



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE
MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM
MEDICINA**

HUGO ALEXANDRE DA CRUZ RIBEIRO

***SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS:
ORGANIZAÇÃO E PLANEAMENTO***

ARTIGO REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE SAÚDE PÚBLICA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
MESTRE ANTÓNIO MANUEL PINTO BROCHADO MOREIRA DE MORAIS**

FEVEREIRO 2012



SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Organização e Planeamento

HUGO ALEXANDRE DA CRUZ RIBEIRO

Estudante do 6º Ano do Mestrado Integrado em Medicina da

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Rua Quinta do Cavaleiro, nº 6, Buarcos, 3080-302 – Figueira da Foz

hribeiroff@gmail.com

Trabalho realizado sob a orientação de:

Mestre António Manuel Pinto Brochado Moreira de Morais

Médico assistente graduado de Saúde Pública, Mestre em Saúde Ocupacional, Coordenador

da Unidade de Planeamento da Administração Regional de Saúde do Centro e Assistente

Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

AGRADECIMENTOS

Chegado ao fim da “breve eternidade” coimbrã, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que se revelaram indispensáveis para a minha formação profissional e para a minha formação pessoal, humana, social e cívica.

Agradeço aos meus pais o amor, o carinho e todo o apoio que sempre me deram, sendo verdadeiros modelos de dedicação, de perseverança, de profissionalismo e de cidadania, que pretendo seguir durante a minha vida.

Agradeço ao meu irmão Nuno a amizade única que nos une, a lealdade, o estímulo para que me tornasse num cidadão mais responsável e interveniente e todo o apoio que me deu durante estes seis anos.

Agradeço aos meus avós Manuel e Maria, que foram, são e sempre serão fontes de inspiração e de tão indispensável apoio emocional, sendo modelos de honestidade e de humildade, que pretendo seguir durante a minha vida.

Agradeço ao meu grande amigo Sérgio a amizade, a presença constante nos bons e nos maus momentos, a força que sempre me deu e a razão que sempre me transmitiu.

Agradeço à Estudantina Universitária de Coimbra, ao Grupo de Canção de Coimbra In Illo Tempore e à Secção de Fado da Associação Académica de Coimbra as amizades, a experiência de vida e a formação singulares que me proporcionaram.

Agradeço ao Dr. António Morais a disponibilidade na orientação desta tese e a confiança que depositou em mim.

Agradeço a todos os meus amigos que, embora aqui não individualizados, são tão importantes para a minha vida.

Por fim, agradeço a todos os meus professores e colegas por toda a transmissão de conhecimentos, vivências e companheirismo que levarei para a vida.

Hugo Alexandre da Cruz Ribeiro

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Lista de Abreviaturas | 5 |
| Resumo | 7 |
| Abstract | 9 |
| 1. INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. BREVE REFERÊNCIA À HISTÓRIA DA SAÚDE COMUNITÁRIA | 16 |
| 3. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | 20 |
| 4. ORGANIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE | 27 |
| 4.1. Notas introdutórias | 27 |
| 4.2. Financiamento dos sistemas de saúde | 33 |
| 4.2.1. O modelo de Bismarck | 35 |
| 4.2.2. O modelo de Beveridge | 37 |
| 4.2.3. Sistemas em transição | 38 |
| 4.3. Seguro de saúde privado | 44 |
| 4.4. Organização dos Cuidados de Saúde Primários | 46 |
| 4.5. Organização do sistema hospitalar | 59 |
| 4.5.1. Notas introdutórias | 59 |
| 4.5.2. A evolução dos sistemas hospitalares | 61 |
| 4.5.2.1. Actividade Hospitalar | 63 |
| 4.5.2.2. A reconfiguração da prestação de cuidados hospitalares | 63 |
| 4.5.2.3. Funções dos hospitais | 67 |
| 4.5.2.4. Tipos de hospitais | 71 |
| 4.5.3. Notas finais sobre o sistema hospitalar | 73 |
| 5. PLANEAMENTO EM SAÚDE | 76 |
| 5.1. Evolução geral dos indicadores de saúde em Portugal | 76 |
| 5.2. Plano Nacional de Saúde 2004-2010 | 84 |
| 5.3. Plano Nacional de Saúde 2011-2016 | 93 |
| 6. CONCLUSÕES | 104 |
| Referências Bibliográficas | 108 |

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACS – Alto Comissariado da Saúde
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE – Direcção-Geral de Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
APMCG – Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CRES – Conselho de Reflexão sobre a Saúde
CRI – Centro de Responsabilidade Integrada
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DCV – Doenças Cardiovasculares
DGS – Direcção-Geral da Saúde
DIC – Doença Isquémica Coronária
ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
EPE – Estabelecimento Público Empresarial
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
EUA – Estados Unidos da América
FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
FMUL – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
HPP – Hospitais Privados de Portugal
INA – Direcção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas
INS – Inquérito Nacional de Saúde
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MGF – Medicina Geral e Familiar
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Orçamento de Estado
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português do Sistema de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde
PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RRE – Regime Remuneratório Experimental
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SLS – Sistema Local de Saúde
SMS – Serviços Médico-Sociais
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SU – Serviço de Urgência
TPM – Taxa Padronizada de Mortalidade
UAG – Unidade de Apoio à Gestão
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE – União Europeia
URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Pública

RESUMO

E

PALAVRAS-CHAVE

O presente trabalho apresenta-se com o objectivo principal de suscitar uma discussão profunda, informada e transversal em todos os cidadãos, em especial na comunidade médica, acerca da organização dos sistemas de saúde, da importância do planeamento nas políticas para este sector e na sustentabilidade do financiamento dos serviços públicos.

Para tal, desenvolvemos uma revisão de artigos e livros sobre os temas referidos, procurando dar a conhecer a orgânica de um sistema de saúde, a evolução e a realidade actual do sistema de saúde e dos indicadores de saúde portugueses, comparando com os sistemas existentes em alguns dos países mais desenvolvidos do mundo.

Este trabalho permite-nos rever alguns momentos-chave da evolução da organização das políticas de saúde a nível mundial, começando esse breve historial na civilização egípcia e terminando na Era moderna da saúde, nomeadamente na actual fase da promoção da saúde das populações.

Antes de iniciar a discussão sobre a organização de sistemas de saúde, é feito um levantamento histórico da implementação e evolução do serviço público de saúde português (o Serviço Nacional de Saúde), considerado por muitos a maior conquista social do século passado a nível nacional. Este capítulo permite perceber a importância crescente dada ao sector da saúde pelas populações, não só em Portugal mas também em toda a União Europeia, a qual inclui na sua matriz ideológica fundacional (o Modelo Social Europeu) a singular relevância da saúde, em particular da existência de sistemas públicos, de cobertura universal, com facilitada acessibilidade e tendencial gratuitidade.

No capítulo da organização de sistemas de saúde, podemos entender as diferenças existentes nos países europeus quanto ao financiamento do sector e quanto à cobertura por parte do seguro privado. Em seguida, este trabalho apresenta a organização dos cuidados de saúde primários, em particular a reforma portuguesa, que revela ser um bom exemplo, pela conseguida melhor alocação de recursos, avaliação de eficiência e relação entre os profissionais de saúde e entre as instituições de saúde, para além de uma melhor cobertura da população e uma melhor capacidade instalada para efectivar essa cobertura, libertando os hospitais para as actividades inerentes aos cuidados secundários e terciários. O estudo dos hospitais, incluindo a sua relevância para a organização de todo o sistema e a sua organização interna, é pormenorizadamente abordado.

No capítulo do planeamento em saúde, é dado um enfoque especial na evolução dos indicadores de saúde portugueses e na implementação dos planos nacionais de saúde, os quais permitiram o seguimento de políticas para o sector a longo prazo, tornando muito mais eficaz o nosso sistema de saúde.

Assim, este é um trabalho que pretende dar a conhecer, de uma forma objectiva, a realidade da saúde portuguesa, comparando-a pontualmente a outros países europeus, permitindo a qualquer cidadão formular uma opinião informada sobre as políticas de saúde e, se assim o entender, propor alternativas credíveis e possíveis de implementar.

Palavras-chave: saúde comunitária, sistema de saúde, organização, planeamento, financiamento, cidadania.

ABSTRACT
AND
KEY WORDS

This review article has a main objective that is to raise a deep discussion, informed and transversal to all citizens, specially to medical community, about the health systems organization, the importance of decent planning policies for this sector and in the sustainability of the public systems financing.

To accomplished that, we developed a review of articles about these issues, looking for make known a health system organization, the evolution and the reality of the portuguese health system and health indicators, comparing with health systems in some of the world's most developed countries.

This article let us to review some of the most important evolutionary moments of the health organization policies all over the world, beginning that in the egyptian civilization and ending on the modern era of health, namely in the actual time of public health promotion.

Before beginning the discussion about the health systems organization, we also remember the historical implementation and evolution of the portuguese National Health System, considered by many people the most important social conquest of the nineteenth century. This chapter allow us to understand the increasing importance given to the health sector by people, not only in Portugal but also in all European Union, which includes in it foundational ideological womb (the European Social Model) the singular relevance of health, in particular the existence of public systems, with universal coverage, easy accessibility and no charge trend.

In the health systems organization chapter, we can understand the differences between European countries in financing this sector and in private insurance coverage. Then, this

review article presents the primary health care organization, in particular the Portuguese reform, that is a good example, by the achievements of getting better resources allocation, efficiency evaluation, relationship between health professionals and between health institutions and a better population coverage and capacity to ensure that coverage, relieving hospitals. The hospital study, including their relevance to all system organization and their internal organization, is pormenorized.

In the health planning chapter, is given a special approach to the evolution of the portuguese health indicators and implementation of national health programs, which allowed a long term sector polices sequence, making our health system more effective.

This is an article that pretends to give the knowledge, in an objective way, of the Portuguese health reality, comparing it once in a while to other European countries, allowing to any citizen to formulate an informed opinion about the health polices and, if he wants, to propose realistic alternatives.

Key Words: public health, health system, organization, planning, financing, health indicators, citizenship.

1. INTRODUÇÃO

A 13 de Dezembro de 2007, os Estados da União Europeia (UE) garantiram a sua orientação para a defesa dos direitos fundamentais tal como estão definidos na Carta Social Europeia, assinada em Turim, em 18 de Outubro de 1961, e na Carta Comunitária dos Direitos Fundamentais dos Trabalhadores, de 1989.

O direito à protecção da saúde está reconhecido no artigo 35º do Tratado de Lisboa, integrado no Título IV – Solidariedade: “todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas e acções da União, é assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana”.

Segundo José Mendes Ribeiro (Inovação e Sustentabilidade em Saúde, 2011), a nível comunitário, passou a ser dada relevância oficial “à prevenção de doenças (incluindo segurança dos alimentos e nutrição), segurança dos medicamentos, tabagismo, legislação relativa ao sangue, tecidos, células e órgãos e qualidade da água e do ar, bem como lançamento de várias agências activas no domínio da saúde”.

O presente trabalho, mais do que um artigo de revisão da literatura disponível, pretende ser um incentivo para a reflexão sobre o estado da saúde portuguesa, nomeadamente ao nível da sua organização e do seu planeamento, contrapondo com dados de outros países, maioritariamente da Europa.

O sistema de saúde português, cujo início organizado remonta a 1899, com as reformas do Dr. Ricardo Jorge, sofreu uma evolução consoante as linhas políticas que dominaram o país em diferentes períodos e contextos.

Desde o início do séc. XX que os vários sistemas de saúde mundiais se organizam tendo em conta o sector público, o sector privado e o sector social. Actualmente, o sector privado e o sector social representam, no nosso país, entre 20 a 25% do sistema de saúde.

O nosso sistema de saúde atravessou a difícil fase da implantação da República (após 5 de Outubro de 1910), cujos ideais incluíam a defesa de uma melhor e mais abrangente saúde para todos os portugueses, sem no entanto ter reformas substanciais durante o período da chamada 1ª República.

Durante o período do Estado Novo (1932-1974), houve reformas importantes para o que mais tarde viria a ser o sistema hospitalar português (em 1946, o regime de António Oliveira Salazar manda construir uma rede de hospitais, os quais passam a ser geridos pelas misericórdias). Mais tarde, já com Marcelo Caetano, mais precisamente em 1971, Gonçalves Ferreira viria a projectar o que seria o sistema de cuidados primários do país, com uma rede de centros de saúde (de 1ª geração), um verdadeiro esboço do futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS).

No entanto, é só em 1979 que nasce o SNS, com o objectivo de assegurar “um serviço universal, geral e gratuito” (artigo 64º da Constituição), representando uma das maiores conquistas sociais portuguesas do séc. XX. Na revisão constitucional de 1989, este artigo é alterado para “*um serviço universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*”.

A despesa estatal na saúde representa actualmente mais de 10% do PIB (Arnaut, 2009; Barros *et al.*, 2007; Mendes Ribeiro, 2009; Sakellarides, 2001). Há que ter em conta que o serviço público de saúde não se resume apenas ao SNS, mas também aos subsistemas de saúde estatais existentes.

É dos temas mais pertinentes e actuais a questão do financiamento e sustentabilidade do modelo constitucionalizado em Portugal (e noutros países, nomeadamente o Reino Unido, em cujo NHS – National Health Service – se baseou a génese do nosso SNS). No que diz respeito ao financiamento actual do sistema de saúde português, existem 5 elementos:

1 – Um SNS, financiado maioritariamente pelas receitas fiscais (disponibiliza cuidados de saúde universais e abrangentes);

2 – Subsistemas públicos e privados para certos grupos profissionais (cobrem de 20 a 25% da população), financiados publica e privadamente;

3 – Sector social, financiado privadamente;

4 – Seguros de saúde privados voluntários;

5 – Serviços de saúde privados pagos directamente por quem procura estes cuidados.

Estes 5 elementos coexistem e sobrepõem-se.

O sector privado assume, na sua grande maioria, os meios complementares de diagnóstico, a diálise e a fisioterapia, normalmente em convenção com o SNS. Tem ainda a quase totalidade da prestação de cuidados a nível da saúde oral, devido a uma resposta mínima do SNS, sendo estes cuidados pagos directamente pelas pessoas. E assume uma cada vez maior concorrência em cuidados de saúde hospitalares.

A partir de 2001, ficaram definidas redes de referência hospitalar para muitas especialidades, permitindo regular as relações de complementaridade entre os centros de saúde e os hospitais do SNS.

Para aceder ao SNS, o doente terá que se registar num centro de saúde e, se possível, inscrever-se num médico de família (segundo dados de 2011 da ACSS, existem actualmente cerca de 1.500.000 portugueses sem médico de família).

O Ministério da Saúde é o “departamento governamental que tem por missão definir a política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas e promover a respectiva execução e avaliar os resultados” (Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei nº 212/2006).

Assim, são atribuições do Ministério da Saúde, segundo Biscaia *et al.* (2008):

1 – Assegurar as acções necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política de saúde;

2 – Exercer, em relação ao SNS, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspecção;

3 – Exercer funções de regulamentação, inspecção e fiscalização relativamente às actividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo sector privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais neles envolvidos.

Este trabalho de revisão, procurará mostrar a evolução da organização do sistema de saúde português e dos indicadores de saúde e identificar alguns dos seus problemas actuais, comparando-o com outros países, recorrendo a dados publicados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela União Europeia (UE), através do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde, para além de livros e artigos publicados por médicos, economistas, gestores e políticos que têm ou que já tiveram responsabilidades na organização do nosso Sistema de Saúde e/ou de serviços de saúde.

Os temas a abordar serão os seguintes:

- Capítulo 2: Breve referência à história da saúde comunitária;
- Capítulo 3: O Serviço Nacional de Saúde;
- Capítulo 4: Organização de um sistema de saúde;
- Capítulo 5: Planeamento em Saúde;
- Capítulo 6: Conclusões.

2. BREVE REFERÊNCIA À HISTÓRIA DA SAÚDE COMUNITÁRIA

A História da Saúde Comunitária é longa e demasiado complexa para ser abordada de uma forma exaustiva neste trabalho, mas é importante recordar alguns momentos que permitiram a evolução da prestação de cuidados de saúde até atingir a qualidade administrada actualmente.

Considera-se que o início da prática de saúde comunitária se situa na Antiguidade (Massano Cardoso, 2008). Os egípcios iniciaram uma grande revolução civilizacional. Estabeleceram sistemas de recolha das águas da chuva e sistemas para eliminação dos excreta. Iniciaram também uma “revolução higiénica”, visto darem bastante relevância aos cuidados pessoais e aos banhos frequentes, tendo igualmente uma interpretação causa-efeito das intoxicações alimentares e alcoólicas (embora espiritual), percebendo a utilidade para a saúde do consumo moderado de alimentos e de bebidas etílicas.

Já na Babilónia (cerca de 1900 a.C.), surgiu o conhecido Código de Hammurabi que, atendendo à época, foi uma grande evolução no pensamento médico, estabelecendo normas de conduta e práticas para uma boa saúde comunitária, embora com um regime de culpabilização extremamente violento para os “médicos” que, através da sua acção, não conseguissem tratar um doente.

Com os Hebreus, surge a Lei Mosaica, que estabelece uma conduta humana indispensável na saúde individual e que é acompanhada de uma série de novas leis de protecção social, como seja a existência obrigatória de um dia de descanso semanal, o controlo das doenças infecciosas (segregação dos leprosos), a saúde materna, a protecção das fontes hídricas, a descontaminação dos edificios e a protecção dos alimentos.

Com os Gregos (período Clássico – 460 a 136 a.C.), surge a exaltação dos aspectos físicos e pessoais (desenvolvimento harmonioso de todas as faculdades – ponto nobre da filosofia – higiene pessoal e dietética), embora revelassem reduzida atenção ao ambiente em termos sanitários.

Os Romanos (136 a.C. a 476 d.C.) utilizaram o registo de cidadãos e de escravos e a realização de censos para optimizarem o planeamento de medidas de saúde comunitária, criaram regulamentação para as construções, e foram pioneiros na higiene sanitária das ruas e habitações, na remoção de lixos e no abastecimento de água por uma rede pública.

Na Idade Média (476-1000), a Europa mergulhou numa Era caótica. Havia uma rejeição do corpo e uma glorificação do espírito, raramente se tomava banho, as roupas andavam sempre sujas, a alimentação era péssima e as epidemias seguiam-se umas às outras.

De 1000 a 1453, a Peste Negra foi responsável pela morte de 25 milhões de pessoas na Europa (apesar desta e doutras enfermidades, o total da população europeia durante este período cresceu de cerca de 40 para 80 milhões de pessoas). Mas é só em 1377 que foi criada a primeira medida de quarentena (em Roguna), obrigando os viajantes a aguardar 2 meses antes de entrar na Cidade. Embora esta e outras tentativas de controlo das epidemias fossem levadas a cabo, não foram muito eficazes, pois havia uma falta de compreensão científica da causa e da natureza da doença e da sua propagação. Este desconhecimento advinha da perseguição a que os académicos estavam sujeitos publicamente pela Inquisição.

No período da Renascença, que durou desde 1453 (queda de Constantinopla) a 1600, houve um desvio do escolaticismo para o realismo. A repercussão sentida na saúde comunitária foi o reconhecimento de diferentes doenças (Influenza, Varíola, Tuberculose, Peste Bubónica, Lepra, entre outras). Neste período, destacou-se Fracastorius (1457-1553), um médico de Verona que reconheceu a transmissão da Sífilis através das relações sexuais e teorizou sobre a possibilidade de existirem microorganismos que seriam causadores desta

doença (Massano Cardoso, 2008). No entanto, também neste período, houve uma propagação de grandes pragas pela Europa, devido a um ainda parco conhecimento do controlo das doenças infecciosas (Moraes, Caminho das civilizações, 1994).

No período que decorreu entre 1600 e 1800, surgem preocupações ao nível da saúde ocupacional, da higiene infantil (fundada em melhores condições de cuidados à criança e não em pressupostos científicos) e da higiene mental (cuidados para os mentalmente desequilibrados).

Com a expansão industrial, no início do séc. XIX, surgem inúmeras epidemias, devido a negligência pelas actividades de saúde pública. No entanto, em Inglaterra, inicia-se a promoção da saúde comunitária, que é reconhecida oficialmente pela primeira vez em 1837 (data da primeira legislação sanitária). Ficou célebre o relatório de Edwin Chadwick que, em 1842, denunciava as condições deploráveis de trabalho e as implicações na saúde, sobretudo das crianças trabalhadoras, metade das quais não tinham 15 anos (“Report on the Inquiry into the Sanitary Condition of the Laboring Population of Great Britain - 1842”). Também foi em Inglaterra que surgiu oficialmente, em 1848, o primeiro médico de saúde pública, o Dr. John Simon.

Ironicamente, as guerras ocorridas no séc. XIX, contribuíram para o progresso da saúde comunitária. Com as guerras napoleónicas, e 50 anos antes de Lister, o Dr. Delpech compreendeu, em 1815, a causa das infecções nas feridas, referindo-se a “matéria sob a forma de animais que salta de um objecto para o outro”.

Mas é só a partir de 1850 que se inicia a Era Moderna da Saúde, representada por uma forma organizada e disciplinada de analisar os problemas de saúde, identificando-se 5 fases distintas (Massano Cardoso, 2008):

1 – Fase miasmática (1850-1880). Ideia (errada) de que a doença era causada por várias noxas (ex: a difteria era causada pelos gases associados à putrefacção; a malária aos vapores

dos pântanos; etc.). O controlo fazia-se através da limpeza geral (medida que não era dirigida às causas específicas da doença e, por isso, teve pouco impacto na prevenção). No entanto, realçou-se a importância da quarentena.

2 – Fase bacteriológica (1880-1920). Surgem os trabalhos de Koch, Pasteur e Lister, sendo as medidas de controlo direccionadas contra o agente causal, os vectores e, posteriormente, ao hospedeiro (vacinações). Houve um aumento considerável na eficácia do controlo das doenças infecciosas.

3 – Fase de recursos de saúde (1920-1960). Durante este período da história da humanidade, mais uma vez fortemente marcado por grandes guerras (a 1ª e a 2ª Guerras Mundiais), generalizaram-se os exames médicos, multiplicando-se as escolas médicas e de enfermagem, os hospitais e a pesquisa biomédica.

4 – Fase de engenharia social (1960-1975). Período de facilitação do acesso aos cuidados de saúde, curativos, paliativos e preventivos.

5 – Fase de promoção da saúde (1975-actual). Período em que a saúde comunitária tende a ter uma importância acrescida, desencadeando mecanismos de educação das populações para seguirem estilos de vida saudáveis e mecanismos de alerta para a necessidade de não sobrecarregarem os sistemas de saúde.

3. O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

“Era uma novidade. Até então os Portugueses que não estivessem cobertos pela Previdência, pela ADSE, ou por um dos diversos subsistemas de saúde – forças militares e militarizadas, Ministério da Justiça, bancários e grandes empresas – só podiam ser assistidos nos hospitais depois de se submeterem a um “inquérito assistencial” que os classificava como pensionistas, porcionistas ou gratuitos – estes últimos os indigentes – de acordo com a sua situação económica e social” (Correia de Campos, 2008).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado pela Lei nº 56/79, de 15 de Setembro. Aquele que é considerado o “pai” do SNS, o Dr. António Arnaut, então Ministro dos Assuntos Sociais do II Governo Constitucional, refere-se à sua criação como “a maior conquista social portuguesa do séc. XX” (“SNS – 30 anos de resistência”, 2009). A auxiliá-lo directamente na criação da base legal do SNS, estiveram ainda os professores Mário Mendes e Miller Guerra.

No entanto, para um melhor entendimento da evolução da prestação dos cuidados de saúde no nosso país, antes e depois da criação do SNS, temos que recuar até ao ano de 1899, quando o Dr. Ricardo Jorge inicia a organização dos serviços públicos de saúde, com o Decreto de 28 de Dezembro. É já no início do séc. XX, em 1901, que cumpre a última grande medida governamental na saúde antes da implantação da República, com o Decreto de 24 de Dezembro, que cria o Regulamento Geral dos Serviços de Saúde e de Beneficiência Pública, iniciando em Portugal as políticas de “sanitarismo moderno” (Barros & Simões, 2007).

Só em 1940 volta a haver uma política na saúde digna de nota. É criada a Secretaria de Estado da Assistência, dentro do Ministério do Interior.

A saúde materna e o deficiente sanitário do país foram os grandes alvos das políticas de saúde pública criadas pelo Decreto-Lei nº 35108, de 7 de Novembro de 1945, correspondendo à chamada “Reforma Sanitária de Trigo de Negreiros” (subsecretário de Estado da Assistência e das Corporações do Ministério do Interior). Será importante referir que somente em 1958 os serviços de saúde (e os de assistência) pública deixam de pertencer ao Ministério do Interior e passam a integrar o Ministério da Saúde e da Assistência.

Em 1946, o Estado Novo decide iniciar a construção de uma rede de hospitais, que viriam a ser entregues às Misericórdias. Foi iniciada a regionalização hospitalar, sendo que os hospitais se organizaram em 3 níveis: municipal, distrital e regional, havendo intercooperação. Foram criadas as “Caixas de Previdência”, um sistema de segurança social na saúde para um número limitado de profissões.

Alguns anos depois, em 1963, a Lei nº 2120 atribui ao Estado a organização e manutenção dos serviços de saúde que, “pelo superior interesse nacional ou pela complexidade dos mesmos, não poderiam ser entregues à iniciativa privada” (Portal da Saúde).

Em 1968, são criados o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei nº 48357, de 27 de Abril) e o Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei nº 48358, de 27 de Abril), definindo as competências de cada nível hospitalar.

O conjunto de reformas introduzidas pelo professor Gonçalves Ferreira tem início em 1971, sendo um prelúdio do futuro Serviço Nacional de Saúde. É reconhecido o direito à saúde para todos os portugueses, cabendo ao Estado assegurar esse direito, através de uma única política de saúde, gerida pelo Ministério da Saúde, da integração de todas as actividades de saúde e de assistência (com o objectivo de atingir maior eficácia com os recursos

disponíveis) e da descentralização na prestação de cuidados de saúde (serviços locais – surgem os “Centros de Saúde de 1ª geração”) e centralização do planeamento.

Com o Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro, são asseguradas as carreiras na saúde, que dão início a uma organização no trabalho e a uma política de saúde e de assistência social.

Em 1974, o Ministério da Saúde (que se tinha autonomizado da Assistência em 1973) é transformado em Secretaria de Estado da Saúde e integrado no Ministério dos Assuntos Sociais (Decreto-Lei nº 203/74, de 15 de Maio).

Em 1976, a Assembleia Constituinte saída da Revolução do 25 de Abril de 1974 aprova a nova Constituição, inserindo um artigo inteiramente dedicado à Saúde, o artigo 64º, que estabelece o “direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover” para todos os portugueses, sendo que o Estado seria responsável por criar “um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito” (expressão que foi alterada na revisão constitucional de 1989 para “um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”). A Constituição passa também a defender “as condições de vida e de trabalho, bem como (a) promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda a educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável”. O SNS deveria então “garantir o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação” e ter uma “gestão descentralizada e participada”.

Em 1978, o “despacho Arnaut” garante, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuitidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa, “constituindo uma verdadeira antecipação do SNS” (Portal da Saúde, 2011; Arnaut, 2009; Campos, 2008).

Com a Lei 56/79, de 15 de Setembro, é criado oficialmente o Serviço Nacional de Saúde português, que fica a cargo do Ministério dos Assuntos Sociais. O SNS engloba todos os cuidados integrados de saúde, como seja a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. O acesso é gratuito, mas é considerada a hipótese de criação de taxas moderadoras, para “racionalizar a utilização das prestações”.

