



SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

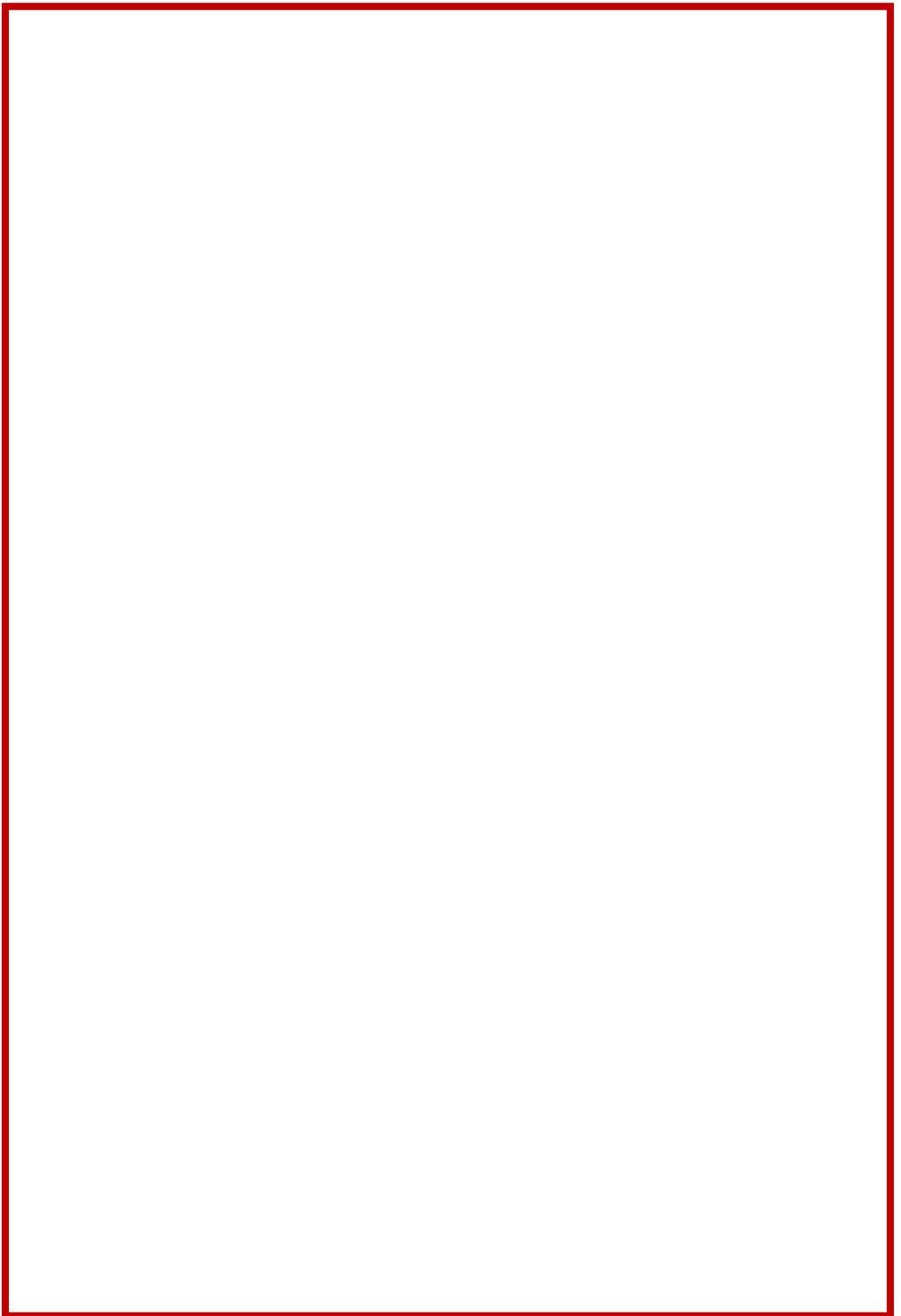
BREVE INTERPRETAÇÃO E LINHAS PARA A SUA TRANSFORMAÇÃO

The logo consists of the number '40' in a large, bold font with a rainbow gradient, followed by the letters 'SNS' in a bold, black, sans-serif font.

40 ANOS DE SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 1979-2019

FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE – SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
2019

WWW.FSNS.PT



GRATIDÃO

Luís Ferreira Marquês

1945 – 2017



O Luís representa bem uma geração que contribuiu para o nascimento, para a consolidação e para a sobrevivência do Serviço Nacional de Saúde no seu atribulado percurso.

Colaborou na Fundação SNS desde o seu início e foi um dos promotores e obreiros deste texto. Com a sua partida, o projeto teve um compreensível interregno. Terminá-lo e editá-lo é, agora, nosso dever.

Nasceu em Algarão, Benedita, Alcobaça a 18 de dezembro de 1945. Faleceu em Benedita, a 2 de novembro de 2017.

Licenciado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 1975, fez o Internato Geral no Hospital Distrital de Beja de 1975 a 1977 e o serviço médico à periferia em 1978 no concelho de Cuba (Beja).

Em 1979, passou a residir em Almada onde exerceu atividade clínica. Concluiu pós-graduações em Saúde Pública, Saúde Ocupacional e Epidemiologia na Escola Nacional de Saúde Pública. Ingressou na Carreira Médica de Saúde Pública e foi Delegado de Saúde em Almada, onde desenvolveu um intenso trabalho comunitário, com o envolvimento da Câmara Municipal.

Instalou e foi diretor do Centro de Saúde da Cova da Piedade. Foi um líder inovador, mantendo sempre como prioridade uma prestação de cuidados de saúde de qualidade e de proximidade ao utente. Teve a visão e a capacidade de envolver os profissionais com quem trabalhava, na persecução dos objetivos planeados. Foi um dos impulsionadores e dinamizadores das primeiras experiências para reformar os cuidados de saúde primários, como foram os primeiros “Projetos Alfa” (1996) a que se seguiram os “Grupos em Regime Remuneratório Experimental” (1997).

Adquiriu a Competência de Gestão de Serviços de Saúde, pela Ordem dos Médicos e foi membro da Comissão Nacional da Luta contra a Tuberculose.

Após a publicação do Decreto-lei nº 157/99, integrou um projeto experimental, passando a dirigir o grupo dos centros de saúde de Almada, Costa da Caparica e Cova da Piedade.

Integrou o “Grupo de Coordenação Estratégica da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários” e foi Diretor Executivo do Agrupamento dos Centros de Saúde de Almada (Almada, Cova da Piedade e Costa da Caparica), até à aposentação, em julho de 2012.

Após a aposentação foi um dos promotores e fundadores da Fundação para a Saúde – Serviço Nacional de Saúde. Integrou a comissão científica do Prémio de Boas Práticas e o júri da Missão Sorriso, no âmbito da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH).

Os que tiveram o privilégio de lidar de perto com o Luís recordam mensagens suas que contribuíram para melhorar os cuidados de saúde aos cidadãos de Almada, como, por exemplo: “O utente estar sempre no centro do sistema”, “Os que mais nos preocupam são os que não nos procuram”, “Tudo o que se avalia melhora”, “O privilégio de termos uma tão nobre missão”.

Até sempre, Luís!

Título
Serviço Nacional de Saúde
Breve interpretação e
Linhas para a sua transformação

Editor
Fundação para a Saúde - Serviço Nacional de Saúde

Design Gráfico
Formifarma, Lda

Impressão
Grafilinha, Trabalhos Gráficos e Publicitários

ISBN
978-989-20-6471-0

Depósito Legal
???

Lisboa, julho de 2019

© Fundação para a Saúde - Serviço Nacional de Saúde

Índice

Índice.....	7
Explicação.....	9
O que é o SNS?	11
Antecedentes	15
Criação e percurso do SNS.....	22
Recursos, atividade e resultados	29
Contrariedades e contradições.....	41
Para uma conversa�o construtiva.....	49
Referências	80
Bibliografia complementar	83
Contributos.....	90

Explicação

A democracia portuguesa celebra neste ano de 2019 o que consideramos ser a maior conquista da nossa vivência coletiva dos últimos 40 anos: o Serviço Nacional de Saúde.

Por isso afirmamos: o SNS é património de todos e merece os cuidados necessários para o proteger, transformar e reforçar, para que possamos orgulhar-nos da sua continuidade.

Não há futuro sem memória e por isso importa reafirmar que nos últimos 50 anos muito mudou em Portugal e no Mundo. A expressão desta mudança é patente seja nas transições demográfica, epidemiológica, tecno-científica e digital, seja na alteração das estruturas sociais, da mobilidade humana, da multiculturalidade, do ambiente – com as implicações políticas, organizacionais e éticas decorrentes.

Estas novas realidades, diversas mas interdependentes, requerem uma nova visão sobre, por um lado, como promover a saúde e por outro como realizar uma “transição assistencial” e encontrar novos modelos de organizar os serviços para prestar melhores cuidados.

É nossa convicção que só uma nova visão para o SNS poderá superar os atavismos de uma cultura de desconfianças, burocrática, centralista, baseada no comando-controlo vertical, que desresponsabiliza e desmotiva. Estes são atributos que ainda predominam no Estado e na administração pública portuguesa.

O presente texto destina-se a todos os cidadãos interessados na evolução do SNS, alicerça-se numa interpretação do seu percurso desde antes de existir até hoje, e propõe várias linhas transformadoras, sistematizadas em torno de 3 eixos:

1. O SNS como instrumento para o desenvolvimento e a coesão social – investimento que cria valor.
2. As pessoas:
 - a) Os cidadãos para quem o SNS existe;
 - b) Os profissionais que a eles se dedicam.
3. Identidade, governação e mudanças de organização no SNS - para garantir melhores respostas.

Temos a responsabilidade de participar na promoção de uma mudança que permita ao SNS: libertar-se o mais possível dos obstáculos à sua evolução, adaptar-se bem às transições, responder melhor às necessidades presentes e... preparar o futuro.

Este livro é um contributo da Fundação SNS para a mudança que se impõe e que nos permitirá honrar a história coletiva.

Não há futuro sem memória mas também não há futuro capaz se não o preparamos hoje. Todos somos interpelados a dar, cada um, o seu contributo.

Lisboa, julho de 2019

*O Conselho de Administração da Fundação para a Saúde –
Serviço Nacional de Saúde*

O que é o SNS?

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) pode ser visto como um “seguro” de saúde universal, de carácter social, abrangente e inclusivo, suportado pela solidariedade de todos os cidadãos através dos seus impostos.

Algumas pessoas pensam que o SNS é pago pelos descontos para a Segurança Social, o que não é real. Esses descontos são destinados à proteção social, enquanto o financiamento do SNS vem de outras origens e, na sua maior parte, do Orçamento de Estado, alimentado por impostos como o IRS e o IVA. As taxas moderadoras, embora representem uma parte diminuta do financiamento do SNS, constituem, muitas vezes, um encargo pesado para o orçamento dos cidadãos e das famílias. Estas taxas, que deveriam visar apenas os cuidados cuja procura é decidida pelas próprias pessoas, impedem, em muitos casos, o acesso aos cuidados de que as pessoas necessitam.¹

O SNS assenta numa rede de instituições públicas de saúde que cobrem todo o país embora ainda falte equidade nesta distribuição. Inclui desde grandes hospitais universitários até pequenos centros de saúde próximos dos locais onde as pessoas vivem e trabalham – estes, devem constituir a base do SNS e prestar os cuidados de saúde mais essenciais e prioritários.

O SNS foi e é também a escola profissional de várias gerações dos melhores profissionais de saúde e é onde se concentram mais conhecimento e mais experiência científica e humana.

Segundo um estudo da Entidade Reguladora da Saúde (2009), “(...) a quase totalidade do território continental está a menos de 30 minutos de um centro de saúde ou extensão [de um centro de saúde]”, sendo que os residentes em áreas cuja distância é superior, representam menos de 0,1% da população. Num estudo da DECO (Satisfação com os centros de saúde – 2014), “a maioria dos portugueses está inscrita numa unidade de saúde a menos de 3 km de casa, e demora até 15 minutos a lá chegar”.^{2,3}

O SNS é um património de todos, independentemente da condição social e económica de cada um. Existe para garantir que em qualquer momento de necessidade, ninguém fica excluído de aceder e de receber os cuidados que necessita.

As suas principais características são:

- Ser um serviço universal, geral e tendencialmente gratuito;
- Visar a saúde e o bem-estar das pessoas, das famílias e da população e não o lucro;
- Proteger todas as pessoas, independentemente de poderem ou não pagar os cuidados de saúde ou os prémios de seguros;

- Ter uma lógica solidária: todos contribuem na proporção dos seus rendimentos; todos usufruem consoante as suas necessidades.

Os seus principais objetivos são:

- Promover a saúde e prevenir doenças;
- Diagnosticar as doenças nas suas fases iniciais para evitar que cheguem a situações graves;
- Aplicar, quando necessário, a melhor tecnologia e os conhecimentos científicos mais avançados sem selecionar pessoas, nem discriminar ninguém em virtude da sua capacidade económica, de possuir ou não seguros, ou do tipo de doenças ou da sua gravidade;
- Assegurar a reabilitação e a inclusão das pessoas afetadas pela doença;
- Usar bem os recursos que pertencem a todos.

Mesmo quem usufrui de seguros privados e subsistemas (públicos ou privados) pode sempre contar com o seu SNS. Deste modo, a coesão social e o acesso aos cuidados de saúde saem reforçados.⁴

Como fator para o desenvolvimento, o SNS contribui para que os setores económicos sejam mais produtivos e possam funcionar bem. Também em situações de crises económicas e sociais, o SNS funciona como uma almofada amortecedora dos impactos negativos daquelas sobre a saúde e bem-estar dos cidadãos e da sociedade.

