

Health Research Unit (UIS)
School Of Health Sciences (ESSLei)
Polytechnic Institute of Leiria
Morro do Lena – Alto do Vieiro
2411-901 Leiria, Portugal

INVITED RESEARCH ARTICLE

The history of health policies in Portugal: a look at recent trends.

A história das políticas de saúde em Portugal: um olhar sobre as tendências recentes.

Teresa Maneca Lima¹

¹Centro de Estudos Sociais, Colégio S. Jerónimo, Universidade de Coimbra, 3000-995 Coimbra,

Citation: Maneca Lima, T. (2015). The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. *Res Net Health*. 1, e-1-11.

Published: 20th November 2015

Corresponding Author:
Teresa Lima
tmaneca@ces.uc.pt

Abstract

The perspectives about the Portuguese health system evolution recognize that the creation and expansion of the National Health Service (NHS) are placed in the political and social democratization of the country. In addition to allow for the health care coverage of the Portuguese population in a relatively short period, the NHS presents itself as the right to health main guarantee. However, the current economic and financial crisis affecting Portugal and, in a widespread context, the entire European continent, has stimulated the debate and space for a public health policies reform. Pinpointed on the argumentation around unsustainability and efficiency, the evaluation of the Portuguese health system is characterized by an incremental approach to privatization, mainly on health care management and delivery. The individual responsibility and the principle of user pay support the presence of private actors on the Portuguese health system. Through a critical review of the health policies development in Portugal, this article presents a historical outlook of the right to health and its future challenges.

Keywords: (public) health policies; right to health; economical-financial crisis.

Introdução

O atual contexto de crise económico-financeira que afeta de forma particularmente intensa Portugal tem contribuído para relançar o debate sobre a situação do Serviço Nacional de Saúde no âmbito das políticas públicas de saúde. O crescimento das despesas com a saúde, num momento de forte contenção orçamental, tem conduzido a algumas mudanças em termos de acesso e cuidados de saúde, cuja tendência tem privilegiado a primazia do mercado, segundo o princípio do utilizador-pagador.

Apesar da proteção pública do direito à saúde, através da criação de um sistema público universal com acesso garantido a todos os cidadãos, se ter transformado numa conquista sólida e indiscutível do pós-25 de abril de 1974, os argumentos em torno da sua eficiência e sustentabilidade financeira, derivada do crescimento da despesa pública nesta área, conduziram a uma reforma do sistema público de saúde assente num movimento de privatização dos cuidados de saúde e da gestão das unidades de saúde.

A discussão que tem sustentado esta reforma em Portugal centra-se em três princípios fundamentais. O primeiro apresenta a saúde como não sendo um bem público, pelo que

deverá ser aplicado o princípio do utilizador-pagador, estando o acesso gratuito reservado aos que não podem pagar (Amaral, 2011). O segundo concretiza-se na aplicação da teoria do custo-benefício à prestação dos cuidados, em que se avalia até onde deve o Estado investir para ter um retorno em termos de resultado. Por fim, o terceiro princípio defende que a sustentabilidade financeira dos sistemas públicos depende do Estado social deixar de ser um sistema baseado no acesso universal e gratuito, passando a gratuitidade a ser reservada apenas para os mais vulneráveis e com menos rendimentos.

Esta argumentação mostra que os sistemas públicos de saúde evoluem de acordo com pressões contínuas de interesses e pontos de vista distintos. De facto, “na governação da saúde, o desafio centra-se em conseguir compatibilizar a promoção e a proteção da saúde das pessoas, com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade” (Sousa, 2009, p. 884). No entanto, esta tendência, como enunciado por Nunes (2011), pode ser reveladora de uma menor qualidade dos serviços e de um sistema público orientado para a assistência apenas aos mais pobres.