Em 1982, são criadas as Administrações Regionais de Saúde (Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de Junho), substituindo as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde (que tinham sido criadas em 1975, pelo Decreto-Lei nº 488/75). No mesmo ano, o Decreto-Lei 357/82, de 6 de Setembro, concede ao SNS autonomia financeira e administrativa. Por outro lado, em 3 de Agosto, pelo Decreto-Lei nº 310/82, fica definida a carreira médica da especialidade de Clínica Geral, médicos que estão habilitados a prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, exercendo funções de continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação médica.

Em 1983, é criado o Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 344 – A/83, de 25 de Julho), devido ao volume crescente de serviços prestados e da sua complexidade e especificidade. No mesmo ano, surgem os “Centros de Saúde de 2ª Geração”, pelo Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril, passando a cobrir as populações residentes na sua área de acção e tendo em conta as carreiras dos profissionais de Saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros (carreiras de enfermagem criadas em 1981).

Em 1984, os clínicos gerais passam a ser denominados por médicos de família. É também criada a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei nº 74 – C/84, de 2 de Março), um órgão central de orientação técnico-normativa e de avaliação da actividade desenvolvida na área dos cuidados de saúde primários.

Em 1988, o Decreto-Lei nº 57/88, de 21 de Janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar, introduzindo orientações para uma boa gestão, no que concerne à qualidade e à rentabilidade dos serviços. São então introduzidos métodos de gestão empresarial, desenhando-se o perfil de um gestor hospitalar e passando os titulares dos órgãos de gestão a ser nomeados pelo governo.

Em 1990, é aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de Agosto), com a qual a saúde passa a ser não só um direito mas também uma responsabilidade individual. Os cuidados de saúde podem ser prestados pelo Estado ou por operadores privados ou sociais, desde que devidamente fiscalizados pela tutela. É aprovada a possibilidade de implementação das taxas moderadoras, instrumento de regulação/racionalização da procura de cuidados de saúde, isentando-se os “grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos”. No mesmo ano, surge o Decreto-Lei 73/90, de 6 de Março, que reformula o regime legal das carreiras médicas, passando os médicos a constituir um corpo especial de funcionários, a retribuir por escala indiciária própria, estabelecendo-se novas regras, designadamente quanto aos regimes de trabalho.

Em 1992, o Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de Abril, estabelece o regime das Taxas Moderadoras para o acesso aos Serviços de Urgência (SU), consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e regime ambulatorio, bem como as suas isenções. Este pagamento constitui receita própria do SNS. O Decreto-Lei nº 177/92, de 13 de Agosto, prevê a prestação de cuidados de saúde no estrangeiro que, devido a grande especialização ou falta de meios técnicos e humanos, não possam ser prestados em Portugal.

Em 1993, é aprovado o Estatuto do SNS (Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro). São criadas as 5 Administrações Regionais de Saúde e, ainda, um estatuto regulatório da medicina privada, de forma a garantir a qualidade dos cuidados de saúde fora do SNS.

Em 1999, o Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de Julho, estabelece a organização dos Serviços de Saúde Pública (a dois níveis: regional e local). No mesmo ano, o Decreto-Lei nº 374/99, de 18 de Setembro, cria os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) nos hospitais do SNS, que são órgãos de gestão intermédia, agrupando serviços e/ou unidades funcionais homogéneas, “com o objectivo claro de introduzir métodos de gestão empresarial, aumentando a eficiência destas unidades, responsabilizando os profissionais de saúde pela gestão dos recursos disponibilizados” (Campos, 2008). O Despacho Normativo nº 61/99, de 11 de Setembro, cria as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a assegurar a máxima eficiência e equidade na prestação. Nasceram também os “Centros de Saúde de 3ª geração”, através do Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio, estabelecendo um novo regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, instituições dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira e de património próprio, sob tutela do Ministério da Saúde.

Em 2002, através da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, são introduzidas modificações profundas na Lei de Bases da Saúde, definindo-se um novo modelo de gestão hospitalar: os Hospitais, SA (Sociedades Anónimas). Este modelo foi implementado em 34 hospitais do SNS, cerca de 40% da rede instalada na altura.

O Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, cria a rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta deve providenciar um plano de promoção da saúde e de prevenção da doença.

Através do Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de Agosto, surgem oficialmente as taxas moderadoras com o objectivo de “moderar, racionalizar e regular o acesso à prestação de cuidados de saúde”, reforçando o Princípio de Justiça Social no sistema de saúde. No mesmo ano, nasce a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), pelo Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de

Dezembro, centrando-se o Estado no financiamento dos cuidados de saúde, na organização da sua prestação e afastando-se do papel de supervisão e de regulação.

Em 2006, o Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho, cria oficialmente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), “procurando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de doentes crónicos incapacitados”.

Em 2007, o Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de Maio, simplifica a estrutura orgânica existente nas ARS, reforçando as suas atribuições, no sentido de uma maior autonomia e de acomodação funcional, exigida pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde. No mesmo ano, surgem as Unidades de Saúde Familiar (USF), a grande reforma dos CSP, através do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, estabelecendo um regime de incentivos a atribuir aos seus elementos consoante os objectivos atingidos na carteira de serviços acordada em contrato, com uma aposta séria na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados. Os preços de venda ao público dos medicamentos baixam pelo segundo ano consecutivo, novamente 6%, por decisão do Ministério da Saúde (Barros & Simões, 1997; Correia de Campos, 2008).

Em 2008, são criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), pelo Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, permitindo uma “gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde”.

Em 2009, o Decreto-Lei nº 89/2009, de 2 de Abril, articula os serviços de saúde pública (regionais e locais) com as ARS e com os ACES.

Finalmente, em 2011 começa a discussão do novo Plano Nacional de Saúde. Considera-se que o PNS é um instrumento importantíssimo e insubstituível na definição de políticas de planeamento e organização da saúde.

4. ORGANIZAÇÃO DE UM SISTEMA DE SAÚDE

Rutherford: “Because we are poor, we have to be intelligent”

4.1. Notas introdutórias

Segundo Luís Martins (O Erro em Medicina, 2008), a configuração organizacional numa estrutura de Saúde é feita da seguinte forma (Figura 1):



Figura 1: Configuração organizacional, segundo Sande (adaptado de Martins, 2008)

Pelo facto de as organizações de saúde se organizarem desta forma é que, segundo Luís Martins, se propiciam cenários de ineficiência organizacional, por gerarem forças contraditórias, conflituais e geradoras de rupturas: “constata-se deste modo que uma organização é um espaço de conflito, nomeadamente entre estas cinco forças que consubstanciam o posicionamento dos elementos configurais da organização – o topo estratégico, a linha hierárquica, o apoio logístico, a tecnoestrutura e o centro operacional”. E a

gestão de uma organização operacionalizar-se-á nestas duas grandes tarefas: dividir para voltar a juntar.

O mesmo autor afirma que “Mintzberg refere seis formas de coordenação do trabalho: supervisão directa, ajustamento mútuo, standardização pelas qualificações, standardização pelos processos, standardização pelas normas e standardização pelos resultados”. A supervisão directa, a standardização dos processos e a standardização pelos resultados são as formas de coordenação dominantes nas organizações de saúde, razão pela qual a tecnoestrutura e a hierarquia são decisivas. “A primeira porque define o trabalho e o modo como deve ser executado, a segunda porque assegura o cumprimento do que foi determinado.”

Após a apresentação teórica do que é uma organização de saúde, centremo-nos na evolução da organização do sistema de saúde português, do qual se destacam 4 fases distintas (Biscaia *et al.*, 2008; Sousa, 2009):

1 – Antes do 25 de Abril de 1974;

2 – Durante a consolidação da democracia (1974-1985);

3 – Período de implementação do “modelo social europeu (1985-1995) e criação da Lei de Bases da Saúde (1990);

4 – Reconhecimento das disfunções dos sistemas de apoio social europeus/problemas de sustentabilidade (de 1995 à actualidade).

1 - Antes do 25 de Abril de 1974, havia uma miscelânea de instituições prestadoras de cuidados de saúde e, muito embora as reformas de 1971 de Gonçalves Ferreira viessem criar os primórdios de um sistema de saúde organizado, este encontrava-se altamente fragmentado e desgovernado, sem uma verdadeira política unitária de saúde. Existiam à altura:

- As Misericórdias (geriam a grande maioria dos hospitais e outros serviços de saúde em todo o país);

- Os Serviços Médico-Sociais - SMS (eram os postos das caixas de previdência, que assistiam somente os seus beneficiários, que pagavam quotas para assim financiar o acesso aos cuidados de saúde);

- Os Serviços de Saúde Pública (vocacionados apenas para a protecção da saúde: vacinação, protecção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências);

- Os Hospitais estatais (localizados apenas nos poucos grandes centros urbanos);

- Os Serviços privados (dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados).

2 - Durante a consolidação da democracia (1974-1985), surge o SNS, em 1979, que teve um início fortemente marcado pela pressão pública de implementação rápida de grandes reformas estruturais no país, daí resultando (Biscaia *et al.*, 2008):

- o financiamento a partir do Orçamento de Estado – OE (que criou, logo na origem, um importante constrangimento, pois esta expansão fez-se a contra-ciclo em relação à situação económica nacional e mundial dos anos 70), o que deu ao SNS uma base financeira frágil;

- a ausência de inovação nos modelos de organização e gestão;

- a integração/nacionalização de várias das estruturas referidas atrás num único sistema (“o desenho fundamental do SNS levou cerca de 10 anos a ser implementado” – Mendes Ribeiro, 2009), sem haver um elemento fundamental para articular o sistema: uma Administração Central para o SNS;

- a coexistência entre financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada”, com simultânea falta de transparência entre interesses públicos e privados.

As limitações económicas, sociais e culturais em que nasceu o SNS marcaram profundamente a sua evolução, sobretudo pela dificuldade em superar “as várias vias sobrepostas”, que caracterizavam a saúde em Portugal há mais de 50 anos.

3 - No período de implementação do Modelo Social Europeu (1985-1995), foi criada a Lei de Bases da Saúde (1990) e, decorridos apenas três anos, o Estatuto do SNS (1993), procurando reorganizar o financiamento e prestação de cuidados de saúde segundo os mais modernos pensamentos e mecanismos, mais eficientes, já implementados em muitos dos restantes países da Comunidade Económica Europeia (recorde-se que Portugal aderiu à CEE em 1986).

Neste período, houve orientações e prioridades distintas em 3 momentos diferentes:

1º Separação entre o sector público e privado, como condição para o desenvolvimento de ambos;

2º Desenho e implementação de um “seguro alternativo” de saúde;

3º Agenda política centrada no aumento do financiamento privado e na gestão privada das unidades públicas de saúde.

O sistema de saúde tem tido dificuldades em se desenvolver sustentadamente, por políticas prospectivas, pois a par do aumento de investimento nas infra-estruturas do SNS (Centros de Saúde e Hospitais), não houve uma análise séria da evolução das profissões de saúde e do estado da saúde em Portugal, com as devidas comparações com os nossos parceiros europeus, a fim de todos poderem melhorar os respectivos sistemas, tornando-os mais eficientes e eficazes (Barros & Gomes, 2002).

4 - No período mais recente, em que há um reconhecimento das disfunções dos sistemas, com problemas de sustentabilidade, é necessário proceder a importantes reformas na saúde portuguesa, nomeadamente (Correia de Campos, 2008; Biscaia, *et al.*, 2008):

- 1- Centrar o sistema de saúde no utente;
- 2- Separar o financiador do prestador, inserindo a componente de contratualização por objectivos bem definidos;
- 3- Organizar a prestação, minimizando gastos excessivos que não dão o devido retorno;
- 4- Abandonar posições dogmáticas e preconceituosas, abraçando os dados empíricos, as observações e a experimentação.

Em 1995, foi então criado o CRES (Conselho de Reflexão sobre a Saúde), que apresentou as suas propostas finais em 1998, que reflectem conhecimentos que se têm vindo a acumular na Europa sobre as necessárias reformas de saúde (Observatório Português do Sistema de Saúde):

1- Criar novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização: plano nacional de saúde, contratualização, remuneração dependente do desempenho, atenção especial a determinadas doenças crónicas (com consultas direccionadas nos Centros de Saúde para este tipo de patologias), sistemas de gestão da qualidade, centros regionais de saúde pública, entre outros;

2- Inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde;

3- Empresarialização dos hospitais públicos, criação dos CRI nos hospitais, desenvolvimento dos Centros de Saúde de 3ª geração, dos Sistemas Locais de Saúde (SLS) e dos cuidados continuados.

Será também importante definir, antes de continuar este capítulo, o que é valor em saúde, para melhor percebermos qual é o objectivo primário de qualquer organização de

saúde. Segundo José Fragata (Inovação e Sustentabilidade em Saúde, 2011), temos que ter consciência de algumas dimensões da criação de “valor” em cuidados de saúde, nomeadamente:

1- Capacidade de se manter em casa, de ser auto-suficiente e socialmente activo, sem dores e com conforto;

2- Dedução dos tempos de espera para obter cuidados – acessibilidade;

3- Capacidade de co-determinar tratamentos (escolhas informadas);

4- Cuidados amigáveis, atenciosos e personalizados;

5- Conhecimento prévio do “road map” da doença e dos tratamentos – atmosfera de informação entre doentes e prestadores (*e-learning*);

6- Integração de cuidados médicos e sociais e também continuidade de tratamento.

De acordo com o Swedish Quality Index, “valor em saúde” é definido da seguinte forma:

$$\text{Valor em Saúde} = \text{Qualidade} + \frac{\text{Satisfação}}{\text{Recursos}}$$

Por outro lado, a OMS (2001) considera 6 objectivos na qualidade da prestação de cuidados de saúde que devem ser considerados: “*safe, effective, patient-centred, timely, efficient and equitable*”.

Para uma melhor análise do valor obtido em saúde com as políticas seguidas nos países da UE, o CAF (*Common Assessment Framework* – modelo de análise organizacional para organismos públicos de origem e aplicação comunitária), desenhou “5 critérios de meios essenciais” (liderança, gestão das pessoas, planeamento e estratégia, parcerias e recursos,

gestão dos processos e da mudança) e “4 critérios de resultados” (resultados relativos às pessoas, resultados orientados para os cidadãos/utentes, impacto na sociedade e resultados do desempenho-chave). Os resultados somam à efectividade dos tratamentos existentes, as características do doente (às quais se deve adicionar uma ferramenta de ajustamento do risco) e a aferição da qualidade dos cuidados prestados. É com base nestas orientações que terá que ser efectuada a análise comportamental dos sistemas de saúde europeus.

No caso português, foram propostos alguns indicadores de desempenho pela Comissão para a Contratualização em Saúde (contrato-programa 2006): percentagem de infeções cirúrgicas, percentagem de mortalidade no internamento, mortalidade neonatal, mortalidade peri-operatória, reintervenções cirúrgicas não programadas no mesmo episódio, quedas, readmissões no SU nas 24h seguintes, tempo de permanência no SU, percentagem de doentes que abandonam o SU, percentagem de doentes internados pela urgência relativamente ao número de urgências, número de doentes em lista de espera acima do tempo clinicamente aceitável, média do tempo de espera para a 1ª consulta, percentagem de consultas não realizadas da responsabilidade do utente, percentagem de consultas não realizadas da responsabilidade da instituição, percentagem de resposta a reclamações em menos de 30 dias e mediana do tempo de resposta às reclamações.

4.2. Financiamento dos sistemas de saúde

Podemos considerar 4 modelos de financiamento dos cuidados de saúde (Barros & Gomes, 2002):

- 1- Impostos;
- 2- Esquemas sociais de seguros;
- 3- Esquemas privados de seguros;

4- Pagamento directo pelos doentes.

Os dois primeiros são considerados sistemas compulsivos, sendo os dois seguintes sistemas voluntários.

Na Europa, os diferentes sistemas de cuidados de saúde apresentam estas quatro hipóteses de financiamento, sendo o que os difere o regime obrigatório predominante.

Existem então três grupos distintos europeus de financiamento dos cuidados de saúde:

1- Sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Bismarck (dependentes predominantemente dos seguros);

2- Sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Beveridge (dependentes predominantemente dos impostos);

3- Sistemas de cuidados de saúde em transição (de um modelo baseado em seguros para um modelo baseado em impostos).

Portugal foi considerado só recentemente um país que se baseia no modelo de Beveridge.

A seguinte tabela (Tabela 1), do ano de 2002, procura demonstrar os diferentes grupos de países europeus que adoptam os modelos atrás descritos. Os países do grupo 3 (“Países em Transição”) apenas diferem dos países do grupo 2 (“Modelo de Beveridge”) em termos temporais, já que os do grupo 2 já mudaram a sua fonte principal de financiamento há mais tempo (na sua maioria, durante ou logo após a 2ª Grande Guerra), dos seguros sociais para os impostos.

Tabela 1: Os países da UE agrupados de acordo com o método de financiamento actual ou planeado (Barros & Gomes, 2002)

| Grupo 1 Sistema baseado em seguro | Grupo 2 Sistema baseado em impostos | Grupo 3 Em transição para um sistema baseado em impostos |
|---|--|---|
| Áustria Bélgica França Alemanha Luxemburgo Países Baixos | Dinamarca Finlândia Irlanda Suécia Reino Unido | Grécia Itália Portugal Espanha |

Fonte: WHO Regional Publications, European Series, N.º72

4.2.1. O modelo de Bismarck

A principal fonte de financiamento para os cuidados de saúde neste grupo de países é o seguro social. No entanto, há diferenças significativas de um país para o outro, de entre aqueles que adoptam este sistema de financiamento.

Os fundos provenientes do OE (ou seja, dos impostos), representam ainda assim uma fatia importante do financiamento total da saúde, centrando-se sobretudo no ensino, na investigação médica e nas diferentes vertentes da saúde pública. No início da década de 90, esta contribuição representava cerca de 39% do orçamento geral da saúde na Bélgica, 21% na Alemanha e 37,9% no Luxemburgo (Barros & Gomes, 2002).

Em todos estes países, “os fundos de seguro de saúde são corpos independentes, com gestão, orçamento e estatuto legal próprios. Isto assegura a sua independência dos governos e dos OE” (Barros & Gomes, 2002).

As maiores variações observadas dizem respeito à quantidade de fundos de seguro de saúde. Como exemplos, os mesmos autores firmam que existem 6 na Bélgica, 11 no Luxemburgo, 16 em França, 24 na Áustria, 53 na Holanda e cerca de 1100 na Alemanha.

Esses fundos podem estar organizados de diferentes formas:

- 1- De acordo com os grupos ocupacionais (França e Luxemburgo);
- 2- De acordo com critérios geográficos (Holanda);

3- De acordo com filiações religiosas ou políticas (Bélgica);

4- De acordo com diversos princípios: ocupação, região ou localidade ou ramo de actividade da empresa (Áustria e Alemanha).

Os fundos são obrigatórios para praticamente toda a população em países como a Áustria, a Bélgica, a França e o Luxemburgo.

Na Alemanha, as pessoas que tenham rendimentos acima de uma determinada fronteira podem escolher entre estar segurados por um sistema compulsório ou um seguro privado.

Na Holanda, as pessoas com rendimentos acima de um determinado nível podem optar por não ter seguro (auto-seguro) ou ter um seguro privado, respeitando esta opção apenas aos cuidados de saúde agudos (toda a população é abarcada por um seguro social para doenças crónicas).

A maior parte destes países garantem uma cobertura a cerca de 99% da sua população, quer seja pelo seguro compulsório, ou pelo seguro privado. Na Áustria, França e Luxemburgo, praticamente todas as pessoas estão cobertas pelo seguro compulsório.

Na Bélgica e Holanda, praticamente toda a população tem o seguro compulsório, mas algumas pessoas recebem apenas cobertura parcial. Na Bélgica, cerca de 15% da população está coberta apenas para os riscos principais (cuidados de internamento e serviços técnicos especiais), tendo o resto da população cobertura também para os riscos menores (Consultas Externas, Saúde Oral e Farmácia). Na Holanda, cerca de 40% da população está coberta apenas para doenças crónicas, enquanto a restante população tem cobertura total (Barros & Gomes, 2002).

Para além de tudo isto, os fundos de doença em praticamente todos estes países oferecem benefícios opcionais adicionais que dependem da contribuição paga pelo utente. Esta contribuição está relacionada com o rendimento, sendo a taxa partilhada entre empregadores e empregados. Na Áustria, Alemanha, Luxemburgo e Holanda, as

contribuições são pagas numa base de 50:50. Na Bélgica e França, os empregadores pagam uma proporção maior.

Só na Áustria, em França e na Alemanha, as taxas de contribuição variam de fundo para fundo, segundo o perfil de risco do utente. Na Áustria, a taxa (empregador: empregado) é de 5,6%: 8,5% do rendimento bruto. Em França, a taxa de 19,4% é usada para grande parte da população. Os outros países têm taxas de contribuição intermédias (Barros & Gomes, 2002).

4.2.2. O modelo de Beveridge

Os sistemas de protecção social começaram a surgir no século XIX, tomando a forma de esquemas de seguro social.

No entanto, à medida que os esforços para aumentar a cobertura da população foram aumentando, houve países que foram optando por um sistema de financiamento diferente, baseado nas receitas fiscais, constitucionalizando o direito à saúde universal (pelo que as contribuições para esquemas de seguro social deixaram de fazer sentido) e assumindo a responsabilidade pública pela prestação de cuidados de saúde a toda a população.

Depois da 2ª Grande Guerra (1938-1945), grande parte destes países concluiu a transformação do financiamento dos seus sistemas de saúde, embora alguns continuem a ter (com diferentes graus), um elemento de seguro social.

São características deste sistema de financiamento (Barros & Gomes, 2002):

1 - A maior parte dos custos com cuidados de saúde são suportados pelos impostos, recolhidos a nível central, regional e/ou local;

2 - Estes fundos tendem a não ser pré-destinados;

3 - Todos os cidadãos são cobertos pelo sistema compulsivo e a cobertura é total (a excepção é a Irlanda, em que o terço mais pobre é coberta desta forma, mas a restante população está sujeita a diversos pagamentos directos).

Tem existido uma tendência crescente em retirar aos governos centrais as responsabilidades financeiras e correspondentes responsabilidades da prestação de serviços de saúde, atribuindo o nível de administração básico às autarquias (como na Finlândia, na Dinamarca e na Suécia), ou dando maior autonomia administrativa e financeira às unidades locais de saúde (como no Reino Unido e, mais recentemente, em Portugal).

4.2.3. Sistemas em transição

O principal factor que distingue este grupo do grupo 2 é temporal. Estes países começaram mais tarde (finais dos anos 70 e meados de 80) e ainda não estabeleceram completamente os seus sistemas baseados nos impostos. Isto em grande parte devido à criação mais tardia de um serviço público de prestação de cuidados de saúde (Itália – 1978; Portugal – 1979; Grécia – 1983; Espanha – 1986).

A evolução do financiamento dos sistemas de saúde destes países nos últimos 10 anos fez com que actualmente sejam considerados como pertencentes ao grupo 2. No entanto, por ser um grupo ainda distinguível na sua evolução do modelo de financiamento e para haver um maior entendimento do seu atraso temporal na passagem de um modelo para o outro, neste trabalho ainda os diferenciámos.

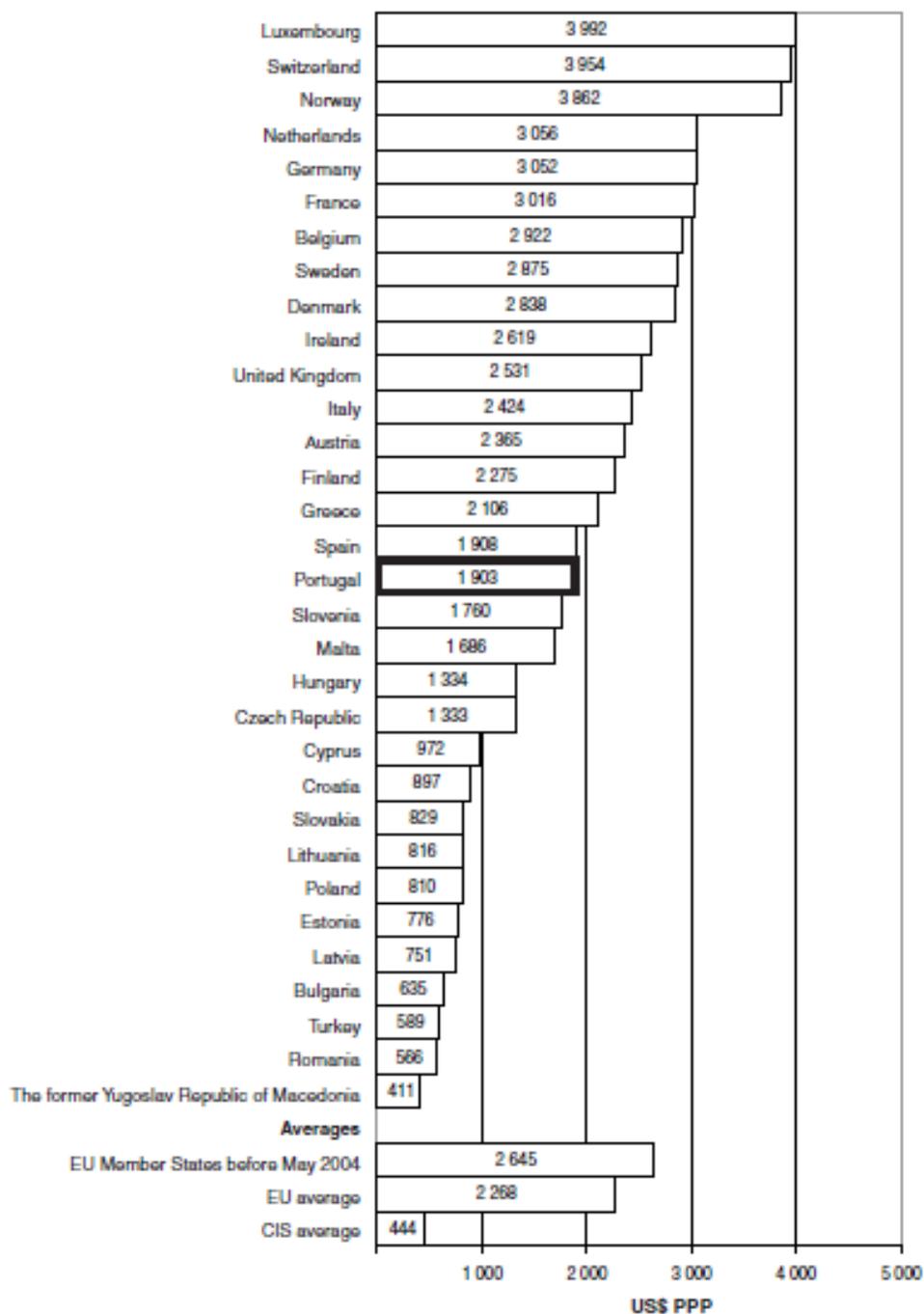
Centremo-nos no caso português. O nosso país tem um sistema em que, actualmente, os fundos públicos já ultrapassam os 70% do investimento total na saúde (ver Tabela 2). No entanto, existem ainda diversas disparidades que não se revelam tão prementes nos restantes países do grupo 2, nomeadamente inter-regionais, como as grandes diferenças de acessibilidade e mesmo de tendencial gratuitidade, tendo em conta que as populações que estão mais distantes das infra-estruturas prestadoras de cuidados de saúde têm mais gastos acessórios.

