



Organização
Internacional
do Trabalho



Sistema de saúde português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal



Sistema de saúde português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal

Alexandre Lourenço

**Departamento de Proteção Social
Organização Internacional do Trabalho, Genebra**

Todos os direitos das publicações do *Bureau* Internacional do Trabalho são reservados de acordo com o Protocolo 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. No entanto, podem ser reproduzidos pequenos excertos das mesmas, sem autorização, na condição de que a fonte seja indicada. Para direitos de reprodução ou tradução, devem submeter-se os pedidos ao Gabinete de Publicações (Direitos e Autorizações), cuja morada é International Labour Office, CH-1211 Genebra 22, Suíça. Estes pedidos serão bem-recebidos pelo *Bureau* Internacional do Trabalho.

As bibliotecas, instituições e outros utilizadores registados numa organização de direitos de reprodução podem fazer cópias de acordo com as licenças que lhes foram emitidas para esse fim. Visite www.ifro.org para encontrar a organização de direitos de reprodução no seu país.

Dados de catalogação da OIT

ISBN: 978-92-2-132283-2 (print)
978-92-2-132284-9 (web pdf)

Sistema de Saúde Português: Um caminho para a proteção social universal da saúde em Portugal / Organização Internacional do Trabalho, Departamento de Proteção Social (SOCPRO) – Genebra: OIT, 2018

Organização Internacional do Trabalho, Departamento de Proteção Social

As designações utilizadas nas publicações do *Bureau* Internacional do Trabalho (BIT), que estão em conformidade com a prática das Nações Unidas, e a apresentação dos dados aí descritos não implicam por parte do BIT nenhuma tomada de posição no que diz respeito ao estatuto jurídico de determinado país, zona ou território ou das suas autoridades, nem no que diz respeito ao traçado das suas fronteiras.

A responsabilidade pelas opiniões expressas nos artigos, estudos e outros textos assinados comprometem, unicamente, os seus autores, não significando a publicação dos mesmos que o BIT subscreva as opiniões neles expressas.

A menção ou omissão de determinada empresa ou de determinado produto ou processo comercial não implica da parte do BIT nenhuma apreciação favorável ou desfavorável.

As publicações do BIT podem obter-se nas principais livrarias e em plataformas de distribuição digital, ou solicitados diretamente através do endereço eletrónico: ilo@turpin-distribution.com.

Para mais informações visite o nosso sítio de internet: <http://www.ilo.org/publns> ou contacte-nos através de: pubvente@ilo.org.

Sumário Executivo

Na década de 70 do século passado, Portugal assumiu a cobertura universal de cuidados de saúde como uma prioridade, e criou em 1979 o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O SNS adota uma estrutura assente em níveis diferenciados de prestação de cuidados que devem articular-se entre si e que, por isso, na base de uma pirâmide hierarquizada foram considerados níveis primários, para evoluírem sucessivamente para os níveis secundários ou hospitalares e continuados.

O SNS assume um papel fundamental para o desenvolvimento socioeconómico de Portugal e para a melhoria da qualidade de vida das portuguesas e dos portugueses. De forma transversal, promove a coesão e justiça social, que são valores essenciais no Estado de Direito.

Uma das áreas chave para os resultados em saúde atingidos está relacionado com a capacidade de formar e treinar profissionais de saúde, sendo que se observa um desequilíbrio no rácio entre médicos e enfermeiros. A questão dos recursos humanos tem estado presente no debate público, principalmente com as crescentes restrições orçamentais, face à importância do pessoal técnico especializado para assegurar o cumprimento da missão do SNS. O modelo do SNS assenta em mais de 130 mil profissionais, sendo o grupo profissional dos Enfermeiros o mais representativo (33 por cento do total), seguido pelo dos Médicos (22 por cento).

As assimetrias regionais também se fazem sentir no setor da saúde, principalmente em termos da distribuição de recursos humanos. Desta forma, a questão da “gestão descentralizada e participada”, tal como consta do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, é um assunto que tem figurado na discussão nacional sobre o futuro do SNS.

As fontes de financiamento do sistema de saúde português são variadas. A maior fonte de financiamento é garantida pelos impostos gerais canalizados para o SNS. Ao nível do financiamento, a despesa em saúde em Portugal chega a 9 por cento do PIB, sendo superior à média da União Europeia (8,4 por cento). Contudo o financiamento público fica bastante abaixo do verificado na média dos restantes países (66,2 por cento versus 78,7 por cento), conduzindo a uma elevada percentagem de pagamentos diretos por parte das famílias, o que acaba por limitar o acesso aos cuidados de saúde.

O período da crise económico-financeira teve impactos ao nível do financiamento do SNS, com a tendência para a queda da despesa pública em saúde e um ligeiro aumento dos pagamentos diretos dos utentes – problema comum a vários ciclos económicos e políticos.

O desempenho global do sistema de saúde português apresenta indicadores de saúde bastante favoráveis no contexto dos países desenvolvidos. Contudo, apesar da melhoria dos indicadores de acesso, persistem elevadas necessidades não satisfeitas, e elevados tempos de espera para consultas e cirurgias.

Existem reformas em curso no SNS, que visam conferir uma nova abordagem integrada da prestação de cuidados de saúde, visando o desenvolvimento de cuidados centrados no cidadão. Tal como em outros países desenvolvidos, o envelhecimento populacional e a crescente prevalência de doenças crónicas colocam novos desafios, exigindo-se respostas inovadoras do sistema de saúde em articulação com o setor social e entre os vários níveis de cuidados de saúde.

Índice

	<i>Página</i>
Sumário Executivo	iii
Lista de acrónimos.....	v
1. Introdução	1
2. Modelo organizacional.....	1
3. Recursos humanos.....	5
4. Financiamento.....	6
5. Análise ao desempenho.....	9
6. Desafios ao sistema de saúde português	11
Bibliografia.....	13

Lista de Figuras

1. Sistema de Saúde Português.....	1
2. Unidades Locais de Saúde	2
3. Organograma do Ministério da Saúde.....	4
4. Relação entre enfermeiros e médicos nos Países da União Europeia	5
5. Evolução do total de recursos humanos do Ministério da Saúde – Entidades SPA, EPE e PPP (2010-2017)	6
6. Despesa corrente em saúde em percentagem do PIB na UE (2015)	7
7. Percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimento com pagamentos diretos de acordo com os quintis de rendimento	8
8. Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos.....	8
9. Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos, de acordo com primeiro e último quintil de rendimento	9
10. Anos de vida saudável após os 64 anos em países da União Europeia	10
11. Percentagem de pessoas com 15 ou mais anos que reportam necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, por motivo específico, 2014 ou ano mais próximo	11

Lista de acrónimos

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ADSE	Instituto de Proteção e Assistência na Doença
INE	Instituto Nacional de Estatística
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PIB	Produto Interno Bruto
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas
UE	União Europeia
ULS	Unidades Locais de Saúde

1. Introdução

A Constituição da República Portuguesa estabelece no seu artigo 64.º que “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Este direito social é realizado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Até 1976, o sistema de saúde português era bastante diferente. Até então, o sistema era baseado em entidades prestadoras pertencentes aos empregadores e os cuidados de saúde eram exclusivamente prestados aos empregados. Adicionalmente, alguns serviços eram prestados por misericórdias essencialmente aos mais desfavorecidos, sendo que grande parte da população não tinha acesso a cuidados de saúde (por exemplo, trabalhadores rurais, trabalhadoras domésticas, pequenos comerciantes).