A evolução das políticas em Portugal tem sido marcada por um conjunto de fatores que, de certo modo, espelham os fundamentos apresentados. Através de um olhar histórico para a sua evolução do sistema de saúde em Portugal é possível identificar uma tendência para a adoção de uma maior responsabilidade individual no financiamento dos cuidados de saúde. Este artigo tem o objetivo de apresentar uma resenha crítica da evolução das políticas de saúde em Portugal nos últimos quarenta anos, recorrendo à análise documental de estudos sociológicos e de relatórios técnicos produzidos pela Direção Geral da Saúde e pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde, entre outros.

1. O sistema de saúde português: breve síntese de uma evolução recente

Os sistemas nacionais de saúde na Europa Ocidental, desenhados após a Segunda Guerra Mundial, assentaram no direito igual de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, tanto básicos como diferenciados, sem estabelecerem diferenças em termos de classe social, rendimento, sexo, raça, etnia ou orientação sexual. O seu financiamento convencionou-se, principalmente, na redistribuição dos recursos públicos recolhidos através dos impostos, promovendo o acesso gratuito universal dos cidadãos. Por sistema de saúde entende-se “um conjunto de diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção da saúde” (Ferreira, 1988, apud Almeida, 1999, p. 16). Esta definição deixa claro que um sistema de saúde é complexo e atravessado por diferentes atores.

Antes do 25 de abril de 1974, a saúde em Portugal era constituída por várias instituições prestadoras de cuidados de saúde, que na maioria dos casos se sobrepunha (OPSS, 2001), pese embora sem conseguirem garantir quer um acesso universal quer a qualidade exigível. De entre as instituições prestadoras encontravam-se: 1) as misericórdias, instituições históricas de relevo na saúde, que geriam grande parte das instituições hospitalares; 2) os serviços médico-sociais que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Caixa de Previdência; 3) os serviços de Saúde Pública, vocacionados para a proteção da saúde; 4) os hospitais estatais, localizados principalmente nos grandes centros urbanos; e 5) os serviços privados dirigidos a classes socioeconómicas mais elevadas. Esta estrutura ilustra o modo como estávamos perante um sistema bastante fragmentado e onde o Estado tinha uma intervenção reduzida, reflexo de uma conceção assistencialista dos serviços médico-sanitários.

Em 1971 assiste-se a uma reforma do sistema de saúde através da publicação do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, que veio conferir uma maior responsabilidade ao Estado, passando este a ser responsável pela definição e execução da política de saúde. Para além da diminuição das barreiras ao acesso de cuidados médico (Barros, n.d.), esta reforma contemplou, igualmente, a criação dos Centros de Saúde. Apesar de uma implementação tímida e de espectro limitado, esta reforma forneceu as bases para o futuro Serviço Nacional de Saúde, estabelecido após 1974.

Nos últimos quarenta anos, vários foram os fatores que definiram e determinaram o sistema de saúde atual, bem como a sua evolução. Em termos históricos é possível identificar diferentes períodos de evolução e desenvolvimento que “correspondem a diferentes agendas políticas” (Sousa, 2009, p. 886). Seguindo a classificação proposta por Carapinheiro e Pinto (1986) e Campos (2011) é possível identificar seis períodos.

O primeiro período acontece imediatamente após a revolução de 25 de abril de 1974 e estende-se até 1985, onde se assiste à criação e expansão do Serviço Nacional de Saúde (SNS). O segundo período, que decorre entre 1985 e 1995, corresponde a uma época marcada pela mudança da fronteira entre o público e o privado, onde do ponto de vista ideológico e da sustentabilidade financeira se colocou a possibilidade de desenvolver um sistema alternativo ao SNS. O terceiro, compreendido entre 1995 e 2002, apesar de caracterizado por uma aproximação à lógica de funcionamento do mercado, com uma política centrada na introdução de uma nova gestão pública dos hospitais e centros de saúde, é marcado por um aumento da oferta dos serviços de saúde, com a introdução de novos atores na gestão e prestação de cuidados contratualizados com o Estado.