Tabela 2: Composição dos fundos para o sistema de saúde português (Barros & Simões, 2007)

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Public funding | 72.91 | 71.53 | 72.53 | 72.58 | 71.17 |
| of which: | | | | | |
| National Health Service | 61.12 | 58.80 | 59.38 | 59.72 | 57.57 |
| Public subsystems | 6.40 | 6.64 | 7.69 | 6.48 | 7.00 |
| Other public funding (mainly tax benefits) | 4.43 | 5.19 | 4.46 | 5.37 | 5.73 |
| Social Security | 0.96 | 0.90 | 1.00 | 0.99 | 0.86 |
| Private funding | 27.09 | 28.47 | 27.47 | 27.44 | 28.83 |
| of which: | | | | | |
| Private subsystems | 1.72 | 1.79 | 1.88 | 2.35 | 2.24 |
| Voluntary Health Insurance | 1.44 | 1.42 | 1.82 | 2.24 | 2.47 |
| Out-of-pocket payments | 23.19 | 23.15 | 23.15 | 21.16 | 23.56 |
| Other private funding | 0.74 | 2.10 | 0.12 | 1.68 | 0.77 |

Source: Authors' own compilation based on INE 2006.

Para além disso, até podemos ser dos países com maior investimento na saúde em relação ao PIB nacional (cerca de 10,2%, actualmente), no entanto, pela figura seguinte podemos verificar que o investimento feito *per capita* está abaixo do efectuado na média dos países da UE (Figura 2).



Source: WHO Regional Office for Europe, 2007.

Notes: CIS: Commonwealth of Independent States; EU: European Union; PPP: Purchasing power parity.

Figura 2: Estimativa de custos *per capita* na UE e países seleccionados (Barros & Simões, 2007)

Segundo Eugénio Rosa (Inovação e Sustentabilidade em Saúde, 2011), este facto explica-se com alguma facilidade:

Enquanto a média da despesa em saúde dos países da OCDE ronda os 7,0% do PIB, mas estes apresentam um PIB médio por habitante de 23.600€ (dados de 2009), ou seja, 7,0% $(0,07) \times 23.600 = 1.652\text{€}$ per capita, Portugal apresenta uma despesa em saúde de cerca de 10,2% do PIB (4º valor mais elevado da UE, atrás da Alemanha, da França e da Noruega), mas tem um PIB por habitante de 15.800€, ou seja, 10,2% $(0,102) \times 15.800 = 1.611\text{€}$ per capita.

Há que ter ainda em conta as diferentes formas de calcular a despesa pública em saúde nos diversos países. No nosso país, não se considera o efeito do benefício fiscal, subestimando o impacto das despesas em saúde no OE. Isto é, torna-se necessário juntar à comparticipação do SNS a possibilidade de dedução fiscal em sede de IRS para se saber qual o investimento total feito em saúde. É por isso que o valor apresentado como investimento total na saúde em alguns países pode ainda não corresponder ao verdadeiro efeito da despesa pública.

A seguinte equação permite perceber que qualquer forma de contenção da despesa pública tem que obedecer a uma igualdade fundamental:

$$T + X - B = p \times q$$

T → Impostos transferidos do OE

X → Pagamentos directos

B → Benefícios fiscais à população que consome cuidados de saúde

p → Preço dos cuidados de saúde utilizados

q → Quantidade de cuidados de saúde consumidos

Daqui se constata que as únicas formas de reduzir a despesa nos cuidados de saúde são pela redução da transferência do OE e/ou pela redução dos benefícios fiscais. Também se pode concluir que se queremos reduzir a despesa pública em saúde (ou que cresça menos do que tem crescido), sem o aumento do pagamento pelos cidadãos no momento do consumo, então ou há uma diminuição de preços ou uma diminuição do consumo, ou ambos.

Os pagamentos directos pelos cidadãos nunca poderão representar uma grande fatia do orçamento dos serviços públicos de saúde europeus, pois isso iria contra as normas e orientações do modelo social da UE.

No caso português, as taxas moderadoras excluíam até ao final de 2011 cerca de 56% da população. A lista foi alterada, passando a incluir a partir de Janeiro de 2012 (Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro): as crianças até aos 12 anos de idade, os utentes em situação de insuficiência económica, incluindo os dependentes do respectivo agregado familiar, os internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal, os utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%, os doadores benévolos de sangue (nas prestações em CSP), os doadores vivos de células, tecidos e órgãos (nas prestações em CSP), os bombeiros (nas prestações em CSP e, quando necessários em razão do exercício da sua actividade, em cuidados de saúde hospitalares), os militares e ex-militares das Forças Armadas (que, em virtude da prestação do serviço militar, se encontrem incapacitados de forma permanente), os doentes transplantados, as grávidas e parturientes e os utentes diabéticos com atribuição provisória na prestação de consulta esporádica ou na 1ª inscrição na unidade de saúde. Até à conclusão deste trabalho, não foi possível estimar que percentagem da população ficará isenta com estas alterações, sabendo-se apenas que será menor do que a anterior.

Michael Porter define o paradoxo da Saúde (citado por Mário Jorge Carvalho, 2008): “quanto maior é o foco no controlo dos custos, maior é a sua tendência para subirem”. Segundo Mário Jorge Carvalho, a explicação para este paradoxo reside no facto de “o esforço para o controlo aleatório de custos degenera rapidamente na respectiva deslocação e na eliminação na acção discricionária mas de alto valor dos serviços de prevenção e monitorização, acrescentando mais ineficácia ao sistema”. A melhor forma de reduzir custos

é, portanto, segundo os dois autores, “através de uma política de melhoria da qualidade, medida em termos de resultados”.

Mário Jorge Carvalho ainda refere os factores fundamentais na gestão na saúde: “obsessão pelo utente/cliente (interacção proactiva com ele), perspectiva organizacional (sistema de avaliação de excelência e regime de reembolso), missão e gestão (saber o que se quer, com quem se quer e quando e como se quer), liderança e *coaching*, mudança e risco (gestão fundada na assumpção do risco das decisões difíceis), resultados e comunicação e rede de relações”.

Colocam-se, nos nossos dias, como já vimos, fortes questões sobre a sustentabilidade do SNS. Segundo Jorge Simões, Pedro Pita Barros e João Pereira (A Sustentabilidade financeira do SNS, Ministério da Saúde, 2007), todos os estudos relevantes sobre esta matéria concluem que o factor mais significativo é a inovação tecnológica, que explica “mais de 50% do aumento da despesa em saúde”.

Nesse sentido, Francisco Ramos (Inovação e Sustentabilidade em saúde, 2011) afirma que a oncologia e a SIDA são áreas onde esta inovação (na área do medicamento) tem sido responsável por maiores acréscimos de despesa, nem sempre comprovados por benefícios adicionais. Segundo Alfredo Mota (citando o farmacêutico hospitalar Armando Alcobia, no seu livro “Coisas da Medicina”, 2010), a taxa de ineficiência de alguns fármacos por área terapêutica chega a ser escabrosa: “75% em oncologia, 70% na doença de Alzheimer, 60% na incontinência, 53% na hepatite C, 52% na osteoporose e 40% na asma”.

Recordam-se, por fim, as palavras de José Fernandes e Fernandes (Inovação e Sustentabilidade em saúde, 2011): “é preciso ter a consciência que a incorporação da inovação sustentável num sistema de saúde, acarreta, em primeiro lugar, incremento de custos, e só subsequentemente induz poupanças, nem sempre quantificáveis financeiramente,

mas expressas em maior sobrevivência, menor morbidade e melhor qualidade de vida dos doentes, isto é, em ganhos de saúde”.

Pelo exposto, podemos comprovar que, embora Portugal assuma, na sua Constituição, uma determinada via predominante para o financiamento do sistema de saúde, está sujeito à sua capacidade financeira para o manter, que implica uma sustentabilidade acoplada à garantia de acessibilidade e cobertura universal, uma equação difícil.

4.3. Seguro de saúde privado

Na UE, o seguro privado na saúde serve 2 propósitos (Barros & Gomes, 2002):

1 - Cobertura adicional, voluntária, para populações cobertas por um SNS ou por um seguro compulsório;

2 - Cobertura voluntária, na população com elevados rendimentos, em países com seguro obrigatório.

No modelo de Beveridge, este é considerado um bem de luxo, pois há cobertura total, tendencialmente gratuita, para toda a população. No entanto, estes têm crescido devido a factores como as filas de espera e o racionamento, pois permitem tempos de espera menores, a escolha do tempo de tratamento, maior escolha por médicos e hospitais e um conforto maior. De acordo com Arnaut (2009), existem actualmente mais de 2.000.000 de apólices de seguro de saúde em Portugal.

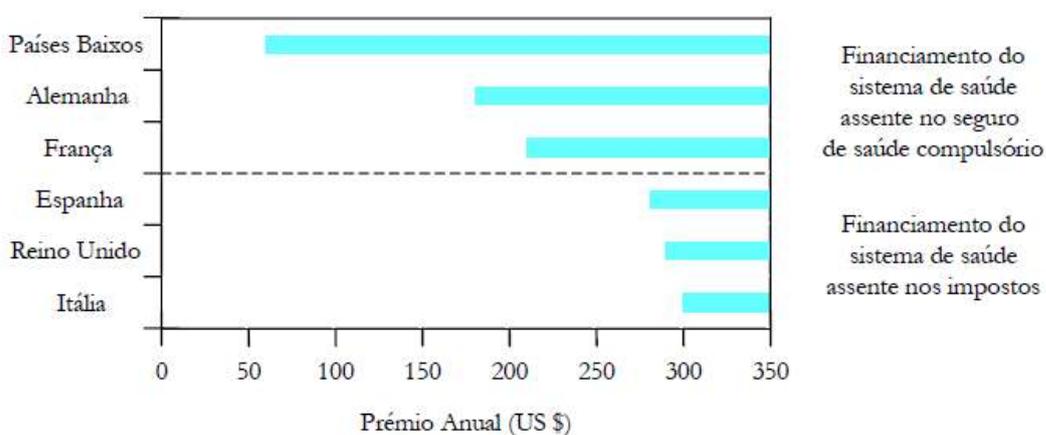
Os países que têm um sistema baseado no financiamento por seguro de saúde compulsório caracterizam-se pela diversidade de combinações. Em países como a França ou a Bélgica, o seguro privado é usado para reembolsar o doente pela percentagem de custos médicos não financiados pelo sistema legal, bem como para oferecer uma estadia mais confortável (“seguro topping-up”). Nos sistemas destes dois países, o doente paga directamente pelo serviço prestado, do qual é reembolsado parcialmente. Em França, o

reembolso varia entre 40-100%, enquanto na Bélgica o mínimo de reembolso é de 75% (Barros & Gomes, 2002).

Na Alemanha e na Holanda, o seguro privado representa o mesmo que seria o seguro compulsório, para a população com maiores rendimentos. Isto porque a cobertura do sistema compulsório não é universal (há uma escolha a ser feita por aqueles que tenham rendimentos superiores a determinada fronteira – actualmente, cerca de 20% da população alemã, da qual metade escolhe o seguro privado).

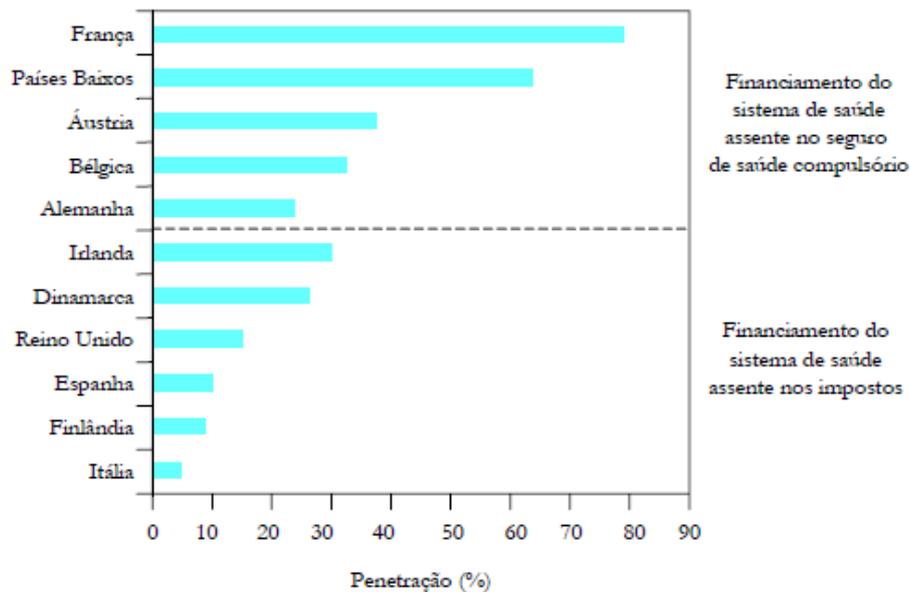
Na Holanda, toda a população está coberta para doenças crónicas, mas cerca de 40% não o está para doenças agudas, sendo que a maioria desta população opta por um seguro privado.

Como se pode ver pelas figuras seguintes, os sistemas de Beveridge têm menor penetração por seguros privados (ver Figura 3 e Figura 4).



Fonte: Harcus (1994), OCDE (1992, 1994)

Figura 3: Prémios de cuidados de saúde privados (individuais e de grupo) por pessoa em países seleccionados da UE, em 1993 (Barros & Gomes, 2002)



Fonte: Harcus (1994)

Figura 4: Penetração do seguro médico privado em países da UE, início da década de 90
(Barros & Gomes, 2002)

Terminando este tema, recordam-se palavras de João Martins (Inovação e Sustentabilidade em Saúde, 2011): “no final quem paga é sempre o cidadão, seja sobre a forma de contribuinte, de utilizador-(co)pagador, de participante de um subsistema de saúde ou de subscritor/segurado de uma apólice de seguro privado”.

4.4. Organização dos Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são um elemento-chave de um sistema de saúde. Segundo Constantino Sakellarides (2001): “Os Cuidados de Saúde Primários acontecem todos os dias: (incluindo) quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhe estão próximos”.

Em termos de organização do sistema de saúde, os CSP são cuidados de saúde essenciais e centrais. Sendo universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando acções de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida, os CSP constituem-se como a porta de entrada num sistema de saúde moderno. “Exigem e fomentam a auto-responsabilização, a autonomia e a participação activa da comunidade e do indivíduo no planeamento, na organização, no funcionamento e no controlo dos cuidados de saúde, tirando o maior partido possível dos recursos locais, nacionais e internacionais e desenvolvendo a capacidade participativa das comunidades” (Campos, 2008).

Podem identificar-se 6 períodos diferentes na organização dos CSP em Portugal (Biscaia *et al.*, 2008):

- 1 - 1970-1973: Centros de Saúde de 1ª Geração;
- 2 - 1974-1982: Criação do SNS e Período do Serviço Médico à Periferia;
- 3 - 1983-1994: Centros de Saúde de 2ª Geração;
- 4 - 1995-2001: Modelos organizativos experimentais;
- 5 - 2002-2004: Parcerias público-privadas;
- 6 - 2005-actualidade: Reorganização dos CSP/ Implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF)/ Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

1970-1973: Centros de Saúde de 1ª Geração

Como foi dito, Gonçalves Ferreira foi Secretário de Estado da Saúde e Assistência entre 1970 e 1972. Em 1971, lança o projecto de criação de uma rede de Centros de Saúde (de 1ª Geração).

Pela primeira vez na história do país, era oficializado o objectivo de implementar uma política nacional de saúde, que considerasse o direito à saúde de todo o cidadão desde o nascimento, como natural e iniludível, não só garantido pela lei, mas tendo uma tradução prática, que seria a progressiva instauração de um Sistema Nacional de Saúde, definido como um conjunto articulado de actividades de interesse nacional, regidas pelo Estado (Ferreira, 1972).

Este Sistema Nacional de Saúde procuraria então organizar-se em 2 redes fundamentais (Biscaia *et al.*, 2008; Ferreira, 1972):

1 - A médico-sanitária, cobrindo toda a população e em contacto permanente com ela e que ficaria a constituir-se como “o primeiro escalão dos nossos serviços locais de saúde”;

2 - A hospitalar, “direccionada ao internamento e aos diagnósticos e tratamentos especializados”.

Como grande marco desta mudança, Gonçalves Ferreira lançou o Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro, que representa a primeira Lei Orgânica do Ministério da Saúde, estabelecendo os fundamentos de um SNS e criando os designados Centros de Saúde de 1ª geração.

1974-1982: Criação do SNS e Período do Serviço Médico à Periferia

Em 1974, foi instaurado em Portugal um regime democrático. À consagração da saúde como direito constitucional (Constituição da República Portuguesa, 1976) seguiu-se o nascimento do SNS (Decreto-Lei nº 56/79, de 15 de Setembro) e a criação da carreira médica de Clínica Geral (mais tarde designada por Especialidade de Medicina Geral e Familiar - MGF), entre outros acontecimentos marcantes já relatados.

Apesar da criação dos Serviços Médicos à Periferia (em 1975), que fez face à excessiva concentração de técnicos (sobretudo de médicos) em Lisboa, Porto e Coimbra,

assistiu-se ao regresso de um grande número de médicos e estudantes de Medicina das ex-colónias, estabelecendo-se também o serviço médico obrigatório para os médicos que quisessem ingressar nos internatos complementares, podendo assim obter o título de especialista. Conseguiu-se uma melhor assistência médica básica à população, mas as vagas para o internato complementar eram escassas, pelo que muitos policlínicos (cerca de 6.000, em 1980) ficavam à espera de vaga para a especialização. Assim, implementou-se a especialidade de MGF, inspirada nos modelos nórdicos e do Reino Unido (Biscaia *et al.*, 2008).

1983-1994: Centros de Saúde de 2ª Geração

Os Centros de Saúde de 2ª Geração surgiram com o Despacho Normativo nº 97/83 (Regulamento dos Centros de Saúde), que os definiu como uma “unidade integrada, polivalente e dinâmica, prestadora de cuidados primários, que visa a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo-se, globalmente, a sua acção ao indivíduo, família e comunidade”.

São extintos os Serviços Médicos à Periferia e integram-se todos os serviços de Cuidados de Saúde Primários nos Centros de Saúde.

No entanto, os Centros de Saúde não tinham personalidade jurídica, nem autonomia financeira, nem administrativa, organizando-se numa estrutura vertical por “linhas funcionais/grupos socioprofissionais” (Biscaia *et al.*, 2008) e a sua direcção agregava as chefias das três linhas mais numerosas: médicos, enfermeiros e administrativos.

Só com a Lei de Bases da Saúde (1990) e o Estatuto do SNS (1993) é que se criaram as cinco Administrações Regionais de Saúde - ARS (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), as quais “passariam a assegurar, essencialmente, a gestão estratégica da saúde da população da sua região” (Biscaia *et al.*, 2008).

As Sub-regiões de Saúde deixaram de fazer sentido, sobretudo depois da criação dos “Grupos Personalizados de Centros de Saúde”, embora permanecessem activas até às reformas de 2005 (Figura 5).

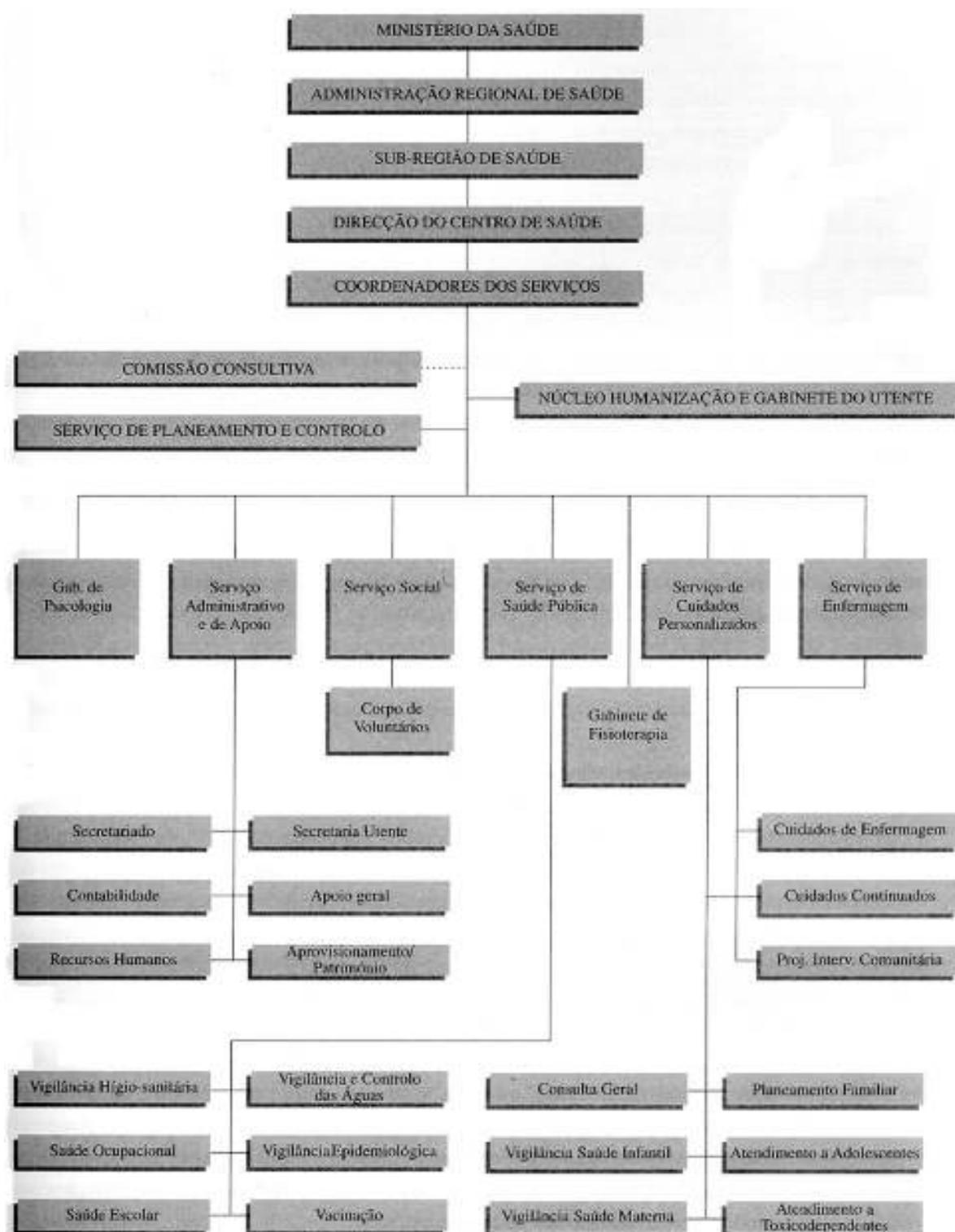


Figura 5: Organograma-tipo de um Centro de Saúde de 2ª geração e sua inserção na estrutura do SNS (de acordo com Biscaia *et al.*, 2008).

1995-2001: Modelos organizativos experimentais

No período que decorreu entre 1995 e 2001, criaram-se inúmeros modelos experimentais dos CSP, sobretudo devido à acção de Constantino Sakellarides (o então Presidente do Conselho de Administração da ARS de Lisboa e Vale do Tejo e posterior Director-Geral da Saúde), recuperando muito do que tinham sido as reflexões de uma reunião entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da OMS e do Royal College, em 1979, inseridas num relatório intitulado “O papel do Médico de Clínica Geral em Cuidados de Saúde Primários”, que ficou mais conhecido como “Relatório Holter”.

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG) editou, em 1990, o “Livro Azul – Um futuro para a Medicina de Família em Portugal”, livro este que reunia um conjunto de propostas de reformas para os Cuidados de Saúde Primários no nosso país.

Em 1996, iniciaram-se então alguns projectos experimentais, seguindo algumas das recomendações do “Relatório Holter” e do “Livro Azul”. Segundo Biscaia *et al.*, 2008, os mais conhecidos são os “Grupos-projecto Alfa” (1996/1997) e o “Regime Remuneratório Experimental - RRE” (1998/1999).

O projecto Alfa determinou que 15 grupos de profissionais de saúde se organizassem com modelos próprios de trabalho em equipa, descongelando o monopólio burocrático do SNS. Esta experiência evoluiu para o RRE, que foi aprovado pelo Decreto-Lei nº117/98, de 5 de Maio, desafiando o modelo de organização vertical em “pirâmide” para um modelo em “rede” de equipas “autónomas e interdependentes, com gestão muito simplificada e orientados

para a obtenção de resultados concretos de saúde e de bem-estar” (Victor Ramos, 2008, texto não publicado).

Outra proposta inovadora deste período foi a dos Sistemas Locais de Saúde – SLS (Decreto-Lei nº156/99, de 10 de Maio) que, no entanto, nunca foram iniciados. O objectivo era integrar o sector público e o privado, os serviços com intervenção directa na saúde e os serviços com intervenção indirecta, assegurando uma maior racionalização da utilização de recursos (Biscaia *et al.*, 2008). Estes SLS seriam constituídos por Centros de Saúde, hospitais e outros serviços e instituições, numa determinada área geográfica de uma região definida. Cada um teria uma Unidade de Saúde Pública.

Também se destaca a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (Portaria nº 288/99), que teria como objectivo definir e desenvolver normas, estratégias e procedimentos que visassem a melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde, integrando a investigação e a formação profissional contínua.

Por fim, uma grande aposta foi a criação das Agências de Contratualização, que permitiram uma separação clara entre a função de pagador e de prestador de cuidados de saúde no sector público.

2002-2004: Parcerias público-privadas

Entre 2002 e 2004, houve um período de grande contestação (“o mais abrangente de todos na Saúde” – Victor Ramos, 2008), depois da apresentação do Decreto-Lei 60/2003, que vinha dar maior abertura dos Cuidados de Saúde Primários ao sector social e privado, numa vertente gestonária e num desejado mercado de cuidados de saúde. Segundo Biscaia *et al* (2008), na prática, na organização interna dos Centros de Saúde, as mudanças resumiam-se apenas a dois aspectos:

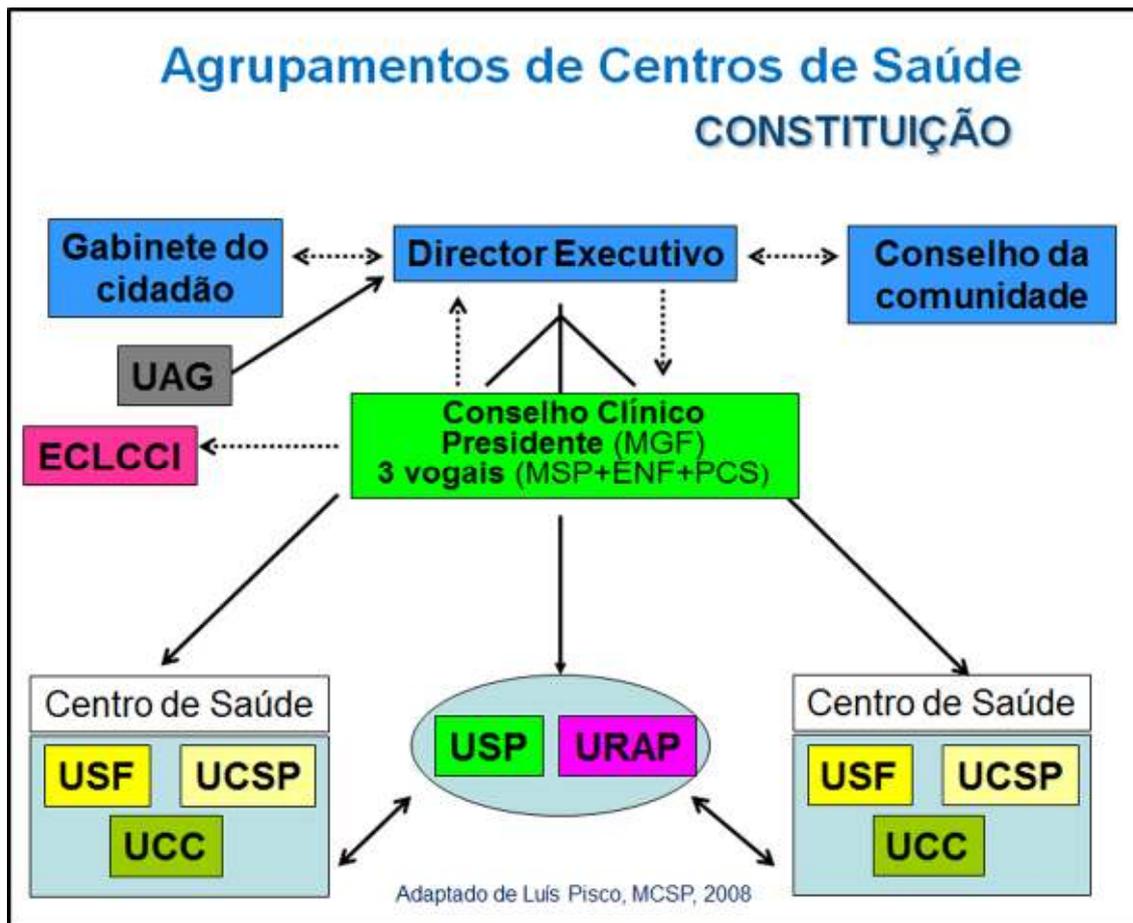
1 - A direcção seria entregue nominalmente a apenas um elemento, o director, que podia não ser médico;

2 - O director e os coordenadores das unidades passariam a ter uma retribuição por essas funções, reconhecendo-se, pela primeira vez, um valor intrínseco às actividades de direcção e de coordenação de serviços dos Centros de Saúde.

