório de primavera 2013. Coimbra: OPSS, 2013. Consultado a 03.07.2016, em http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS), *Saúde síndrome de negação*: relatório de primavera 2014. Coimbra, OPSS: 2014. Consultado a 12.07.2016, disponível em <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2014.pdf>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS), Saúde: procuram-se novos caminhos: relatório de primavera 2016. Coimbra: OPSS, 2016. Consultado a 06.08.2016, em http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2016_1.pdf.

OLIVEIRA, Francisca Guedes (2015), “As causas da crise”. Jornal Público. Página consultada a 08.06.2016, disponível em <https://www.publico.pt/economia/noticia/as-causas-da-crise-1702238>.

PERETTI- WATEL, Patrick; Moati, Jean- Paul (2009), *Le principe de prévention: Le culte de la santé et ses dérives*. Paris: Seuil.

PORDATA (2014), “Hospitais: número e camas”. Página consultada a 11.09.2016, disponível em <http://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

PORDATA (2015), “ Despesa corrente em cuidados de saúde em Portugal”. Página consultada a 12.07.2016, disponível em: <http://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+sa%C3%BAde+per+capita-609>.

PORDATA (2015), “Administrações Públicas: dívida bruta em % do PIB”. Página consultada a 12.07.2016, disponível em <http://www.pordata.pt/DB/Europa/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.

PORDATA (2015), “Médicos e outro pessoal de saúde por 100 mil habitantes”. Página consultada a 08.08.2016, disponível em <http://www.pordata.pt/Portugal/M%C3%A9dicos+e+outro+pessoal+de+sa%C3%BAde+por+100+mil+habitantes-639>.

PORTAL DA SAÚDE (2015), *Despesa corrente em saúde, por agente financiador (2010-2013)*. Consultado a 12.06.2016 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/despesa+saude.htm>.

Portaria nº112/2014 de 23 de Maio. *Regula a prestação de cuidados de saúde primários do trabalho*. Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. Consultado a 20.09.2016, em http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_print_articulado.php?tabela=leis&artigo_id=&nid=2109&nversao=&tabela=leis.

Rádio Renascença (2016), “Não faltam médicos em Portugal, falta organização do trabalho”. Página consultada a 21.08.2016, disponível em http://rr.sapo.pt/noticia/57634/governo_ao_faltam_medicos_em_portugal_falta_organizacao_do_trabalho.

Rádio Televisão Portuguesa (2014), “Ordem dos Médicos aponta falta de camas hospitalares e de contratação de pessoal”. Consultado a 08.09.2016, em http://www.rtp.pt/noticias/pais/ordem-dos-medicos-aponta-falta-de-camas-hospitalares-e-de-contratacao-de-pessoal_a710780.

REIS, José (2014), *A política económica do retrocesso*. Coimbra: Almedina.

REIS, José et al. (2013), “Compreender a crise: a economia portuguesa num quadro europeu desfavorável”, in *A ANATOMIA DA CRISE: Identificar os problemas para construir as alternativas*. Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. Consultado a 24.07.2016 em http://www.ces.uc.pt/ficheiros2/files/Relatorio_Anatomia_Crise_final__.pdf.

Resolução da Assembleia da República nº 112/2011 de 1 de Julho. Diário da República nº 131 – I Série. Lisboa

RODRIGUES, Eduardo Vítor (2000), “O Estado-Providência e os processos de Exclusão Social: considerações teóricas e estatísticas em torno do caso português”, *Revista Sociologia*, nº 10, 173-200. Porto: FLUP.

SAKELLARIDES, Constantino et al. (2014) *The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal*. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization. Consultado a 20.08.2016 em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/266388/The-impact-of-the-

financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Portugal.pdf?ua=1.

SANTANA, Paula et al. (2004), *O estado de saúde dos portugueses: uma perspectiva espacial*. Revista de Estudos Demográficos, 36.

SILVA, José Manuel (2015), *O necessário e resumido balanço de quatro anos do Ministério da Saúde: olhar o passado a pensar no futuro*. Revista da Ordem dos médicos, 162.

SOARES, António Goucha (2015), *A reforma da governação económica da UE: O coleto de regras europeias*. Relações internacionais, nº48. Consultado a 08.05.2016 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164591992015000400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

SOARES, José Carlos (2008). *Dicionário de Economia*. Lisboa: Plátano Editora.