Entre 2002 e 2005, é possível identificar de forma notória a ideia de complementaridade entre as lógicas públicas e privadas na saúde. Este quarto período comporta uma forte combinação de estratégias centradas na eficiência e um discurso assente na promoção de um modelo misto, entre o público e o privado. O quinto período de evolução, que se estende entre 2005 e 2009, volta a registar uma fase de alargamento e modernização do SNS, que coincide com a introdução do conceito de eficiência, que passa a modelar e definir as políticas públicas, tanto na saúde como nas restantes áreas (paradigma da nova administração pública ou *new public management* - que em Portugal se instalou com maior preponderância no virar do século).

O sexto e último período instalou-se com o agudizar do cenário de crise económico-financeira, após 2010, com Portugal a necessitar de uma intervenção financeira externa através da Troika, com quem se assinou o Memorando de Entendimento que veio moldar a definição e implementação das políticas públicas desde então. Neste período atual, os imperativos de ordem financeira marcaram de forma mais premente o ideal de eficiência, inserindo a lógica da maximização dos recursos e de um menor peso do Estado, em nome da redução da despesa pública, iniciando-se, assim, o que se pode definir como a reforma mais profunda do sistema de saúde português.

De seguida, apresenta-se de forma sucinta uma breve resenha histórica sobre os seis períodos históricos identificados nos últimos quarenta anos em Portugal, na evolução das políticas de saúde públicas.

1.1. O sistema de saúde português entre 1974 e 1985: a criação e implementação do SNS

As reformas em termos das políticas sociais, introduzidas após a Revolução de 1974, mudaram profundamente a intervenção do Estado, a conceção de Estado Social e, conseqüentemente, o reconhecimento do direito à saúde. A Constituição da República Portuguesa, de 1976, consagrou no seu artigo 64.º o direito à proteção da saúde através da "criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito", estabelecendo a obrigação do Estado "orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos setores médico-medicamentosos". Ao mesmo tempo, o texto constitucional consagra de forma clara a proteção legal de todos os cidadãos de forma igual, num sistema de saúde em que cada indivíduo contribui através dos seus impostos.

Três anos depois, em 1979, é publicada a Lei do Serviço Nacional de Saúde (SNS) – Lei n.º 56/79, de 15 de setembro –, dando, assim, corpo e regulamentação ao preceito constitucional e representando o primeiro modelo político na saúde (Simões, 2004; Simões & Dias, 2009). A expansão e definição do SNS estendem-se até 1985, um período demasiado longo na opinião de Mozzicafreddo (2000), cuja justificação se encontra nas lutas internas entre o Estado e o sistema corporativo bastante enraizado na sociedade portuguesa (em particular a classe médica). Apesar de uma debilidade estrutural clara, nomeadamente em termos financeiros (OPSS, 2001), a construção do SNS foi-se consolidando através, entre outras medidas, pela criação de uma rede de cuidados primários.

1.2. O sistema de saúde português entre 1985 e 1995: o reforço dos privados e a partilha de custos

No ano de 1986, Portugal torna-se membro da atual União Europeia (UE). Com esta integração assistiu-se a um desenvolvimento das infraestruturas sociais, através do acesso a financiamento europeu, o que permitiu, no caso concreto da área da saúde, uma expansão dos equipamentos do SNS.

Em 1989, o texto constitucional é alterado, passando o artigo 64.º a ter a seguinte redação: "serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito", com o seu n.º 2 a incluir o conceito de "socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos". Ou seja, o próprio Constituição passa a incluir de forma direta a noção de custos e a partilha de responsabilidades no financiamento do próprio SNS, ou seja, a permitir a introdução das taxas moderadoras.

