


ruep

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
v. 16, n. 43, abr./jun. 2019
ISSN 2318-2083 (eletrônico)

ALEXANDRE MORAIS NUNES

*Universidade de Lisboa, ULisboa, Lisboa,
Portugal.*

*Recebido em abril de 2019.
Aprovado em agosto de 2019.*

POLÍTICAS DE SAÚDE EM PORTUGAL: REFORMAS, DESAFIOS E PERSPETIVAS FUTURAS

RESUMO

As políticas de saúde representam a planificação, decisão e a ação desenvolvida na assistência em saúde a médio e a longo prazo. O sistema de saúde português é reconhecido internacionalmente pelo seu Serviço Nacional de Saúde, universal (para todos os cidadãos) e geral (em todas as necessidades de assistência em saúde). Em Portugal, as políticas de saúde de carácter social iniciaram-se em 1971 com a reforma de Gonçalves Ferreira que deu os primeiros passos para a criação de serviço público de saúde. O presente artigo, por meio da revisão da literatura, faz um enquadramento do conceito de política de saúde e por meio de um estudo de caso retrata o processo de implementação das políticas de saúde em Portugal desde 1971 a 2015 e apresenta a perspetiva futura definida na estratégia 2016-2020.

Palavras-Chave: políticas de saúde; serviço nacional de saúde; acesso; sustentabilidade.

HEALTH POLICIES IN PORTUGAL: REFORMS, CHALLENGES AND FUTURE PERSPECTIVES

ABSTRACT

The health policies represent the planning, decision and action developed in the health care in the medium and long term. The Portuguese health system is recognized internationally by its National Health Service, universal (for all citizens) and general (in all health care needs). In Portugal, social health policies began in 1971 with Gonçalves Ferreira's reform, which took the first steps towards the creation of a public health service. This article, through a review of the literature, provides a framework for the concept of health policy and, through a case study, portrays the process of implementing health policies in Portugal from 1971 to 2015 and presents the future perspective defined in the strategy 2016-2020.

Keywords: health policies; national health service; access; sustainability.

Revista UNILUS Ensino e Pesquisa
Rua Dr. Armando de Salles Oliveira, 150
Boqueirão - Santos - São Paulo
11050-071
<http://revista.lusiada.br/index.php/ruep>
revista.unilus@lusiada.br
Fone: +55 (13) 3202-4100

INTRODUÇÃO

As políticas de saúde são fundamentais e centrais para o modelo de Estado implementado em Portugal e nos países com um sistema de prestação social cujo direito à saúde, pensão e proteção ao longo da vida não são negadas aos seus cidadãos (SILVA, 2012).

Os estados sociais apresentam elevados gastos com o sistema de saúde que são influenciado, por um lado, pelo envelhecimento da população, perda de autonomia, custos da inovação tecnológica/farmacêutica e, por outro lado, pelo aparecimento de novas doenças, bactérias multirresistentes ou estirpes de vírus cada vez mais difíceis de combater (Nunes, 2016). Em simultâneo com o aumento dos gastos em saúde, verifica-se uma redução da população em idade ativa, o que implica uma quebra nas contribuições resultantes do rendimento do trabalho, gerando estrangulamentos fiscais. Toda esta situação conduziu ao repensamento das políticas e ao desenvolvimento de estratégias (Nunes; Nunes, 2016).

Em Portugal, o Estado assume cada vez mais um papel ativo e estratégico na sua intervenção em todas as políticas sociais, não estando em causa a implementação ou o financiamento de novos apoios, mas sim garantir a sustentabilidade e a continuidade dos existentes que são assegurados pelos contributos de toda a sociedade num sistema contributivo (BARROS, 2013).

O Serviço Nacional de Saúde português foi um importante passo para o desenvolvimento e foi uma conquista civilizacional que decorreu no ano de 1979 (LEI nº 56/79, de 15 de setembro). Esse sistema de saúde público tem uma cobertura universal, que se destina a toda a população, em todo o ciclo de vida e proporciona cuidados gerais que cobrem todas as necessidades. A assistência em saúde no SNS é garantida por meio de uma rede de atenção primária, hospitalar, pós-hospitalar e paliativa (CAMPOS, 2008).