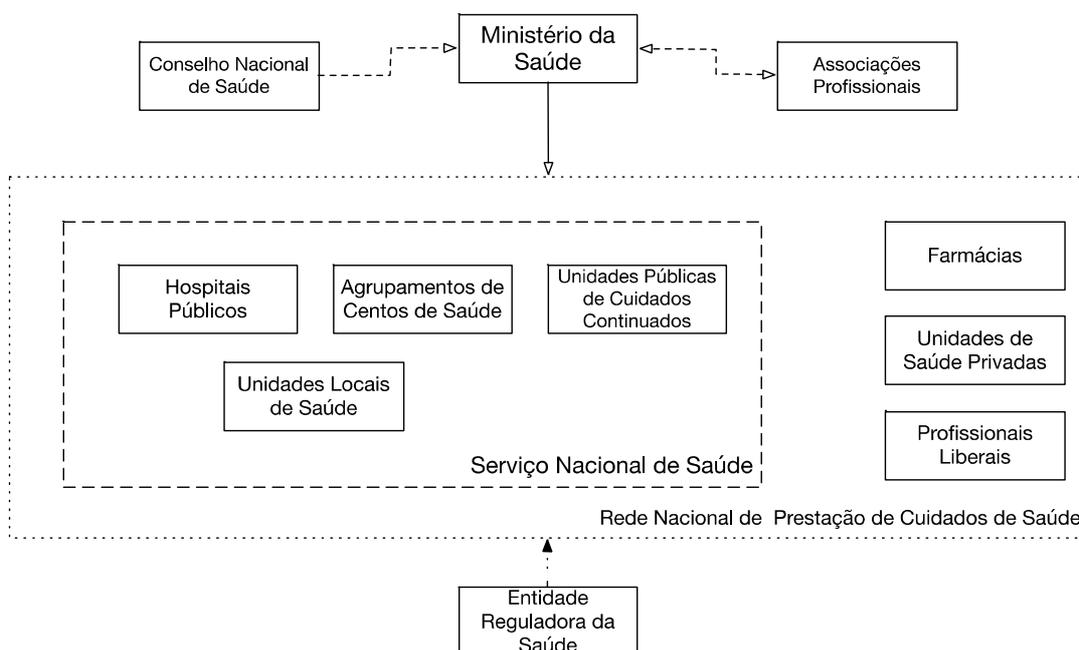
O SNS é criado apenas em 1979, financiado através de impostos gerais, sendo que os cuidados de saúde são maioritariamente prestados através de prestadores públicos, mas também em complementaridade através de prestadores privados (regime de convenções com o setor privado).

Até aos dias de hoje o SNS foi evoluindo na diferenciação e gama de serviços disponíveis à população. Este breve estudo dá ênfase ao atual modelo de organização, recursos humanos, financiamento e desempenho. Por fim, identifica os seus desafios.

2. Modelo organizacional

O SNS é constituído como serviço de acesso universal (todos são abrangidos), geral (todos os serviços são cobertos) e tendencialmente gratuito (o utilizador pode ser chamado a contribuir financeiramente). O atual SNS adota uma estrutura assente em níveis diferenciados de prestação de cuidados que devem articular-se entre si e que, por isso, na base de uma pirâmide hierarquizada foram considerados níveis primários, para evoluírem sucessivamente para os níveis secundários ou hospitalares e continuados.

Figura 1. Sistema de Saúde Português



Atualmente, integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente:

- Os agrupamentos de centros de saúde – asseguram cuidados de saúde primários;
- Os estabelecimentos hospitalares – asseguram cuidados de saúde secundários e terciários;
- As unidades locais de saúde – integram cuidados de saúde primários, secundários e terciários dentro da mesma entidade.

Os agrupamentos de centros de saúde (ACeS) são constituídos por diferentes unidades de cuidados de saúde primários, agrupam um ou mais centros de saúde, e têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Das suas unidades funcionais constam: unidades de cuidados de saúde personalizados e unidades de saúde familiares, unidades de cuidados na comunidade (podem englobar diferentes atividades desde a saúde escolar aos cuidados de saúde paliativos), unidades de recursos assistenciais partilhados (serviços de utilização comum por exemplo nas áreas da nutrição, saúde mental, saúde oral). Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACeS.

Os hospitais prestam cuidados de saúde secundários e terciários. A rede hospitalar do SNS tem uma cobertura nacional, estando praticamente todas as instituições constituídas como entidades públicas empresariais.

As unidades locais de saúde (ULS) são entidades que, integrando cuidados de saúde primários (i.e. agrupamentos de centros de saúde), secundários e terciários (i.e. hospitais) dentro da mesma entidade, são responsáveis pelo estado de saúde de uma determinada população e, por isso, visando garantir uma prestação integrada de cuidados de saúde, com elevado grau de eficiência, qualidade e satisfação do utente, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (designadamente, cuidados primários e cuidados hospitalares) e da coordenação em rede de todos os elementos.