A Lei de Bases da Saúde, publicada em 1990 (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) veio redefinir a atuação do Estado como responsável pelos cuidados de saúde, passando este a operar através da criação de serviços próprios, celebrando acordos com entidades privadas para a prestação de cuidado e apoio à saúde. Ao Estado cabia, cada vez mais, o apoio e fiscalização da atividade privada na área da saúde. Com esta alteração, a saúde passa a ser uma responsabilidade não exclusiva do Estado. As iniciativas sociais e privadas são chamadas a intervir e a desempenhar um papel complementar importante na prestação dos cuidados de saúde. Como descrito no estudo liderado por Maria Ioannina Baganha, "o ano de 1990 é considerado como um ano de viragem decisiva no Sistema de Saúde Português" (Baganha, Ribeiro & Pires, 2002, p. 6).

A viragem em termos das políticas de saúde é consolidada em 1993 com a publicação do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, que define o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. O sistema nacional de saúde português passa a ser caracterizado pela coexistência de três sistemas articulados: 1) o Serviço Nacional de Saúde, dependente do Ministério da Saúde; 2) os subsistemas de saúde públicos de apoio; e 3) as entidades privadas com acordo com o SNS, configurando-se como um sistema misto.

Esta mudança é entendida como uma alteração da fronteira entre o público e o privado, onde, do ponto de vista ideológico e da sustentabilidade financeira, se colocou a possibilidade de desenvolver um sistema alternativo ao SNS, cujo objetivo central residia em conter a despesa mas sem deixar de garantir o acesso à prestação de cuidados (Saltman, 1994).

1.3. O sistema de saúde português entre 1995 e 2002: a eficiência na gestão pública da saúde

O período que decorre entre 1995 e 2002, identificado como correspondendo a um terceiro período de desenvolvimento do sistema de saúde português, apresenta uma nova política centrada em novas formas de gestão e organização dos hospitais. Apesar de se verificar um retomar ideológico do SNS, como explicam Simões e Dias (2009), com o abandono doutrinal do princípio de ‘mais mercado’ no sistema de saúde, é introduzida uma nova forma de gestão com a incorporação dos princípios do privado, do mercado e do lucro no sistema público.

Tendo como grande objetivo a melhoria da administração pública na saúde, dando maior flexibilidade e capacidade de inovação à sua administração, a introdução da lógica empresarial na gestão dos hospitais procurou resolver duas das grandes dificuldades que desafiavam o setor da saúde: o financiamento do SNS e o aumento das listas de espera nas consultas e prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, a reforma procurou aumentar a eficiência e eficácia dos recursos alocados, quer humanos, quer financeiros. Dentro das diferentes intervenções são de salientar: 1) a introdução de um novo regime remuneratório, experimental, que tinha em consideração o desempenho profissional e que pretendida dar maiores incentivos à produtividade e satisfação; 2) a criação das agências de contratualização no âmbito das administrações regionais, permitindo uma maior desconcentração no planeamento e controlo das unidades de saúde; e 3) a adoção de regras privadas na gestão dos recursos humanos e na aquisição de bens e de serviços com a publicação de novos estatutos jurídicos para os hospitais - num primeiro momento com o Hospital de Santa Maria da Feira e posteriormente com a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio.

A introdução da lógica de mercado aplicada à gestão e aos profissionais correspondeu, na ótica de Stoleroff e Correia (2008), a uma desregulação que conduziu a uma mercadorização da prestação pública dos cuidados de saúde e a uma individualização das relações de trabalho. Esta análise não é consensual. Tiago Correia, por exemplo, refere que esta reforma apenas representou uma mercadorização parcial, uma vez que apesar da introdução dos princípios de direito privado no funcionamento das instituições, o prestador de cuidados continuou a orientar-se por uma lógica estatal (Correia, 2009). Já Paulino Sousa nota que as experiências de empresarialização pública “foram avaliadas positivamente” e permitiram a introdução de critérios de qualidade (Sousa, 2009, p. 888).