No cumprimento dos desígnios constitucionais, cabe ao Serviço Nacional de Saúde, em todos os seus níveis, garantir o adequado acesso na assistência à saúde atempada, com qualidade e com os recursos necessários (SIMÕES, 2004). Esta resposta às necessidades dos utentes implica uma enorme grande económica e financeira que envolve elevados encargos, cujo financiamento provém do Orçamento Geral do Estado e como tal são limitados. Por este motivo, deve o dinheiro público, ser gerido de modo eficiente, com transparência e com apurado sentido de responsabilidade, ética e moral, evitando o desperdício e combatendo a fraude (Barros, 2013).

Na atualidade existe um entendimento quanto à necessidade de definir uma estratégia na política de saúde que compreenda a prevenção da doença e a promoção da saúde e da qualidade de vida para todos os cidadãos na sociedade portuguesa. Neste sentido são desenvolvidos e atualizados programas prioritários de saúde, é reforçada a oferta de cuidados, é promovido o reforço da oferta na atenção primária, hospitalar, pós-hospitalar e paliativa e são definidas estratégias de integração para os mesmos com o objetivo de unir esforços, dar uma resposta mais completa e abrangente tendo como objetivo final o benefício do utente, a manutenção da sua saúde ou o rápido restabelecimento (NUNES, 2016).

Além do reforço da resposta em saúde, dos recursos humanos e materiais e das ações preventivas, do acompanhamento, monitoramento e estímulo aos hábitos saudáveis de saúde, é importante atender a aspectos que estão associados à atividade clínica, que são fundamentais para a garantia da sustentabilidade do sistema e que se encontram no centro da política de saúde. São exemplos a revisão dos processos de tomada de decisão, a orientação de eixos estratégicos, a estratégia de gestão, o planeamento das atividades saúde, o investimento, o envolvimento das prefeituras, o estabelecimento de compromissos com a indústria, a procura da eficiência, a promoção da transparência e a luta contra os desperdícios (PORTUGAL, 2015).

Este artigo, num primeiro momento, por meio da revisão da literatura, foca o tema das políticas de saúde e, num segundo momento, por meio do método de estudo de caso descreve as principais tendências de evolução da política de saúde em Portugal desde os anos 70, identificando os principais pontos fortes, problemas, desafios e dificuldades de implementação. Por fim, apresenta os principais desafios atuais e futuros para a política de saúde.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: DEFINIÇÃO E OBJECTIVOS

A política de saúde refere-se às decisões, planos e ações que são delineadas para atingir objetivos específicos de saúde dentro de uma determinada sociedade. Assim, uma política de saúde constrói o consenso, informa os cidadãos, descreve as prioridades e os papéis a desempenhar pelos intervenientes no sistema de saúde, contribuindo desse modo para a definição de uma visão futura que ajuda a estabelecer objetivos e pontos de referência a curto e a médio prazo (OMS, 1998)

Na prática, e clarificando o conceito da Organização Mundial de Saúde, a política de saúde define um conjunto de compromissos com o objetivo de alcançar metas de promoção e melhoria da saúde e estabelece uma estratégia para orientar a tomada de decisão, o planeamento e modelos de gestão, que resultam do consenso entre os objetivos políticos e as necessidades prioritárias na prestação de cuidados (MICOVIC, 1984; OMS, 1994)

O envolvimento e as orientações das organizações europeias e mundiais como a Organização Mundial de Saúde, a União Europeia, o Banco Mundial, as Nações Unidas e a OCDE marcaram nas últimas décadas o desenvolvimento dos sistemas de saúde, influenciando as prioridades e as linhas estratégica na definição e implementação de políticas públicas (SILVA, 2012).

Nos países com um modelo de Estado Social, como o caso de Portugal, a política de saúde pode ser entendida no âmbito da política social, ou seja, com uma visão dirigida para a proteção dos cidadãos integrados numa sociedade. Por esse motivo, a política de saúde está condicionada a um conjunto de determinantes que salvaguardam um direito constitucional à saúde para todos os cidadãos como um direito inerente à condição de cidadania (FLEURY, 2012).