Figura 2. Unidades Locais de Saúde



Atualmente, existem oito unidades locais de saúde: ULS de Matosinhos (1999), ULS do Norte Alentejano (2007), ULS do Alto Minho (2008), ULS da Guarda (2008), ULS do Baixo Alentejo (2008), ULS de Castelo Branco (2009) e ULS do Litoral Alentejano (2012).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), instituída em 2006, pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, e da Saúde, inclui “a reabilitação, a readaptação e a reintegração social” e “a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irreversíveis”, visando garantir a continuidade e integração de cuidados resultantes da conjugação da satisfação das necessidades

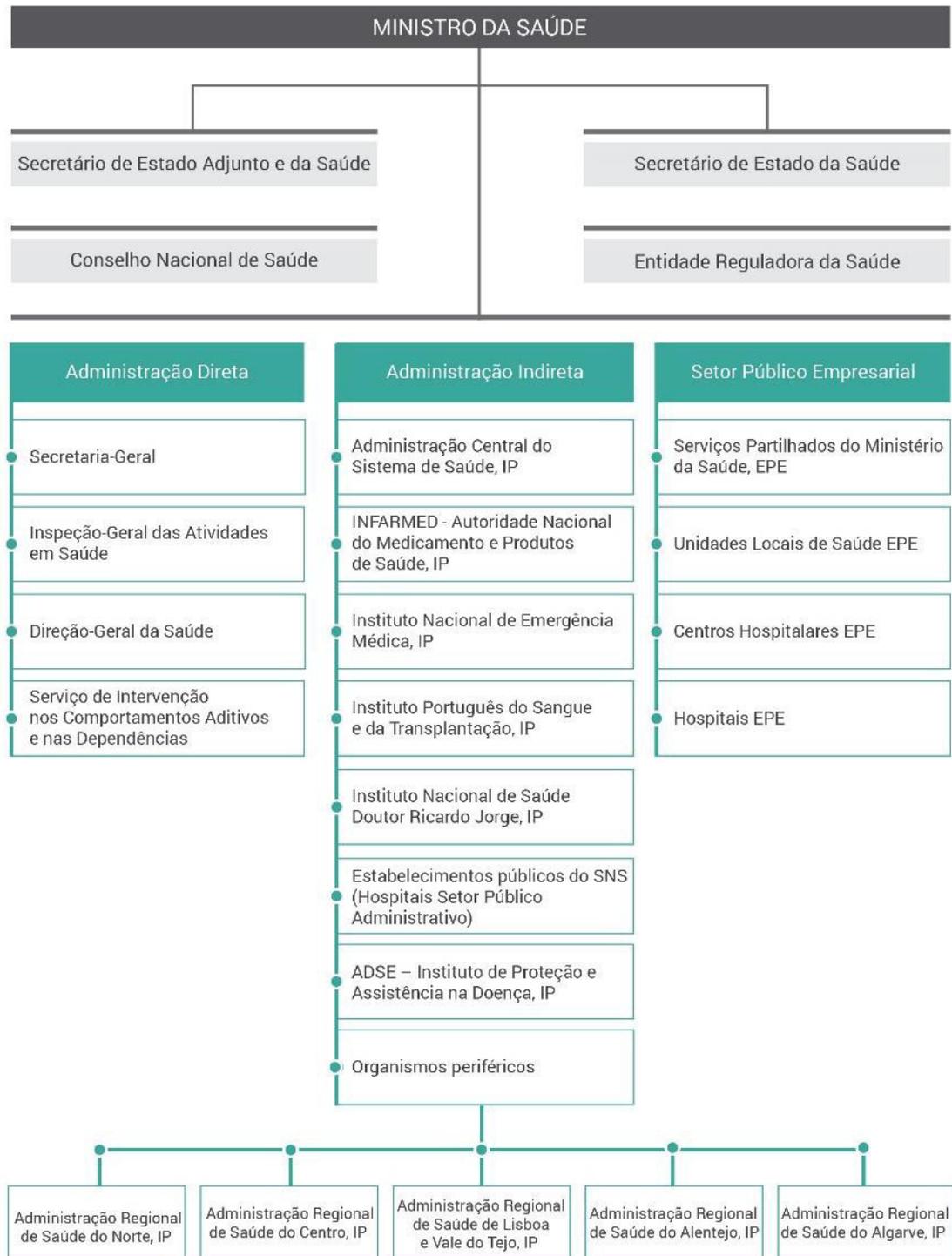
de cuidados de saúde com as necessidades de apoio social a pessoas idosas e dependentes. O modelo de organização desta Rede consiste na implementação de várias tipologias de unidades de internamento, equipas multidisciplinares e multisserviços, organizadas em Rede, de acordo com o critério de continuidade de prestação de cuidados de saúde e integração de apoio social. Na componente de cuidados de saúde, o financiamento da rede é assegurado pelo Ministério da Saúde. O utente, mediante a comparticipação da segurança social, suporta os encargos decorrentes da prestação dos cuidados de apoio social.

O SNS pode ainda subcontratar serviços a entidades terceiras sempre que tal se afigure vantajoso. Por exemplo, a rede de laboratórios de análises clínicas, radiologia e medicina física e reabilitação, de suporte aos cuidados de saúde primários é prestada por privados ao abrigo do sistema de convenções do SNS. Por outro lado, praticamente toda a rede de cuidados extra-hospitalares de convalescença, de média e de longa duração (RNCCI), é assegurada por prestadores do setor privado não lucrativo.

O membro do Governo responsável pela área da saúde exerce poderes de superintendência e tutela sobre todos os serviços e estabelecimentos do SNS, independentemente da respetiva natureza jurídica. Por sua vez, o Ministério da Saúde é o departamento governamental que tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados.

O Ministério da Saúde prossegue as suas atribuições através de serviços integrados na administração direta do Estado, de organismos integrados na administração indireta do Estado, de órgãos consultivos, de outras estruturas e de entidades integradas no setor empresarial do Estado.

Figura 3. Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Ministério da Saúde 2017.