1.4. O sistema de saúde português entre 2002 e 2005

O sistema de saúde português após 2002 caracterizou-se por uma expansão e uma reorientação das políticas anteriores, com uma nova relação entre os espaços público, privado e social. A nova agenda política para a saúde, definida com a publicação do novo regime jurídico da gestão hospitalar, Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, que alterou alguns pontos da Lei de Bases da Saúde de 1990, apresenta o conceito de “rede de prestação de cuidados de saúde”, integrando hospitais públicos “tradicionais”, hospitais públicos com natureza empresarial, hospitais-sociedades anónimas de capitais públicos e estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos. Entre outras alterações, estabelece também a existência de contratos individuais de trabalho aplicável aos profissionais do Serviço Nacional de Saúde.

Esta reforma estabeleceu, do ponto de vista teórico, um mercado misto e consolidou as experiências anteriormente implementadas, sedimentando a aposta no processo de empresarialização dos hospitais. Baseando a sua organização e funcionamento na articulação de redes de cuidados primários, diferenciados e continuados, este novo sistema de saúde passa a definir-se sem que o Estado e o SNS se constituam como referência preferencial (Simões & Dias, 2009, p. 8). Deste modo, a separação entre entidade(s) financiadora(s) e prestadoras de cuidados e a introdução de alguma forma de mercado ou de mecanismo de competição nos sistemas públicos tornou-se clara.

Ao mesmo tempo, a discussão sobre a sustentabilidade do sistema de saúde foi-se fortalecendo, legitimando um abrandamento do crescimento da despesa pública na área da saúde e o recuar da ação do Estado na prestação de serviços, através do reforço das parcerias público-privadas.

1.5. O sistema de saúde português entre 2005 e 2009: eficiência e sustentabilidade

Após 2005, assiste-se ao desenvolvimento de uma política que aposta no alargamento e modernização do SNS. Introduzindo o conceito de eficiência, a nova reforma, ao mesmo tempo que fomenta um intenso debate sobre o futuro do serviço nacional de saúde e a sua sustentabilidade, aposta no alargamento da rede de cuidados primários, mantendo o processo de empresarialização dos hospitais públicos e a concorrência entre os prestadores públicos e privados.

Reflexo de uma tendência geral em termos europeus, esta reforma tem como ideologia o assegurar dos interesses coletivos segundo princípios de eficácia e eficiência e lógicas de funcionamento privado. De acordo com a análise de Tiago Correia, tem “implícita a ideia de desperdício e de ineficiência do tradicional setor público e a ideia das qualidades de gestão do setor privado (Correia, 2009, p. 84). Dentro deste paradigma, a empresarialização hospitalar corresponde a uma necessidade de racionalização dos gastos públicos e ao consenso de que o modelo de sistema de saúde implementado após a segunda guerra mundial se tornou, hoje, insustentável para o Estado devido a vários fatores que exigem mais e inovadores cuidados de saúde, como, entre outros, o envelhecimento da população, o surgimento de novas doenças ou, simplesmente, maiores exigências de cuidados de saúde.

Com o abrandamento do crescimento económico, sentido logo em 2008, a diminuição da intervenção direta do Estado pareceu justificar-se. Como analisado por Mariana Silva, as políticas de saúde implementadas durante este período “acentuam a manutenção da referência ideológica do SNS e alargamento e modernização de serviços, ao mesmo

tempo que se mantêm e acentuam as estratégias que visam os ganhos de eficiência” (Silva, 2012, p. 123). A valorização da qualidade passa a dominar a agenda política, enquanto elemento central na avaliação e gestão dos sistemas de saúde. A associação da qualidade ao ideal da sustentabilidade mudou em definitivo o panorama das políticas públicas e passou a dominar o discurso público sobre o futuro do sistema de saúde português.