A equidade no acesso ao SNS é um dos principais objetivos que está inscrita na constituição da República Portuguesa, enquadrada na dimensão da universalidade (para todos os cidadãos), na generalidade dos procedimentos (em todos os tipos de necessidades/tratamentos de saúde), na igualdade (pela não discriminação de tratamento por condição económica mas sim em função das necessidades em saúde) e tendencial gratuidade (está instituído o pagamento de taxas moderadoras, criadas para moderar a utilização desnecessária dos serviços) (LEI nº1/2005, de 12 de agosto). No entanto, ainda persistem algumas desigualdades nomeadamente nos tempos e listas de espera para consultas e cirurgias e nos cuidados de saúde oral e visual (BARROS; SIMÕES, 2007).

Nos largos 38 anos de existência do Serviço Nacional de Saúde, registram-se vários desperdícios, alguma má utilização de recursos e o não aproveitamento da capacidade instalada, recorrendo-se muitas vezes ao privado sem primeiro explorar os serviços públicos existentes (NUNES, 2016). Nesse sentido, a atual política de saúde considerou como prioritária e urgente a implementação de uma estratégia que assenta na promoção da eficiência, no maior desempenho dos serviços (consultas, cirurgias, exames complementares de diagnóstico e terapêutica), internalizando a prestação e reduzindo o recurso à prestação contratada fora do Serviço Nacional de Saúde (PORTUGAL, 2015).

A sustentabilidade por sua vez é uma questão transversal a todos os sistemas de saúde. Em Portugal, a despesa em saúde ultrapassa os 9% do Produto Interno Bruto e tende a crescer a cada ano associado a novas políticas de saúde e ao abrandamento do crescimento económico. Por esse motivo, é preciso conciliar uma estratégia definida na política de saúde precavendo as medidas geradoras de

eficiência. De acordo com Silva (2012), o crescimento continuado da despesa em saúde foi agravado pelo aumento de custos decorrentes da maior procura, pelo aumento dos recursos humanos e especialização das profissões, pelo peso das tecnologias de saúde, pela pressão do sector farmacêutico e por uma composição de despesa mais exigente relacionada com questões demográficas como o aumento da esperança média de vida, redução da mortalidade e envelhecimento acentuado da população.

As estratégias de qualidade é um outro ponto central dos sistemas de saúde reconhecido pela Organização Mundial de Saúde na declaração de Alma-Ata (SAKELLARIDES, 2001). Só com cuidados de saúde de qualidade se pode ter uma população mais saudável e se podem poupar recursos. Assim, é possível gerar mais e melhores ganhos em saúde, que são, de fato, o grande objetivo final de toda a atividade do Serviço Nacional de Saúde, que desta forma contribui para a melhoria da qualidade de vida, proporcionando a prevalência de uma população idosa ativa (envelhecimento ativo sem comorbidades), de uma população adulta saudável e de um adequado crescimento para os mais pequenos (NUNES, 2013).

Estes dois últimos pontos (qualidade e ganhos em saúde) são fatores que resumem os objetivos finais da política de saúde já que para os alcançar têm de estar presentes em todos os indicadores, pois uma política de saúde promotora de qualidade e que apresente ganhos em saúde significativos é aquela que é sustentável, que apresenta eixos estratégicos para a equidade num acesso universal e que dispõe de uma elevado grau de eficiência para maximizar a sua produção.

REFORMAS EFETUADAS EM PORTUGAL

O sistema de saúde português até ao início dos anos 70 do século XX era fraco, debilitado e subfinanciado. Os serviços de saúde eram múltiplos mas desorganizados e alternavam entre serviços dos hospitais do Estado e das Misericórdias com serviços de saúde pública, postos médicos dos serviços sociais da previdência, sector privado (consultórios) e alguns hospitais mais especializados (psiquiátricos, maternidades e sanatórios) (OPSS, 2001, 2002).

Tendo por base esse panorama, foi consensual e considerado urgente repensar as políticas públicas de saúde para o país. Foi assim, que em 1971, se deu a primeira grande reforma do sistema de saúde, a Reforma de Gonçalves Ferreira, que reconheceu a função do Estado em assegurar o direito à saúde para todos integrando todas as atividades de assistência no Ministério da Saúde (planeamento centralizado) e a prestação dinamizada nos serviços locais por todo o país (prestação descentralizada) (FERNANDES, 2015).