Sociedade Independente de Comunicação (2015), “IPO do Porto obrigado a adiar cirurgias a doentes com cancro por falta de camas”. SIC Notícias, de 11 de Março. Consultado a 21.09.2016, em <http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2015-03-11-IPO-do-Porto-obrigado-a-adiar-cirurgias-a-doentes-com-cancro-por-falta-de-camas>.

Tribunal de Contas (2014), “Auditoria ao desempenho de unidades funcionais de cuidados de saúde primários”. Página consultada a 19.05.2016, disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2014/2s/audit-dgtec-rel017-2014-2s.pdf.

UNIÃO EUROPEIA (2011), *Memorando de Entendimento sobre as condicionalidades de política económica*. Banco Central Europeu. Lisboa: Ministério das Finanças.

USF- NA (2014), “A qualidade e eficiência são o futuro das USF e dos CSP”. Página consultada a 01.09.2016, disponível em <http://www.usf-an.pt/index.php/em-noticia/237-qualidade-eficiencia-futuro-usf-csp>.

Anexos

Medida	
Revisão e aumento das taxas moderadoras.	CUMPRIDA

Tabela 8 - Medidas contempladas no memorando - taxas moderadoras

Fonte: ESAME

Medidas	
Comparticipação de medicamentos e formação de preços, visando a redução em 50% do preço dos medicamentos, assim que expirasse a patente.	CUMPRIDA
O Ministério da Saúde deveria ser responsabilizado na íntegra pelos preços dos medicamentos, bem como estes devem ser revistos e a despesa com eles deve ser monitorizada mensalmente.	CUMPRIDA
Aumentar a prescrição de medicamentos genéricos e de medicamentos de marca que sejam menos dispendiosos, reduzir as barreiras administrativas/legais para acelerar a participação e um maior uso de genéricos, bem como emitir normas de orientação para a prescrição de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico.	CUMPRIDA

Tabela 9 - Medidas contempladas no memorando - medicamentos

Fonte: ESAME e Público

Medidas	
Aumento das USF.	CUMPRIDA
Garantir médicos em áreas mais carenciadas e aumentar o número máximo de doentes distribuídos por médico de família. ¹⁵	NÃO CUMPRIDA
Crescimento de unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP).	CUMPRIDA
O ajustamento da oferta hospitalar regional tendo em consideração os novos hospitais construídos em regime de PPP, a reorientação das atividades de alguns hospitais e a reestruturação e transplantação dos serviços de urgência.	CUMPRIDA PARCIALMENTE ¹⁶

Tabela 10 - Medidas contempladas no memorando - reformas estruturais

Fonte: ESAME e Público

¹⁵ Segundo o jornal Público, esta medida não foi cumprida e o SNS apesar de ter reforçado o número de médicos não foi possível abraçar todas as áreas carenciadas. <https://www.publico.pt/economia/memorando-da-troika-anotado#saude>

¹⁶ O relatório da Troika reconhece que a reforma da rede hospitalar não foi realizada e identifica algumas causas para isso: resistências na reclassificação dos hospitais e na realocação ou partilha de equipamento, baixa mobilidade do pessoal e centralização das decisões que deviam ser tomadas em nível regional.

Medidas	
<p>Reduzir os custos operacionais nos hospitais, através da racionalização dos serviços e da diminuição de cargos dirigentes assim como assegurar uma escolha mais transparente dos órgãos de presidência e da administração hospitalar.</p>	<p>CUMPRIDA</p>
<p>Realizar um inventário de todos os profissionais de saúde, aumentar a mobilidade dentro das várias ARS, rever as remunerações e os horários de trabalho que deveriam ser flexíveis.</p>	<p>CUMPRIDA</p>
<p>Revisão das tabelas remuneratórias das horas extraordinárias e promover novas diretrizes para aumentar a mobilidade dos profissionais dentro das ARS.</p>	<p>CUMPRIDA PARCIALMENTE</p>

Tabela 11 - Medidas contempladas no memorando - redução de pessoal e de custos materiais

Fonte: ESAME

Medida	
Assegurar a plena interoperabilidade dos serviços informáticos para que seja possível à ACSS comparar e recolher informação sobre a atividade dos hospitais.	CUMPRIDA
Concluir o sistema de registo eletrónico de saúde, assim como garantir o acesso a todas as informações e serviços de cuidados de saúde.	CUMPRIDA

Tabela 12 - Medidas contempladas no memorando - informatização de dados

Fonte: ESAME