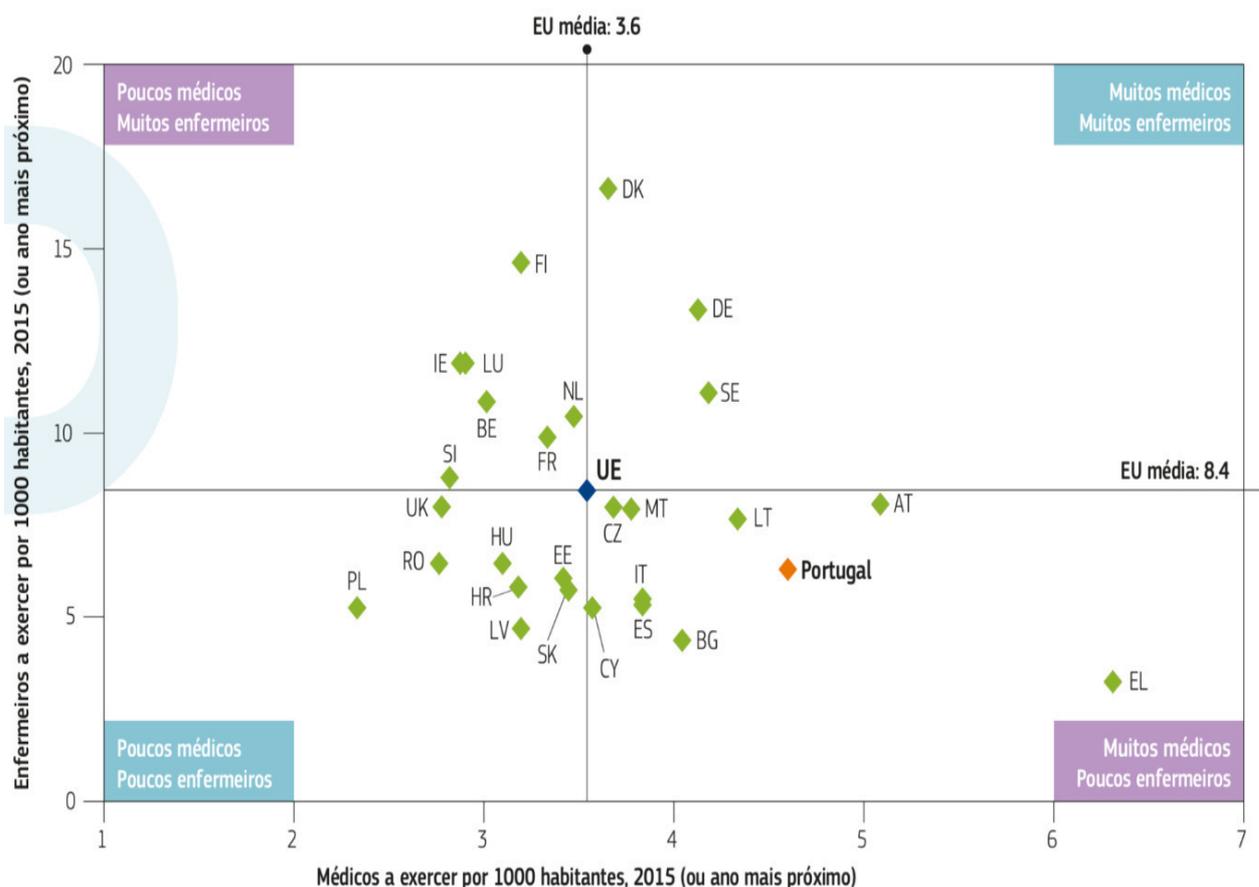
O Estado Português, através do SNS, presta assistência médica, em Portugal, a cidadãos naturais dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (i.e. assistência médica hospitalar – internamento, hospital de dia e ambulatório; meios complementares de diagnóstico e terapêutica; transporte em ambulância do aeroporto ao

hospital quando clinicamente exigido). Os Países com acordos de cooperação¹ asseguram transporte de ida e volta desde o país de origem, deslocação do aeroporto até ao local de destino, alojamento a doentes não internados, alojamento após o tratamento ter sido dado como concluído, medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos em ambulatório e, no infortúnio de falecimento, funeral ou repatriamento do corpo. A Direção-Geral da Saúde é a entidade do Ministério da Saúde Português responsável pela coordenação e avaliação dos processos de evacuação de doentes.

3. Recursos humanos

em Portugal, o número de médicos por cada 1000 habitantes (4,6) é mais elevado que o valor da média da União Europeia (UE) – 3,5. Por outro lado, o número de enfermeiros (6,3 por cento por 1000) é inferior ao observado na média da UE, apesar do crescimento observado nos últimos anos. A relação entre estes dois valores permite concluir que a relação enfermeiro/médico é demasiado baixa.

Figura 4. Relação entre enfermeiros e médicos nos Países da União Europeia

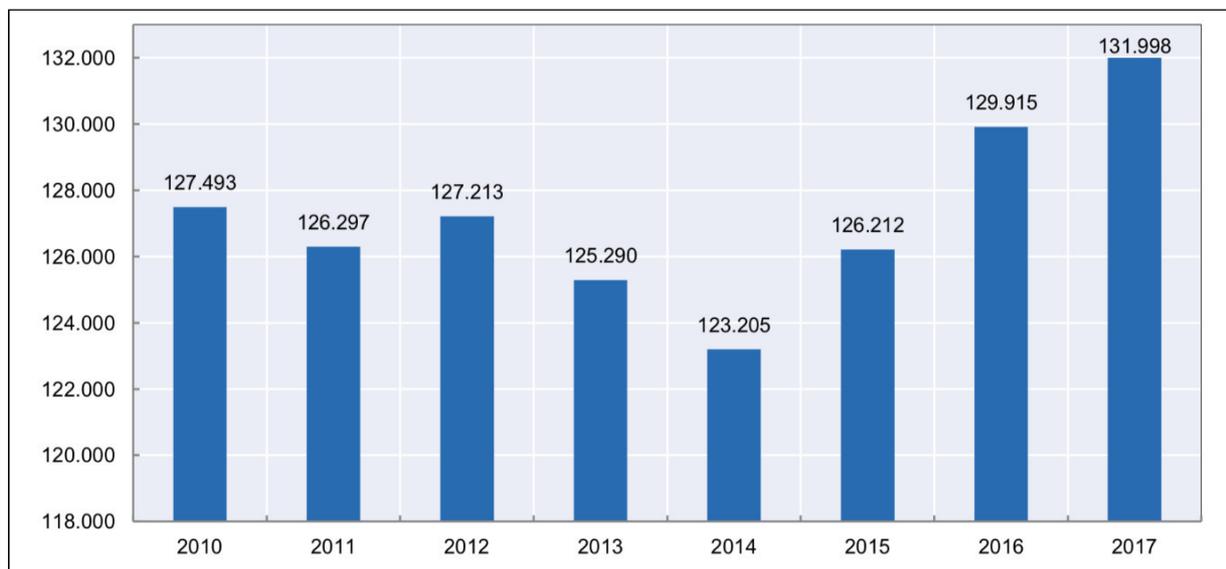


Fonte: OECD, 2018.

¹ Acordos de Cooperação com os PALOP: <https://www.dgs.pt/mobilidade-de-doentes/cidadao-estrangeiros.aspx>. Com Timor-Leste existem Protocolos de Cooperação no âmbito da emergência médica, da inspeção das atividades em saúde, da farmácia e do medicamento, e da formação/investigação (julho de 2014): <https://www.dgs.pt/em-destaque/missao-de-diagnostico-do-ministerio-da-saude-a-timor-leste.aspx>.

Após a crise económica, os recursos humanos no SNS têm vindo a crescer, atingindo mais de 130 mil profissionais. Em termos de proporção, em 2017 o grupo profissional dos Enfermeiros é o conjunto mais representativo com 43 559 profissionais (33 por cento do total), seguido dos Médicos (incluindo internos) com 28 609 profissionais (22 por cento), e dos Assistentes Operacionais com 26 317 profissionais (20 por cento) (Ministério da Saúde, 2018b).