Apesar da Reforma de Gonçalves Ferreira ter sido um grande passo e o esboço para um sistema de saúde público, foi a partir de 1974 que se encontraram as condições sociais e políticas para iniciar as bases de um sistema público. No entanto, para materializar estas intenções em 1976 o conhecido "despacho Arnaut" abriu o acesso dos postos da Previdência existentes (atual Segurança Social) a todos os cidadãos. Este acto foi a base para a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979 (CARAPINHEIRO; PINTO, 1986).

O Serviço Nacional de saúde compreende uma política de saúde que integra as atividades de prevenção da doença, promoção e vigilância da saúde, diagnóstico, tratamento de enfermidades e reabilitação por meio de um conjunto integrado de serviços de prestação de cuidados de saúde primários, hospitalares, pós hospitalares e paliativos no cumprimento da obrigação do Estado em garantir a proteção à saúde para todos os cidadãos em Portugal (FERNANDES, 2015).

Na Europa, antes de Portugal, apenas a Itália no ano de 1998 adotou um Serviço público de saúde num período politicamente calmo e com a concordância de todos os partidos políticos. Num modelo pós-democrático e em plena agitação política

fundaram serviços nacionais de saúde Portugal (1979), a Grécia (1983) e a Espanha (1986), pelo que não se registou consenso político nesta medida (LE GRAND; BARTLETT, 1993; SALTMAN; VAN OTTER, 1989; SIMÕES, 2004).

Num processo de democratização, a expansão do SNS melhorou no imediato com aumento da cobertura de cuidados de saúde, destacando-se a nacionalização dos hospitais das misericórdias e a integração dos serviços de saúde da Providência, processo concluído apenas na segunda metade dos anos 80 (Barros & Simões, 2007). A partir desta fase durante os anos 90, a política de saúde foi influenciada pela OMS através de projetos de promoção da saúde nos cuidados primários e junto das escolas (CARAPINHEIRO, 2006; SIMÕES, 2004).

A política de saúde, com a publicação da Lei de Bases da Saúde, em 1990, seguiu uma tendência europeia de fortalecimento do mercado da saúde e desenvolvimento de um sistema de prestação e financiamento de cuidados de saúde gerido pelo sector privado em concorrência e cooperação com o sector público ((BARROS; SIMÕES, 2007; FERNANDES, 2015).

Em 1998, foi introduzida em Portugal uma estratégia de saúde para 1998-2002, baseada em metas, sendo identificadas 27 áreas de intervenção urgentes para a política de saúde e definidas as respetivas orientações, que incluíam temas como: a saúde na infância, a saúde escolar, a promoção da vida ativa, a melhoria do acesso, a gestão de recursos, mecanismos de cooperação internacional e o sector do medicamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

No final da década de 90 e início do século XXI foram levantados problemas de sustentabilidade no SNS e a política de saúde necessitou de ser dotada de uma estratégia mais eficiente para promover a integração de cuidados, valorizando a atenção primária e reorganizando os cuidados de saúde hospitalares. Neste âmbito, a política de saúde deixou de estar direcionada para o sector privado mas para uma aposta no desenvolvimento do SNS (FERNANDES, 2015). Foi promovida a reforma da atenção primária, realizadas alterações no regime de gestão dos hospitais que passaram a ser geridos de acordo com regras empresariais e foram criadas unidades locais de saúde numa perspetiva de integração vertical de cuidados de saúde (fusão dos centros de saúde e hospitais numa mesma equipe de gestão) (FERNANDES; NUNES, 2016; NUNES, 2016).

Em 2004, a estratégia para a política de saúde foi reforçada com a criação do Plano Nacional de Saúde que analisa o ponto de situação à altura e definiu as prioridades para o período 2004-2010, em conjugação com as diretrizes europeias e com as necessidades nacionais. Este foi um ponto de continuidade com a Estratégia da Saúde 1998-2002 incluído no Programa do Governo (2005-2010) para reforçar o seu cumprimento.

A política de saúde, baseada na manutenção, alargamento e modernização dos serviços e unidades do SNS, foi desenvolvida entre 2005 e 2010, através de uma estratégia de melhoria do acesso (novas respostas como os cuidados pós hospitalares e paliativos) e muito focada na eficiência e sustentabilidade (NUNES, 2016).