1.6. O sistema de saúde português após 2010: a crise económica e os desafios às políticas de saúde

Com o agudizar do cenário de crise económica, após 2010, os imperativos de ordem financeira marcaram de forma mais premente o ideal de eficiência, inserindo as lógicas da maximização dos recursos e de um menor peso do Estado, em nome da redução da despesa pública. Um bom exemplo destas pressões económicas e financeiras é a alteração que decorreu nos termos da aplicação das taxas moderadoras. A partir de 1 de janeiro de 2010, apesar de terem sido revogadas as taxas moderadoras aplicáveis ao acesso a internamento e ao ato cirúrgico em ambulatório, outras viram os seus valores aumentarem. Passaram também a estar sujeitos ao pagamento de taxas moderadoras: 1) a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica em serviços de saúde públicos ou privados convencionados, com exceção dos efetuados em regime de internamento; 2) a utilização de serviços de urgência hospitalares e centros de saúde; e 3) as consultas nos hospitais, nos centros de saúde e em outros serviços de saúde públicos ou privados convencionados.

Continuando a postular-se ideia de que a privatização e a prestação de serviços de saúde de organizações mercantis é mais eficiente e adequada, pode-se afirmar que a participação financeira dos cidadãos, entendidos enquanto atores parte nos cuidados de saúde, tornou-se uma realidade cada vez mais presente no âmbito do sistema de saúde português. Embora as taxas moderadoras não sejam aplicadas a todos os serviços prestados, e mesmo existindo uma franja significativa da população que se encontra isenta do seu pagamento devido a carências económicas e/ou doenças específicas, estas reforçam a responsabilidade individual no acesso aos cuidados de saúde e acentuam o carácter “tendencialmente gratuito”, ou seja, a participação financeira crescente dos cidadãos nos custos de saúde.

Algumas análises recentes têm apontado o contexto de crise como uma oportunidade de consolidar um sistema baseado na solidariedade e na equidade e garantir a proteção adequada aos mais vulneráveis (OPSS, 2011). No entanto, este cenário pode, igualmente, conduzir a uma erosão progressiva do sistema público de saúde (Nunes, 2011), com diminuição da intervenção direta do Estado. Não sendo ainda possível avaliar o impacto a médio e longo prazo das medidas restritivas introduzidas e da redução dos recursos financeiros no setor da saúde com origem no Orçamento Geral do Estado, é certo que a diminuição do nível de bem-estar da população, o aumento do desemprego e a precariedade podem vir comprometer a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde (Silva, 2012).

2. A saúde em Portugal: da melhoria dos indicadores aos desafios futuros

Acompanhando a progressão das políticas de saúde em Portugal, os principais indicadores sociodemográficos e de saúde denotam uma evolução considerada positiva, com uma aproximação aos valores médios da União Europeia, de que é exemplo a redução significativa da taxa de mortalidade infantil. De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, verificamos que no caso da taxa de mortalidade infantil passamos de um valor de 55,5‰ em 1970 para 2,9‰ em 2013. Um outro indicador merecedor de destaque é a esperança média de vida. Tanto no caso das mulheres como dos homens, assistiu-se a um aumento considerável, reflexo da melhoria das condições de vida e da prestação de cuidados de saúde à população portuguesa.

Tabela 1: Evolução em Portugal de alguns indicadores sociodemográficos e de saúde

	1960	1970	1981	1991	2001	2011	2013
População (milhares)	8.865,00	8.680,60	9.851,30	9.960,20	10.362,70	10.557,60	10.457,30
Idosos							
65 ou mais anos	-	-	1.132.638	1.372.543	1.705.274	1.992.034	2.051.225
Idosos (%)							
65 ou mais anos	-	-	11,5	13,8	16,5	18,9	19,6
Índice de envelhecimento							
Idosos por cada 100 jovens	-	32,9	45,4	70	101,6	125,8	133,5
Taxa de mortalidade infantil (‰)	77,5	55,5	21,8	10,8	5	3,1	2,9
Esperança de vida à nascença (Homens)	60,7	64	68,2	70,6	73,3	76,7	-
Esperança de vida à nascença (Mulheres)	66,4	70,3	75,2	77,6	80,1	82,6	-
Taxa bruta de mortalidade	10,7	10,7	9,7	10,4	10,1	9,7	10,2

Fonte: Pordata, 2014

A melhoria das condições sociais da população, como resultado do incremento das políticas e do desenvolvimento económico, social, científico e tecnológico registado nas últimas décadas, principalmente nos países desenvolvidos, é apresentada como grande impulsionador para a resolução de alguns problemas de saúde (Sousa, 2009). Todavia, as alterações ocorridas, nomeadamente em termos de estilos de vida, comportamentos e condições sociais e laborais, são também responsáveis pelo aparecimento de novos problemas e desafios em termos de saúde.