Figura 5. Evolução do total de recursos humanos do Ministério da Saúde – Entidades SPA, EPE e PPP (2010-2017)



Fonte: Ministério da Saúde (2018b).

4. Financiamento

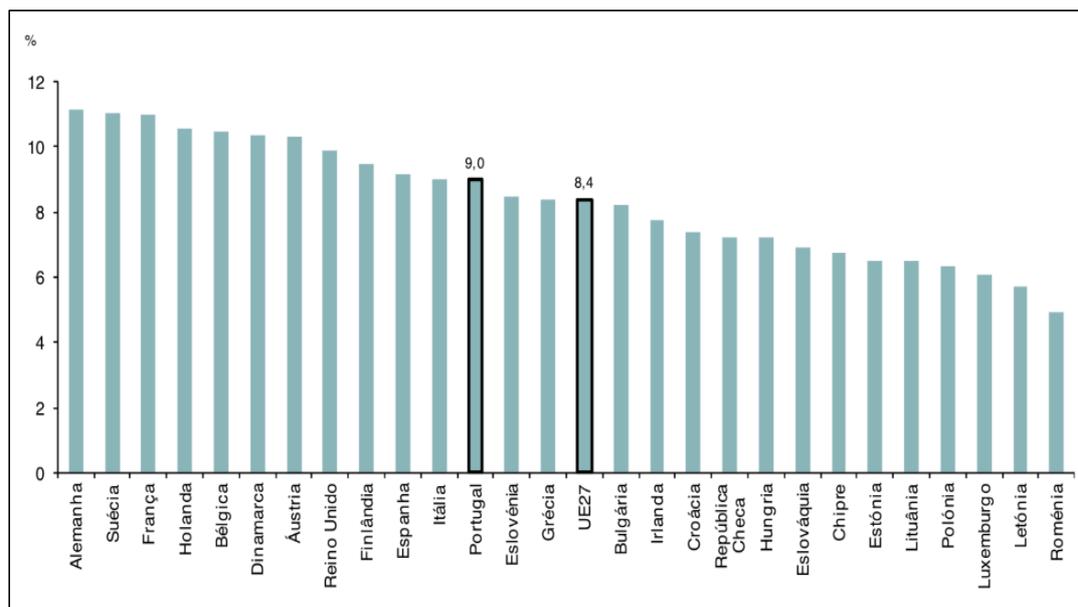
Em Portugal, a despesa em saúde teve um crescimento contínuo entre 1995 e 2010, ano em que, como consequência da crise financeira e económica, as medidas de contenção orçamental reduziram a despesa de forma abrupta. Apenas em 2014 se observou uma inversão da tendência com um crescimento de 0,9 por cento. Em 2015 e 2016, a despesa corrente em saúde aumentou 3,3 e 4,4 por cento, respetivamente, reforçando o crescimento de 2014. Para 2017 estima-se que o ritmo de crescimento da despesa corrente tenha abrandado para 3 por cento (INE, 2018).

Em 2017, a despesa portuguesa em saúde ultrapassou os 17,3 mil milhões de euros, representando 9 por cento do Produto Interno Bruto (PIB) português e 1683,9 euros *per capita* (INE, 2018).

Contrariamente ao que sucedeu em 2016, em que a despesa corrente em saúde cresceu mais do que o PIB (+1,2 p. p.), em 2015 e 2017 a despesa corrente em saúde apresentou um crescimento inferior. Esta situação de crescimento da despesa corrente em saúde mais elevado que o do PIB verificado em 2016 não se observava desde 2009 (OECD and EOHSP, 2017).

No contexto europeu, a despesa em saúde em Portugal em percentagem do PIB ultrapassa a média da UE – 9 por cento versus 8,4 por cento. Contudo o financiamento público fica bastante abaixo do verificado na média dos restantes Países – 66,2 por cento versus 78,7 por cento (INE, 2018). Em termos de gastos *per capita*, Portugal gasta apenas cerca de 70 por cento da média da EU (OECD and EOHSP, 2017).

Figura 6. Despesa corrente em saúde em percentagem do PIB na UE (2015)



Fonte: Instituto Nacional de Estatística 2018.

As fontes de financiamento do sistema de saúde português são variadas. Em 2016, a despesa corrente em saúde foi financiada, fundamentalmente, pelo SNS e Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS) dos Açores e da Madeira (57 por cento) e pelas famílias através de pagamentos diretos (27,8 por cento). Em termos de coberturas complementares para além do serviço universal, os subsistemas de saúde públicos (por exemplo, Instituto de Proteção e Assistência na Doença – ADSE, Sistemas de Apoio na Doença da Polícia de Segurança Pública e da Guarda Nacional Republicana, Assistência na Doença aos Militares) representaram 4,2 por cento, as outras unidades da administração pública 3,9 por cento e as sociedades de seguros 3,7 por cento (INE, 2018). O SNS e os SRS são essencialmente financiados pelo orçamento de estado através dos impostos gerais. Os subsistemas públicos são financiados através de uma contribuição específica sobre o salário dos funcionários públicos, cobrindo pouco mais de um milhão de beneficiários enquanto os seguros privados voluntários são financiados através de contribuições dos trabalhadores e empregadores, tendo uma cobertura que ultrapassa um quinto da população (ISP, 2013). Os subsistemas públicos apenas remuneram a atividade realizada em prestadores privados.

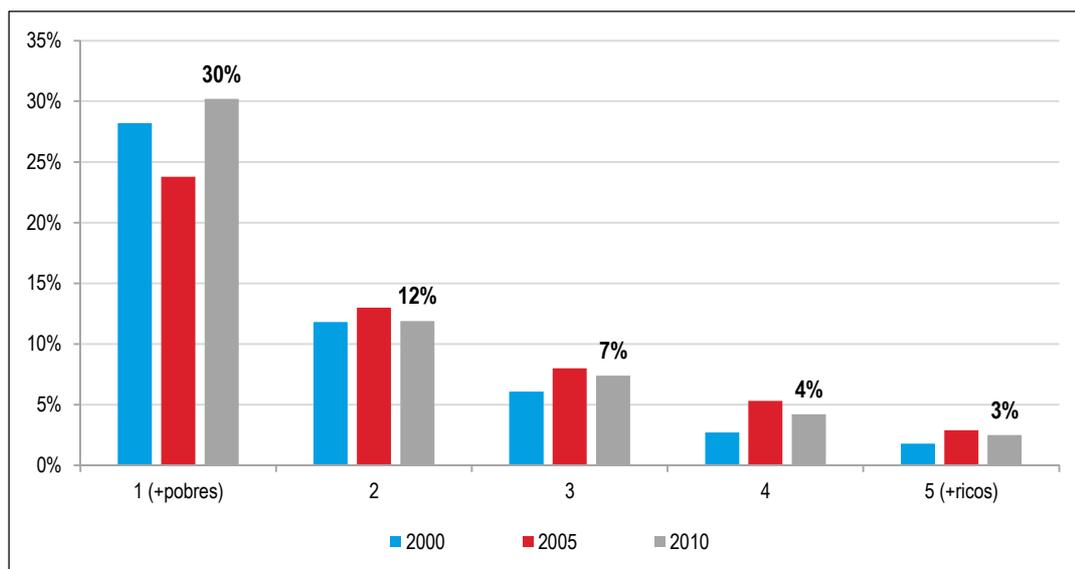
O financiamento da saúde em Portugal é ligeiramente regressivo devido à elevada percentagem de pagamentos diretos e ao excessivo peso de impostos indiretos. Estes impostos sobre bens e serviços representaram em 2016 cerca de 43,1 por cento da receita do orçamento de estado enquanto em outros países da União Europeia representa 34,2 por cento (INE, 2017)