No período de 2011 a 2015, o Serviço Nacional de Saúde sofreu um colapso muito influenciado pelo período de austeridade instalado no país, com recursos escassos e com piores gastos e pouco investimento. Mesmo com esses aspetos negativos reconhece-se alguns fatores de continuidade na procura da eficiência, a renegociação com a indústria e a luta contra a fraude (NUNES, 2016; PORTUGAL, 2015). No entanto, a população sentiu um agravamento das desigualdades no acesso e a falta de reformas indispensáveis que gerou ineficiências, fraca qualidade e necessidades crescentes em saúde.

OBSTÁCULOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE REFORMAS DOS CUIDADOS DE SAÚDE

As políticas públicas em Portugal, apesar da sua grande evolução não dependem apenas de questões políticas e atravessam obstáculos que em nada estão relacionados com a falta de estratégia mas sim com outros fatores (WENDT, 2009), que

conduzem a uma falta de implementação das reformas pensadas, podendo ser atribuídas a diversas causas.

O Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde (BENTES; DIAS; SAKELLARIDES; BANKAUSKAITE, 2004), faz constantemente uma análise às dificuldades de implementação de políticas de saúde no âmbito das reformas, identificando múltiplos fatores entre os quais destaca no caso português:

a) As decisões não baseadas no conhecimento

Muitas das decisões tomadas na reforma do SNS foram inovadoras mas baseadas em documentos analíticos sem evidência científica e sem qualquer experiência anterior de referência países. Deste modo, a crítica recai sobre o fato de não se ter feito qualquer estudo prévio de análise com a previsão dos resultados a alcançar, possíveis impactos, custos associados, avaliação de pontos fortes, fracos, oportunidade ou riscos (BENTES; DIAS; SAKELLARIDES; BANKAUSKAITE, 2004).

A ausência de rigor e método científico categorizou as reformas como parte da evidência empírica que foram aplicadas e avaliadas em escala nacional por âmbito da experimentação sem que se tenham feito, na maioria dos casos, projetos-piloto ou estudos de mercado interno. Estes fatos enfraqueceram as medidas logo no seu ponto de partida.

Como exemplos de exceção, refira-se a política de empresarialização dos hospitais públicos, a criação de Unidades Locais de Saúde, a criação de Parcerias Público Privadas. Relativamente à primeira política, foram realizadas experiências piloto no Hospital de São Sebastião iniciado em 1998 e a legislação nacional foi publicada em 2002. No segundo caso, a primeira ULS foi criada em Matosinhos no ano de 1999 e foi avaliada, sendo a segunda criada apenas 8 anos depois em 2007 (NUNES, 2016). Contudo, as Parcerias Público-Privadas, apesar de serem precedidas por um estudo prévio, ficaram comprometidas pelo avanço da segunda parceria sem a adequada avaliação da primeira (TRIBUNAL DE CONTAS, 2015).

b) A intensa tradição normativa

A mudança na política de saúde e nas reformas realizadas teve sempre uma forte tradução normativa em Portugal, o que não é uma realidade apenas específica do sector da saúde mas transversal a toda a Administração Pública (NUNES; HARFOUCHE, 2015). Essa questão é explicada pelo fato da legislação ser vista como um mecanismo de arranque dos processos de reforma e não apenas como o instrumento facilitador de implementar uma reforma, que é o fundamento do ato de legislar.

Esta intensa tradição normativa vez com que a maioria das reformas ficasse limitada de substância na execução não passando de ideais no papel ou quando materializado relançava a dúvida pela falta de clareza nomeadamente nos documentos legais relativos à assistência médica.

c) A administração do tipo comando e controlo

Influenciada por um período alargado de tempo em que imperou na administração pública portuguesa, e em particular, nos serviços de saúde um modelo de organização burocrático de base Weberiana (BENTES; DIAS; SAKELLARIDES; BANKAUSKAITE, 2004).

As consequências mais aparentes deste modelo de organização foi a falta de participação dos cidadãos na elaboração das políticas de saúde limitando os sistemas de gestão e decisão aos decisores políticos e gestores. A não auscultação do utente é sempre um risco de falência das medidas e um perigoso ato aos olhos do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde (BENTES; DIAS; SAKELLARIDES; BANKAUSKAITE, 2004).