A saúde é uma área delicada. As pessoas, em particular quando fragilizadas pela doença e pelo sofrimento ou pelo medo de poder vir a tê-los, são alvos fáceis da ganância e do oportunismo de uma parte menos ética do sector privado mercantil, que podem aproveitar-se dessa vulnerabilidade. Cumpre ao SNS proteger os cidadãos desse risco.

Por outro lado, a saúde depende de muitos fatores e de determinantes sociais, para além da existência e da disponibilidade de serviços de saúde. Estes, sendo necessários, não são suficientes para que as pessoas, as famílias e as comunidades atinjam e mantenham bons níveis de saúde. Assim, a promoção da saúde e a prevenção de doenças é uma responsabilidade de todos, existindo responsabilidades e competências inerentes a diversos grandes sistemas: educativo; segurança social; autarquias locais; organizações da comunidade – e não apenas do sistema de saúde e no SNS.⁵⁻⁷

Ainda assim, o SNS pode e deve atuar como um catalisador e agregador social inspirador de todos os contributos, sobretudo se for amplamente participado pelos seus “acionistas”, os cidadãos e as respetivas organizações sociocomunitárias.

Antecedentes

A aspiração de ter serviços de saúde bem organizados e acessíveis a todos, emergiu um pouco por todo o mundo após a II Guerra Mundial, no final da década de 40 do Século XX. Em 1948, o Reino Unido criava o seu *National Health Service*, a Organização Mundial de Saúde dava os primeiros passos e era proclamada a Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Em Portugal, os ventos de esperança e o movimento dos direitos humanos levaram o regime de então a criar as Caixas de Previdência e os seus Serviços Médicos, que abrangiam apenas uma parte da população (trabalhadores da indústria e do comércio). Tais serviços focavam-se na vertente curativa. Posteriormente, esta proteção foi alargada aos trabalhadores rurais e das pescas, através das Casas do Povo e das Casas dos Pescadores. Porém, ainda não existia um conceito integrador de política pública de saúde com as várias dimensões preventivas.

Antes desta fase, o Estado assumia alguma responsabilidade no tratamento dos indigentes. Nas restantes situações os cuidados de saúde eram da responsabilidade dos próprios e das famílias. Por seu lado, as Misericórdias, com instituições próprias, procuravam responder às necessidades da população e representavam a marca caritativa do sistema.

A situação da medicina, dos hospitais e da saúde era tão precária, que motivou no final da década de 50 um movimento e debates, liderados por um grupo de jovens médicos (Albino Aroso, A. Fernando Fonseca, António Galhordas, Jorge da Silva Horta, Mário Mendes, Miller Guerra, entre outros), sob a égide da Ordem dos Médicos. Foi então elaborado o histórico Relatório sobre as Carreiras Médicas, publicado em 1961. O relator foi Miller Guerra (Figura 1).

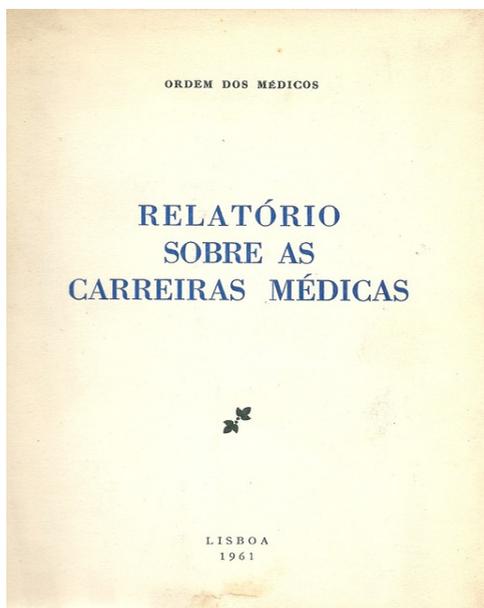


Figura 1 – Relatório sobre as Carreiras Médicas (1961)

A partir de 1961 assiste-se a uma viragem nos modos de ver a saúde e nas estratégias de a proteger e promover. A profissão de enfermagem inicia um percurso de qualificação técnico-científica e a saúde pública teve um

impulso importante, sob a liderança de eminentes médicos sanitaristas. Ambos iriam marcar a evolução do sistema de saúde nas décadas seguintes.

Em 1963 foi aprovado o Estatuto da Saúde e Assistência (Lei n.º 2129, de 19 de julho) que mencionava: *“a integração das actividades de saúde e assistência”* e *“assegurar a cobertura médico sanitária da população...”*. Em 1965 teve início o Plano Nacional de Vacinação cujo sucesso se projeta até hoje, e de que Portugal se pode justamente orgulhar.

A Guerra Colonial de 1961 a 1974 e a necessidade de assegurar a assistência médica em todo o Império levaram a que as faculdades de medicina existentes formassem um número muito elevado de médicos e fossem abertas novas escolas de enfermagem.

A partir de 1970, aproveitando a “Primavera Marcelista”, um grupo visionário de médicos de saúde pública, entre os quais Arnaldo Sampaio e Gonçalves Ferreira, com o apoio político do ministro, também ele médico, Baltazar Rebelo de Sousa, iniciaram em 1971 uma reforma inovadora dos serviços de saúde e conseguiram que fosse publicada a primeira legislação sobre as carreiras médicas, que viriam a ser muito importantes para a posterior edificação do SNS.

Nessa altura, foi criada em tempo recorde a primeira rede de centros de saúde, ultrapassando obstáculos e resistências de vária ordem. Estes primeiros centros de saúde dedicaram-se prioritariamente a atividades preventivas e à promoção da saúde materno-infantil.

“A saúde das populações em geral e do indivíduo em particular depende de um sem número de fatores que é necessário ter em conta para a conservar ou recuperar quando se perde. Daí a complexidade de organizar um serviço de saúde eficiente que satisfaça as necessidades da população e que seja suportável pela economia da nação.

Tem-se verificado, mesmo nos países mais desenvolvidos, que é difícil, para não dizer impossível, pôr à disposição de toda a população os benefícios que as descobertas científicas e tecnológicas podiam proporcionar. Por isso, torna-se necessário escolher as prioridades, isto é, as atividades que é preciso desenvolver para que seja atingido o melhor nível possível de saúde da população. Aí, começam as dificuldades, sobretudo num sistema de saúde como o português em que o poder de decisão supremo está dividido por vários departamentos, o que tem originado soluções nem sempre as mais convenientes para o progresso económico e social da nação e que dificultam a sua conveniente resolução no futuro.

*Podia dar-lhe vários exemplos para ilustrar esta afirmação que aliás estão bem patentes para quem estuda estes problemas, mas não vale a pena, porque o passado só interessa lembrá-lo para evitar cometer os mesmos erros no futuro.”**

* Entrevista a Arnaldo Sampaio, Diário de Lisboa, Março de 1974.

Em Abril de 1974, um dos objetivos do Movimento das Forças Armadas (MFA) foi a criação de um Serviço Nacional de Saúde (Quadro I). Os debates sobre o que deveria ser e como construir um SNS tiveram início logo no segundo semestre de 1974 e prosseguiram nos anos seguintes (Figura 2).

Quadro I

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

“A vitória alcançada pelo movimento das Forças Armadas Portuguesas, destituindo o regime que não soube identificar-se com a vontade do Povo, o qual impediu todas as vias democráticas de expressão, permite definir os princípios básicos que esperamos contribuam de modo decisivo para a resolução da grande crise nacional.

Em execução desses princípios, compete ao Governo provisório:

.....

5. Política Social:

g) Lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos.”

O fim da guerra colonial, a redução dos efetivos militares, a independência das colónias e o regresso de muitos médicos a Portugal levaram ao paradoxo de haver um excesso de médicos, na sua maioria jovens, acumulados nos grandes hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra, estando o resto do país sem assistência médica. Esta situação levou à criação do Serviço Médico à Periferia (SMP) que vigorou entre 1975 e 1982 e que foi um dos fatores para a democratização da saúde em Portugal e para a concretização do SNS.⁸

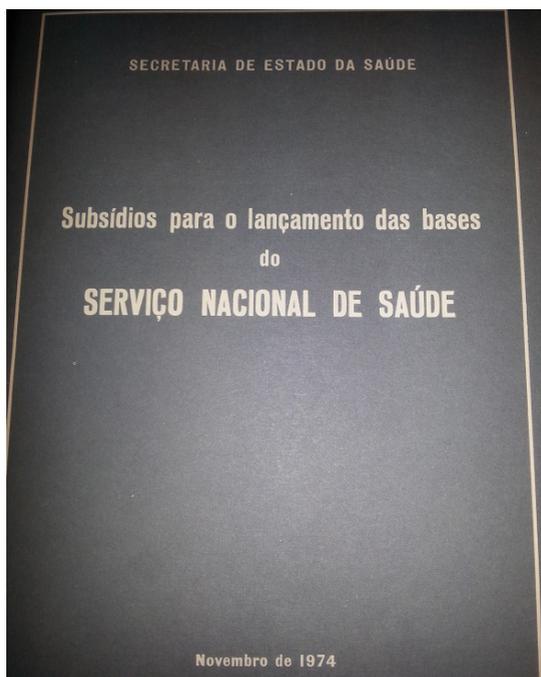


Figura 2 – Publicação da Secretaria de Estado da Saúde, de 1974

Em Abril de 1976, a Constituição da República Portuguesa consagrou no seu artigo 64º, o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover, bem como um SNS universal, geral e gratuito, com gestão descentralizada e participada, para garantir aquele direito.

Com o SMP, milhares de jovens médicos foram colocados, em cada ano, em todo o país, ao longo de sete anos. Asseguraram o funcionamento da maioria dos postos médicos das Caixas de Previdência e dos centros de saúde, dos pequenos hospitais locais e dos postos médicos das Casas do Povo e dos Pescadores. Foi possível assegurar assistência médica regular à população em quase todas as aldeias e localidades do país. Este novo facto permitiu alargar, por Despacho, a cobertura assistencial a praticamente toda a população. Existiam, então, condições básicas para criar o SNS.

Criação e percurso do SNS

Durante o “Governo dos 100 dias” de Maria de Lurdes Pintassilgo, o ambiente político foi favorável à aprovação da Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei 56/79, de 15 de Setembro), sendo António Arnaut vice-presidente da Assembleia da República, em exercício.

Estava dado o sinal de partida para o maior salto civilizacional da democracia portuguesa. Este salto fez deslocar Portugal da humilhante situação das décadas de 50 e 60, para os lugares cimeiros nos principais indicadores de saúde, a nível europeu e mundial.

A Lei nº 56/79, de 15 de setembro, apelidada de “Lei Arnaut”, criou o SNS como sendo uma instituição pública de primeiro nível (criado e estatuído pela própria Assembleia da República). Um todo uno e coerente, combinando direção estratégica central, coordenação regionalizada e gestão descentralizada, com participação dos profissionais, dos cidadãos e das comunidades, a todos os níveis. Esta visão colidia, e colide, com uma cultura administrativa centralista e autoritária, herdada do regime anterior e que ainda persiste no Estado e na administração pública.

O SNS teve de coexistir com uma administração fragmentada por múltiplos departamentos e direções gerais. Por exemplo, a “Lei Arnaut” estabelecia uma administração central do SNS que nunca foi criada e que ainda hoje não existe. Na altura, implicaria a extinção ou fusão de mais de uma dezena de direções gerais do Ministério da Saúde, as quais conseguiram sobreviver por décadas.

Outro fator crítico que fragilizou o arranque do SNS foi o seu financiamento. Estava-se em contraciclo económico e numa crise financeira. As transferências compensatórias que deveriam ter sido feitas da Segurança Social para o SNS nunca ocorreram. O SNS ficou limitado às verbas do Orçamento de Estado.

Um fator decisivo para a sobrevivência e enlace do SNS com a população foi o de ter na sua base uma sólida rede de centros de saúde. Nos primeiros anos, destacam-se os contributos dos profissionais de enfermagem, especialmente os de saúde pública, bem como dos médicos de saúde pública e dos turnos médicos do Serviço Médico à Periferia. A partir de 1982, com a criação da carreira médica de clínica geral (Portaria n.º 444-A/80 de 28 de julho e Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto) e a colocação de milhares de médicos de família nos centros de saúde, foi possível integrar a prevenção e os cuidados curativos e garantir maior continuidade de cuidados.

Uma menção deve ser feita a Maria dos Prazeres Beleza, pelo seu contributo técnico e de cidadania para a Lei do SNS (Quadro II).

Quadro II

Carta a minha Mãe, de Tereza Beleza

“Mãe, sabes que agora em Portugal mandam uns senhores que estão a dar cabo do Serviço Nacional de Saúde? E que dizem que é por causa de uma tal de troika, que agora manda neles? Lembras-te da “Lei Arnaut”, que, segundo ele mesmo diz, tu redigiste, depois de muito pensares e estudares sobre o assunto, com a serenidade e empenho que punhas em tudo o que fazias? Lembras-te das nossas conversas sobre a necessidade de toda a gente em Portugal ter acesso a cuidados de saúde básicos de boa qualidade e de como essa possibilidade fizera em poucos anos baixar drasticamente a mortalidade materna e infantil, flagelos nacionais antigos, como uma das coisas boas que se tornaram realidade depois de 1974 e com a restauração da democracia?(...)”

Tereza Pizarro Beleza, Carta a minha Mãe sobre o SNS e outras coisas em Portugal, Jornal O Público, 10 de Janeiro de 2013.