Também em 2016, os principais destinatários do financiamento do SNS e SRS foram os hospitais públicos (53,1 por cento), farmácias (13,1 por cento) e prestadores públicos de cuidados em saúde em ambulatório (12,2 por cento). As famílias concentraram a sua despesa nos prestadores privados (40,8 por cento em prestadores de cuidados de saúde em ambulatório e 14,3 por cento em hospitais), em farmácias (24,0 por cento) e em todas as outras vendas de bens médicos (10,3 por cento) (INE, 2018).

Particularmente, os pagamentos diretos por parte das famílias são uma fonte de preocupação devido à possibilidade de conduzirem a despesas catastróficas em saúde (ponto a partir do qual estes são tão altos em relação aos recursos disponíveis que obrigam

as famílias a abandonar o consumo de outros bens e serviços essenciais) e ao empobrecimento das famílias. Os dados dos orçamentos das famílias portuguesas demonstram que a percentagem da população que experiencia despesas catastróficas aumentou entre 2000 e 2010, afetando cerca de 11,2 por cento da população (920 000 a 1 060 000 pessoas). A percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimento com os pagamentos diretos, varia de acordo com os quintis de rendimento. Como esperado, 30 por cento da população situada no quintil mais pobre é afetada por este fenómeno contra apenas 3 por cento do quintil mais rico (INE, 2015).

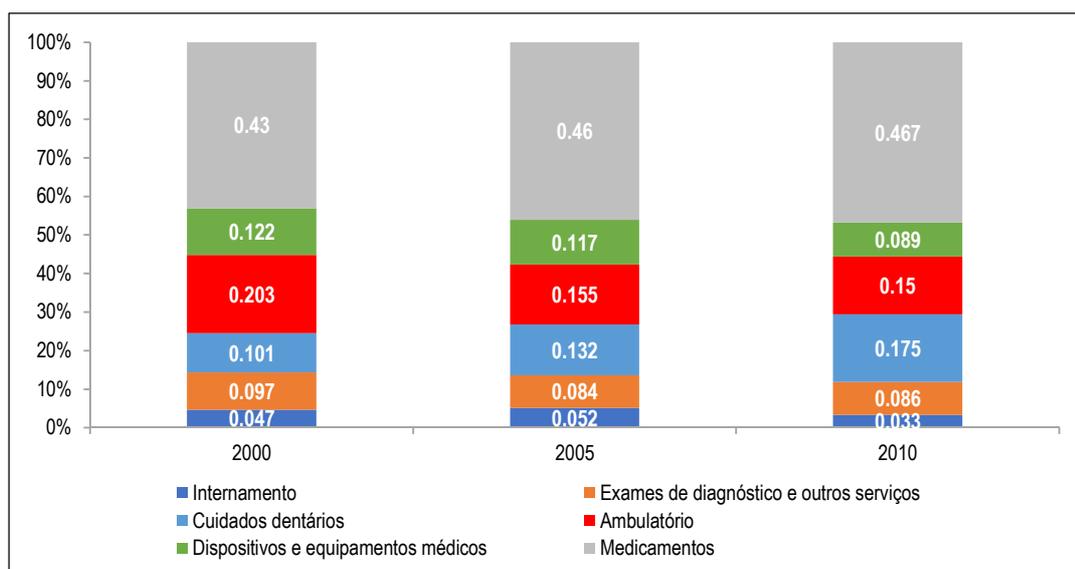
Figura 7. Percentagem da população que enfrenta despesas catastróficas, ou de empobrecimento com pagamentos diretos de acordo com os quintis de rendimento



Fonte: INE (2015) – Elaboração Própria.

Os medicamentos representam a maioria dos pagamentos diretos e o seu peso tem aumentado ao longo dos anos.

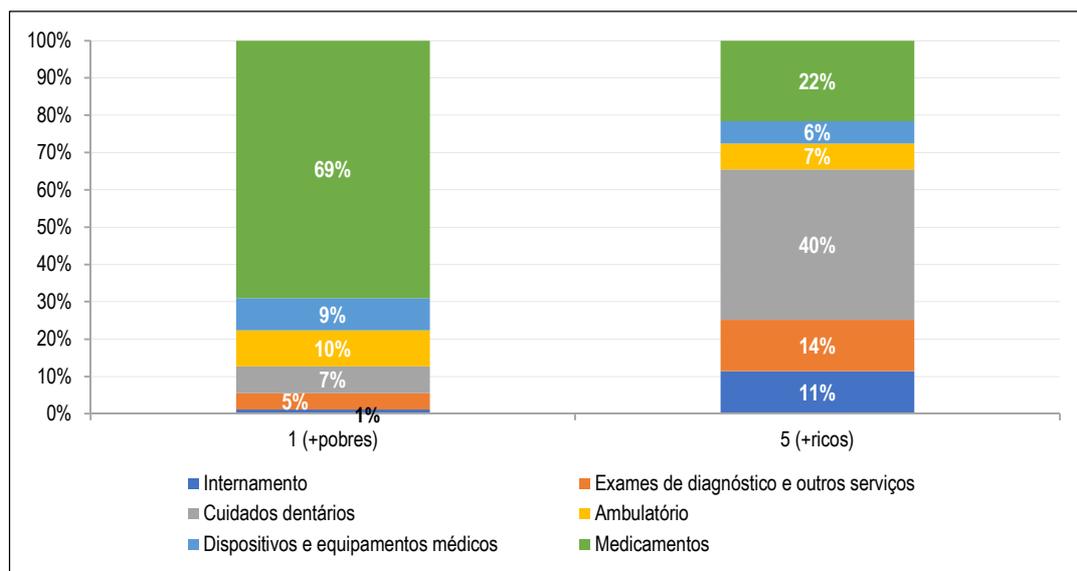
Figura 8. Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos



Fonte: INE (2015) – Elaboração Própria.