Também se destaca deste período a iniciativa inédita do então Presidente da República, o Dr. Jorge Sampaio, em criar a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), porque, segundo Victor Ramos (Texto de Apoio I, do Módulo Opcional de Cuidados de Saúde Primários, 2008, Escola Nacional de Saúde Pública), se temia a privatização dos Centros de Saúde.

2005-Actualidade: Reorganização dos CSP/ Implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF)/ Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)

Na actualidade, vivemos um período em que estão em curso reformas importantes na Saúde, nomeadamente a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários, a instalação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). A Figura 6 exemplifica a actual orgânica de um ACES.



Legenda:

USP – Unidade de Saúde Pública

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade(s) de Saúde Familiar

UCC – Unidade(s) de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade(s) de Cuidados de Saúde Personalizados

UAG – Unidade de Apoio à Gestão

ECLCCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados

Figura 6: Orgânica de um ACES, segundo Pisco, 2008 (adaptado de Sofia Bernardes, aula de Saúde Pública, 6º Ano de Medicina da Faculdade de Medicina de Coimbra, 2011)

O processo de mudança para o “lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos Centros de Saúde e implementação das USF” teve início em

2005 (Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005). A figura 7 exemplifica os processos envolvidos na reforma da administração central do Estado, com a reestruturação do Ministério da Saúde.

Foi criada uma Missão para os Cuidados de Saúde Primários, cuja liderança foi atribuída a Luís Pisco, o então Presidente da APMCG, que se fez acompanhar por uma equipa multidisciplinar que o próprio escolheu e à qual se juntaram equipas de apoio das cinco ARS.

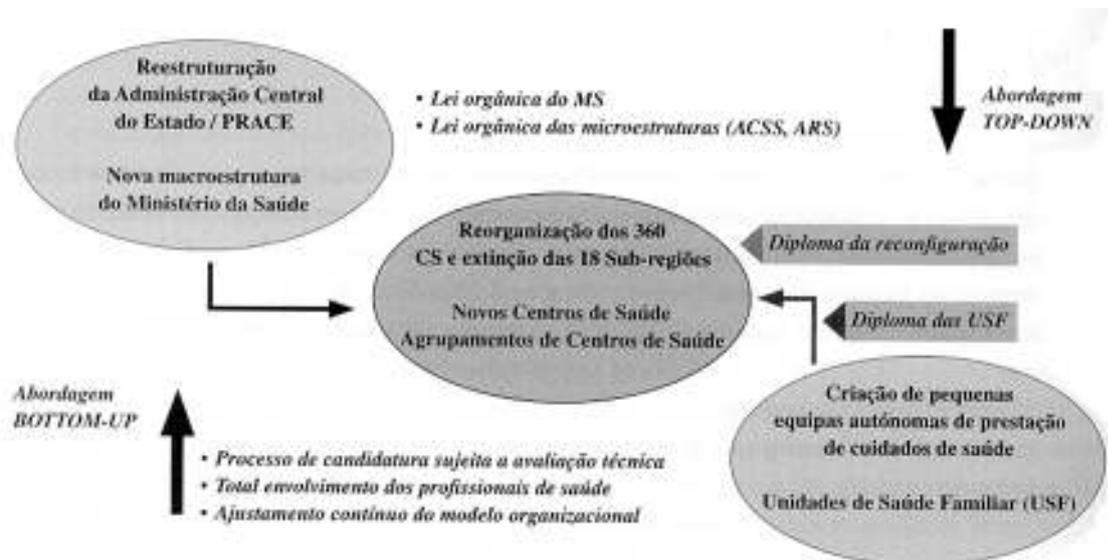


Figura 7: A reforma dos CSP na reestruturação da administração central (segundo Pisco, *in* Biscaia *et al.*, 2008)

De acordo com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários, a reconfiguração dos Centros de Saúde obedece a um duplo momento: por um lado, a constituição de pequenas equipas em unidades funcionais autónomas, “prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionam maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por via de um modelo de contratualização interna”; e, por outro lado, a agregação de recursos e estruturas de gestão (ACES), “eliminando concorrências estruturais, obtendo economias de escala e viabilizando estratégias regionais” ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (Figura 8).

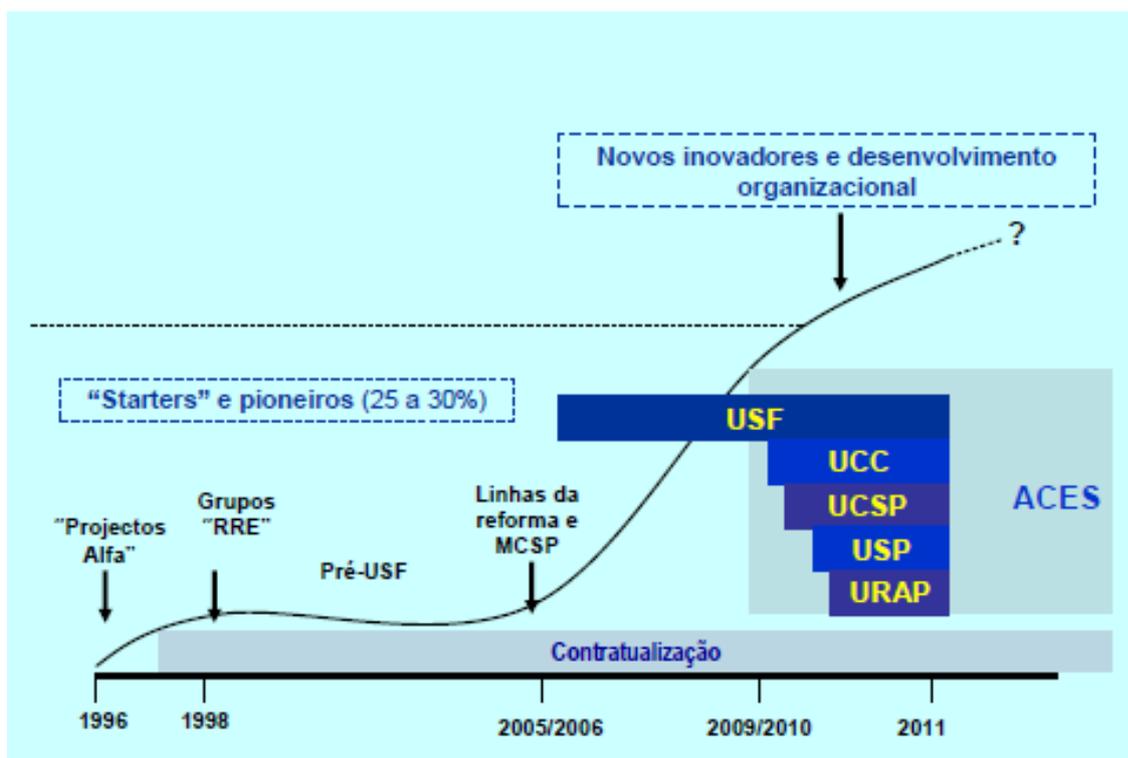


Figura 8: Curva do processo de “descongelamento” e transformação dos CSP (Ministério da Saúde, 2011)

Correia de Campos (2008) considera que as USF são peças centrais na reforma dos Cuidados de Saúde Primários. O mesmo autor ainda diz que, antes de iniciadas as reformas, “o país dispunha-se de um sistema de cuidados de saúde primários dispendioso, ineficiente e inequitativo”. Refere ainda que, na situação de partida, havia:

1 – Cerca de 15% dos inscritos nos Centros de Saúde não tinham médico de família (estimava-se que, no total, fossem entre 700 e 750 mil, números que foram recusados recentemente pelo novo ministro da saúde, como já vimos atrás);

2 – Cerca de 18% das consultas eram não programadas;

3 – Cerca de 33% dos inscritos não frequentava o Centro de Saúde (iam directamente às urgências, consultas externas dos hospitais ou médico privado);

4 – Os custos com medicamentos representavam cerca de 40% do custo total por utente e por consulta. Os custos com meios complementares de diagnóstico e terapêutica representavam cerca de 20%.

Como resultados positivos das USF, Correia de Campos aponta:

- 1 – Redução da procura de consultas fora do horário normal dos Centros de Saúde;
- 2 – Maior personalização do contacto entre médico e utente;
- 3 – Menor tempo de espera pela consulta regular;
- 4 – Aumento do grau de satisfação de utentes e de prestadores;
- 5 – Diminuição do dispêndio em medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- 6 – Diminuição das redundâncias, sobreposições e variações na prescrição terapêutica.

A tabela 3 personaliza por ARS o número de USF em actividade em todo o país na actualidade (cobertura a cerca de 3 milhões de portugueses).

Tabela 3: Situação das USF em actividade por região de saúde (Ministério da Saúde, 2011)

| | Em 31 de Dezembro de 2009 | Em 30 de Junho de 2010 | Em 31 de Dezembro de 2010 | Em 30 de Abril de 2011 |
|--------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|
| ARS Norte | 111 | 120 | 140 | 149 |
| ARS Centro | 26 | 27 | 30 | 30 |
| ARS LVT | 79 | 80 | 88 | 89 |
| ARS Alentejo | 5 | 8 | 8 | 8 |
| ARS Algarve | 8 | 9 | 9 | 9 |
| TOTAL | 229 | 244 | 275 | 285 |

Quanto a características especiais das USF, há que reter que os incentivos acordados anualmente entre o Ministério da Saúde e estas equipas dizem respeito tanto a quantidade como a qualidade das actividades que preconizam:

- 1 – Cobrem entre 6.000 a 14.000 utentes (limites apenas indicativos, podendo ser ultrapassados);

- 2 – Aumentam a lista do médico (mínimo de 1550 utentes e máximo de 1900);
- 3 – Levam a cabo consultas específicas (Diabetes, Hipertensão Arterial, Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar);
- 4 – Fazem consultas ao domicílio;
- 5 – Podem ter uma carteira adicional de serviços, em situações fundamentadas e contratualizadas;
- 6 – O período de funcionamento é alargado (8h-20h, podendo ser até às 22h, desde que justificado e contratualizado).

A tabela 4 compara a contractualização feita entre uma USF e o modelo tradicional dos Centros de Saúde.

Tabela 4: Contratualização de serviços nas USF e CS tradicionais (Campos, 2008)

| | UNIDADE SAÚDE FAMILIAR | CENTRO DE SAÚDE "TRADICIONAL" |
|--|--|--|
| <i>Mesmo n.º de utentes</i> | População | População |
| | <i>Utentes</i> 11.998 | <i>Utentes</i> 12.000 |
| <i>Menos médicos</i> | Médicos | Médicos |
| | <i>N.º de Médicos</i> 7 | <i>N.º de Médicos</i> 8 |
| | <i>Assistente graduado 3.º escalão</i> <i>35 horas de dedicação exclusiva</i> | <i>Assistente graduado 3.º escalão</i> <i>42 horas de dedicação exclusiva</i> |
| <i>Idêntico período de abertura</i> | Período de Abertura | Período de Abertura |
| | <i>Dias úteis</i> 8:00-20:00 | <i>Dias úteis</i> 8:00-20:00 |
| | <i>Alargamento dias úteis</i> 20:00-22:00 | <i>SAP dias úteis</i> 20:00-22:00 |
| | <i>Alargamento aos sábados</i> 8:00-20:00 | <i>SAP aos sábados</i> 8:00-20:00 |
| <i>Mais ganhos assistenciais</i> | Lista de Utentes | Lista de Utentes |
| | 0 a 6 anos 113 | |
| | 7 a 64 anos 1.315 | |
| | 65 a 74 anos 160 | |
| | >= 75 anos 126 | |
| <i>Utentes inscritos por médico</i> 1.714 | <i>Utentes inscritos por médico</i> 1.500 | |
| | <i>Dimensão ponderada</i> 2.120 | |
| <i>Contractualização anual de carteira básica de serviços, associada a objectivos de ganhos em saúde</i> | Actividades Específicas (por médico) | Actividades Específicas (por médico) |
| | Planeamento Familiar 40 | Planeamento Familiar 8 |
| | Saúde Materna 6 | Saúde Materna 3 |
| | Saúde Infantil: 1.º ano 6 | Saúde Infantil: 1.º ano 2 |
| | Saúde Infantil: 2.º ano 5 | Saúde Infantil: 2.º ano 2 |
| | Diabéticos 40 | Diabéticos 20 |
| | Hipertensos 80 | Hipertensos 30 |
| | Domicílios 21 | Domicílios 1 |

4.5. Organização do sistema hospitalar

4.5.1. Notas introdutórias

Segundo MacKee e Healy (2002), apesar de os hospitais serem um importante componente dos sistemas de saúde e centrais no processo de reforma do mesmo, como instituições (individualmente), têm recebido muito pouca atenção por parte dos decisores políticos.

Várias razões são apontadas para o facto de serem indispensáveis ao processo de reforma do sistema de saúde:

1 - Os hospitais concentram entre 50 e 70% do orçamento total para a Saúde (nos países da União Europeia);

2 - As políticas que os hospitais adoptam têm maior impacto em todo o sistema, pois estão numa posição central, em termos organizacionais, uma vez que são responsáveis pelos últimos graus de prestação de cuidados de saúde: os cuidados mais diferenciados;

3 - Os avanços tecnológicos e farmacêuticos, assim como uma maior atenção à Medicina Baseada na Evidência (MBE), significam um maior impacto dos serviços hospitalares na saúde das populações (McKee, 1999).

O sistema hospitalar reflecte a cultura e a história de cada país, assim como a ideologia política em que se baseia o seu sistema de saúde, havendo uma diversidade enorme entre os diferentes países europeus quanto à importância estratégica dos hospitais na prestação pública de cuidados de saúde.

Deste modo, embora muito se possa reter acerca das reformas e opções políticas tomadas noutros países ao longo da sua história, estas não podem (ou não devem) ser aplicadas cegamente num contexto nacional diferente. Segundo McKee e Healy, 2002, a questão de quantas camas são as ideais por cada hospital necessita de uma abordagem

individual e crítica aos estudos que são efectuados noutros contextos organizacionais. É por isso que, dando outro exemplo, no Reino Unido e nos Estados Unidos da América (EUA), as reduções feitas em profissionais de saúde (não acompanhadas pela redução de doentes que acederam aos hospitais), à semelhança do que aconteceu nos países da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), conduziram a uma diminuição abrupta da qualidade de prestação de cuidados de saúde (Hensher *et al.*, 1999 ; Reissman *et al.*, 1999).

Muitas definições se podem atribuir aos hospitais. Segundo Miller (1997), os hospitais são instituições que facultam alojamento, alimentação, cuidados de enfermagem contínuos para os seus utentes e cuidados médicos especializados, tendo uma função de restauração da saúde dos indivíduos. No entanto, esta definição apenas capta o essencial. A diversidade é tal que, como diz Thubron (1999), “um hospital da Sibéria é um edifício com 10 camas, sem abastecimento de água, localizado numa aldeia com poucos habitantes”. Um conceito bem diferente daquele que é considerado nos países da Europa ocidental.

Há ainda que ter em conta que, mesmo na Europa, existem países que investem cerca de 50€ por pessoa/ano nos hospitais, enquanto outros têm investimentos de cerca de 14.000€ por pessoa/ano (McKee e Healy, 2002).

Segundo Hillman (1998), apesar das intervenções clínicas (médicas e cirúrgicas) não poderem ser implementadas sem estudos científicos rigorosos e aprovados por instâncias oficiais, “racionalizamos, mudamos e implementamos novos sistemas, muitas vezes baseados em imperativos económicos e políticos, e raramente avaliamos o seu impacto nas pessoas”. Precisamente porque é uma organização muito complexa é que o investimento em estudos organizacionais deveria ser maior. Como podemos ver pela tabela 5, não há uma base científica sustentável das opções políticas para o sistema hospitalar na maioria dos países da OCDE.

Tabela 5: Número de artigos de investigação em hospitais nos tópicos referidos (adaptado de McKee e Healy, 2002)

| | Construção de hospitais | Administração hospitalar | Custos hospitalares |
|----------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Austrália | 0 | 20 | 20 |
| Canadá | 3 | 29 | 23 |
| França | 4 | 17 | 26 |
| Alemanha | 4 | 38 | 64 |
| Itália | 4 | 11 | 15 |
| Holanda | 4 | 10 | 18 |
| Rússia | 4 | 3 | 2 |
| Espanha | 1 | 17 | 15 |
| Suécia | 5 | 11 | 24 |
| Reino Unido | 33 | 79 | 119 |
| Estados Unidos | 57 | 311 | 380 |

Na análise do sucesso de um sistema hospitalar, devemos individualizar o mais possível, isto é, ter em atenção a população servida (e esta também é uma importante base de estudo), as doenças mais prevalentes nas diferentes regiões, as expectativas das populações, entre outros factores (McKee & Healy, 2002). Só assim se conseguirá perceber e criticar a forma como está instalada uma rede hospitalar num determinado país, segundo o tipo e a função de cada hospital.

4.5.2. A evolução dos sistemas hospitalares

Os hospitais tiveram, ao longo dos séculos, diferentes funções, evoluindo segundo factores sociais e políticos e segundo o conhecimento da “arte”.

A tabela 6 é ilustrativa destas mudanças:

Tabela 6: Evolução histórica dos hospitais (adaptado de McKee & Healy, 2002)

| Tipo de hospital | Periodo | Características |
|--|----------------------|--|
| Cuidados de saúde | Século VII | Império bizantino, teorias gregas e árabes sobre as doenças |
| Tratamento, cuidados espirituais | Séculos X a XVII | Hospitais agregados a fundações religiosas |
| Isolamento de doentes infecciosos | Século XI | Tratamento de doenças infecciosas como a lepra |
| Cuidados de saúde para população pobre | Século XVII | Instituições estatais e filantrópicas |
| Cuidados médicos | Finais do século XIX | Cuidados médicos e cirurgia; alta mortalidade |
| Centros cirúrgicos | Início do século XX | Transformação tecnológica dos hospitais; acesso de doentes da classe média; expansão da consulta externa |
| Sistemas de saúde centrados em hospitais | Anos 50 do século XX | Grandes hospitais; centros de tecnologia |
| Hospitais distritais generalistas | Anos 70 do século XX | Surgimento dos hospitais distritais generalistas; hospitais locais, secundários e terciários |
| Hospitais de cuidados agudos | Anos 90 do século XX | Cuidados de curta duração |
| Centros de cirurgia em ambulatório | Anos 90 do século XX | Expansão das admissões diárias e das pequenas cirurgias |

A medicina hospitalar é responsável pela grande evolução do conhecimento médico nas últimas décadas. No entanto, a nível organizacional, a sua preponderância no sistema de saúde teve implicações sociais e económicas. Por este motivo, “os hospitais podem ser vítimas do seu próprio sucesso” (McKee & Healy, 2002).

4.5.2.1. Actividade Hospitalar

É difícil cruzar dados fiáveis entre países sobre a actividade hospitalar, visto que não adoptam os mesmos indicadores de avaliação de eficiência e/ou diferem na amostra de tipos de hospitais para estes estudos: alguns países excluem o sector privado ou outros sectores, como os hospitais militares; enquanto outros países consideram toda a capacidade hospitalar existente em território nacional.

A actividade hospitalar difere, desta forma, de país para país, de região para região e de hospital para hospital. Não há uma norma estabelecida que defina exactamente qual o raio de acção de um hospital: este depende de inúmeros factores, alguns dos quais já referimos e outros que iremos explorar de seguida.

4.5.2.2. A reconfiguração da prestação de cuidados hospitalares

A capacidade hospitalar tem vindo a ser reduzida pela maioria dos países da UE, sobretudo devido a políticas de redução do tempo de permanência em internamento por doença aguda e da transferência de doentes de longa duração para instituições especializadas nesse acompanhamento.

Segundo Mossialos & Le Grand (1999), citados por McKee & Healy (2002), a redução de camas não tem, contudo, sido acompanhada pelo encerramento de hospitais, não havendo uma poupança de custos significativa, pois a “grande parte das despesas hospitalares derivam de outros gastos fixos”.

McKee & Healy (2002) afirmam que, na Europa, apenas o Reino Unido e a Irlanda conseguiram poupanças significativas, porque encerraram cerca de um terço dos seus hospitais (entre 1980 e os primeiros anos da década de 90), pelo que foram os únicos países a ter um verdadeiro impacto económico no orçamento para a Saúde.

Em França (assim como em Portugal, na última década), os hospitais instalados nas mesmas cidades estão a ser agregados em “hospital trusts” (Centros Hospitalares), uma política que se revelou mais fácil de executar do que o encerramento de uma determinada instalação hospitalar. Segundo McKee & Healy (2002), foi fundamental garantir o apoio dos médicos seniores, aproveitando a sua influência sobre os colegas mais novos e sobre a opinião pública. Para Corden (2001), citado por McKee & Healy (2002), esta mesma estratégia foi seguida em Melbourne (Austrália), em 1995, agregando 32 hospitais do sector público em 7 Centros Hospitalares, resultando no encerramento de 9 instalações e em reconfigurações importantes na organização interna, assim como importantes poupanças económicas.

De acordo com McKee (1999), são muitas as pressões para as reformas dos sistemas hospitalares: desde pressões externas (demográficas, doenças mais prevalentes em diferentes regiões, expectativas das populações, financeiras, entre outras) a pressões internas (evolução das tecnologias e conhecimento clínico, número de profissionais de saúde e suas expectativas pessoais, entre outras).

Os sistemas hospitalares devem ser abordados pelos decisores políticos considerando toda a sua complexidade, e só assim se conseguirão efectuar mudanças sustentáveis. A figura 9 exemplifica os diferentes níveis de pressão para a mudança a que os hospitais (e os sistemas de saúde) são submetidos.

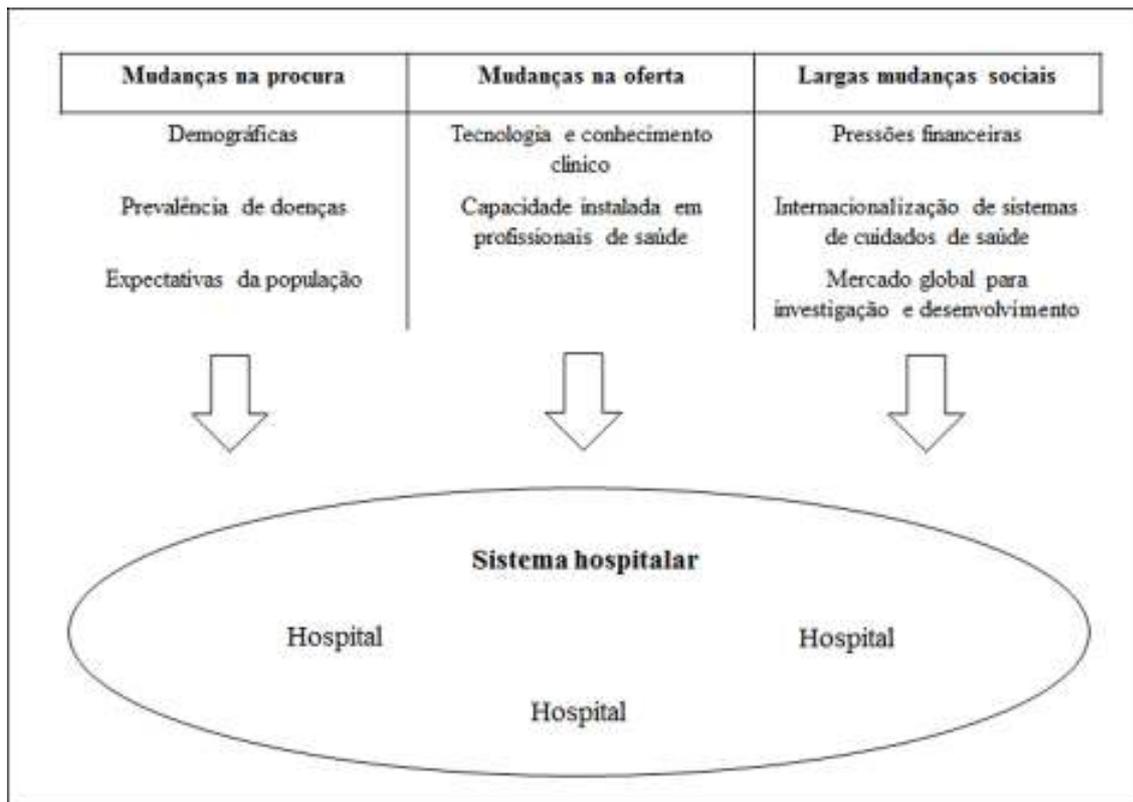


Figura 9: Pressões para a mudança nos hospitais (adaptado de McKee & Healy, 2002)

Quanto à Demografia, a composição de uma população é definida por 3 factores: Natalidade, Mortalidade e Migrações.

A Natalidade tem grande influência sobre os serviços obstétricos e pediátricos, dois ramos de cuidados hospitalares especializados.

Com a diminuição da Mortalidade, mais marcada nos países desenvolvidos, tem vindo a aumentar a população idosa, verificando-se uma inversão da pirâmide etária, o que representa um grande impacto sobre os sistemas de saúde, pois “estes são doentes que procuram com maior frequência os serviços de saúde, têm necessidade de internamentos mais prolongados e representam já cerca de 50% da ocupação de camas nos hospitais europeus” (Harrison & Prentice, 1996; Walker & Maltby, 1997; Victor *et al.*, 2000 – citados por McKee & Healy, 2002).