Entre 1996 e 1999, no ministério de Maria de Belém Roseira, com Constantino Sakellarides no Conselho de Administração da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e, posteriormente, como Diretor-Geral da Saúde, decorreram experiências visando uma reforma inovadora dos cuidados de saúde primários e uma reorganização de todo o SNS, em interligação com as comunidades. Uma particularidade desta fase foi a de ter sido estimulada e apoiada a emergência de equipas e lideranças descentralizadas para desenvolvimento de iniciativas locais. Destacam-se neste período:

Projetos Alfa;

- Experiências de aplicação de um “Regime Remuneratório Experimental” a estes projetos;
- Legislação que dava autonomia aos centros de saúde e favorecia a sua organização por equipas, designadamente as unidades de saúde familiar;
- Criação de centros de responsabilidade integrada nos hospitais;
- Criação de sistemas locais de saúde;
- Criação de unidades locais de saúde;
- Planeamento estratégico em saúde, central e regional;
- Início do conceito e de práticas de contratualização.

A inflexão mercantilista estimulada pela Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde), e reforçada em períodos seguintes, inviabilizaria estas linhas de desenvolvimento. No entanto, as referentes aos cuidados de saúde primários foram retomadas em 2005 e, embora travadas, ainda subsistem. As restantes, podem vir a ser úteis para desenvolver o SNS no século XXI. Sobre aquela inflexão diria António Arnaut, em maio de 2018, que a Lei de Bases da Saúde, de 1990, tinha desestruturado o SNS como se este fosse *“um qualquer subsistema, presente no “mercado” em livre concorrência com o sector mercantil.”*

Entre 2005 e 2010 foi dado um grande impulso à reforma dos centros de saúde e à transformação dos cuidados de saúde primários. Este processo abrandou a partir daí e, em 2018, a reforma dos cuidados de saúde

primários apenas estava metade realizada. As restantes componentes do SNS e o modelo da sua administração permaneceram praticamente inalteradas.⁹

A transformação ainda em curso nos cuidados de saúde primários assenta no trabalho em equipas com autonomia responsável, atualmente constituídas por médicos de família, enfermeiros de família, e secretários clínicos. Visa aumentar a proximidade aos cidadãos e permitir aperfeiçoar continuamente a qualidade e a adequação dos cuidados. Os resultados do labor destas equipas interprofissionais têm sido regularmente avaliados.

Os centros de saúde passaram a estar organizados por equipas interprofissionais com missões específicas e autonomia organizacional. Em junho de 2019 existiam: 533 unidades de saúde familiar (USF) e 363 unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), dedicadas a todas as pessoas e famílias de uma área geodemográfica; 263 unidades de cuidados na comunidade (UCC) vocacionadas para prestarem cuidados seletivos a grupos e a pessoas com necessidades especiais, na comunidade; e 55 unidades de saúde pública (USP), visando a saúde da população e da comunidade como um todo, incluindo aspetos epidemiológicos e ambientais. Existem também 55 unidades agregadoras de competências em áreas como psicologia, serviço social, saúde oral, fisioterapia, nutrição, entre outras, que oferecem respostas específicas e permitem ampliar e complementar a ação das outras unidades. No entanto, esta reorganização tarda a ser concluída.

A situação dos hospitais, por sua vez, não acompanhou a transformação iniciada nos centros de saúde, apesar de ter havido produção de documentos técnicos e constituição de grupos para a reforma da organização interna dos hospitais do SNS. As raras iniciativas de descentralização interna com autonomia responsável contam-se pelos dedos de uma mão.¹⁰

Inovações recentes e relevantes, embora relativamente separadas das restantes componentes institucionais do SNS, foram a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados e a dos Cuidados Paliativos.

O período 2011-2015 foi marcado pela intervenção da “Troika” em Portugal com a vigência do “*Programa de Assistência Económica e Financeira*” - com consequências que se prolongaram pelos anos seguintes.¹¹⁻¹⁴ As orientações para reduzir a despesa e o investimento no SNS chegaram a ser ultrapassadas e ficou esquecida a recomendação para reforçar os centros de saúde e aumentar as unidades de saúde familiar com mais autonomia, responsabilização e evidência de maior eficiência global (USF de modelo B).

Os efeitos das crises, financeira, económica e social e das consequências sociais das medidas de ajustamento adotadas evidenciaram o papel que o SNS pode ter para atenuar sofrimento e desigualdades em saúde. Neste período ocorreram processos distintos e relativamente contraditórios:

- a) Por um lado, foi possível manter parcialmente a reforma dos cuidados de saúde primários, visando criar centros de saúde reorganizados em equipas com autonomia regulada, com responsabilização e prestação de contas (embora sem o apoio e o investimento previstos e necessários);
- b) Por outro lado, foram tomadas medidas centralizadoras, com cortes orçamentais cegos e desinvestimento no SNS que, prolongado por anos, degradou instalações, equipamentos e conduziu à delapidação do capital humano, com saída de profissionais altamente qualificados: por aposentações antecipadas; por saída para instituições privadas; por emigração; entre outros.

Em 2018 e 2019, multiplicaram-se as iniciativas de apoio ao SNS: livros, estudos, ensaios, debates, congressos, conferências, convenções, petições, plataformas, declarações públicas, manifestos, entre outras - destacando a necessidade de o renovar e de o tornar mais ágil, mais eficiente e projetado no futuro.

Em setembro de 2019, o SNS completa 40 anos de vida. Existe a expectativa de aprovação, em breve, de uma nova Lei de Bases da Saúde na Assembleia da República. Abrem-se perspectivas para que a década seguinte seja um período chave para transformar o SNS.

Recursos, atividade e resultados

O SNS conta com o labor e o saber de 131.998 mil profissionais (dados de 2017 (Figura 3) para prestar cuidados aos mais de 10 milhões de cidadãos seus beneficiários. A maior parte desses profissionais possui elevada qualificação técnica e científica. Alguns, são figuras destacadas da medicina e de várias disciplinas científicas a nível mundial.

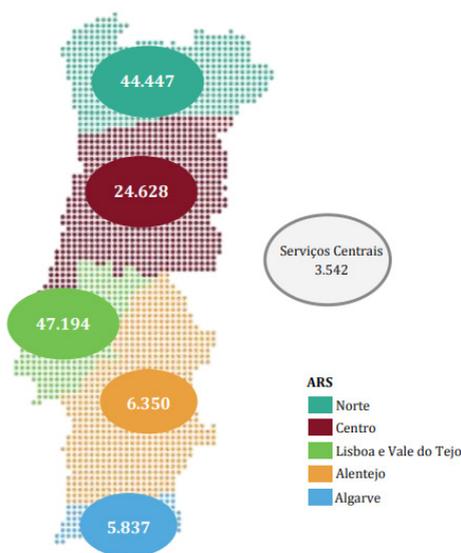


Figura 3 – Total de trabalhadores do SNS, por região de saúde

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 (Relatório Social do MS e SNS, 2017)

Ao mesmo tempo, o SNS é a principal escola para a formação pré e pós-graduada dos médicos e de outras profissões, bem como o contexto predominante da investigação científica em saúde, no país. Áreas cruciais, que praticamente só o SNS assegura.

Recorrem ao SNS, em cada ano, cerca de oito milhões de pessoas (cerca de 75% da população), as quais recebem uma ampla gama de cuidados – desde os preventivos e de promoção da saúde, até cuidados associados a tecnologias e intervenções especializadas.

Em cada ano, são realizadas cerca de 42 milhões de consultas médicas, a maior parte das quais nos cuidados de saúde primários (31 milhões, em 2017), segundo dados do Ministério da Saúde. Porém, a atividade dos estabelecimentos do SNS vai muito para além de consultas, urgências e internamentos. Abrange um imenso valor em intervenções preventivas, de diagnóstico e de tratamento e reabilitação em diversas áreas de cuidados. Entre outras, merecem destaque as taxas de proteção vacinal atingidas e mantidas, a cuidadosa organização e execução da vigilância e promoção da saúde materna, infantil e juvenil, bem como as intervenções dirigidas a utilizadores de drogas e toxicodependentes, que permitiram a inversão da grave situação vivida nas décadas de 80 e 90, relacionada com o uso de heroína, com impacto também em doenças transmissíveis como a infeção pelo VIH, as hepatites virais e a tuberculose. Por outro lado, os cuidados de enfermagem e o envolvimento de competências nas áreas da saúde oral, da psicologia, da nutrição, da fisioterapia, da terapia ocupacional, entre

outras, estão a assumir importância crescente ao nível dos cuidados à família e na comunidade, em contexto de equipas interprofissionais. Estas competências, são ainda escassas para as necessidades.

Houve, ainda, melhoria no acesso a novas tecnologias, nomeadamente medicamentos, através de um sistema de comparticipação no seu preço. Este sistema passou a abranger toda a população, o que não acontecia antes. Só cerca de 50% da população tinha os medicamentos comparticipados.¹⁵

Transformar recursos em resultados

A melhoria dos indicadores de saúde deve-se a uma multiplicidade de fatores entre os quais a melhoria das condições de vida, o saneamento básico, a educação e também os serviços de saúde. Este fenómeno não se verificou, na mesma amplitude, em mais nenhum setor social e económico do país. Algo fez a diferença.

Apresentam-se exemplos dos indicadores que mais evoluíram, designadamente a mortalidade infantil, a mortalidade materna e a esperança de vida à nascença.

Vários relatórios da OCDE fazem referência a Portugal como País que conseguiu maiores reduções em menos anos e com custos menores comparativamente à maioria dos outros países em análise.^{16,17}

Indicadores	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
População								
População residente (x 1.000)	10.573	10.558	10.487	10.427	10.375	10.341	10.318	10.309
Natalidade								
Número de nados-vivos	101.381	96.856	89.841	82.787	82.367	85.500	87.126	86.154
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	9,6	9,2	8,5	7,9	7,9	8,3	8,4	8,4
Mortalidade								
Número de óbitos (residentes em Portugal)	105.954	102.848	107.612	106.554	104.843	108.511	110.535	110.014
Número de óbitos infantis (menores de 1 ano)	256	306	303	243	236	250	278	230
Número de óbitos de 0 a 4 anos	326	372	367	316	291	308	330	352
Proporção de óbitos prematuros (óbitos de menos de 70 anos / total de óbitos)	n.d.	n.d.	22,68%	22,76%	22,38%	21,45%	21,45%	-
Saldo Fisiológico	-4.573	-5.992	-17.771	-23.767	-22.476	-23.011	-23.409	-23.424

Figura 4 - Evolução de indicadores demográficos entre 2010 e 2017

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 (Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas)

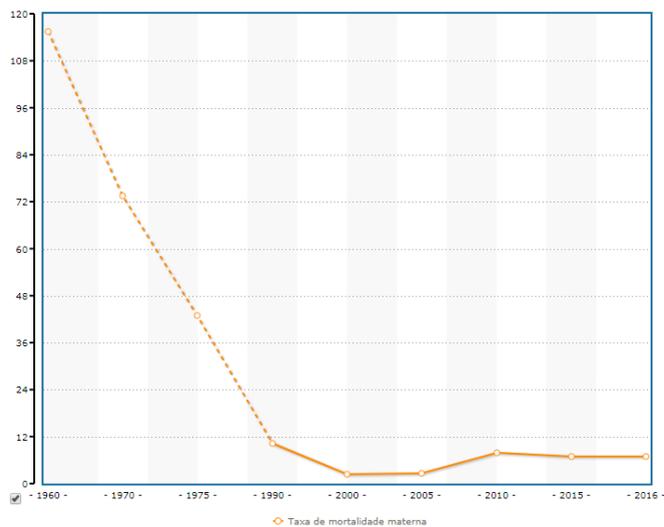


Figura 5 - Evolução da taxa de mortalidade materna

Fonte: Pordata, 2019

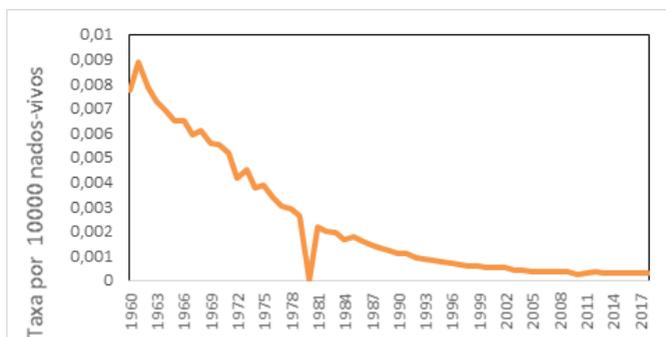


Figura 6 – Evolução da taxa de mortalidade infantil

Fonte: INE, 2019

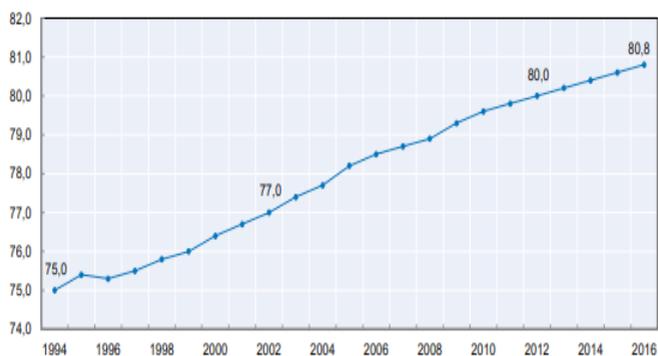


Figura 7 – Evolução da esperança de vida à nascença

Fonte: Ministério da Saúde, 2017 (Relatório Anual Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas)

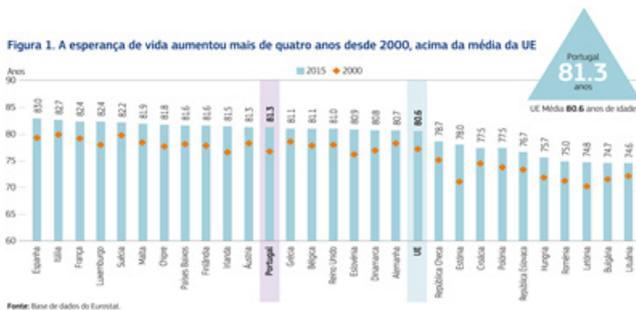


Figura 8 – Esperança de vida à nascença – posição relativa de Portugal, no contexto dos países da União Europeia

Fonte: Base de dados Eurostat

Curiosamente, os custos totais e a despesa pública com a saúde são inferiores aos de muitos outros países com resultados menos favoráveis que os de Portugal. De facto, Portugal obtém resultados de saúde superiores aos que seria de esperar para o seu nível de riqueza, escolaridade da população e despesa com a saúde. Isto havia já sido reconhecido no Relatório Mundial de Saúde de 2000, no qual o desempenho do sistema de saúde português, ajustado às condições do país, surgia em 12º lugar num ranking de 191 países.