O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento populacional e a maior incidência de doenças crónicas constituem-se como novas dinâmicas com desafios claros aos cuidados de saúde prestados. Por exemplo, o caso das doenças crónicas, identificadas como a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades desenvolvidas, representam um excessivo consumo de cuidados de saúde e uma maior pressão sobre os serviços de prestação de cuidados de saúde, na medida em que são responsáveis por situações de incapacidade e de perda da qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2004). O envelhecimento populacional, sendo um fenómeno social complexo presente nas sociedades industrializadas, resultado do efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade e do aumento da esperança média de vida, ganhou um impacto social e económico relevante. Consequência direta dos progressos da medicina e das transformações económicas e sociais, este fenómeno coloca sérios desafios e obriga a

uma reformulação das políticas de saúde, mas também do trabalho, lazer qualidade de vida e segurança social. Segundo o Departamento de Estatística da União Europeia (Eurostat, 2004), Portugal em 2050 será o quarto país da União Europeia com maior percentagem de idosos (31,9%), só ultrapassado por Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%). Esta realidade pode vir a ter impactos significativos em termos dos recursos humanos para os sistemas de saúde, com o aumento do número de trabalhadores na faixa etária dos 55 aos 64 anos, mas também em termos do acesso aos cuidados, uma vez que são os idosos os que apresentam maiores necessidades de cuidados. Por outro lado, o momento económico e social marcado por uma crise económica e financeira sem precedentes, que obrigou os Estados a implementarem medidas de contenção nas despesas públicas, teve também implicações nas dinâmicas familiares. O aumento do desemprego e a diminuição dos rendimentos do trabalho elevaram o número de famílias dependentes dos apoios sociais e, por conseguinte, com maiores dificuldades em cuidar dos seus idosos.

Esta realidade é determinante de novas necessidades de cuidados de saúde, a serem consideradas nas futuras reformas do sistema português de saúde. A esta exigência junta-se a necessidade do atual sistema continuar a ser um mecanismo de proteção social na saúde, mantendo a sua sustentabilidade financeira, melhorando o acesso aos cuidados de saúde e combatendo as assimetrias e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde que continuam a sentir-se no contexto português (Santana, 2005, 2014).

3. Reflexões finais

Decorridas quase quatro décadas após a implementação do Sistema Nacional de Saúde em Portugal, muitas foram as alterações introduzidas. Em termos constitucionais, o texto sofreu alguns ajustamentos. A principal modificação ocorreu no direito a um sistema de saúde universal que garanta a todos os cidadãos os tratamentos necessários ao restabelecimento da sua saúde, que passou de gratuito a tendencialmente gratuito. Esta alteração, apesar de continuar a pressupor que os cuidados não estão sujeitos a um pagamento, abriu a possibilidade de introduzir a aplicação de taxas que moderam o recurso ao sistema – as designadas taxas moderadoras. Tendo por base de sustentação os argumentos em torno da ideia de que o acesso aos cuidados de saúde deve ser pago em função da condição económica dos utentes, o Serviço Nacional de Saúde em Portugal foi-se orientando para utentes com menores rendimentos. Como analisado por João Arriscado Nunes, este tipo de alteração parece ter contribuído para uma redução de recursos “comprometendo tanto a sua capacidade de garantir ao acesso aos cuidados inscritos na Constituição da República como um direito de todos os cidadãos como a prestação de cuidados diferenciados e a própria qualidade dos serviços prestados” (Nunes, 2011, p. 149).