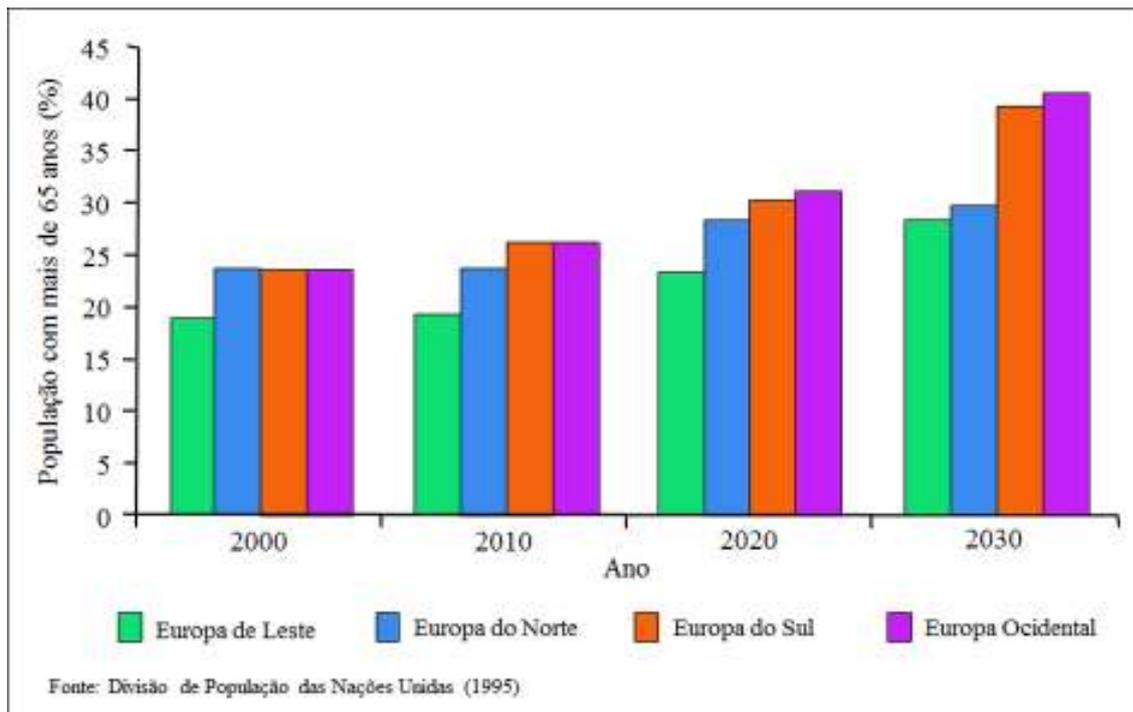


Figura 10: Projecções da percentagem da população com mais de 65 anos de idade nas várias regiões da Europa (adaptado de McKee & Healy, 2002)

Considera Correia de Campos (2008) que, “de acordo com referências internacionais, em cada 1000 idosos, 100 têm pluripatologia e dependência e, destes, 10% são doentes terminais...haverá ainda cerca de 12% com demências”. No entanto, segundo Edwards & Harrison (1999), não pode ser assumido que a procura por cuidados de saúde por parte da população idosa, no futuro, será a mesma que é actualmente. Isto porque “esta população terá uma melhor nutrição, melhores condições socioeconómicas e mais educação para a saúde, em relação às gerações anteriores”.

Para além disto, a população idosa “não exige maiores custos só por serem idosos” (Fuchs, 1984 – citado por McKee e Healy, 2002). Segundo Lubitz *et al.* (1995) e Scitovsky (1988), citados por Edwards & Harrison (1999), os doentes que morrem mais novos também são os que implicam a perda de mais recursos nacionais (pela maior agressividade das causas da morte e pela perda de produtividade associada).

Em Portugal, foi criada, em 2006, pelo Decreto-Lei nº101/2006, de 6 de Junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados a idosos e a cidadãos com dependência (RNCCI), com unidades de convalescença, cuidados intermédios, cuidados de longa duração, cuidados domiciliários e cuidados paliativos. Isto foi possível devido ao Decreto-Lei nº 56/2006, de 15 de Março, que consignou 16,6% da receita líquida dos jogos sociais para este programa. Esta rede apresenta, segundo Correia de Campos (2008), custos de internamento oito vezes inferiores, ganhos de eficiência, vantagens de proximidade e mais humanização da prestação de cuidados, menores riscos de infecção hospitalar e aumento da adequação de cuidados especializados (exemplo: reabilitação). Trata-se de um projecto que deverá ser completado em 2015, com 100% de cobertura nacional e com alocação de recursos segundo “standards internacionais”.

A migração é, igualmente, um factor importante, pois a população imigrante pode necessitar de cuidados de saúde orientados para diferentes doenças (Carballo *et al.*, 1998).

Todos os outros factores de pressão sobre o sistema hospitalar são bastante conhecidos. Optou-se por referenciar apenas os demográficos, pois são os que mais se interrelacionam com todos os outros, os mais previsíveis quanto ao futuro e dos quais existem mais estudos na literatura.

4.5.2.3. Funções dos hospitais

Um hospital pode desempenhar diversas funções, dependendo do tipo de hospital, do seu posicionamento no sistema de saúde e da sua relação com outros serviços de prestação de cuidados de saúde (McKee & Healy, 2002).



Figura 11: Funções de um hospital (adaptado de McKee & Healy, 2002)

1 - Cuidados de Saúde aos doentes:

Quanto aos cuidados de saúde aos doentes, é importante reter que em alguns países os doentes podem aceder à consulta hospitalar por iniciativa própria, embora em Portugal os especialistas em MGF sejam os responsáveis pela referência para as especialidades hospitalares.

Internamento: a demora média de internamento nos hospitais da UE diminuiu de 16,5 dias (1970) para 8,6 dias (1996), alcançando cerca de 6 dias em muitos países (OMS, 2001). As reformas hospitalares induzem menos camas, mas maiores facilidades em imagiologia, endoscopia e em cirurgia (McKee & Healy, 2002).

Ambulatório: com as novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica, mais doentes podem ser tratados em ambulatório.

Urgência: é a função principal de um hospital. É um serviço que salva imensas vidas, mas precisa que os doentes sejam trazidos rapidamente, estabilizados, recorrendo para isso a um Centro de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) – Correia de Campos (2008).

Reabilitação: estão a ser criados programas de reabilitação activa, aproveitando os conhecimentos de equipas multidisciplinares, sendo mais eficazes que o modelo passivo, com um tempo longo de acamamento (Dickinson & Sinclair, 1998, citados por McKee & Healy, 2002).

2 - Ensino e investigação:

O sistema de saúde não pode existir sem a contínua formação e renovação dos profissionais de saúde e da evolução do conhecimento gerado pela investigação (sobretudo, a prospectiva), nem tão-pouco estes podem existir sem o sistema de saúde, nomeadamente os hospitais (Mota, 2010).

Segundo Hunt *et al.* (1999), citado por McKee & Healy (2002), à medida que os cuidados de saúde estão a ser transferidos para fora dos hospitais, estes estão a tornar-se menos apropriados para a educação médica generalista.

Há também o perigo destas componentes, nas condições financeiras actuais, serem relegadas para um plano secundário. Isto permitiria poupanças a curto prazo, mas uma grande insustentabilidade futura (McKee & Healy, 2002).

3 - Suporte do sistema de saúde:

O papel dos hospitais no sistema de saúde difere consideravelmente de país para país, tipicamente segundo a sua capacidade económica. Assim, nos países mais pobres, o modelo predominante é o do Hospital Dominante, enquanto nos países mais ricos, o modelo predominante é o do Hospital Separatista.

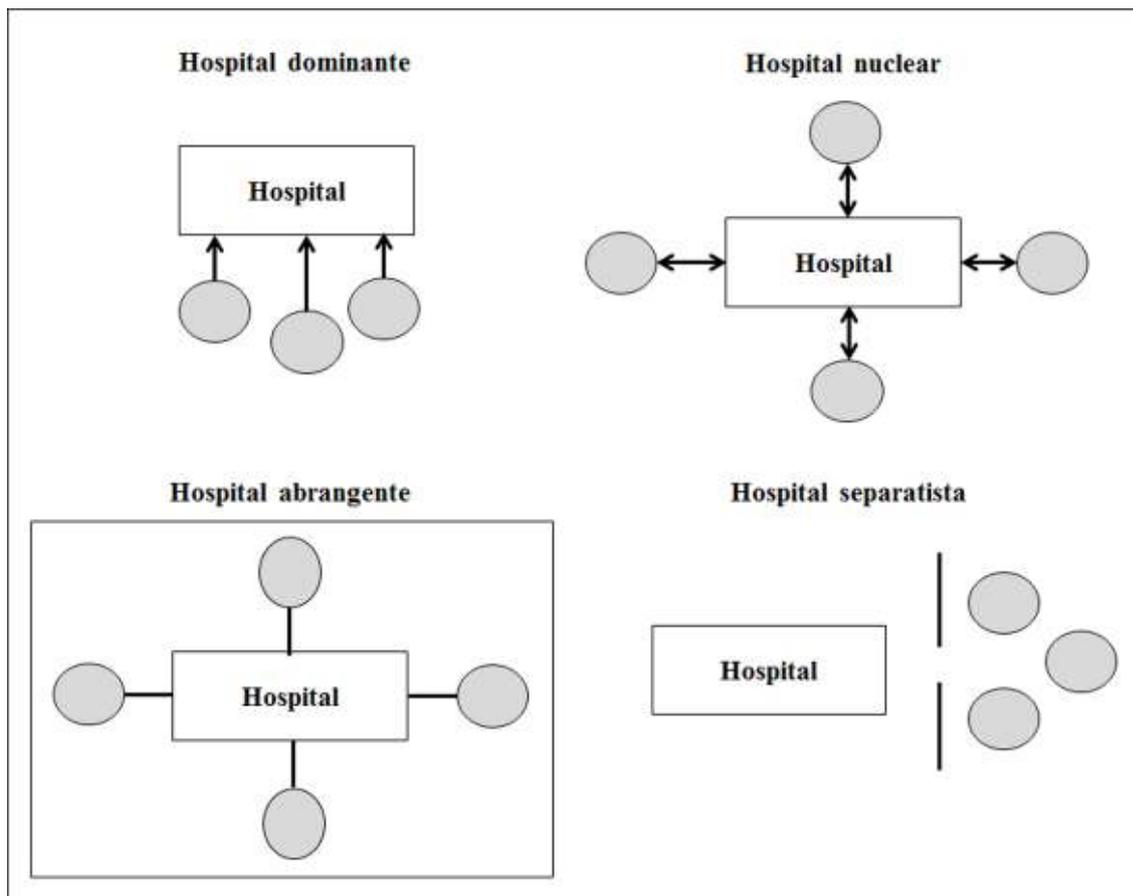


Figura 12: Possíveis relações de um hospital com o sistema de cuidados de saúde (adaptado de McKee & Healy, 2002)

- Hospital dominante: monopoliza o sistema de saúde, consumindo a grande parte dos recursos financeiros e capta os melhores profissionais e equipamentos. As pessoas evitam os CSP. Este modelo foi criticado ferozmente e abandonado pela maioria dos países desenvolvidos depois da Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), onde os CSP se afirmaram como principal prioridade num sistema de saúde moderno.

- Hospital nuclear: é responsável pelo planeamento local, administração, supervisão e financiamento (mas não pela prestação) de cuidados de saúde à população. Este era o sistema da ex-URSS.

- Hospital abrangente: é responsável por cuidados de saúde primários, secundários e terciários, assim como por serviços externos. São centros de medicina preventiva e curativa.

- Hospital separatista: é o modelo prevalecente na maioria dos países desenvolvidos. Os hospitais estão providos de equipas e equipamentos para prestar assistência especializada. Há uma barreira clara entre a prestação de CSP e secundários e terciários.

4.5.2.4. Tipos de hospitais

Segundo McKee & Healy (2002), os tipos de hospitais podem ser organizados segundo uma classificação hierárquica: Cuidados de Saúde Terciários (Hospitais normalmente vinculados a Universidades, com financiamento nacional e regional), Cuidados de Saúde Secundários (Hospitais Distritais) e Hospitais Comunitários ou Rurais.

Podem ainda ser distinguidos por serem Hospitais gerais (com várias especialidades) ou especializados – concentrados num grupo de pessoas, doenças ou técnicas.

Muitas variáveis intervêm na classificação de cada hospital, nomeadamente (Tabela 7):

Tabela 7: Descrevendo um hospital: dimensões e medidas (adaptado de McKee & Healy, 2002)

| Dimensões | Medidas |
|---|---|
| Localização Nível geográfico Estrutura local | Nacional, regional, distrital ou de comunidade Um ou mais edifícios |
| Governança Níveis Gestão | Administração de saúde regional ou local; Ministro da saúde ou outro Ministro; sector público autónomo; sector social; sector privado Administração, técnica, clínica e legal |
| Finanças Principal fonte de recursos Estrutura de custos Método de pagamento | Impostos, Seguros de doença, taxas moderadoras ou outros Custos por doente, por cama, por grupos de diagnóstico homogéneo, ou por orçamento anual. Salários médios dos profissionais de saúde ou categorias profissionais Orçamento por serviços, orçamento global ou por actividades |
| Tamanho População abrangida Número de profissionais Tamanho do hospital | Localização geográfica ou outra (por exemplo, forças armadas) Número total, por cama, por cem doentes ou relação médicos/enfermeiros Número de camas, doentes internados ou em consulta externa |
| Complexidade Estatuto de ensino Tipo Especialidades Tecnologia | Hospital de ensino ou não Secundário ou terciário; generalista ou especialista; cuidados agudos, de convalescência, paliativos ou mistos Uma ou várias; número e tipo de especialidades Tipo e dimensão da tecnologia |
| Desempenho Acreditação Indicadores Gestão de doentes Satisfação dos doentes Responsabilidade Satisfação dos profissionais Actividade Volume de doentes Ocupação Admissões Duração média do internamento | Acreditado Ranking ou indicadores de desempenho Cuidados primários; trabalho em equipa multidisciplinar Sobrevivência dos doentes; número de reclamações Listas de espera e tempos de espera Recrutamento e rácios de estabilidade Alta ou baixa Internamentos diários, consultas externas, urgências e casos mistos Média anual de ocupação de camas Porcentagem da população que utilizou os serviços hospitalares Número de dias |
| Resultados Desempenho clínico | Mortalidade mensal, percentagem de infecções hospitalares, percentagem de erros médicos e readmissões de emergência dentro de 28 dias após alta |

Tipicamente, um Hospital geral terciário contém especialidades como cirurgia cardíaca, neurocirurgia, cirurgia de transplante e tratamento avançado para o cancro.

Os hospitais especializados (uma única especialidade) proliferaram na Europa no séc. XIX, reflectindo o aumento da especialização médica (Porter, 1997). Estes hospitais podem ser maternidades, pediátricos, especializados em cirurgia ortopédica, neurologia, oftalmologia

e otorrinolaringologia. Na maioria dos países ocidentais europeus, este modelo tem vindo a dar lugar aos hospitais gerais, desde 1940 (durante a 2ª Grande Guerra).

Os hospitais gerais distritais, num país desenvolvido, tipicamente servem populações entre 150.000 e 1 milhão de habitantes, têm entre 200 e 600 camas para internamento e, para além do internamento, normalmente providenciam tratamento em ambulatório, cirurgia e urgência. Apresentam-se com serviços de medicina, cirurgia, pediatria, obstetrícia e ginecologia, para além de serviços de imagiologia e de patologia (McKee & Healy, 2002).

Os hospitais comunitários existem em muitos países, tendo normalmente cerca de 50 camas e providenciando serviços de diagnóstico básico, pequenas cirurgias e cuidados básicos de saúde (“nursing care”). São característicos de países em que existem populações a grande distância ou de difícil acesso a hospitais gerais e/ou em países com falta de especialistas em algumas áreas da medicina.

4.5.3. Notas finais sobre o sistema hospitalar

Em Portugal, as dificuldades económicas e financeiras têm tido fortes repercussões ao nível das funções sociais do Estado. Recorrendo ao Orçamento do Estado (OE), verificamos que há uma diminuição abrupta do investimento feito na Saúde e na Educação nos últimos anos (Figura 13).

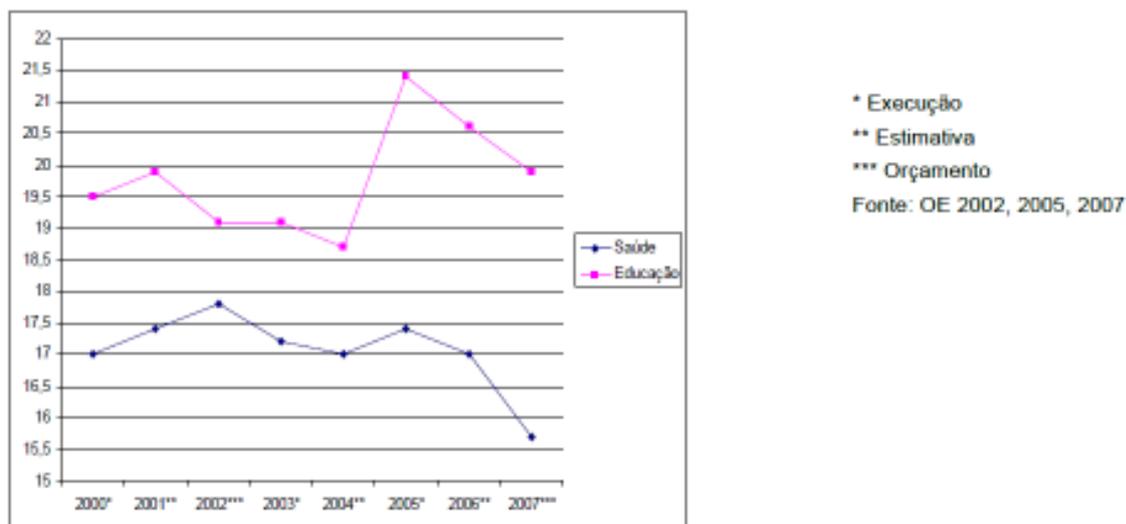


Figura 13: Evolução do peso dos sectores saúde e educação no Orçamento geral de Estado (2000/2007), de acordo com Stoleroff & Correia (2008)

Segundo Stoleroff & Correia (2008), dois factores interrelacionados permitem justificar esta quebra na orçamentação da Saúde: por um lado, o número crescente de hospitais públicos a sair da alçada do OE (primeiro com o modelo SA e, depois, com o modelo EPE) e, por outro lado, uma reorientação da despesa pública.

As entidades empresariais representavam, em 2008, cerca de 60% dos prestadores de cuidados de saúde (tabela 8).

Tabela 8: Contabilização dos prestadores hospitalares em Portugal Continental (2008), de acordo com Stoleroff & Correia (2008)

| Prestadores hospitalares | | | |
|---|-----------|-----------|------------|
| | SPA | EPE | Total |
| Hospitais | 28 | 15 | 43 |
| Hospitais incluídos em Centros Hospitalares | 14 | 45 | 59 |
| Total | 42 | 60 | 102 |

Fonte: Ministério da Saúde

Segundo estes autores, “76% dos hospitais estão incluídos em Centros Hospitalares e é evidente que a empresarialização está a ser feita de forma desproporcional nos hospitais pertencentes a estes centros”.

Por fim, a tabela 9 procura comparar os modelos de gestão hospitalar existentes em Portugal.

Tabela 9: Tabela comparativa entre os diferentes estatutos jurídicos hospitalares (Fonte: Lei n.º27/2002), de acordo com Stoleroff & Correia (2008)

| | Sector Público Administrativo (SPA) | Estabelecimentos Públicos Empresariais (EPE) |
|---------------------------------------|--|--|
| Principais critérios de gestão | <ul style="list-style-type: none"> - Centralidade na eficiência dos recursos disponíveis; - Definição com ARS os objectivos a atingir e os indicadores de actividade para avaliação de desempenho - Avaliação do mérito e desempenho dos profissionais, incluindo administradores e directores de serviço; - Sistema de incentivos associados à implementação de práticas eficientes; - Descentralização das funções de gestão de recursos humanos dos conselhos de administração para os directores de departamento e de serviço; - Permissão de contratos de cessão da exploração ou subcontratação a entidades públicas e privadas, sob critérios de eficiência orçamental. | <ul style="list-style-type: none"> - Natureza centrada na operacionalização de princípios de racionalidade económica; - Actividade paga pelo Estado, através de “contratos-programa” onde se definem metas quantitativas e qualitativas, calendarização, investimentos necessários, indicadores de desempenho; - Profissionais sujeitos a instrumentos de regulamentação colectiva e regulamentos internos; - Contratação dependente da previsão anual dos orçamentos apresentados ao MS; - Opção do trabalhador pelo regime de contratação a que se sujeita, fazendo depender o regime de protecção social assegurado. |
| Organização interna | <ul style="list-style-type: none"> - O governo define a estrutura orgânica interna, a sua composição, competências e funcionamento dos órgãos hospitalares; - Existência de um regulamento interno a cada hospital que respeite o diploma do Governo; - Conselhos de administração estipulam objectivos, meios e os mecanismos de avaliação periódica; - Os funcionários anteriores ao diploma continuam a reger-se pelas regras da Administração Pública. A admissão de novos profissionais baseia-se nas normas do contrato individual de trabalho. | <ul style="list-style-type: none"> - Regem-se por regulamentos internos, normas em vigor para os hospitais do SNS compatíveis com a natureza empresarial e pelo regime jurídico aplicável aos EPE’s; - Os órgãos constituintes são: Conselho de Administração, Fiscal Único e Conselho Consultivo; - Ao Conselho de Administração cabe a organização, planeamento, execução e avaliação das actividades hospitalares, do orçamento e dos Recursos Humanos. |
| Tutela | <ul style="list-style-type: none"> - Ministro da Saúde ou Administrações Regionais de Saúde (através da delegação de competências) em aspectos relacionados com o desempenho, organização, orçamentos, cessão de actividades. Por outro lado, o Ministro da Saúde e das Finanças definem os parâmetros dos instrumentos de regulamentação colectiva. | <ul style="list-style-type: none"> - Capital estatutário e membros do conselho de administração definidos conjuntamente pelos Ministros da Saúde e das Finanças; - O Fiscal único é nomeado pelo Ministro das Finanças; - O Ministro da Saúde ou as Administrações Regionais de Saúde (sob delegação do ministro) tem a superintendência em matéria de controlo/fiscalização da actividade e aprovação dos objectivos e estratégias. |

5. PLANEAMENTO EM SAÚDE

5.1. Evolução geral dos indicadores de saúde em Portugal

Na saúde de uma população intervém uma multiplicidade de factores. O estado de saúde depende do património genético de cada cidadão, do ambiente social, cultural e físico em que vive, mas também do desempenho do Sistema de Saúde (PNS 2011-2016: Estratégias para a Saúde: indicadores e metas em Saúde).

Desde a implementação do SNS que os indicadores de saúde portugueses melhoraram substancialmente (Arnaut, 2009; Mendes Ribeiro, 2009; Mota, 2010; Soares, 2011). No entanto, não existia (até 2004) a cultura de estabelecer metas e objectivos a médio/longo prazo, dando assim uma orientação política para verdadeiras prioridades nacionais na saúde das populações.

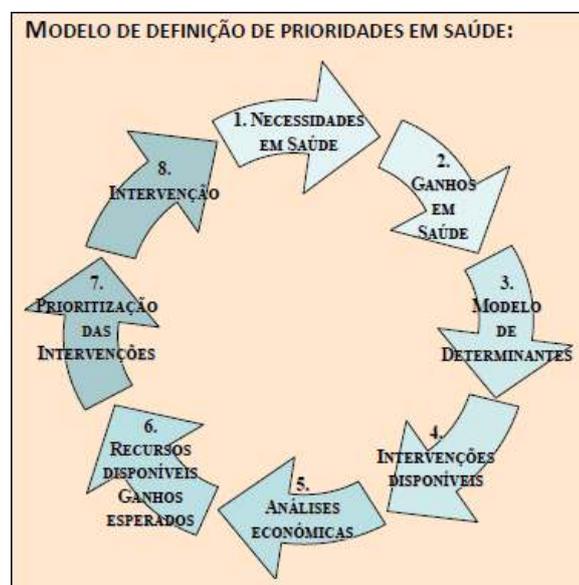


Figura 14: Modelo de definição de prioridades em saúde (PNS 2004-2010)

Desta forma, em 2004, foi definido o primeiro Plano Nacional de Saúde (PNS), que seria acompanhado e avaliado pelo Alto Comissariado da Saúde (ACS), tendo por base três

objectivos estratégicos: obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à sua execução (PNS 2004-2010; Campos, 2008; Biscaia *et al.*, 2008).

A análise da evolução geral da saúde em Portugal, para ser completa, deveria atender a inúmeros indicadores, muitos dos quais nem são considerados no PNS. Este foi criado seguindo orientações da OCDE, da OMS e da UE (Campos, 2008) e dedica-se sobretudo a áreas em que a prevenção se assume como um factor-chave de sucesso para a saúde. Segundo Correia de Campos (2008), a prevenção na saúde (ou seja, combater os factores de risco para determinada doença) permite, por exemplo, a diminuição de cerca de 75% na incidência de Doenças Cardio-Vasculares, enquanto que a melhoria da qualidade do tratamento hospitalar apenas reduz cerca de 20%.

Neste trabalho, pela reduzida possibilidade de espaço e de significado para com os objectivos a que nos propusemos, não se fez uma análise exaustiva da evolução portuguesa na Saúde, apenas nos dirigindo aos resultados que pensamos ser os mais relevantes, permitindo uma reflexão acerca da importância do planeamento num qualquer sistema de saúde.

Antes de mais, é importante ter em conta que os PNS analisam quatro grandes grupos de indicadores de saúde (“PNS 2011 – Indicadores e Metas em Saúde”):

1 - Estudo da Saúde: permite analisar quão saudável é uma população, através de dimensões como a mortalidade, morbidade, incapacidade e bem-estar;

2 - Determinantes individuais: possibilita o conhecimento sobre os factores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado da saúde e da utilização dos cuidados de saúde, como os comportamentos, condições de vida e de trabalho, recursos pessoais e ambientais;

3 - Desempenho do Sistema de Saúde: nas suas múltiplas dimensões de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efectividade, eficiência e segurança - auxiliam a análise da qualidade do sistema de saúde;

4 - Contexto: contêm medidas de caracterização que, não sendo indicadores do estado de saúde, determinantes individuais ou de desempenho do Sistema de Saúde, fornecem informação contextual importante.

Os indicadores de saúde são instrumentos de medida sumária que reflectem, directa ou indirectamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os factores que a determinam (Institute of Medicine, 1988; Nutbeam D, 1998, citados pelo PNS 2004-2010).

Em 1960, Portugal tinha uma esperança média de vida à nascença de cerca de 64 anos. Comparado com a Suécia, que tinha na mesma altura uma esperança média de vida de 73,1 anos, era notório o atraso do nosso país neste indicador de saúde, face aos países mais ricos e prósperos da Europa.