“Mesmo gastando menos que outros países, os indicadores de saúde em Portugal são melhores: entre 1970 e 2011, a esperança de vida aumentou nos países da OCDE em média 10 anos, mas em Portugal subiu 13 anos. Segundo a OCDE a esperança de vida em Portugal em 2011 era de 80,8 anos e nos EUA (pátria da saúde privada), que gasta 3,2 vezes mais por habitante, era de 78,7 anos.” *Eugénio Rosa, O Serviço Nacional de Saúde, uma das conquistas mais importantes da revolução de Abril, 5 de Abril de 2014, 35 anos do SNS, Barreiro.

Figura 15. Portugal tem baixos níveis de mortalidade evitável com um nível reduzido de despesas em saúde

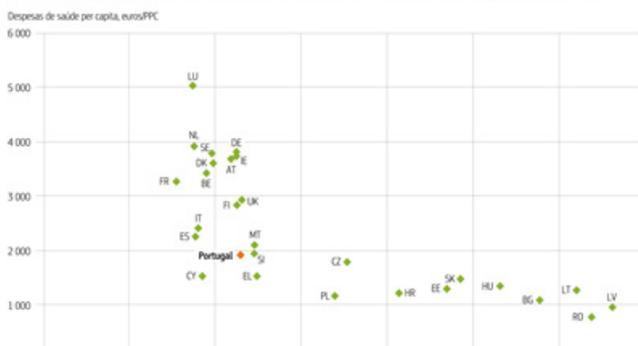


Figura 11 – Posição relativa de Portugal na U – mortalidade evitável vs. despesa em saúde *per capita* por *paridade de poder de compra*.

Fonte: Base de dados Eurostat

Em relação à evolução das perceções dos cidadãos sobre os serviços públicos, Manuel Villaverde Cabral evidenciou uma progressão positiva nos cuidados de saúde primários entre 2001 e 2008. Encontrou tendência inversa em algumas áreas nos hospitais, o que indiciava a necessidade de uma reforma hospitalar (Quadro III).¹⁸

Quadro III

Evolução do serviço público de saúde – opinião em 2001 e 2008

	Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeit o	NS/NR	Méd ia
	%	%	%	%	%	%	
2001							
MF/centro de saúde	6,5	54,3	19,5	10,9	2,1	6,8	2,44
Consulta externa hospitalar	1,7	30,6	27,7	11,7	4,1 2	4,3	2,81
Internamento hospitalar	2,4	33,2	24,6	8,7	2,9	28,3	2,67
Serviços urgência	2	37	27,2	13	4,2 1	6,6	2,77
2008							
Médico família	11,4	55,5	18,7	,2	2,2	5,2	2,29
Centro de saúde	4,3	57,3	25,2	7,9	1,5	3,9	2,43
Consulta externa hospitalar	2,8	41,4	26,1	7,6	1,4 2	0,7	2,54
Internamento hospitalar	3,1	37,2	18,9	4,5	0,8	35,5	2,42
Serviços urgência	1,8	42,9	24,9	11,5	2,6 1	6,4	2,64
Cuidados continuados	0,4	14,1	14,1	3,3	0,6	67,4	2,68
Saúde 24	0,6	7,3	8,4	0,9	0,4 8	2,4	2,61
Exames diagnóstico	2,2	53,8	23	3	0,5	17,5	2,34

Fonte: Adaptado de Villaverde Cabral, M.; Alcântara da Silva, P. O estado da saúde em Portugal, 2009.

Em relação às mudanças sentidas como necessárias, em 2008, em Portugal, 84% dos inquiridos desejavam a manutenção do figurino do serviço de saúde, embora com pequenas (30%) ou com grandes mudanças (54%).

Apenas 13% considerava ser necessária uma mudança completa na organização dos serviços. Este valor era inferior aos de: Itália (40%), Espanha e Estados Unidos da América (28%), Nova Zelândia (20%), Austrália (19%), Reino Unido e Canadá (18%) (Quadro IV).

Como seriam as respostas hoje?

Quadro IV

Opinião sobre as mudanças necessárias no serviço de saúde (2008)

	O serviço de saúde funciona bem/ podia melhorar com algumas pequenas mudanças (%)	O serviço de saúde tem coisas boas mas precisa de grandes mudanças para melhorar (%)	O serviço de saúde funciona tão mal que precisa de ser completamente refeito (%)
Portugal (2008)	30	54	13
Austrália (2001)	25	53	19
Canadá (2001)	21	59	18
Nova Zelândia (2002)	18	60	20
Reino Unido (2002)	21	60	18
Irlanda (2002)	18	51	28
Holanda (2000)	42	46	5
Alemanha (2000)	41	35	13
França (1990)	41	42	10
Suécia (1990)	32	58	6
Reino Unido (1988)	22	52	12
Espanha (2000)	21	49	28
Itália (1990)	18	46	40
Japão (1991)	29	42	6

Fonte: Adaptado de Villaverde Cabral, M.; Alcântara da Silva, P.O estado da saúde em Portugal, 2009.

Em 2015 o Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS, publicou um estudo sobre a satisfação dos utentes (2300 entrevistas). Em relação ao SNS, dos 75% de respondentes que haviam recorrido aos serviços do SNS, 56,2% utilizou serviços dos centros de saúde e 18,8% dos hospitais. 88,2% ficaram satisfeitos com o tempo despendido pelo médico na consulta. 90% afirmaram que o médico deu oportunidade de colocar questões e de esclarecer dúvidas. Relativamente à qualidade dos cuidados prestados, esta correspondeu ao esperado para 82,6%. 91,4% afirmam ter sido bem atendidos pelos profissionais com quem contactaram.

Num estudo de satisfação dos utilizadores dos cuidados de saúde primários (Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra - 2015), com 49.621 questionários, a satisfação foi de 82,1% em relação às componentes interpessoais dos cuidados médicos e de 79,6% com as componentes técnicas. Os maiores níveis de satisfação referem-se à confidencialidade (87,2%), à forma como o médico o ouviu (84,1%) e ao facto de se ter sentido à vontade com o médico para contar os seus problemas (83,4%). A satisfação com os cuidados de enfermagem foi de 83,5% e de 77% com o secretariado. A organização foi a dimensão menos pontuada, sendo a acessibilidade um dos aspetos com valores mais baixos, embora com grandes progressos em relação a estudos anteriores. De facto, o mesmo investigador coordenador, com a mesma metodologia, apurou um salto considerável na dimensão “organização dos centros de saúde”. Em 2003/2004 o nível de satisfação foi de 42,8 %

nesta dimensão. Em 2015, após a reforma impulsionada nos centros de saúde, os valores de satisfação na mesma dimensão foram: 65,1% para as unidades de cuidados de saúde personalizados (sem autonomia e com piores condições, em geral); 69,5% nas unidades de saúde familiar em modelo A (com autonomia organizacional mas com modelo retributivo fixo); e 72,9% nas unidades de saúde familiar em modelo B (maior autonomia organizacional e com retribuição associada à dimensão e características das listas de utentes e ao desempenho).¹⁹

Contrariedades e contradições

O SNS tem estado submetido a tensões pendulares, contraditórias, entre um polo mercantilista, em que a saúde é vista como negócio, e um polo centrado no bem comum, no interesse público, na solidariedade, na fraternidade, na equidade e na coesão social.

O SNS foi criado por Lei da Assembleia da República como instituição pública de primeiro nível (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro). Isto é, foi a própria Assembleia a determinar o seu mandato e as suas regras. Porém, com a Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de agosto, o SNS passou juridicamente a ser um entidade de “segundo nível”. Isto é, dependente e regido por decreto-lei do governo (Decreto-Lei 11/93, de 15 de janeiro – Estatuto do SNS).

Decorrentes destes dois diplomas legais, passaram a coexistir possibilidades e nuances como a do “seguro alternativo” ao “seguro” universal subjacente ao SNS, incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde complementares, estabelecimento de convenções com grupos de médicos, entrega da gestão dos estabelecimentos do SNS a entidades privadas, privatização de serviços públicos (que alguns afirmam ter sido ensaiada com a criação dos hospitais S.A.), facilitação da passagem de profissionais para o sector privado, relações de tipo concorrencial entre os estabelecimentos do SNS e os do sector privado e social, entre outros.

Durante mais de três décadas o SNS esteve desprovido de identidade – sem que qualquer órgão ou entidade do Ministério da Saúde, nem estabelecimento ou serviço do SNS incluísse a designação “Serviço Nacional de Saúde”. Até 2016, nenhuma das suas instituições ostentou, de facto, essa afiliação ou pertença nas suas designações, impressos ou logótipos. Pelo contrário, a governamentalização do SNS foi a linha dominante. Chegou a encimar o próprio receituário (Figura 12).



Figura 12 – Cabeçalho de receita médica (2015)

No início e por um breve período de tempo, em 1982, quando Paulo Mendo era Secretário de Estado da Saúde, foi publicado um Boletim, que em breve desapareceria (Figura 13). Sobreviveu assim o SNS, durante mais de três décadas, sem marca, sem unidade e sem identidade próprias. Em 2016, com o Ministro Adalberto Campos Fernandes teve, finalmente, um logótipo (Figura 14) e um Portal na Internet.



Figura 13 - Primeiro Boletim do SNS (1982)



Figura 14 - Primeiro logótipo oficial do SNS (2016)

A gestão privada de serviços públicos começou no Hospital Fernando Fonseca (Amadora-Sintra), em 1995/1996 (atualmente revertida), e tem continuado com as polémicas parcerias público-privadas (PPP) de Braga, Cascais, Loures e Vila Franca de Xira, fonte de conflitos com utentes, profissionais e o Estado. Com o decorrer dos anos e o “turn-over” elevado (saídas e entradas frequentes de profissionais) em diversos serviços nesses hospitais, tem-se assistido à erosão da cultura de serviço, de equipa, de evolução profissional e de missão - que era e é um dos pontos fortes das unidades do SNS, apesar da degradação causada pelo desinvestimento dos últimos 10 anos. Degradação que atingiu níveis muito críticos em diversas unidades.⁹

Como nota curiosa é de salientar que a possibilidade de “*entrega de centros de saúde ou partes deles*” à gestão privada – tentada por via do Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, motivou uma greve dos médicos de família a 100% e não chegou a ser tentada.

Ao mesmo tempo, alguns hospitais passavam a sociedades anónimas – os Hospitais S.A.⁸

Quanto aos serviços de saúde pública que tiveram desenvolvimento e impactos notáveis na saúde da população entre meados da década de 60 e meados da década de 80 do século XX, são atualmente, no SNS, serviços com recursos diminutos. Têm tido dificuldades de interação e articulação com as restantes unidades funcionais dos centros de saúde, com os hospitais e com outros serviços de saúde e instituições da comunidade. Apesar das várias comissões, das propostas (por vezes

contraditórias) e até de diplomas legais para a sua reestruturação, as suas fragilidades estruturais e funcionais persistem e terão de ser rapidamente superadas.

Quanto ao posicionamento do SNS no sistema de saúde, há que sublinhar que o SNS é essencialmente uma instituição solidária onde são marcantes valores como os da equidade, da fraternidade, da coesão social, da promoção da saúde, da redução da doença, da transparência e da prestação de contas a todos os cidadãos, que são os seus “acionistas”. Assim, pela sua natureza, não podem existir relações concorrenciais saudáveis entre o SNS e as entidades e organizações mercantis que laboram na área da saúde. Estas procurarão, naturalmente, maximizar os seus lucros e os dividendos reclamados pelos acionistas. A convivência entre estes tipos diferentes de entidades e de instituições é possível e pode até ser necessária, mas requer uma cuidadosa e sofisticada regulação.

Existe atualmente uma clivagem marcada entre posições radicalmente contrárias, por exemplo, à existência e continuação de parcerias público-privadas nos hospitais do SNS e posições favoráveis à sua continuação. Menor expressão mediática têm as posições que preconizam uma distinção entre as infraestruturas e sua gestão (admitindo que esta possa ser assegurada por operadores privados), e a gestão clínica dos cuidados prestados aos doentes. Em alguns países da Europa que também experimentaram as PPP, esta gestão clínica é obrigatoriamente pública, flexível e vinculada ao compromisso de oferecer, em cada momento, as melhores respostas em qualidade, celeridade e quantidade às necessidades da população.

A sã coexistência entre o interesse público e interesses privados requer regras, rigor e transparência ao nível de fluxos financeiros, da mobilidade dos doentes e da atividade clínica dos profissionais.

Os grandes interesses económicos e financeiros para quem a saúde é um sector de grande rentabilidade, têm, em prol do seu próprio lucro e enriquecimento, conseguido influenciar decisões ou omissões políticas, independentemente de isso prejudicar ou não o bem comum, o interesse dos cidadãos, a equidade em saúde e a coesão social.

A quebra dos rendimentos das famílias e das pessoas, especialmente das mais vulneráveis, o desemprego, a acentuação das desigualdades, o agravamento da pobreza, geram fragmentação social, sofrimento psicológico e agravamento de diversas situações de saúde. O SNS tem atuado como fator de coesão social e de amortecimento das consequências das crises na saúde e bem-estar da população. Deve, por isso, ser acarinhado e reforçado.