Enfrentando pressões associadas ao aumento da despesa, às alterações demográficas, à diminuição ou estagnação do crescimento económico e, mais recentemente, aos constrangimentos fiscais, as políticas de saúde foram-se adaptando tanto às necessidades sociais como às demandas políticas, sem, no entanto, conseguirem, nos dias que correm, gerar um nível de aprovação pública satisfatório (Cabral, Silva & Mendes, 2003; Cabral & Silva, 2009).

Perante os avanços e recuos e as mudanças de orientações políticas, o SNS mantém-se como elemento estruturante da prestação de cuidados de saúde pública e o instrumento público de regulação da oferta. Contudo, a articulação crescente entre as esferas público-privada, descrita como incontornável, aliada à necessidade de racionalização dos gastos públicos é vista como um crescente espaço de ação para os agentes privados, onde o

direito à saúde deixa de ser entendido como responsabilidade única do Estado. Por sua vez, as dinâmicas sociodemográficas recentes, onde o envelhecimento populacional se apresenta como o grande desafio, exortam as reformas e transformações futuras do sistema de saúde a não descurar o ideal fundador do serviço público de saúde: a garantia universal do direito à saúde.

Referências

- Almeida, H. J. (1999). A unidade funcional de saúde: impacto nos barómetros do sistema de saúde português. *XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998*. Escola Nacional de Saúde Pública, 10-56.
- Amaral, L. M. (2011). O futuro do Estado Social: o caso da saúde. *Publico*, 8 de maio.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J., Pires, S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina do CES*, 182, 1-33. Retrived from <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/182.pdf>.
- Barros, P. P. (n.d.). *As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987-1996*.
- Cabral, M. V. & Silva, P. A. (2009). *Os Portugueses e o SNS hoje. Acesso, Avaliação e Atitudes da População Portuguesa Perante a Saúde e o Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Cabral, M. V., Silva, P. A., & Mendes; H. (2003). *Saúde e Doença em Portugal. Inquérito às Atitudes e Comportamentos da População Portuguesa Perante o Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Campos, A. C. (2011). *O Percurso da Saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Carapinheiro, G., Pinto, M. P. (1986). Políticas de saúde num país em mudança. Portugal nos anos 70 e 80. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1, 71-109.
- Correia, T. (2009). A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 83-103.
- EUROSTAT (2004). Formation des ménages dans l'UE – Parents isolés. *Statistiques en bref*, Thème 3: Population et conditions sociales, 5, 1-7.
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons. *Public Administration*, 69(1), 3-19.
- Ministério da Saúde (2004). *Implementação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Mozzicafreddo, J (2000). *Estado-providência em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Nunes, J. A. (2011). Os mercados fazem bem à saúde? O caso do acesso aos cuidados. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 95,137-153.
- Observatório Português do Sistema de Saúde – OPSS (2001). *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera do OPSS*. Lisboa: OPSS.
- Observatório Português do Sistema de Saúde – OPSS (2011). *Da depressão da crise, para a governação prospetiva da saúde*. Lisboa: OPSS.
- Saltman, R. B. (1994). A conceptual overview of recent health care reforms. *European Journal of Public Health*, 4(4), 287-293.
- Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Editora Almedina.
- Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: Território, Saúde e Bem-Estar*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Silva, M. V. (2012). Políticas públicas de saúde. Tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128.
- Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde. Dependência de percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

- Simões, J. & Dias, A. (2009). A governação em saúde em Portugal e a saúde nas políticas. *Linhas de Saúde*, 1, 7-10.
- Sousa, P. A. F. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios, *ACTA*, 22, 884-894.
- Stoleroff, A. & Correia, T. (2008). A empresarialização do setor hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação, *CIES e-Working Paper*, 47, 1-31. Retrieved from http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP47_Stoleroff-Correia_.pdf.