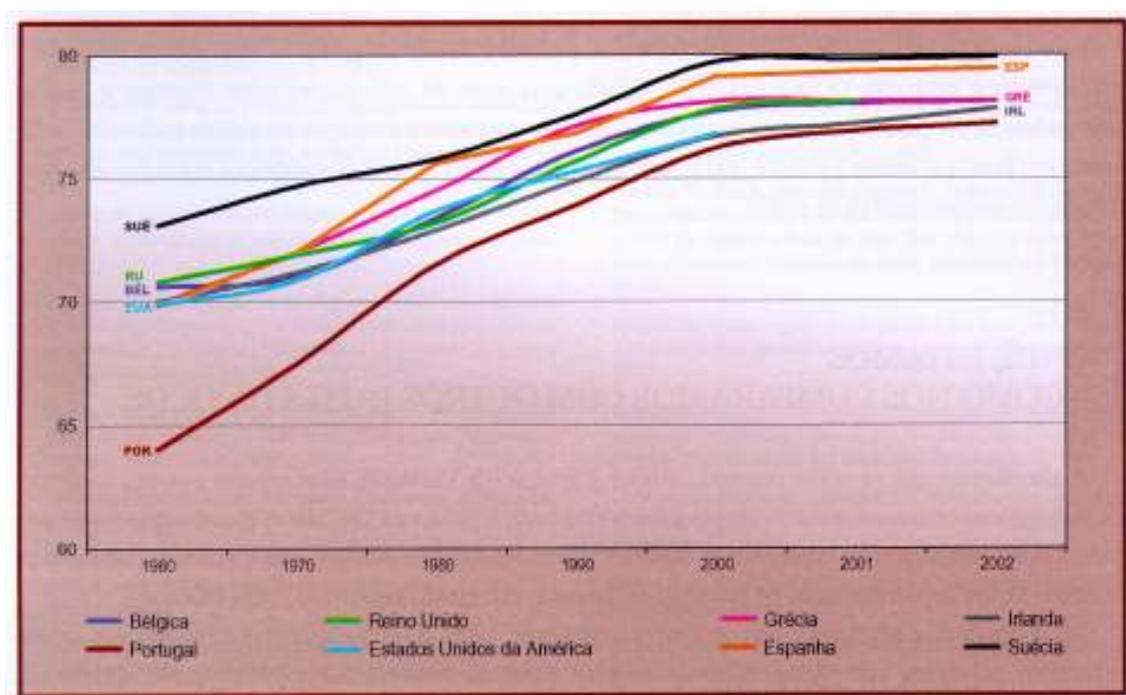


Figura 15: Variação da Esperança de Vida à nascença (1960-2002), segundo Biscaia *et al.*, 2008.

Na mortalidade infantil, Portugal apresenta o decréscimo mais assinalável desde 1960 no conjunto dos países da OCDE, passando de 77,5/1000 nados-vivos para 3,6/1000 nados-vivos em 2009.

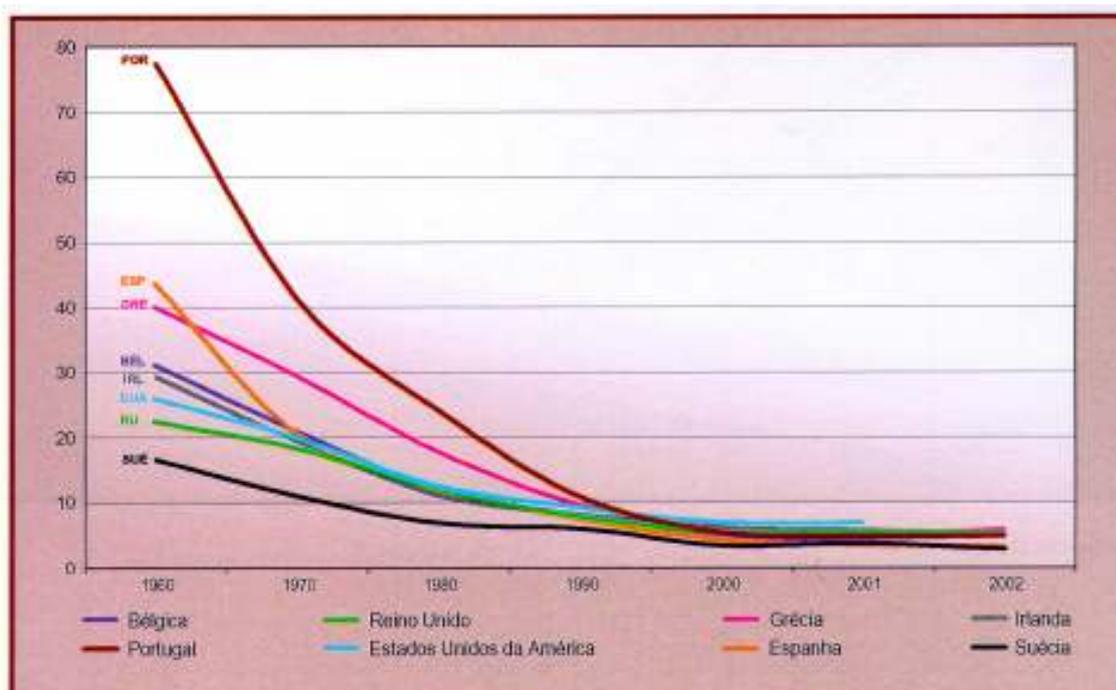


Figura 16: Variação da Taxa de Mortalidade Infantil (1960-2002), segundo Biscaia *et al.*, 2008.

Podemos concluir que a melhoria deste indicador se deve não só ao nível de saúde das mães, mas também ao nível de cuidados pré e pós-natais (à mãe e à criança), à política de planeamento familiar e ao desenvolvimento socioeconómico da sociedade.

Também a mortalidade neonatal foi um indicador em que Portugal atingiu maiores êxitos, recuando de 27,9 óbitos/100 nados-vivos, em 1960, para 2,4/100 nados-vivos, em 2009.

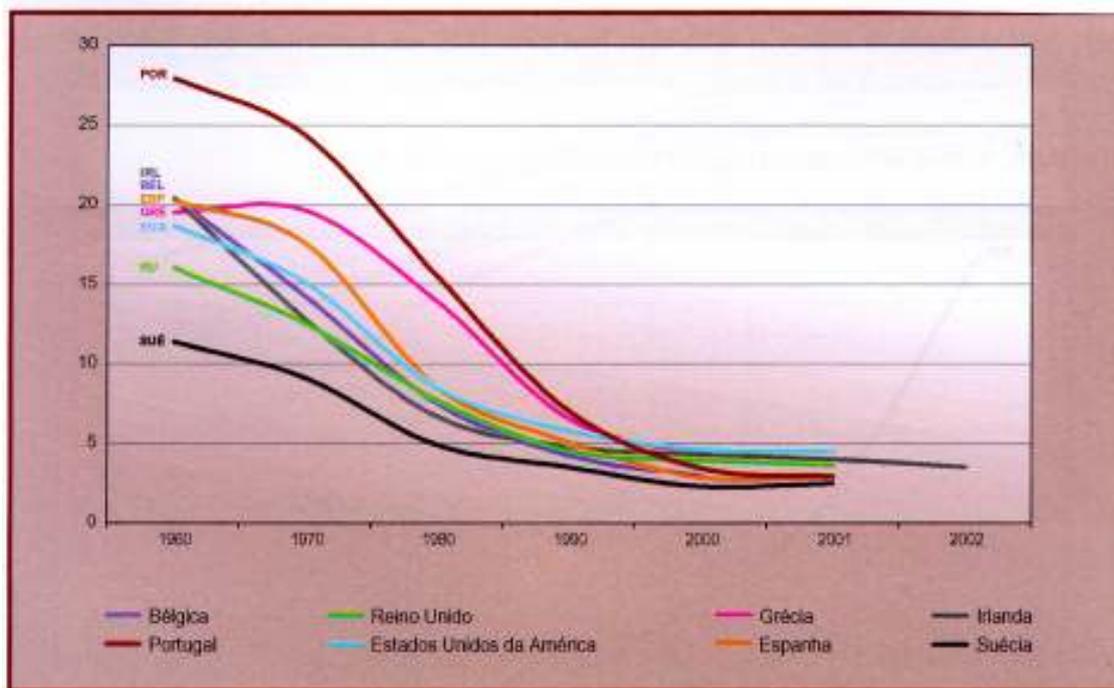


Figura 17: Variação da Taxa de Mortalidade Neonatal (1960-2002), segundo Biscaia *et al.*, 2008.

Em relação à mortalidade perinatal, esta recuou de 41,1%, em 1960, para 4,5%, em 2009.

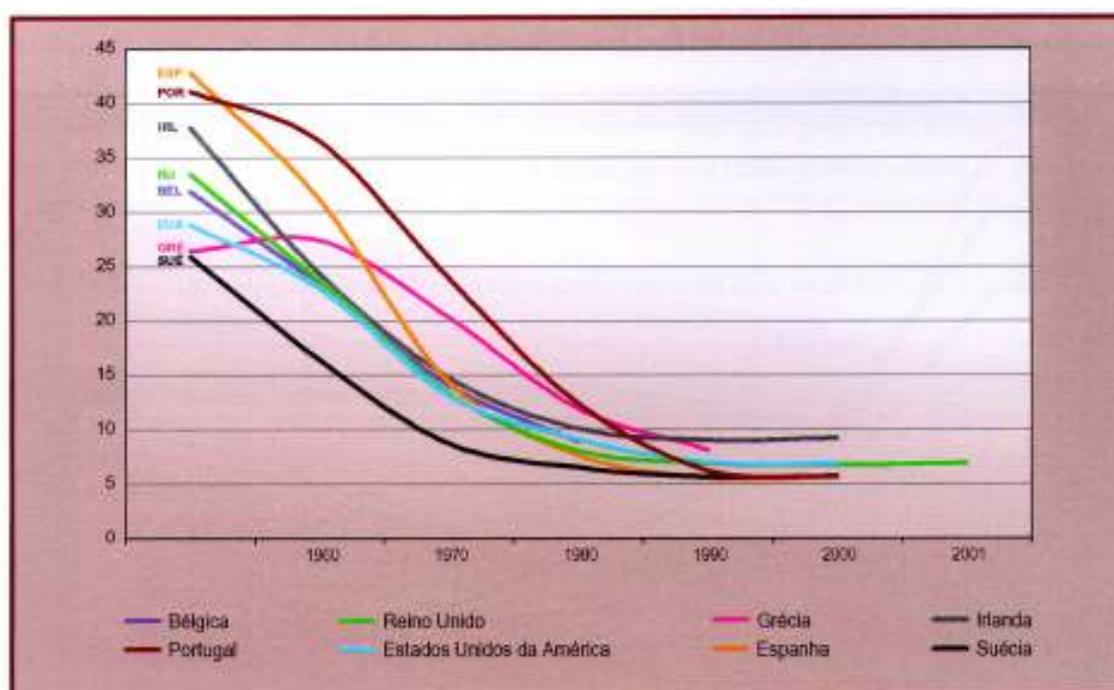


Figura 18: Variação da Taxa de Mortalidade Perinatal (1960-2001), segundo Biscaia *et al.*, 2008.

Portugal tinha ainda uma das mais altas taxas de mortalidade materna (em 1980 era a mais alta dos países da OCDE, com 20%) mas, em 2000, passou a deter uma das mais baixas (cerca de 2%), mantendo-se a tendência decrescente nos últimos anos.

Não abordaremos a taxa de Recém-Nascidos (RN) com Baixo Peso à Nascimento (menos de 2,5 Kg), pois ela pode ser variável consoante vários factores: por um lado, pode representar hábitos de vida da grávida prejudiciais para o desenvolvimento do feto e/ou insuficiente vigilância da grávida, mas, por outro lado, pode ser sinal de uma maior acessibilidade, mais sofisticadas tecnologias e dos cuidados de saúde mais diferenciados, que podem levar a que gravidezes que antes não eram viáveis o passem a ser, resultando em RN de mais baixo peso à nascença.

O decréscimo do número de anos de vida potencial perdidos em Portugal, desde 1960 a 1999, também foi o maior de entre os países da OCDE. Houve um aumento de cerca de 70% nos anos de vida potencial, variação que estará dependente da melhoria de muitos dos outros indicadores.

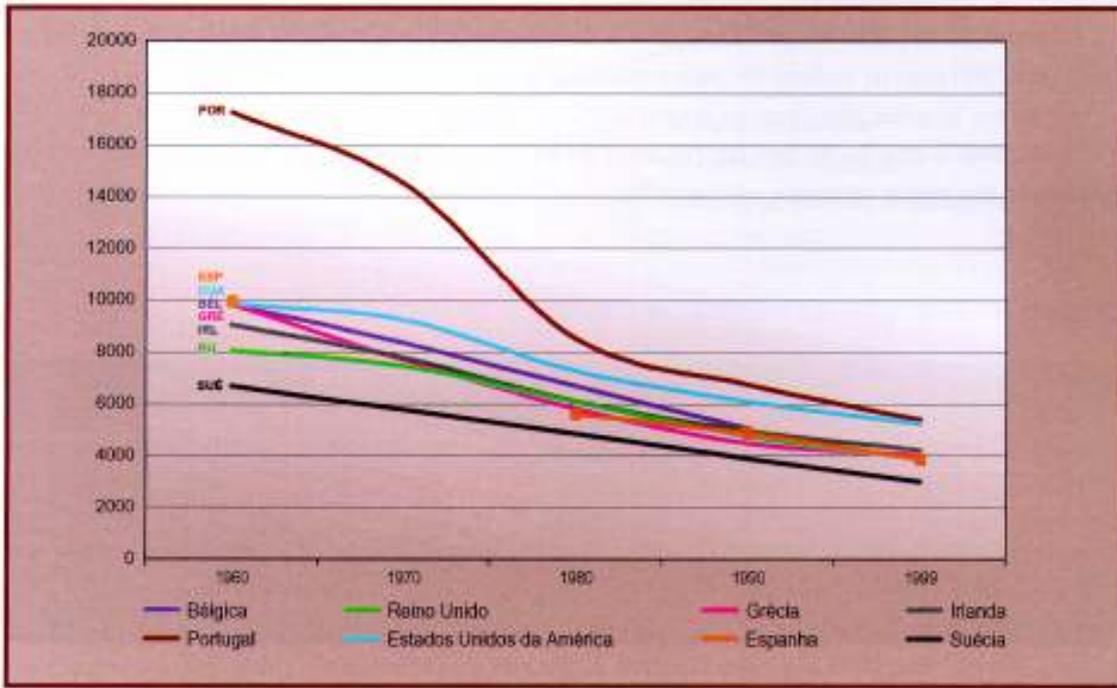


Figura 19: Anos de vida potencial perdidos (1960-1999), segundo Biscaia *et al.*, 2008.

Quanto à evolução dos partos hospitalares, com assistência, e dos efectuados no domicílio, com assistência, o gráfico seguinte demonstra a capacidade crescente, ao longo dos anos, dos serviços de saúde, de permitirem maior segurança à grávida e ao RN, durante o parto.

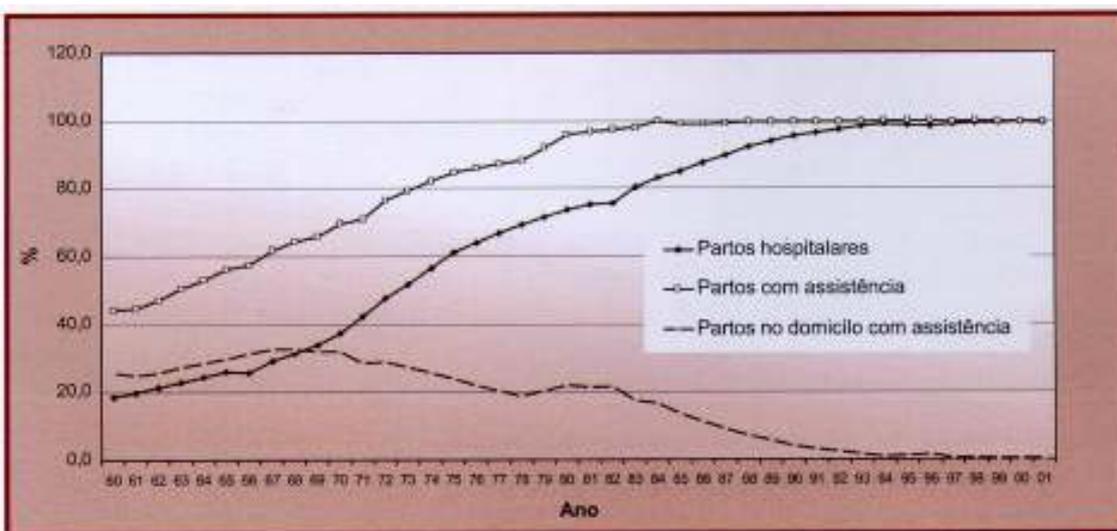


Figura 20: Evolução dos partos hospitalares e no domicílio com assistência (1960-2001), segundo Biscaia *et al.*, 2008.

A última figura evidencia a influência do aumento do número de partos em ambiente hospitalar na redução das taxas de mortalidade mais dependentes dos cuidados hospitalares.

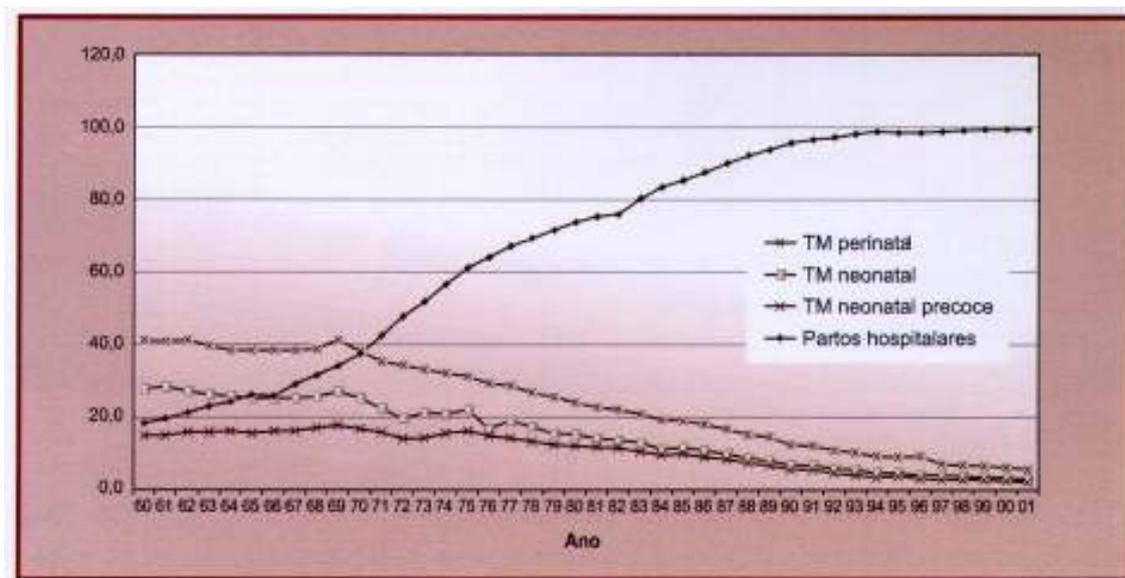


Figura 21: Evolução das Taxas de Mortalidade Perinatal, Neonatal, Neonatal Precoce e proporção de partos hospitalares (1960-2001), segundo Biscaia *et al.*, 2008.

Depois desta apresentação sumária da evolução de alguns indicadores de saúde portugueses nas últimas décadas, e antes de entrarmos nos capítulos específicos dos Planos Nacionais de Saúde em Portugal (2004-2010 e 2011-2016), podemos concluir ainda que os indicadores de saúde podem ser usados para melhorar o conhecimento sobre os determinantes da saúde e identificar lacunas no estado de saúde e/ou populações específicas mas são igualmente úteis para informar o planeamento e a política de saúde e gerir o sistema de saúde (Canadian Institute for Health Information - CIHI, 2005).

5.2. Plano Nacional de Saúde 2004-2010

Quanto ao PNS 2004-2010, foram seleccionados os temas abordados pelo mesmo como sendo fundamentais para averiguar a qualidade da saúde da nossa população, dando uma perspectiva objectiva aos decisores políticos relativamente às acções que deverão empreender para garantir a melhoria dos indicadores nestas áreas prioritárias.

Deste modo, apresentamos uma análise dos seguintes temas:

- A. Doenças Neoplásicas;
- B. Doenças Cardiovasculares (DCV);
- C. Doenças Infecciosas;
- D. Doenças Mentais;
- E. Traumatismos.

Por fim, ainda será feita uma avaliação da evolução dos resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde, (F) os quais evidenciam a perspectiva dos cidadãos, utentes do sistema de saúde.

A. Doenças Neoplásicas

Os indicadores fundamentais na análise efectuada neste PNS quanto a esta área são:

a) Cancro da mama na mulher

Quanto ao Cancro da mama na mulher, os dados de 2001 (nacionais, referentes apenas ao Continente) indicavam uma taxa de mortalidade padronizada, antes dos 65 anos, de 14,3 mortes/100.000 habitantes. Até 2004, a taxa diminuiu para 12.4 mortes/100.000 habitantes, tendo contudo aumentado ligeiramente para 12.6 mortes/100.000 habitantes, até 2009. A meta

de 2010 (10 mortes/100.000 habitantes) não foi alcançada. No entanto, destaca-se a Região Centro, com uma diminuição de 16,7% nesta taxa, atingindo as 10.5 mortes/100.000 habitantes (tinha 12.6 mortes/100.000 habitantes em 2004).

b) Cancro do colo do útero.

Quanto ao Cancro do colo do útero, a meta para 2010 situava-se em 2 óbitos/100mil habitantes, quanto à taxa de mortalidade padronizada, para antes dos 65 anos. Os dados de 2001 apontavam para 3.3 óbitos/100mil habitantes. Houve um decréscimo para 2.2 óbitos/100mil habitantes até 2004, mas seguiu-se um aumento para 2.7 óbitos/100mil habitantes em 2009. Todas as regiões do país aumentaram a taxa entre 2004 e 2009, excepto Lisboa e Vale do Tejo, que manteve os 2.7 óbitos/100mil habitantes. Destacam-se ainda a Região Norte, a Região Centro e a Região do Alentejo, pela negativa, pois em 2004 estavam abaixo da meta de 2010 (1.9 óbitos/100mil habitantes, 1.6 óbitos/100mil habitantes e 1.7 óbitos/100mil habitantes, respectivamente), aumentando significativamente depois, até 2009, apresentando, respectivamente, 2.3 óbitos/100mil habitantes, 3.1 óbitos/100mil habitantes e 3.7 óbitos/100mil habitantes.

c) Cancro do cólon e recto.

Quanto ao Cancro do cólon e recto, os dados de 2001 apresentavam uma taxa de mortalidade padronizada para antes dos 65 anos de 8 óbitos/100mil habitantes, com uma meta para 2010 de 6 óbitos/100mil habitantes. Entre 2001 e 2009, houve uma redução para 7.3 óbitos/100mil habitantes, ficando no entanto aquém da meta estabelecida (aproximou-se cerca de 35% da meta).

B. Doenças Cardiovasculares

Os indicadores que foram seleccionados como fundamentais para uma análise rigorosa quanto a esta área foram:

a) Doença Isquémica Coronária (DIC).

Quanto à taxa de mortalidade padronizada por DIC para antes dos 65 anos, os dados de 2001 apontavam para 14.9 óbitos/100mil habitantes, sendo a meta para 2010 de 11 óbitos/100mil habitantes.

Houve um aumento desta taxa entre 2001 e 2004, passando para 15.1 óbitos/100mil habitantes. No entanto, entre 2004 e 2009, verificou-se uma acentuada diminuição, para 9.2 óbitos/100mil habitantes, atingindo-se a meta estabelecida.

São excepções as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, com valores para 2009 de 12.3 óbitos/100mil habitantes, 18.7 óbitos/100mil habitantes e 15.9 óbitos/100mil habitantes, respectivamente. Contudo, estas regiões também diminuíram a taxa entre 2004 e 2009.

b) Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Quanto à taxa de mortalidade padronizada por AVC para antes dos 65 anos, os dados de 2001 apontavam para 17.2 óbitos/100mil habitantes, sendo a meta para 2010 de 12 óbitos/100mil habitantes.

Registou-se uma diminuição entre 2001 e 2009, dos 17.2 óbitos/100mil habitantes para 9.5 óbitos/100mil habitantes, ultrapassando-se a meta nacional. É uma excepção a Região do Alentejo, com uma taxa de 12.9 óbitos/100mil habitantes, em 2009.

C. Doenças infecciosas

Os indicadores fundamentais na análise efectuada neste PNS quanto a esta área foram:

a) SIDA

Quanto à taxa padronizada por SIDA para antes dos 65 anos, em 2001 era de 10.4 óbitos/100mil habitantes, sendo a meta para 2010 de 7 óbitos/100mil habitantes.

Houve uma diminuição a nível nacional de 10.4 óbitos/100mil habitantes para 6.2 óbitos/100mil habitantes, ultrapassando-se a meta. Destaca-se Lisboa e Vale do Tejo, com uma taxa em 2004 de 15.4 óbitos/100mil habitantes, diminuindo para 10.3 óbitos/100mil habitantes em 2009, não atingindo contudo a meta estabelecida.

De realçar as regiões Centro e Alentejo que, em 2009, registaram respectivamente taxas de 1.9 óbitos/100mil habitantes e de 2.1 óbitos/100mil habitantes, muito abaixo da meta prevista para 2010.

Segundo Correia de Campos (2008), “morrem, por ano, 70-80 doentes com tuberculose e dez vezes mais com SIDA. Esta continua a ser a principal causa de morte nos adultos, ainda jovens, dos 25 aos 44 anos”.

Verifica-se portanto que, mesmo tendo estes dados animadores, as políticas de saúde na prevenção e tratamento da SIDA deverão continuar no caminho que têm seguido.

b) Sífilis congénita.

Quanto à taxa de incidência de Sífilis congénita, o valor de 2001 era de 21.0 novos casos/100 mil nados vivos, sendo o valor de 2009 de 14.1 novos casos/100 mil nados vivos. Houve, no entanto, um aumento entre 2004 e 2009, de 11.6 novos casos/100 mil nados vivos para 14.1 novos casos/100 mil nados vivos. A meta para 2010 era de 0 novos casos/100 mil nados vivos. Apenas as regiões do Centro e do Alentejo atingiram a meta pretendida, e logo a partir de 2004.

O Algarve baixou de 21.0 para 20.2 novos casos/100 mil nados vivos entre 2004 e 2009.

Nas regiões do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo, registou-se um aumento nesse mesmo lapso temporal de, respectivamente, 15.8 para 20.2 novos casos/100 mil nados vivos e de 12.5 para 14.8 novos casos/100 mil nados vivos.

D. Doenças mentais

Os indicadores fundamentais na análise efectuada neste PNS quanto a esta área foram:

a) Suicídio.

Quanto à taxa de mortalidade padronizada por suicídio para antes dos 65 anos, o registo de 2001 apontava para 4.9 óbitos/100 mil habitantes, sendo a meta para 2010 de 2.5 óbitos/100 mil habitantes.

Entre 2001 e 2004, verificou-se um aumento da taxa para os 7.1 óbitos/100 mil habitantes. Entre 2004 e 2009, houve uma redução para 5.9 óbitos/100 mil habitantes, muito aquém da meta desejada, tendência que se verificou em todo o país.

A única região que não reduziu de 2004 para 2009 foi o Alentejo, passando de 11.3 para 12.6 óbitos/100 mil habitantes.

b) Doenças atribuíveis ao álcool.

Quanto à taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, para antes dos 65 anos, em 2001 cifrava-se em 12.8 óbitos/100 mil habitantes, sendo a meta para 2010 de 11.4 óbitos/100 mil habitantes.

Entre 2001 e 2004, verificou-se uma pequena redução para 12.7 óbitos/100 mil habitantes, com posterior aumento (de 2004 para 2009) para 12.9 óbitos/100 mil habitantes.

Tendência verificada em todas as regiões, à excepção do Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo, onde entre 2004 e 2009 se verificou uma diminuição de, respectivamente, 14.0 para 13.3 óbitos/100 mil habitantes, de 11.4 para 10.8 óbitos/100 mil habitantes e de 9,4 para 9.2 óbitos/100 mil habitantes. Lisboa e Vale do Tejo e o Alentejo são, assim, as únicas regiões que atingiram a meta para 2010.

E. Traumatismos

Os indicadores fundamentais na análise efectuada neste PNS quanto a esta área foram:

a) Morte por acidente de viação

Quanto ao número de mortes por acidente com veículo a motor, os registos de 2001 apontavam para 1740 óbitos por ano, sendo que a meta para 2010 seria de 1100.