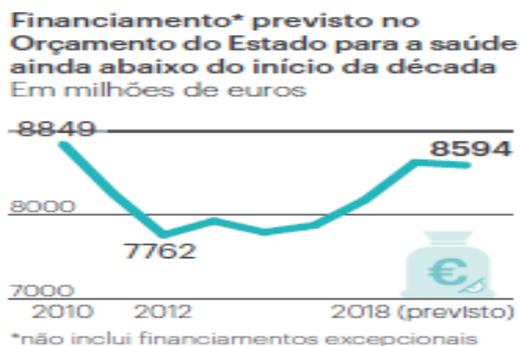


Figura 15 – Quebra do financiamento público previsto para a saúde, desde 2010, ainda não recuperado.

Fonte: Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.

O desinvestimento no sector público da saúde teve consequências danosas para o SNS e para a saúde dos cidadãos. Os números são elucidativos. A despesa do Estado em saúde é ainda hoje inferior à verificada no início da década (Figura 15). A correção desta situação passa pela retoma do investimento, necessariamente associado à inovação organizativa e à renovação do SNS, tornando-o mais adaptado às novas circunstâncias, às necessidades das pessoas e às preferências da sociedade.

Apesar de todas as dificuldades, o SNS é considerado a maior realização social e política de Portugal desde 1974. Um estudo recente ilustra que na saúde, e apenas neste sector, o país obtém resultados acima do esperado para o seu nível de desenvolvimento económico e social (Direção-Geral da Saúde e *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2018).²⁰

Da importância social e económica do SNS decorre que investir nele (enquanto função do Estado Social) é investir na economia, no desenvolvimento social e no bem-estar de todos. É investir na democracia e na liberdade porque não é possível haver Estado Democrático sem haver Estado Social.²¹

Uma população mais saudável, com menos iniquidades, com menos sofrimento e incapacidades, com mais bem-estar, torna o país mais produtivo, mais livre, feliz e próspero. Por sua vez, *“a dissociação entre contribuições e benefícios através do financiamento da prestação dos cuidados de saúde por via de impostos e com acesso gratuito aos serviços tende a reduzir ou, pelo menos, a tornar menos perceptíveis as diferenças ideológicas e políticas, bem como os conflitos de interesse entre grupos sociais, em particular nas classes média e baixa, reforçando assim a solidariedade social. Comparativamente, os sistemas com prestadores mistos e privados geram maiores divisões internas na população beneficiária, uma vez que o papel das seguradoras e dos fundos de doença semiprivados salienta as distinções de classe e torna mais visível o processo de redistribuição dentro do sistema de saúde, assim como os custos financeiros dos cuidados recebidos (Jordan 2010).”*⁴

Para uma conversao construtiva

* *“Para uma conversao construtiva”*  o título do primeiro livro editado pela Fundao SNS – após o I Congresso SNS: Patrimnio de Todos (2013).

Linhas para a transformao do SNS

Para projetar o SNS do futuro  necessário explorar novos caminhos. O sistema de saúde e o SNS não devem ser vistos como há 20 ou 30 anos atrás, porque muito mudou. A evoluo dos sistemas sociais  indissociável das condioes de partida, das opoes iniciais e dos contextos que determinam as suas possibilidades evolutivas, mas que também lhes conferem proteo. A resistência e a resiliência do SNS a tentativas para o seu desmantelamento são prova disso. Mas não bastam. Há um trabalho a fazer que  responsabilidade de todos.

O SNS português tem tido resultados que nos deixam orgulhosos apesar das vicissitudes a que tem sobrevivido. Ele já , e pode vir a ser ainda mais, uma organizao que contribui para um país empreendedor e próspero, atento ao bem-estar de todos. Numa perspetiva internacional, Portugal, pela sua experiência, talvez seja um dos países melhor preparados para inspirar e coliderar uma transformao profunda dos modos de ver a saúde e a sua proteo, na Europa.

Porém, atualmente, os modelos de organizao e de prestao de cuidados de saúde na maioria das instituioes do SNS já não são os mais adequados para antecipar e responder s novas necessidades decorrentes, em especial, das novas realidades demográficas e epidemiológicas,

bem como às novas expectativas dos cidadãos e preferências da sociedade. Exemplos deste desajustamento são: a prestação de cuidados na doença aguda e nas situações percebidas como urgentes pelas pessoas; os cuidados nas situações de doenças crónicas e de dependência física e funcional, frequentemente em quadros de multimorbilidade, em pessoas mais velhas e mais frágeis – para quem, necessidades de saúde e sociais, fazem parte de um todo inextricável.

Nas páginas seguintes, enunciam-se linhas de ação para uma transformação adaptativa, que permita renovar o SNS. Estão organizadas em torno de 3 eixos:

I - O SNS como instrumento para o desenvolvimento e coesão social – investimento que cria valor

II - As pessoas:

- ✓ Os cidadãos para quem o SNS existe;
- ✓ Os profissionais que a eles se dedicam e sua organização.

III – Identidade, governação e mudança organizacional do SNS - para garantir melhores respostas.

A Fundação SNS apresentará até final de 2019, para debate público, um conjunto de propostas concretas associadas a cada uma das linhas enunciadas.

I

**O SNS como instrumento
para o desenvolvimento e a coesão social
– investimento que cria valor**

1. Racionalidade dos investimentos

Explicitar planos plurianuais com as prioridades e montantes de investimento e respetivo racional

“Um controlo financeiro exigente não é incompatível com investimento bem dirigido, objetivos claros, regulação incisiva e permanente atenção aos cidadãos.”

António Correia de Campos

In: O SNS hoje e amanhã. PÚBLICO – 28 de maio de 2019

Investir de modo criterioso na saúde, é investir na criação de valor para as pessoas e promover o desenvolvimento social e económico do país. Porém, na prática, a saúde tem vindo a ser vista pelos decisores políticos, nas últimas duas décadas, como despesa a conter e a cortar a todo o custo.

Os modelos de desenvolvimento assentes apenas no crescimento económico estão, cada vez mais, a mostrar serem inferiores em resultados humanos, e também económicos e sociais, aos modelos assentes em estratégias e medidas de desenvolvimento humano.²²

Os investimentos nas instituições têm sido feitos de modo pontual sem se conhecer o racional sistémico de tais decisões. Por exemplo, o preâmbulo de uma Resolução do Conselho de Ministros de 2019 anuncia o propósito de desenvolver os cuidados de saúde primários mas, contraditoriamente, a lista das decisões de investimento

atribui a totalidade da verba (91 milhões) apenas a instituições hospitalares.

Sabendo-se que o desenvolvimento adequado da rede de cuidados de saúde de proximidade é condição para racionalizar a procura de cuidados hospitalares e melhorar o funcionamento de todo o SNS, é de questionar qual a racionalidade de tais decisões.

Por isso é indispensável que sejam delineados e explicitados planos plurianuais com as prioridades de investimento no SNS e respetivo racional.

*“O valor [5,1 mil milhões de euros] não pode deixar de nos impressionar, pois significa que cerca de metade do investimento anual do SNS é retornado para a economia no próprio ano só por via da participação dos cidadãos no mercado de trabalho.” **

* Pedro Simões Coelho, coordenador do estudo “Índice de Saúde Sustentável” NOVA-IMS, 2019.

2. Financiamento e balanço económico

Providenciar uma arquitetura inteligente para o financiamento do SNS

“Estou convicto que a reforma no modelo de financiamento é a pedra angular da reforma do sistema de saúde e que ela pode promover mudanças significativas em toda a orgânica do sistema e no seu funcionamento.”

António Ferreira

In: António Ferreira. *Reforma do sistema de saúde – A minha visão*. Vila do Conde: Verso da História, 2014.

Nos últimos anos, a despesa pública associada ao SNS tem sido inferior aos valores da média europeia e é, habitualmente, apresentada sob a forma de “gastos”, omitindo-se os ganhos e o retorno propiciados. Por isso, este retorno deve passar a ser regularmente calculado e explicitado, quantificando os contributos do SNS para a riqueza e para o desenvolvimento do país. Estes contributos estão associados ao bem-estar, à qualidade de vida e aos ganhos em saúde para a população, mas também à funcionalidade produtiva das pessoas nas mais diversas áreas de atividade, indispensáveis ao desenvolvimento sustentado de Portugal. Além disso, deverão também ser considerados o emprego qualificado bem como as atividades científicas e económicas que se desenvolvem em torno do funcionamento do SNS.

Assim, quando se apresenta a percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) destinada ao SNS, deve ao mesmo tempo apresentar-se qual o contributo percentual que o SNS deu para a formação do PIB português.

Por outro lado, a despesa privada com a saúde – cerca de um terço da despesa total em saúde – representa um encargo importante para o orçamento das famílias. Assim, no plano dos direitos humanos e da justiça social, é decisivo usar estratégias de financiamento para promover equidade em saúde, quer utilizando estratégias de contratualização, quer utilizando linhas de financiamento delineadas para esse efeito ou ambas.

Conviria conhecer o que os cidadãos e o país estão dispostos a disponibilizar anualmente para promover e proteger a saúde de todos, de forma sustentável. Deverão ainda equacionar-se um sistema de orçamentos plurianuais, com consignações financeiras específicas e explícitas para o SNS, para as diversas áreas de cuidados de modo a protegê-lo da predação contingencial para outros fins, que pode assumir várias formas e ter várias origens.²³

3. Pagamento dos cuidados associado aos resultados – criação de valor

Delinear e aplicar modos de pagamento associados a resultados em saúde e que atenuem ineficiências.

O modo de pagar aos prestadores de cuidados, sejam profissionais individuais, equipas, serviços ou instituições, influencia os seus comportamentos e os desempenhos, profissional e organizacional.

Não existe uma solução única e mágica para todas as situações, devendo ter-se em conta os resultados da investigação científica neste domínio. Habitualmente, é útil combinar diversos modos de pagamento, tendo em conta os efeitos que se pretendem obter para a saúde das pessoas e da população.

As instituições académicas com capacidade de investigação em serviços de saúde podem e devem ser mobilizadas para apoiar as decisões nesta área.

Os estabelecimentos do SNS devem ser exemplares em termos de qualidade técnico-científica, eficiência, segurança, custo e serviço que prestam. Por isso, um modelo que combine diferentes modalidades de pagamento e incentivos financeiros e não financeiros aos serviços e equipas visando retribuir e estimular o brio, o profissionalismo, o trabalho em equipa e a motivação para melhorar processos e resultados pode contribuir para a excelência dos cuidados prestados por cada instituição do SNS.

O essencial é que essas formas de pagamento estejam alinhadas com uma cultura organizacional, que estimule o trabalho interprofissional cooperativo centrado nas pessoas e orientado para os resultados em saúde. É necessário evitar e contrariar práticas competitivas individualistas e habilidades de manipulação de registos e de códigos para maximizar proveitos. Assim, serão desejáveis modalidades de pagamento que, comprovadamente:

- a) Estimulem a produção de valor/resultados de saúde em vez de volume de atos ou o atingir metas de processo irrelevantes;
- b) Fortaleçam o trabalho cooperativo em equipas interprofissionais orientadas para as pessoas e para a sua saúde;
- c) Incentivem e recompensem a melhoria contínua de processos;
- d) Contribuam para que os profissionais se mantenham focados nas pessoas e nos seus problemas e necessidades de saúde e não em registos e meandros burocráticos;
- e) Recompensem as tarefas profissionais, cognitiva e emocionalmente complexas, que habitualmente tendem a ser menos valorizadas do que os atos técnicos facilmente multiplicáveis.

II

As pessoas

- Os cidadãos para quem o SNS existe**
- Os profissionais que a eles se dedicam, e sua organização**

4. Matriz ética

Fortalecer o quadro de valores do SNS

O SNS alicerça-se em valores e práticas de equidade, de generosidade social e de solidariedade. Por isso resistiu a tantas adversidades e, também por isso, tem potencialidades para se desenvolver no futuro. O mandato constitucional do SNS visa esbater desigualdades no exercício do direito à vida, à proteção da saúde e ao acesso com equidade a cuidados de saúde de qualidade, independentemente das condições sociais, económicas, étnicas e culturais de cada pessoa.

A saúde da população é afetada pelas desigualdades, disfunções, distorções e contradições do sistema económico e social, muitas delas com origem na ganância do “mercado”. As políticas públicas devem contrariar estes desequilíbrios e iniquidades sociais, providenciar a redistribuição da riqueza e atenuar diferenciais de qualidade de vida, de saúde e de bem-estar entre os cidadãos.²⁴ O SNS apesar de todas as dificuldades, provou ser um poderoso instrumento neste sentido. Por isso, o reforço das várias dimensões da sua matriz ética é um pilar essencial para a sua transformação e desenvolvimento.

5. Promoção da saúde, literacia em saúde, transparência, participação e controlo social

Garantir que a política de saúde e um sistema de informação integrado e amigável favorecem a literacia, a transparência e as dinâmicas participativas

“O nível e a qualidade da participação dos indivíduos e das comunidades nas decisões que afetam a saúde é tanto maior quanto maior for a sua compreensão dos problemas e a capacidade de encontrar soluções e partilhá-las.”

Isabel Loureiro e Natércia Miranda

In: *Promover a Saúde: dos Fundamentos à Ação* (3.ª Edição). Coimbra: Edições Almedina, S.A., 2018 (p. 206).