Tal como a percentagem da população afetada por despesas catastróficas, empobrecendo ou empobrecendo ainda mais, varia de acordo com os níveis de rendimento, também a repartição dos pagamentos diretos realizados pelas famílias varia de acordo com os níveis de rendimento. Nos 20 por cento mais pobres, os medicamentos assumem um peso esmagador (69 por cento) contra apenas 22 por cento nos 20 por cento mais ricos. Em contrapartida, os cuidados dentários assumem um peso de 7 por cento no primeiro quintil e 40 por cento no último quintil, sendo a área responsável por despesas catastróficas entre os mais ricos (INE, 2015).

Figura 9. Peso de diferentes prestações de saúde nos pagamentos diretos, de acordo com primeiro e último quintil de rendimento



Fonte: INE (2015) – Elaboração Própria.

5. Análise ao desempenho

5.1. Efetividade

O desempenho global do sistema de saúde português apresenta indicadores de saúde bastante favoráveis no contexto dos países desenvolvidos. A introdução de um programa universal de vacinação em 1965, a expansão dos serviços de saúde, especialmente impulsionada pela criação do SNS em 1979, e as melhorias gerais nas condições de vida trouxeram reduções notáveis na taxa de mortalidade materna e infantil e um aumento constante na esperança de vida, especialmente entre as mulheres (Simões et al., 2017).

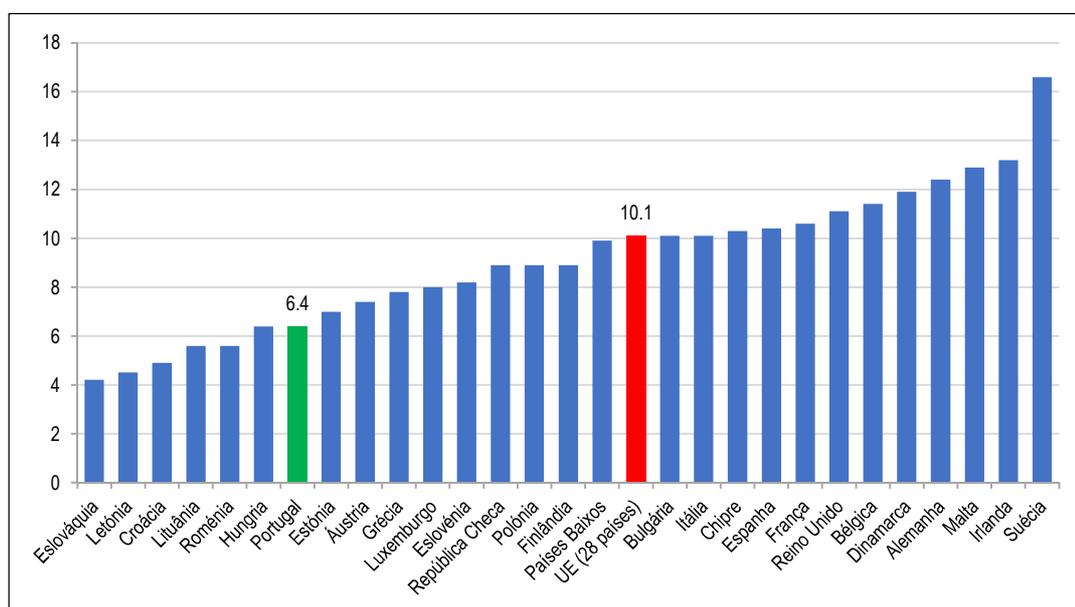
Tabela 1. Indicadores de saúde selecionados

	1995	2000	2005	2010	2015
Esperança de vida à nascença, total	75,4	76,8	78,2	80,1	81,3
Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nados-vivos)	7,4	5,5	3,5	2,5	2,9
Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nascimentos)	9,9	8,8	5,2	5,8	5,6

Fonte: Simões et al. (2017).

Apesar da elevada esperança de vida, em média os portugueses apenas apresentam mais seis anos de boa saúde depois dos 65, enquanto a Suécia e a Irlanda têm mais 12 anos.

Figura 10. Anos de vida saudável após os 64 anos em países da União Europeia



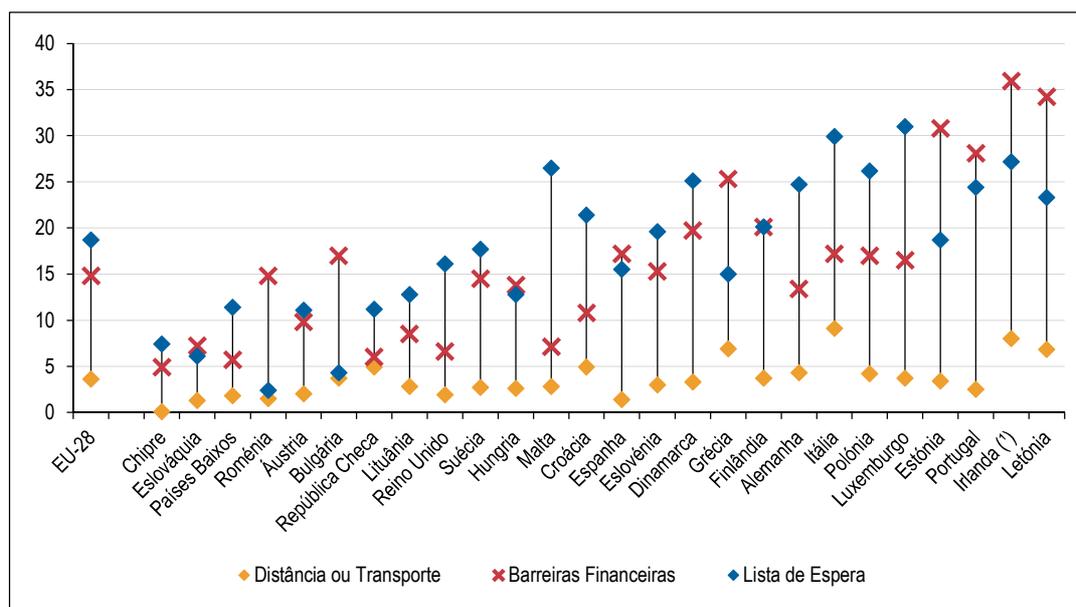
Fonte: Eurostat (2018).