Até 2009, houve uma diminuição significativa (cerca de 40%), para 935 óbitos por ano. Esta diminuição foi verificada em todas as regiões do país.

b) Morte por acidente de viação devido ao Álcool.

Quanto ao número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool, registaram-se 750, em 2001, sendo a meta para 2010 de 0.

Verificou-se uma diminuição até 2009, para 253 óbitos por ano, tendência generalizada a todo o país.

c) Morte por acidente laboral

A taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais, em 2001 era de 3.1 óbitos/100 mil habitantes, não existindo meta para 2010.

Não obstante, até 2009, verificou-se uma redução desta taxa para 2.3 óbitos/100 mil habitantes, tendência generalizada em todas as regiões, com exceção do Algarve, onde se verificou um aumento entre 2004 e 2009, de 2.3 para 2.8 óbitos/100 mil habitantes.

F. Evolução dos resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS)

Os indicadores dependentes do INS são um instrumento importante na avaliação da qualidade da saúde das populações. Assim, há 5 indicadores estudados desde 1998 que nos dão uma perspectiva sobre:

a) Autoapreciação negativa do Estado de Saúde.

Dos 15 aos 24 anos, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo foram as únicas regiões do país onde a meta para os homens (0,6%) foi atingida (com valores de 0% a terem uma autoapreciação negativa do seu estado de saúde para ambas as regiões). Quanto às mulheres, a meta nacional (1,6%) foi atingida, tanto para a Região Centro (0.4%), como para Lisboa e Vale do Tejo (1.3%), Alentejo (0.9%) e Algarve (0.6%). A região Norte é a única que não atingiu a meta (1.8% das mulheres tinham uma autoapreciação negativa do seu estado de saúde).

Dos 35 aos 44 anos, as metas nacionais (3% nos homens e 6% nas mulheres) não foram atingidas, nem em nenhuma região do país.

Dos 55 aos 64 anos, as metas nacionais (14% nos homens e 21% nas mulheres) não foram atingidas. Apenas homens algarvios ultrapassaram a meta, com 13.4% a terem uma apreciação negativa do seu estado de saúde.

Dos 65 aos 75 anos, as metas nacionais (18% nos homens e 26% nas mulheres) não foram atingidas, nem em nenhuma região do país.

b) Consumo diário de tabaco.

Dos 15 aos 24 anos, a tendência nacional foi contrária à meta pretendida para 2010 (13% nos rapazes e 6% nas raparigas), verificando-se um aumento no consumo diário de tabaco em ambos os sexos (dados nacionais: 25,9% rapazes e 12,9% raparigas). Esta situação generaliza-se a todo o país, com pequenas excepções: rapazes em Lisboa e Vale do Tejo e no Algarve baixaram o consumo (23.4% e 23.6%, respectivamente) e mulheres no Norte e Algarve (10.1% e 9.3%, respectivamente).

Dos 25 aos 44 anos, as mulheres (ao contrário dos homens) aumentaram o consumo, uma situação verificada em todas as regiões do país, à excepção do Norte e do Centro (15.1% e 11.7%, respectivamente). Os homens só aumentaram o consumo na região do Alentejo (47.5%, em 2005/2006).

Dos 45 aos 64 anos, as mulheres (ao contrário dos homens) aumentaram o consumo, situação verificada em todas as regiões do país (actualmente: 25,5% homens e 8,4% mulheres). Os homens aumentaram o consumo no Norte e no Centro (23,8% e 20,7%, respectivamente).

Dos 65 aos 74 anos, as mulheres aumentaram o consumo de tabaco, situação só contrariada pela Região Centro (0.2%). Os homens diminuíram o seu consumo, excepto no Alentejo (15.8%).

c) Consumo de álcool nos últimos 12 meses.

Não havendo meta delineada para 2010, verifica-se um aumento do consumo de álcool por parte dos portugueses, excepto dos 25 aos 44 anos.

Dos 15 aos 24 anos, só os homens de Lisboa e Vale do Tejo baixaram o consumo para 41.4%. As mulheres aumentaram em todo o país.

Dos 25 aos 44 anos, o decréscimo nacional do consumo no sexo masculino foi verificado em quase todo o país, excepto no Alentejo (87.1%). Nas mulheres, o decréscimo também foi em todo o país, excepto na Região Norte (63.5%).

Dos 45 aos 64 anos, houve um aumento do consumo em praticamente todo o país, para ambos os sexos (actualmente: 89,2% nos homens e 57,6% nas mulheres). As reduções observadas são mínimas.

Dos 65 aos 74 anos, as regiões do Norte e Centro, quanto ao sexo masculino, aumentaram o consumo (actualmente: 91.0% e 82.1%, respectivamente). No sexo feminino, só a Região Norte aumentou o consumo (61.0%).

d) Excesso de peso.

Dos 18 aos 24 anos, no sexo masculino só o Algarve diminuiu a percentagem de pessoas com excesso de peso (3.2%). Nas mulheres, apenas a Região Centro (4.1%) e o Algarve (4.1%) diminuíram.

Dos 35 aos 44 anos, houve um aumento no sexo masculino apenas nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo (14.2% e 26.3%, respectivamente). No sexo feminino, o aumento apenas se verificou no Norte (20.1%).

Dos 55 aos 64 anos, houve um aumento no Centro (30.8%), no Alentejo (29.5%) e Algarve (27.2%), respeitante ao sexo masculino. Nas mulheres, houve um aumento em todo o país.

Dos 65 aos 74 anos, houve uma diminuição no Norte (24.1%), Centro (23.7%) e Algarve (23.4%), quanto ao sexo masculino. No sexo feminino, houve uma diminuição em Lisboa e Vale do Tejo (20.6%), Alentejo (20.5%) e Algarve (19.7%).

e) Obesidade

Dos 18 aos 34 anos, a obesidade nos homens só se encontra abaixo da meta de 2010 em Lisboa e Vale do Tejo (2.6% dos homens são obesos) e Alentejo (3.1%). Nas mulheres, a meta é atingida no Centro (2.1%), Lisboa e Vale do Tejo (2.2%) e Algarve (1.6%).

Dos 35 aos 44 anos, não são atingidas as metas em nenhuma região do país. A obesidade no sexo masculino só diminuiu em Lisboa e Vale do Tejo (10.4%). No sexo feminino, diminuiu no Norte (11.5%) e no Centro (10.4%).

Dos 55 aos 64 anos, não são atingidas as metas em nenhuma região do país. No sexo masculino, há um decréscimo apenas no Centro (15.9%). No sexo feminino, há uma diminuição no Centro (19.3%) e Algarve (16.8%).

Dos 65 aos 74 anos, as metas nacionais, mais uma vez, não são atingidas em nenhuma região do país. No sexo masculino, só há uma diminuição no Algarve (10.9%). No sexo feminino, também só o Algarve regista um decréscimo (16.3%).

5.3. Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016

Como está explícito nas orientações de base do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a estratégia de monitorização do **PNS 2011-2016** define dois grandes conjuntos de indicadores: do Estado de Saúde e da Execução das Acções e Recomendações:

i) **Do Estado de Saúde e Desempenho do Sistema de Saúde** - permite analisar dimensões tão diversas como necessidades em saúde, recursos físicos e humanos, acção desenvolvida pelos serviços de saúde, satisfação, entre outros. Neste grupo encontram-se

incluídos os indicadores de continuidade do PNS 2004-2010, de Ganhos Potenciais em Saúde e outros considerados relevantes;

ii) **De Execução das Acções e Recomendações do PNS 2011-2016**, relacionado com os eixos estratégicos, que informam sobre o grau de execução das acções e recomendações previstas no Plano.

O PNS segue alertando para o facto de ter que se ter em conta outros indicadores de contexto (demográfico, económico, social, educacional, ambiental, etc.) que mesmo não sendo influenciados pela acção do Plano, interferem com o estado de saúde das populações. Para além destes indicadores, serão definidos outros, específicos de programas, projectos, acções ou intervenções no âmbito do PNS (Tabela 10).

Tabela 10: Exemplo de definição de indicadores para o PNS 2011-2016.

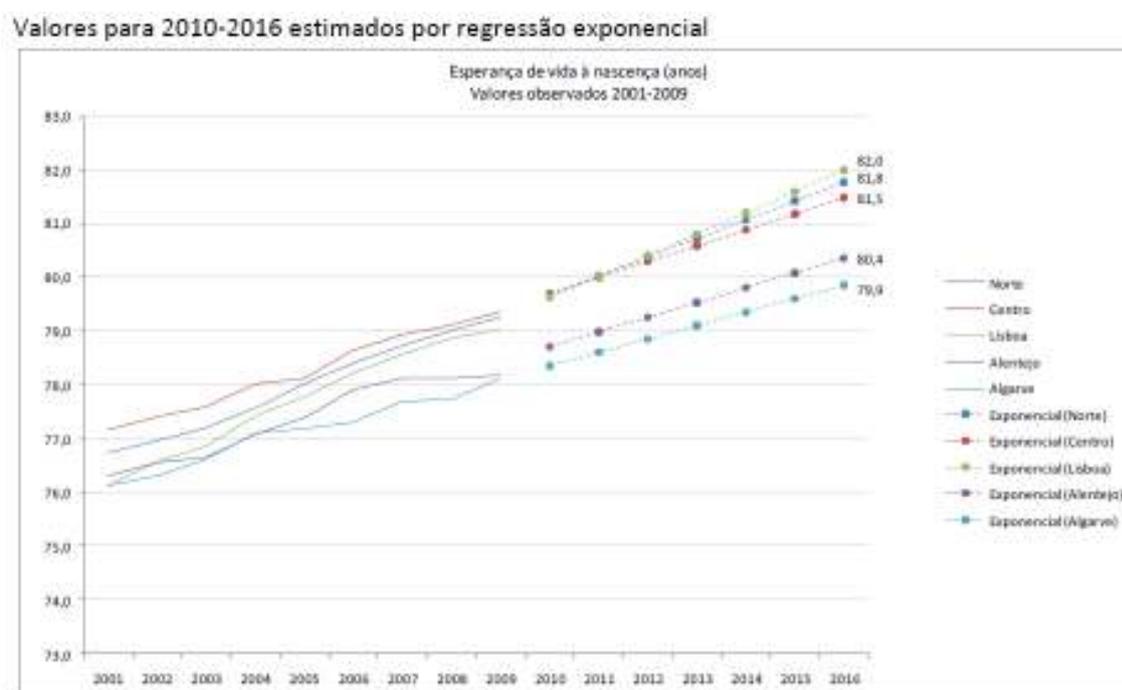
| GRUPO | DEFINIÇÃO | SUB-GRUPO | ID | INDICADOR | 2009 | META |
|---|--|-------------------------------|----|---|-----------------------|------|
| ESTADO DE SAÚDE E DE DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE | Descrevem o Estado de Saúde de uma população e a capacidade do Sistema de Saúde em alcançar os objectivos propostos (desempenho) | CONTINUIDADE DO PNS 2004-2010 | 1 | Esperança de vida - À nascença - Aos 65 anos | 79,1 18,4 | |
| | | | 2 | Nascimentos pré-termo por 100 nados-vivos | 8,8 | |
| | | | 3 | Crianças com baixo peso à nascença por 100 nados-vivos | 8,2 | |
| | | | 4 | Partos por cesariana por 100 nados-vivos | 35,9 | |
| | | | 5 | Percentagem de gestantes fumadoras – Propor fonte | . | |
| | | | 6 | Percentagem de nascimentos em mulheres adolescentes | 4,2 | |
| | | | 7 | Mortes perinatais por 1000 nados vivos | 4,5 | |
| | | | 8 | Mortes infantis por 1000 nados vivos | 3,6 | |
| | | | 9 | Mortes abaixo dos 5 anos por 1000 nados-vivos | 4,5 | |
| | | | 10 | Taxa de mortalidade por 100 000 habitantes - 5-14 anos - 15-24 anos - 25-64 anos - 65 – 80 anos | 11,5 41,4 292,5 | |
| | | | 11 | TMP por cancro da mama antes dos 65 anos (100 000 mulheres) [†] | 12,6 | |
| | | | 12 | TMP por cancro do colo do útero antes dos 65 anos (100 000 mulheres) | 2,7 | |
| | | | 13 | TMP por cancro do cólon e recto antes dos 65 | 7,3 | |

Segundo informação do Ministério da Saúde (Portal da Saúde), o PNS 2011-2016 ainda está em fase de discussão, atrasada pela queda do XVIII Governo Constitucional e realização de eleições antecipadas, entrando novo Governo em funções, pelo que foi impossível, durante

a execução deste trabalho, reunir as metas desejadas para 2016 com o novo Plano Nacional de Saúde.

De qualquer forma, o PNS 2011-2016 apresenta ainda um documento de trabalho, do qual consideramos ser relevante apresentar alguns dados nesta tese, acerca do estudo e cálculo de metas e ganhos em Saúde, do qual poderá resultar uma discussão mais aprofundada e informada sobre as metas para 2016,

Assim, quanto à Esperança de Vida à Nascimento, o Gabinete Técnico do PNS 2011-2016 apresenta, nesta versão de discussão (lançada em 20/06/2011), os seguintes gráfico e tabela (Figura 22):



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

| Indicador | Dados | Nacional | Região Norte | Região Centro | Região Lisboa | Região Alentejo | Região Algarve |
|-------------------------------------|----------------------------|----------|--------------|---------------|---------------|-----------------|----------------|
| Esperança de vida à nascença (anos) | 2001 | 76,6 | 76,7 | 77,2 | 76,1 | 76,3 | 76,1 |
| | 2009 | 79,2 | 79,3 | 79,4 | 79,0 | 78,2 | 78,1 |
| | Proj. 2016 | 81,7 | 81,8 | 81,5 | 82,0 | 80,4 | 79,9 |
| | Proj. 2016 por redução 50% | 81,8* | 81,9 | 81,7 | 82,0 | 81,2 | 80,9 |

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

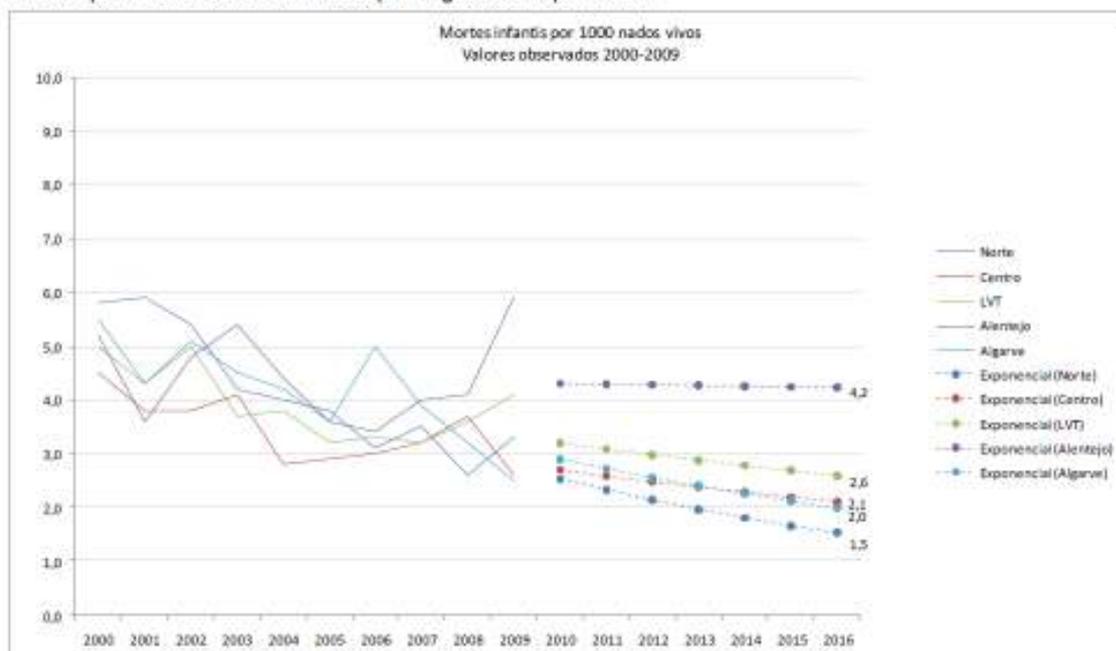
* O valor do Continente é uma média ponderada pela população do valor das Regiões

Figura 22: Esperança média de vida à nascença (Ministério da Saúde, 2011)

Segundo o Gabinete, a esperança de vida à nascença, em Portugal, poderá aumentar cerca de 1,5 anos até 2016, para os 81,7 anos (não havendo estudo quanto à diferença de sexos).

Outro indicador do qual o sistema de saúde português é um exemplo mundial é o de mortes infantis por 1000 nados-vivos. Portugal assistiu, como já pudemos verificar, a um dos maiores decréscimos dos países da OCDE, desde 1960. O Gabinete apresenta uma projecção para 2016 que mantém o país com um dos melhores resultados do mundo, como podemos comprovar pelos seguintes gráfico e tabela (Figura 23):

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

| Indicador | Dados | Nacional | Região Norte | Região Centro | Região LVT | Região Alentejo | Região Algarve |
|--|----------------------------|----------|--------------|---------------|------------|-----------------|----------------|
| Mortes infantis (por 1000 nados vivos) | 2000 | 5,3 | 5,8 | 4,5 | 5,0 | 5,2 | 5,5 |
| | 2009 | 3,6 | 3,3 | 2,6 | 4,1 | 5,9 | 2,5 |
| | Proj. 2016 | 2,1 | 1,5 | 2,1 | 2,6 | 4,2 | 2,0 |
| | Proj. 2016 por redução 50% | 1,9 | 1,5 | 1,8 | 2,1 | 2,9 | 1,8 |

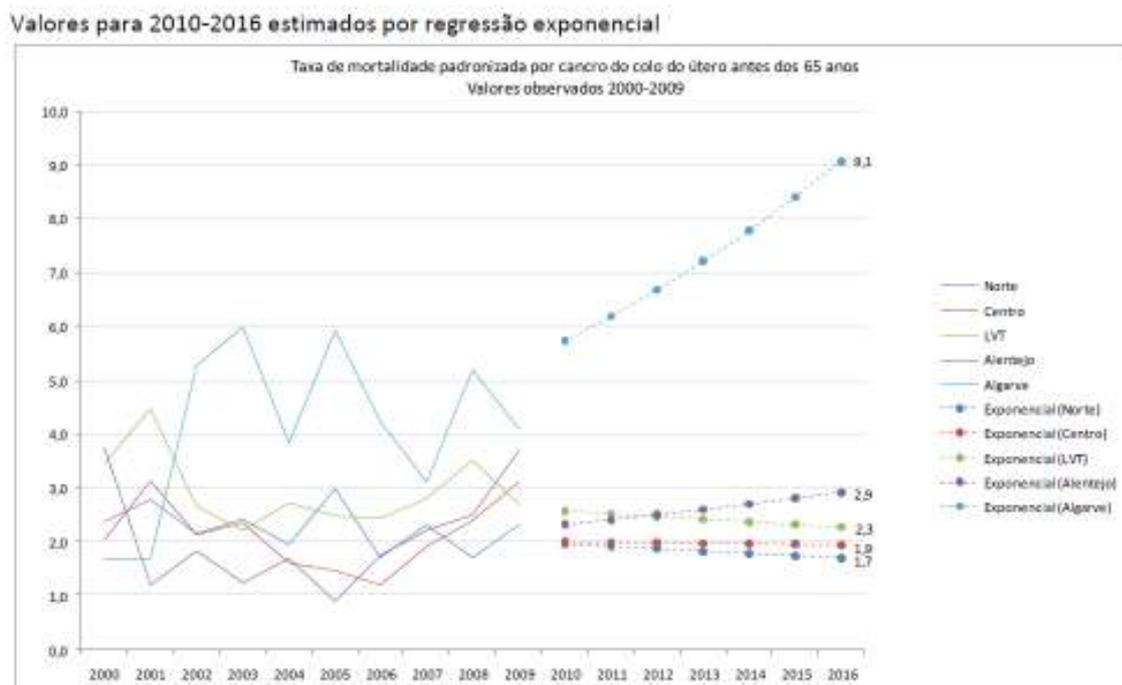
Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Figura 23: Mortalidade infantil (Ministério da Saúde, 2011)

Segundo esta projecção, Portugal poderá apresentar apenas 2,1 mortes infantis por mil nados-vivos, em 2016.

Quanto a um indicador específico, já referido no PNS 2004-2010, como é o caso do cancro do colo do útero, há menos motivos para regozijo, visto que se perspectiva um forte aumento da taxa de mortalidade padronizada para a Região Norte, embora se pense que o país irá inverter a tendência de crescimento que se verificou entre 2000 e 2009, podendo haver um decréscimo de 2,7 (em 2009) para 2,0 (em 2016), a mesma meta a que se desejaria chegar em

2010, segundo o PNS 2004-2010. O gráfico e a tabela seguintes (Figura 24) demonstram a disparidade existente entre a Região Norte (e a sua tendência de crescimento exponencial), contrapondo as restantes regiões do país:



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

| Indicador | Dados | Nacional | Região Norte | Região Centro | Região LVT | Região Alentejo | Região Algarve |
|--|----------------------------|----------|--------------|---------------|------------|-----------------|----------------|
| TMP por cancro do colo do útero antes dos 65 anos (por 100 000 mulheres) | 2000 | 2,6 | 2,4 | 2,0 | 3,4 | 3,8 | 1,7 |
| | 2009 | 2,7 | 2,3 | 3,1 | 2,7 | 3,7 | 4,1 |
| | Proj. 2016 | 2,0 | 1,7 | 1,9 | 2,3 | 2,9 | 9,1 |
| | Proj. 2016 por redução 50% | 2,0 | 1,7 | 1,8 | 2,0 | 2,3 | 5,4 |

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

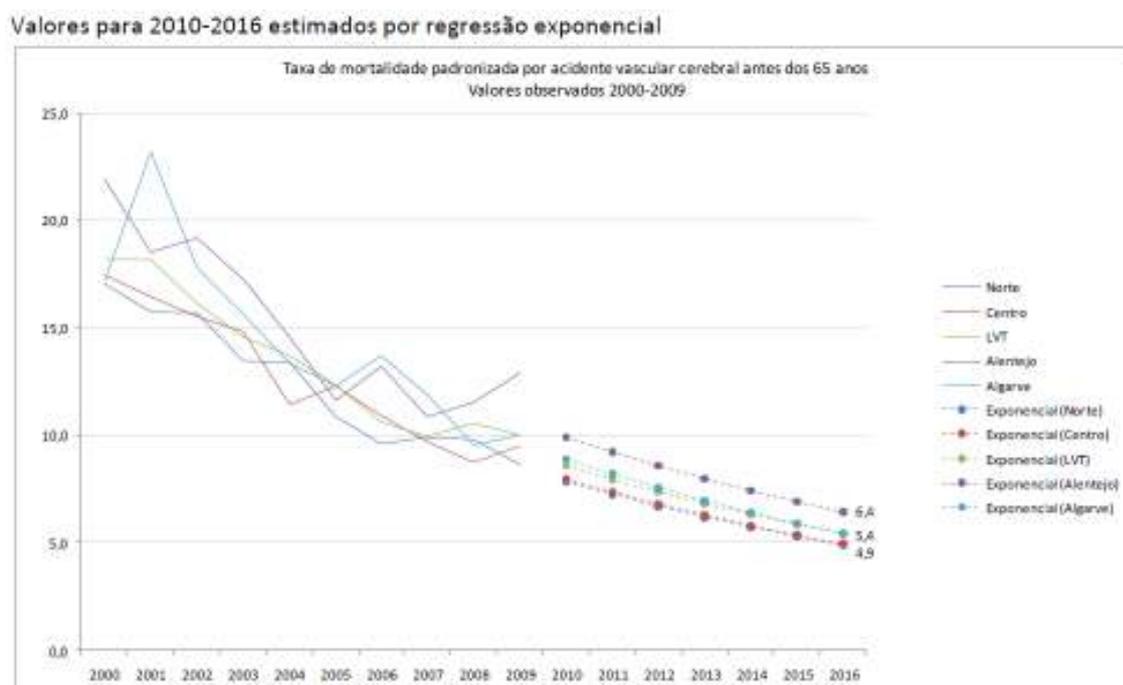
Figura 24: TPM por cancro do colo do útero antes dos 65 anos (Ministério da Saúde, 2011)

Segundo a projecção do Gabinete, as políticas que têm vindo a ser adoptadas para o combate às Doenças Cardiovasculares têm surtido efeito junto das populações, havendo um melhor controlo, prevenção e capacidade curativa de Doença Isquémica Coronária e de Acidente Vascular Cerebral, e esta tendência mantém-se na projecção para 2016, como se

verifica pelo gráfico seguinte, referente à taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral para antes dos 65 anos.

É de salientar o decréscimo significativo que foi conseguido entre 2000 e 2009 (de 17,8 para 9,5), conseguido por fortes diminuições em todas as regiões do país.

A projecção para 2016 (5,2) corresponde a um dos mais baixos valores dos países pertencentes à OCDE (Figura 25).