É necessário criar um sentimento de apropriação do SNS por parte de todos os cidadãos. A literacia em saúde, relacionada com o SNS, significa que as pessoas, como seus proprietários e beneficiários, são capazes de se envolver em decisões sobre política de saúde, sobre serviços e sobre a sua saúde pessoal. Tudo isto implica o acesso a informação e a conhecimento, e ter motivação e competências para fazer escolhas informadas e participar ativa e esclarecidamente nessas decisões. Hoje, existem meios para aumentar a literacia em saúde e a transparência, bem como para desenvolver uma estratégia de comunicação sobre como navegar no SNS. Neste processo, o papel dos profissionais de saúde é crucial.

Também é necessário ter em conta que o modo como a literacia em saúde é incorporada pelo sistema de saúde pode ser um fator para aumentar as desigualdades sociais.

A utilização adequada dos serviços é indispensável à prestação e à obtenção universal de cuidados de saúde de qualidade. O conhecimento dos recursos e dos serviços disponíveis é fundamental para a sua correta utilização. A avaliação do seu desempenho e dos seus resultados são essenciais para maior eficiência e obtenção de melhores resultados em saúde.

A literacia em saúde contribui para que as pessoas tenham um papel mais ativo e competente na gestão da sua saúde.

Para além da sua importância na adequada utilização dos serviços de saúde, tem um impacto efetivo no acesso aos cuidados e na saúde individual e coletiva. Pode ser encarada como um processo de conscientização das pessoas para os seus direitos e deveres, para a capacidade de descobrir e de criar os seus próprios recursos e possibilidades.⁶

Deverão ser tidas em conta as assimetrias regionais e locais da “distribuição” da literacia, promover processos participativos de consulta e decisão, alinhar a gestão de recursos com os objetivos de mudança e as tecnologias digitais facilitam e apoiam estes processos sem aumentar a exclusão de quem tem mais necessidades. Na gestão da mudança, há que promover a avaliação de experiências locais e regionais que possam inspirar outras e aprender com a própria experiência da mudança.

Para além de promover a literacia em saúde nas pessoas com doença e nos cuidadores, é também necessário fazê-lo junto dos decisores políticos, dos gestores e dos profissionais de saúde, incrementando assim as escolhas informadas por parte de todos.

As novas tecnologias, designadamente o Portal do SNS, têm um papel fundamental na promoção da literacia - fator crítico na proteção e promoção da saúde do país e da sustentabilidade do SNS.

A valorização do SNS pelo cidadão passa também pelo conhecimento da despesa/investimento do serviço público no seu caso particular. Tal poderá ser feito através da designada “fatura virtual”.

6. Donativos cívicos

Permitir, estimular e garantir transparência, rigor e aplicação criteriosa de donativos cívicos

Vários cidadãos têm questionado como poderiam apoiar financeiramente o desenvolvimento do SNS, sem que isso levasse à obtenção de qualquer tipo de privilégio individual ou outro, à desresponsabilização do Estado, ou ao desvio dos fundos públicos devidos à proteção da saúde para outros fins. Isto é, tais contributos seriam um *plus* para finalidades e projetos adicionais específicos, controlados pelos próprios doadores e nunca uma substituição dos deveres públicos.

Considera-se, assim, pertinente permitir, estimular e garantir transparência, rigor e aplicação criteriosa de donativos cívicos através de um Estatuto e de regras precisas para este fim.

7. Profissionais

Valorizar os profissionais, reconhecer e recompensar os seus contributos e motivá-los a dar o seu melhor

“As organizações necessitam de pessoas qualificadas, de desenvolver as suas competências e de promover um clima de confiança e de cooperação, aproveitando assim as sinergias de cada uma e das suas relações interpessoais.”

In: Cunha MP, Rego A, Lopes MP, Cetil M. *Organizações Positivas*. Manual de Trabalho e Formação. Lisboa: Ed. Sílabo, 2008.

As pessoas (profissionais e cidadãos) são os principais fatores explicativos da resiliência do SNS ao longo de décadas. Assim, são prioridades imediatas: reconhecer, acarinhar, valorizar e relançar o entusiasmo, o brio e a confiança dos profissionais. Tal implicará, a par da revalorizar as carreiras profissionais, valorizar o trabalho em equipas interdisciplinares e interprofissionais.

O trabalho em dedicação plena no SNS deve ser estimulado e recompensado. Deve decorrer naturalmente do vínculo que os profissionais criam com as equipas e serviços e não por serem forçados a tal. Devem ser tidos em conta atrativos e incentivos que incluam sinergicamente: condições e horários de trabalho; formação, evolução e carreira profissional; inserção em equipas dinâmicas e estimulantes; clima e cultura organizacionais da sua instituição e do SNS; sistemas retributivos e de reconhecimento/ recompensa justos, sensíveis à quantidade, à complexidade, à qualidade e aos resultados do trabalho produzido.

O aperfeiçoamento das carreiras profissionais, a organização descentralizada por equipas com autonomia e responsabilidade, a importância da dinâmica de equipa e a evolução do conhecimento científico sobre a utilização e efeitos de incentivos, bem como do desenho e natureza destes, são questões fundamentais para a valorização e o reconhecimento dos profissionais, visando melhores cuidados de saúde e maior qualidade, afetividade e dignidade no acolhimento e atendimento.

8. Organização da ação profissional

Desenvolver uma rede de serviços com continuidade sistémica

O desenvolvimento harmonioso de uma rede de serviços em continuidade sistémica (centros de saúde, hospitais e outros serviços) implica uma atenção cuidada a todo o conjunto e não apenas a uma parte. O investimento numa rede bem distribuída de serviços de proximidade, com ênfase nos vários tipos de prevenção, deve ser uma das prioridades, visando melhorar a acessibilidade e as capacidades preventiva e resolutiva dos centros de saúde e das suas equipas (*unidades de saúde familiar e demais unidades dos centros de saúde*).

A rede de serviços de proximidade é a chave para melhorar a efetividade, a eficiência e a capacidade de resposta do SNS em todos os níveis, a par de mecanismos efetivos de comunicação e interação entre centros de saúde, hospitais e outros serviços de saúde, sociais e organizações da comunidade. Este patamar será o que melhor potencia a participação cidadã, mas também a articulação de respostas envolvendo outros atores públicos (educação, segurança social e autarquias), bem como atores do sector social.

Todos os centros de saúde devem passar a estar dotados dos meios e das competências necessários para resolver os problemas de saúde mais comuns e prevalentes, quer no domínio da prevenção e controle dos vários tipos de doenças, quer na resposta eficaz e atempada às doenças

agudas, reservando-se os serviços de urgência para as situações graves que requeiram os meios técnicos concentrados e disponíveis nestas unidades.

Dadas as inequidades de acesso que perduram ao fim de mais de uma década de reforma dos cuidados de saúde primários, é absolutamente prioritário concluir a cobertura de toda a população por equipas basilares de saúde da pessoa e da família, organizadas sempre que possível em unidades de saúde familiar.

Estas equipas devem estar interligadas e ser apoiadas por equipas mais alargadas, com outras profissões da Saúde, com meios técnicos e especialidades especificamente dedicadas à saúde pública e a doenças e situações específicas, de modo aberto e flexível – o que pressupõe estreita ligação e comunicação com as equipas hospitalares e de outras instituições, para garantir melhores prevenção, acesso e respostas. Para tal, é necessário reforçar os meios dos *centros de saúde*, reorganizados em equipas interprofissionais, com autonomia e responsabilidade para se auto-organizarem e cooperarem entre si, sendo regulados por contratualização e avaliação exigentes, para maximizar resultados. A mesma lógica deve ser aplicada na reorganização interna dos serviços e equipas hospitalares, bem como dos serviços de saúde pública.

9. Centralidade no cidadão e integração de cuidados

Pôr cobro à fragmentação e à desconexão de cuidados

“O SNS deve ser considerado como uma entidade autónoma com identidade e estatuto próprios, deixando de ser um agregado de instituições desconexas sem governação unificada, de modo a favorecer a defesa da saúde pública.”

J. Aranda da Silva

In: *Le Monde Diplomatique – Edição Portuguesa*, abril de 2019

Um dos desafios atuais nos sistemas de saúde, talvez o principal, é o da prestação de cuidado centrados nas necessidades das pessoas e nas preferências da sociedade e não nas organizações. Por sua vez, a integração de cuidados requererá transformar o SNS como um todo e a sua governação, bem como descentralizar a gestão, assegurar a sua competência, e repor e acrescentar meios nos pontos mais críticos.

O SNS tem sido uma organização desligada, fragmentada por “níveis” e silos de instituições que comunicam e interagem mal e que cooperam pouco. Estas separações repetem-se relativamente à ligação com as instituições sociais e da comunidade. Com a evolução das necessidades da população e as novas capacidades técnicas este modelo de organização não é mais compatível com dar boas respostas aos cidadãos. Assim, uma das tarefas imediatas é a de melhorar a integração de cuidados a partir de uma boa rede de serviços de proximidade com serviços e tecnologias adequadas de apoio, e esbater a

separação entre saúde, proteção social e participação comunitária.

O discurso da necessidade de articulação e de interligação entre cuidados de saúde primários e hospitais tem estado centrado em óticas institucionais e de gestão em vez de num modelo de prestação integrada de cuidados, centrado nas pessoas e com a sua participação. Haverá que promover inovação e transformação baseadas em novas modalidades de trabalho em equipa, em que o cidadão também se inclui. Será útil partir de uma equipa basilar elementar (médico de família, enfermeiro de família e secretário clínico), com quem cada cidadão e cada família estabelece uma ligação personalizada ao longo do tempo, com facilidade de comunicação e de contactos. A partir desta equipa basilar e em função das necessidades, das expectativas, das preferências e dos valores de cada pessoa/família, em cada situação e momento, poderão ser mobilizados contributos de outras competências e dos meios necessários para responder às especificidades e complexidade de cada situação. Trata-se de desenvolver a transdisciplinaridade em saúde e novos modos de ver o trabalho em equipa interprofissional, aberta, flexível, contingencial e dinâmica – desafiando a lógica da organização por silos institucionais verticais e por níveis de cuidados.

10. “Cuidar em casa”

A proximidade começa na casa onde as pessoas vivem

Falar em cuidados de proximidade implica ter de reforçar a organização e ampliar a prestação de cuidados de saúde e sociais nos locais onde as pessoas com doenças crónicas e dependência vivem. Esta tendência tem uma crescente expressão mundial, sobretudo nos países com ritmos de envelhecimento demográfico mais marcado – que é o caso de Portugal.

A prestação de cuidados no domicílio é uma das componentes dos cuidados continuados. Nela convergem todos os tipos de cuidados que possam tecnicamente ser oferecidos neste contexto, nas situações que reúnam requisitos para tal. Os projetos de hospitalização domiciliária, a crescente ação das equipas de cuidados continuados integrados dos centros de saúde e a emergência das equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos – são linhas de desenvolvimento que devem ser fortemente acarinhadas e reforçadas nos próximos anos.

Na base do “Cuidar em casa” hão-de estar sempre e em continuidade as equipas basilares de saúde da família: médico de família e enfermeiro de família com o apoio logístico de retaguarda do respetivo secretário clínico.

III

**Identidade, governação e
mudança organizacional do SNS
- para garantir melhores respostas**

11. Inovação organizacional

Abordar e transformar o SNS como um todo

As sociedades humanas atravessam grandes transições e os seus sistemas de saúde requerem mudanças adaptativas complexas, de larga escala, abrangendo o todo sistémico e não apenas partes deste todo.

O SNS tem sido alvo de reformas parcelares, segmentadas, com descontinuidades, quase sempre desarticuladas, por vezes com contradições entre si e com as realidades envolventes. Daí resultam fracos avanços e várias disfunções, comparativamente aos esforços aplicados e às expectativas criadas.

O SNS deve ser abordado e transformado como um todo sistémico cujas componentes e instituições estão estreitamente interligadas. As intervenções devem dirigir-se simultaneamente e de modo concertado ao todo e às partes. É possível ter um SNS melhor, com melhor organização e gestão pública, com mais recursos e melhores cuidados de saúde, tornando-o mais integrado, coeso, adaptativo, ágil, eficaz, eficiente e seguro. Para isso, será necessária uma intervenção complexa, liderada por uma equipa tecnicamente competente, que tenha em conta o SNS como um todo e seja capaz de envolver todos os atores da saúde, incluindo os cidadãos e as comunidades.

12. Marca “SNS”

Promover a identidade, a unidade e a cultura organizacional do SNS

É indispensável criar uma imagem identitária do SNS, sendo desejável aprofundar a linha iniciada em 2016 quando, pela primeira vez, se instituiu um logótipo oficial e o Portal SNS.

É também necessário transformar o SNS numa organização coesa, integrada e una. Uma organização com *identidade, memória e cultura organizacional* próprias, capaz de se adaptar às realidades emergentes. Nestas, destacam-se as alterações: demográficas; epidemiológicas; sociais; ambientais; digitais; e tecno-científicas – bem como os seus efeitos nas necessidades de saúde e nas expectativas da população.

Aos 40 anos de vida, o SNS ainda carece de unidade de corpo e de uma cultura organizacional apropriada e partilhada por todas as suas instituições e profissionais. Por outro lado, o SNS carece de valorização, promoção e divulgação junto dos cidadãos, para que estes o reconheçam e sintam como seu património. O envolvimento dos cidadãos e das comunidades na gestão do SNS é também essencial para promover a mobilização social em defesa do SNS.

13. Estatuto institucional

Dotar o SNS de um estatuto organizacional público, específico, com autonomia e administração próprias

O SNS é um sistema organizacional de elevada complexidade, socialmente muito sensível e com uma tecnicidade intrínseca muito elevada. No entanto, tem sido excessivamente governamentalizado, nem sempre pilotado por pessoas conhecedoras no plano tecno-científico da saúde e quanto à complexidade do SNS. Chegam e partem, sujeitando o SNS a medidas avulsas e a zigzagues danosos, com oscilações contraditórias de orientação. Adicionalmente, o SNS tem sido alvo de apropriações partidárias de cargos com efeitos nefastos para o seu funcionamento e desenvolvimento.