As desigualdades em saúde continuam a ser uma grande preocupação, com pessoas sem ou com educação básica apresentando maior risco para diabetes (quatro vezes maior) e doença pulmonar obstrutiva crónica (três vezes maior), em comparação com aqueles com ensino secundário ou mais (OPSS, 2016). Além disso, prevalências padronizadas por idade e sexo para hipertensão arterial, diabetes, excesso de peso, obesidade e dislipidemia foram maiores entre aqueles com baixa ou nenhuma educação, e entre aqueles com ocupações não remuneradas (INSA, 2016).

5.2. Acessibilidade

Perto de 40 por cento dos portugueses relata necessidades em saúde não satisfeitas. As barreiras financeiras são referidas por 28 por cento da população. Os pagamentos diretos continuam a ser uma elevada fonte de preocupação, particularmente marcantes nas barreiras financeiras relativas ao acesso a cuidados de saúde mental (31 por cento) e medicamentos (10 por cento), verificando-se um gradiente decrescente ao longo da escolaridade da população e um gradiente crescente de acordo com a idade (Eurostat, 2015).

Figura 11. Percentagem de pessoas com 15 ou mais anos que reportam necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, por motivo específico, 2014 ou ano mais próximo



Fonte: Eurostat (2015).

Apesar do tempo de espera ser considerado por 24 por cento da população como responsável por necessidades em saúde não satisfeitas, entre 2005 e 2016, observou-se um aumento em mais 74 por cento do número de cirurgias realizadas, e de 30 por cento das consultas médicas hospitalares. Este aumento da atividade teve evidentes reflexos na melhoria dos indicadores de acesso do SNS, reduzindo-se a mediana de tempo de espera para cirurgia de 8,6 para 3,3 meses (2005 a 2016) (Ministério da Saúde, 2017).

Ao nível dos cuidados de saúde oral (área de oferta muito residual no SNS), Portugal é o país da UE com a maior percentagem de pessoas com 16 ou mais anos que relatam as necessidades não satisfeitas em cuidados de saúde oral: 18 por cento, muito acima da média da UE (6 por cento). A maior causa das necessidades em saúde oral não satisfeitas é o custo (14 por cento), seguida pelo “medo” dos tratamentos (1,5 por cento) (Eurostat, 2015).

Ao nível dos cuidados de saúde primários, no final de 2017, 92,7 por cento da população inscrita no SNS tinha médico de família atribuído, existindo a expectativa em manter esta tendência de crescimento (Ministério da Saúde, 2018a). Os cuidados de saúde primários apresentam taxas de internamentos evitáveis entre os melhores dos países desenvolvidos para a diabetes, insuficiência cardíaca, asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (OECD and EOHSP, 2017). A reforma dos cuidados de saúde primários, iniciada em 2006, permitiu melhorar a acessibilidade, eficiência, qualidade e continuidade dos cuidados, bem como no aumento da satisfação de profissionais e cidadãos (OECD, 2015). Também em 2017, 67,6 por cento dos cidadãos tiveram pelo menos uma consulta com o seu médico de família, e perto de 90 por cento tiveram uma consulta com o seu médico ou enfermeiro de família nos últimos três anos (Ministério da Saúde, 2018a).

6. Desafios ao sistema de saúde português

Portugal tem feito progressos sustentados na contenção de custos, mantendo os esforços no aumento do acesso aos cuidados de saúde.

Em 2018, cerca de 6 por cento das camas disponíveis no SNS estavam ocupadas com internamentos inapropriados, predominantemente justificados pela falta de resposta na rede de cuidados continuados e seguidas por casos sociais. Estes internamentos correspondiam a doentes maioritariamente com idades superiores a 65 anos: 36 por cento entre os 65 e os 80 anos e 41 por cento a doentes com mais de 80 anos (APAH, 2018). Como em outros países desenvolvidos, o envelhecimento populacional e a crescente prevalência de doenças crónicas colocam novos desafios, exigindo-se respostas inovadoras dos sistemas de saúde em articulação com o setor social e entre os vários níveis de cuidados de saúde.

Existe um longo caminho a percorrer no desenvolvimento de soluções integradas. A continuação do desenvolvimento da rede de cuidados continuados iniciada em 2006 é particularmente relevante no desenvolvimento de respostas domiciliárias centradas no doente. Nesta linha, é também necessária ainda uma reforma estrutural no modelo de prestação de cuidados, com ênfase na transferência dos cuidados hospitalares para ambientes comunitários e menos dispendiosos. Mesmo nos hospitais existe ainda um longo caminho a percorrer para a transformação do hospital direcionado a doentes agudos num hospital que também oferece cuidados adequados a doentes crónicos.

A articulação entre o setor da saúde é particularmente relevante para o desenvolvimento de uma política social integrada principalmente no desenvolvimento de estratégias que permitam reduzir e eliminar as barreiras financeiras e sociais no acesso aos cuidados de saúde e interrompam o círculo vicioso de pobreza-má saúde-exclusão social.

Bibliografia

- APAH. 2018. Barómetro de Internamentos Sociais. Disponível em: <https://apah.pt/iniciativas-projetos/barometro-de-internamentos-sociais>.
- Eurostat. 2015. *EU Statistics on Income and Living Conditions*. Edição do Eurostat.
- . 2018. *Healthy life years and life expectancy at age 65 by sex*. Eurostat.
- INE. 2015. *Inquérito às despesas das famílias – 2000, 2005, 2010*. Edição do Instituto Nacional de Estatística. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- . 2017. *Estatísticas das Receitas Fiscais 1995-2016*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- . 2018. *Conta Satélite da Saúde 2015-2017*.
- INSA. 2016. *Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) – Sumário e Considerações Finais*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).
- ISP. 2013. *Estatísticas de Seguros 2012*. 125-7. Lisboa, Portugal: Instituto de Seguros de Portugal.
- Ministério da Saúde. 2017. *Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2017 – Relatório Anual*. Lisboa.
- . 2018a. *Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas em 2017 – Relatório Anual*. Lisboa.
- . 2018b. *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde 2017*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- OECD. 2015. *OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards*. Paris: OECD Publishing.
- , e EOHSP. 2017. Portugal: Perfil de Saúde do País 2017. Lisboa. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/portugal-perfil-de-saude-do-pais-2017_9789264285385-pt
- OPSS. 2016. *Relatório da primavera 2016 – Saúde procuram-se novos caminhos*. Lisboa: Observatório Português do Sistema de Saúde.
- Simões, J., G.a.F. Augusto, I.s. Fronteira, and C. Hernández-Quevedo. 2017. *Portugal: Health system review: The European Observatory on Health Systems and Policies*. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/337471/HiT-Portugal.pdf.