Nos últimos quinze anos esta situação melhorou e com a introdução de mecanismos Managerialistas, que promoveram:

- Uma maior participação do cidadão através das suas reclamações e dos inquéritos de saúde realizados e com o desenvolvimento da avaliação do Plano Nacional de Saúde.
- A criação de um órgão consultivo, o Conselho Nacional de Saúde (previsto na Lei de Bases da Saúde de 1990), que promove a participação ativa do cidadão na definição da política de saúde;
- Promoção da transparência dos resultados do sistema de saúde e possibilita o acesso ao perfil de saúde do cidadão, lugar na lista de espera, marcação de consultas;
- Maior informação ao utente (transparência).

d) A falta de estabilidade política

Durante os anos de democracia, Portugal viveu longos períodos de instabilidade política, com mudanças de Governo, não apenas por ciclos políticos naturais com fim dos mandatos mas mesmo dentro do próprio Governo. Por esse motivo, o sector da saúde foi sujeito a alterações ou cancelamento sucessivos de medidas em curso e abriu caminho para novos objetivos (BENTES; DIAS; SAKELLARIDES; BANKAUSKAITE, 2004).

e) As limitações à governação e a resistência à mudança

Durante muitos anos o sector da saúde não foi uma opção política prioritária e não foi alvo de processos de mudança tendo parado no tempo (BENTES; DIAS; SAKELLARIDES; BANKAUSKAITE, 2004).

PERSPETIVA ATUAL E FUTURA PARA A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

Após um período de austeridade e de forte contenção da despesa em saúde e de falta de investimento, é do entendimento do atual Ministério da Saúde dotar o SNS da melhor capacidade para responder mais depressa às necessidades dos cidadãos portugueses com melhoria do acesso, promoção da saúde pública, valorizando a proximidade ao cidadão, o reforço dos cuidados de saúde primários, a maximização da resposta hospitalar e a oferta de cuidados continuados e paliativos.

Para o triénio 2016-2020, o Governo programou executar o seu Programa de Governo (PORTUGAL, 2015), através de um conjunto de nove eixos estratégicos para os quais enunciam-se as principais medidas de reforma da política de saúde:

a) Promover a saúde pública

O Governo está a valorizar a Saúde Pública como área prioritária de intervenção na política de saúde com o objetivo de diagnosticar situações problemáticas e em estrita colaboração com as autarquias, sociedade e comunidades está a desenvolver planos estratégicos de ação que acompanha o atual Plano Nacional de Saúde.

No âmbito da promoção da Saúde Pública foi já criado um Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados; promovidas ações de prevenção de diabetes e obesidade; reforçado o apoio à atividade de promoção da saúde mental e do envelhecimento ativo e o ensino do uso adequado e racional do medicamento. Foi também promovido um Programa para Controlo das Doenças Transmissíveis, epidemias e infeções multirresistentes; desenvolvidas medidas de controlo do consumo de tabaco e medidas de promoção da alimentação saudável.

Nesta área está previsto:

- O desenvolvimento de mais ações de prevenção;
- O desenvolvimento de mais ações de rastreio de diabetes, doença cardiovascular e câncer;
- A promoção da estratégia para o envelhecimento ativo e saudável;
- A implementação do novo programa de vacinação;
- O reforço no ensino aos jovens sobre doenças como a AIDS e Hepatite.

b) Reduzir as desigualdades entre cidadãos no acesso à saúde

A capacidade de resposta dos serviços tem sido recuperada com redução dos tempos de espera e melhoria das barreiras de acesso através da redução de taxas moderadoras, a oferta de taxas para os cidadãos doadores de sangue e órgãos e para os bombeiros e a reposição da oferta de transporte para os doentes mais carenciados que foi retirada nos últimos anos.

Para os próximos anos está previsto o apoio aos cidadãos desfavoráveis e a deslocação de unidades de saúde às zonas mais carenciadas e a pessoas que tenham maior dificuldade de mobilização, e sempre que necessário, recorrendo às tecnologias de teleconsulta e telediagnóstico.

c) Reforçar o poder do cidadão

No entendimento do Governo, o SNS deve ouvir mais a opinião dos cidadãos e organizar-se em função das suas preferências com elevada acessibilidade, disponibilidade e qualidade indo ao encontro da pessoa. Neste sentido foi iniciada a liberdade de escolha onde o cidadão pode escolher o seu prestador através de um modelo de referenciação.