Por tudo isto, é necessário e urgente debater e dotar o SNS de um estatuto organizacional público específico, que consagre um quadro de autonomia com responsabilidade e administração bem definidas. Este novo quadro deve garantir equidade na afetação e distribuição de profissionais e de meios e acionar consequências face aos resultados atingidos. É, ainda, indispensável que o SNS seja mais participado pelos profissionais e pelos cidadãos e protegido de interesses contrários ao Bem Comum.

14. Visão e Governança

Garantir e desenvolver - visão e governança estratégicas no SNS

“A arraigada tradição de intervenção constante e discricionária do Ministério da Saúde na gestão do SNS a todos os níveis, tem que ser finalmente superada.”

Constantino Sakellarides

In: O SNS no Século XXI. *O Referencial* (Revista da Associação 25 de Abril), n.º 130, julho-setembro 2018

Os cidadãos merecem um SNS com uma governança estratégica estável, para o renovar e desenvolver, criando memória coletiva e inteligência cooperativa.

O SNS tem estado exposto a uma excessiva governamentalização, com dependência de ciclos curtos, por vezes com oscilações abruptas em decisões de política de saúde. O resultado tem sido a fragmentação e a dificuldade em manter um rumo evolutivo consistente. Acresce que, em política de saúde, muitas das escolhas só produzem efeito 10 a 15 anos depois. Hoje, sofrem-se as consequências ou recolhem-se os benefícios de decisões, ações e omissões de muitos anos antes.

É, por isso, indispensável dotar o SNS de uma visão inspiradora e orientadora através de um corpo de dirigentes com formação e avaliação, contínuas, e que, entre outros aspetos, estimulem a emergência de lideranças descentralizadas quer entre os profissionais e equipas, quer entre os cidadãos não profissionais e suas organizações, capazes de implementar inovações transformadoras que possam emergir a nível local.

Uma boa governação exige também mais transparência e maior prestação de contas a todos os níveis no SNS, bem como assegurar a participação e influência dos cidadãos nos órgãos de governação do SNS. Isto implicará melhorar a organização da participação dos cidadãos ao nível das unidades e instituições bem como nos órgãos consultivos para a saúde.

15. Gestão descentralizada e participada

Cumprir a Constituição da República Portuguesa

A tradição centralista, burocrática e autoritária da administração pública portuguesa dificulta e, por vezes, impede a necessária flexibilidade, adaptabilidade e celeridade de resposta do SNS e das suas instituições.

O SNS deve ser visto como um sistema aberto, complexo, adaptativo e evolutivo que requer competências diferenciadas de gestão. Competências que permitam antecipar problemas e responder-lhes localmente, bem como enfrentar os desafios que surgem. Por outro lado, a participação é um fator-chave para alcançar melhores resultados em saúde, sendo importante considerar as necessidades das pessoas e também as suas expectativas e valores, assim como as preferências sociais. Esta participação passa por envolver o cidadão nas políticas de saúde, na organização e gestão dos serviços, tal como na sua saúde pessoal.

É necessário combinar governação estratégica central do SNS, como um todo, com autonomia de gestão institucional de hospitais e centros de saúde, regulada com rigor por relações de contratualidade, bem como criar novas modalidades participativas, em que os atores locais, os cidadãos e as comunidades têm um papel fundamental.

16. Relação do SNS com instituições dos setores social, cooperativo e privado mercantil

Regular a relação do SNS com instituições com natureza, valores e finalidades diferentes dos seus

Os valores da equidade, da generosidade, da fraternidade e da solidariedade são, por natureza, estranhos ao mundo mercantil onde dominam interesses financeiros lucrativos, muitas vezes especulativos, sem fronteiras. A convivência e o relacionamento entre mundos com naturezas, valores e finalidades diferentes exigem sofisticados dispositivos de regulação, de acompanhamento e de fiscalização, para que prevaleça o bem comum, o interesse público e não o contrário.

A própria União Europeia está numa encruzilhada onde terá de fazer escolhas civilizacionais para ter futuro como união política e não apenas como união económica. Uma das escolhas diz respeito à saúde. Um caminho promissor que se antevê é o de a saúde passar a ser vista numa ótica dos direitos e da participação cidadã e não numa ótica de mercadoria e de consumo. A sua manutenção nos órgãos da União Europeia na *DG SANCO* (Saúde e Consumo), é um dos obstáculos a superar.

No plano nacional é indispensável regular as relações do SNS com instituições dos sectores social, cooperativo e privado com fins lucrativos, garantindo uma clara separação de sectores. Pela sua natureza universal, financiado por todos através dos impostos e a todos acessível, o SNS não pode ser prejudicado neste relacionamento.

O SNS deve poder recorrer ao contributo daqueles sectores, a título supletivo, para responder a necessidades de saúde identificadas e para resolver iniquidades entre cidadãos, mas não faz sentido que haja uma relação concorrencial entre entidades com natureza, valores, princípios e finalidades tão distintos.

Referências

1. EUROSTAT – disponível em:
<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190219-1>.
2. ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados. Lisboa: ERS, 2009.
3. DECO - Satisfação com os centros de saúde. 2014. Deco Proteste, Lisboa, 2014.
4. ALCÂNTARA DA SILVA, P., & PESTANA, M. H. (2013). Avaliação e atitudes perante os sistemas de saúde europeus numa perspectiva comparada. *In* F. C. da Silva (Ed.), *Os Portugueses e o Estado Providência: uma perspectiva comparada* (pp. 131–159). Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais
5. LOUREIRO, I.; MIRANDA, N.; MIGUEL, J.M.P. – Promoção da saúde e desenvolvimento local em Portugal: refletir para agir. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 31:1(2013) 23-31.
6. LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – *Promover a Saúde: dos Fundamentos à Ação* (3.ª Edição). Coimbra: Edições Almedina, S.A., 2018.
7. FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN (Coordenador: Lord Nigel Crisp) – *Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014
8. VARELA, R. (Coordenação) – *História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal – A Saúde e a Força de Trabalho, do Estado Novo aos Nossos Dias*. Lisboa: Âncora Editora, 2019.
9. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE. *Meio Caminho Andado – Relatório de Primavera 2018*. Lisboa: OPSS, 2018.
10. GRUPO TÉCNICO PARA A REFORMA DA ORGANIZAÇÃO INTERNA DOS HOSPITAIS (Coordenação: Alcindo Maciel Barbosa). – *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa: Ministério da Saúde – Secretaria-Geral, 2011.

11. VARANDAS FERNANDES, J.; PITA BARROS, P. – Um ano depois da Troika na política de saúde. Cascais: Principia, 2012.
12. FERREIRA, E.P. (Coordenador). A Austeridade Cura? A Austeridade Mata? Lisboa: Associação de Estudantes da Faculdade de Direito de Lisboa, 2014.
13. DIAS, C.M.; FONSECA, R.; CONTREIRAS, T.; MIGUEL, J.M.P. – Os efeitos da austeridade na saúde da população: evidência internacional e experiência portuguesa. In: FERREIRA, E.P. (Coordenador). A Austeridade Cura? A Austeridade Mata? Lisboa: Associação de Estudantes da Faculdade de Direito de Lisboa, 2014: 927-953.
14. PITA BARROS, P. – A reforma do Estado Social e a (quase) irrelevância da austeridade. In: FERREIRA, E.P. (Coordenador). A Austeridade Cura? A Austeridade Mata? Lisboa: Associação de Estudantes da Faculdade de Direito de Lisboa, 2014: 1243-1268.
15. ARANDA DA SILVA, J. – O SNS e o acesso aos medicamentos. O Referencial, 2018, n.º 130:56-61.
16. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – O que se sabe sobre a saúde em Portugal: CNS, outubro de 2017.
17. OECD. Health Statistics, 2017. OECD.
18. VILLAVERDE CABRAL, M.; ALCÂNTARA DA SILVA, P. - O estado da saúde em Portugal, 2009.
19. <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200601.pdf>
20. DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. – Portugal: The Nation's Health 1990-2016: An overview of the Global Burden of Disease Study. Seattle, WA: IHME, 2018.
21. ARNAUT, A.; SEMEDO, J. – Salvar o SNS – Uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia. Lisboa: Porto Editora, 2017.
22. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. Nova Iorque: ONU, 2015.

23. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – Fluxos financeiros no SNS. Lisboa: CNS, outubro de 2017 (Recomendações).
24. HART, J.T. – The inverse care law. *The Lancet* 1971; February 27: 405-412.
25. WHO, UNICEF – A vision for primary care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: WHO and UNICEF, 2018.
26. OECD – Realising the Full Potential of Primary Health Care – Policy Brief. Paris: OECD, 2019.

Bibliografia complementar

ALCÂNTARA DA SILVA, P., & PESTANA, M. H. (2013). Avaliação e atitudes perante os sistemas de saúde europeus numa perspectiva comparada. In F. C. da Silva (Ed.), Os Portugueses e o Estado Providência: uma perspectiva comparada (pp. 131–159). Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais.

ARANDA DA SILVA, J. – O SNS e o acesso aos medicamentos. O Referencial, 2018, n.º 130:56-61.

ARNAUT, A.; SEMEDO, J. – Salvar o SNS – Uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia. Lisboa: Porto Editora, 2017.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF-AN). 7 X 7 Medidas. Novo Ciclo para os Cuidados de Saúde Primários. Porto: USF-AN, 2015.

BOAVIDA, J. M. – Que futuro? SNS ou iniquidade na saúde. O Referencial, 2018, n.º 130:116-121.

BISCAIA, A.; MARTINS, J.N.; CARREIRA, M.F.L.; GONÇALVES, I.F.; ANTUNES, A.R.; FERRINHO, P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos (2.ª Edição). Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2008.

BRANCO, A.G.; RAMOS, V. – Cuidados de saúde primários em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 2, 2001:5–12.

BROEIRO, P. – Transformar recursos em resultados. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2017;33:86-89.

CABRAL, M.V.; ALCÂNTARA DA SILVA, P. - O estado da saúde em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2009.

CABRAL, N.C.; AMADOR, O. M., MARTINS, G.W.O. (Organização) – A reforma do sector da saúde: uma realidade iminente? (Cadernos do IDEF). Coimbra: Edições Almedina, SA, 2010.

CAMPOS, A.C.; LEITÃO, J.M.; CORREIA, J.P. (Organizadores) – Que política de saúde para Portugal? Lisboa: SEDES (Associação para o Desenvolvimento Económico e Social, 1987.

CAMPOS, A.C.; SIMÕES, J. – O Percurso da Saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Edições Almedina, SA, 2011.

CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. (Editores) – Governação dos Hospitais. Alfragide: Casa das Letras, 2009.

CONVENÇÃO NACIONAL DA SAÚDE – Agenda para a Década. Lisboa, 2018

GRUPO TÉCNICO PARA A REFORMA DA ORGANIZAÇÃO INTERNA DOS HOSPITAIS (Coordenação: Alcindo Maciel Barbosa). – A Organização Interna e a Governação dos Hospitais. Lisboa: Ministério da Saúde – Secretaria-Geral, 2011.

CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE, UNIVERSIDADE DE COIMBRA. – Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP – a voz dos utilizadores. Centro de Estudos de Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra, Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde, 2015.

CERQUEIRA, M.; RAMOS, V. – O Serviço Médico à Periferia e o SNS. O Referencial, 2018, n.º 130: 34-39.

COELHO, A. ET AL (coordenação). – Francisco António Gonçalves Ferreira – Livro de homenagem. Lisboa: [Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge], 1995.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – Fluxos financeiros no SNS. Lisboa: CNS, outubro de 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – O que se sabe sobre a saúde em Portugal: CNS, outubro de 2017

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal. Lisboa: CNS, 2018.

CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE – Reflexão sobre a Saúde: Recomendações para uma reforma estrutural. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

DIÁRIO DE LISBOA. - Entrevista a Arnaldo Sampaio. Lisboa: Diário de Lisboa, Março de 1974.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. – Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português. Departamento da Qualidade na Saúde, Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, 2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. – Portugal: The Nation's Health 1990-2016: An overview of the Global Burden of Disease Study. Seattle, WA: IHME, 2018.

FERREIRA, A. – Reforma do sistema de saúde – A minha visão. Vila do Conde: Verso da História, 2014.

FERREIRA, E.P. (Coordenador). A Austeridade Cura? A Austeridade Mata? Lisboa: Associação de Estudantes da Faculdade de Direito de Lisboa, 2014.

FIDALGO, P. – Pressões evolutivas sobre os cuidados de saúde – O caso dos hospitais privados vs. SNS. Saúde & Sociedade 2011; maio-agosto:24-28.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN (Coordenador: Lord Nigel Crisp) – Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2014.

FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE – SNS. – Serviço Nacional de Saúde – Para uma Conversação Construtiva. Lisboa: Diário de Bordo, Lda., 2014.

FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE – Serviço Nacional de Saúde – Porto Saúde – Momento e Movimento. Porto: Fundação SNS, 2016.

GAMEIRO, V. – O Programa Nacional de Saúde Materna e Infantil em Faro. O Referencial, 2018, n.º 130:66-73.

GATO, A. P. – A saúde no Estado Novo – Uma visão corporativa. O Referencial, 2018, n.º 130:24-33.

GEORGE, F. – Os centros de saúde de primeira geração. O Referencial, 2018, n.º 130: 18-23.

GOMES, E.D. – Obreiros do SNS. O Referencial, 2018, n.º 130:62-65.

GONÇALVES FERREIRA, F.A. – História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.

JUSTO, C. – La valse à quatre temps – Escritos políticos sobre política de saúde. Prior Velho: Letras Paralelas, 2018.