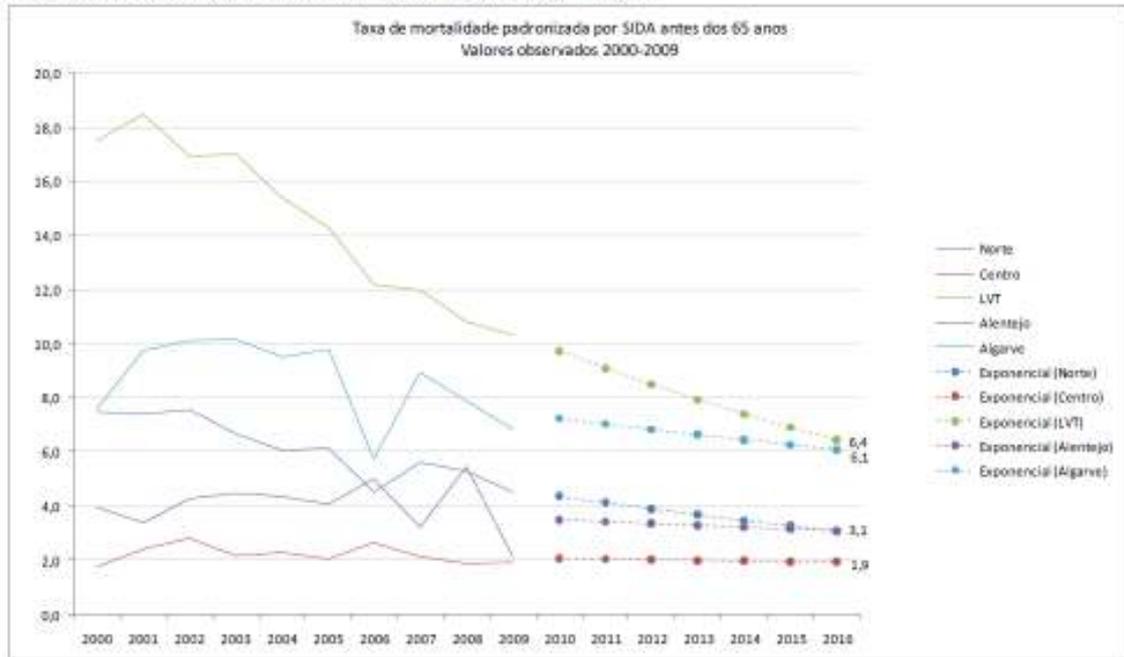
| Indicador | Dados | Nacional | Região Norte | Região Centro | Região LVT | Região Alentejo | Região Algarve |
|---|----------------------------|----------|--------------|---------------|------------|-----------------|----------------|
| TMP por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos (por 100 000 indivíduos) | 2000 | 17,8 | 17,1 | 17,5 | 18,2 | 21,9 | 17,1 |
| | 2009 | 9,5 | 8,6 | 9,5 | 10,0 | 12,9 | 10,0 |
| | Proj. 2016 | 5,2 | 4,9 | 4,9 | 5,4 | 6,4 | 5,4 |
| | Proj. 2016 por redução 50% | 5,0 | 4,9 | 4,9 | 5,1 | 5,6 | 5,1 |

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Figura 25: TPM por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos (Ministério da Saúde, 2011)

Também as doenças infecciosas são abordadas. Segundo o Gabinete, entre 2011 e 2016, todas as regiões do país manterão uma tendência de decréscimo quanto à taxa de mortalidade padronizada por Sida, como se pode verificar pelo gráfico da Figura 26:

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial



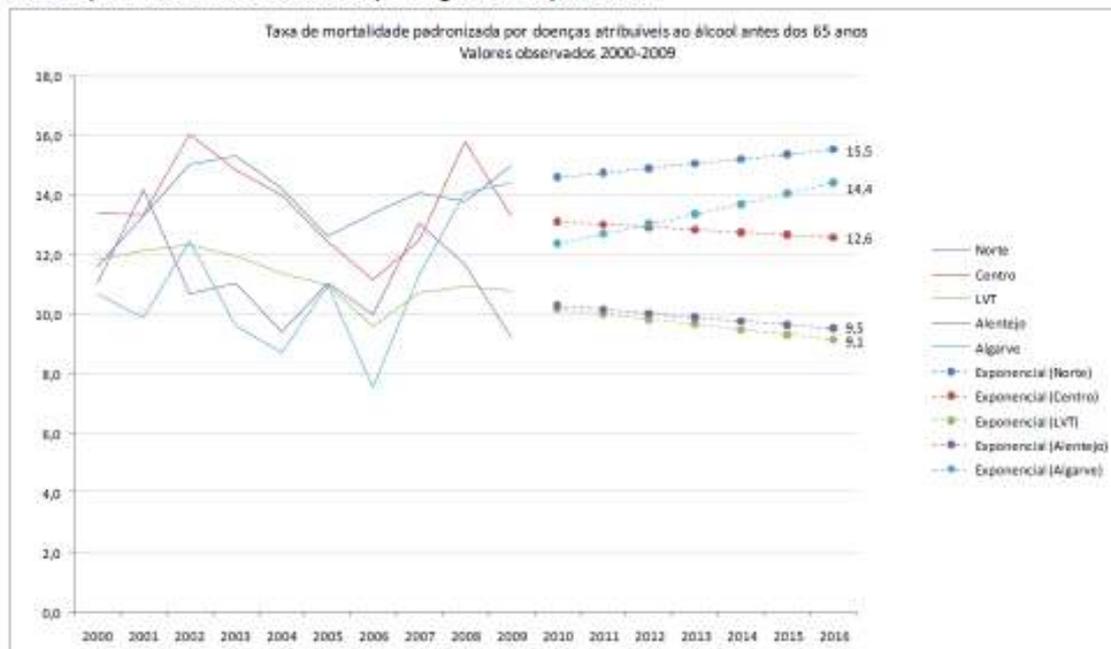
Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Figura 26: TPM por SIDA antes dos 65 anos (Ministério da Saúde, 2011)

É de referir ainda que se perspectiva um aumento substancial nas taxas de mortalidade padronizadas por suicídio (projecção nacional aponta para aumento de 5,9 em 2009 para 7,3, podendo o Alentejo chegar aos 15,5 e o Algarve aos 13,0, regiões que historicamente já apresentavam os maiores valores a nível nacional mas que vêm desta forma uma previsão de agravamento franco).

Perspectiva-se ainda uma diminuição nacional quanto à taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, tendência que não será seguida pelas regiões do Norte e do Algarve, como se pode verificar pelos gráfico e tabela seguintes (Figura 27):

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

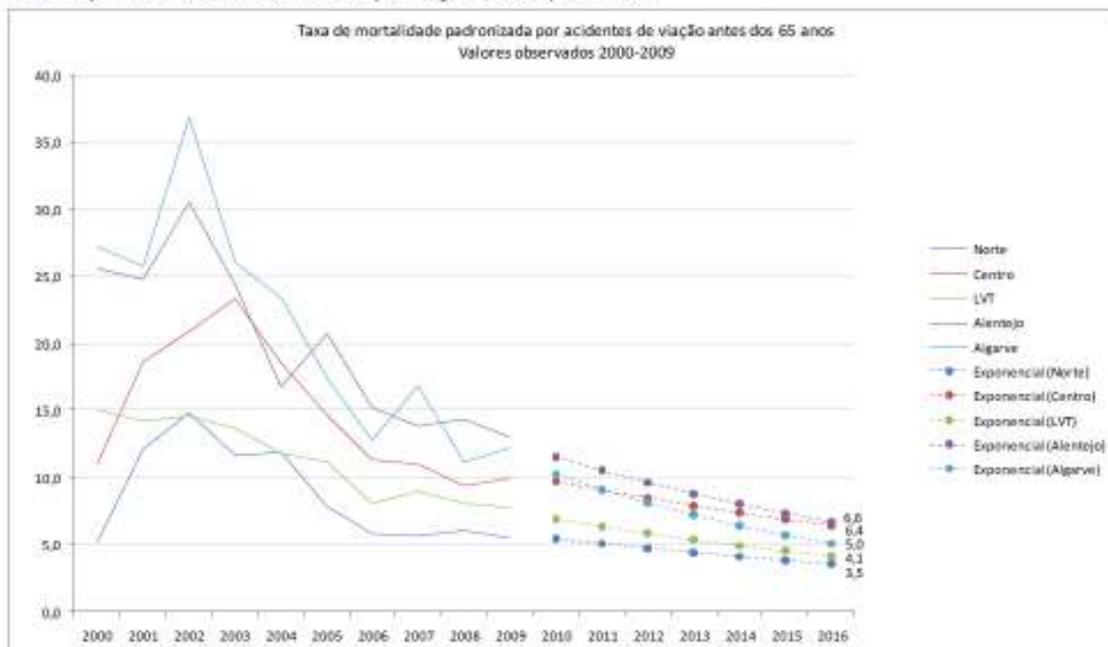
| Indicador | Dados | Nacional | Região Norte | Região Centro | Região LVT | Região Alentejo | Região Algarve |
|--|----------------------------|----------|--------------|---------------|------------|-----------------|----------------|
| TMP por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (por 100 000 indivíduos) | 2000 | 11,9 | 11,6 | 13,4 | 11,8 | 11,0 | 10,7 |
| | 2009 | 12,9 | 15,0 | 13,3 | 10,8 | 9,2 | 14,4 |
| | Proj. 2016 | 12,3 | 15,5 | 12,6 | 9,1 | 9,5 | 14,4 |
| | Proj. 2016 por redução 50% | 10,9 | 12,3 | 10,9 | 9,1 | 9,3 | 11,8 |

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Figura 27: TPM por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (Ministério da Saúde, 2011)

Os acidentes de viação causadores de morte representam outro componente abordado no PNS, havendo uma previsão de franca melhoria em todas as regiões do país, como se pode verificar pelos gráfico e tabela que se seguem (Figura 28):

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

| Indicador | Dados | Nacional | Região Norte | Região Centro | Região LVT | Região Alentejo | Região Algarve |
|--|----------------------------|----------|--------------|---------------|------------|-----------------|----------------|
| TMP por acidentes de viação antes dos 65 anos (por 100 000 indivíduos) | 2000 | 11,5 | 5,1 | 11,0 | 15,0 | 25,6 | 27,2 |
| | 2009 | 7,6 | 5,4 | 9,9 | 7,7 | 13,0 | 12,2 |
| | Proj. 2016 | 4,2 | 3,5 | 6,4 | 4,1 | 6,6 | 5,0 |
| | Proj. 2016 por redução 50% | 4,0 | 3,5 | 4,9 | 3,8 | 5,1 | 4,3 |

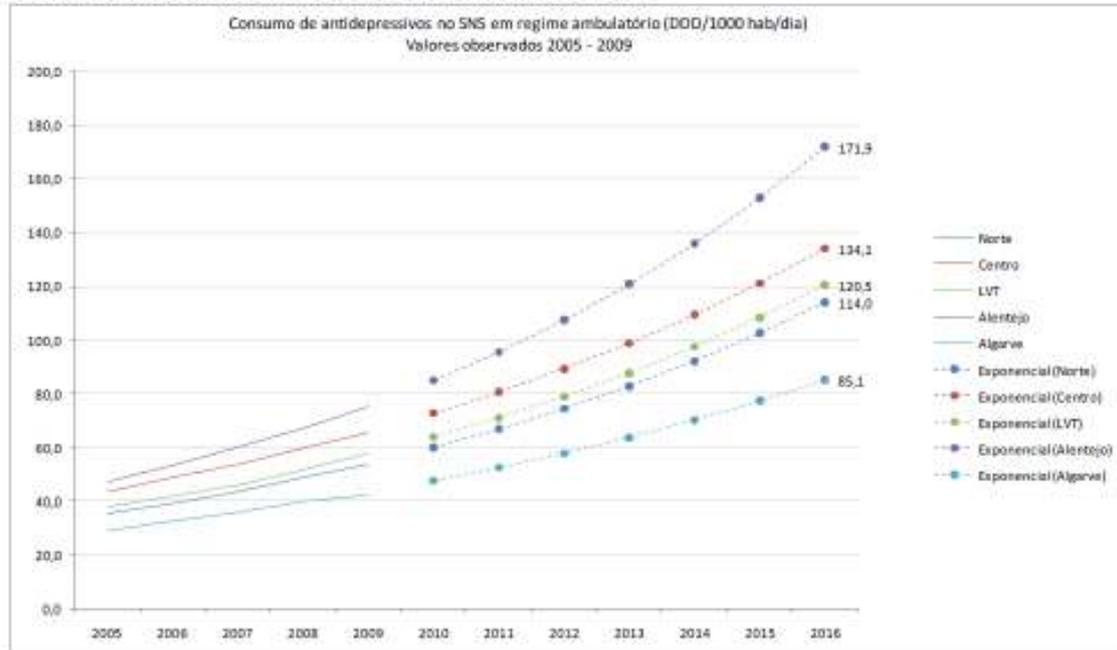
Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Figura 28: TPM por acidentes de viação antes dos 65 anos (Ministério da Saúde, 2011)

Outros indicadores abordados neste estudo estão mais relacionados com a organização do sistema de saúde, pelo que foram incorporados no respectivo capítulo.

Refira-se aqui apenas o esperado contínuo aumento do consumo de antidepressivos, ao contrário do que já eram as metas para o PNS de 2004-2010. Como se pode ver pelo gráfico seguinte, a tendência é de crescimento exponencial (Figura 29).

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011.

Figura 29: Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatorial (Ministério da Saúde, 2011)

6. CONCLUSÕES

A informação consultada para a elaboração deste trabalho mostrou uma grande convergência de dados sobre a evolução dos sistemas e indicadores de saúde.

De facto, vivemos numa era em que as pressões sobre estes sistemas implicam também uma actualização e acompanhamento contínuos, sobretudo nos países ocidentais, pelo que a informação é de fácil acessibilidade, encontrando-se disponível em diversos sítios da internet de inúmeras entidades governamentais. No entanto, na grande maioria dos casos, é incompreensível para leigos, apresentando-se sob a forma de artigos infindos, sobre temas demasiado específicos.

Este trabalho propôs-se resumir alguns dos temas mais pertinentes para o conhecimento do público em geral, podendo suscitar uma reflexão mais profunda, informada, sobre a política na saúde, ajudando a cumprir o que muitos dizem ser de crucial importância: a participação activa das populações na organização dos seus serviços de saúde.

Correia de Campos (2008) afirma o que deve ser o centro da política na saúde: “não pode ser nem o desempenho do sistema, nem o estatuto dos profissionais, nem a gula dos agentes económicos, nem os cometas mediáticos, nem a reforma do SNS, nem o défice. O centro do sistema de saúde é o doente, o cidadão, o ser humano que reside em Portugal”.

A actual crise económica tem um efeito dramático no chamado modelo social europeu. A Educação, a Cultura, a Justiça, a Segurança Social e a Saúde estão ameaçadas. E todos devemos despertar para esta realidade, assumindo a responsabilidade na discussão do futuro destes sistemas.

Como pudemos comprovar, são variadas as formas de organização de um sistema de saúde, o seu modelo de financiamento, as suas prioridades no combate a doenças, a relação que cultiva com os seus profissionais, os indicadores que considera mais importantes na avaliação do desempenho organizacional e técnico, entre outros. Pudemos também comprovar que, embora actualmente a questão da sustentabilidade financeira seja a tónica dominante, não existe uma única política de avaliação da mesma para um determinado conjunto de países (por exemplo: aplicada aos países da UE, ou aos países da OCDE), sendo impossível garantir a veracidade dos dados que têm vindo a ser tornados públicos sobre a ineficiência do nosso sistema de saúde se situar algures entre os 20 a 25% do investimento total (Arnaut, 2009; Mendes Ribeiro, 2009; Mota, 2010).

Uma coisa é certa: um dos nossos maiores problemas quanto à insustentabilidade na saúde advém da estagnação da nossa Economia, mais marcante nos últimos 15 anos. A par deste, o crescente descontrolo na despesa com o SNS (em 10 anos verificou-se um aumento de cerca de 30% da despesa estatal) é uma realidade que se tem tentado atenuar nos últimos 3 anos. Outro factor de insustentabilidade do sistema é a Educação para a Saúde das nossas populações, que não tem tido uma atenção semelhante a programas de rastreio e de investimento em infra-estruturas, verificando-se que os portugueses seguem estilos de vida prejudiciais à sua própria saúde. Ainda de referir, neste mesmo ponto, o recurso exagerado às urgências hospitalares e a grande fatia da população que está isenta de taxas moderadoras, devido à falta de cruzamento de dados dos rendimentos com os *status quo* considerados, medida que estará para ser tomada em 2012. Desta forma, concordamos com Correia de Campos (2008) quando refere que “há pessoas de altos rendimentos que não se justifica, em boa justiça, beneficiarem das isenções e há pessoas de baixos rendimentos que não se enquadram no benefício de isenção”.

Segundo o relatório da Comissão de Sustentabilidade, é necessária uma revisão urgente do regime de isenções baseada em dois critérios: capacidade de pagamento e necessidade continuada de cuidados de saúde (Recomendação nº 4). Recorde-se que, actualmente, cerca de 56% dos portugueses estão isentos de taxas moderadoras.

Ainda em relação à insustentabilidade financeira deste sector em Portugal, concordamos com Mário Jorge Carvalho (2008), quando afirma que apesar de todas as boas intenções, renovadas, ano após ano, nos diversos programas para o sector, de indexar as transferências financeiras para as organizações hospitalares ao respectivo desempenho ou resultados, a realidade é que o processo continua arbitrário e casuístico, em função dos apertos e folgas orçamentais do dia-a-dia.

Há que ter em conta que, na equação de custos e benefícios existente na saúde, se o objectivo maior actual da medicina e das organizações na saúde é tratar cada vez maior número de doenças, mais doentes, com terapêuticas mais complexas, então não é seguramente promovendo a eficiência a factor exclusivo de excelência que podemos ter um modelo de avaliação e controlo estratégicos das respectivas organizações.

Se é inegável a exigência da redução relativa dos custos do processo e o aumento da produtividade, também não é menos verdade que dar conteúdo estratégico às actividades empreendidas implica priorizar objectivos e políticas, avaliar a eficácia da missão (se e como se fizeram as coisas certas) e identificar e conceituar as melhores práticas no sentido da também progressiva *accountability* das organizações.

Há que ter sempre presente que a economia da saúde impõe as suas próprias regras e limitações, como nos refere Alfredo Mota (2010). Segundo este autor, “só se cumpre o SNS se o salvamos, para podermos continuar a oferecê-lo gratuitamente a quem precisa”. Apesar de considerarmos que seria contraproducente (re)tornar ao SNS totalmente gratuito, salvar o

SNS é, também, um dos objectivos finais da reflexão que este trabalho pretende lançar, desta feita com mais e melhor informação.

Tendo consciência das limitações actuais aos sistemas de saúde, a OMS já modificou o seu slogan “saúde para todos”, acrescentando-lhe “mas, não para tudo”.

Fazemos parte de uma geração com dificuldades e responsabilidades acrescidas. Na saúde, a crise faz-se sentir de uma forma bastante particular, pois as populações têm um grande apego pelo direito à proximidade das instituições. Há que garantir um equilíbrio, evitar desperdícios, mas cumprir a universalidade e a acessibilidade tendencialmente gratuita e a margem de progressão que apresentamos nos nossos indicadores de saúde.

Todos temos um papel importante: desde garantir um ciclo de vida o mais saudável possível a contribuir para o crescimento económico do país.

A equação é possível. Como disse Nelson Mandela, “é sempre impossível antes de ser feito”.

Referências bibliográficas

Arnaut, António (2009). **Serviço Nacional de Saúde: 30 anos de resistência**. Coimbra Editora, 1ª Edição, Coimbra.

Barros, Pedro Pita & Gomes, Jean-Pierre (2002). **Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português**. Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Barros, Pedro Pita & Simões, Jorge de Almeida (2007). **Health Systems in transition. Portugal: Health system review**; 9(5): 1-140. WHO Regional Office for Europe: European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Bentes, Margarida; Dias, Carlos Matias; Sakellarides, Constantino & Bankauskaite, Vaida (2004). **Health Care Systems in Transition: Portugal**. WHO Regional Office for Europe: European Observatory on Health Systems and Policies/ Copenhagen.

Biscaia, André Rosa; Martins, José Nunes; Carreira, Mário Fernando Loureiro; Gonçalves, Inês Fronteira; Antunes, Ana Rita & Ferrinho, Paulo (2008). **Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para novos sucessos**. Padrões Culturais Editora, Lisboa.

Campos, António Correia de (1983). **Saúde: o custo de um valor sem preço**. Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1ª Edição, Lisboa.

Campos, António Correia de (1984). **Os Hospitais no sistema de saúde português** (Conferência). Visita de Estudo da Federação Internacional dos Hospitais, Lisboa.

Campos, António Correia de (2008). **Reformas da saúde: o fio condutor**. Edições Almedina, SA, 1ª Edição, Coimbra.

Carapinheiro, Graça (1993). **Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Edições Afrontamento, 1ª Edição, Porto.

Carballo, M.; Divino, J. J. & Zeric, D. (1998). **Migration and health in the European Union**. Tropical Medicine and International Health, 3: 936-44.

Cardoso, Salvador Massano (2008). **História da saúde comunitária**. Aula da disciplina de Introdução à Saúde Comunitária, 2º ano, Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Carvalho, Mário Jorge (2008). **Gestão e Liderança na Saúde – uma abordagem estratégica**. Grupo editorial Vida Económica, 1ª Edição, Porto.

Chadwick, Edwin (1842). **Report on the Inquiry into the Sanitary Condition of the Laboring Population of Great Britain** (consulta online).

Edwards, N. & Harrison, A. (1999). **The hospital of the future: planning hospitals with limited evidence. A research and policy problem**. British Medical Journal, 319: 1361-3.

Ferreira, F.A. Gonçalves (1972). **Política de saúde em Portugal: uma experiência de definição legislativa e de organização de serviços**. Arquivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge/ Lisboa; Vol. I (15-36), Lisboa.

Fragata, José & Martins, Luís (2008). **O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Edições Almedina, SA, 3ª Edição, Coimbra.

Harfouche, Ana; Rosa, Eugénio; Ramos, Francisco; Martins, João; Silveira, João; Fernandes, José; Fragata, José; Borges, Luís Drummond; Ribeiro, Mendes; Barros, Pedro Pita; Mello, Salvador & Fernandes, Adalberto Campos (Coord.) (2011). **Inovação e sustentabilidade em saúde – Equação impossível?** Diário de Bordo editores, 1ª Edição, Loures.

Hellander, Ida & Bailey, Joanne (2001). **The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?** The University of Maine – Bureau of Labor Education (palestra), USA.

Hensher, M.; Edwards, N. & Stokes, R. (1999). **International trends in the provision and utilisation of hospital care.** British Medical Journal, 319: 845-8, London.

Hillman, K. (1998). **Restructuring hospital services.** Medical Journal of Australia, 169: 239.

Kutzin, Joseph; Cashin, Cheryl & Jakab, Mellita (2010). **Implementing health financing reform: lessons from countries in transition.** WHO Regional Office for Europe: European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Magnussen, Jon; Vrangbaek, Karsten & Saltman, Richard (2009). **Nordic Health care systems: recent reforms and current policy challenges.** Open University Press, Buckingham, England.

McKee, Martin & Healy, Judith (2002). **Hospitals in a changing Europe.** Open University Press, Buckingham, England.

McKee, Martin (1999). **For debate – does health care save lives?** Croatian Medical Journal, 40: 123-8, Zagreb.

Miller, T. S. (1997). **The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire.** Johns Hopkins University Press, Baltimore (consulta de monografia online).

Ministério da Saúde (2007). **Relatório final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde.** Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, Lisboa.

Ministério da Saúde (2009). **História do Serviço Nacional de Saúde.** Portal da saúde.

Ministério da Saúde (2010). **Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010**. Alto Comissariado da Saúde, Lisboa.

Ministério de Saúde (2010). **Perfil de Saúde da Região Centro 2010**. Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., Coimbra.

Ministério da Saúde (2011). **Plano de Acção 2011**. Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., Coimbra.

Ministério da Saúde (2011). **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a Saúde, VI. Anexos, 1, Cálculo de metas e ganhos em saúde para 2016** (versão para discussão – documento de trabalho). Gabinete Técnico do PNS - Alto Comissariado da Saúde, Lisboa.

Ministério da Saúde (2011). **Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Estratégias para a Saúde, V.3. Cadernos do PNS – Indicadores e metas em Saúde** (versão para discussão). Gabinete Técnico do PNS - Alto Comissariado da Saúde, Lisboa.

Ministério da Saúde (2011). **Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Relatório de Progresso 2**. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, Lisboa.

Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Portugal (2010). **WHO evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)**. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Mladovsky, Philipa; Allin, Sara; Masseria, Cristina; Hernández-Quevedo, Cristina; McDaid, David & Mossialos, Elias (2009). **Health in the European Union: Trends and analysis**. WHO Regional Office for Europe: European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Mossialos, Elias; Dixon, Anna; Figueras, Josep & Kutzin, Joe (2002). **Funding health care: options for Europe**. Open University Press, Buckingham, England.

Mota, Alfredo (2010). **Coisas da medicina**. Edições Almedina, SA, 1ª Edição, Coimbra.

Mota, Isabel; Pinto, Mário; Sá, Jorge Vasconcelos; Ribeiro, Félix; Quintas, Elisabete & Soromenho-Marques, Viriato (2005). **Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável 2005/2015**. Pandora, Edições, Imagem e Comunicação, 1ª Edição, Lisboa.

Moura, Miguel Carneiro (2006). **Mudanças na gestão dos sistemas de saúde – o modelo canadiano**. Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa, pp. 105-110.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2008). **Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca**. Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.

Ordem dos Médicos (2007). **Relatório sobre as Carreiras Médicas**. CELOM – Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Lisboa.

Pereira, Luís Filipe *et all* (2004). **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Vol. I – Prioridades e Vol. II – Orientações estratégicas**. Direcção-Geral da Saúde – Ministério da Saúde, Lisboa.

Porter, R. (1997). **The Greatest Benefit to Mankind: a Medical History of Humanity from Antiquity to the Present**. HarperCollins, London.

Rechel, Bernd; Wright, Stephen; Edwards, Nigel; Dowdeswell, Barrie & McKee, Martin (2009). **Investing in hospitals of the future**. WHO Regional Office for Europe: European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.

Reissman, D. B.; Orris, P.; Lacey, R. & Hartman, D. E. (1999). **Downsizing, role demands and job stress**. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 41: 289-93.

Ribeiro, José Mendes (2009). **Saúde - A Liberdade de Escolher**. Gradiva Publicações, SA, 1ª Edição, Lisboa.

Sakellarides, Constantino (2001). **De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal**. Revista Portuguesa de Saúde Pública – 200; 101-108; Volume temático 2, Lisboa.

Saltman, Richard; Busse, Reinhard & Figueras, Josep (2004). **Social health insurance systems in western Europe**. Open University Press, Buckingham, England.

Saltman, Richard; Busse, Reinhard & Mossialos, Elias (2002). **Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems**. Open University Press, Buckingham, England.

Simões, Simões; Nicola, Paulo; Couceiro, Luísa & Alves, Isabel (2010). **Portugal Health System: performance assessment**. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Soares, Mário (2010). **Em luta por um mundo melhor**. Círculo de Leitores, Temas e Debates, Samora Correia.

Sousa, Paulino Artur Ferreira (2009). **O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios**. Palestra, Porto.

Stoleroff, Alan & Correia, Tiago (2008). **Sindicalismos no contexto de reforma dos serviços públicos em Portugal: o sector hospitalar** (Conferência). VI Congresso Português de Sociologia – Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Thubron, C. (1999). **In Siberia**. Chatto & Windus, London.

Legislação:

Constituição da República Portuguesa, 1976, 2 de Abril: Artigo 64º - Saúde

Lei nº 56/79, de 15 de Setembro – Serviço Nacional de Saúde

Lei nº 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde

Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro – Lei de Gestão Hospitalar

Decreto-Lei nº 48357/68, de 27 de Abril – Estatuto hospitalar

Decreto-Lei nº 48358/68, de 27 de Abril – Regulamento Geral dos Hospitais

Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro – Ministério da Saúde e Assistência

Decreto-Lei nº 203/74, de 15 de Maio – Junta de Salvação Nacional

Decreto-Lei nº 488/75, de 4 de Setembro – Administrações Distritais dos Serviços de Saúde

Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de Junho – Administrações Regionais de Saúde

Decreto-Lei nº 310/82, de 3 de Agosto – Carreira Médica da Especialidade de Clínica Geral

Decreto-Lei 357/82, de 6 de Setembro – Autonomia Administrativa e Financeira para o SNS

Decreto-Lei nº 344 – A/83, de 25 de Julho – Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº 74 – C/84, de 2 de Março – Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários

Decreto-Lei 73/90, de 6 de Março – Reformulação do Regime Legal das Carreiras Médicas

Decreto-Lei nº 54/92, de 11 de Abril – Taxas Moderadoras (revogado pelo artigo 3º do Decreto-Lei nº 173/2003)

Decreto-Lei nº 177/92, de 13 de Agosto – Assistência Médica no Estrangeiro

Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de Janeiro – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde

Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio – Centros de Saúde de 3ª Geração

Decreto-Lei nº 286/99, de 27 de Julho – Organização dos Serviços de Saúde Pública

Decreto-Lei nº 374/99, de 18 de Setembro – Centros de Responsabilidade Integrada

Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril – Rede de Cuidados de Saúde Primários

Decreto-Lei nº 173/2003, de 1 de Agosto – Regime das Taxas Moderadoras

Decreto-Lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro – Entidade Reguladora da Saúde

Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de Outubro - Lei Orgânica do Ministério da Saúde

Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de Maio – Administrações Regionais de Saúde

Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto – Unidades de Saúde Familiar

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro – Agrupamentos de Centros de Saúde

Decreto-Lei nº 89/2009, de 9 de Abril – Direito à Segurança Social de todos os Trabalhadores

Decreto-Lei nº 113/2011, de 29 de Novembro – Alterações da lista de utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras

Despacho Normativo nº 97/83, de 22 de Abril – Regulamento dos Centros de Saúde (de 2ª Geração)

Despacho Normativo nº 61/99, de 12 de Novembro – Agências de Contractualização dos Serviços de Saúde