Para o futuro a política de saúde pretende chegar mais perto do cidadão para que este não tenha motivo de reclamação e que sinta confiança total nos serviços de saúde.

d) Melhoria da resposta dos cuidados de saúde primários

Está em curso o reinvestimento em cuidados de saúde primários, que foram alvo de uma falta de investimento. Até 2018 foram atribuídos médicos de família a mais de 500.000 portugueses (existia um milhão de utentes sem médico de família atribuído no final de 2015), e foi integrada a assistência em saúde bucal.

A perspetiva futura prevê:

- Que todos os portugueses tenham médico de família atribuído;
- O alargamento dos cuidados de saúde bucal e visual para todo o país;
- O investimento em novas unidades, a recuperação do estado de degradação de instalações;
- O investimento em novos equipamentos.

e) Melhoria da gestão dos hospitais e da articulação com outros níveis de cuidados

Em 2016 já reformado o modelo de gestão para promover e premiar os hospitais mais eficientes e foi promovido um processo de partilha de recursos entre hospitais onde os doentes são encaminhados para outras unidades que têm

disponibilidade para os receber. Assim, reduziram-se em 11% os pacientes em espera por uma consulta ou cirurgia;

Para o futuro está prevista a melhoria no sistema de gestão dos hospitais, o reforço do investimento em novos equipamentos, a construção de novos quatro hospitais e ainda a o aumento do encaminhamento dos doentes para a realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

f) Melhoria da Rede de Cuidados Pós hospitalares e Paliativos

Após uma redução de investimento nesta área, em 2016 foram abertas 684 camas para prestar cuidados a pessoas com necessidades de reabilitação que vai para além da assistência hospitalar. Para o futuro, é fundamental aumentar ainda mais o número de camas e reforçar a resposta no domínio e em ambulatório.

g) Aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde

No período atual foram contratados mais 6000 profissionais de saúde, foi valorizado o papel dos profissionais de saúde e a partilha das responsabilidades. Para o futuro está prevista uma maior aposta na formação pré e pós-graduada, da investigação em universidades e laboratórios do Estado.

h) Melhorar a governação do SNS

A política atual pretende reforçar as estratégias de gestão eficiente nos contratos de gestão, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços, prevê a implementação de medidas de transparência e a divulgação atempada da informação relativa ao desempenho do SNS.

Está também em curso uma política atual e futura para promover a sustentabilidade no medicamento através da redução de preços, aumento da prescrição do medicamento genérico e biossimilares e incentivo à investigação e produção nacional de medicamentos.

i) Melhorar a qualidade dos cuidados de saúde

Uma das prioridades é a melhoria da qualidade através da melhoria de boas práticas e da segurança do doente, evitando casos de complicações ou morte decorrentes da prestação de cuidados de saúde. Foram já implementados planos de prevenção e planeamento para monitorizar a qualidade no SNS. No entanto, está em curso um conjunto de estratégias para reduzir as taxas de infeção e de reinternamento nos hospitais.

Outros desafios prioritários que se colocam são:

- A aposta em sistemas de informação e comunicação para monitorar o desempenho do sistema e promover a partilha do processo clínico do paciente entre todos os prestadores (Registo de Saúde Eletrónico);
- A aposta na luta contra a fraude e a corrupção nos receituários, transportes e exames encaminhados para o sector privado;
- Garantir a sustentabilidade com a redução de custos através de um processo centralizado de comprar para todo o país;
- O investimento em equipamentos de alta diferenciação tecnológica para substituir os existentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas de saúde definem o modo como se organizam os destinos da prestação de cuidados num país. Como observado, estas não dependem apenas da vontade política, mas também com a capacidade económico-financeira e das necessidades de saúde da população.

O Serviço Nacional de Saúde foi uma das grandes conquistas do Estado Social em Portugal, que gerou enormes ganhos em saúde, aumentando a expectativa de vida e reduzindo os indicadores de mortalidade infantil e as desigualdades no acesso.