LEAL, S.; TAVEIRA, A. – SNS, o tempo de um renascimento. Contributos para a Integração de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares. Porto: Quântica Editora – Conteúdos Especializados, Lda., 2019.

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – Promover a Saúde: dos Fundamentos à Ação (3.ª Edição). Coimbra: Edições Almedina, S.A., 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Retrato da Saúde 2018. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018.

MARTINS GUERREIRO, M. – Serviço Nacional de Saúde para todos – Responsabilidade do Estado. O Referencial, 2018, n.º 130: 8-11.

MENDO, P. – O Serviço Nacional de Saúde no Século XXI. O Referencial, 2018, n.º 130:122-129.

NOGUEIRA, F. – Livro de homenagem ao Professor Arnaldo Sampaio. Lisboa: Gráfica Imperial, 1980.

NOVA INFORMATION MANAGEMENT SCHOOL. Índice de Saúde Sustentável 2018. Lisboa: NOVA-IMS, 2019.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DE SISTEMAS DE SAÚDE. Meio Caminho Andado – Relatório de Primavera 2018. Lisboa: OPSS, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. Nova Iorque: ONU, 2015.

ORDEM DOS MÉDICOS. – Relatório sobre as carreiras médicas.

Lisboa: Ordem dos Médicos, 1961.

PLATAFORMA MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor Saúde – Carta para a Participação Pública em Saúde, 2017.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE. - Inventário do pessoal do setor da saúde 2013. Lisboa: ACSS, Agosto 2014.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. - Relatório anual sobre o acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas (2013). Lisboa: Julho 2014.

PORTUGAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. – Subsídios para o lançamento das bases do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Novembro de 1974.

RAMOS, V. – Investir nos cuidados de saúde primários é uma forma de garantir a sustentabilidade do SNS. Saúde & Sociedade 2011; maio-agosto:46-50.

RAMOS, V. - Serviço Nacional de Saúde: património de todos Primeiro congresso após 34 anos de vida (editorial). Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2013;31(2):127–128.

RODRIGUES, J. N. – Pense no Global. Actue no Local – Reflexos da Política de Saúde. Coimbra: Mar da Palavra – Edições, Lda., 2015.

ROSA, E. - O Serviço Nacional de Saúde, uma das conquistas mais importantes da revolução de Abril, 5 de Abril de 2014. Conferência comemorativa dos 40 anos do 25 de Abril e dos 35 anos do SNS. Barreiro: 5 de Abril de 2014.

SAKELLARIDES, C. – De Alma a Harry. Crónica da democratização da saúde. Coimbra: Almedina, 2006.

SAKELLARIDES, C. – Novo Contrato Social na Saúde – Incluir as Pessoas. Loures: Diário de Bordo, 2009.

SAKELLARIDES, C. – Serviço Nacional de Saúde – O Futuro aos 40 anos. O Referencial, 2018, n.º 130:130-137.

SANTOS GOMES, D.; LOPES DIAS, J. – O Serviço Nacional de Saúde – descrição sumária do seu desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1987.

SEABRA, J. – Os cravos e o amanhecer do SNS. O Referencial, 2018, n.º 130:50-55.

SIMÕES, J. – Retrato Político da Saúde – Dependência do Percurso e Inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Livraria Almedina, 2004.

SIMÕES, J.; CORREIA DE CAMPOS, A. – 40 anos de Abril na Saúde. Coimbra: Edições Almedina, 2014.

SIMÕES, J.; PITA BARROS, P.; PEREIRA, J.- A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

SIMÕES, J. et al. - Portugal: health system review. Health Systems in Transition. 19:2 (2017) 1– 184. OECD Health Statistics, 2017.

SOUSA, J.C.; SARDINHA, A.M.; SANCHEZ, J.P.; MELO, M.; RIBAS, M.J. – Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 2, 2001:63-74.

VARELA, R. (Coordenação) – História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal – A Saúde e a Força de Trabalho, do Estado Novo aos Nossos Dias. Lisboa: Âncora Editora, 2019.

VILAS BOAS, B. – Os cuidados de saúde primários e os seus resultados. O Referencial, 2018, n.º 130:74-101.

VILLAVERDE CABRAL, M,; ALCÂNTARA DA SILVA, P. - O estado da saúde em Portugal, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. – The World Health Report 2000 Health systems: improving performance. Geneve: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. – The World Health Report 2008 Primary Health care (now more than ever). Geneve: World Health Organization, 2008.

Contributos

Para a elaboração deste texto contribuíram com comentários, ideias, sugestões e correções:

Ana Escoval

Ana Jorge

Ana Paula Martins

André Biscaia

António Romão

Bernardo Vilas Boas

Carlos Gouveia Pinto

Celeste Gonçalves

Constantino Sakellarides

Diana Carvalho

Diana Costa

Eunice Carrapiço

Fátima Garcia

Fernando Paulouro

Isabel Abreu

Isabel Loureiro

João Carlos Silva

João Castel-Branco Goulão

João Ramires

J.A. Aranda da Silva

Jorge Almeida

José Carlos Santos

Luís Marquês

Manuel Lopes

Manuel Schiappa

Maria Augusta Sousa

Maria de Belém Roseira

Marta Marquês

Marta Salavisa

Natércia Miranda

Patrícia Barbosa

Rita Correia

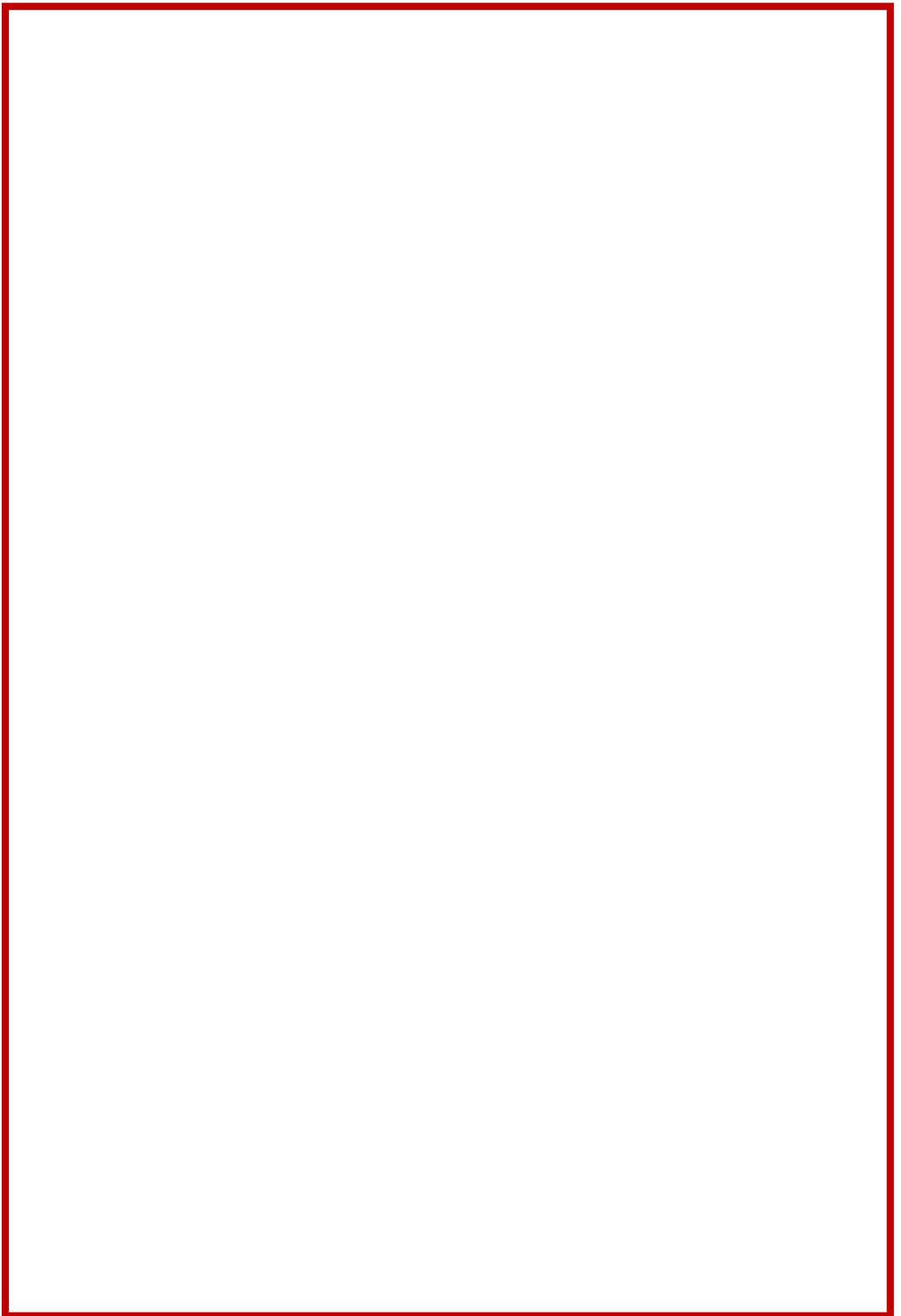
Rui Monteiro

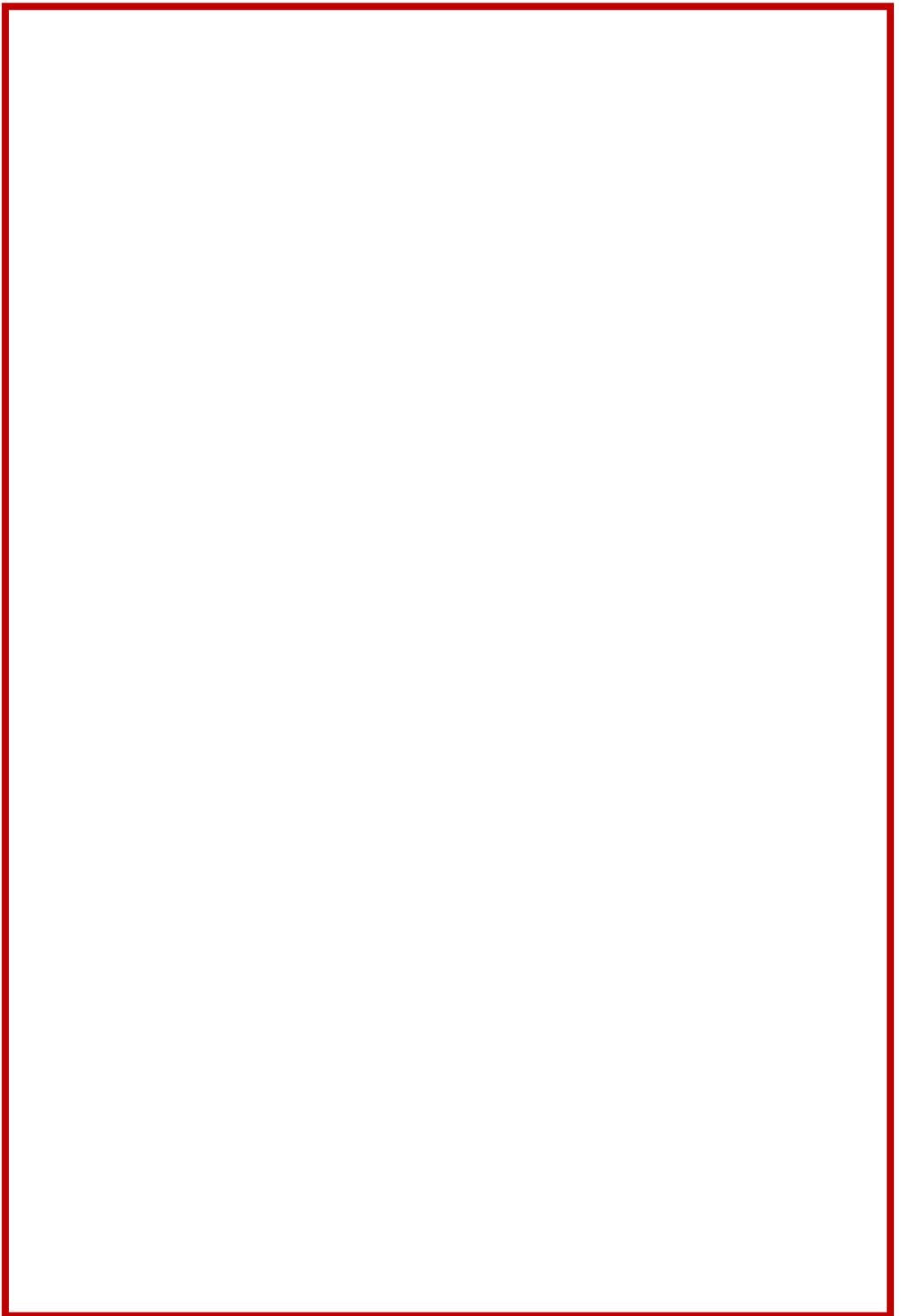
Sofia Crisóstomo

Susana Medeiros

Vasco Lourenço

Víctor Ramos







Colaboraram neste Livro:

Ana Escoval; Ana Jorge; Ana Paula Martins; André Biscaia; António Romão; Bernardo Vilas Boas; Carlos Gouveia Pinto; Celeste Gonçalves
Constantino Sakellarides; Diana Carvalho; Diana Costa; Eunice Carrapiço; Fátima Garcia; Fernando Paulouro; Isabel Abreu; Isabel Loureiro; João Carlos Silva; João Castel-Branco Goulão; João Ramires; J.A. Aranda da Silva; Jorge Almeida; José Carlos Santos; Luís Marquês; Manuel Lopes; Manuel Schiappa; Maria Augusta Sousa; Maria de Belém Roseira; Marta Marquês; Marta Salavisa; Natércia Miranda; Patrícia Barbosa; Rita Correia; Rui Monteiro; Sofia Crisóstomo; Susana Medeiros; Vasco Lourenço; Vítor Ramos