Ao longo da evolução do SNS, Portugal assistiu a uma forte política de saúde no âmbito da atenção primária, hospitalar. Porém, foram desenvolvidas novas respostas como os cuidados pós hospitalares e paliativos cada vez mais necessários para dar respostas às necessidades dos pacientes.

A crise e a ausência de definição de novas políticas de saúde entre 2011 e 2015 não contribuiu para o reforço e crescimento do SNS e pelo contrário houve alguns problemas de acesso. Por esse motivo, a atual política de saúde tem por objetivo recuperar e revigorar a assistência na saúde, encontrando-se em curso uma estratégia que promove a reconstrução, recuperação e a reorganização das políticas de saúde, colocando Portugal ao nível dos países europeus com um investimento tecnológico, em meios humanos e em mecanismos de gestão eficientes, eficazes e com a máxima qualidade.

REFERÊNCIAS

- BARROS, P. Economia da saúde: conceitos e comportamentos (3ª edição). Coimbra: Almedina, 2013.
- BARROS, P.; SIMÕES, J.. Portugal: health system review. Copenhaga, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2007.
- BENTES, M.; DIAS, C.; SAKELLARIDES, C.; BANKAUSKAITE, V. Health care systems in transition: Portugal, Copenhaga: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- CAMPOS, A. Reformas da saúde: o fio condutor, Coimbra: Edições Almedina, 2008.
- CARAPINHEIRO, G. Sociologia da Saúde: estudos e perspectivas, Coimbra: Pé de Página Editores, 2006.
- CARAPINHEIRO, G.; Pinto, M. Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80, Sociologia, Problemas e Práticas, 1, p. 71-109, 1986.
- FERNANDES, A. A combinação Público-Privado em Saúde: impacto no desempenho do sistema. Lisboa, Universidade de Lisboa, 2015.
- FERNANDES, A.; NUNES, A. Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System, Acta Médica Portuguesa 29, p. 217-223, 2016.
- FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde, Revista Psicologia & Sociedade, 23, p. 42-52, 2012.
- LE GRAND, J.,; BARTLETT, W. Quasi-Markets and Social Policy. Londres:Macmillan, 1993.
- MICOVIC, P. Health planning and management glossary. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, 1984.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde, um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002), Lisboa, Ministério da Saúde, 1999.
- NUNES, A. Gestão hospitalar na perspetiva dos gestores hospitalares. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa; 2013.

- NUNES, A. Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, 2016.
- NUNES, A.; HARFOUCHE, A. The reform of public administration applied to the health sector: the portuguese experience, Health Systems Management Journal (HSMJ) 4, p.1-8, 2015.
- NUNES, A.; NUNES, M. A saúde em Portugal: um olhar sobre o distrito de Castelo Branco, Castelo Branco, RVJ editores, 2016.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. The Copenhagen declaration on health policy, Copenhaga, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1994.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhaga: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World health report 2008: primary health care: now more than ever. Genebra: World Health Organization, 2008.
- OPSS - OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. Conhecer os caminhos da saúde - Relatório Primavera. Lisboa: OPSS, 2001.
- OPSS - OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. O estado da Saúde e a saúde do Estado - Relatório Primavera. Lisboa: OPSS, 2002.
- PORTUGAL. Programa da Saúde. Lisboa: Governo de Portugal, 2015.
- SAKELLARIDES, C. (2001). De Alma-Ata a Harry. Coimbra: Almedina.
- SALTMAN, R.; VON OTTER, C. Public competition versus mixed markets: an analytic comparison, Health Policy, 11, p. 43-55, 1989.
- SILVA, M. Políticas públicas de saúde: tendências recentes. Sociologia, Problemas e Práticas, 69, p. 121-128, 2012.
- SIMÕES, J. Retrato Político da Saúde. Dependência do Percurso e Inovação em Saúde. Da Ideologia ao Desempenho. Coimbra: Almedina, 2004.
- TRIBUNAL DE CONTAS. Auditoria à execução do contrato do Hospital de Loures: relatório nº19/2015. Lisboa: Tribunal de Contas, 2015.
- WENDT, C. Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare, Journal of European Social Policy, 19, p. 432-445, 2009.